

IL BISOGNO SOCIO-SANITARIO DEGLI ANZIANI IN TOSCANA

I risultati dello studio
epidemiologico di popolazione BiSS

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Il contesto
dell'indagine



Il protocollo
dell'indagine



I risultati:
condizioni socio-sanitarie
la fragilità
la non autosufficienza
l'assistenza

50

Dicembre
2009

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Il contesto dell'indagine
Il protocollo dell'indagine
I risultati:
condizioni socio-anagrafiche
la fragilità
la non autosufficienza
l'assistenza

**Il bisogno socio-sanitario
degli anziani in Toscana:
i risultati dello studio
epidemiologico
di popolazione BiSS**

Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico di popolazione BiSS

Coordinamento

Francesco Cipriani Coordinatore Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana

Pubblicazione a cura di

Paolo Francesconi Responsabile Settore Epidemiologia dei servizi
sanitari e dei percorsi assistenziali
Osservatorio di Epidemiologia

Autori

Francesco Profili Funzionario di ricerca Settore Epidemiologia
dei servizi sanitari e dei percorsi assistenziali

Matilde Razzanelli Funzionario di ricerca Settore Epidemiologia
dei servizi sanitari e dei percorsi assistenziali

Mauro Soli Consulente Regione Toscana per il progetto
“L’assistenza continua alla persona non autosufficiente”

Monica Marini Infermiere
UO Geriatria Azienda USL 3 Pistoia

Si ringrazia Elena Marchini (Osservatorio di Epidemiologia, ARS – Toscana)
per la revisione editoriale di questo Documento ARS.

Indice

Premessa	pag. 9
1. Il contesto dell'indagine	13
1.1 Gli anziani in Toscana: demografia	13
1.2 Il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente	16
1.3 I dati sulla non autosufficienza fino ad oggi	18
2. Il protocollo dell'indagine	23
2.1 Lo studio BiSS	23
2.2 Metodologie di classificazione e criteri	24
2.3 Le interviste: formazione degli intervistatori, supervisione, controllo qualità	29
3. I risultati	33
3.1 Sommario esecutivo	33
3.2 Gli anziani ospiti di RSA, ricoverati in ospedale e in fase di post-dimissione	36
3.3 Condizioni socio-anagrafiche	38
3.4 La fragilità	43
3.5 Le attività strumentali della vita quotidiana (IADL)	49
3.6 La non autosufficienza	51
3.6.1 Le attività di base della vita quotidiana (BADL)	51
3.6.2 Deficit cognitivi e disturbi dell'umore e del comportamento	53
3.6.3 I livelli isogravità del bisogno assistenziale	59
3.7 La copertura del bisogno assistenziale	62
Appendici	
a Tabelle per Zona-distretto	67
b Il questionario BiSS	75
Bibliografia	93

Premessa

Durante la scorsa primavera, cinquanta infermieri territoriali di tutte le trentaquattro Zone-distretto della Toscana hanno intervistato duemilacinquecento anziani residenti in Regione raccogliendo, tramite questionario strutturato, dati specifici sulle loro condizioni socio-anagrafiche, sul loro rischio di perdere l'autosufficienza, il loro livello di autonomia funzionale, la copertura dei bisogni assistenziali.

I dati raccolti sono stati trasformati in informazioni (sintetizzate in questa pubblicazione) che, crediamo, saranno di utilità per una programmazione dei servizi socio-sanitari dedicati alla prevenzione della disabilità nell'anziano fragile e all'assistenza della persona anziana non autosufficiente, coerentemente con i principi di socializzazione dei rischi, di universalismo dell'assistenza, di equità nell'accesso all'assistenza.

Infatti, grazie ai recenti sviluppi delle politiche socio-sanitarie per gli anziani verificatesi nella nostra regione, appare oggi ancora più attuale quanto Eva Buiatti scrisse nell'introduzione al Documento *ARS Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* pubblicato poco più di due anni fa: «La conoscenza della dimensione di questi fondamentali determinanti del bisogno di assistenza socio-sanitaria risulta essenziale, soprattutto in vista di importanti novità nella programmazione regionale che pare orientarsi verso il tentativo di fornire assistenza alla persona non autosufficiente in modo universalistico, esclusivamente sulla base del riconoscimento della condizione di bisogno.»

Grazie all'originale metodologia adottata in questo studio, oggi possiamo però fornire informazioni sul bisogno socio-sanitario degli anziani residenti in Toscana con gli stessi criteri utilizzati per la definizione del bisogno assistenziale in sede di Unità di valutazione multidimensionale. Questo, dati l'ammontare totale delle risorse a disposizione per il finanziamento dell'assistenza alla persona non autosufficiente e la disponibilità di criteri condivisi per la classificazione delle persone valutate in livelli di isogravità del bisogno assistenziale, permetterà di definire le risorse che potranno essere garantite per il finanziamento di ogni singolo progetto personalizzato.

Si ringrazia per la loro preziosa collaborazione il dirigente e i funzionari del competente settore della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà ed i direttori delle Società della salute / responsabili di Zona-distretto della Regione Toscana e i cinquanta infermieri territoriali che hanno condotto le interviste.

Firenze, li 14 dicembre 2009

Paolo Francesconi



Capitolo 1

Il contesto dell'indagine

1. Il contesto dell'indagine

1.1 Gli anziani in Toscana: demografia

I residenti in Toscana al 01/01/2009 secondo i dati ISTAT sono 3.707.818, un quarto dei quali ha 65 anni o più. Gli anziani sono infatti circa 862.680, pari al 23,3% della popolazione, in maggioranza donne (tabella 1.1).

Tabella 1.1

Distribuzione per età e genere - Popolazione ultra65enne, Toscana 01/01/2009
Fonte: ARS su dati ISTAT

Classe d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
65-69	103.023	28,4	116.750	23,3	219.773	25,5
70-74	93.793	25,9	111.554	22,3	205.347	23,8
75-79	74.719	20,6	100.115	20,0	174.834	20,3
80-84	53.356	14,7	86.783	17,3	140.139	16,2
85-89	28.441	7,9	58.829	11,8	87.270	10,1
90+	8.878	2,5	26.439	5,3	35.317	4,1
Totale	362.210	100,0	500.470	100,0	862.680	100,0

Gli uomini ultra75enni sono, in termini di numeri assoluti, circa la metà delle donne appartenenti alle stesse fasce d'età (figura 1.1).

Figura 1.1

Piramide d'età - Toscana, 01/01/2009 - Fonte: ARS su dati ISTAT

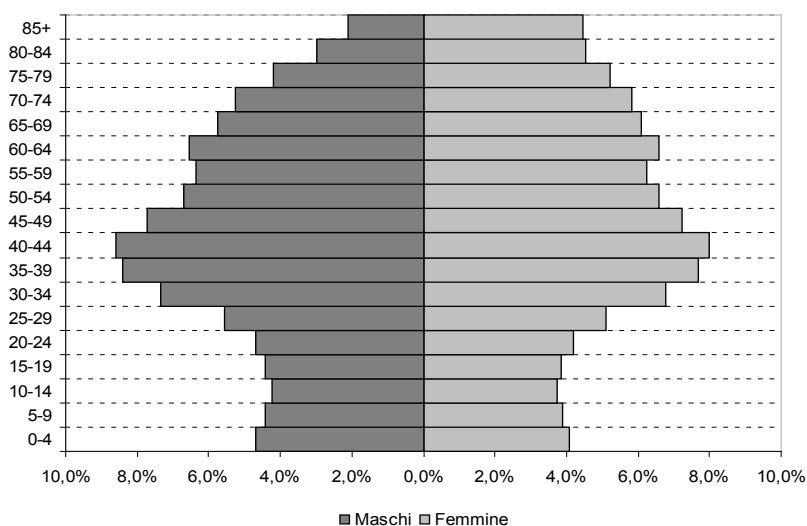


Figura 1.2

Indice di invecchiamento percentuale per ASL – Toscana e Italia, anno 2008

Fonte: ARS su dati ISTAT

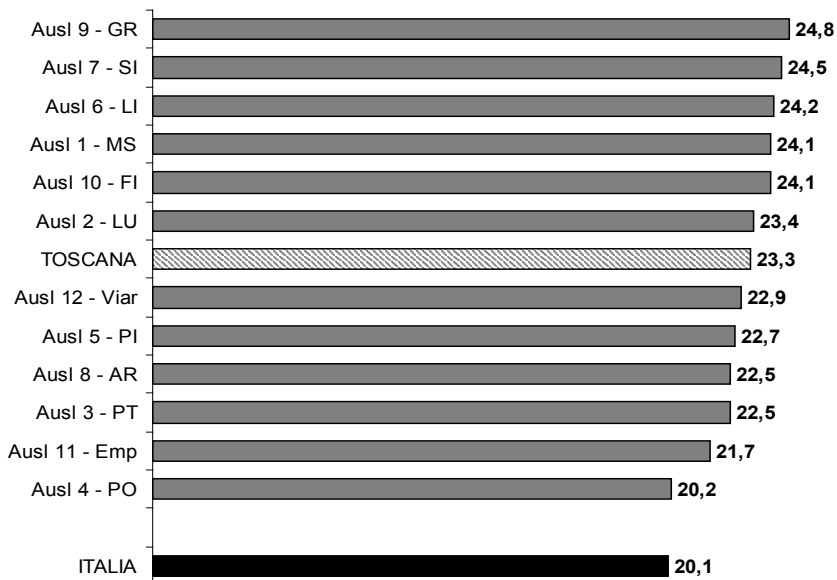
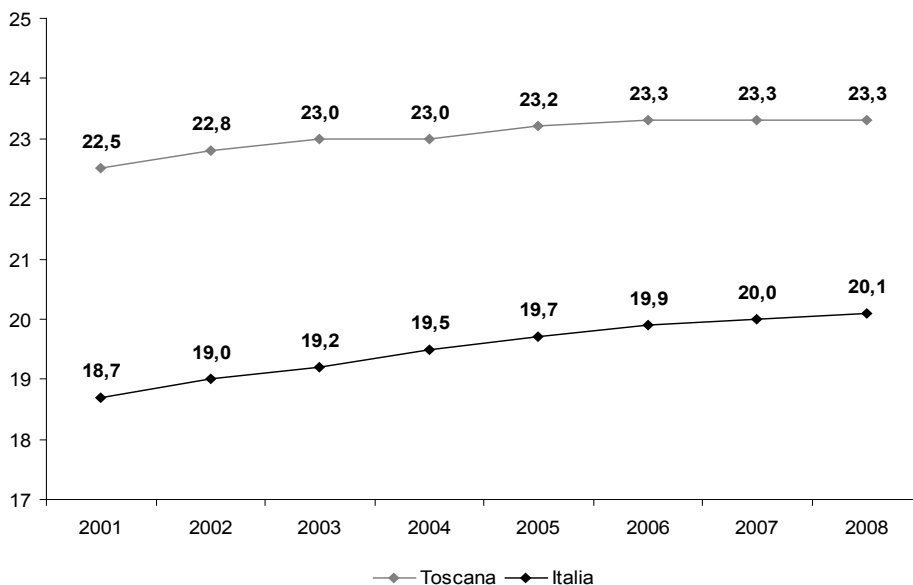


Figura 1.3

Indice di invecchiamento percentuale – Toscana e Italia, anni 2001-2008 – Fonte: ARS su dati ISTAT



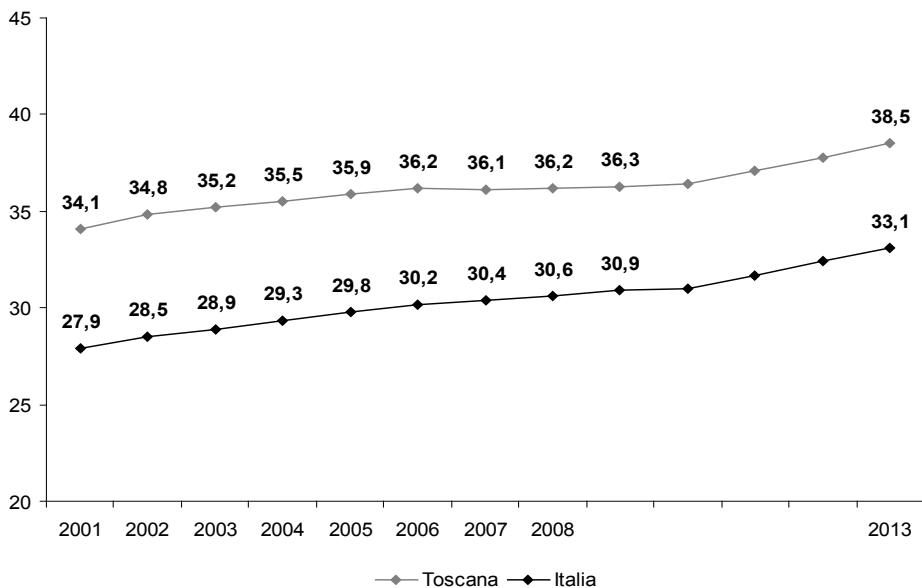
Nel complesso, la Toscana è la seconda regione in Italia, dopo la Liguria, per quanto riguarda la presenza di anziani sul territorio. A livello di Aziende sanitarie locali (ASL), l'indice di invecchiamento varia tra il 20,2% e il 24,8% e la media regionale si attesta di circa 3 punti percentuali al di sopra di quella italiana (figura 1.2). Dopo anni di crescita, l'indice regionale di invecchiamento sembra essersi stabilizzato, mentre in Italia il trend continua ad essere positivo (figura 1.3).

Dal 2005 al 2008 si mantiene stabile anche l'indice di dipendenza senile, che esprime, tramite il rapporto tra ultra65enni e popolazione 15-64enne, il peso economico e sociale degli anziani di cui la popolazione attiva si fa carico. Questa relativa stabilità dovrebbe mantenersi, secondo le previsioni ISTAT, anche per l'anno successivo, dopodiché è previsto l'instaurarsi di un nuovo trend positivo che vedrà il valore dell'indice salire dal 36% circa fino al 38,5% nel 2013 (figura 1.4).

Figura 1.4

Indice di dipendenza senile percentuale – Toscana e Italia, anni 2001-2008

Fonte: ARS su dati ISTAT



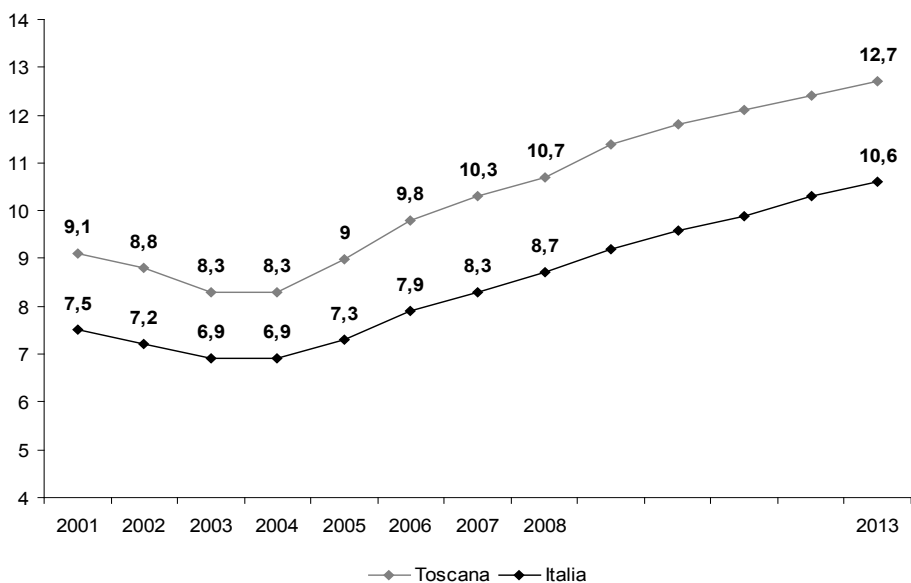
È invece in continua crescita, dal 2004 a oggi, l'indice di supporto ai grandi anziani. Costituito dal rapporto tra gli ultra85enni e la popolazione 50-74enne, l'indice misura la ricaduta che i grandi anziani hanno sulla popolazione adulta, la quale, nella maggioranza dei casi, si fa carico della persona in situazioni di bisogno. Attualmente vi sono circa 11 grandi anziani ogni 100 adulti. Il trend di crescita al quale stiamo assistendo indica

che il potenziale bisogno di assistenza da parte dei grandi anziani è in aumento rispetto al potenziale aiuto che la popolazione adulta è in grado di fornire. Basandoci sulle previsioni ISTAT, la situazione andrà peggiorando: nel 2013 il valore sarà di 12,7%, circa 2 punti percentuali al di sopra della media italiana (figura 1.5).

Figura 1.5

Indice di supporto ai grandi anziani percentuale – Toscana e Italia, anni 2001-2008

Fonte: ARS su dati ISTAT



1.2 Il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

(di Mauro Soli)

Nell'ambito di questo contesto demografico la non autosufficienza costituisce una problematica particolarmente attuale, in grande crescita e in continua evoluzione, che, proprio per questo, necessita di politiche sempre più attente, che siano in grado di differenziare l'offerta dei servizi, potenziando non solo le soluzioni residenziali, ma anche gli interventi di prevenzione, l'assistenza domiciliare e il sostegno al lavoro di cura svolto dalle famiglie.

La legge regionale 66/2008, "Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza", rappresenta l'elemento cardine attraverso il quale la Regione Toscana intende accompagnare

l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado "a) [...] migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane; b) promuove(re) la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità [...]; c) favori(...)[re] percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità" (LR 66/2008, art 1, comma 3).

Un sistema, capace di rispondere a bisogni accertati e finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, che si caratterizza per la certezza della prestazione, l'appropriatezza e la tempestività dell'intervento, l'ampliamento della rete di servizi e interventi, le procedure d'accesso facilitate e garantite, la definizione delle forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa e la sottoscrizione di un patto interistituzionale per il governo integrato del Fondo. La legge, tuttavia, sia pure atto fondamentale, non rappresenta l'unico strumento legislativo e di programmazione messo in campo. È necessario infatti valutare il rinnovamento delle politiche per la non autosufficienza all'interno del complesso di norme che ridisegnano il sistema dell'integrazione socio-sanitaria e, in particolare, il settore della non autosufficienza: i due Piani di settore (sociale e sanitario), che dettano la programmazione sino al 2010, anticipando per certi aspetti la loro definitiva unificazione, i regolamenti attuativi relativi al sistema autorizzativo e di accreditamento, il recente atto di indirizzo sulla compartecipazione dei cittadini, la stessa legge istitutiva del Fondo con i relativi atti attuativi, la riforma della LR 40/2005, che di fatto istituisce la Società della salute come organismo consortile che esercita "il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa nel territorio" (LR 40/2005 e successive modifiche, art.71 ter, comma 2).

Schematicamente il "progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente", concluso per la parte che riguarda gli anziani e ancora in via di sviluppo relativamente alle persone disabili, ha come obiettivo specifico la realizzazione di un sistema di assistenza di tipo universalistico che consenta il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e la garanzia della prestazione socio-sanitaria appropriata al non autosufficiente o al disabile mediante:

- l'istituzione ed il rafforzamento dei "punti insieme" che garantiscano l'accoglienza, l'informazione sulle opportunità e le tipologie di assistenza, l'accesso al sistema di valutazione e presa in carico della persona non autosufficiente;
- l'accertamento della condizione di non autosufficienza attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali della persona, validati sul piano scientifico internazionale e ispirati ai principi generali della *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF - Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute);
- la definizione delle modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la formulazione di un piano personalizzato di assistenza che individui "gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni socio-

sanitarie da erogare, individuate sulla base degli indici di valutazione delle condizioni di bisogno” (LR 66/2008, art. 12, comma 1). Un progetto personalizzato nel quale le risorse individuali, familiari, di contesto ambientale sono considerate essenziali per rispondere alle esigenze delle persone e integrate alle prestazioni e ai servizi garantiti dal pubblico con l’obiettivo primario di favorire la permanenza della persona non autosufficiente all’interno del proprio domicilio o del nucleo familiare;

- la definizione di un sistema di servizi integrati a livello di Zona-distretto capace di estendere e potenziare la mappa delle offerte assistenziali e di garantire la certezza dell’accesso ai servizi coniugando la rapidità delle risposte con l’appropriatezza e la qualità degli interventi;
- la strutturazione di un modello organizzativo che preveda l’articolazione della funzione di indirizzo, di governo e di programmazione in capo alla Società della salute, mentre al Punto unico di accesso (PUA), in quanto luogo di integrazione socio-sanitaria dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, spetta assicurare la valutazione in tempi certi, la presa in carico e l’erogazione delle prestazioni.

Le risorse messe in campo per realizzare tutto ciò, nonostante ammontino a circa 28 milioni per il 2008 e 81 milioni per il 2009, risultano ancora insufficienti per coprire universalisticamente il fabbisogno assistenziale presente. La programmazione sostenibile dei servizi e la determinazione dell’entità dei pacchetti assistenziali da inserire equamente nei Piani assistenziali personalizzati ha pertanto richiesto che fossero disponibili dati specifici sulla condizione di non autosufficienza della popolazione anziana in Toscana. A questo scopo, data la mancanza di dati sufficientemente dettagliati, come vedremo nel paragrafo successivo, è stata inserita tra le azioni di sistema del progetto per “l’Assistenza continua alla persona non autosufficiente” la conduzione di uno studio epidemiologico di popolazione volto alla quantificazione del bisogno assistenziale sul territorio, valutato secondo le procedure valutative multidimensionali in sperimentazione per la definizione dei livelli isogravità del bisogno.

Grazie ai dati derivanti da questo studio e attraverso la valutazione della domanda reale di assistenza sul territorio, verificatasi durante le prime fasi attuative, e della sua sostenibilità da parte del sistema territoriale dei servizi sarà possibile mappare l’effettiva domanda di servizi domiciliari nel territorio regionale, determinare la percentuale di copertura assistenziale domiciliare degli anziani, verificare le risorse derivanti dalla partecipazione dei cittadini e precisare i pacchetti di isorisorse per ogni livello di gravità che si intende coprire.

