



Salute e Invecchiamento Attivo in Asl 3 Genovese

Risultati della sorveglianza della popolazione
con 65 anni e più "PASSI d'Argento": **Stili di vita**

Indagine 2012-2013



Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

<http://www.arsliguria.it/> percorso: Home/Progetti/Passi d'argento

<http://www.asl3.liguria.it/prevenzione-e-screening/sorveglianza-sanitaria/passi-d-argento/argento-news.html>

Questa pubblicazione è disponibile online all'indirizzo:

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

<http://www.arsliguria.it/> percorso: Home/Progetti/Passi d'argento

<http://www.asl3.liguria.it/prevenzione-e-screening/sorveglianza-sanitaria/passi-d-argento/risultati.html>

Stampa in proprio

Settembre 2015

Un ringraziamento a tutte le persone con 65 anni e più che hanno partecipato all'indagine. Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze di questa fascia di popolazione all'interno della nostra Regione.

Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste e i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



Le fotografie utilizzate nel presente rapporto, se non precisato diversamente, sono di Giorgio Salvadori

Rapporto a cura di:

Rosamaria Cecconi, Federica Pascali, Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Claudio Culotta (Dipartimento di Prevenzione di Asl 3 Genovese, Strutture di Epidemiologia e Sorveglianza Nutrizionale)

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

- a livello nazionale:

Alberto Perra, Benedetta Contoli, Maria Chiara Antoniotti, Amedeo Baldi, Elvira Bianco, Lilia Biscaglia, Giuliano Carrozzini, Luciana Chiti, Marco Cristofori, Amalia De Luca, Teresa Di Fiandra, Arianna Dittami, Rita Ferrelli, Luana Penna, Stefania Salmaso (Gruppo Tecnico Operativo)

Hanno coordinato ed effettuato lo studio in Regione Liguria:

Referenti Regionali: Roberto Carloni e Daniela Mortello

Coordinatori regionali: Rosamaria Cecconi e Michela Dellepiane

Coordinatori aziendali:

Asl 1 Imperiese: Roberto Predonzani

Asl 2 Savonese: Michela Moretto e Ornella Rigotti

Asl 3 Genovese: Gruppo di coordinamento: Rosamaria Cecconi, Claudio Culotta, Patricia Fortini, Patrizia Crisci, Raffaella Castiglia, Alice Caielli, Alessandra Battistella, Lorenzo Sampietro, Floriana Pierri, Cristina Gasperoni e Federica Pascali con funzioni di coordinamento

Asl 4 Chiavarese: Maura Ferrari Bravo e Maria Grazia Costa

Asl 5 Spezzino: Roberta Baldi e Raffaella Massollo

Grazie ai colleghi e studenti che hanno realizzato le interviste per Asl 3 Genovese:

Laura Apprato, Alida Ascari, Alessandra Battistella, Giulia Benincasa, Irene Bevilacqua, Gaia Bozzo, Alice Caielli, Raffaella Castiglia, Marzia Colonna, Patrizia Crisci, Valentina Ferla, Ornella Magro, Elisa Malagamba, Ilaria Meirana, Alessia Mongiardini, Floriana Pierri, Roberta Zanetti



Un ringraziamento ai colleghi che hanno contribuito alla realizzazione:

Datasiel – Anagrafe Sanitaria Regionale: Anna Bertagnin e Franco Mignone

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) – Sezione Ligure

Università degli Studi di Genova – Facoltà di Giurisprudenza - Corso di Laurea in Servizio Sociale e Politiche Sociali

Università degli Studi di Genova – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Corso di Laurea Triennale in Assistenza Sanitaria

Università degli Studi di Genova – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Corso di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Indice

	Pag.
Prefazione	i
Premessa	ii
Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto	iii
La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento	iv
L'indagine 2012-2013 in Regione Liguria e in Asl 3 Genovese	vi
FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE	1
Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	1
Attività fisica	2
Quante sono le persone con 65 anni e più attive fisicamente in Liguria e in Asl 3 Genovese?	3
Attività Fisica Adattata e Gruppi di Cammino in Liguria	6
Attività Fisica Adattata	7
Liguria Cammina	8
Stato nutrizionale: sovrappeso e obesità	9
Qual è lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più?	9
Stato nutrizionale: consumo di frutta e verdura	12
Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumano le persone con 65 anni e più?	12
Quali sono le caratteristiche degli anziani che consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno?	13
Consumo di alcol	14
Distribuzione del consumo di alcol per età e sesso	15
Quante persone con 65 anni e più sono bevitori a maggior rischio, ovvero consumano più di una unità alcolica al giorno? E quali sono le loro caratteristiche?	16
Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?	17
Abitudine al fumo	18
Come è distribuita l'abitudine al fumo?	18
Quali sono le caratteristiche dei fumatori ultra 64enni?	19
Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?	21
ALTRI RISULTATI DELL'INDAGINE PASSI D'ARGENTO 2012-2013 IN ASL 3 GENOVESE	22
Considerazioni sulla popolazione anziana di Asl 3 Genovese	23
Spine chart: Benessere e indipendenza	25
Spine chart: Fattori di rischio, condizioni di salute e cure	26
Spine chart: Partecipazione ed essere risorsa	27
Spine chart: Ambiente di vita	28
BIBLIOGRAFIA	29
SITOGRAFIA	31

Prefazione

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, nell'identificare le strategie utili alla riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, descrive così le sorveglianze di popolazione:

“I piani d'azione della Regione Europa dell'OMS (2008-2013, 2012-2016) assegnano un ruolo fondamentale alle sorveglianze di popolazione, come strumento capace di fornire dati affidabili sui problemi di salute, i loro determinanti (anche sociali), la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, e quindi di seguire nel tempo questi fenomeni. Le informazioni fornite consentono di monitorare i progressi e di valutare i risultati raggiunti con gli interventi pianificati e messi in atto e quindi contribuiscono a definire e aggiornare le policy. Pertanto, assieme alla prevenzione e al trattamento delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, la sorveglianza è una funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo”.

Ebbene, Passi d'Argento è la sorveglianza di popolazione che indaga sullo stato di salute e la qualità della vita delle persone dai 65 anni in su.

In Liguria ha dato vita ad uno strumento efficace in grado di cogliere la situazione sociosanitaria della popolazione di interesse, ed ha posto le basi per monitorarla nel tempo, valorizzando e valutando le azioni messe in essere per migliorare la salute e il ben-essere dei cittadini.

Il presente rapporto tecnico illustra dettagliatamente i risultati della sorveglianza condotta in Liguria nel 2012-2013, e offre spunti per agire in maniera mirata ed efficace soprattutto sui fattori determinanti della fragilità, dallo scarso movimento alla mancata partecipazione sociale, dal numero dei farmaci assunti alla frequenza di cadute, e così via.

L'osservazione dei risultati raggiunti rende evidente che la strategia vincente, come in tutte le altre fasce d'età, vede la Società intera coinvolta nella costruzione sociale della salute, con l'intento di allontanare l'insorgere della fragilità e di contrastare la disabilità conseguente alla malattie croniche.

Premessa

L'invecchiamento di popolazione è un fenomeno globale, che riguarda da vicino il nostro Paese. Innovare ed agire è la duplice risposta del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento alle sfide poste dall'invecchiamento di popolazione. Innovare perché l'attuale transizione demografica – caratterizzata dall'allungamento della speranza di vita e dal calo delle nascite – richiede una nuova visione della società e dei rapporti tra cittadini. Non a caso, il 2012 è stato proclamato “Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni”. PASSI d'Argento - che dal 2009 fornisce informazioni tempestive e confrontabili tra le Regioni italiane sullo stato di salute e l'invecchiamento attivo delle persone con 65 anni e più - promuove uno sguardo nuovo al fenomeno, a partire dalla definizione di invecchiamento attivo voluta dall'OMS. Per la prima volta, PASSI d'Argento “misura” il contributo che le persone con 65 anni e più offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità. Sono centrali aspetti come la partecipazione e il benessere psicologico e sociale della persona con 65 anni e più.

PASSI d'Argento permette anche di “misurare per agire”, sostenendo azioni concrete di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo. Il sistema PASSI d'Argento fornisce informazioni dettagliate su abitudini e stili di vita della popolazione con 65 anni e più, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI sulla popolazione con 18 - 69 anni. L'invecchiamento attivo è infatti, un processo che si costruisce ben prima dei 65 anni. In particolare, la sorveglianza di popolazione è un eccezionale strumento di *governance* per far fronte all'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche. I piani d'azione della Regione Europa per le malattie croniche non trasmissibili 2008-2013 e 2012-2016, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza (Risoluzione OMS, settembre 2011, punto 2a) come strumento capace di seguire nel tempo e fornire dati affidabili e tempestivi sui problemi di salute, i loro determinanti, la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, in particolare con informazioni “disaggragate sui determinanti sociali”. Inoltre, PASSI d'Argento è uno strumento interno al sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le informazioni prodotte dalla sorveglianza PASSI d'Argento permettono di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale e delle singole Regioni. L'utilizzazione dei dati di sorveglianza diventa essenziale per i livelli operativi – ad esempio le ASL, i distretti o i grandi comuni – laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione con 65 anni e più. Il sistema centrato sulle Regioni fin dalle fasi iniziali di sperimentazioni, ha contribuito al monitoraggio Piano Nazionale della Prevenzione 2010–2013 offrendo elementi importanti per la valutazione delle attività di prevenzione.

Il sostegno fornito in questi anni dalle Regioni italiane e l'eccezionale partecipazione all'indagine 2012-2013 – che ha coinvolto 19 tra regioni e Province Autonome – testimoniano la rilevanza dei temi trattati e l'interesse per l'approccio innovativo proposto dalla sorveglianza PASSI d'Argento. L'auspicio per gli anni a venire è che la sorveglianza diventi, a tutti i livelli, parte integrante del Sistema. Solo in questo modo sarà possibile affrontare al meglio le opportunità offerte da una società che “progredisce in età”, prestando attenzione fin da ora al futuro delle generazioni più giovani.

Stefania Salmaso

Direttore del CNESPS

Responsabile scientifico del progetto di messa a regime della sorveglianza PASSI d'Argento

Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto

Il rapporto regionale "PASSI d'Argento" 2012-2013 presenta i risultati dell'indagine svolta nella Regione Liguria. I destinatari principali del rapporto sono gli operatori che, a vario livello, sono coinvolti nella messa a regime del sistema di sorveglianza.

Il rapporto ha l'obiettivo di:

- fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento, in modo da favorire la comprensione di obiettivi, metodi e principali aspetti innovativi del sistema
- mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un documento di consultazione dei risultati dell'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 condotta a livello regionale/locale.

Nelle pagine seguenti, i risultati della sorveglianza PASSI d'Argento sono presentati all'interno di 4 capitoli:

1. Benessere e indipendenza
2. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure
3. Partecipazione ed essere risorsa
4. Ambiente di vita

La scelta di dare rilievo agli aspetti che riguardano la partecipazione e l'ambiente di vita è in linea con un approccio intersettoriale al fenomeno dell'invecchiamento. Il sistema PASSI d'Argento fa esplicito riferimento al modello dell'OMS (dal 2002 in poi) dell'healthy and active ageing, che sollecita lo sviluppo di politiche e interventi nell'ambito dei tre pilastri dell'invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza. Il riferimento al modello dell'OMS come chiave di lettura dei risultati PASSI d'Argento, risponde a un obiettivo specifico: sostenere la visione di invecchiamento attivo e fornire dati tempestivi e validi sui problemi oggetto di prevenzione e su alcuni indicatori che misurano la diffusione delle attività di prevenzione. Tuttavia, i fenomeni descritti in PASSI D'Argento non intendono essere esaustivi rispetto alle dimensioni definite dall'OMS.

Il rapporto, che ha una funzione di consultazione, sarà integrato da altre pubblicazioni specifiche per i destinatari più mirati:

- decisori e amministratori del settore sanitario
- decisori e amministratori locali del settore sociale
- operatori dei servizi socio-sanitari
- operatori dei servizi socio-assistenziali
- gruppi e associazioni scientifiche
- mass media
- famiglie e persone con 65 anni e più

Le pubblicazioni - elaborate dagli operatori che a livello regionale gestiscono il sistema PASSI d'Argento - terranno conto di caratteristiche, bisogni informativi e ruolo dei destinatari. In questo modo, sarà possibile tradurre i dati di sorveglianza in messaggi efficaci per i potenziali utilizzatori. I risultati delle precedenti indagini PASSI d'Argento e i risultati dell'indagine 2012-2013 saranno disponibili online all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>

La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento

Perché una sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più?

