

Percezione dello stato di salute negli anziani della città dell'Aquila dopo il sisma del 2009

Health status perception among the elderly residents in L'Aquila (Central Italy) after the 2009 earthquake

Antonella Mattei, Anna Rita Giuliani, Fabiana Fiasca, Flavio Santilli, Maria Amparo Manganaro, Leila Fabiani
Dipartimento di medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente, Università degli Studi dell'Aquila
Corrispondenza: Antonella Mattei; antonella.mattei@cc.univaq.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare la percezione dello stato di salute nella popolazione aquilana di 65 anni e più, a distanza di circa tre anni dal terremoto del 6 aprile 2009, in relazione alla delocalizzazione.

DISEGNO: lo studio osservazionale *cross-sectional* è stato eseguito mediante un'intervista strutturata con un questionario articolato in 36 domande a risposta chiusa e multipla.

SETTING E PARTECIPANTI: le interviste sono state condotte presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e presso il Dipartimento di prevenzione – servizio vaccinazioni. Gli anziani intervistati sono stati 569 equamente rappresentati nel genere; il 57% aveva un'età compresa tra i 65-74 anni, il 25% tra i 75-79 anni e il 18% aveva più di 80 anni.

RISULTATI: lo studio ha mostrato come la percezione negativa dello stato di salute sia associata significativamente con la delocalizzazione, con l'essere donna, con l'età avanzata, con un basso livello di istruzione e con la convivenza con una persona estranea al nucleo familiare. Tra coloro che percepiscono la salute in modo negativo e vivono in alloggi temporanei si è rilevata una maggiore frequenza nell'incapacità di svolgere

attività quotidiane e, quindi, un minor grado di autosufficienza. Anche la presenza di alcune patologie croniche degenerative (pur se autoriferite) contribuisce alla percezione negativa.

CONCLUSIONI: la condizione abitativa e i determinanti tipici dell'età avanzata influenzano negativamente la percezione dello stato di salute. La delocalizzazione e l'assenza di infrastrutture modificano la vita quotidiana e pregiudicano il giudizio sulla propria salute.

Parole chiave: anziani, terremoto, percezione stato di salute, delocalizzazione

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate the health status' perception in relation to the displacement in the over-65-year population of L'Aquila, about three years after the earthquake of April 6th, 2009.

DESIGN: a cross-sectional observational study was performed using a structured interview with a questionnaire divided into 36 closed and multiple questions.

SETTING AND PARTICIPANTS: interviews were conducted in the offices of general practitioners and at the Department

of prevention – vaccinations service. The respondents were 569 elderly, equally represented by gender; 57% was 65-74 years old, 25% was 75-79 years old, and 18% was more than 80 years old.

RESULTS: the study showed that the negative perception of health status is significantly associated with delocalization, female gender, more advanced age, low education, and living with a person not belonging to the family unit. Among people who perceive health in a negative way and live in temporary housing, the inability to perform daily activities, and therefore a lower degree of self-sufficiency, was detected more frequently. Even the presence of certain chronic degenerative diseases (even if self-reported) contributes to the negative perception. This is associated with a decrease in the ability to perform daily activities.

CONCLUSIONS: the living conditions and the traditional determinants of old age negatively affect the perception of health status. Relocation and the absence of infrastructure change everyday life and affect judgment on one's health.

Keywords: elderly, earthquake, health status perception, displacement

INTRODUZIONE

Il rapporto pubblicato nel 2002 dall'Organizzazione mondiale di sanità (OMS), *Active Ageing a Policy Framework*,¹ definisce in modo chiaro i determinanti dell'invecchiamento attivo individuando quelli trasversali, quali cultura e genere, e quelli universali, quali salute, sistema dei servizi sociali, comportamentali, economici e personali. Inoltre, pone l'accento sulla necessità di comprendere l'interazione di tali determinanti e i loro percorsi d'azione. La loro variazione o assenza può essere più o meno influente sul benessere dell'anziano anche in funzione dell'età, definendo percorsi di salute che non sono sempre e necessariamente consecutivi² e che vanno dall'indipendenza alla fragilità e, infine, alla dipendenza.