1.3 I dati sulla non autosufficienza fino a oggi

I dati sulla non autosufficienza fino ad oggi disponibili in Toscana erano basati su quattro studi epidemiologici di popolazione condotti in regione durante gli anni ’90 (studio ICare Dicomano, InChianti, ILSA relativamente al dato toscano, Vecchiano - PI) e sulle rilevazioni ISTAT Multiscopo.

Negli studi epidemiologici la non autosufficienza viene individuata e graduata sulla base del numero di *Basic Activities of Daily Living* (BADL - attività di base della vita quotidiana) che il soggetto non è più in grado di compiere. Questa valutazione, effettuata tramite l'*Index of Independence in Activities of Daily Living* di Katz (che valuta la dipendenza/indipendenza in 6 attività: lavarsi, vestirsi, utilizzare il gabinetto, spostarsi, controllare la continenza, alimentarsi), consente di graduare sommariamente il tipo e l'intensità dell'aiuto richiesto, considerando che gli anziani non autosufficienti nelle BADL necessitano di assistenza diretta alla persona (ad esempio igiene personale, aiuto negli spostamenti) di intensità tanto più elevata quanto più numerose sono le BADL perse.

La rilevazione Multiscopo ISTAT valuta invece la non autosufficienza attraverso una serie di domande che indagano diverse tipologie di disabilità, a seconda della sfera di autonomia compromessa. Per la nostra analisi, finalizzata alla produzione di una stima di non autosufficienza metodologicamente compatibile con quella prodotta in base ai quattro studi epidemiologici, è stato preso in considerazione il dato relativo alla costrizione permanente a letto che, se rilevata, è considerata sufficiente a classificare la persona nel livello più alto di disabilità, e il dato relativo alle difficoltà in alcune attività della vita quotidiana (mettersi a letto o sedersi, vestirsi, lavarsi o farsi il bagno o la doccia, mangiare).

Applicando le stime prodotte sulla base dei dati degli studi epidemiologici e della Multiscopo ISTAT alla struttura della popolazione ISTAT residente in Toscana al 31.12.2004, diminuita della popolazione istituzionalizzata, si ottengono le stime che per anni sono state le più attendibili sulla prevalenza della non autosufficienza negli ultra65enni residenti al domicilio per livello di gravità (tabella 1.2). Le stime fornite dalle due fonti sono molto simili, sia per quanto riguarda i due livelli di gravità considerati, sia per il totale di soggetti non autosufficienti tra gli ultra65enni, circa il 9%.

Tabella 1.2

Non autosufficienza nella popolazione ultrasessantacinquenne residente a domicilio

Attività perse	Indagine Multiscopo ISTAT 1999-00		Studi di Popolazione	
	Stima di popolazione	%	Stima di popolazione	%
1-2 ADL	40.018	4,9	40.703	5,0
3+ ADL (o costretto a letto)	32.668	4,0	34.166	4,2
Totale	72.686	8,9	74.869	9,2

Come abbiamo visto nel precedente paragrafo, il ripensamento generale dei servizi territoriali agli anziani e, in particolare, l'avvio del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente", mirando a rendere la prestazione appropriata di assistenza

diretta alla persona un diritto e avendo introdotto procedure standardizzate per la valutazione multidimensionale della non autosufficienza dell'anziano e un sistema di definizione del livello di gravità del bisogno assistenziale, ha reso necessaria la produzione di informazioni più dettagliate. La disponibilità di dati che consentano di produrre stime attendibili sui livelli di non autosufficienza, così come definiti nel progetto, costituisce infatti la base per una programmazione sostenibile e appropriata sia dei servizi territoriali sia dei pacchetti assistenziali previsti in relazione ai diversi livelli di gravità. In quest'ottica le rilevazioni ISTAT e/o gli studi epidemiologici degli anni '90 non potevano essere considerati adeguati, in quanto utilizzavano strumenti e criteri di individuazione della non autosufficienza basati su di una prospettiva monodimensionale, non confrontabili con la nuova prospettiva multidimensionale e i nuovi strumenti con cui oggi viene valutato e graduato il bisogno assistenziale.

Capitolo 2

Il protocollo dell'indagine

2. Il protocollo dell'indagine

2.1. Lo studio BiSS

Lo studio “Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana” (BiSS) nasce, come abbiamo visto, nell’ambito del progetto “L’assistenza continua della persona non autosufficiente”, con lo scopo di quantificare il bisogno assistenziale presente nella comunità.

Era necessario, ai fini di una programmazione sostenibile, quantificare le risorse necessarie per coprire i pacchetti assistenziali “isorisorse”, previsti dal Progetto, e orientare la programmazione stessa verso azioni di prevenzione secondaria, oltre che primaria, della perdita dell’autosufficienza. Lo studio BiSS è stato costruito in modo tale da rilevare, tra le altre cose, sia il numero atteso di anziani non autosufficienti residenti in Toscana per ciascun “livello isogravità del bisogno”, individuato sulla base delle procedure valutative previste dal Progetto, sia il numero atteso di anziani fragili, cioè a più alto rischio di perdita dell’autonomia.

La studio BiSS è un’indagine trasversale sulla condizione degli anziani in Toscana, condotta su un campione rappresentativo degli ultra65enni residenti, stratificati per genere, classe d’età e Zona-distretto di residenza. La raccolta dati è stata effettuata nelle 34 Zone-distretto della regione da infermieri territoriali, appositamente formati, che hanno somministrato 2.551 interviste in un periodo compreso tra aprile e maggio 2009. L’intervista non è stata somministrata ad anziani in Residenza sanitaria assistenziale (RSA) - temporanea o permanente - né a persone ricoverate in ospedale o dimesse da meno di 15 giorni, rispetto alle quali è stato registrato solo il dato relativo a questa condizione.

L’intervista è stata definita in modo da minimizzare i tempi di somministrazione e ottimizzare la qualità del dato raccolto. In particolare, la struttura del questionario prevedeva dei filtri, tramite i quali l’intervistatore poteva innanzitutto valutare se l’anziano fosse in grado di sostenere un’intervista telefonica e successivamente l’eventuale autosufficienza. L’uso di questi due filtri ha permesso di rilevare il dato telefonicamente per tutti gli anziani autosufficienti che hanno accettato questa modalità di intervista, riducendo costi e tempi di somministrazione, e, parallelamente, di intervistare a domicilio tutti quei soggetti non autosufficienti che dovevano essere sottoposti alle scale valutative del protocollo multidimensionale, ottenendo così una maggiore qualità di questi dati.

Le informazioni ottenute riguardano le condizioni socio-anagrafiche (stato civile, titolo di studio, occupazione lavorativa, condizione abitativa, condizione economica), i fattori che contribuiscono a determinare la fragilità, alcuni fattori di suscettibilità al caldo, il grado di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL¹ di Lawton), il grado di copertura dell’eventuale bisogno assistenziale rilevato nell’anziano, il grado di

1 *Instrumental Activities of Daily Living.*

fruizione di alcuni servizi e, nel caso di soggetti non autosufficienti, le scale del protocollo valutativo multidimensionale finalizzate alla determinazione del livello isogravità del bisogno (*Short Portable Mental Status Questionnaire*, Scala MDS-HC² per le attività di base della vita quotidiana, scala MDS-HC per la valutazione dei disturbi dell'umore, scala MDS-HC per la valutazione dei disturbi del comportamento).

2.2. Metodologie di classificazione e criteri

Affinché i dati esposti nel corso del presente lavoro siano maggiormente comprensibili è necessaria una premessa metodologica che spieghi nel dettaglio i metodi di classificazione utilizzati nel testo rispetto ad alcune delle dimensioni rilevate. Illustreremo in particolare cosa si intende per “anziano fragile” e come questo venga individuato, a cosa corrispondono i livelli “lieve”, “moderato” e “grave” rispetto a varie dimensioni, quali la dipendenza nelle attività strumentali e di base della vita quotidiana, la presenza di disturbi cognitivi, del comportamento e dell'umore e, infine, cosa si intende nel progetto “L'assistenza continua alla persona non autosufficiente” per “livello isogravità del bisogno”.

Anziano Fragile

Definiamo fragile l'anziano che, pur essendo ancora autosufficiente in tutte le attività di base della vita quotidiana (BADL³), presenta un aumentato rischio di perdita dell'autonomia a causa di alcune sue caratteristiche o comportamenti. Per l'identificazione di questi anziani nello studio epidemiologico abbiamo integrato gli item del questionario di Sherbrooke nel questionario BiSS, modificato e validato sulla popolazione anziana della Toscana⁴, esplorativi di una serie di fattori di rischio per la perdita dell'autonomia. I fattori di rischio considerati sono 7 (non vivere solo, usare 4 o più farmaci al giorno, problemi di vista, problemi di memoria, problemi nel camminare, essere caduto o essere stato ricoverato nell'anno precedente). Sulla base del totale dei fattori cui l'anziano risulta positivo, possiamo operare una classificazione su una scala di fragilità a sette punti.

I risultati dello studio di validazione sopramenzionato mostrano che gli ultra65enni autosufficienti, che in base alle risposte al questionario presentano 3 o più fattori di rischio, hanno una probabilità cinque volte maggiore di perdere l'autonomia rispetto agli altri e la probabilità aumenta con l'aumentare del numero di fattori di rischio presenti. In questo lavoro illustreremo dati di prevalenza relativi ad anziani classificabili sia come “ad alto rischio” (positività ad almeno 3 fattori), sia come “ad altissimo rischio” di non autosufficienza (positività ad almeno 4 fattori di rischio).

2 *Minimum Data Set – Home Care.*

3 *Basic Activities of Daily Living.*

4 Pasqua A, Francesconi P, Bandinelli S, Lauretani F, Salvioni A, Pecchioli A, Buiatti E “Un semplice questionario per l'identificazione degli anziani ad alto rischio di declino funzionale: Studio INCHIANTI”.

La dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

La scala utilizzata dal protocollo valutativo multidimensionale e dallo studio BiSS per la valutazione nelle attività strumentali della vita quotidiana è la Scala di Lawton che valuta l'autonomia della persona in 8 attività complesse, la perdita delle quali costituisce spesso un primo passo dello scivolamento verso la non autosufficienza: uso del telefono, capacità di fare acquisti, preparazione del cibo, governo della casa, lavaggio biancheria, gestione dei medicinali, gestione delle finanze e uso dei mezzi di trasporto. Gli anziani autosufficienti nelle BADL sono stati classificati in 3 livelli di non autosufficienza nelle IADL, lieve, moderata e grave, a seconda che avessero perso, rispettivamente, 1 IADL, 2 -3 IADL, 4 o più IADL.

La dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana (BADL)

La scala usata dal protocollo valutativo multidimensionale e dallo studio BiSS per la valutazione nelle attività di base della vita quotidiana è la scala ADL⁵ dell'MDS-HC, che valuta, su una scala da 0 a 4 (indipendente – supervisione – assistenza leggera – assistenza pesante – assistenza totale) la necessità di assistenza dell'anziano rispetto a 7 attività: vestirsi, igiene personale, uso del WC, spostamenti in casa, trasferimenti, mobilità nel letto, alimentazione.

Gli anziani sottoposti alla valutazione multidimensionale completa, sono stati classificati in 3 livelli di non autosufficienza nelle attività di base della vita quotidiana, "lieve", "moderata" e "grave", tenendo conto sia del punteggio parziale riportato a ciascun item sia del punteggio totale, come illustrato nella tabella sottostante.

Tabella 2.1**Criteri di classificazione del livello di dipendenza nelle BADL**

Livello di dipendenza nelle BADL	Punteggio MDS-ADL
LIEVE	MDS-ADL 8-14 o <8 ma ≥ 3 in almeno una ADL
MODERATO	MDS-ADL 15-21 o 8-14 ma 4 in almeno una ADL
GRAVE	MDS-ADL 22-28

Rispetto a questa classificazione, utilizzata anche dal protocollo valutativo multidimensionale, è necessario fare alcune precisazioni.

L'anziano inizia a essere classificato non autosufficiente, di grado lieve, se necessita di assistenza totale in almeno 2 BADL o di assistenza lieve in più di due BADL. Di conseguenza questa classificazione esclude tutti quegli anziani che, ad esempio, necessitano solo di supervisione, anche se in tutte le attività, o di aiuto leggero in diverse attività. La condizione per definire non autosufficiente una persona con punteggio inferiore a 8 è che almeno in un'attività necessiti di assistenza fisica pesante per minimo 3 volte la settimana.

5 *Activities of Daily Living.*

Vengono definiti non autosufficienti moderati anziani che necessitano di assistenza totale in almeno 3 BADL o di assistenza lieve in un numero maggiore di BADL. Si considerano inoltre non autosufficienti di grado moderato anche persone che riportano un punteggio inferiore a 15, ma che necessitano in almeno una BADL di assistenza fisica totale (in questi casi siamo in presenza di anziano non collaborante).

Il non autosufficiente grave è invece una persona che ha mediamente un elevato bisogno di assistenza in tutte le attività considerate.

La presenza di deficit cognitivi

La scala usata dal protocollo valutativo multidimensionale e dallo studio BiSS per la valutazione del deficit cognitivo è lo *Short Portable Mental Status Questionnaire* di Pfeiffer. Questa permette di valutare eventuali deficit nella memoria a breve e lungo termine, l'orientamento e la fluidità verbale, attribuendo un punto per ogni risposta sbagliata. Sommando le risposte si ottiene un punteggio che varia su una scala da 0 a 10. Gli anziani possono così essere classificati in 3 livelli di compromissione cognitiva: "compromissione assente o lieve" se il punteggio riportato va da 0 a 4, "compromissione moderata" se il punteggio è compreso tra 5 e 7 e "compromissione grave" se il punteggio va da 8 a 10.

Il livello di disturbi di umore e comportamento

I disturbi dell'umore e del comportamento vengono valutati dal protocollo valutativo e dallo studio BiSS utilizzando in modo integrato le rispettive scale tratte dall'MDS-HC. La scala dei disturbi dell'umore considera l'intensità, a parere del *caregiver*, di 9 sintomi (sensazione di tristezza e umore depresso, rabbia persistente contro se stessi e/o altri, espressione di una paura irrealistica, preoccupazione per lo stato di salute, manifestazioni ripetute di ansia o preoccupazione, espressione triste dolente corrucciata, pianto frequente) legati ad alterazioni del tono dell'umore. A ogni anziano viene attribuito un punteggio compreso tra 0 e 18, in base alla presenza e intensità di ciascun sintomo negli ultimi 3 giorni (sintomo non presente, presente in 1-2 giorni, presente in tutti gli ultimi 3 giorni). Tale punteggio consente di classificare l'anziano su una scala sintetica a 3 livelli che identifica l'"assenza" o "presenza lieve" (punteggio 0-6), "presenza moderata" (7-12), "presenza grave" (13-18) di disturbi dell'umore.

I disturbi del comportamento valutati sono cinque (vagare, usare linguaggio offensivo, essere fisicamente aggressivo, adottare comportamenti socialmente inadeguati, rifiutare l'assistenza) e per ciascuno di essi viene attribuito all'anziano un punteggio da 0 a 2, in base al fatto che il sintomo sia assente negli ultimi 3 giorni, presente negli ultimi 3 giorni e facilmente controllabile o presente in tutti gli ultimi 3 giorni e difficilmente controllabile. A ogni anziano viene quindi attribuito un punteggio relativo ai disturbi del comportamento, compreso tra 0 e 10, in base al quale può essere classificato in 3 livelli di gravità dei disturbi: "lieve" (punteggio 0-1), "moderato" (punteggio 2) e "grave" (punteggio superiore a 3).

Sia il protocollo valutativo multidimensionale sia lo studio BiSS classificano gli anziani utilizzando un punteggio integrato. Al punteggio riportato nei disturbi del

comportamento vengono cioè sommati 0 punti in caso di assenza/presenza lieve di disturbi dell'umore, 1 punto per disturbi dell'umore moderati e 2 punti per disturbi gravi. Il valore totale, che varia tra 0 e 12 punti, consente una classificazione dell'anziano su 3 livelli (tabella 2.2).

Tabella 2.2

Criteri di classificazione del livello integrato di disturbi dell'umore e del comportamento

Livello di disturbi del comportamento e dell'umore	Punteggio integrato disturbi dell'umore e del comportamento
LIEVE	0-3 (nessun 2)
MODERATO	4-7 oppure 0-3, ma almeno un item uguale a 2
GRAVE	8-12 oppure 4-7, ma almeno due item uguali a 2

Dai criteri si evince che per essere classificato in un livello lieve è necessario che l'anziano presenti al massimo 3 sintomi contemporaneamente, di cui, per come è costruita la scala, solo uno può essere costituito da disturbi dell'umore. I livelli moderato e grave considerano invece non solo la presenza, ma anche la gravità dei sintomi comportamentali (di cui almeno uno deve essere scarsamente controllabile) e/o dei disturbi dell'umore.

I livelli isogravità del bisogno

Nel contesto della fase pilota del progetto "L'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente", sono state definite, oltre a un unico protocollo valutativo multidimensionale condiviso su tutto il territorio regionale, delle procedure in grado di classificare gli anziani non autosufficienti in base al "livello isogravità del bisogno". Il concetto di isogravità del bisogno si fonda sulla considerazione che a differenti profili di bisogno, definiti sulla base della gravità in alcune dimensioni valutate, possano corrispondere pari esigenze assistenziali.

Nel contesto del Progetto sono stati individuati 5 livelli isogravità del bisogno, definiti tramite il raggruppamento ragionato dei 27 profili di bisogno risultanti dalla combinazione del grado di dipendenza nelle BADL, del livello di compromissione cognitiva e dei disturbi di umore e comportamento, come illustrato nella tabella sottostante. Il raggruppamento nei 5 livelli è avvenuto attraverso uno studio Delphi, in cui diversi esperti nella valutazione multidimensionale degli anziani sono stati chiamati a esprimere il proprio parere e a raggiungere un accordo rispetto all'equivalenza di assorbimento di risorse assistenziali tra soggetti appartenenti ai 27 diversi profili di bisogno identificati.

Tabella 2.3

Criteri di classificazione del livello di isogravit  del bisogno

Compromissione cognitiva	Dipendenza BADL Lieve			Dipendenza BADL Moderata			Dipendenza BADL Grave		
	Disturbi comp / umore Assenti- Lievi	Disturbi comp / umore Moderati	Disturbi comp / umore Gravi	Disturbi comp / umore Assenti- Lievi	Disturbi comp / umore Moderati	Disturbi comp / umore Gravi	Disturbi comp / umore Assenti- Lievi	Disturbi comp / umore Moderati	Disturbi comp / umore Gravi
Assente- Lieve	1	2	3	2	3	4	4	4	5
Moderata	2	2	3	3	3	4	4	4	5
Grave	3	3	4	3	4	5	4	5	5

Per meglio chiarire il concetto dei 5 livelli isogravit  del bisogno, descriveremo sommariamente le principali caratteristiche dei soggetti classificati in ciascuno di essi:

1. persone pienamente collaboranti, senza problemi di memoria n  disturbi del comportamento, che necessitano di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attivit  di base della vita quotidiana;
2. persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attivit  di base della vita quotidiana, presentano un leggero decadimento cognitivo e/o moderati disturbi del comportamento che riducono la loro collaborativit  nell'assistenza; oppure persone pienamente collaboranti che, per , necessitano di moderato aiuto per compiere le attivit  di base della vita quotidiana;
3. persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto lieve e non continuo per compiere le attivit  di base della vita quotidiana, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento che rendono l'assistenza pi  difficile; oppure persone che necessitano di un aiuto fisico di livello intermedio per compiere le attivit  di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave o che presentano un livello moderato nei disturbi del comportamento;
4. persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attivit  di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un grave o moderato decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello moderato; oppure persone che necessitano di assistenza pesante o totale nello

- svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, come nel caso di uno stato vegetativo persistente;
5. persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, per niente collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave, ma soprattutto di gravi disturbi del comportamento che richiedono peraltro sorveglianza continua.

2.3. Le interviste: formazione degli intervistatori, supervisione, controllo qualità

(di Monica Marini)

La complessità dell'intervista, sia dal punto di vista dei contenuti che della struttura, ha reso particolarmente importanti la selezione degli intervistatori, le attività di formazione e supervisione in itinere a essi dedicate, nonché quelle di controllo qualità dei dati raccolti. Gli intervistatori sono stati selezionati privilegiando, a livello di categoria professionale, gli infermieri territoriali (identificati dai responsabili di ogni Zona-distretto) che, nella regolare attività professionale, avevano già acquisito le abilità necessarie alla somministrazione degli strumenti valutativi introdotti dalla Regione Toscana per la valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente. La formazione degli intervistatori si è svolta attraverso due moduli di formazione in aula, tenutosi il primo in ciascuna area vasta e il secondo in seduta plenaria a Firenze, intervallati da un periodo di tirocinio.

Il primo modulo formativo prevedeva due parti: una più teorica con illustrazione degli obiettivi e finalità della ricerca e una più pratica sulle tecniche specifiche di contatto e somministrazione dell'intervista. Sono state oggetto di formazione le modalità per il contatto con l'intervistato, le regole da seguire per il rispetto della privacy, nozioni di metodo dell'intervista mirate a sviluppare specifiche competenze tecniche e comunicative, le modalità di somministrazione del questionario BiSS (rispetto alle quali è stato fornito un manuale cartaceo, in modo da rendere il più uniformi possibile le modalità di compilazione dello stesso). Durante il corso di formazione sono state inoltre svolte esercitazioni pratiche che simulavano talune situazioni di intervista, permettendo ai rilevatori di prendere "confidenza" sia con la modalità di somministrazione telefonica sia con quella del faccia a faccia.

A conclusione del primo modulo, ciascun intervistatore svolgeva un tirocinio nel quale aveva il compito di somministrare un numero minimo di interviste, fino a includerne almeno una domiciliare e, comunque, non meno di 6 (una per ogni strato di genere e classe d'età).

Durante il secondo modulo, in seduta plenaria, ciascun intervistatore ha riportato gli esiti della propria attività di tirocinio ed esposto gli eventuali problemi relativi all'organizzazione del lavoro (durata delle interviste, reperibilità del soggetto campionato),

alle tecniche di approccio con le famiglie e alle strategie comunicative da adottare, al contenimento dei rifiuti, ad aspetti problematici del questionario.