L'invecchiamento è un processo che interessa tutti gli individui. Il modo in cui ciascuno di noi invecchia dipende da caratteristiche individuali e fattori genetici, ma è fortemente influenzato anche da fattori sociali, dagli stili di vita e più in generale dalle opportunità di salute offerte dal proprio contesto di vita. Le persone con 65 anni e più costituiscono, quindi, un gruppo eterogeneo, ad esempio per motivi di genere, origine etnica, disabilità, come anche per il modo in cui gli stessi interessati giudicano la propria età. Nei prossimi anni, aumenterà il numero di persone che necessitano di assistenza per rimanere autonome in età avanzata, ma anche di quelle in buona salute che svolgono attività lavorativa e partecipano ad attività nel contesto della loro famiglia e della comunità in cui vivono.

La sorveglianza epidemiologica di popolazione PASSI d'Argento si propone quale strumento per registrare i bisogni diversi di questa fascia di popolazione e tempestivamente indicarli a decisori e altri gruppi di interesse. Grazie all'uso di una metodologia standardizzata, è possibile, per la prima volta, confrontare lo stato di salute e l'invecchiamento attivo nelle diverse Regioni italiane con dati di qualità raccolti sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi, con il supporto tecnico e scientifico di un gruppo di lavoro composto da coordinatori regionali e ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Cosa è stato fatto ad oggi?

Nel biennio 2008-2010, il Progetto "PASSI d'Argento", affidato dal Ministero della Salute/CCM alla Regione Umbria e al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, ha promosso la raccolta e l'utilizzazione di indicatori utili per stimare lo stato di salute della popolazione italiana con 65 anni e più e contribuire a valutare le politiche di invecchiamento attivo. Il progetto PASSI d'Argento si è articolato in due indagini sperimentali che hanno coinvolto complessivamente 16 regioni italiane. Sono state raccolte informazioni su un campione di oltre 8.000 persone. Nel 2011, il Ministero della Salute ha affidato al CNESPS il progetto di messa a regime del sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana.

In seguito, tra marzo 2012 e gennaio 2013 sono state effettuate oltre 24.000 interviste in tutte le regioni italiane ad eccezione di Basilicata e della Provincia Autonoma di Bolzano che non hanno partecipato alla sorveglianza. La raccolta dati ha coinvolto in Italia circa 1.000 operatori opportunamente formati. La formazione, elemento centrale del sistema di sorveglianza, risponde all'esigenza primaria di standardizzare le procedure nei diversi contesti regionali e locali in modo da favorire:

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

Il percorso formativo si è articolato in incontri di formazione residenziale (a Roma, presso le sedi dell'ISS) e un percorso di formazione sul campo, all'interno del contesto professionale dei partecipanti. I coordinatori regionali, locali e gli intervistatori, inoltre, hanno costituito una comunità di pratica grazie all'utilizzo di una piattaforma web (moodle) (<http://www.iss-cnesps.it/>) alla quale hanno un accesso protetto e che consente loro di coordinarsi e collaborare nell'elaborazione cooperativa di contenuti e nello svolgimento dell'indagine.

Come funziona il sistema PASSI d'Argento?

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

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione con 65 anni e più
- monitorare gli interventi messi in atto e promuovere azioni e strategie d'intervento efficaci.

Gli strumenti e le procedure adottate sono semplici e utilizzabili da operatori sanitari e sociali e dai cittadini, in molte regioni sono sostenibili con le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Per la realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento in diversi contesti si è rivelata essenziale la collaborazione tra enti e istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale).

La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più che possiedono un telefono e che non hanno gravi problematiche psico-fisiche. Sono definite non eleggibili le persone che al momento della rilevazione erano residenti o domiciliate stabilmente altrove, ricoverate in ospedale (compresa lunga degenza), ospiti in RSA o in casa protetta, in carcere, decedute, soggetti non in grado di sostenere l'intervista per scarsa conoscenza della lingua italiana, anziani senza telefono o con telefono non rintracciabile.

In ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere, o mediante campionamento a cluster. Il campionamento viene effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL aderenti. Si formano 6 strati: per ciascuno dei due sessi vengono considerate le classi di età 65-74 anni, 75-84 e 85 e più anni.

La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi anche a livello aziendale.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, diviso in 6 sezioni dove sono presenti circa 80 domande a risposta multipla.

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista. È stata chiesta una valutazione sull'indagine PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico. Le operazioni previste dall'indagine PASSI d'Argento in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali). Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità degli intervistati; anche i loro medici di medicina generale sono stati informati tramite lettera, e spesso coinvolti direttamente nella ricerca del campionato o di loro familiari, oltre che per il reperimento di informazioni di salute utili per l'intervista. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per chiedere il consenso all'intervista e presentare gli obiettivi e i metodi dello studio. Prima dell'intervista, sia faccia a faccia sia telefonica, l'intervistatore ha indicato nuovamente gli obiettivi dello studio e le misure adottate per garantire la privacy. Dopo l'intervista i dati nominativi delle persone selezionate sono stati conservati per alcuni giorni in un luogo sicuro sotto la responsabilità del coordinatore regionale dell'indagine e quindi distrutti dopo la validazione del questionario. Nessun dato nominativo è rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

L' intervistatore effettua l'intervista attraverso CATI (computer assisted telephone interview) o questionari cartacei con successiva immissione dei dati su un personal computer.

Tutti i record vengono trasmessi criptati ad un database centralizzato in cui vengono eseguiti i controlli di base di qualità dei dati disponibili presso il sito (www.passidargento.it/dati).

L'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 nella Regione Liguria e in Asl 3 Genovese

Nella nostra Regione il sistema PASSI d'Argento è stato inserito all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. La Regione Liguria ha aderito alla messa a regime del sistema partecipando alla

realizzazione dell'indagine 2012-2013. Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati 85 operatori (intervistatori e coordinatori aziendali).

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

In Liguria sono state intervistate 1.100 persone con 65 anni e più, individuate con campionamento casuale semplice, stratificato per sesso e fasce d'età quinquennali, con rappresentatività a livello regionale e di ASL 3 Genovese.

Nella nostra Azienda sono state realizzate 503 interviste.

In ASL 5 Spezzino le interviste sono proseguite nel corso del 2013, per raggiungere un campione con rappresentatività aziendale.

Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra Maggio e Novembre 2012.

Il tasso di eleggibilità¹ è risultato pari al 91,6%; 114 persone sono state escluse dal campione iniziale in quanto "non eleggibili", ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine per i seguenti motivi:

Motivi di non eleggibilità	Numero	% Sui non eleggibili	% Sui contattati
Residente o domiciliato stabilmente altrove	19	17	1,3
Ricoverato in ospedale	6	5	0,4
Ospite in RSA/residenza protetta	42	37	2,9
Carcere	2	2	0,1
Deceduto	44	39	3,0
Non conoscenza della lingua italiana	1	1	0,1
Totale	114	100	7,8

Il tasso di risposta² è stato pari all'85,6%. Il tasso di sostituzione³ è risultato pari al 14,4% del campione. L'11,2% delle sostituzioni³ era dovuto al rifiuto a sostenere l'intervista, un ulteriore 3,2% riguardava persone con le quali non è stato possibile mettersi in contatto perché non reperibili.

Le interviste sono state effettuate mediante CATI nel 12,1% e mediante questionario cartaceo nell'87,9% dei casi.

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

Nella prima sezione del questionario è previsto un test della memoria che permette di valutare l'orientamento spazio-temporale dell'anziano/a. Il test è costituito da 6 domande estratte dal Mini-Mental Test. Nel caso in cui l'anziano/a non supera il test della memoria o è impossibilitato fin dall'inizio a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici la persona può essere intervistata con l'aiuto del "proxy", un familiare o una persona di fiducia dell'anziano che conosce le sue caratteristiche e abitudini. Ciò ha consentito di raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

In Liguria, l'intervento del proxy si è verificato nel 19,9% dei casi (n=220); nel 19,1% (n=211) fin dall'inizio dell'intervista e nello 0,8% (n=9) dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto.

¹ Tasso di eleggibilità = n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy / n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy + residente altrove + ricoverato ospedale + ospite residenza protetta + non conoscenza italiano + carcere + deceduto + età <65 * 100

² Tasso di risposta = n° interviste / n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy + anziano non reperibile + proxy non reperibile * 100

³ Tasso di sostituzione = anziano non reperibile + proxy non reperibile + rifiuto anziano + rifiuto proxy / n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy + anziano non reperibile + proxy non reperibile * 100

Quale era la modalità di intervista?

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 68 operatori specificamente formati. La modalità di intervista è scelta sulla base delle necessità o eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato.

Le interviste telefoniche sono state il 97% (n=1.067) mentre il 3% (33 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia.

La durata dell'intervista è stata in media di 29 minuti se telefonica, 35 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l'operatore ha svolto in media 8 km per raggiungere l'anziano.

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

Un invecchiamento attivo e in buona salute è frutto di diversi fattori che agiscono durante tutto il corso della vita e che, in base alle indicazioni dell'OMS, possono essere distinti in:

- determinanti trasversali: genere e cultura
- determinanti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali (ad esempio le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie)
- determinanti comportamentali (ad esempio attività fisica e fumo)
- determinanti legati a fattori individuali (ad esempio fattori biologici e psicologici)
- determinanti economici (ad esempio reddito e sistemi di previdenza sociale).

Per questo, già prima dei 65 anni è essenziale promuovere stili di vita salutari e ridurre i principali fattori di rischio comportamentali correlati alle malattie croniche (sedentarietà, alimentazione non corretta, fumo e abuso di alcol).

Col progredire dell'età è inoltre importante prevenire e ridurre disabilità e mortalità prematura, ad esempio, col contrasto al fenomeno delle cadute e ai problemi di vista e udito.

In una prospettiva rivolta a tutte le fasi della vita, "Rimanere in buona salute" è un obiettivo essenziale che coinvolge i servizi sociali e sanitari e tutti i settori della società civile oggi più che mai chiamati a costruire un ambiente sicuro e "salutare" in una società realmente "age-friendly".

STILI DI VITA: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto se si considera l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronicodegenerative. Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, eccesso di colesterolo e obesità). Per questo motivo la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

ATTIVITA' FISICA

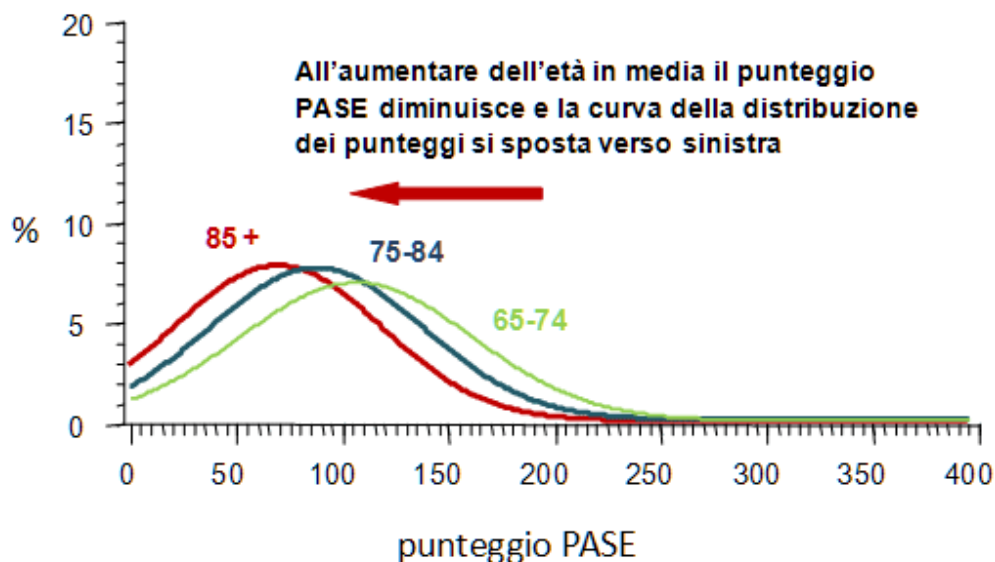
Negli ultimi 10 anni è notevolmente aumentata la conoscenza sugli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra gli uomini e le donne con 65 anni e più.

Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (Physical Activity Score in Elderly: PASE) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana e considera le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), lavori di casa pesanti e giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato un punteggio che tiene conto del tempo (h/d, ore/giorno) dedicato all'attività o della sola partecipazione (yes/no) e del tipo di attività, più o meno intensa. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

Sono stati definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxy (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con il soggetto) per effettuare l'intervista.

I dati raccolti nell'indagine 2012-13 del PdA ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana.

A livello nazionale, tra gli anziani senza problemi di deambulazione e senza problemi nel sostenere in modo autonomo l'intervista (pari al 71% dell'intero campione), il valore medio del punteggio PASE è pari a 95,6 (IC 95% 94,4-96,8), il range va da 1,4 a 390; la metà degli anziani ha un punteggio superiore o uguale a 90 (valore mediano). Il valore medio si riduce significativamente con l'aumentare dell'età e il calo è drastico dopo gli 85 anni: il PASE è pari a 103,5 fra i 65-74enni, scende a 87 nella classe di età 75-84 anni e a 69,9 tra gli ultra 85enni. Valori più bassi si osservano fra le donne (91,8), tra coloro che hanno molte difficoltà economiche ad arrivare a fine mese (84,6) e tra chi ha un basso livello di istruzione (92,4), pari a nessun titolo o scuola elementare.



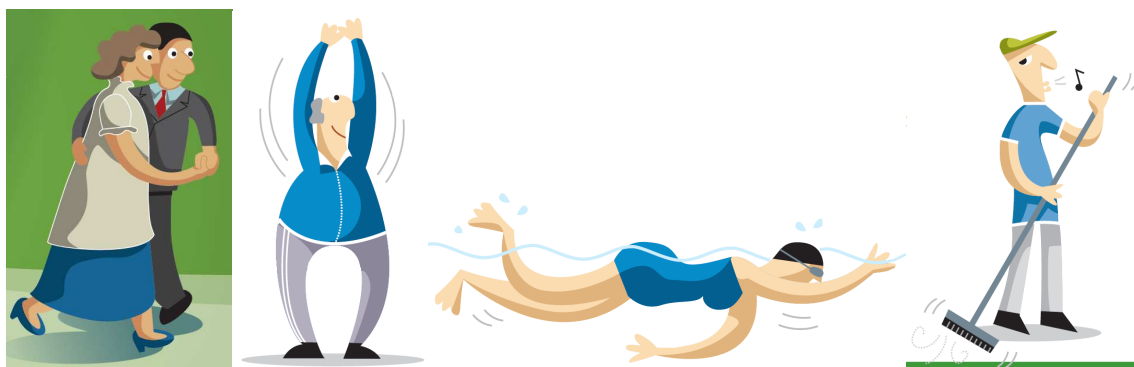
Quante sono le persone con 65 o più anni attive fisicamente in Liguria e in Asl 3 Genovese?

Recentemente, a livello nazionale, si è scelto di definire l'anziano fisicamente attivo come la persona che raggiunge un punteggio PASE ≥ 78 . Nel Pool Nazionale la proporzione di ultra 64enni fisicamente attivi corrisponde a circa il 60%.

In Liguria, sono il 72,9% coloro che raggiungono o superano il punteggio PASE di 78, e, per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 è richiesto un incremento del 15% di tale valore: l'atteso regionale per il 2018 è l'83,9% di anziani con punteggio PASE ≥ 78 .

In realtà, non esistono degli standard universalmente accettati per l'attività fisica delle persone con 65 anni e più a cui fare riferimento per stabilire, conoscendo i valori del punteggio PASE, individuale o comunitario, se la persona o la comunità in esame sia più o meno attiva fisicamente. Questo accade anche a causa della grande variabilità delle condizioni di salute degli anziani.

Al di là, quindi, degli indicatori prescelti per la valutazione delle azioni di promozione dell'attività fisica avviate con il PRP 2014-2018, si può comprendere meglio il livello di attività fisica degli anziani studiando la distribuzione del loro punteggio PASE in percentili, e ragionando su questa distribuzione: per esempio, in Asl 3 Genovese il 13,6% delle donne e il 13,8% degli uomini fra 65 e 74 anni ha un livello di attività fisica inferiore al 25° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale). Questo livello di Attività Fisica è certamente basso. E' necessario tuttavia avere altre fonti di informazione che permettano di stimare se si tratta di inattività fisica modificabile per la presenza di fattori di rischio e comportamenti modificabili, e in quale misura.



La tabella seguente mostra la percentuale di persone della nostra Asl, eleggibili alle analisi sull'attività fisica, che hanno un punteggio PASE al di sotto di alcuni valori percentili selezionati (50°, 25°, 10°) rilevati sul pool nazionale.

Nella nostra Azienda la percentuale delle persone che si collocano sotto al 50° percentile del pool nazionale è inferiore al 50% della popolazione anziana e sono più basse del pool nazionale anche le percentuali sotto il 25° e 10° percentile nazionale; si può quindi desumere che i liguri siano meno "a rischio di sedentarietà" rispetto alle altre Regioni.

Gruppi di età	Campione di persone in Asl 3 eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n (%)	% di persone al di sotto della mediana del pool** nazionale (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool** nazionale	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool** nazionale
Uomini 65-74	87	35,6%	13,8%	5,7%
Uomini 75-84	57	40,3%	19,3%	5,3%
Uomini 85 e più	9	44,4%	44,4%	11,1%
Donne 65-74	110	33,6%	13,6%	4,5%
Donne 75-84	93	34,4%	10,7%	0%
Donne 85 e più	33	30,3%	0%	0%
<i>Totale persone con 65 anni e più</i>	389	35,1%	13,4%	3,7%

* gli eleggibili sono le persone autonome nella deambulazione e che non hanno usufruito dell'aiuto del proxy per sostenere l'intervista

** totale dati raccolti nell'indagine PDA 2012/2013



Cosa è possibile fare con i dati inseriti nella tabella? Un esempio pratico:

È possibile stimare il numero di anziani sui quali intervenire con programmi di prevenzione specifici per stimolare la pratica dell'attività fisica. È possibile quindi avere la dimensione reale del problema e quindi anche dei costi da supportare.

Scendendo dalla teoria alla pratica, nella popolazione della nostra Asl gli uomini nella classe 65-74 anni sono circa 42.000 e le donne circa 50.500.

Misuriamo la dimensione reale del problema per i differenti percentili	
	Uomini 65-74 anni
Sotto il 50° percentile	circa 15.000
Sotto il 25° percentile	circa 6.000
Sotto il 10° percentile	circa 2.500
	Donne 65-74 anni
Sotto il 50° percentile	circa 17.000
Sotto il 25° percentile	circa 7.000
Sotto il 10° percentile	circa 2.000

Quindi se vogliamo intervenire sul gruppo di anziani con età tra i 65 e i 75 anni con valori di punteggio PASE inferiori al 50° percentile e quindi con una situazione di sedentarietà sappiamo che il nostro lavoro interesserà circa 15.000 uomini e 17.000 donne.

Conoscere la dimensione del proprio target può quindi essere utile anche per avere una stima di massima relativa all'impegno in termini di risorse umane ed economiche da destinare agli interventi di promozione della salute che si vogliono attuare.

Attività Fisica Adattata e Gruppi di Cammino in Liguria

In Liguria la maggior parte delle persone adulte e anziane pratica poca attività fisica, seppure in maniera superiore alla media nazionale. Eppure i benefici di una moderata attività fisica sono molti: l'organismo è più forte e reagisce meglio ad eventuali traumi, la mente ne trae vantaggio e, se fatto in gruppo, il movimento favorisce anche la socializzazione.

In questa sezione del rapporto sono descritti i risultati rilevati dall'analisi di un modulo personalizzato per la nostra regione, costituito da poche domande poste per valutare alcune progettazioni promosse dalla Regione Liguria per l'adozione di corretti stili di vita.

In particolare, si è scelto di valutare la conoscenza e l'adesione a due progetti: Attività Fisica Adattata e Gruppi di Cammino.

Attività Fisica Adattata (AFA), è un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche, da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia, indicato per cittadini preferibilmente di età maggiore di 64 anni.

"Liguria cammina", promuove l'attività motoria delle persone adulte e anziane attraverso il cammino e alcuni semplici esercizi per rafforzare l'equilibrio. Si svolge in gruppo, lungo un percorso predefinito, sotto la guida inizialmente di un esperto in scienze motorie e successivamente di un conduttore (walking leader) interno al gruppo e appositamente addestrato.

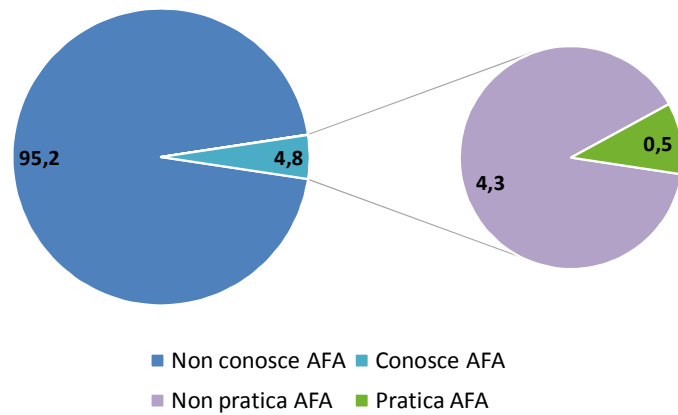
Gli obiettivi sono quelli di aumentare le conoscenze e le competenze della popolazione adulta e anziana coinvolta, degli operatori e delle associazioni in merito ai benefici derivanti da uno stile di vita sano e fisicamente attivo e di ridurre i rischi di caduta, i rischi connessi con alcune patologie croniche ed il rischio di isolamento sociale.



Attività Fisica Adattata

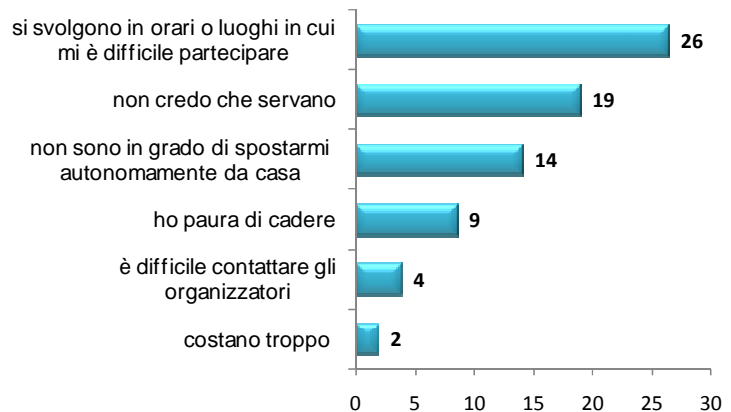
Il 4,8% degli anziani liguri conosce i programmi di Attività Fisica Adattata; ciò corrisponde a circa 20.500 persone. Fra queste, il 10,5% pratica l'AFA: si tratta di circa 2.200 persone (quindi lo 0,5% degli intervistati).

Persone che conoscono e praticano l'AFA
Indagine PASSI d'Argento
Liguria (n=1098)



Distribuzione dei motivi di non partecipazione ai gruppi AFA (%)
Indagine PASSI d'Argento
Liguria (n =47)

- Tra gli anziani che conoscono i gruppi AFA ma che non ne hanno preso parte, più di uno su 4 (26%) riferisce di avere difficoltà organizzative e il 19% non crede di poterne ottenere un beneficio
- Il 14% non è in grado di spostarsi autonomamente da casa.