A seguito del sisma del 2009, l'emergenza e l'accoglienza nelle tendopoli o negli alberghi, nonché la condivisione della catastrofe e dei susseguenti disagi, hanno creato comunità in cui gli individui sono stati di sostegno e incoraggiamento gli uni degli altri. Successivamente, con le assegnazioni e il trasferimento nei nuovi alloggi, si è verificato un cambiamento destrutturante del tessuto sociale della città.³ L'allontanamento dalle proprie abitazioni, dai propri averi, che rappresentano la memoria, la storia degli individui⁴ e la successiva ricollocazione in abitazioni spersonalizzate dei nuovi quartieri (le cosiddette *new town*) privi di servizi e di centri di socializzazione hanno comportato un'emarginazione sociale e un deterioramento della qualità della vita soprattutto per gli anziani, particolarmente per quelli soli e non autonomi negli spostamenti.⁴⁻⁶ Tale situazione ha generato una brusca disartico-

lazione dei rapporti formali e informali necessari alla quotidianità delle persone anziane e ha portato a un sentimento di emarginazione sociale e solitudine, elementi predittivi per la variazione in negativo dello stato di salute e della qualità di vita.⁷

Oltretutto, la delocalizzazione nelle residenze temporanee è avvenuta in assenza di un percorso pienamente partecipato e condiviso, contrastando quanto contenuto sia nel documento dell'OMS,¹ in cui l'anziano è ritenuto un soggetto con un ruolo attivo nella società e titolare di diritti, sia nel documento OMS-Europa,⁸ in cui tra i presupposti per l'invecchiamento attivo sono inseriti l'approccio partecipativo alle politiche e l'*empowerment* a livello individuale e di comunità. L'assegnazione dei nuovi alloggi è stata effettuata sulla base di un censimento nel quale era possibile esprimere un ordine di preferenza tra le differenti soluzioni abitative: autonoma sistemazione, fondo immobiliare e altri affitti concordati, progetto CASE/MAP (Complessi antisismici sostenibili eocompatibili/Moduli abitativi provvisori).⁹ All'epoca, tuttavia, non erano facilmente valutabili i vantaggi e gli svantaggi, soprattutto in rapporto alla sostenibilità nel tempo sia economica sia esistenziale. Inoltre, nell'assegnazione, in aggiunta alle indicazioni delle preferenze, si doveva comunque tener conto della disponibilità delle diverse soluzioni abitative e di altre considerazioni quali lo stato di salute, eventuali disabilità, sede dell'attività lavorativa, presenza di figli in età scolare.^{3,9} Sulla base della classificazione delle persone con 65 anni e più in tre fasce di età¹⁰ (giovani anziani: 65-74 anni; medi anziani: 75-84 anni; grandi anziani: >84 anni), è possibile sostenere che al

gennaio 2009¹¹ le persone con >65 anni d'età residenti nel comune dell'Aquila erano 14.174, cioè il 19% della popolazione totale. Le fasce di età erano rappresentate, rispettivamente, per il 50%, 20% e 30%. Rispetto alla distribuzione della popolazione nel progetto CASE, le persone con ≥65 anni erano circa il 18%, con una ridistribuzione non omogenea delle 3 fasce di età.³ I più penalizzati sono stati gli anziani soli, che nell'attribuzione dei nuovi alloggi sono stati posizionati in fondo alla graduatoria e, di conseguenza, si sono visti delocalizzati in complessi abitativi lontani anche decine di chilometri rispetto ai luoghi in cui abitavano precedentemente al terremoto.⁹ Tenendo conto dei disagi della popolazione già emersi e rilevati nell'immediato, è stata avviata una rilevazione con lo scopo di esaminare la condizione della popolazione anziana con 65 e più anni residente nel comune dell'Aquila a tre anni dall'evento calamitoso. Gli anziani sono stati contattati presso gli studi dei medici di medicina generale (MMG), ritenendo questo contatto non variato a seguito dell'evento, e sottoposti a un'intervista con l'obiettivo di rilevare la situazione sociale e sanitaria degli stessi. Il lavoro qui presentato riferisce la seconda parte dello studio. Nella prima parte⁵ si era indagata la sensazione di benessere e di serenità in rapporto alla condizione abitativa e la disponibilità a svolgere attività socializzanti nel tempo libero; in questo lavoro si riportano, invece, i risultati della analisi delle variabili associate a una percezione negativa dello stato di salute degli anziani con ≥65 anni residenti all'Aquila in rapporto alla delocalizzazione, intesa come assegnazione degli alloggi nei 19 quartieri antisismici.

METODI

Lo studio osservazionale *cross-sectional* effettuato a tre anni dall'evento calamitoso ha riguardato 569 persone, cioè il 4% degli anziani ≥65 anni residenti nel comune dell'Aquila. Gli intervistati sono stati arruolati, consecutivamente, nel periodo compreso tra ottobre 2011 e marzo 2012, presso le Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) di Coppito e Collemaggio e presso il Servizio vaccinazioni del Dipartimento di prevenzione della ASL1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila.