Il coordinatore degli intervistatori ha inoltre svolto un'attività di supervisione che si è svolta sia telefonicamente per tutto il corso dell'indagine, sia in un incontro intermedio tenutosi a metà rilevazione in ciascuna Area vasta. Durante questo incontro intermedio sono stati raccolti i questionari compilati e di nuovo risolti eventuali problemi e/o criticità. Il controllo in itinere ha permesso di monitorare l'operato e l'efficienza di ciascun intervistatore e di effettuare una stima della qualità dei dati raccolti (tasso di adesione, numero di rifiuti e sostituzioni).

La qualità è stata inoltre garantita, oltre che dall'impiego di intervistatori appositamente formati e dall'uso di filtri presenti nella struttura del questionario (che garantiscono la somministrazione domiciliare dell'intervista in caso di incapacità dell'anziano di sostenere un'intervista telefonica per problemi sensoriali cognitivi o nel caso di anziani non autosufficienti da sottoporre a parte del protocollo valutativo multidimensionale regionale), anche da un'attività di verifica di riproducibilità tra intervistatori.

La verifica di riproducibilità è stata condotta dal coordinatore degli intervistatori su un campione randomizzato di 44 soggetti già intervistati per ogni Zona-distretto. Questi ha verificato l'attendibilità dei dati raccolti tramite ri-somministrazione telefonica di alcuni item traccianti. In caso di incongruità evidente, i questionari compilati sono stati discussi con lo stesso intervistatore ed eventualmente esclusi dall'analisi. Questo processo ha riscontrato una buona corrispondenza tra dati rilevati e dati di controllo: l'intervista è risultata valida nel 98,8% dei casi.

Capitolo 3

I risultati

3. Risultati

3.1 Sommario esecutivo

Secondo i dati ISTAT, all'inizio del 2009 erano residenti in Toscana 862.680 anziani (persone ultra65enni).

Applicando a questa popolazione le prevalenze età- e sesso-specifiche delle caratteristiche d'interesse prodotte dallo studio BiSS, si stima che:

- circa 11.300 anziani (1,3% degli ultra65enni) sono ospiti di strutture assistenziali residenziali.

Per quanto riguarda gli anziani residenti al domicilio, si stima che:

- in media, ogni giorno, circa 8.000 anziani (0,9% degli ultra65enni) risultano ricoverati in ospedale e circa 11.700 (1,4%) sono stati dimessi da un ospedale da meno di 15 giorni;
- circa 135.000 donne (28,3%) e 44.000 uomini (12,9%) vivono da soli;
- il 16,7% delle donne e il 7,2% degli uomini non hanno alcun titolo di studio e il 67% degli anziani dichiara di avere almeno qualche difficoltà ad arrivare alla fine del mese con il reddito a disposizione;
- la percentuale di anziani dipendenti nelle attività di base della vita quotidiana (BADL¹) è più alta nelle donne che negli uomini e aumenta con l'età (negli uomini dal 2% tra i 65-69enni al 46,2% negli ultra90enni e nelle donne dall'1,6% nelle 65-69enni al 51,4% nelle ultra90enni). Complessivamente, circa 17.560 uomini (4,9%) e 48.500 donne (9,9%), per un totale di circa 66.000 ultra65enni (7,8%) residenti in Toscana, sono dipendenti da altri per lo svolgimento delle BADL. Di questi, quasi il 90% sono ultra75enni e oltre la metà ultra85enni;
- le prime attività per le quali l'anziano richiede aiuto, nel momento in cui perde l'autosufficienza, riguardano la cura della propria persona (vestirsi e/o svestirsi e cura dell'igiene personale). La capacità di alimentarsi è l'ultima abilità ad essere persa. Circa il 40% degli anziani non autosufficienti sono gravemente dipendenti dall'aiuto di altri, molto spesso in modo totale, in tutte, o quasi, le attività di base della vita quotidiana;
- due anziani non autosufficienti su tre presentano un deficit cognitivo almeno moderato e uno su due un deficit cognitivo grave;
- quasi la metà degli anziani non autosufficienti riporta disturbi dell'umore almeno moderati, prevalentemente rappresentati da sensazione di tristezza o depressione e dalla diminuzione delle interazioni sociali, e circa il 17,6% presenta disturbi del comportamento almeno moderati, prevalentemente rappresentati negli uomini da

1 *Basic Activities of Daily Living.*

- un linguaggio offensivo e nelle donne dal vagare senza motivo;
- combinando il grado di dipendenza nelle BADL con le caratteristiche cognitive, emotive e comportamentali, è possibile classificare gli anziani non autosufficienti in cinque livelli di isogravit  del bisogno assistenziale. Circa 46.000 anziani sono classificabili in un livello uguale o superiore al terzo e quindi, secondo le attuali proposte, eleggibili per l'accesso al fondo regionale per la non autosufficienza;
 - applicando le prevalenze et  e sesso specifiche delle caratteristiche d'interesse alle proiezioni demografiche ISTAT (scenario intermedio), si stima che, nel giro di 5 anni, gli anziani non autosufficienti aumenteranno a circa 78.500 (+19% rispetto al 2009) e gli anziani non autosufficienti con un livello di isogravit  del bisogno assistenziale pari o superiore al terzo a 56.000 (+21%). Quasi il 95% di questo incremento   attribuibile all'aumento degli ultra85enni.

Per quanto riguarda gli anziani residenti al domicilio autosufficienti nelle BADL, si stima che:

- la percentuale di anziani dipendenti nelle attivit  strumentali della vita quotidiana (IADL²)   sempre pi  alta nelle donne che negli uomini e aumenta con l'et  (negli uomini dal 3,5% tra i 65-69enni all'80% negli ultra90enni e nelle donne dall'8,9% nelle 65-69enni al 95,8% nelle ultra90enni). Complessivamente, circa 55.150 uomini (16,2%) e 138.500 donne (31,3%) ancora autosufficienti nelle BADL non sono pi  autonomi nelle IADL. Fare acquisti e usare i mezzi di trasporto sono le attivit  per le quali si perde l'autonomia pi  frequentemente;
- tra gli anziani ancora autonomi nelle BADL, circa 122.000 (15,5%) sono classificabili come fragili ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza. Di questi, circa 59.000 hanno un'et  compresa tra i 75 e gli 84 anni e, considerando che all'aumentare dell'et  il rischio relativo di disabilit  aumenta, mentre il potenziale beneficio derivante dagli interventi di prevenzione diminuisce, potrebbero costituire il target prioritario per interventi di prevenzione secondaria della disabilit ;

Per quanto riguarda la copertura del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti residenti al domicilio, si stima che:

- oltre la met  degli anziani dipendenti nelle IADL o in modo lieve/moderato nelle BADL e circa un terzo degli anziani dipendenti in modo grave nelle BADL sono aiutati soltanto dai familiari;
- circa un terzo degli anziani dipendenti nelle IADL o in modo lieve/moderato nelle BADL e circa la met  degli anziani dipendenti in modo grave nelle BADL sono aiutati anche o esclusivamente da una persona a pagamento per un totale di circa 47.500 persone;

2 *Instrumental Activities of Daily Living.*

- i servizi pubblici intervengono, per quanto riguarda l'aiuto alla persona, nel 6% dei casi di anziano non autosufficiente residente al domicilio. Quasi la metà degli anziani gravemente dipendenti nelle BADL usufruisce di assistenza infermieristica domiciliare;
- non tutti gli anziani non autosufficienti residenti al domicilio riferiscono di percepire l'indennità d'accompagnamento: la percentuale di chi riceve l'indennità varia da circa un terzo tra gli anziani dipendenti soltanto nelle IADL a circa tre quarti tra gli anziani gravemente dipendenti nelle BADL, per un totale di circa 58.000 persone. Di riscontro, circa l'1,1% degli anziani autosufficienti sia nelle BADL sia nelle IADL riferisce di percepire questo sussidio economico (circa 8.000 anziani);
- sono circa 2.400 (2,1%) gli anziani non autosufficienti che frequentano un centro diurno, che in un caso su cinque è un centro Alzheimer;
- sono circa 2.500 gli anziani in attesa di un ricovero permanente e circa 500 quelli in attesa di un ricovero temporaneo in Residenza sanitaria assistenziale (RSA).

3.2 Gli anziani ospiti di RSA, ricoverati in ospedale e in fase di post-dimissione

Gli anziani residenti in RSA (temporanea o permanente) al 01/01/2009 sono circa 11.300, pari all'1,3% della popolazione ultra65enne residente in Toscana (tabella 3.1). Vi sono tra le tre e le quattro donne istituzionalizzate per ogni uomo. Questo squilibrio non dipende esclusivamente dalla maggior presenza di donne nella popolazione ultra65enne toscana: le prevalenze strato-specifiche, superati gli 80 anni, mostrano un'incidenza maggiore di ricoverati in RSA all'interno della popolazione femminile rispetto ai coetanei maschi.

Gli anziani ricoverati in ospedale sono stimati intorno agli 8.000 (0,9%), mentre i dimessi da meno di 15 giorni raggiungono quasi i 12.000 (1,4%). Anche in questo caso le prevalenze strato-specifiche mostrano differenze di genere: la somma delle prevalenze di ricoverati e dimessi da meno di 15 giorni tra le donne è quasi il doppio di quella maschile. Inoltre, mentre tra gli uomini la frequenza di ricovero aumenta con l'età, tra le donne sembra esservi una flessione o, quantomeno, una relativa stabilizzazione una volta raggiunti gli 80 anni (tabella 3.1). Questa stima risente del periodo annuale nel quale è stata condotta la rilevazione (aprile-maggio) che potrebbe aver determinato una sottostima rispetto al valore medio annuale.

Tabella 3.1

RSA, Ospedale, Post- ricovero, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Uomini									
	Ospiti di RSA		Ricoverati in Ospedale		Dimessi <15gg		Altri		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	0	0,0	995	1,0	498	0,5	101.530	98,6	103.023	100,0
70-74	0	0,0	0	0,0	1.099	1,2	92.694	98,8	93.793	100,0
75-79	306	0,4	306	0,4	612	0,8	73.494	98,4	74.719	100,0
80-84	1.255	2,4	314	0,6	628	1,2	51.159	95,9	53.356	100,0
85-89	851	3,0	243	0,9	486	1,7	26.861	94,4	28.441	100,0
90+	123	1,4	247	2,8	247	2,8	8.261	93,1	8.878	100,0
Totale	2.535	0,7	2.105	0,6	3.570	1,0	353.999	97,7	362.209	100,0

Classe d'età	Donne									
	Ospiti di RSA		Ricoverati in Ospedale		Dimessi <15gg		Altri		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	0	0,0	949	0,8	949	0,8	114.852	98,4	116.750	100,0
70-74	775	0,7	1.549	1,4	1.937	1,7	107.293	96,2	111.554	100,0
75-79	397	0,4	1.986	2,0	1.986	2,0	95.745	95,6	100.115	100,0
80-84	3.601	4,1	720	0,8	1.800	2,1	80.661	92,9	86.783	100,0
85-89	2.615	4,4	523	0,9	1.046	1,8	54.646	92,9	58.829	100,0
90+	1.368	5,2	228	0,9	456	1,7	24.388	92,2	26.439	100,0
Totale	8.755	1,7	5.956	1,2	8.174	1,6	477.584	95,4	500.470	100,0

Classe d'età	Totale									
	Ospiti di RSA		Ricoverati in Ospedale		Dimessi <15gg		Altri		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	0	0,0	1.945	0,9	1.447	0,7	216.382	98,5	219.773	100,0
70-74	775	0,4	1.549	0,8	3.036	1,5	199.987	97,4	205.347	100,0
75-79	703	0,4	2.293	1,3	2.599	1,5	169.239	96,8	174.834	100,0
80-84	4.856	3,5	1.034	0,7	2.428	1,7	131.820	94,1	140.139	100,0
85-89	3.466	4,0	766	0,9	1.532	1,8	81.507	93,4	87.270	100,0
90+	1.491	4,2	475	1,3	702	2,0	32.649	92,4	35.317	100,0
Totale	11.290	1,3	8.061	0,9	11.744	1,4	831.584	96,4	862.680	100,0

3.3 Condizioni socio-anagrafiche

Per quanto riguarda lo stato civile, oltre il 90% degli uomini e delle donne ultra65enni è, o è stato, coniugato. Circa la metà delle donne ultra65enni ancora in vita ha perso il proprio marito nel corso degli anni. È più raro imbattersi in un uomo vedovo: il 77% dichiara di essere ancora coniugato. Tutto questo è ovviamente dovuto alla maggior longevità delle donne rispetto agli uomini.

Circa il 7% degli uomini e il 5% delle donne ultra65enni non hanno mai contratto matrimonio e meno del 2% degli uomini e delle donne in questa fascia d'età risulta separato o divorziato (figura 3.1).

Lo stato di vedovanza determina anche una particolare condizione abitativa. È più frequente incontrare una donna che vive sola rispetto a un uomo una volta superati i 65 anni e, in particolar modo, tra i 75 e i 90 anni. Il 28,3% delle donne vive attualmente da sola, a fronte del 12,9% degli uomini.

La diminuzione della prevalenza di persone che vivono sole tra i più anziani può essere spiegata con l'insorgenza di problematiche legate all'età, tali da non consentire più di vivere in piena autonomia (figura 3.2).

Figura 3.1

Stato civile, distribuzione percentuale per genere – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

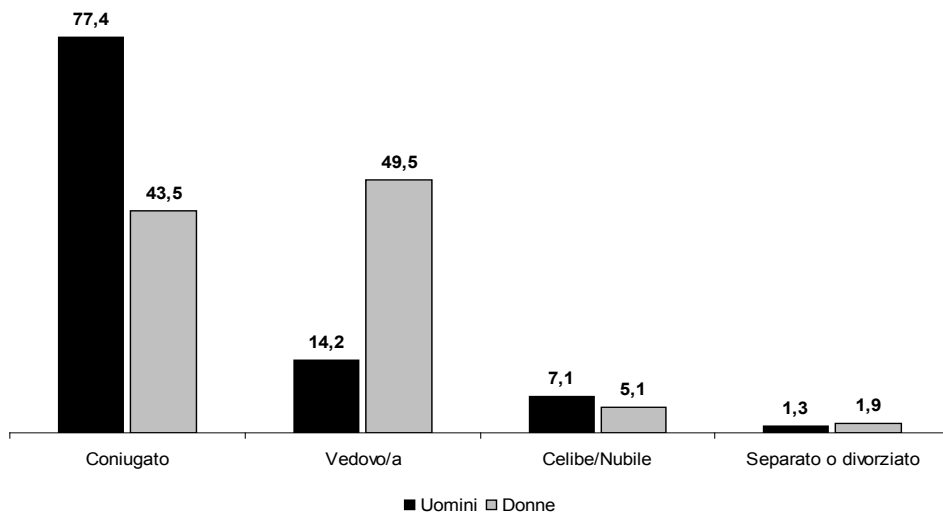
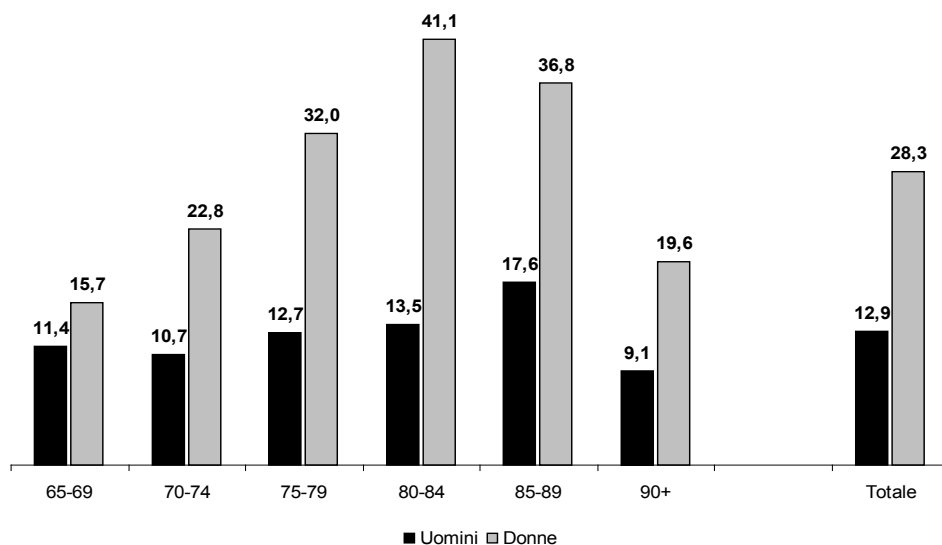


Figura 3.2

Anziani che vivono soli, prevalenza per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009



L'accesso all'istruzione è stato senz'altro limitato per le donne nei decenni passati. Circa 10 donne su 100 hanno avuto la possibilità di raggiungere almeno il diploma di scuola media superiore, mentre il 16,7% dichiara di non avere alcun titolo di studio. Tra gli uomini invece il 16,5% si è diplomato alla scuola media superiore o laureato, mentre il 7,2% non ha ricevuto alcun tipo di istruzione (figura 3.3).

In totale si stimano circa 179.000 anziani che vivono soli, 44.000 uomini e 135.000 donne (tabella 3.2).

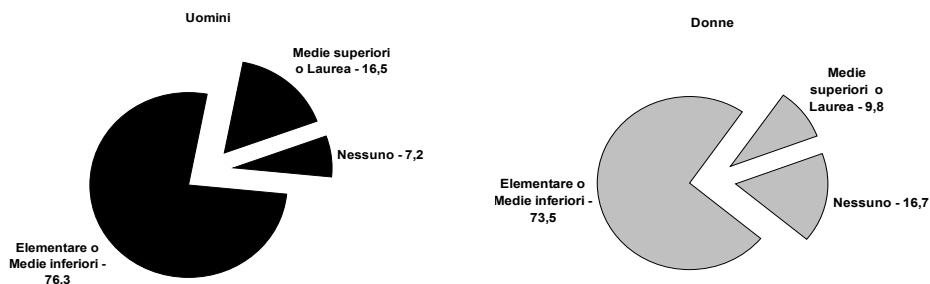
Tabella 3.2

Anziani che vivono da soli, stime per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

	Classe d'età						Totale
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
Uomini	11.789	10.010	9.459	7.032	4.869	896	43.954
Donne	18.333	25.287	31.860	34.164	20.711	4.921	135.274
Totale	30.121	35.296	41.319	41.196	25.579	5.716	179.229

Figura 3.3

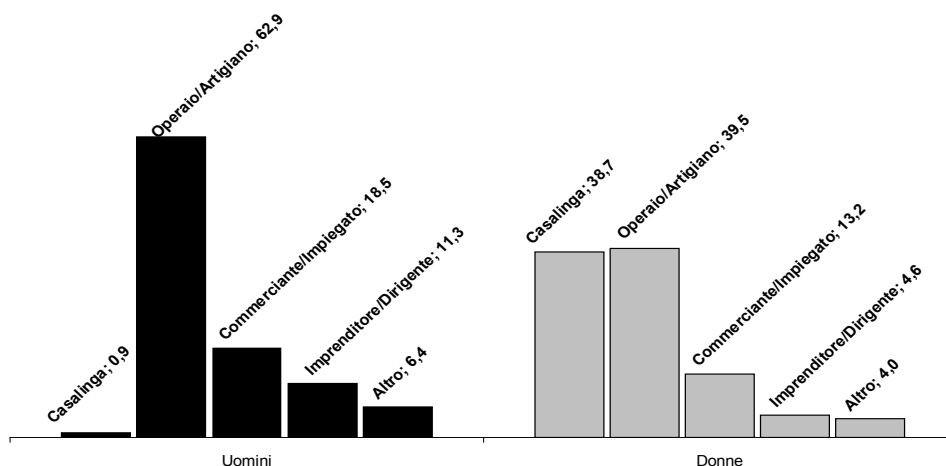
Grado di istruzione, distribuzione percentuale per genere – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009



Le differenze di genere nell'accesso all'istruzione si riflettono anche sull'esperienza lavorativa maturata nel corso degli anni. Mentre per le donne la condizione più frequente è quella di casalinga e la possibilità di condurre una vita imprenditoriale o dirigenziale è capitata a meno di 5 donne su 100, tra gli uomini i mestieri più frequenti sono rappresentati dall'operaio, dal coltivatore diretto e dall'artigiano (63%), mentre 11 uomini su 100 hanno avuto una vita imprenditoriale o un ruolo dirigenziale (figura 3.4).

Figura 3.4

Lavoro principale, distribuzione percentuale per genere – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

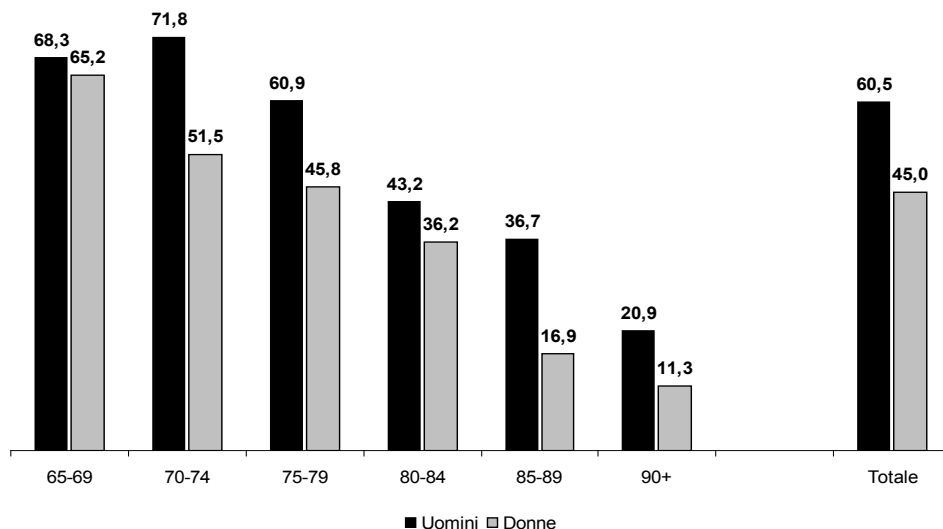


Le donne mantengono la propensione al lavoro domestico anche dopo i 65 anni, a discapito di eventuali attività al di fuori della propria abitazione (piccoli lavoretti, volontariato o supporto a parenti/amici). Circa 6 uomini su 10 dichiarano di uscire ancora per una

qualunque di queste attività, mentre tra le donne ciò avviene in meno della metà dei casi. Con l'età, questo tipo di attività tende a diminuire, ma fino a 80 anni l'anziano si mantiene abbastanza attivo anche al di fuori delle mura domestiche (figura 3.5).