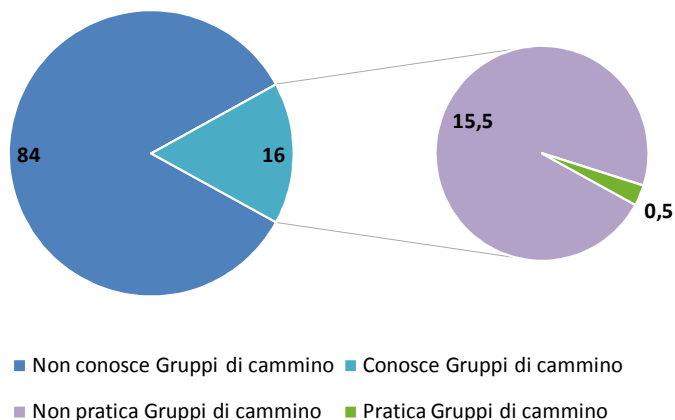


Liguria Cammina

I gruppi di cammino sono conosciuti dal 16,5% degli anziani liguri, cioè da circa 70.600 persone.

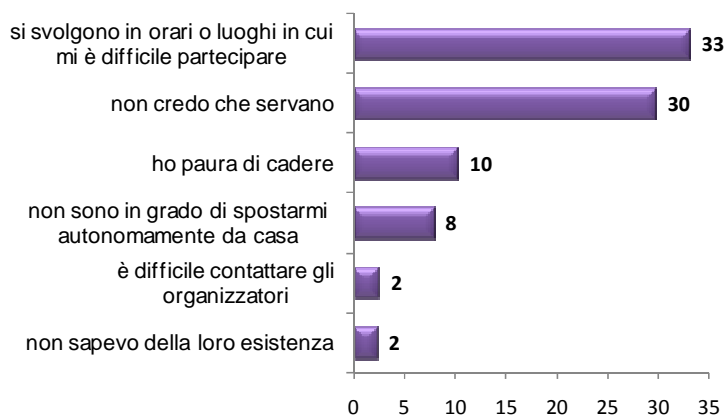
Tra questi, il 2,9% (lo 0,5% degli intervistati) pratica gruppi come "Liguria cammina": si tratta di circa 2.000 persone.

Persone che conoscono e praticano i gruppi di cammino
Indagine PASSI d'Argento
Liguria (n=1098)



- Tra gli anziani che conoscono i gruppi di cammino ma che non ne hanno preso parte, uno su 3 (33%) riferisce di avere difficoltà organizzative e il 30% non crede di poterne ottenere un beneficio
- Il 10% ha paura di cadere e l'8% non è in grado di spostarsi autonomamente da casa.

Distribuzione dei motivi di non partecipazione ai gruppi di cammino (%)
Indagine PASSI d'Argento
Liguria (n =169)



STATO NUTRIZIONALE: SOVRAPPESO E OBESITA'

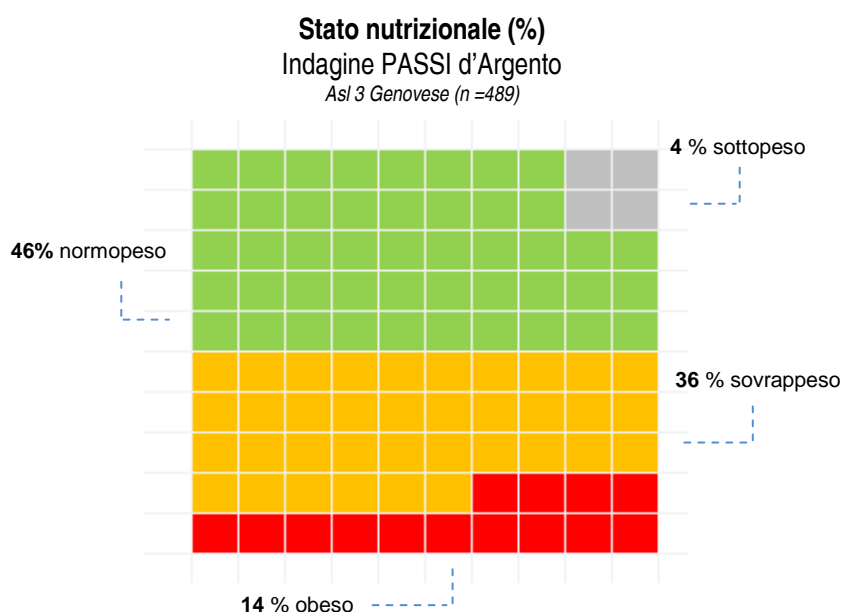
In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Nelle persone con 65 anni e più, possono manifestarsi problemi nutrizionali secondari tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per l'intercettazione della fragilità dell'anziano.

Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto tra il peso (in Kg) e il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC \geq 30). Poiché questo indice in PASSI d'Argento viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato e non misurati direttamente, non si può assegnare una valenza assoluta alla distribuzione dello stato nutrizionale nella popolazione in studio.

Qual è lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più?

Il 46% risulta normopeso, il 36% in sovrappeso, il 14% obeso. Il 4% è sottopeso.

Le persone in eccesso ponderale, cioè quelle in sovrappeso più quelle obese, sono il 50%.

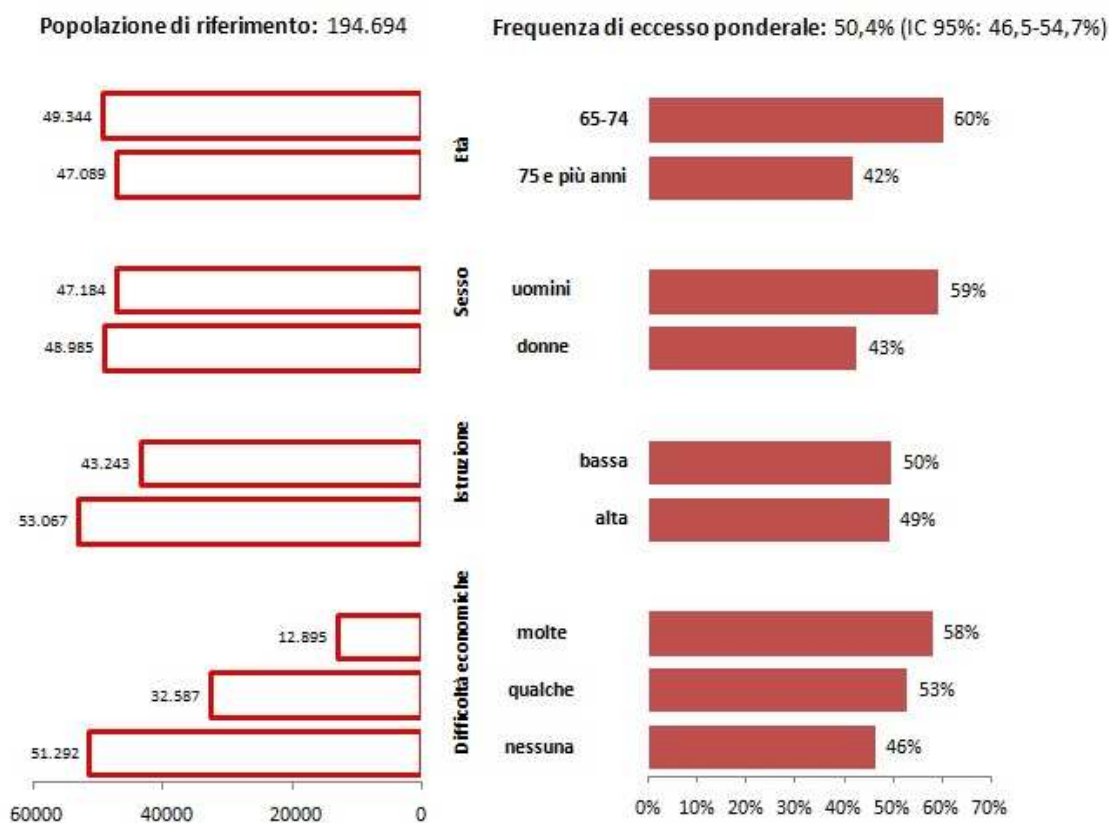


Come si può osservare nel grafico che segue, la condizione di eccesso ponderale è maggiormente diffusa:

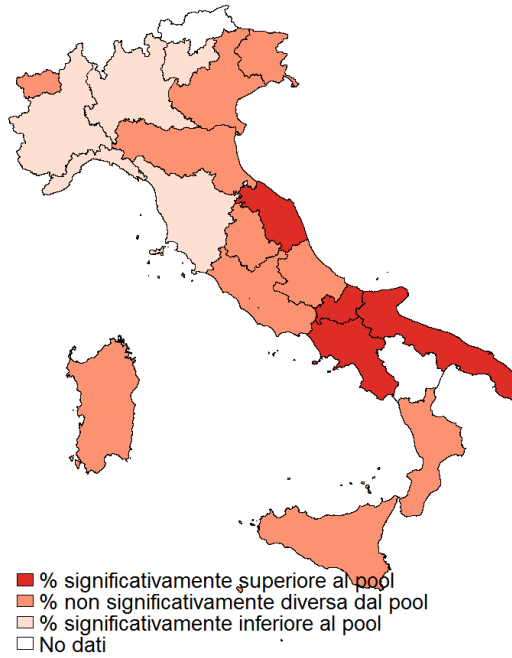
- Tra gli uomini (59% vs 43%)
- Nella fascia 65-74anni (60% vs 42% nei 75 e più)
- Tra chi riferisce molte (58%) e qualche (53%) difficoltà economiche rispetto a chi non ne riferisce nessuna (46%).

Ma se si osserva la parte sinistra del grafico, che riporta la **stima della numerosità della popolazione di Asl 3 Genovese in eccesso ponderale**, si rileva come i numeri più alti si concentrino in realtà tra gli istruiti e tra coloro che non hanno difficoltà economiche, vista la preponderanza di queste caratteristiche nella popolazione:

Eccesso ponderale: stima della numerosità nella popolazione di riferimento di Asl 3 Genovese
Indagine PASSI d'Argento 2012-13



Eccesso ponderale
Prevalenze per Regione di residenza - PDA 2012
Valore di pool: 57,2% (IC 95% 56,3-58,2%)



* Lombardia, Fvg e Marche hanno partecipato solo con una Azienda.



STATO NUTRIZIONALE: CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

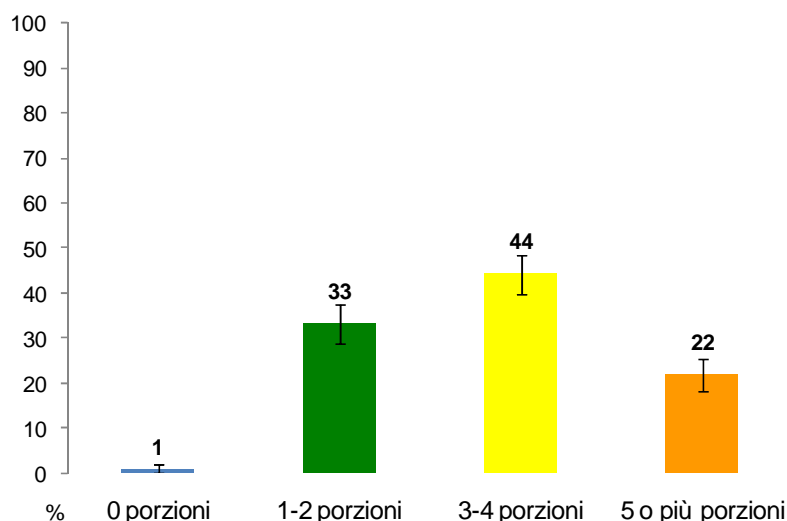
Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulino-dipendente. Secondo stime dell'OMS complessivamente lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% dei casi di ictus cerebrale⁴. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata per proteggersi da queste ed altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti. Per questo motivo, in accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno (five-a-day) di frutta o verdura, insalata o ortaggi, PDA misura il consumo di questi alimenti.

Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumano le persone con 65 anni e più?

- Il 33% consuma poca frutta e verdura (1-2 porzioni) o non ne consuma affatto (1%)
- coloro che consumano 3 o più porzioni sono il 66%
- Coloro che consumano almeno le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno ("five a day") sono il 22%.

Consumo di frutta e verdura (%)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n =502)



⁴ WHO: The Atlas of Heart Disease and Stroke http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf?ua=1

Quali sono le caratteristiche degli anziani che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno?