Le interviste effettuate, in accordo con i MMG coinvolti, sono state svolte da personale medico frequentante la Scuola di specializzazione di igiene dell'Università degli Studi dell'Aquila, che per tale scopo ha utilizzato strumenti di rilevazione standardizzati.^{12,13} Il questionario comprendeva una prima sezione per acquisire i dati demografici e sezioni successive per rilevare la capacità a svolgere attività quotidiane, la percezione di felicità/benessere, la percezione dello stato di salute e la presenza di patologie autoriferite. Complessivamente il questionario è stato articolato in 36 domande a risposta chiusa e multipla. Prima di sottoporre il questionario al campione in studio è stato eseguito un test-retest su un ristretto gruppo di anziani, ottenendo una kappa di Cohen pari a 0,91. Prima dell'intervista, ogni anziano è stato informato sia sulle finalità dello studio sia sulla non riconducibilità delle informazioni ai singoli partecipanti, e quindi invitato a sottoscrivere il consenso informato. Sono state svolte analisi descrittive per illustrare le caratteristiche del campione. La variabile «percezione dello stato di salute» è stata dicotomizzata in base alle risposte riferite alla domanda «Come va in gene-

rale la sua salute?», indicando come «percezione positiva» l'insieme delle risposte «molto bene», «bene» e «discretamente» e come «percezione negativa» le risposte «male» e «molto male». I due gruppi, così formati, sono stati confrontati rispetto alle variabili sociodemografiche, abitative, presenza di patologie autoriferite e di difficoltà nel compiere le attività della vita quotidiana, ed è stato utilizzato il test del chi-quadro per il trend per le variabili su scala ordinale, in modo da analizzare la significatività delle differenze tra frequenze. Attraverso modelli di regressione logistica multipla, sono poi state stimate le associazioni, espresse come *Odds Ratio* (OR) con i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%), tra la percezione del proprio stato di salute (positiva/negativa) posta come variabile dipendente e le variabili demografiche, abitative, presenza di patologie autoriferite e di difficoltà nel compiere le attività della vita quotidiana, considerate variabili esplicative. L'analisi è stata condotta valutando l'effetto di ciascuna variabile esplicativa sulla percezione negativa aggiustato per gli effetti delle altre variabili indipendenti. La significatività di ciascuna variabile esplicativa è stata valutata mediante il rapporto di massima verosimiglianza usando il test di Wald per la significatività di ciascun confronto. E' stato studiato se essere autosufficienti (o meno) nel compiere le attività della vita quotidiana alteri significativamente l'associazione tra percezione dello stato di salute e tipo di abitazione attraverso il test esatto di Fisher o il test del chi quadro. I test utilizzati sono bidirezionali e usati con un livello di significatività del 5%. I dati sono stati elaborati usando il *package* statistico STATA/IC12.0.

RISULTATI

La popolazione anziana (≥65 anni) residente nella città dell'Aquila a tre anni dal terremoto (n. 14.372) era distribuita per età e sesso come riportato in tabella 1 e, rispetto ad essa, il campione studiato ha mostrato caratteristiche pressoché sovrapponibili, fatta eccezione per gli anziani di 80 e più anni, che risultano meno rappresentati.

Nella tabella 2 è riportata la percezione dello stato di salute da parte del campione intervistato sulla base della domanda «Come va in generale la sua salute?» e la sua distribuzione sulla base del-

	CAMPIONE	POPOLAZIONE RESIDENTE
	n. (%)	n. (%)
FASCE DI ETÀ		
65-74	323 (56,87)	7.148 (49,74)
75-79	142 (25,00)	2.947 (20,50)
≥80	103 (18,13)	4.277 (29,76)
GENERE		
Maschi	286 (50,35)	6.322 (43,98)
Femmine	282 (49,65)	8.050 (56,02)

TABELLA 1. Distribuzione assoluta e percentuale per fasce d'età e genere per il campione oggetto di studio e la popolazione residente (anziani di 65+ anni residenti all'Aquila al 31.12.2012).

TABLE 1. Absolute and percentage distribution by age groups and gender for the sample studied and the resident population (elderlies of 65+ years of age resident in L'Aquila at 31.12.2012)

le caratteristiche demografiche e sociali. La composizione per sesso del campione è equilibrata e la percezione negativa della propria salute è maggiormente presente nelle donne (11,70% *vs.* 6,29%; *p*: 0,024), nei grandi anziani (26,21% *vs.* 4,02%; *p*: 0,001) e nei soggetti meno istruiti (16,67% *vs.* 4,76%; *p* <0,001). Anche convivere con i propri cari o da soli migliora la percezione della propria salute, che in coloro che vivono con una persona estranea al nucleo familiare risulta nettamente negativa (55,56% *vs.* 6,94%; *p*: 0,001).