Figura 3.5

Attività attuale al di fuori di casa, prevalenza per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009



Coloro che non percepiscono alcun reddito rappresentano lo 0,5% degli uomini e il 10,5% delle donne, per un totale di circa 54.000 persone. Il 93,7% dichiara di riscuotere almeno una pensione o comunque di avere un'entrata economica (assegno sociale, pensione di reversibilità, di invalidità ecc.).

Circa 86 anziani su 100 non pagano per risiedere nella propria abitazione perché propria, del coniuge o in usufrutto gratuito. Il 10% abita invece in una casa in affitto, circa 81.000 persone.

Circa 9 anziani su 100 abitano in un alloggio popolare (tabella 3.3), 32.000 uomini e 44.000 donne.

Tabella 3.3

Casa popolare, stime per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

	Classe d'età						Totale
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
Uomini	7.655	9.642	8.096	2.574	2.784	1.176	31.926
Donne	9.644	8.862	11.168	8.576	4.036	1.875	44.162
Totale	17.298	18.504	19.264	11.150	6.820	3.051	76.088

Nel complesso, gli anziani percepiscono la propria situazione economica in modo problematico. Il 67% dichiara di avere almeno qualche difficoltà ad arrivare alla fine del mese con il reddito a propria disposizione. Meno del 4% afferma di sostenere le varie spese molto facilmente. Tra i due generi non si riscontrano differenze significative, così come tra le diverse classi d'età, a dimostrazione che questa è una situazione diffusa e comune a tutti gli anziani (tabella 3.4).

Tabella 3.4

Difficoltà economica percepita, distribuzione percentuale – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

	Facilità nell'arrivare a fine mese con il reddito a propria disposizione									
	Molto facilmente		Abbastanza facilmente		Qualche difficoltà		Molte difficoltà		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ultra65enni non istituzionalizzati	31.180	3,7	258.538	30,4	370.367	43,5	191.304	22,5	851.389	100,0

In conclusione, la popolazione anziana toscana non presenta caratteristiche particolari rispetto a quella italiana.

Divorzi e separazioni sono fenomeni recenti, che non hanno toccato da vicino le classi nate prima degli anni '40 del secolo scorso. La metà della popolazione convive con il coniuge o, in particolar modo nella popolazione femminile, è rimasta vedova.

Il grado di istruzione generale negli anziani è medio/basso: in pochi hanno raggiunto almeno il diploma di scuola superiore, in particolar modo tra le donne, le quali anche nella vita lavorativa hanno risentito di questo *gap* legato al genere. Buona parte delle donne ultra65enni ha svolto semplicemente la vita di casalinga e, qualora abbia avuto un lavoro al di fuori delle mura domestiche, si è trattato prevalentemente di mansioni da operaia, coltivatrice diretta o piccola artigiana. Tra gli uomini, invece, è più frequente incontrare ex impiegati, commercianti o liberi professionisti. La conduzione di una vita socialmente attiva fuori casa è una caratteristica più maschile che femminile e possiamo individuare gli 80 anni come soglia oltre la quale le persone riducono significativamente tale tipo di attività.

Sostanzialmente, tutti gli uomini percepiscono una pensione o, comunque, un reddito assimilabile, mentre la proporzione scende leggermente tra le donne. Nonostante ciò, queste entrate non permettono di vivere una sufficiente tranquillità economica alla maggior parte degli anziani, che dichiara di avere qualche problema ad arrivare a fine mese.

3.4 La fragilità

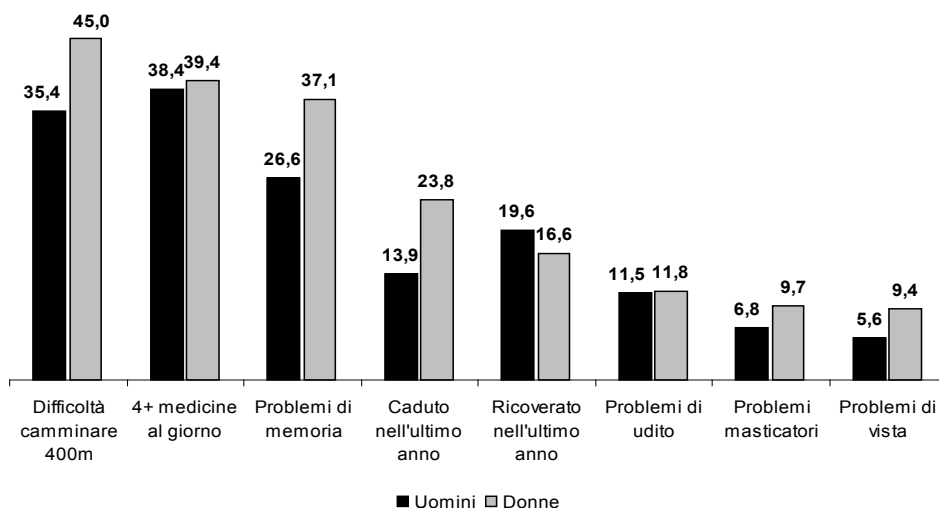
Sono state raccolte informazioni a proposito di 8 fattori che, secondo evidenze di letteratura, possono aumentare nell'anziano il rischio di divenire non autosufficiente, definendolo così fragile:

- uso di medicinali
- cadute
- difficoltà nel camminare
- ricoveri ospedalieri
- problemi di vista
- problemi di memoria
- problemi di udito
- problemi masticatori

Le prevalenze per genere mostrano che, mentre per alcuni aspetti non si notano differenze significative, ve ne sono altri che colpiscono diversamente uomini e donne (figura 3.6).

Figura 3.6

Item della fragilità, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009



Circa un quarto degli anziani (349.000) ha problemi nel camminare, intesi come incapacità di percorrere 400 metri in pianura senza difficoltà: ne sono più afflitte le donne (45%) rispetto agli uomini (35,4%). La soglia dei 75 anni segna un incremento più incisivo nella prevalenza di anziani con questo tipo di difficoltà (tabella 3.5).

Le persone che consumano almeno quattro medicinali diversi al giorno sono circa 332.000, pari al 39% del totale degli ultra65enni. Il consumo è associato all'età e, anche in questo caso, i 75 anni comportano un intensificarsi del problema (tabella 3.5).

La popolazione femminile dichiara di soffrire maggiormente di problemi di memoria rispetto a quella maschile, quasi 4 donne su 10 ammettono di esserne affette. Giunti agli 80 anni i casi si intensificano (tabella 3.5).

Tabella 3.5**Item della fragilità, prevalenza per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009**

Classe d'età	Uomini							
	Difficoltà camminare per 400m		4+ medicine al giorno		Problemi di memoria		Caduto nell'ultimo anno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	28.331	27,5	32.287	31,3	17.256	16,8	12.177	11,8
70-74	26.637	28,4	28.476	30,4	20.550	21,9	9.342	10,0
75-79	27.004	36,3	32.243	43,3	20.240	27,2	8.721	11,7
80-84	25.243	48,5	25.232	48,4	20.064	38,5	10.029	19,3
85-89	13.732	49,8	14.358	52,0	12.402	45,0	6.522	23,6
90+	6.499	74,2	5.388	61,5	4.983	56,9	3.232	36,9
Totale	127.447	35,4	137.984	38,4	95.496	26,6	50.024	13,9

Classe d'età	Donne							
	Difficoltà camminare per 400m		4+ medicine al giorno		Problemi di memoria		Caduto nell'ultimo anno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	37.944	32,5	30.904	26,5	28.942	24,8	15.925	13,6
70-74	32.060	28,9	32.625	29,5	36.524	33,0	21.270	19,2
75-79	44.225	44,4	42.739	42,9	32.408	32,5	24.511	24,6
80-84	48.645	58,5	43.820	52,7	38.796	46,6	25.620	30,8
85-89	38.293	68,1	30.541	54,3	28.647	51,0	21.182	37,7
90+	19.917	79,4	13.132	52,4	16.871	67,3	8.670	34,6
Totale	221.083	45,0	193.761	39,4	182.188	37,1	117.176	23,8

Classe d'età	Totale							
	Difficoltà camminare per 400m		4+ medicine al giorno		Problemi di memoria		Caduto nell'ultimo anno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	66.275	30,2	63.191	28,8	46.199	21,0	28.102	12,8
70-74	58.697	28,7	61.100	29,9	57.074	27,9	30.611	15,0
75-79	71.229	40,9	74.982	43,1	52.649	30,2	33.232	19,1
80-84	73.888	54,6	69.053	51,0	58.860	43,5	35.649	26,4
85-89	52.025	62,1	44.899	53,6	41.049	49,0	27.704	33,1
90+	26.416	78,1	18.520	54,8	21.854	64,6	11.902	35,2
Totale	348.530	40,9	331.745	39,0	277.684	32,6	167.200	19,6

Quasi il 20% degli anziani dichiara di essere caduto durante l'anno precedente all'intervista, per un totale di circa 167.000 persone. Poco meno di 24 donne su 100 dichiarano di essere cadute almeno una volta nei 12 mesi precedenti, a fronte di 14 uomini su 100. Tra questi ultimi si osserva un netto peggioramento dopo gli 80 anni, mentre tra le donne il fenomeno è sì associato all'età, ma la prevalenza segue un andamento più lineare nel tempo (tabella 3.5). I ricoveri ospedalieri hanno riguardato circa 18 anziani su 100 nel corso dell'anno

precedente all'intervista. La prevalenza, all'interno della popolazione femminile, aumenta in maniera netta dopo il compimento dei 75 anni (tabella 3.6).

Circa 99.000 anziani soffrono di problemi di udito (11,7%). Tra le donne la situazione peggiora nettamente dopo gli 80 anni (tabella 3.6).

L'8,5% degli anziani mastica male, pari a circa 72.000 persone. Dopo gli 85 anni il problema si presenta più frequentemente (tabella 3.6).

Analogamente gli anziani con problemi di vista sono circa il 7,8% e il problema si intensifica dopo gli 80 per le donne e dopo gli 85 per gli uomini (tabella 3.6).

Tabella 3.6

Item della fragilità, prevalenza per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Uomini							
	Ricoverato nell'ultimo anno		Problemi di udito		Problemi masticatori		Problemi di vista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	17.256	16,8	7.572	7,4	7.067	6,9	4.039	3,9
70-74	21.385	22,8	8.591	9,2	5.609	6,0	4.502	4,8
75-79	15.255	20,5	9.339	12,6	5.001	6,7	3.408	4,6
80-84	8.091	15,5	7.716	14,8	2.251	4,3	3.235	6,2
85-89	6.492	23,5	5.742	20,8	2.745	10,0	3.245	11,8
90+	2.155	24,6	2.483	28,4	1.857	21,2	1.698	19,4
Totale	70.634	19,6	41.443	11,5	24.530	6,8	20.127	5,6

Classe d'età	Donne							
	Ricoverato nell'ultimo anno		Problemi di udito		Problemi masticatori		Problemi di vista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	12.060	10,3	7.239	6,2	7.239	6,2	2.895	2,5
70-74	13.648	12,3	7.256	6,6	9.294	8,4	5.617	5,1
75-79	20.273	20,3	7.858	7,9	7.479	7,5	5.814	5,8
80-84	16.711	20,1	12.627	15,2	8.168	9,8	8.543	10,3
85-89	11.406	20,3	13.446	23,9	10.001	17,8	12.912	23,0
90+	7.499	29,9	9.372	37,4	5.676	22,6	10.309	41,1
Totale	81.597	16,6	57.798	11,8	47.857	9,7	46.090	9,4

Classe d'età	Totale							
	Ricoverato nell'ultimo anno		Problemi di udito		Problemi masticatori		Problemi di vista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	29.317	13,3	14.811	6,7	14.306	6,5	6.934	3,2
70-74	35.033	17,1	15.847	7,7	14.903	7,3	10.119	4,9
75-79	35.527	20,4	17.197	9,9	12.479	7,2	9.222	5,3
80-84	24.802	18,3	20.343	15,0	10.419	7,7	11.778	8,7
85-89	17.898	21,4	19.188	22,9	12.746	15,2	16.157	19,3
90+	9.654	28,5	11.855	35,0	7.533	22,3	12.008	35,5
Totale	152.231	17,9	99.240	11,7	72.386	8,5	66.217	7,8

Riassumendo, fino ai 75 anni la prevalenza dei fattori di fragilità, problemi fisici o funzionali, resta abbastanza contenuta in entrambi i generi. Per alcuni fattori, come la memoria, l'udito, la masticazione e la vista, l'anziano non presenta difficoltà fino agli 80 anni, con piccole differenze tra uomini e donne.

Resta da considerare il fatto che le condizioni generali dell'anziano sono tanto peggiori quanto maggiore è il numero dei fattori di rischio che egli presenta contemporaneamente: è proprio sulla base di questo principio, come abbiamo visto nel paragrafo 2.2., che abbiamo costruito il nostro sistema di classificazione degli anziani in fragili ad alto (3 fattori concomitanti) e ad altissimo (4 fattori concomitanti) rischio di perdita dell'autonomia.

Sulla base di questi criteri si stimano circa 288.000 anziani fragili ad alto rischio (166.000 donne e 122.000 uomini) e 122.000 a rischio altissimo (75.000 donne e 47.000 uomini). La prevalenza di anziani fragili sulla popolazione residente non istituzionalizzata aumenta con l'età, fino agli 85 anni, oltre i quali comincia a diminuire. Questa diminuzione può essere in parte spiegata considerando lo scivolamento progressivo nella non autosufficienza o il decesso dell'anziano stesso. (tabella 3.7)

In totale, i fragili a rischio altissimo di non autosufficienza rappresentano il 14,4% della popolazione residente non istituzionalizzata, mentre i fragili a rischio alto sono poco più del doppio, 33,8 % (figura 3.7).

Figura 3.7

Fragili ad alto e ad altissimo rischio, prevalenza per classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

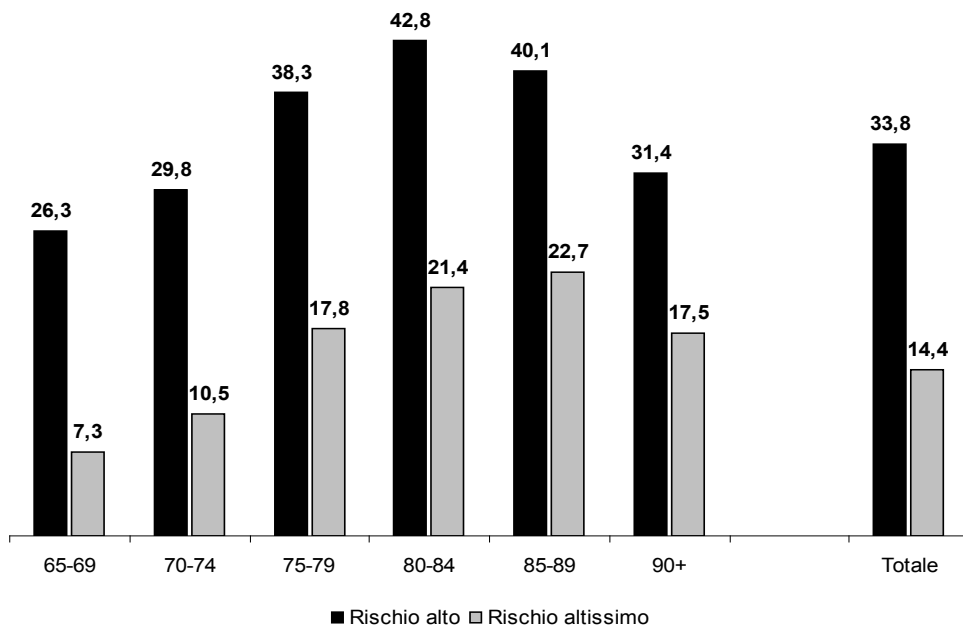


Tabella 3.7

Fragili ad alto/altissimo rischio, prevalenza per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Fragili a rischio altissimo					
	Uomini		Donne		Totale	
	N	%	N	%	N	%
65-69	8.120	7,9	7.816	6,7	15.936	7,3
70-74	9.004	9,6	12.488	11,3	21.492	10,5
75-79	12.454	16,7	18.619	18,7	31.074	17,8
80-84	10.032	19,3	18.939	22,8	28.971	21,4
85-89	6.396	23,2	12.642	22,5	19.037	22,7
90+	1.482	16,9	4.452	17,8	5.934	17,5
Totale	47.487	13,2	74.955	15,2	122.443	14,4

Classe d'età	Fragili a rischio alto					
	Uomini		Donne		Totale	
	N	%	N	%	N	%
65-69	27.301	26,5	30.414	26,1	57.715	26,3
70-74	28.138	30,0	32.869	29,7	61.006	29,8
75-79	28.333	38,1	38.385	38,5	66.718	38,3
80-84	22.191	42,6	35.649	42,9	57.840	42,8
85-89	11.914	43,2	21.725	38,6	33.639	40,1
90+	3.581	40,9	7.029	28,0	10.611	31,4
Totale	121.458	33,8	166.072	33,8	287.530	33,8

Considerando che, a parità di fattori di rischio presenti, il rischio relativo di perdita dell'autosufficienza aumenta con l'aumentare dell'età e che, invece, la potenziale efficacia degli interventi di prevenzione diminuisce con l'aumentare dell'età, il sottogruppo di popolazione prioritario per interventi di prevenzione secondaria della fragilità potrebbe essere rappresentato dai circa 59.000 75-84enni ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza (figura 3.8).

È possibile individuare quali siano i fattori più presenti all'interno della popolazione fragile ad altissimo rischio di non autosufficienza (figura 3.9).

In entrambi i generi i quattro fattori più determinanti sono il fatto di non viver da solo, la difficoltà nel camminare, l'utilizzo di quattro medicinali o più al giorno e i problemi di memoria. Lievi differenze si registrano nella prevalenza dei problemi di memoria, maggiore tra le donne. Ciò che forse distingue maggiormente i due generi sono le cadute, più frequenti tra le donne, e i ricoveri, più frequenti invece tra gli uomini.

Figura 3.8

Fragili ad altissimo rischio, prevalenza per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

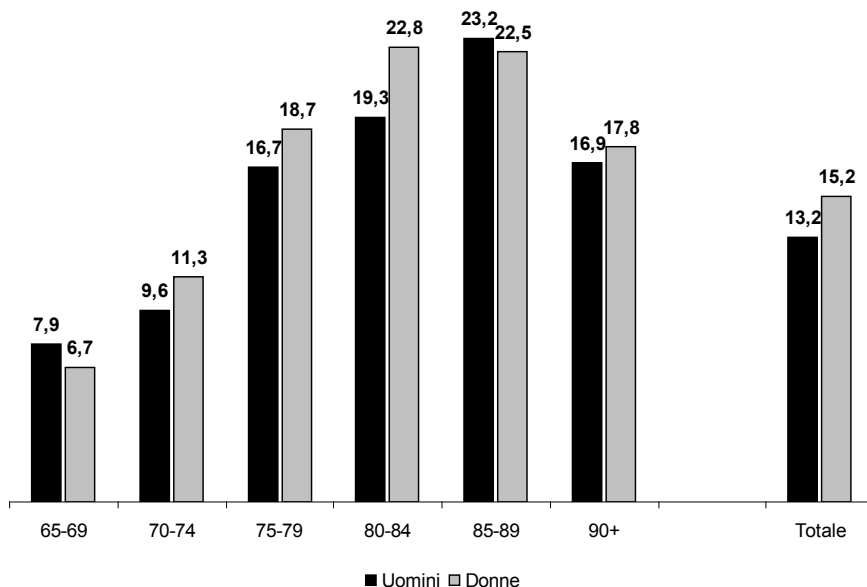
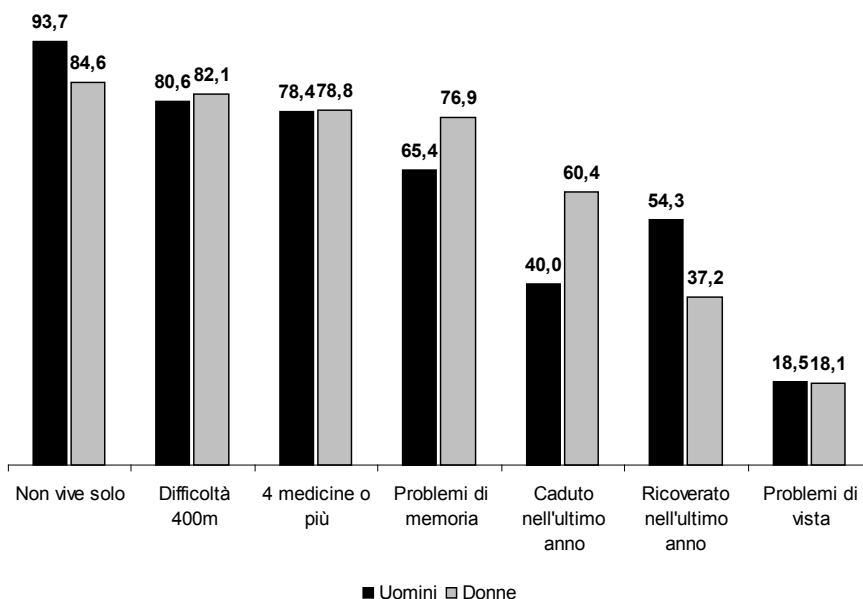


Figura 3.9

Positività item Sherebrook, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne fragile ad altissimo rischio, Toscana 01/01/2009



3.5 Le attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

L'analisi della dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (v. criteri di classificazione nel paragrafo 2.2) conferma uno scenario nel quale l'anziano mantiene la propria autosufficienza fino alla soglia dei 75 anni. In seguito, la perdita di autonomia è progressiva e aumenta con l'età, in entrambi i generi. Le donne sembrano avere maggiori difficoltà degli uomini: il 31,3% presenta una dipendenza almeno lieve, contro il 16,2% tra gli uomini.

Le prevalenze strato-specifiche (tabella 3.8) si riferiscono alla sola popolazione ultra65enne autosufficiente nelle attività di base della vita quotidiana (BADL).