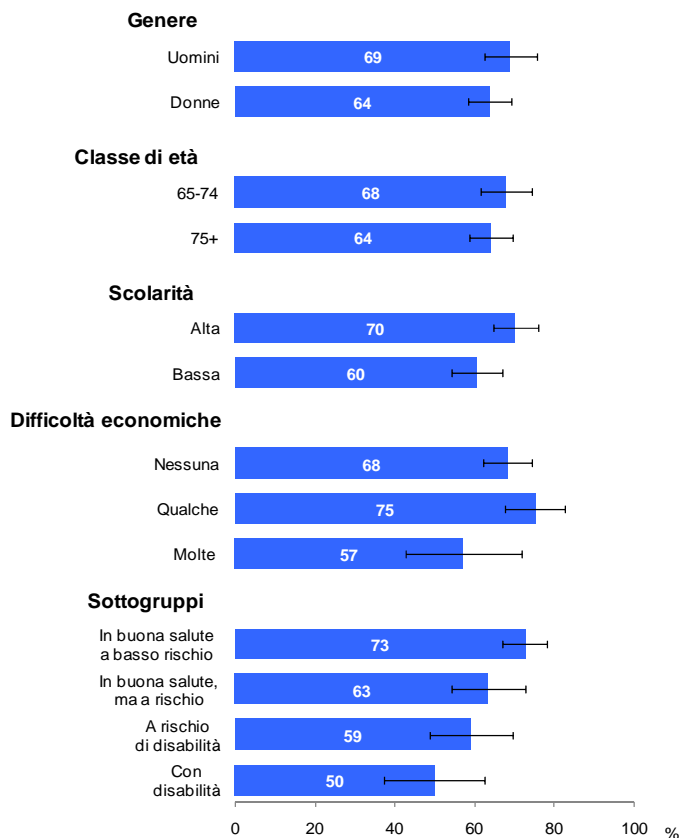
L'abitudine di mangiare almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno è sovrapponibile nei due sessi e nelle classi di età

- E' però sicuramente collegato ad altri fattori socio-economici quali la scolarità (alta 70% vs bassa 60%) e le difficoltà economiche (molte difficoltà 57% vs nessuna 68% e qualche 75%)
- Anche tra le persone con rischio di disabilità e con disabilità il consumo delle 3 porzioni quotidiane è molto ridotto (rispettivamente 59% e 50%) rispetto a chi gode di buona salute (73%).

Persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura (%)

Indagine PASSI d'Argento

Asl 3 Genovese (n =502)



Five a day

Prevalenze per Regione di residenza - Passi d'Argento 2012

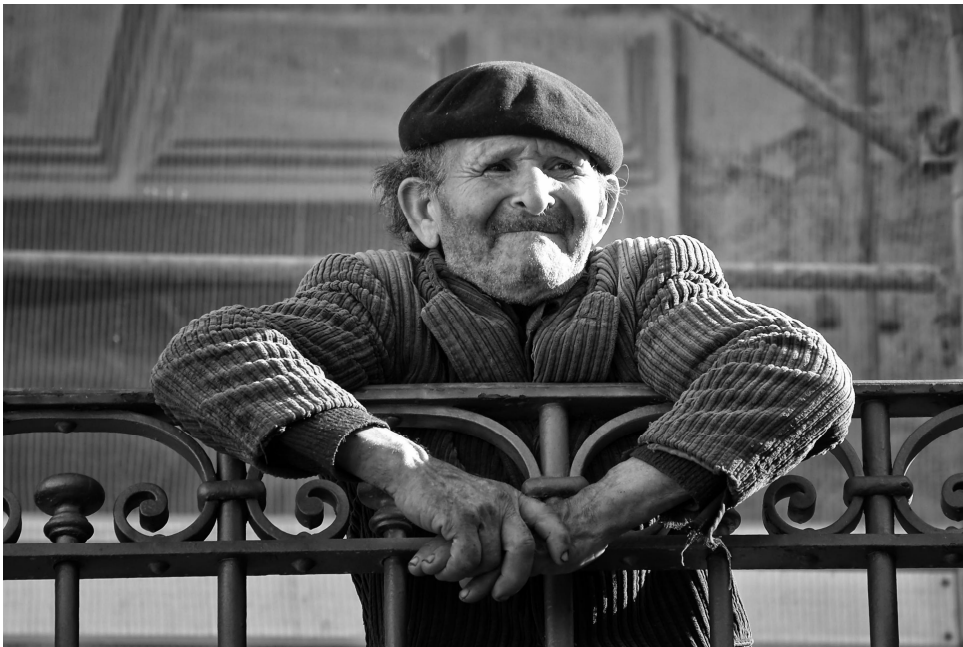


■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool
■ No dati

* Lombardia, Fvg e Marche hanno partecipato solo con una Azienda.

CONSUMO DI ALCOL

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione con 65 anni e più è ad elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido. Questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati. A questo fenomeno si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato ed i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. A tutto ciò si deve aggiungere che l'alcol interferisce con l'uso dei farmaci che le persone anziane, molto spesso, assumono quotidianamente. Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le Linee Guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), attuale CRA NUT (Consiglio per la Ricerca e la sperimentazione in Agricoltura - NUTrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (330 ml di birra, 125 ml di vino o 40 ml di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne. Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e in particolare il numero di persone che bevono più di un'unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno. Infine è stato stimato il numero di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.



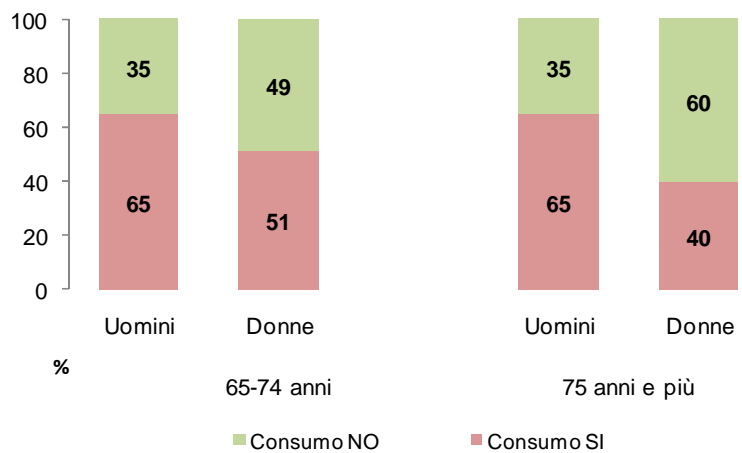
Distribuzione del consumo di alcol per età e sesso

- Il 53% delle persone anziane consuma alcolici
- Il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (65% vs 45%)
- Considerando l'età, la percentuale dei consumatori passa da 58% nella classe di età 65-74 anni a 49% in quella delle persone con 75 anni e più.

Consumo di alcol (si/no) per genere e classi di età (%)

Indagine PASSI d'Argento

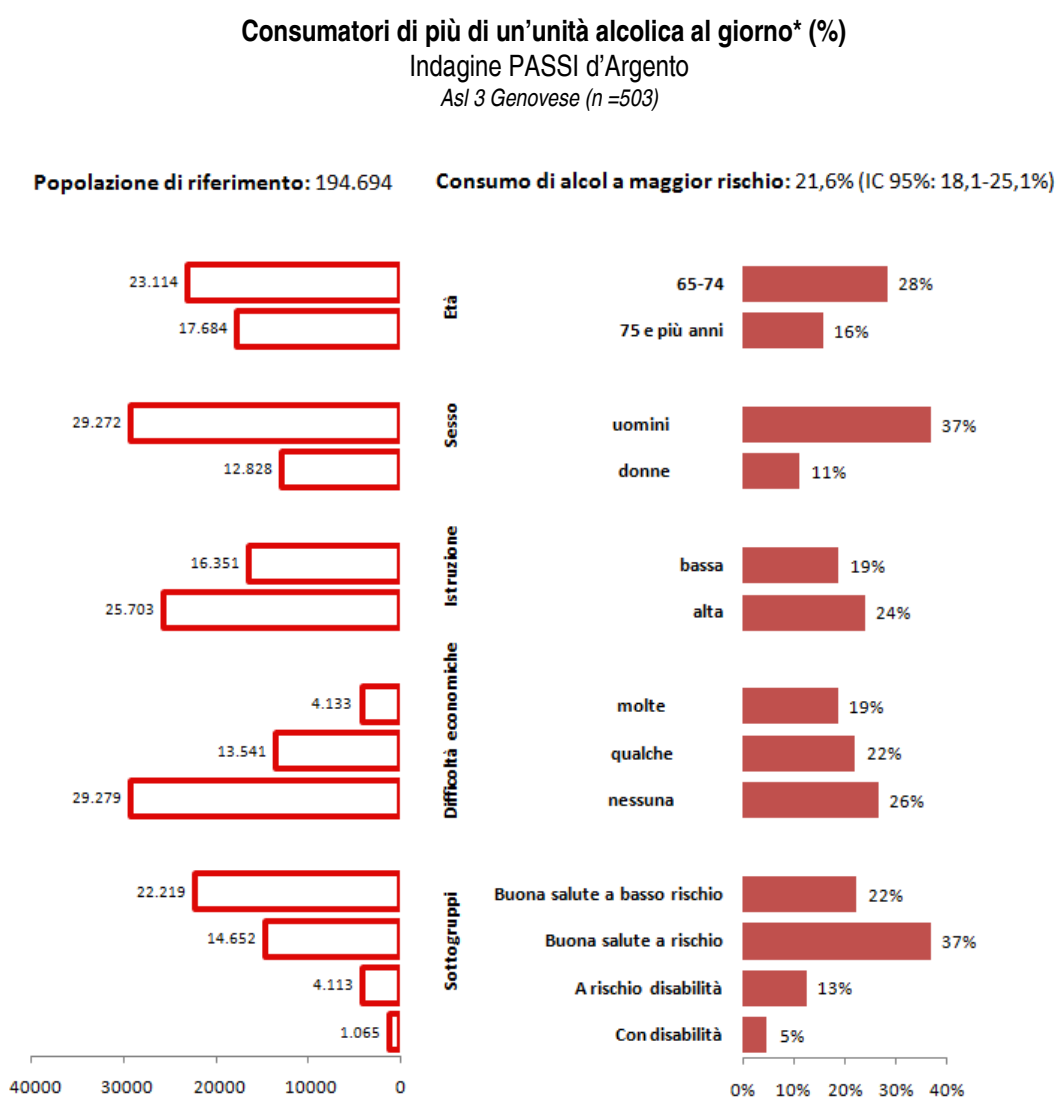
Asl 3 Genovese (n =205 uomini e 298 donne)



Quante persone con 65 anni e più sono bevitori a maggior rischio, ovvero consumano più di una unità alcolica al giorno? E quali sono le loro caratteristiche?

- Il 21,6% degli intervistati è un bevitore a maggior rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (37% vs 11%) e tra le persone con 65-74 anni (28% vs 16%)
- Essere bevitori a rischio è più frequente tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (24% vs 19%), e nei soggetti che non hanno difficoltà economiche
- Il 37% delle persone in buone condizioni, ma a rischio, consuma alcol.

Se si osserva la parte sinistra del grafico, che riporta la **stima della numerosità della popolazione anziana di Asl 3 Genovese che consuma alcol a maggior rischio**, si rileva come i numeri più alti si concentrino tra gli istruiti, tra coloro che non hanno difficoltà economiche e nel sottogruppo di anziani in buona salute e a basso rischio:



* Le persone con 65 anni e più che consumano più di un'unità alcolica al giorno sono definite a rischio.