Se si esamina la condizione abitativa, cioè coloro che dimorano in un alloggio appartenente ai nuovi insediamenti, i cosiddetti delocalizzati *vs.* coloro che risiedono in un'abitazione propria o scelta in autonomia, si nota come i primi hanno una percezione della propria salute peggiore rispetto ai secondi (14,29 *vs.* 6,46; *p*: 0,002).

Nella tabella 2 sono riportati anche i valori di prevalenza nel campione delle patologie autoriferite. Le più presenti sono, rispettivamente, l'ipertensione (40,77%), le malattie osteoartico-

RISPOSTE ALLA DOMANDA «COME VA IN GENERALE LA SUA SALUTE?»	TOTALE	PERCEZIONE POSITIVA*		PERCEZIONE NEGATIVA**		P-VALUE***
	n.	n.	(%)	n.	(%)	
TOTALE	569	518	(91,04)	51	(8,96)	
GENERE						0,024
Maschio	286	268	(93,71)	18	(6,29)	
Femmina	282	249	(88,30)	33	(11,70)	
FASCIA D'ETÀ						0,001
65-74	323	310	(95,98)	13	(4,02)	
75-79	142	131	(92,25)	11	(7,75)	
≥80	103	76	(73,79)	27	(26,21)	
TITOLO DI STUDIO						<0,001
Diploma media superiore/ laurea	168	160	(95,24)	8	(4,76)	
Diploma media inferiore	211	199	(94,31)	12	(5,69)	
Nessuno/licenza elementare	186	155	(83,33)	31	(16,67)	
CONVIVENZA						0,001
Da solo	72	67	(93,06)	5	(6,94)	
In famiglia (con coniuge e/o figli)	479	443	(92,48)	36	(7,52)	
Con badante	18	8	(44,44)	10	(55,56)	
CONDIZIONE ABITATIVA						0,002
Abitazione propria	387	362	(93,54)	25	(6,46)	
Abitazione temporanea	182	156	(85,71)	26	(14,29)	
PRESENZA DI PATOLOGIE AUTORIFERITE						
Malattie respiratorie	60	48	(80,00)	12	(20,00)	0,002
Malattie cardiovascolari	124	107	(86,29)	17	(13,71)	0,041
Malattie metaboliche	29	26	(89,66)	3	(10,34)	0,804
Malattie neurologiche	21	13	(61,90)	8	(38,10)	0,001
Ipertensione	232	213	(91,81)	19	(8,19)	0,548
Depressione	22	17	(77,27)	5	(22,73)	0,023
Ansia	7	5	(71,43)	2	(28,57)	0,069
Insomnia	15	13	(86,67)	2	(13,33)	0,559
Neoplasia	31	24	(77,42)	7	(22,58)	0,007
Malattie a carico dell'apparato digerente	81	71	(87,65)	10	(12,35)	0,265
Malattie a carico dell'apparato osteoarticolare	154	137	(88,96)	17	(11,04)	0,315
Dislipidemie	42	41	(97,62)	1	(2,38)	0,117
Diabete	82	72	(87,80)	10	(12,20)	0,284
Malattie urologiche	58	54	(93,10)	4	(6,90)	0,542
Malattie autoimmuni	15	14	(93,33)	1	(6,67)	0,744
Malattie a carico dell'apparato visivo	18	14	(77,78)	4	(22,22)	0,048
Malattie a carico del sistema uditivo	16	16	(100,00)	0	(0,00)	0,200

TABELLA 2. Percezione dello stato di salute riferito rispetto alle caratteristiche sociodemografiche del campione e alle patologie autoriferite dai soggetti intervistati.

TABLE 2. Health status perception by sociodemographic characteristics of the sample and disease reported by respondents.

* Percezione positiva, risposte: «molto bene», «bene», «discretamente»
Positive perception, answers: «very good», «good», «fairly»