Tabella 3.8

Dipendenza nelle IADL, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata autosufficiente nelle BADL, Toscana 01/01/2009

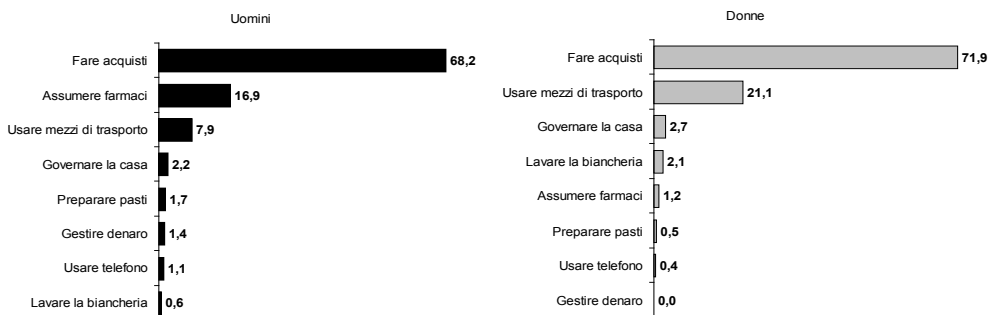
Classe d'età	Uomini									
	Non dipendente		Lieve		Moderato		Grave		Almeno lieve	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	97.359	96,4	1.562	1,5	521	0,5	1.562	1,5	3.645	3,5
70-74	84.316	90,6	3.798	4,1	3.038	3,3	1.899	2,0	8.735	9,4
75-79	57.486	80,3	5.969	8,3	6.597	9,2	1.571	2,2	14.137	19,7
80-84	34.107	70,7	6.435	13,3	4.826	10,0	2.896	6,0	14.157	29,3
85-89	12.756	54,3	4.337	18,5	3.827	16,3	2.551	10,9	10.715	45,7
90+	941	20,0	403	8,6	1.613	34,3	1.747	37,1	3.763	80,0
Totale	286.965	83,9	22.504	6,6	20.422	6,0	12.226	3,6	55.152	16,2

Classe d'età	Donne									
	Non dipendente		Lieve		Moderato		Grave		Almeno lieve	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	104.603	91,1	6.811	5,9	1.946	1,7	1.460	1,3	10.217	8,9
70-74	90.514	83,2	9.741	9,0	6.494	6,0	2.029	1,9	18.264	16,9
75-79	63.594	67,4	12.214	12,9	11.371	12,1	7.160	7,6	30.745	32,6
80-84	34.310	47,9	14.487	20,2	11.437	16,0	11.437	16,0	37.361	52,2
85-89	11.120	26,8	8.062	19,5	11.398	27,5	10.842	26,2	30.302	73,2
90+	508	4,2	2.538	20,8	3.046	25,0	6.092	50,0	11.676	95,8
Totale	304.650	68,7	53.853	12,2	45.692	10,3	39.019	8,8	138.564	31,3

Classe d'età	Totale									
	Non dipendente		Lieve		Moderato		Grave		Almeno lieve	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	201.962	93,6	8.373	3,9	2.467	1,1	3.021	1,4	13.861	6,4
70-74	174.831	86,6	13.539	6,7	9.533	4,7	3.928	1,9	27.000	13,3
75-79	121.081	73,0	18.182	11,0	17.968	10,8	8.730	5,3	44.880	27,1
80-84	68.417	57,0	20.922	17,4	16.263	13,6	14.333	12,0	51.518	43,0
85-89	23.875	36,8	12.399	19,1	15.224	23,5	13.393	20,6	41.016	63,2
90+	1.448	8,6	2.942	17,4	4.659	27,6	7.839	46,4	15.440	91,4
Totale	591.614	75,3	76.357	9,7	66.114	8,4	51.245	6,5	193.716	24,6

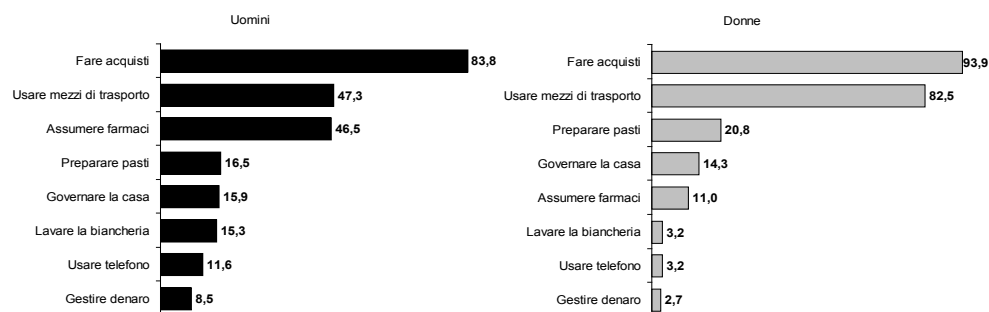
Le attività per le quali si manifestano le prime difficoltà sono la capacità di fare acquisti, l'utilizzo dei mezzi di trasporto e, esclusivamente per gli uomini, l'assunzione dei farmaci. Lo si evince facilmente osservando le prevalenze dei singoli item all'interno della popolazione con dipendenza lieve nelle IADL (figura 3.10).

Figura 3.10
Dipendenza nelle singole IADL, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne livello lieve IADL, Toscana 01/01/2009



Con l'intensificarsi della gravità, l'anziano comincia a perdere gradualmente anche la propria autonomia nelle attività domestiche e necessita di assistenza per il governo della casa e la preparazione dei pasti (figura 3.11).

Figura 3.11
Dipendenza nelle singole IADL, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne livello moderato IADL, Toscana 01/01/2009



3.6 La non autosufficienza

3.6.1 Le attività di base della vita quotidiana (BADL)

Sono circa 66.000 gli anziani non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana, 48.500 donne e 17.500 uomini. Queste persone possono essere classificate, sulla base dei criteri descritti nel paragrafo 2.2, in tre livelli di gravità della dipendenza nelle BADL.

La prevalenza di dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana del 9,9%, riscontrata all'interno della popolazione femminile, è maggiore di quella riscontrata tra gli uomini, del 4,9%. Entrambi i generi mantengono una buona autonomia fino ai 75 anni, dopodiché la proporzione di persone in grado di svolgere le proprie attività di base autonomamente comincia a diminuire (tabella 3.9).

Tabella 3.9

Dipendenza nelle BADL, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Uomini									
	Autosufficiente		Lieve		Moderato		Grave		Almeno Lieve	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	101.003	98,0	1.515	1,5	505	0,5	0	0,0	2.020	2,0
70-74	93.052	99,2	741	0,8	0	0,0	0	0,0	741	0,8
75-79	71.622	96,3	930	1,3	310	0,4	1.550	2,1	2.790	3,8
80-84	48.265	92,6	1.598	3,1	959	1,8	1.279	2,5	3.836	7,4
85-89	23.470	85,1	1.373	5,0	1.623	5,9	1.124	4,1	4.120	15,0
90+	4.704	53,7	1.307	14,9	915	10,4	1.829	20,9	4.051	46,2
Totale	342.116	95,1	7.465	2,1	4.312	1,2	5.782	1,6	17.559	4,9

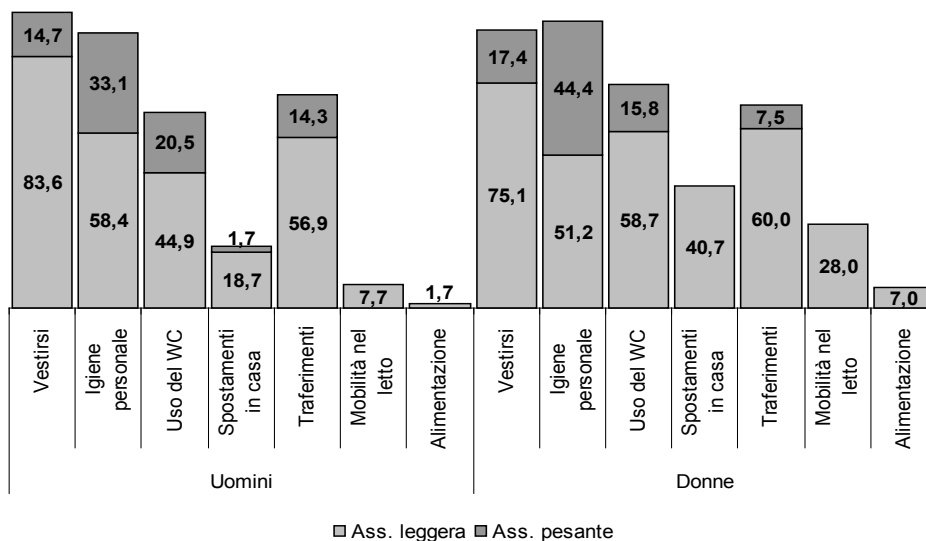
Classe d'età	Donne									
	Autosufficiente		Lieve		Moderato		Grave		Almeno Lieve	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	114.820	98,3	965	0,8	0	0,0	965	0,8	1.930	1,6
70-74	108.780	98,2	800	0,7	800	0,7	400	0,4	2.000	1,8
75-79	94.339	94,6	2.483	2,5	1.655	1,7	1.241	1,2	5.379	5,4
80-84	71.670	86,2	2.599	3,1	2.971	3,6	5.942	7,1	11.512	13,8
85-89	41.421	73,7	4.035	7,2	4.572	8,1	6.186	11,0	14.793	26,3
90+	12.184	48,6	2.812	11,2	2.812	11,2	7.264	29,0	12.888	51,4
Totale	443.214	90,1	13.693	2,8	12.810	2,6	21.998	4,5	48.501	9,9

Classe d'età	Totale									
	Autosufficiente		Lieve		Moderato		Grave		Almeno Lieve	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	215.823	98,2	2.480	1,1	505	0,2	965	0,4	3.950	1,7
70-74	201.831	98,7	1.541	0,8	800	0,4	400	0,2	2.741	1,4
75-79	165.961	95,3	3.413	2,0	1.965	1,1	2.792	1,6	8.170	4,7
80-84	119.935	88,7	4.198	3,1	3.930	2,9	7.220	5,3	15.348	11,3
85-89	64.892	77,4	5.408	6,5	6.195	7,4	7.310	8,7	18.913	22,6
90+	16.888	49,9	4.118	12,2	3.726	11,0	9.093	26,9	16.937	50,1
Totale	785.330	92,2	21.158	2,5	17.122	2,0	27.779	3,3	66.059	7,8

Le prime attività per le quali l'anziano necessita di un aiuto, nel momento in cui fa il suo ingresso nella sfera della non autosufficienza lieve, riguardano la cura della propria persona. Si tratta del vestirsi e/o svestirsi e della cura dell'igiene personale, per la quale spesso è necessaria un'assistenza totale. Subito dopo si presenta la necessità di un'assistenza nell'uso del WC e nei possibili trasferimenti (letto, posizione eretta, seduto). La copertura del bisogno di un anziano con una dipendenza lieve, nella maggior parte dei casi, è soddisfatta con un'assistenza leggera. Più raramente c'è la necessità di un aiuto più pesante, ma mai totale (figura 3.12).

Figura 3.12

Dipendenza nelle singole BADL, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne BADL lieve, Toscana 01/01/2009

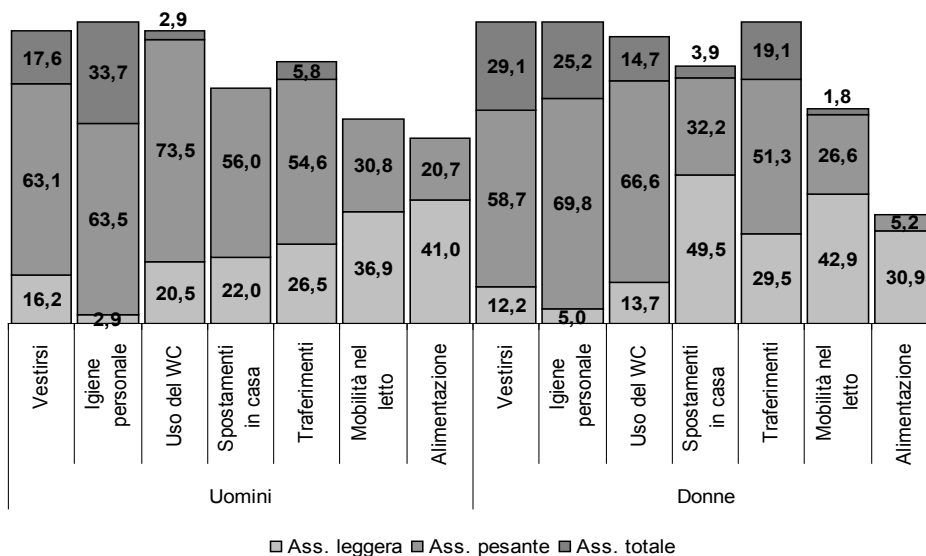


Con l'aggravarsi della dipendenza nasce il bisogno di un'assistenza totale per quelle attività legate alla cura della persona che abbiamo visto essere le prime a comportare problemi all'anziano. Ormai un'assistenza quantomeno leggera è necessaria per lo svolgimento di tutte le attività di base della vita quotidiana, tra le quali anche la capacità di alimentarsi, che risulta l'ultima a essere persa, in particolar modo tra le donne (figura 3.13).

Gli anziani con una dipendenza grave sono contraddistinti da un bisogno di assistenza, molto spesso totale, in tutte le attività di base della vita quotidiana o quasi.

Figura 3.13

Dipendenza nelle singole BADL, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne BADL moderata, Toscana 01/01/2009



3.6.2 Deficit cognitivi e disturbi dell'umore e del comportamento

Gli anziani non autosufficienti nelle BADL possono essere suddivisi sulla base della gravità del deficit cognitivo che presentano, secondo i criteri illustrati nel paragrafo 2.2. Quasi la metà, 46%, presenta un deficit cognitivo grave, per un totale di circa 30.400 persone. Il 20,9% presenta invece un deficit moderato, mentre il restante 33,1% lieve o totalmente assente.

Non si riscontrano marcate differenze di genere rispetto a questa dimensione, nonostante le donne mantengano una situazione leggermente più grave rispetto ai loro coetanei uomini. In entrambi i generi la gravità del deficit aumenta tra gli ultra80enni (tabella 3.10).

Tabella 3.10**Deficit cognitivo, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non autosufficiente, Toscana 01/01/2009**

Classe d'età	Uomini							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.010	50,0	505	25,0	505	25,0	1.010	50,0
70-74	371	50,0	0	0,0	371	50,0	371	50,0
75-79	1.550	55,6	310	11,1	930	33,3	1.240	44,4
80-84	1.598	41,7	1.598	41,7	639	16,7	2.237	58,4
85-89	749	18,2	999	24,2	2.372	57,6	3.371	81,8
90+	1.176	29,0	784	19,4	2.091	51,6	2.875	71,0
Totale	6.454	36,8	4.196	23,9	6.908	39,3	11.104	63,1

Classe d'età	Donne							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	482	25,0	965	50,0	482	25,0	1.447	75,0
70-74	1.200	60,0	400	20,0	400	20,0	800	40,0
75-79	3.724	69,2	0	0,0	1.655	30,8	1.655	30,8
80-84	4.085	35,5	1.857	16,1	5.570	48,4	7.427	64,5
85-89	4.303	29,1	4.035	27,3	6.455	43,6	10.490	70,9
90+	1.640	12,7	2.343	18,2	8.904	69,1	11.247	87,3
Totale	15.435	31,8	9.599	19,8	23.467	48,4	33.066	68,2

Classe d'età	Totale							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.492	37,8	1.470	37,2	987	25,0	2.457	62,2
70-74	1.570	57,3	400	14,6	771	28,1	1.171	42,7
75-79	5.274	64,6	310	3,8	2.585	31,6	2.895	35,4
80-84	5.683	37,0	3.455	22,5	6.209	40,5	9.664	63,0
85-89	5.053	26,7	5.033	26,6	8.827	46,7	13.860	73,3
90+	2.816	16,6	3.127	18,5	10.995	64,9	14.122	83,4
Totale	21.889	33,1	13.795	20,9	30.375	46,0	44.170	66,9

L'indice sintetico relativo ai disturbi dell'umore permette di suddividere gli anziani non autosufficienti nelle BADL su tre livelli di gravità di disturbo, come illustrato nel paragrafo 2.2.

I disturbi gravi colpiscono poco meno del 13% dei soggetti, circa 8.400 persone. Circa 22.000 sono invece gli anziani con un disturbo moderato, pari al 33,3%.

Questo tipo di disturbo non sembra essere condizionato dall'età, non si nota un trend lineare delle prevalenze nelle fasce d'età. Tra le donne la problematica è più presente, ma non ha un'intensità maggiore; infatti la prevalenza femminile di anziani con disturbi gravi non è molto distante da quella maschile (tabella 3.11).

Tabella 3.11

Disturbi dell'umore, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non autosufficiente, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Uomini							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.010	50,0	505	25,0	505	25,0	1.010	50,0
70-74	371	50,0	371	50,0	0	0,0	371	50,0
75-79	2.170	77,8	0	0,0	620	22,2	620	22,2
80-84	2.092	54,5	1.046	27,3	697	18,2	1.743	45,5
85-89	2.747	66,7	841	21,2	499	12,1	1.340	33,3
90+	2.835	70,0	945	23,3	270	6,7	1.215	30,0
Totale	11.225	63,9	3.741	21,3	2.592	14,8	6.333	36,1

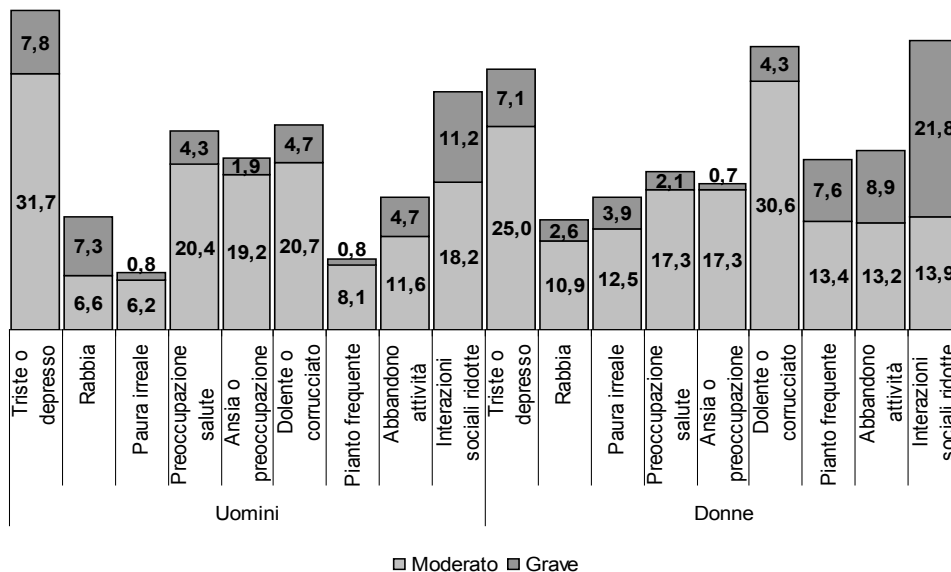
Classe d'età	Donne							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	965	50,0	482	25,0	482	25,0	964	50,0
70-74	800	40,0	800	40,0	400	20,0	1.200	60,0
75-79	3.310	61,5	2.069	38,5	0	0,0	2.096	38,5
80-84	5.756	50,0	4.221	36,7	1.535	13,3	5.756	50,0
85-89	5.648	38,2	6.993	47,3	2.152	14,5	9.145	61,8
90+	7.931	61,5	3.717	28,8	1.239	9,6	4.956	38,4
Totale	24.410	50,3	18.283	37,7	5.808	12,0	24.091	49,7

Classe d'età	Totale							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.975	50,0	987	25,0	987	25,0	1.974	50,0
70-74	1.171	42,7	1.171	42,7	400	14,6	1.571	57,3
75-79	5.481	67,1	2.069	25,3	620	7,6	2.716	32,9
80-84	7.848	51,1	5.267	34,3	2.232	14,5	7.499	48,8
85-89	8.395	44,4	7.867	41,6	2.651	14,0	10.518	55,6
90+	10.766	63,6	4.663	27,5	1.509	8,9	6.172	36,4
Totale	35.635	53,9	22.024	33,3	8.400	12,7	30.424	46,0

Tra i sintomi legati a disturbi del tono dell'umore che si presentano per primi nell'anziano ci sono una sensazione di tristezza o depressione e la diminuzione delle interazioni sociali, la quale, nonostante si verifichi in entrambi i generi, si manifesta più frequentemente tra le donne. Queste ultime esternano più frequentemente il proprio disagio anche tramite l'espressività del volto, assumendo un'aria dolente o spesso corrucciata (figura 3.14)

Figura 3.14

Singoli disturbi dell'umore, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne con disturbi dell'umore lievi, Toscana 01/01/2009



Gli anziani non autosufficienti nelle BADL che soffrono di disturbi del comportamento almeno moderati sono il 17,6% (tabella 3.12). I sintomi comportamentali manifestati dagli uomini sembrano essere meno facilmente controllabili rispetto a quelli delle donne.