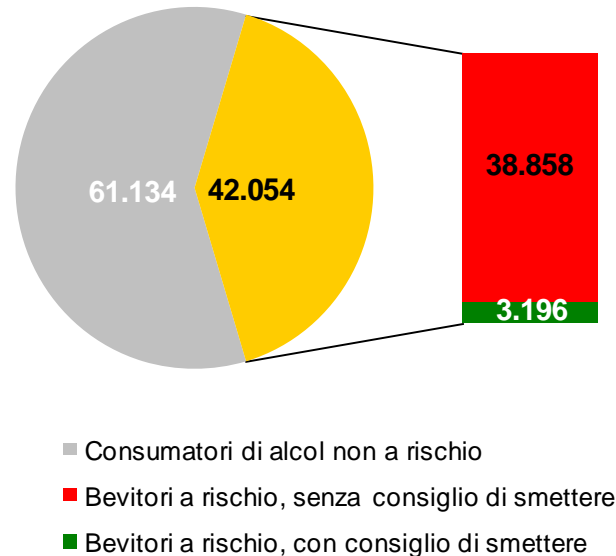
Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della nostra Azienda si rileva che:

- Il totale delle persone con 65 anni e più che consumano alcol (cioè non sono astemie) è di 103.188 persone (53% degli intervistati)
- Tra questi **42.054** (21,6%) sono consumatori a maggior rischio
- Tra di loro vi sono 3.196 consumatori a rischio (8%) che hanno ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario; 38.858 consumatori a rischio (92% dei 42.054), invece, non hanno ricevuto consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario.

Consumatori di alcol a maggior rischio con e senza consiglio di smettere di bere (proiezione in numeri assoluti)

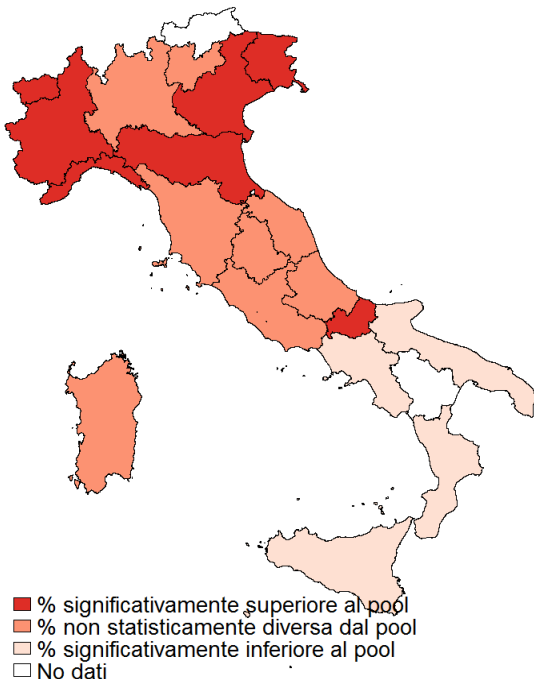
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n =265)



* Le persone con 65 anni e più che consumano più di un'unità alcolica al giorno sono definite a rischio.

Consumo a maggior rischio

Prevalenze per Regione di residenza - PDA 2012



Consiglio del medico di bere meno

Prevalenze per Regione di residenza - PDA 2012

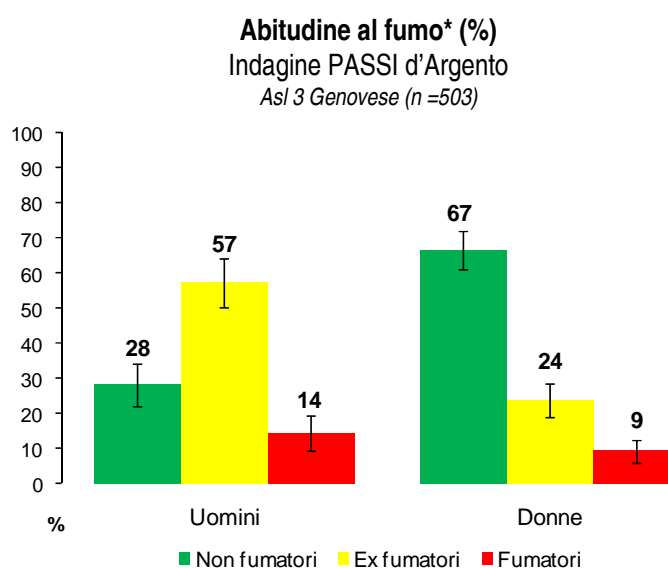


ABITUDINE AL FUMO

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY - disability-adjusted life year). Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Come è distribuita l'abitudine al fumo negli ultra 64enni di Asl 3 Genovese?

- Le persone con 65 anni e più che fumano sono l'11%; circa il 47% fuma più di 10 sigarette al giorno: "forti fumatori"
- Il 38% ha fumato almeno cento sigarette, ma ha smesso
- Le persone con 65 anni e più che non hanno mai fumato sono il 51%
- Analizzando la distribuzione dell'abitudine al fumo divisa nei due sessi risulta che fuma il 14% degli uomini rispetto al 9% delle donne.



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

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

*** Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e non fuma al momento



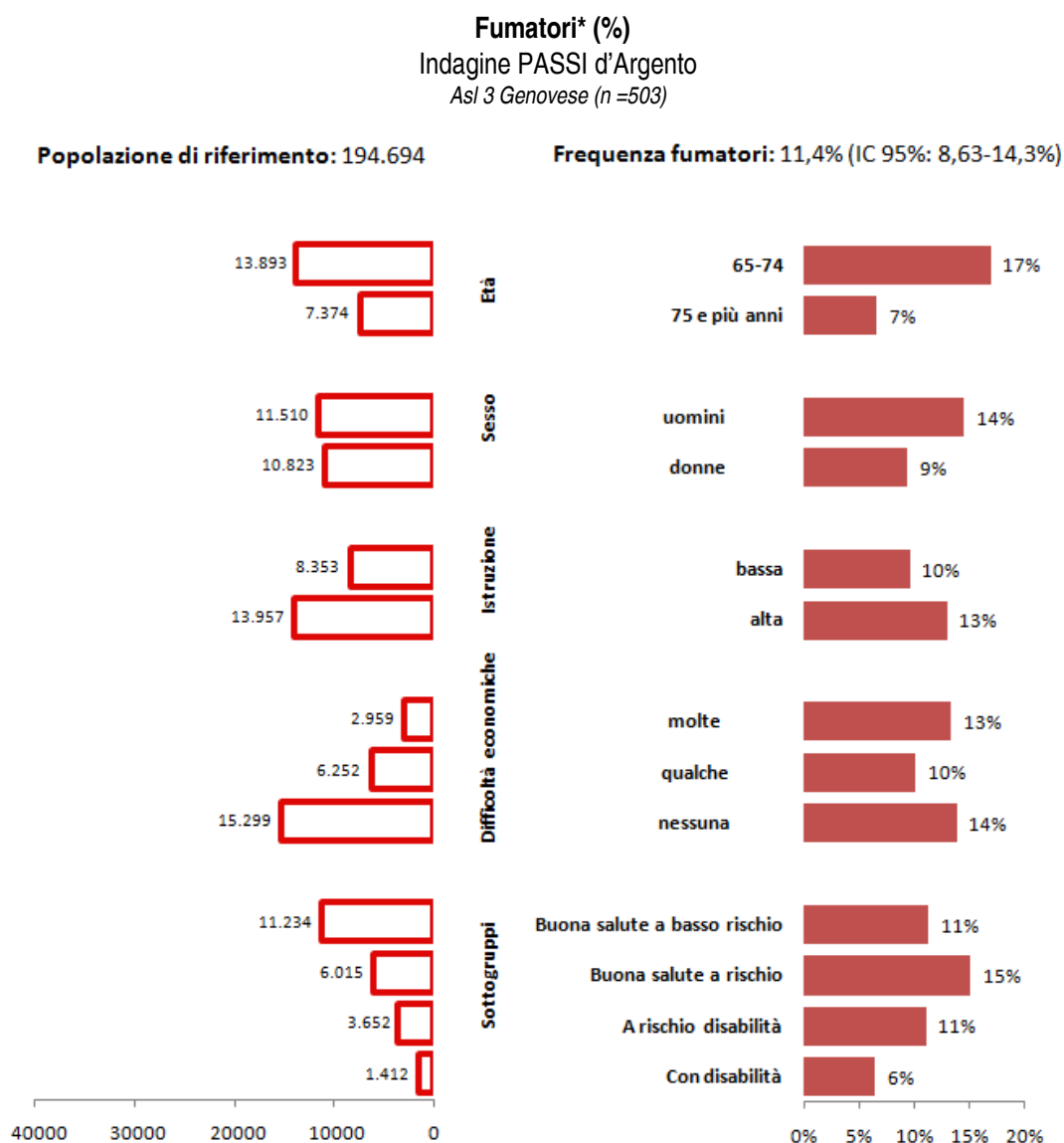
Quali sono le caratteristiche dei fumatori ultra 64enni?

L'11,4% delle persone con 65 anni e più è un fumatore.

Essere fumatori è più frequente tra:

- gli uomini
- i 65-74enni
- i maggiormente istruiti
- le persone che hanno nessuna o molte difficoltà economiche
- le persone in buone condizioni di salute, ma a rischio.

Se si osserva la parte sinistra del grafico che segue, che riporta la **stima della numerosità della popolazione anziana di Asl 3 Genovese che fuma**, si rileva come i numeri più alti si concentrino tra gli istruiti, tra coloro che non hanno difficoltà economiche e nel sottogruppo di anziani in buona salute e a basso rischio:



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

Fumatori

Prevalenze per Regione di residenza - 2012-2013

Pool di Asl: 9,9% (IC 95%: 9,2-10,6%)



- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool
- la regione non ha partecipato all'indagine

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per Regione di residenza

Pool PdA 2012: 69,1% (IC 95%: 66,2-71,8%)



- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool
- la regione non ha partecipato all'indagine

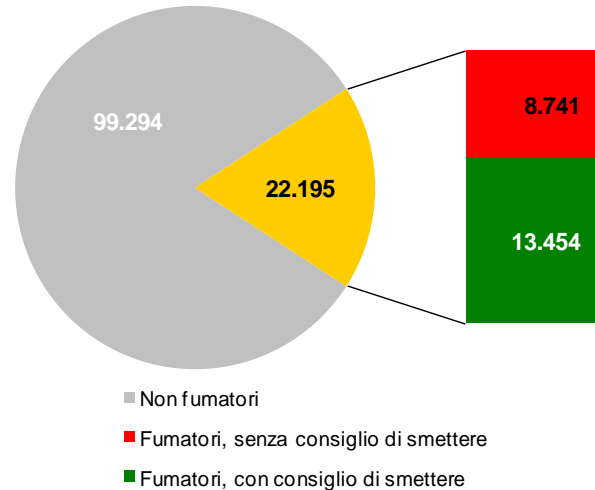
Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della nostra Azienda si rileva che:

- Il totale dei fumatori tra le persone con 65 anni e più è di **22.195** persone (11% circa degli intervistati)
- Tra di loro: 13.454 (61%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario
- Non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare i restanti 8.741 fumatori (39%)
- Tra le 7 persone intervistate che hanno smesso di fumare da meno di 12 mesi, 3 dichiarano di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico.

Fumatori* con e senza consiglio di smettere di fumare (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n =110)



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

ALTRI RISULTATI DELL' INDAGINE PASSI D'ARGENTO 2012-2013

Passi d'Argento è la sorveglianza di popolazione che indaga sullo stato di salute e la qualità della vita delle persone dai 65 anni in su.

In Liguria ha dato vita ad uno strumento efficace in grado di cogliere la situazione sociosanitaria della popolazione di interesse, ed ha posto le basi per monitorarla nel tempo, valorizzando e valutando le azioni messe in essere per migliorare la salute e il ben-essere dei cittadini.

Purtroppo non disponiamo di dati di confronto tra le aziende liguri, poiché solo le Asl 3 e 5 hanno effettuato una raccolta dati valida ai fini della rappresentatività locale.