** Percezione negativa, risposte: «male», «molto male»
Negative perception, answers: «bad», «very bad»

*** chi quadro oppure test del chi-quadro per il trend
chi squared or chi-squared text for trend

	OR* (IC95%)	P-VALUE
GENERE		
Maschi#	1	
Femmine	1,62 (1,02-3,39)	0,049
FASCE D'ETÀ		
65-74#	1	
75-79	1,02 (0,40-2,60)	0,971
≥80	3,91 (1,65-9,30)	0,002
TITOLO DI STUDIO		
Diploma media superiore/ Laurea#	1	
Diploma media inferiore	1,02 (0,35-3,01)	0,972
Nessuno/Licenza elementare	2,66 (1,09-7,08)	0,050
CONVIVENZA		
Da solo#	1	
In famiglia	1,96 (0,65-5,91)	0,235
Con badante	19,84 (3,81-60,21)	<0,001
CONDIZIONE ABITATIVA		
Abitazione propria#	1	
Abitazione temporanea	3,12 (1,54-6,32)	0,002
PATOLOGIE RIFERITE		
No#	1	
Si: Malattie respiratorie	3,03 (1,28-7,19)	0,012
Malattie cardiovascolari	1,42 (0,67-3,04)	0,359
Malattie neurologiche	5,32 (1,58-17,89)	0,007
Depressione	3,61 (1,07-12,12)	0,038
Neoplasie	2,32 (0,79-6,86)	0,128
A carico del sistema visivo	3,15 (0,82-12,03)	0,094

* Odds ratio aggiustati per gli altri fattori presenti nel modello / Odds ratios adjusted for other factors in the model

categoria di riferimento (OR: 1) / Reference category (OR: 1)

TABELLA 3. Modello logistico multivariato per la percezione negativa dello stato di salute e le variabili demografiche, abitative e presenza di patologie riferite.

TABLE 3. Multivariate logistic model for negative perception of health status and demographic variables, housing, and presence of reported diseases.

lari (27,07%), le malattie cardiovascolari (21,79%), il diabete (14,41%), le malattie a carico dell'apparato digerente (14,23%), le malattie respiratorie (10,54%) e quelle urologiche (10,19%). Le restanti patologie riferite hanno una prevalenza inferiore all'8%. Analizzando il giudizio negativo sulla propria salute tra coloro che riferiscono una patologia vissuta come invalidante e coloro che non la presentano, si osserva una differenza significativa per le patologie respiratorie (20,00% *vs.* 7,75%; *p*: 0,002) e per quelle neurologiche (38,10% *vs.* 7,93%; *p*: 0,001) (dati non presentati in tabella).

In tabella 3 è riportata la regressione logistica multivariata tra le variabili considerate in tabella 2 e la percezione della propria salute posta come variabile dipendente. I valori dell'OR risultano significativi per le associazioni tra la percezione negativa dello stato di salute ed essere donna (OR 1,62; IC95% 1,02-3,39), avere un'età ≥80 anni (OR 3,91; IC95% 1,65-9,30), basso livello di istruzione (OR 2,66; IC95% 1,09-7,08), vivere con una badante (OR 19,84; IC95% 3,81-60,21) e risiedere in alloggi temporanei

	ABITAZIONE PROPRIA/SCELTA n. 387		ABITAZIONE TEMPORANEA n. 182		p-value*
	Percezione positiva	Percezione negativa	Percezione positiva	Percezione negativa	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
FA LA SPESA DA SOLO?					
Si	214 (97,72)	5 (2,28)	96 (93,20)	7 (6,80)	0,051
A volte/No	148 (88,10)	20 (11,90)	59 (75,64)	19 (24,36)	0,012
SI PREPARA I PASTI DA SOLO?					
Si	171 (97,71)	4 (2,29)	68 (90,67)	7 (9,33)	0,019
A volte/No	191 (90,52)	20 (9,48)	88 (82,24)	19 (17,76)	0,028
SVOLGE DA SOLO LE ATTIVITÀ DOMESTICHE?					
Si	153 (96,23)	6 (3,77)	59 (90,77)	6 (9,23)	0,097
A volte/No	208 (91,63)	19 (8,37)	97 (82,91)	20 (17,09)	0,014
HA DIFFICOLTÀ NELL'UTILIZZO DEL CELLULARE?					
No	239 (97,95)	5 (2,05)	116 (87,22)	17 (12,78)	<0,001
Si	51 (77,27)	15 (22,73)	27 (75,00)	9 (25,00)	0,489
USA I MEZZI PUBBLICI?					
Si	44 (93,62)	3 (6,38)	17 (68,00)	8 (32,00)	0,007
Raramente/No	318 (92,89)	22 (5,43)	138 (87,93)	18 (12,07)	0,043
ASSUME ABITUALMENTE DEI FARMACI?					
No	60 (98,36)	1 (1,64)	21 (100,00)	0 (0,00)	0,744
Si	301 (92,62)	24 (7,38)	134 (83,75)	26 (16,25)	0,003

* test esatto di Fisher o test del chi-quadro / Fisher exact test or chi-squared test

TABELLA 4. Capacità di compiere le attività della vita quotidiana, per condizione abitativa e percezione dello stato di salute.