Tabella 3.12

Disturbi del comportamento, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non autosufficiente, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Uomini							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.515	75,0	0	0,0	505	25,0	505	25,0
70-74	741	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
75-79	2.480	88,9	0	0,0	310	11,1	310	11,1
80-84	3.196	83,3	0	0,0	639	16,7	639	16,7
85-89	3.121	75,8	624	15,2	375	9,1	999	24,3
90+	3.528	87,1	131	3,2	392	9,7	523	12,9
Totale	14.582	83,1	755	4,3	2.221	12,6	2.976	16,9

Classe d'età	Donne							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.930	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
70-74	2.000	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
75-79	5.379	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
80-84	8.170	71,0	2.599	22,6	743	6,5	3.342	29,1
85-89	12.373	83,6	1.076	7,3	1.345	9,1	2.421	16,4
90+	9.969	77,4	1.459	11,3	1.459	11,3	2.918	22,6
Totale	39.820	82,1	5.134	10,6	3.546	7,3	8.680	17,9

Classe d'età	Totale							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	3.445	87,2	0	0,0	505	12,8	505	12,8
70-74	2.741	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
75-79	7.859	96,2	0	0,0	310	3,8	310	3,8
80-84	11.366	74,1	2.599	16,9	1.382	9,0	3.981	25,9
85-89	15.494	81,9	1.700	9,0	1.719	9,1	3.419	18,1
90+	13.497	79,7	1.590	9,4	1.851	10,9	3.441	20,3
Totale	54.402	82,4	5.889	8,9	5.767	8,7	11.656	17,6

Come illustrato nel paragrafo 2.2, l'integrazione della valutazione dei disturbi dell'umore con quella dei disturbi del comportamento permette di collocare l'anziano non autosufficiente su 3 livelli di gravità rispetto a questi aspetti considerati nel loro complesso. Il 6,9% degli anziani non autosufficienti soffre di disturbi gravi dell'umore e del comportamento, per un totale di circa 4.600 persone. Il 77,3% non soffre di tali disturbi o ne è colpito in maniera lieve. La situazione per genere non presenta differenze degne di nota (tabella 3.13)

Tabella 3.13

Disturbi del comportamento e dell'umore, distribuzione percentuale per genere e classe d'età – Popolazione ultra65enne non autosufficiente, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Uomini							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.515	75,0	0	0,0	505	25,0	505	25,0
70-74	741	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
75-79	2.170	77,8	310	11,1	310	11,1	620	22,2
80-84	2.557	66,7	1.279	33,3	0	0,0	1.279	33,3
85-89	3.496	84,8	250	6,1	375	9,1	625	15,2
90+	3.241	80,0	540	13,3	270	6,7	810	20,0
Totale	13.720	78,1	2.378	13,5	1.460	8,3	3.838	21,8

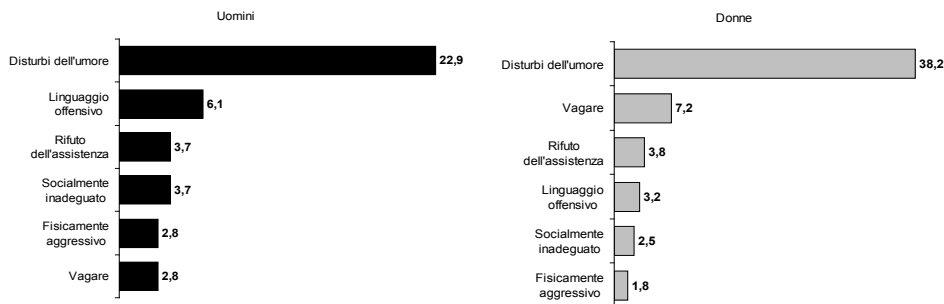
Classe d'età	Donne							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	1.447	75,0	482	25,0	0	0,0	482	25,0
70-74	1.600	80,0	400	20,0	0	0,0	400	20,0
75-79	5.379	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
80-84	8.058	70,0	2.686	23,3	767	6,7	3.453	30,0
85-89	11.028	74,5	2.421	16,4	1.345	9,1	3.766	25,5
90+	9.855	76,5	2.022	15,7	1.011	7,8	3.033	23,5
Totale	37.367	77,0	8.011	16,5	3.123	6,4	11.134	22,9

Classe d'età	Totale							
	Assente/Lieve		Moderato		Grave		Almeno moderato	
	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	2.962	75,0	482	12,2	505	12,8	987	25,0
70-74	2.341	85,4	400	14,6	0	0,0	400	14,6
75-79	7.549	92,4	310	3,8	310	3,8	620	7,6
80-84	10.615	69,2	3.965	25,8	767	5,0	4.732	30,8
85-89	14.523	76,8	2.670	14,1	1.719	9,1	4.389	23,2
90+	13.095	77,3	2.562	15,1	1.281	7,6	3.843	22,7
Totale	51.087	77,3	10.389	15,7	4.583	6,9	14.972	22,6

I problemi dell'umore sono nettamente i primi a comparire. Successivamente gli uomini tendono ad assumere un linguaggio offensivo (6,1%), mentre il 7,2% delle donne tende a vagare senza motivo. A questo livello di disturbo, l'intensità con la quale si presentano i sintomi è ancora moderata e questi risultano ancora per lo più facilmente controllabili. (figura 3.15).

Figura 3.15

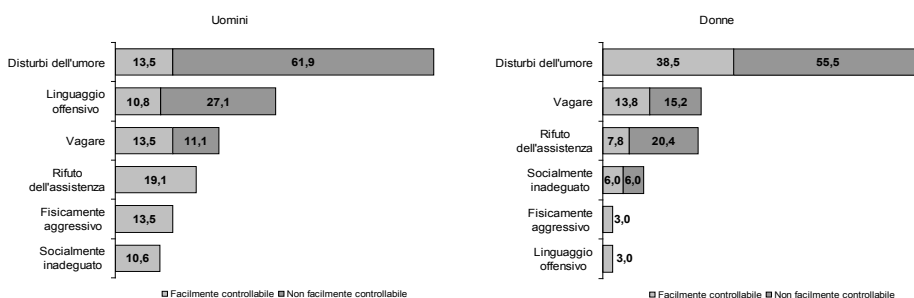
Singoli disturbi del comportamento e dell'umore, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne con disturbi dell'umore e del comportamento lievi, Toscana 01/01/2009



Con l'aumentare del livello di gravità dei disturbi dell'umore e del comportamento, ovviamente aumenta l'intensità dei disturbi dell'umore e diminuisce la controllabilità dei sintomi comportamentali (figura 3.16). Tra i soggetti di livello moderato il vagare si presenta anche tra gli uomini come un disturbo frequente, unito al rifiuto dell'assistenza, che però sembra ancora gestibile. Tra le donne, invece, questo rifiuto assume toni peggiori, manifestandosi come difficilmente controllabile da parte dei familiari o, in generale, da parte di chi assiste.

Figura 3.16

Singoli disturbi del comportamento e dell'umore, prevalenza per genere – Popolazione ultra65enne con disturbi dell'umore e del comportamento moderati, Toscana 01/01/2009



3.6.3 I livelli di isogravità del bisogno assistenziale

La classificazione degli anziani non autosufficienti su 5 livelli di isogravità del bisogno, definiti così come illustrato nel paragrafo 2.2, conferma le considerazioni fatte precedentemente. Fino ai 75 anni, l'anziano si mantiene sufficientemente autonomo, dopodiché, con l'età, aumenta la gravità del problema. Le donne, oltre a scivolare più frequentemente nella non autosufficienza rispetto ai coetanei uomini, presentano un bisogno più grave (tabella 3.14).

Nel complesso gli anziani con un bisogno di livello 5, il più grave, sono circa 6.900, pari allo 0,8% della popolazione ultra65enne residente a domicilio. Il bisogno medio/alto, rappresentato dal livello 4, è la classe più popolata, contando circa 24.000 soggetti (2,8%). Come detto in precedenza, le donne costituiscono la maggior parte della popolazione di ciascun livello e di ciascuna classe d'età.

Tabella 3.14
Livello di isogravit  del bisogno assistenziale, distribuzione percentuale per genere e classe d'et  – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Classe d'et�	Uomini													
	Auto		1		2		3		4		5		Almeno 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	101.003	98,0	1.010	1,0	0	0,0	505	0,5	505	0,5	0	0,0	1.010	1,0
70-74	93.052	99,2	371	0,4	0	0,0	371	0,4	0	0,0	0	0,0	371	0,4
75-79	71.622	96,3	930	1,3	0	0,0	310	0,4	1.240	1,7	310	0,4	1.860	2,5
80-84	48.265	92,6	1.279	2,5	320	0,6	959	1,8	959	1,8	320	0,6	2.238	4,2
85-89	23.470	85,1	624	2,3	499	1,8	1.623	5,9	874	3,2	499	1,8	2.996	10,9
90+	4.704	53,7	653	7,5	261	3,0	1.045	11,9	1.699	19,4	392	4,5	3.136	35,8
Totale	342.116	95,1	4.867	1,4	1.080	0,3	4.813	1,3	5.277	1,5	1.521	0,4	11.611	3,2

Classe d'et�	Donne													
	Auto		1		2		3		4		5		Almeno 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	114.820	98,3	0	0,0	965	0,8	0	0,0	965	0,8	0	0,0	965	0,8
70-74	108.780	98,2	800	0,7	400	0,4	400	0,4	400	0,4	0	0,0	800	0,8
75-79	94.339	94,6	2.069	2,1	1.241	1,2	828	0,8	1.241	1,2	0	0,0	2.096	2,0
80-84	71.670	86,2	1.857	2,2	743	0,9	2.228	2,7	5.199	6,3	1.485	1,8	8.912	10,8
85-89	41.421	73,7	2.421	4,3	1.345	2,4	4.035	7,2	5.648	10,0	1.345	2,4	11.028	19,6
90+	12.184	48,6	469	1,9	1.640	6,5	3.046	12,1	5.155	20,6	2.577	10,3	10.778	43,0
Totale	443.214	90,1	7.615	1,5	6.334	1,3	10.536	2,1	18.608	3,8	5.408	1,1	34.552	7,0

Classe d'et�	Totale													
	Auto		1		2		3		4		5		Almeno 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-69	215.823	98,2	1.010	0,5	965	0,4	505	0,2	1.470	0,7	0	0,0	1.975	0,9
70-74	201.831	98,7	1.171	0,6	400	0,2	771	0,4	400	0,2	0	0,0	1.171	0,6
75-79	165.961	95,3	2.999	1,7	1.241	0,7	1.138	0,7	2.482	1,4	310	0,2	3.930	2,3
80-84	119.935	88,7	3.135	2,3	1.062	0,8	3.187	2,4	6.158	4,6	1.805	1,3	11.150	8,3
85-89	64.892	77,4	3.045	3,6	1.844	2,2	5.657	6,8	6.522	7,8	1.844	2,2	14.023	16,8
90+	16.888	49,9	1.122	3,3	1.902	5,6	4.091	12,1	6.854	20,3	2.969	8,8	13.914	41,2
Totale	785.330	92,2	12.482	1,5	7.414	0,9	15.349	1,8	23.885	2,8	6.929	0,8	46.163	5,4

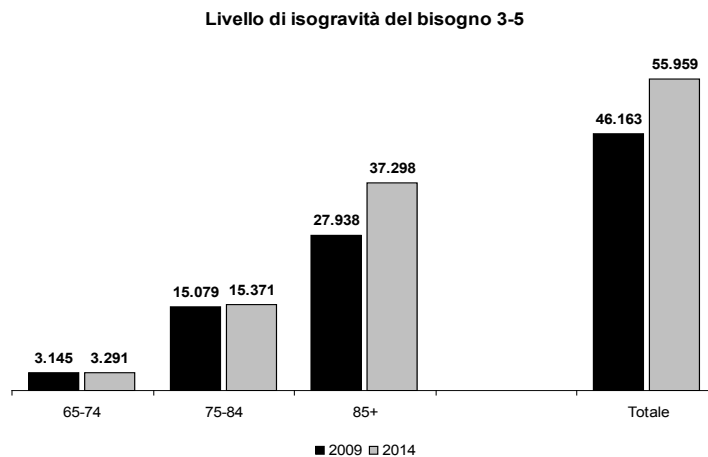
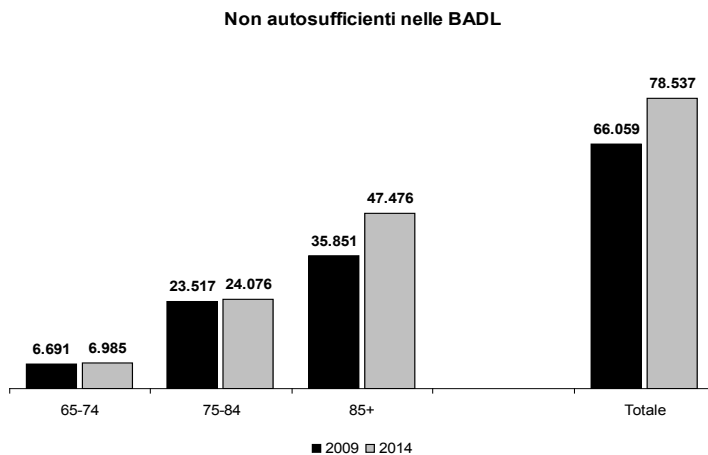
Se la prevalenza di non autosufficienza si manterr  costante nei prossimi anni, sulla base delle previsioni ISTAT di popolazione, nel 2014 si prevedono circa 78.500 ultra65enni non autosufficienti nelle BADL, per un incremento del 18,8% rispetto a oggi. In numeri assoluti si tratterebbe di un incremento di circa 12.500 anziani, il 93% dei quali ultra85enni.

Gli anziani con un livello di isogravit  pari o maggiore a 3, sempre mantenendo costanti le prevalenze strato-specifiche, sarebbero circa 55.600 nel 2014, a fronte dei

46.200 attuali (+21,2%). Anche in questo caso, l'aumento osservato è imputabile quasi esclusivamente agli anziani con più di 85 anni.

Figura 3.17

Non autosufficienti nelle BADL, proiezioni per classe d'età – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009-01/01/2014



3.7 La copertura del bisogno assistenziale

Tutto ciò che è stato fin qui detto ha esplorato e messo in evidenza il bisogno di aiuto della popolazione anziana nello svolgimento delle proprie attività strumentali o di base della vita quotidiana.

Ma questa domanda di assistenza riceve una risposta? La maggioranza della popolazione con dipendenza nelle attività strumentali o di base della vita quotidiana gode esclusivamente del supporto della propria famiglia (figura 3.18). Nelle famiglie in cui è presente un anziano con un livello di dipendenza nelle BADL grave, evidentemente il solo supporto dei parenti non è più sufficiente; infatti il 32,8% di queste ricorre anche all'aiuto di una persona a pagamento da affiancare all'anziano.

Le famiglie con un anziano dipendente nelle IADL/BADL che godono dell'aiuto del servizio pubblico sono circa 6.300, mentre quelle che si rivolgono a una persona a pagamento sono circa 47.400. Per il pagamento di questo servizio l'anziano non riceve alcun contributo economico nel 92,3% dei casi, mentre il 3,8% riceve un sussidio dalla ASL o dal Comune di residenza.

Non tutti questi anziani percepiscono un'indennità di accompagnamento, nonostante buona parte dei dipendenti nelle BADL ne abbia fatto domanda. La prevalenza di persone che usufruiscono di questo sussidio economico aumenta, ovviamente, in funzione della gravità del bisogno. In totale sono circa 58.000 le indennità elargite per queste persone, mentre 11.200 anziani hanno presentato richiesta, anche se questa non ha ancora avuto un esito positivo (figura 3.19).

Figura 3.18

Tipologia di aiuto alla persona, distribuzione percentuale per livello di dipendenza nelle IADL/BADL – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

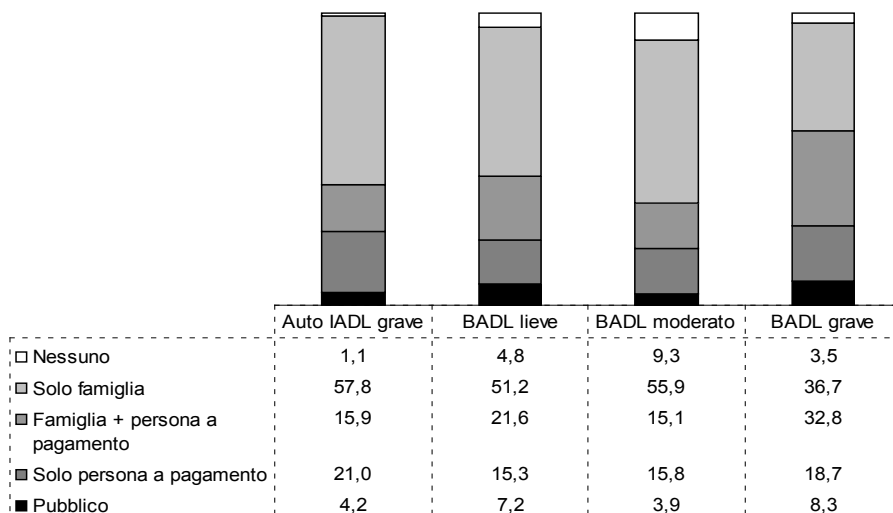
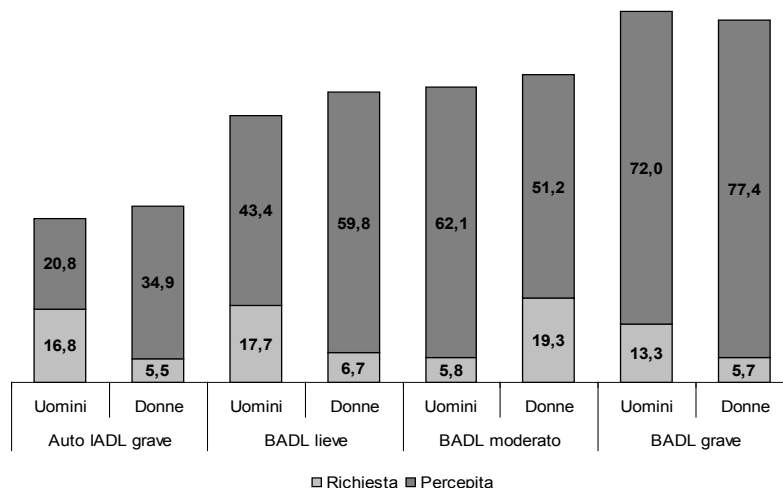


Figura 3.19

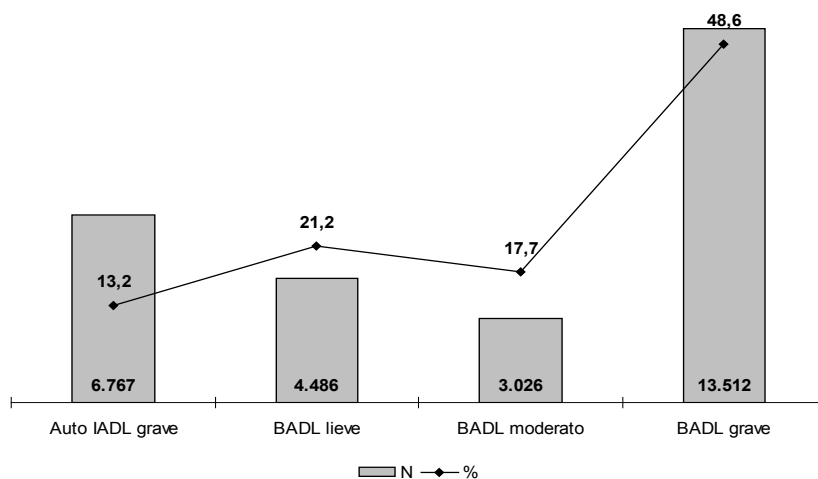
Indennità d'accompagnamento, prevalenza per livello di dipendenza nelle IADL/BADL – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009



L'assistenza infermieristica raggiunge quasi la metà degli anziani con una dipendenza nelle attività di base grave (48,6%). Negli altri casi, invece, la percentuale di soggetti che riceve assistenza infermieristica a domicilio diminuisce, collocandosi intorno o al di sotto del 20%. In totale, gli anziani in carico a questo servizio sono circa 28.800, a fronte dei 117.000 totali con dipendenza nelle IADL/BADL (figura 3.20).

Figura 3.20

Assistenza infermieristica, prevalenza e stime, numeri assoluti per livello di dipendenza nelle IADL/BADL – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009



Sono circa 2.400 (2,1%) gli anziani dipendenti nelle IADL/BADL che frequentano un centro diurno, che in un caso su cinque è un centro Alzheimer (tabella 3.15).

Tabella 3.15

Anziani che frequentano un centro diurno, distribuzione percentuale per livello di dipendenza nelle IADL/BADL – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Centro diurno							
	Centro diurno		Centro diurno Alzheimer		Nessuno		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Auto IADL grave	159	0,3	475	0,9	50.612	98,8	51.245	100,0
BADL lieve	394	1,9	0	0,0	20.764	98,1	21.158	100,0
BADL moderato	693	4,0	0	0,0	16.428	96,0	17.122	100,0
BADL grave	731	2,6	0	0,0	27.049	97,4	27.779	100,0
Totale	1.977	1,7	475	0,4	114.853	97,9	117.304	100,0

Le liste d'attesa per un posto in RSA hanno al loro interno circa 3.000 anziani (tabella 3.16), la maggioranza dei quali ha presentato domanda per un posto permanente. Con il livello di gravità del bisogno aumenta la prevalenza di persone in lista d'attesa, probabilmente a causa delle difficoltà di tenuta della famiglia, sempre meno in grado di far fronte alla domanda di assistenza del familiare.

Tabella 3.16

Anziani in lista d'attesa per RSA, distribuzione percentuale per livello di dipendenza nelle IADL/BADL – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Classe d'età	Lista d'attesa per RSA							
	Temporaneo		Permanente		Nessuno		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Auto IADL grave	0	0,0	696	1,4	50.550	98,6	51.245	100,0
BADL lieve	0	0,0	234	1,1	20.923	98,9	21.158	100,0
BADL moderato	269	1,6	538	3,1	16.315	95,3	17.122	100,0
BADL grave	234	0,8	965	3,5	26.580	95,7	27.779	100,0
Totale	503	0,4	2.433	2,1	114.368	97,5	117.304	100,0

Il quadro che emerge evidenzia un sistema assistenziale basato sulle famiglie, che si trovano spesso a farsi carico da sole dell'anziano. Il ricorso a persone a pagamento integra il lavoro di cura della famiglia o, in alcuni casi, lo sostituisce. I servizi e i sussidi economici sembrano concentrarsi, per motivi che possono essere dovuti alla scarsità di risorse in funzione della domanda, sulle situazioni di maggiore gravità, laddove evidentemente è necessaria anche una maggiore professionalità nell'assistenza della persona.

Appendice

Appendice A

Nelle pagine che seguono, per ogni Zona-distretto socio-sanitaria e Azienda sanitaria locale (ASL) della Toscana, si presentano le stime della fragilità, della non autosufficienza nelle BADL, del deficit cognitivo, dei disturbi comportamentali e dell'umore e dei livelli di isogravità del bisogno assistenziale.