In questa sezione vogliamo rappresentare il confronto tra i dati della nostra azienda e il network dei partecipanti al Sistema

La sezione ha l'obiettivo di:

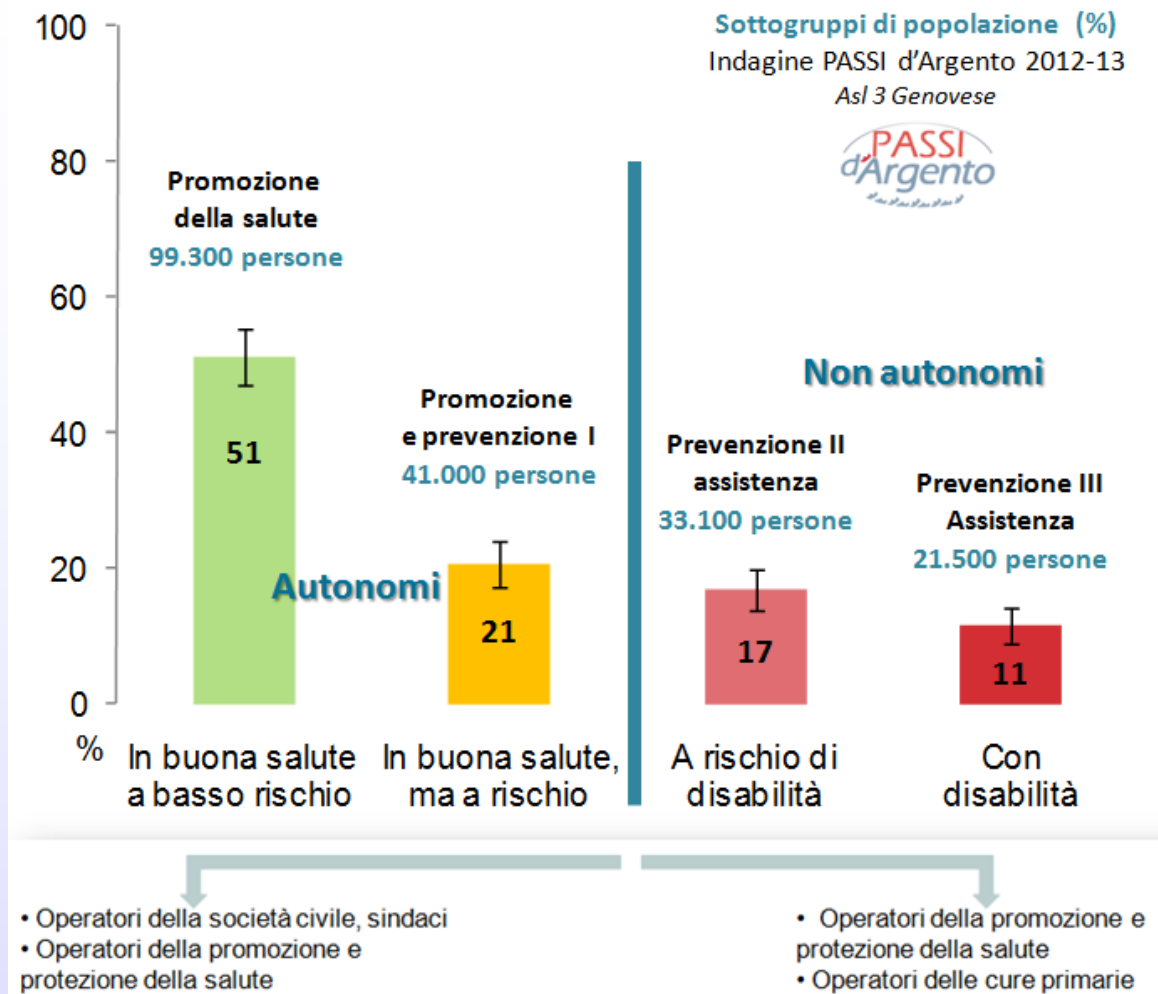
- fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento, in modo da favorire la comprensione di obiettivi, metodi e principali aspetti innovativi del sistema
- mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un documento di consultazione dei risultati dell'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 condotta a livello regionale/locale.

Nelle pagine seguenti, i risultati della sorveglianza PASSI d'Argento sono presentati all'interno di 4 capitoli:

5. Benessere e indipendenza
6. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure
7. Partecipazione ed essere risorsa
8. Ambiente di vita



Considerazioni sulla popolazione anziana di Asl 3 Genovese



La popolazione genovese oggetto della nostra indagine è costituita da 711.426 persone, di cui 194.694 con 65 anni e più, pari al 27%.

Di fatto, **il 72% di questi anziani, circa 140.000 persone, sono in buona salute**, ma alcuni di loro (il 21%) sono minacciati dalla fragilità, dal momento che hanno acquisito fattori di rischio.

Può trattarsi di una malattia cronica o di un comportamento non salutare (come la sedentarietà, il fumo, la malnutrizione) oppure di tendenza all'isolamento o depressione, o ancora una problematica funzionale (vista, udito o masticazione). In ogni caso sono persone globalmente sane, ma se dovessero sommare più di uno dei fattori di rischio sopradescritti, potrebbero facilmente perdere l'autonomia, e diventare quindi fragili o con disabilità, con rilevanti conseguenze anche economiche sul Sistema Socio-Sanitario.

Su questa categoria **in buona salute** dovrebbero quindi concentrarsi i maggiori sforzi della prevenzione e della società intera, operando con un processo di costruzione sociale che coinvolga enti e settori della società civile, dell'industria e del commercio, al fine di garantire un contesto ambientale, culturale e sociale favorevole alla salute di tutti.

Negli anziani in particolare dovrebbero essere privilegiate l'accessibilità ai servizi, le scelte salutari come la sana alimentazione e il giusto movimento fisico, valorizzando le risorse personali come bene comune dell'intera società.

In Sanità Pubblica è sempre più frequente il ricorso ai profili di salute per rappresentare a colpo d'occhio lo stato di salute di un'intera popolazione o di una sua componente. Per quanto non esista un profilo di salute universalmente condiviso per le persone con 65 e più anni, abbiamo usato i risultati di passi d'argento per riassumere con pochi indicatori la condizione per ognuno dei capitoli (4) in cui abbiamo ripartito l'informazione raccolta. Nel contesto della sorveglianza questo approccio, oltre a dare un'idea su alcuni aspetti qualificanti di salute di un gruppo di popolazione, permette anche, in maniera semplice e scientificamente solida, di confrontare il valore degli indicatori prescelti con quello di altre unità territoriali (per esempio, le asl fra di loro all'interno di una regione o le regioni fra di loro).

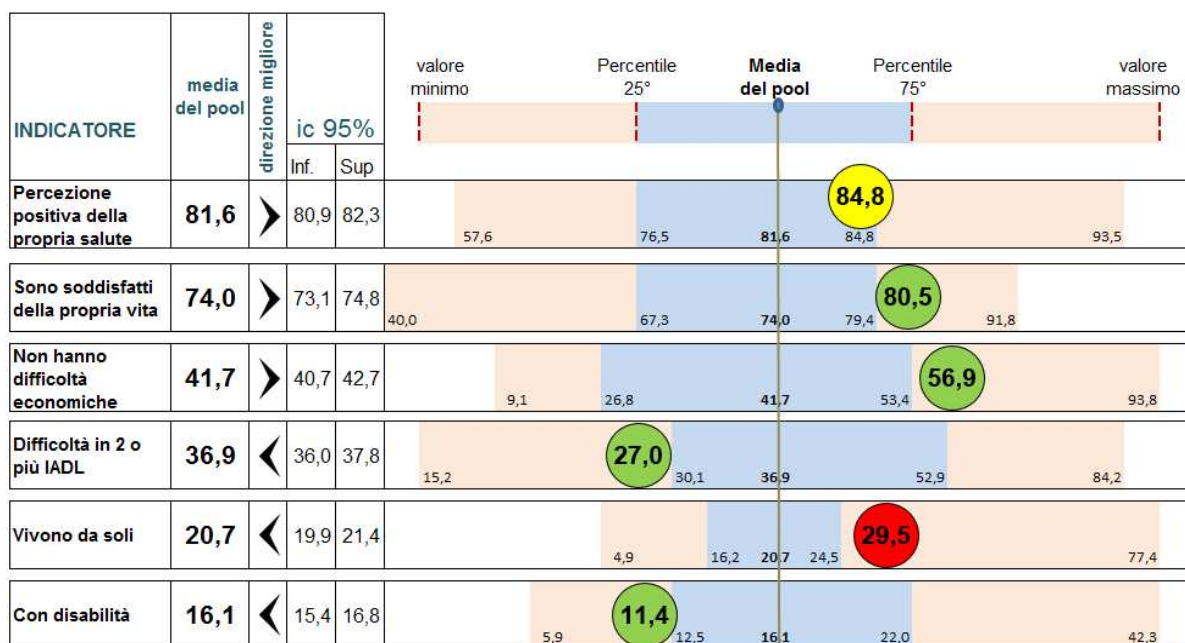
Per realizzare questo approccio abbiamo scelto di utilizzare la spine-chart, un grafico particolare che permette di confrontare il valore di un certo indicatore, misurato localmente, con un valore di riferimento "nazionale" e di testare, in modo semplice, se la differenza rilevata (in meglio o in peggio) sia statisticamente significativa.

Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati.

Il valore dell'indicatore per l'Asl cui si riferisce il rapporto, viene indicato con un pallino di tre diversi colori: VERDE, ROSSO e GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale).

Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Capitolo 1: Benessere e indipendenza



LEGENDA



Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale



Valore significativamente migliore della media del pool nazionale



Valore non significativamente differente della media del pool nazionale



Valori bassi = migliore indicatore

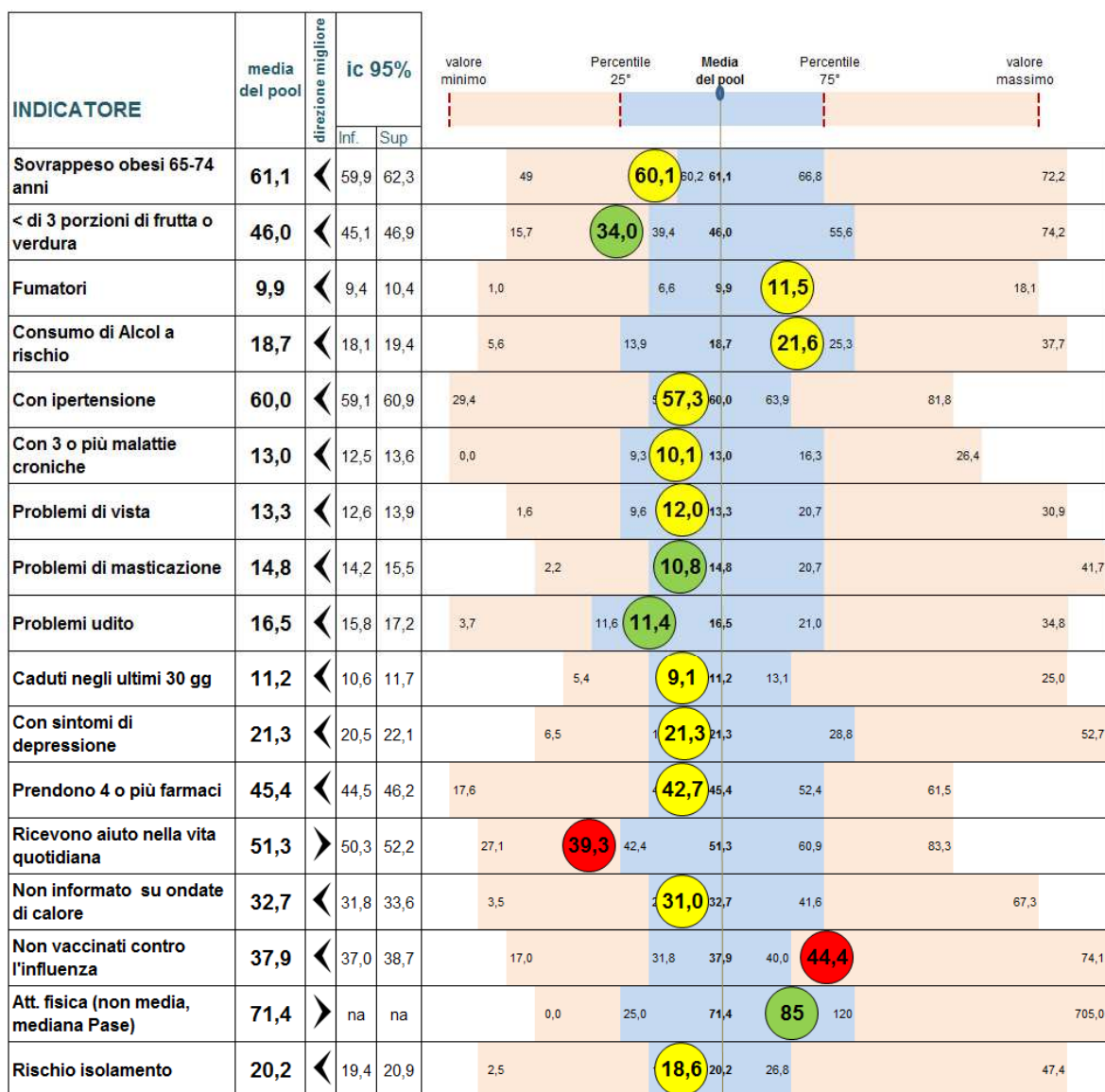


Valori alti = migliore indicatore

Come si può notare al primo impatto visivo, la situazione in Asl 3 Genovese è caratterizzata da una maggior solitudine della popolazione anziana: il 29,5% vive da solo. A fronte di questa situazione, che potrebbe portare ad una maggiore difficoltà nella conduzione di una vita attiva e ad un maggior senso di insoddisfazione, i genovesi hanno una percezione positiva della propria salute e si dichiarano soddisfatti in percentuale maggiore rispetto alla media degli Italiani.