TABLE 4. Ability to perform activities of daily living, by housing and health status perception.

(OR 3,12; IC95% 1,54-6,32). Tra le patologie autoriferite, l'associazione con la cattiva percezione dello stato di salute è statisticamente significativa per le patologie respiratorie (OR 3,03; IC95% 1,28-7,19), quelle neurologiche (OR 5,32; IC95% 1,58-17,89) e la depressione (OR 3,61; IC95% 1,07-12,12).

La tabella 4 mostra che essere autosufficienti (o meno) nel compiere le attività della vita quotidiana altera significativamente l'associazione tra percezione dello stato di salute e tipo di abitazione. Il fatto di riuscire a compiere le attività della vita quotidiana (o meno) in genere moltiplica da due a sei volte la frequenza di una percezione negativa dello stato di salute a seconda del tipo di abitazione in cui il soggetto vive. Per esempio, la frequenza di coloro che non riescono sempre a fare la spesa da soli e hanno una percezione negativa dello stato di salute è più del doppio se vivono in abitazione temporanea rispetto a chi vive nell'abitazione propria/scelta (24,36% *vs.* 11,90%). Chi dichiara di utilizzare i mezzi pubblici percepisce negativamente la propria condizione di salute se delocalizzato rispetto a chi vive in un'abitazione propria o scelta autonomamente (32,00% *vs.* 6,38%). Anche in coloro che non utilizzano o utilizzano raramente i mezzi pubblici, la frequenza di una percezione negativa è più di due volte maggiore se vivono in un'abitazione temporanea rispetto a chi vive nell'abitazione propria/scelta (12,07% *vs.* 5,43%).



POTENZA DELLO STUDIO

Si è stimata la potenza dello studio in base alle proporzioni osservate della percezione negativa del proprio stato di salute per tipo di abitazione (temporanea *vs.* propria/scelta) con valori, rispettivamente, pari a 0,14 e 0,06, e alla numerosità dei due strati pari a n. 387 per l'abitazione propria e a n. 182 per quella temporanea. Fissando un livello di significatività α di 0,05, la stima della potenza ($1-\beta$) è risultata pari all'83%.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il giudizio sul proprio stato di salute non corrisponde sempre alle reali diagnosi, ma può essere influenzato da molte variabili. Nella prima parte del lavoro⁵ era stato rilevato che: ● la modalità della condizione abitativa influenza il giudizio sulla sensazione di felicità e benessere; ● le donne sono le più colpite; ● gli anziani non hanno la volontà di aprirsi all'esterno compiendo attività più o meno socializzanti; ● la condizione abitativa induce il desiderio di voler vivere in un luogo diverso. In questa seconda parte è stata analizzata la percezione positiva e negativa del proprio stato di salute nella popolazione terremotata dell'Aquila con 65 e più anni e ne sono stati indagati i fattori determinanti.

Dall'analisi dei dati è emerso che ad avere una peggiore percezione dello stato di salute sono coloro che hanno un'età più avanzata, i meno istruiti, coloro che vivono con persone esterne al nucleo familiare, coloro che sono stati ricollocati nel cosiddetto progetto CASE e le donne, confermando il dato riscontrato in letteratura.¹⁴⁻¹⁷ E', inoltre, emerso che le donne intervistate, anche in età avanzata, si fanno carico della gestione della famiglia (dati non presentati in tabella), risentendo maggiormente della perdita dei propri averi e della totale mancanza di servizi di prossimità. Tale carenza e il peggioramento delle condizioni di vita sociale sono emerse anche in un'indagine che ha coinvolto la popolazione aquilana nell'immediato post-ter-

remoto.⁷ La mancanza o la lontananza dei servizi di prima necessità influenza la qualità della vita delle donne, come rilevato nel caso del terremoto del Giappone del 2011.¹⁸ Tali servizi, oltre ad assolvere i bisogni primari, sono anche l'occasione per la socializzazione e per il supporto reciproco, la mancanza dei quali può generare un *distress* psicologico.^{19,20} L'isolamento riscontrato può essere ulteriormente aggravato dalla presenza di patologie croniche degenerative, ancorché autoriferite, che influenzano la percezione negativa del proprio stato di salute, dato emerso anche in un'indagine condotta dall'Istituto superiore di sanità,²¹ che ha però investigato una popolazione più giovane. Questa percezione può essere anche influenzata dalla condizione abitativa, così come emerso dallo studio sulla popolazione terremotata e ricollocata dell'Umbria.²² Al contrario, il mantenimento dei rapporti parentali e amicali attenua il disagio psicologico nella popolazione ricollocata.¹⁷ Una recente revisione sistematica²³ riporta che l'essere donna è un fattore di rischio per la morbosità, che incrementa i propri effetti in presenza di patologie preesistenti e in assenza di supporto sociale. La presenza di patologie condiziona la qualità della vita anche a distanza di molti anni dall'evento sismico, mentre il supporto sociale ha un effetto positivo.²⁴⁻²⁶