Le stime a livello di Zona-distretto socio-sanitaria sono state prodotte applicando le prevalenze strato-specifiche (per genere e classe d'età quinquennale) alla popolazione residente ISTAT al 01/01/2009 nella Zona-distretto in questione, tolta la presunta popolazione istituzionalizzata.

I valori totali per genere, ASL e/o Regione Toscana possono differire lievemente dai totali presentati nel testo del Documento ARS, dato che si tratta di aggregazioni di numeri assoluti stimati a livello di Zona-distretto socio-sanitaria.

Si fa presente che le stime di dettaglio per Zona-distretto socio-sanitaria e ASL presuppongono proporzioni di anziani istituzionalizzati e prevalenze strato-specifiche di fragilità e non autosufficienza omogenee su tutto il territorio regionale, condizioni, queste, che non sono verificate.

Si tratta quindi di dati da considerare con cautela a titolo puramente indicativo.

Tabella 1

Fragili a rischio altissimo di non autosufficienza, stime per zona di residenza e genere – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Zona di residenza	Uomini	Donne	Totale
ASL 1 – Massa e Carrara	2.592	4.400	6.992
Apuane	846	1.384	2.230
Lunigiana	1.746	3.016	4.762
ASL 2 – Lucca	2.791	4.564	7.355
Piana di Lucca	838	1.346	2.184
Valle del Serchio	1.953	3.218	5.171
ASL 3 – Pistoia	3.587	5.636	9.223
Pistoiese	2.161	3.393	5.554
Val di Nievole	1.426	2.243	3.669
ASL 4 – Prato	2.740	4.217	6.957
Pratese	2.740	4.217	6.957
ASL 5 – Pisa	4.133	6.544	10.677
Alta Val di Cecina	358	524	882
Pisana	1.399	2.105	3.504
Val d'Era	2.376	3.915	6.291
ASL 6 – Livorno	4.693	7.277	11.970
Bassa Val di Cecina	1.133	1.698	2.831
Elba	2.272	3.649	5.921
Livornese	886	1.338	2.224
Val di Cornia	402	592	994
ASL 7 – Siena	3.781	5.826	9.607
Alta Val d'Elsa	798	1.178	1.976
Amiata senese	946	1.442	2.388
Senese	233	378	611
Val di Chiana senese	1.804	2.828	4.632
ASL 8 – Arezzo	4.452	6.713	11.165
Aretina	520	776	1.296
Casentino	470	706	1.176
Val di Chiana aretina	684	1.029	1.713
Val Tiberina	1.596	2.434	4.030
Valdarno	1.182	1.768	2.950
ASL 9 – Grosseto	3.092	4.889	7.981
Amiata grossetana	651	1.041	1.692
Colline dell'Albegna	743	1.139	1.882
Colline Metallifere	350	537	887
Grossetana	1.348	2.172	3.520

ASL 10 – Firenze	10.724	17.091	27.815
Fiorentina	5.035	8.729	13.764
Fiorentina Nord-ovest	2.650	3.908	6.558
Fiorentina Sud-est	2.193	3.216	5.409
Mugello	846	1.238	2.084
ASL 11 – Empoli	2.905	4.411	7.316
Empolese	1.874	2.845	4.719
Valdarno inferiore	1.031	1.566	2.597
ASL 12 – Viareggio	1.995	3.375	5.370
Versilia	1.995	3.375	5.370
Regione Toscana	47.485	74.943	122.428

Tabella 2

Dipendenti nelle BADL per livello di gravità, stime per zona di residenza e genere – Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata, Toscana 01/01/2009

Zona di residenza	Lieve			Moderata			Grave			Almeno lieve		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
ASL 1 – Massa e Carrara	396	810	1.207	220	761	981	299	1.313	1.612	915	2.885	3.800
Apuane	259	538	797	139	500	639	185	853	1.038	582	1.891	2.474
Lunigiana	138	272	410	82	261	342	113	460	574	333	994	1.326
ASL 2 – Lucca	434	848	1.282	245	797	1.041	327	1.374	1.701	1.006	3.018	4.024
Piana di Lucca	304	593	897	172	556	727	227	957	1.184	702	2.106	2.808
Valle del Serchio	131	254	385	73	241	314	100	417	517	303	912	1.216
ASL 3 – Pistoia	563	1.034	1.597	323	966	1.289	435	1.664	2.100	1.322	3.664	4.986
Pistoiese	341	624	965	195	583	778	266	1.007	1.273	802	2.214	3.016
Val di Nievole	222	409	632	128	383	511	169	658	827	520	1.450	1.970
ASL 4 – Prato	428	760	1.188	242	706	948	322	1.213	1.534	992	2.679	3.670
Pratese	428	760	1.188	242	706	948	322	1.213	1.534	992	2.679	3.670
ASL 5 – Pisa	640	1.177	1.817	365	1.094	1.459	483	1.865	2.348	1.488	4.136	5.624
Alta Val di Cecina	55	95	150	32	89	121	43	153	196	130	336	466
Pisana	370	707	1.077	211	656	867	279	1.123	1.402	860	2.486	3.346
Val d'Era	215	376	590	122	350	471	161	590	750	497	1.315	1.812
ASL 6 – Livorno	745	1.315	2.060	432	1.223	1.654	579	2.093	2.673	1.756	4.631	6.387
Bassa Val di Cecina	181	304	485	105	283	388	142	479	621	429	1.066	1.495
Elba	65	111	176	37	102	139	49	181	230	151	393	544
Livornese	363	664	1.027	214	621	835	284	1.063	1.347	861	2.347	3.209
Val di Cornia	136	237	372	76	217	293	103	371	474	315	825	1.140
ASL 7 – Siena	602	1.084	1.686	361	1.025	1.387	486	1.762	2.248	1.450	3.871	5.321
Alta Val d'Elsa	124	212	337	73	199	272	98	338	435	295	749	1.044
Amiata senese	37	69	106	22	65	87	30	112	142	88	247	335

Senese	293	544	837	179	518	697	240	902	1.141	712	1.964	2.675
Val di Chiana senese	148	258	406	88	243	331	119	410	529	354	912	1.266
ASL 8 – Arezzo	709	1.222	1.931	413	1.149	1.563	561	1.961	2.523	1.683	4.332	6.016
Aretina	253	439	692	144	409	554	198	701	899	595	1.550	2.145
Casentino	84	146	230	51	139	190	69	240	309	204	524	729
Val di Chiana aretina	108	184	292	64	175	239	86	292	377	257	650	908
Val Tiberina	74	130	204	44	123	167	60	208	268	177	461	639
Valdarno	190	323	513	110	303	414	148	521	669	449	1.147	1.595
ASL 9 – Grosseto	485	878	1.362	281	820	1.101	376	1.401	1.777	1.142	3.099	4.241
Amiata grossetana	58	102	160	36	98	134	49	170	219	143	370	513
Colline dell'Albegna	114	204	318	65	189	255	87	324	411	266	717	983
Colline Metallifere	105	189	295	61	178	239	84	304	388	250	671	922
Grossetana	207	382	590	119	355	474	156	603	760	483	1.340	1.824
ASL 10 – Firenze	1.707	3.170	4.878	1.000	2.971	3.971	1.335	5.144	6.479	4.042	11.285	15.328
Fiorentina	819	1.666	2.485	495	1.577	2.072	664	2.746	3.410	1.978	5.989	7.966
Fiorentina Nord-ovest	409	689	1.099	228	631	859	306	1.081	1.387	943	2.401	3.344
Fiorentina Sud-est	345	584	929	199	544	743	261	940	1.201	805	2.068	2.873
Mugello	133	232	365	78	219	297	105	377	482	316	828	1.144
ASL 11 – Empoli	454	796	1.250	263	743	1.006	355	1.261	1.616	1.072	2.800	3.872
Empolese	291	517	808	170	483	653	227	825	1.052	688	1.825	2.513
Valdarno inferiore	163	279	442	94	260	354	128	437	564	384	975	1.359
ASL 12 – Viareggio	303	600	903	165	555	720	222	945	1.167	690	2.100	2.790
Versilia	303	600	903	165	555	720	222	945	1.167	690	2.100	2.790
Regione Toscana	7.465	13.693	21.158	4.312	12.810	17.122	5.782	21.998	27.779	17.558	48.501	66.059

Tabella 3
Deficit cognitivo per livello di gravità, stime per zona di residenza e genere – Popolazione ultra65enne non autosufficiente nelle BADL, Toscana 01/01/2009

Zona di residenza	Lieve			Moderata			Grave			Almeno lieve		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
ASL 1 – Massa e Carrara	346	913	1.259	218	567	785	352	1.405	1.757	915	2.885	3.800
Apuane	225	614	839	139	371	510	219	906	1.125	582	1.891	2.474
Lunigiana	121	299	420	79	196	275	133	499	631	333	994	1.326
ASL 2 – Lucca	375	950	1.325	242	599	840	389	1.469	1.858	1.006	3.018	4.024
Piana di Lucca	261	667	928	169	418	587	272	1.021	1.293	702	2.106	2.808
Valle del Serchio	113	284	397	73	181	253	117	448	565	303	912	1.216
ASL 3 – Pistoia	486	1.157	1.643	313	726	1.039	523	1.780	2.303	1.322	3.664	4.986
Pistoiese	295	696	992	190	440	630	317	1.077	1.394	802	2.214	3.016
Val di Nievole	191	461	651	123	287	410	206	703	909	520	1.450	1.970

ASL 4 – Prato	368	856	1.225	238	532	770	386	1.290	1.676	992	2.679	3.670
Pratese	368	856	1.225	238	532	770	386	1.290	1.676	992	2.679	3.670
ASL 5 – Pisa	551	1.334	1.884	356	820	1.176	581	1.982	2.563	1.488	4.136	5.624
Alta Val di Cecina	48	108	156	31	65	96	51	163	214	130	336	466
Pisana	318	797	1.115	206	494	700	337	1.195	1.532	860	2.486	3.346
Val d'Era	185	429	614	119	261	380	193	625	818	497	1.315	1.812
ASL 6 – Livorno	643	1.487	2.130	418	917	1.335	694	2.227	2.922	1.756	4.631	6.387
Bassa Val di Cecina	157	347	504	102	210	313	169	508	677	429	1.066	1.495
Elba	56	121	177	35	77	113	60	195	255	151	393	544
Livornese	312	751	1.064	205	466	671	343	1.130	1.474	861	2.347	3.209
Val di Cornia	118	268	386	75	163	238	122	394	516	315	825	1.140
ASL 7 – Siena	523	1.223	1.745	347	764	1.110	580	1.885	2.465	1.450	3.871	5.321
Alta Val d'Elsa	108	242	350	70	148	218	117	358	476	295	749	1.044
Amiata senese	32	79	112	21	47	68	35	121	156	88	247	335
Senese	253	603	857	170	389	559	288	971	1.260	712	1.964	2.675
Val di Chiana senese	129	298	427	85	179	264	140	435	574	354	912	1.266
ASL 8 – Arezzo	615	1.388	2.003	403	857	1.260	665	2.087	2.752	1.683	4.332	6.016
Aretina	220	497	717	141	307	449	234	746	979	595	1.550	2.145
Casentino	74	164	238	50	103	153	81	257	338	204	524	729
Val di Chiana aretina	93	214	308	62	128	190	102	308	410	257	650	908
Val Tiberina	65	148	213	43	90	133	69	223	292	177	461	639
Valdarno	163	364	527	107	229	336	179	554	733	449	1.147	1.595
ASL 9 – Grosseto	419	1.001	1.420	275	610	884	448	1.488	1.936	1.142	3.099	4.241
Amiata grossetana	51	115	166	35	72	107	57	183	240	143	370	513
Colline dell'Albegna	99	232	331	64	141	205	103	344	447	266	717	983
Colline Metallifere	92	215	307	60	133	193	99	323	422	250	671	922
Grossetana	178	439	617	116	263	379	189	638	827	483	1.340	1.824
ASL 10 – Firenze	1.473	3.538	5.011	966	2.239	3.205	1.604	5.508	7.112	4.042	11.285	15.328
Fiorentina	708	1.845	2.553	471	1.188	1.659	799	2.956	3.755	1.978	5.989	7.966
Fiorentina Nord-ovest	353	776	1.128	224	478	702	367	1.147	1.514	943	2.401	3.344
Fiorentina Sud-est	296	658	954	195	408	602	315	1.002	1.317	805	2.068	2.873
Mugello	116	260	376	77	165	242	123	403	526	316	828	1.144
ASL 11 – Empoli	394	905	1.299	258	553	811	420	1.342	1.762	1.072	2.800	3.872
Empolese	253	585	838	166	361	527	269	879	1.148	688	1.825	2.513
Valdarno inferiore	141	319	461	92	193	284	151	463	614	384	975	1.359
ASL 12 – Viareggio	262	683	945	163	415	578	265	1.002	1.267	690	2.100	2.790
Versilia	262	683	945	163	415	578	265	1.002	1.267	690	2.100	2.790
Regione Toscana	6.454	15.435	21.889	4.196	9.599	13.795	6.908	23.467	30.375	17.558	48.501	66.059

Tabella 4**Disturbi dell'umore e del comportamento per livello di gravità, stime per zona di residenza e genere – Popolazione ultra65enne non autosufficiente nelle BADL, Toscana 01/01/2009**

Zona di residenza	Lieve			Moderata			Grave			Almeno lieve		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
ASL 1 – Massa e Carrara	713	2.222	2.935	124	476	600	78	186	265	915	2.885	3.800
Apuane	453	1.459	1.912	78	312	390	51	120	171	582	1.891	2.474
Lunigiana	260	763	1.023	46	164	210	27	67	93	333	994	1.326
ASL 2 – Lucca	784	2.323	3.108	138	499	636	84	196	280	1.006	3.018	4.024
Piana di Lucca	548	1.622	2.169	96	348	443	59	136	195	702	2.106	2.808
Valle del Serchio	236	702	938	42	151	193	25	60	85	303	912	1.216
ASL 3 – Pistoia	1.035	2.824	3.858	177	604	781	111	236	347	1.322	3.664	4.986
Pistoiese	627	1.706	2.333	108	365	473	67	143	210	802	2.214	3.016
Val di Nievole	407	1.118	1.525	69	239	308	44	93	137	520	1.450	1.970
ASL 4 – Prato	774	2.064	2.838	134	443	577	84	171	255	992	2.679	3.670
Pratese	774	2.064	2.838	134	443	577	84	171	255	992	2.679	3.670
ASL 5 – Pisa	1.163	3.190	4.352	200	683	883	125	264	389	1.488	4.136	5.624
Alta Val di Cecina	102	259	361	18	55	73	11	21	32	130	336	466
Pisana	673	1.917	2.589	115	410	526	72	159	231	860	2.486	3.346
Val d'Era	388	1.014	1.403	67	217	284	42	84	126	497	1.315	1.812
ASL 6 – Livorno	1.373	3.572	4.944	236	764	1.000	147	296	442	1.756	4.631	6.387
Bassa Val di Cecina	335	823	1.158	58	175	234	36	68	103	429	1.066	1.495
Elba	118	304	422	20	64	84	13	25	38	151	393	544
Livornese	674	1.808	2.482	116	389	504	72	151	223	861	2.347	3.209
Val di Cornia	246	637	883	43	136	178	27	52	78	315	825	1.140
ASL 7 – Siena	1.135	2.979	4.113	198	639	837	117	253	370	1.450	3.871	5.321
Alta Val d'Elsa	231	577	808	40	124	164	24	48	72	295	749	1.044
Amiata senese	69	191	259	12	40	53	7	16	23	88	247	335
Senese	558	1.509	2.067	96	324	420	58	130	188	712	1.964	2.675
Val di Chiana senese	277	702	979	49	151	200	28	58	87	354	912	1.266
ASL 8 – Arezzo	1.315	3.335	4.649	231	718	949	137	280	417	1.683	4.332	6.016
Aretina	465	1.194	1.659	81	256	338	49	99	148	595	1.550	2.145
Casentino	160	403	563	29	87	116	16	35	51	204	524	729
Val di Chiana aretina	201	500	702	35	108	143	21	42	63	257	650	908
Val Tiberina	138	356	494	26	76	101	14	30	44	177	461	639
Valdarno	351	881	1.233	61	191	252	37	74	111	449	1.147	1.595
ASL 9 – Grosseto	892	2.387	3.279	156	514	670	94	198	292	1.142	3.099	4.241
Amiata grossetana	112	284	396	21	61	82	11	24	35	143	370	513
Colline dell'Albegna	207	553	761	37	118	155	22	46	67	266	717	983
Colline Metallifere	195	517	712	34	111	146	20	43	64	250	671	922
Grossetana	378	1.033	1.411	65	223	287	41	84	125	483	1.340	1.824

ASL 10 – Firenze	3.161	8.691	11.852	546	1.862	2.408	335	732	1.067	4.042	11.285	15.328
Fiorentina	1.550	4.607	6.156	267	987	1.253	162	395	557	1.978	5.989	7.966
Fiorentina Nord-ovest	737	1.855	2.592	126	396	522	81	150	231	943	2.401	3.344
Fiorentina Sud-est	629	1.593	2.222	109	342	452	67	132	200	805	2.068	2.873
Mugello	246	637	883	44	137	181	26	54	80	316	828	1.144
ASL 11 – Empoli	837	2.160	2.997	148	461	609	87	179	266	1.072	2.800	3.872
Empolese	537	1.407	1.944	95	301	396	56	117	173	688	1.825	2.513
Valdarno inferiore	300	753	1.053	53	160	213	32	62	93	384	975	1.359
ASL 12 – Viareggio	539	1.620	2.159	92	347	438	60	133	193	690	2.100	2.790
Versilia	539	1.620	2.159	92	347	438	60	133	193	690	2.100	2.790
Regione Toscana	13.720	37.367	51.087	2.378	8.011	10.389	1.460	3.123	4.583	17.558	48.501	66.059

Tabella 5

Popolazione non autosufficiente per livello di isogravit  del bisogno, stime per zona di residenza e genere – Popolazione ultra65enne non autosufficiente nelle BADL, Toscana 01/01/2009

Zona di residenza	1			2			3			4			5		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
ASL 1 – Massa e Carrara	262	450	712	54	374	428	247	627	874	275	1.108	1.383	78	326	403
Apuane	173	304	476	33	249	282	156	408	564	173	724	897	48	207	255
Lunigiana	89	146	235	21	125	146	91	220	310	103	384	486	29	119	148
ASL 2 – Lucca	284	468	753	61	391	452	275	659	933	300	1.160	1.460	86	340	426
Piana di Lucca	199	329	527	43	274	317	192	458	651	209	809	1.018	60	236	296
Valle del Serchio	86	140	225	18	117	135	82	200	282	91	351	443	26	105	130
ASL 3 – Pistoia	366	570	936	81	481	562	363	797	1.159	398	1.404	1.803	114	412	526
Pistoiese	222	343	565	49	291	340	219	482	701	243	849	1.092	69	249	319
Val di Nievole	144	227	372	32	190	222	144	315	459	155	556	711	45	162	207
ASL 4 – Prato	280	422	702	60	354	414	271	579	850	296	1.027	1.324	84	296	381
Pratese	280	422	702	60	354	414	271	579	850	296	1.027	1.324	84	296	381
ASL 5 – Pisa	418	659	1.078	91	546	637	409	894	1.303	442	1.584	2.027	128	452	580
Alta Val di Cecina	36	53	89	8	44	52	36	72	108	39	129	168	11	38	49
Pisana	241	393	635	53	329	382	237	537	774	256	952	1.209	74	273	347
Val d'Era	141	213	354	30	173	203	136	284	421	147	503	650	43	142	184
ASL 6 – Livorno	484	734	1.218	108	611	719	481	1.001	1.483	530	1.775	2.305	152	510	662
Bassa Val di Cecina	118	172	290	26	140	167	117	230	347	130	408	538	37	115	153
Elba	42	59	101	9	53	62	41	85	126	46	151	197	13	46	58
Livornese	235	371	606	54	306	360	238	509	747	259	901	1.160	75	260	335
Val di Cornia	89	132	221	19	112	130	86	176	262	94	315	410	27	89	116

ASL 7 – Siena	390	604	994	93	495	588	400	847	1.247	437	1.488	1.925	129	437	566
Alta Val d'Elsa	81	120	201	18	97	116	81	163	244	89	287	376	26	82	108
Amiata senese	24	39	63	6	31	37	24	54	78	27	95	121	8	28	36
Senese	189	296	485	46	249	296	198	433	631	215	756	972	64	228	292
Val di Chiana senese	97	148	245	22	117	140	97	198	295	107	350	456	31	99	131
ASL 8 – Arezzo	461	687	1.148	105	560	664	461	943	1.404	509	1.663	2.173	147	480	627
Aretina	165	245	410	36	204	239	161	336	497	181	594	776	51	171	222
Casentino	55	81	136	13	66	80	56	115	171	62	202	264	18	60	78
Val di Chiana aretina	70	107	177	16	82	99	71	142	213	77	250	327	23	70	93
Val Tiberina	49	74	122	11	59	70	48	101	149	53	176	230	16	51	67
Valdarno	123	180	302	28	149	176	124	250	373	136	441	577	39	128	167
ASL 9 – Grosseto	316	495	811	71	404	475	314	670	983	342	1.190	1.532	99	341	440
Amiata grossetana	38	57	94	9	46	55	39	82	121	44	142	186	13	43	56
Colline dell'Albegna	75	115	189	16	95	111	73	155	227	79	275	354	23	79	102
Colline Metallifere	68	106	175	15	87	102	68	146	214	77	258	335	22	74	96
Grossetana	135	217	353	30	177	206	133	288	421	143	514	657	42	145	187
ASL 10 – Firenze	1.108	1.740	2.848	252	1.473	1.725	1.113	2.460	3.573	1.217	4.334	5.551	353	1.279	1.631
Fiorentina	528	906	1.434	127	768	895	547	1.318	1.864	600	2.304	2.904	176	693	869
Fiorentina Nord-ovest	268	382	650	56	326	382	257	514	771	282	918	1.200	80	261	341
Fiorentina Sud-est	225	323	548	50	272	322	222	447	669	239	794	1.034	69	231	301
Mugello	87	128	216	20	106	126	86	181	268	95	319	413	28	93	121
ASL 11 – Empoli	297	449	746	66	366	433	294	607	901	322	1.071	1.393	93	307	400
Empolese	191	290	480	43	238	281	189	396	585	205	699	905	60	202	262
Valdarno inferiore	106	159	265	23	128	152	105	211	316	116	372	488	33	105	138
ASL 12 – Viareggio	200	338	537	40	279	318	187	452	639	207	804	1.010	58	228	285
Versilia	200	338	537	40	279	318	187	452	639	207	804	1.010	58	228	285
Regione Toscana	4.867	7.615	12.482	1.080	6.334	7.414	4.813	10.536	15.349	5.277	18.608	23.885	1.521	5.408	6.929

Appendice B

Si riporta nelle pagine che seguono il questionario strutturato utilizzato per la rilevazione dei dati durante l'indagine BiSS.



Bisogno Socio-Sanitario degli Anziani in Toscana: Studio Epidemiologico di Popolazione (Bi.S.S.)



QUESTIONARIO

Intervistato		
Nome _____	Cognome _____	Data di Nascita _____ / _____ / 19__
Zona Distretto di Residenza _____		<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Sostituto
Num. Telefono _____ / _____	MMG Dr. _____	
Intervistatore Nome _____ Cognome _____		

PRIMO CONTATTO - Data: ____ / ____ / 2009

L'anziano, al momento del primo contatto, è:

- 1 ospite permanente di RSA → *non procedere con l' intervista*
- 2 ospite temporaneo di RSA → *non procedere con l' intervista*
- 3 ricoverato in ospedale (regime ordinario) → *non procedere con l' intervista*
- 4 dimesso (regime ordinario) da meno di 15 giorni → *non procedere con l' intervista*
- 5 nessuna delle precedenti

F1. L'anziano può sostenere un'intervista telefonica ? (ci sente, può parlare, capisce, è dell'umore giusto ...)

- 1 sì → *intervista telefonica fissata con anziano* (data: ____ / ____ / 09; ora: ____ : ____)
- 2 no, e c'è altra persona (familiare o altra persona di fiducia che nelle ultime due settimane è stato molto a contatto con l'anziano e/o se ne è occupato) disponibile per intervista telefonica → *intervista telefonica fissata con altra persona* (data: ____ / ____ / 09; ora: ____ : ____)
- 3 no, e non c'è altra persona disponibile per intervista telefonica → *fissata intervista faccia a faccia (al domicilio dell'anziano o altrove se preferito)* (data: ____ / ____ / 09; ora: ____ : ____ ; luogo _____)

PRIMA PARTE

Data: ____ / ____ / 2009

Intervista iniziata con

- 1 anziano, al telefono
 2 altra persona, al telefono
 3 anziano, faccia a faccia – luogo: domicilio anziano A ; altrove B

CONDIZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE ED ECONOMICHE**1. L'anziano attualmente è**

- 1 coniugato/a o convivente
 2 celibe / nubile
 3 vedovo/a
 4 separato/a / divorziato/a

2. L'anziano attualmente vive (è possibile più di una risposta)

- 1 da solo/a
 2 con coniuge / convivente
 3 con i figli
 4 con altri familiari
 5 con una badante
 6 con altri anziani in casa famiglia
 7 altro, specificare _____
-

Se intervista telefonica con anziano – TEST DELLA MEMORIA

Chiedere all'anziano di ripetere le seguenti tre parole e di tenerle a mente perché gli/le saranno richieste tra qualche minuto:

casa verde gatto

3. Il titolo di studio ottenuto dall'anziano è

- 1 nessuno
- 2 licenza elementare
- 3 licenza scuola media inferiore
- 4 diploma scuola media superiore
- 5 laurea

4. Il lavoro principale nella vita dell'anziano è stato:

- 1 casalinga
- 2 operaio / coltivatore diretto / commesso / artigiano (fino a due dipendenti)
- 3 commerciante / impiegato
- 4 imprenditore (oltre due dipendenti) / libero professionista / dirigente / docente
- 5 altro, specificare _____

5. Attualmente l'anziano esce regolarmente di casa per un lavoro, un'attività di volontariato, aiuto ai figli/ nipoti?

- 1 sì
- 2 no

6. L'anziano ha una pensione? (possibile risposta multipla)

- 1 sì, di anzianità o vecchiaia
- 2 sì, assegno sociale
- 3 sì, altra tipologia (es. reversibilità, invalidità, superstiti ecc...)
- 4 no

7. La casa in cui risulta residente l'anziano è:

- 1 propria o del coniuge
- 2 in usufrutto/comodato d'uso
- 3 in affitto
- 4 altro

8. La casa in cui risulta residente l'anziano è una casa popolare ?

- 1 sì 2 no

9. Con le risorse finanziarie che l'anziano ha a disposizione (da reddito proprio o familiare), come arriva a fine mese?

- 1 molto facilmente
- 2 abbastanza facilmente
- 3 con qualche difficoltà
- 4 con molte difficoltà
- 5 non sa / non risponde

Se intervista telefonica con anziano – segue TEST DELLA MEMORIA

Chiedere all'anziano anno mese e giorno della settimana e registrare la correttezza delle risposte


- Anno** corretto errato
- Mese** corretto errato
- Giorno della settimana** corretto errato

Chiedere all'anziano le tre parole che gli/le erano state dette precedentemente e registrare le risposte

- Casa** corretto errato
- Verde** corretto errato
- Gatto** corretto errato

Numero totale delle risposte corrette: ____

F2. L'anziano ha dato quattro o più risposte corrette ?

- 1 sì → *continua intervista con anziano*
- 2 no e altra persona disponibile per intervista telefonica → *continua intervista al telefono con altra persona*
- 3 no senza altra persona disponibile per intervista telefonica → *fissa intervista faccia a faccia (data: ___ / ___ / 09; ora: ___ : ___ ; luogo _____)*
- 4 no → *si rifiuta la continuazione dell'intervista sia con altra persona al telefono che faccia a faccia* 

FRAGILITÀ

10. L'anziano vede abbastanza bene da poter seguire un programma alla televisione senza difficoltà ?

1 sì, senza occhiali

2 sì, con occhiali

3 no

11. L'anziano sente abbastanza bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno senza difficoltà ?

1 sì, senza protesi acustica

2 sì, con protesi acustica

3 no

12. L'anziano è stato mai ricoverato in Ospedale (regime ordinario) nel corso degli ultimi 12 mesi?

1 sì

2 no

13. L'anziano usa quattro o più medicine diverse ogni giorno ?

1 sì

2 no

14. L'anziano è mai caduto nel corso degli ultimi 12 mesi ?

1 sì

2 no

15. L'anziano ritiene di avere problemi di memoria ?

1 sì

2 no

16. L'anziano può masticare senza problemi la maggior parte degli alimenti ?

1 sì, senza protesi dentaria

2 sì, con protesi dentaria

3 no

17. L'anziano per spostarsi (in caso di risposte multiple segnare la più grave)

- 1 non ha bisogno di ausili
- 2 usa regolarmente bastone / deambulatore
- 3 si sposta autonomamente su sedia a rotelle → *vai alla domanda 20*
- 4 non può spostarsi senza l'aiuto di altre persone → *vai alla domanda 20*

18. L'anziano ha difficoltà a camminare per 400 metri in pianura ?

- 1 sì
- 2 no → *vai alla domanda 20*

19. L'anziano sta attualmente partecipando a programmi di Attività Fisica Adattata?

- 1 sì
- 2 no

SUSCETTIBILITÀ AL CALDO – SORVEGLIANZA ATTIVA

20. All'anziano, durante l'ultima estate, è mai capitato di sentirsi male a causa del caldo?

- 1 sì 2 no
- 3 non sa – non ricorda

21. La casa in cui vive l'anziano è:

- 1 "naturalmente fresca"
- 2 climatizzata
- 3 né "naturalmente fresca" né climatizzata

22. Durante l'ultima estate, l'anziano ha ricevuto consigli per proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo? (è possibile più di una risposta)

- 1 sì, dal medico di famiglia
- 2 sì, da operatori socio-sanitari
- 3 sì, da TV/Radio/Giornali
- 4 sì, da familiari / parenti / amici
- 5 sì, altro
- 6 no, non sa, non ricorda

23. Durante l'ultima estate, nei periodi in cui ha fatto più caldo, l'anziano ha / avrebbe avuto bisogno di apposite telefonate o visite per sapere come stava o se aveva bisogno di qualcosa?

- 1 sì
- 2 no
- 3 non sa, non ricorda

24. Durante l'ultima estate, nei periodi in cui ha fatto più caldo, l'anziano ha ricevuto apposite telefonate o visite per sapere come stava o se aveva bisogno di qualcosa?
(segnare ciò che è stato ricevuto per tipologia di fornitore)

- da servizi sociali, altri servizi pubblici telefonate visite niente
- da volontari telefonate visite niente
- da familiari / parenti / amici telefonate visite niente

FILTRO AUTO-SUFFICIENZA

Per ogni attività di base della vita quotidiana (BADL) elencata di seguito, indicare “Sì” se l’anziano può svolgerla completamente da solo senza aiuto di altre persone oppure “No” se per svolgerla ha bisogno dell’aiuto (anche solo supervisione) di altre persone.

L’anziano è in grado, senza l’aiuto di un’altra persona, di


- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f1 Spostarsi da una stanza all’altra (spostamenti in casa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f2 Andare in bagno per urinare o andare di corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f3 Lavarsi mani, viso, piedi, farsi il bidè | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f4 Fare il bagno o la doccia (escluso farsi lavare la schiena) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f5 Vestirsi e spogliarsi (escluso lacci scarpe e bottoni) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f6 Mangiare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f7 Alzarsi dal letto, mettersi seduto e rialzarsi in piedi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F3 L’anziano è completamente autosufficiente in tutte le attività (BADL) sopra elencate (la risposta è “Sì” a tutte quest’ultime sette domande) ?

1 Sì → vai alla **terza parte del questionario** (domanda 56)

2 No (la risposta è “No” ad una o più delle ultime sette domande) e intervista iniziata al telefono → *fissa intervista faccia a faccia* (data: ___ / ___ / 09; ora: ___: ___; luogo _____)

3 No (la risposta è “No” ad una o più delle ultime sette domande) e intervista iniziata faccia a faccia → *continua intervista faccia a faccia*

4 No (la risposta è “No” ad una o più delle ultime sette domande) → *si rifiuta la continuazione dell’intervista faccia a faccia* 

DISTURBI DELL'UMORE

Per ognuno dei seguenti indicatori di umore depresso, segnare

0 se indicatore non presente negli ultimi 3 giorni

1 se indicatore presente in 1 o 2 degli ultimi 3 giorni

2 se indicatore presente in ognuno degli ultimi 3 giorni

35. Sensazione di tristezza o di umore depresso: l'anziano pensa che la vita non valga la pena di essere vissuta, che nulla conti, che non si è utili ad alcuno o che sarebbe meglio morire

0 1 2

36. Rabbia persistente contro sé o altri: l'anziano è facilmente irritato, si arrabbia quando riceve assistenza

0 1 2

37. Espressione di una paura irrealistica: l'anziano ha paura di essere abbandonato, di stare solo o stare con altri

0 1 2

38. Preoccupazione per lo stato di salute: l'anziano richiede persistenti visite mediche, è ossessionato dalle funzioni corporali

0 1 2

39. Manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione: l'anziano chiede insistente attenzione/assicurazione circa gli orari, i pasti, la lavanderia, i vestiti, aspetti relazionali

0 1 2

40. L'anziano appare triste, dolente, espressione corrucciata: per esempio, ha la fronte aggrottata

0 1 2

41. L'anziano piange frequentemente

0 1 2

42. Abbandono attività: l'anziano non mostra nessun interesse in attività consuete o nello stare con parenti/amici

0 1 2

43. L'anziano ha ridotto le sue interazioni sociali

0 1 2

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

NB: Compilare questa scheda senza fare domande all'anziano: raccogliere le informazioni necessarie tramite consultazione con altra persona (familiare o altra persona di fiducia che nelle ultime due settimane è stato molto a contatto con l'anziano e/o se ne è occupato). Se non disponibile, compilare la scheda facendo riferimento all'osservazione diretta dell'anziano durante l'intervista.

- 1 Scheda compilata tramite consulto con altra persona
 2 Scheda compilata soltanto tramite osservazione diretta dell'anziano

Per ognuno dei seguenti indicatori di disturbi del comportamento, segnare

0 se indicatore non presente negli ultimi 3 giorni

1 se indicatore presente negli ultimi 3 giorni, facilmente controllato

2 se indicatore presente negli ultimi 3 giorni, non facilmente controllato

44. Vagare: l'anziano vaga senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza

0 1 2

45. Usare linguaggio offensivo: l'anziano ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone

0 1 2

46. Essere fisicamente aggressivo: l'anziano ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone

0 1 2

47. Comportamento socialmente inadeguato: l'anziano emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba

0 1 2

48. Rifiutare l'assistenza: l'anziano rifiuta di prendere le medicine, fare le iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione

0 1 2

DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

Per ognuna delle seguenti Attività di Base della Vita Quotidiana, considerare ciò che l'anziano ha fatto nel suo ambiente di vita **durante l'ultima settimana**, anche con l'aiuto di eventuali ausili, e segnare

0 (Indipendente) se l'ha svolta senza l'aiuto di altre persone (o se ha avuto bisogno di supervisione 1 o 2 volte)

1 (Supervisione) se ha avuto bisogno di supervisione 3 o più volte (o di aiuto fisico meno di 3 volte)

2 (Assistenza leggera) se l'anziano è stato molto collaborante, ma ha avuto bisogno di aiuto fisico leggero (es. manovra guidata arti) 3 o più volte (o di aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) meno di 3 volte)

3 (Assistenza pesante) se l'anziano è stato collaborante, ma ha avuto bisogno di aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) 3 o più volte

4 (Assistenza totale) se l'anziano non è stato collaborante e totalmente dipendente dall'aiuto di altri (o se non ha mai svolto l'attività)

49. Vestirsi/Svestirsi: come l'anziano indossa, allaccia e si toglie i vestiti, scarpe, protesi, apparecchi ortopedici, dalla vita in su

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

50. Igiene Personale: come l'anziano si lava e si asciuga mani, braccia, viso, piedi e perineo, si pettina, si rade, si lava i denti

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

51. Uso del WC: come l'anziano va nel bagno, si siede e si rialza, si pulisce, si riveste; come gestisce gli ausili

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

52. Spostamenti in Casa: come l'anziano si sposta tra due punti all'interno della propria abitazione, anche se su carrozzina

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

53. Trasferimenti: come l'anziano compie i trasferimenti letto - posizione eretta - posizione seduta; esclusi trasferimenti per minzione/ evacuazione

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

54 Mobilità nel Letto: come l'anziano cambia posizione quando è a letto (da steso a seduto e viceversa, da fianco a fianco)

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

55 Alimentazione: come l'anziano beve e mangia; se alimentato con sondino, PEG o per via parenterale, considerare come gestisce gli ausili

0 (Indip); 1 (Super); 2 (Ass leggera); 3 (Ass pesante); 4 (Ass totale)

Punteggio totale BADL: ____ **Se maggiore o uguale a 22 →** vai alla domanda 64

TERZA PARTE

DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

56. Per quanto riguarda l'uso del telefono, l'anziano:

- 1 usa il telefono di propria iniziativa
- 2 compone solo alcuni numeri ben conosciuti
- 3 risponde ma non è capace di comporre il numero
- 4 non risponde al telefono

57. Per quanto riguarda il fare acquisti, l'anziano:

- 1 fa tutte le proprie spese senza aiuto
- 2 fa solo piccoli acquisti senza aiuto
- 3 ha bisogno di essere accompagnato
- 4 è completamente incapace di fare acquisti

58. Per quanto riguarda l'uso dei mezzi di trasporto, l'anziano:

- 1 si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto
- 2 può usare i mezzi di trasporto pubblici solo se assistito o accompagnato
- 3 può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza
- 4 non si sposta per niente

59. Per quanto riguarda l'uso dei farmaci, l'anziano:

- 1 prende da solo le medicine che gli sono state prescritte
- 2 prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate
- 3 non è in grado di prendere le medicine da solo

60. Per quanto riguarda la capacità di gestire il denaro, l'anziano:

- 1 gestisce le proprie finanze in modo indipendente
- 2 è in grado soltanto di fare piccoli acquisti
- 3 è incapace di maneggiare i soldi

61. Per quanto riguarda la preparazione dei pasti, l'anziano:

- 1 organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati / non l'ha mai fatto e c'è sua moglie o altro familiare che lo fa per lui (se uomo)
- 2 prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti
- 3 scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata
- 4 ha bisogno di avere cibi preparati e serviti

62. Per quanto riguarda il governo della casa, l'anziano:

- 1 mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti) / non l'ha mai fatto e c'è sua moglie o altro familiare che lo fa per lui (se uomo)
- 2 esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa
- 3 ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa
- 4 non partecipa a nessuna operazione di governo della casa

63. Per quanto riguarda la biancheria, l'anziano:

- 1 fa il bucato personalmente e completamente / non l'ha mai fatto e c'è sua moglie o altro familiare che lo fa per lui (se uomo)
- 2 lava soltanto le piccole cose (calze, fazzoletti)
- 3 tutta la biancheria deve essere lavata da altri

F4. L'anziano è completamente autosufficiente sia in tutte le Attività di Base della Vita Quotidiana (la risposta è "Sì" a tutte e sette le domande del Filtro Non Autosufficienza o il punteggio totale delle BADL è uguale a zero) **che in tutte le Attività Strumentali della Vita Quotidiana** (la risposta è "1" a tutte e otto quest'ultime domande)?

- 1 Sì → *vai alla domanda 72*
- 2 No → *continua intervista*

COPERTURA BISOGNO ASSISTENZIALE (AIUTO ALLA PERSONA)

64. Attualmente, per le attività (BADL e IADL) che l'anziano non è in grado di svolgere da solo/a, riceve aiuto da parte di qualcuno ?

1 no → *vai alla domanda 70*

2 sì

65. La persona intervistata, come giudica l'aiuto ricevuto per queste attività?

1 soddisfacente

2 appena sufficiente

3 non sufficiente

66. L'anziano da chi riceve questo aiuto? (è possibile più di una risposta)

1 familiari → *se solo familiari vai alla domanda 70*

2 servizio pubblico

3 persona a pagamento

67. L'operatore del servizio pubblico che aiuta l'anziano in queste attività:

1 viene tutti i giorni (esclusi festivi)

2 viene 2 / 3 volte la settimana

3 viene un giorno la settimana od ancora più raramente

4 attualmente l'anziano non riceve aiuto da alcun operatore pubblico

68. La persona a pagamento che aiuta l'anziano in queste attività:

1 convive con l'anziano

2 non convive con l'anziano, ma viene tutti i giorni (esclusi festivi)

3 non convive con l'anziano, viene 2 / 3 volte la settimana

4 non convive con l'anziano, viene un giorno la settimana o più raramente

5 attualmente l'anziano non riceve aiuto persona a pagamento → *vai alla domanda 70*

69. Per la retribuzione della persona a pagamento che aiuta l'anziano in queste attività, viene ricevuto un aiuto economico?

1 no

2 sì, dal comune

3 sì, dalla USL

4 sì, non specificato

70. L'anziano attualmente frequenta un Centro Diurno?

- 1 no
- 2 sì, per anziani / non altrimenti specificato
- 3 sì, per anziani affetti da Malattia di Alzheimer

71. L'anziano è in lista di attesa per un ricovero in RSA ?

- 1 no
- 2 sì, per un ricovero temporaneo
- 3 sì, per un ricovero permanente

72. L'anziano attualmente percepisce l'indennità di accompagnamento?

- 1 no
- 2 no, ha fatto richiesta
- 3 sì

73. L'anziano attualmente usufruisce di assistenza infermieristica al domicilio

- 1 no
- 2 sì

FINE INTERVISTA

Bibliografia

1. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med.* 1999 Jan;48(1):61-76.
2. Di Bari M, Marchionni N, Ferrucci L, Pini R, Antonini E, Chiarlone M, Marsili A, De Alfieri W, Fumagalli S, Masotti G. Heart failure in community-dwelling older persons: aims, design and adherence rate of the ICARe Dicomano project: an epidemiologic study. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Jun;47(6):664-71.
3. Francesconi P, Pecchioli A, Razzanelli M, Pasqua A. Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza. Documenti dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, n. 34; giugno 2007.
4. Hébert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, Voyer L. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age Ageing.* 1996 Mar;25(2):159-67.
5. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies Of Illness In The Aged. The Index Of ADL: A Standardized Measure Of Biological And Psychosocial Function. *Jama.* 1963 Sep 21;185:914-9.
6. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969 Autumn;9(3):179-86.
7. Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (*Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza*)
8. Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (*Disciplina del servizio sanitario regionale*) e successive modifiche ed integrazioni
9. Liang J, Bennett JM, Shaw BA, Quiñones AR, Ye W, Xu X, Ofstedal MB. Gender differences in functional status in middle and older age: are there any age variations? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008 Sep;63(5):S282-92.
10. Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999 Nov;54(11):M546-53.
11. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinková E. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Aug;45(8):1017-24.
12. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist.* 1989 Dec;29(6):798-803.

13. Pasqua A, Francesconi P, Bandinelli S, Lauretani F, Salvioni A, Pecchioli A, Buiatti E. “Un semplice questionario per l’identificazione degli anziani ad alto rischio di declino funzionale: Studio INCHIANTI”; pag 141 in Atti del 31° Convegno annuale di Eepidemiologia “L’epidemiologia dell’invecchiamento”; Ostuni (BR); 17-19 Ottobre 2007
14. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975 Oct;23(10):433-41.
15. The Italian Longitudinal Study on Aging. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1997;26:995-1002.

Finito di stampare
da Nuova MCS Srl
Firenze - dicembre 2009

Sede Legale

Villa Fabbricotti
Via Vittorio Emanuele II, 64
50134 Firenze



Osservatori

Viale G. Milton, 7
50129 Firenze

Epidemiologia

osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it

Qualità

osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it



Centro Documentazione

centrodocumentazione@arsanita.toscana.it



Centralino: 055 462431

Fax Sede Legale: 055 4624330

Fax Osservatori: 055 4624345

www.arsanita.toscana.it

REGIONE
TOSCANA