E' possibile, dunque, affermare che a tre anni di distanza dal terremoto la popolazione dell'Aquila continuava a manifestare un notevole disagio per la ricollocazione nel progetto CASE, disagio manifestato già nell'immediato.⁷ La popolazione femminile e più avanti con l'età è quella che risente maggiormente di tale difficoltà, e questa, in accordo con la letteratura,^{14,17,19,22,23} può essere attribuita alla spersonalizzazione delle nuove abitazioni, alla materiale ristrettezza degli spazi nei nuovi alloggi, all'assenza di servizi di prossimità, di luoghi d'incontro e di trasporti urbani adeguati. La perdita del supporto emotivo e materiale della rete sociale, con l'assenza dell'effetto tampone della condizione stressante, crea isolamento e difficoltà nel compiere attività che mirano a ripristinare

i vecchi contatti e stabilirne di nuovi. Tutto ciò influenza negativamente la percezione dello stato di salute, ancor più in presenza di patologie degenerative, frequenti nelle fasce di età considerate, che possono essere valutate anche come invalidanti. Lo studio ha, quindi, confermato le lacune della programmazione abitativa, che ha risposto solo all'esigenza di fornire un tetto agli sfollati aquilani e non ha tenuto conto dei bisogni della popolazione, in particolare modo di quella anziana, che ha un più forte radicamento al territorio di residenza.^{3,9} Nello studio non è stato possibile considerare lo stato sociale, ma i dati raccolti sulla principale fonte di reddito, presentati in precedenza,⁵ mostrano una condizione paritaria tra i vari gruppi abitativi. L'arruolamento degli intervistati presso le UTAP e il servizio vaccinazioni in epoca di campagna anti-influenzale appare cautelativa, poiché esclude i soggetti non autosufficienti con gravi disabilità, il che è supportato dalla minore frequenza percentuale delle persone con ≥ 80 anni d'età nel campione studiato. Il presente lavoro, in accordo con il precedente,⁵ dimostra che la delocalizzazione, in una popolazione anziana in cui l'effetto reciproco tra stato di salute fisica e mentale e capacità nello svolgimento di attività quotidiane è ben conosciuto, rappresenta un ulteriore fattore di rischio per una percezione negativa dello stato di salute, in quanto determina isolamento e incapacità nel ricercare il supporto necessario. Inoltre, è un fattore di rischio modificabile. Non si può non accennare alla situazione attuale: dopo sei anni, tra la popolazione che permane nei nuovi quartieri è presente quella che originariamente abitava nel centro storico, poiché la periferia è stata per la maggior parte ricostruita. Persone, quindi, abituate ad avere tutti i servizi e a vivere pienamente la

vita cittadina e che, ancora oggi, abitano in quartieri dormitorio. In conclusione, è possibile affermare che, come già sottolineato,⁵ la ricollocazione dei terremotati è sicuramente una priorità, ma non è la sola: superata l'emergenza per le ricostruzioni, che richiedono molti anni, devono essere previste infrastrutture a servizio dei cittadini e la ricollocazione deve essere un processo partecipato e condiviso soprattutto per quelle fasce di popolazione che risentono maggiormente dei disagi. Tale programmazione deve tener conto delle peculiarità delle diverse fasce di popolazione e deve pianificare gli interventi al fine di non incrementarne le fragilità. E' necessario, altresì, che per eventi distruttivi che richiedono ricostruzioni molto lunghe si istituiscano osservatori per il monitoraggio degli effetti a lungo termine.

LIMITI DELLO STUDIO

Sulla base dei dati esposti è impossibile valutare, in confronto con altre popolazioni similari, quanto l'evento calamitoso del 6 aprile abbia influito sulla percezione negativa dello stato di salute della popolazione aquilana di 65 e più anni, risultati ottenibili tramite uno studio osservazionale *cross-sectional* controllato in grado di comparare le misure ricavate dalla popolazione di anziani reclutati in questa indagine con misure analoghe derivate da una popolazione confrontabile di riferimento non esposta al sisma.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Note: lo studio è stato approvato dal Comitato etico della ASL1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Active Ageing: A policy Framework*. WHO 2002. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
2. Pin Le Corre S. Parcours de santé, parcours de vie durant la vieillesse. In: *Promouvoir la santé des personnes âgées*. *La Santé de l'homme* 2009;401:17-21.
3. Boffo S, Rebbeggiani E, Pirone F, Pugliese E. *Ricerca sulle condizioni di vita delle famiglie e degli anziani sfollati dopo il terremoto dell'Aquila*. 2012. Disponibile all'indirizzo: bit.ly/1Qvor3C
4. Bodei R. *La vita delle cose*. Bari, Laterza, 2009.
5. Giuliani AR, Mattei A, Santilli F, Clori G, Scatigna M, Fabiani L. Well-being and perceived quality of life in elderly people displaced after the earthquake in L'Aquila, Italy. *J Community Health* 2014;39(3):531-37.
6. EpiCentro. La sorveglianza Passi d'Argento. *La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
7. Calandra LM (ed). *Territorio e democrazia. Un laboratorio di geografia sociale nel dopo sisma aquilano*. L'Aquila, L'UNA edizioni, 2012.
8. Organizzazione mondiale della sanità – Ufficio regionale per l'Europa. *Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020*. 2012. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1847_allegato.pdf
9. Boffo S, Pirone F, Pugliese E, Rebbeggiani E. *La ricerca: la città e gli anziani – La popolazione sfollata*. In: Sai M (ed). *L'Aquila gli anziani la città: problemi e prospettive dopo il terremoto*. Roma, Edizioni LiberEtà, 2013.
10. Tognetti Bordogna M. *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*. Milano, Franco Angeli, 2007.
11. <http://demo.istat.it/pop2009/index.html>
12. Menniti A, Tintori A. *Indagine sulla qualità della vita negli anziani*. Questionario. Disponibile all'indirizzo: http://www.irpps.cnr.it/it/system/files/questionario_anziani.pdf
13. Lawton MP, Brody EM. Instrumental activities of daily living (scala IADL). In: Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
14. Cairo JB, Dutta S, Nawaz H, Hashimi S, Kasl S, Bellido E. The prevalence of posttraumatic stress disorder among adult earthquake survivors in Peru. *Disaster Med Public Health Prep* 2010; 4(1):39-46.
15. Seplaki CL, Goldman N, Weinstein M, Lin YH. Before and after the 1999 Chi-Chi earthquake: traumatic events and depressive symptoms in an older population. *Soc Sci Med* 2006; 62(12):3121-32.
16. Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G et al. Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors. *J Affect Disord* 2013; 146(2):174-80.
17. Teramoto C, Matsunaga A, Nagata S. Cross-sectional study of social support and psychological distress among displaced earthquake survivors in Japan. *Jpn J Nurs Sci* 2015;12(4):320-29.
18. Hirai H, Kondo N, Sasaki R et al. Distance to retail stores and risk of being homebound among older adults in a city severely affected by the 2011 Great East Japan earthquake. *Age Ageing* 2015;44(3):478-84.
19. Oyama M, Nakamura K, Suda Y, Someya T. Social network disruption as a major factor associated with psychological distress 3 years after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Japan. *Environ Health Prev Med* 2012;17(2):118-23.
20. Kilic C, Aydin I, Taskintuna N et al. Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquake in Turkey: effects of relocation after the disaster. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114(3):194-202.
21. D'Argenio P, Carbonelli A, Cofini V et al. Risultati dello studio CoMeTeS (Conseguenze a Medio Termine del Sisma): stato di salute della popolazione dopo il terremoto del 2009 in Abruzzo. *Rapporto ISTISAN* 13/2. 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ/cont/13_2_web.pdf
22. Mecocci P, Di Iorio A, Pezzuto S et al. Impact of the earthquake of September 26, 1997 in Umbria, Italy on socioenvironmental and psychophysical conditions of an elderly population. *Ageing (Milano)* 2000;12(4):281-86.
23. Jenkins JL, Levy M, Rutkow L, Spira A. Variables associated with effects on morbidity in older adults following disasters. *PLoS Curr* 2014;6.
24. Khachadourian V, Armenian HK, Demirchyan A, Goenjian A. Loss and psychosocial factors as determinants of quality of life in a cohort of earthquake survivors. *Health Qual Life Outcomes* 2015;13:13.
25. Watanabe C, Okumura J, Chiu TY, Wakai S. Social support and depressive symptoms among displaced older adults following the 1999 Taiwan earthquake. *J Trauma Stress* 2004;17(1):63-7.
26. Koyama S, Aida J, Kawachi I et al. Social support improves mental health among the victims relocated to temporary housing following the Great East Japan earthquake and Tsunami. *Tohoku J Exp Med* 2014;234(3):241-47.