Questo fatto è supportato dalle migliori condizioni economiche percepite e da un maggior livello di autonomia, sia considerando le attività strumentali della vita quotidiana (IADL) che le attività vitali del quotidiano (ADL): minore è infatti, rispetto alla media italiana, il grado di disabilità (11,4% vs 16,1%).

Capitolo 2: Fattori di rischio, condizioni di salute e cure



LEGENDA

● Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale

● Valore significativamente migliore della media del pool nazionale

● Valore non significativamente differente della media del pool nazionale

◀ Valori bassi = migliore indicatore

▶ Valori alti = migliore indicatore

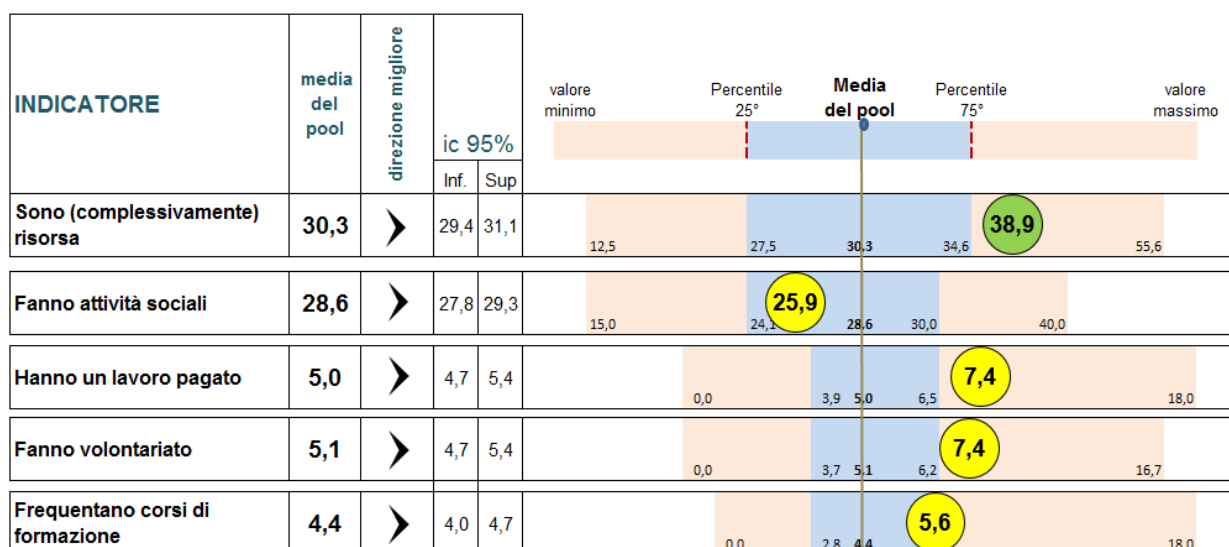
I risultati condensati in questa Spine Chart mettono in evidenza una Azienda sostanzialmente in linea con la media delle aziende italiane, con qualche valore lievemente migliore, come la percentuale di anziani con 3 o più patologie croniche (10% vs 13%), o la frequenza di problemi di masticazione (11% vs 14,8%), di udito (11% vs 16,5%) o del livello di attività fisica svolta.

Cionondimeno, persistono alcune problematiche che già si evidenziano nella popolazione genovese adulta, come la frequenza del consumo di alcol a maggior rischio (22% vs 18,7% del network PdA) e l'elevata percentuale di soggetti non vaccinati contro l'influenza (44% vs 37,9%).

Inoltre, in maniera congruente con l'elevata proporzione di anziani soli, è bassa la proporzione di soggetti che ricevono un aiuto per le azioni nella vita quotidiana che non svolgono autonomamente.

Questo fatto conferma, se ce ne fosse bisogno, la necessità di un forte impegno sociale istituzionale, che dia supporto ai caregiver familiari o del settore del volontariato.

Capitolo 3: Partecipazione



LEGENDA



Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale



Valore non significativamente differente della media del pool nazionale



Valore significativamente migliore della media del pool nazionale



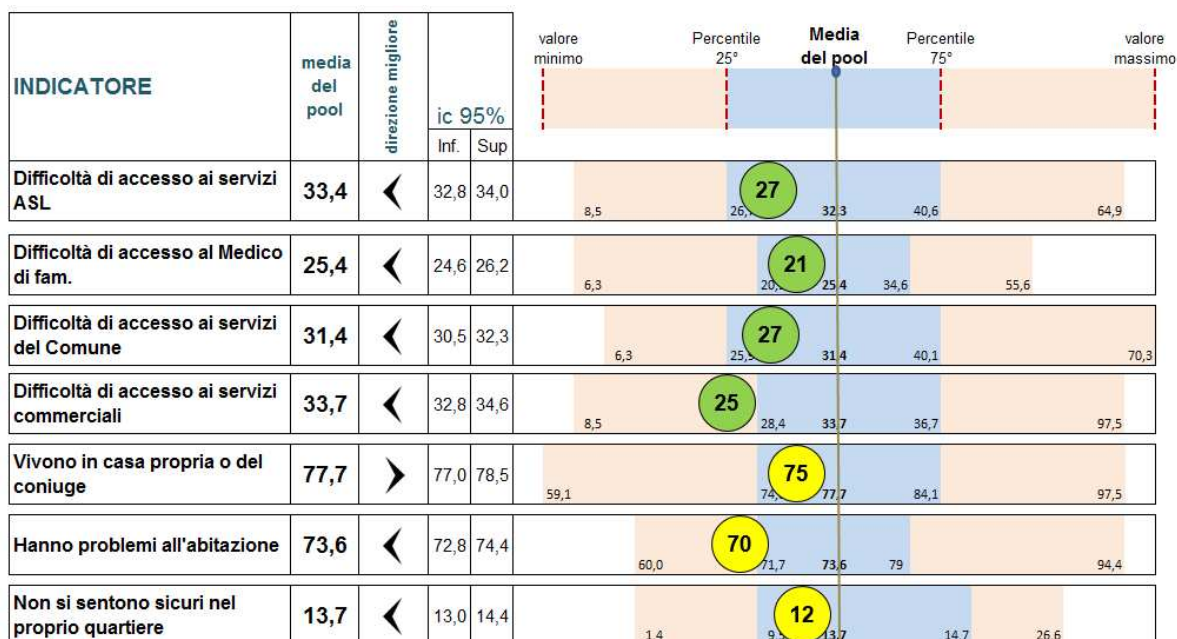
Valori bassi = migliore indicatore



Valori alti = migliore indicatore

Nonostante la nostra Azienda sia decisamente “anziana”, non manca l’entusiasmo per partecipare alla vita sociale e costituire così una risorsa vitale per la famiglia e per la comunità in generale. Lievemente superiore, ma in linea con la media nazionale, l’attitudine a rimanere nella sfera lavorativa, ad accrescere la propria formazione e la partecipazione “a scopo ludico” ad attività sociali.

Capitolo 4: Ambiente di vita



LEGENDA

- Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale
- Valore significativamente migliore della media del pool nazionale
- Valore non significativamente differente della media del pool nazionale
- ◀ Valori bassi = migliore indicatore
- ▶ Valori alti = migliore indicatore

Nel confronto con la media delle altre Aziende italiane la Asl 3 appare avvantaggiata, specie per quanto riguarda la qualità delle abitazioni e l'accesso ai servizi essenziali. Resta però il fatto che oltre un quarto dei genovesi riferisce difficoltà nell'accesso ad Asl, Comune e servizi commerciali e circa un quinto ha difficoltà per raggiungere il proprio medico.

Risulterebbero quindi più "prioritarie" che in altre regioni misure di facilitazione da parte degli Enti locali come Asl e Comune, ma anche da parte dei servizi commerciali; ad esempio l'erogazione di servizi online o la consegna domiciliare dei prodotti acquistati.

Bibliografia

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

- Klavestrand J, Vingard E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2009;19(3):300-312.
- Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401-15.
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(7):643-51.
- Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K. Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. *Geriatrics and Gerontology International* 2008;8(3):143-51.
- Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now!. *European Journal of Public Health* 2010; 20(6):617-618.
- Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- World Health Organization. *Report on the global Tobacco epidemic, 2013*. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/ ; ultima consultazione 24/09/13.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016*. Baku, Azerbaijan: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf ; ultima consultazione 24/09/13.
- Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *British Journal of Ophthalmology* 2002;86:716–722.
- Bernabei V, Morinia V, Moretti F et al. Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging Mental Health*. 2011;15(4):467-74.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008 56(4):711–7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284537>; ultima consultazione 24/09/13.

- Programma Nazionale Linee Guida. *Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2009; VII(1):118-136.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41:1284-1292.
- Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.
- Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509–518.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf; ultima consultazione 24/09/13.

Sitografia

SITI NAZIONALI

L'Istituto nazionale di statistica è un ente di ricerca pubblico. Presente nel Paese dal 1926, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici. Opera in piena autonomia e in continua interazione con il mondo accademico e scientifico

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT

- Previsioni della Popolazione Anni 2011-2065. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html?lingua=ita>, ultima consultazione 02/10/2013.
- Disabilità in cifre. 2011. Consultato il 31 agosto 2012. Disponibile all'indirizzo: www.disabilitaincifre.it/descrizioni/lista_met.asp?cod_met=2 ; ultima consultazione 02/10/2013.
- Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Popolazione per età. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 02/10/2013.
- Indicatori socio-sanitari regionali: speranza di vita, speranza di vita in buona salute, speranza di vita libera da disabilità. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione 02/10/2013.
- Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Indicatori. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 02/10/2013.
- La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.

Ministero della Salute Disponibile all'indirizzo <http://www.salute.gov.it/> ultima consultazione 02/10/2013

In particolare vedere il "Quaderno" del Ministero della Salute sull'appropriatezza dell'assistenza all'anziano che affronta temi complementari a quelli affrontati dal PASSI d'Argento

<http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/6-novembre-dicembre-2010.php>

Guadagnare Salute. Il sito del programma nazionale: comunicazione e formazione secondo una nuova cultura della prevenzione. In particolare si segnala la sezione sorveglianze: Disponibile all'indirizzo <http://www.guadagnaresalute.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

PASSI Sorveglianza sullo stato di salute della popolazione adulta italiana: abitudini, stili di vita, percezioni, dall'attività fisica ai vaccini. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi/> ultima consultazione 02/10/2013.

SNLG Valutazione dell'assistenza e dei percorsi diagnostico-terapeutici: linee guida, documenti d'indirizzo e consensus conference. Disponibile all'indirizzo <http://www.snlg-iss.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

OKkio alla Salute Sistema di indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp> ultima consultazione 02/10/2013.

Progetto Cuore: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari: carte del rischio, indicatori di malattia, fattori di rischio. Disponibile all'indirizzo <http://www.cuore.iss.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

BEN Bollettino Epidemiologico Nazionale. Uno strumento di comunicazione per raccontare esperienze locali, ma di interesse generale per la sanità pubblica. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/ben/> ultima consultazione 02/10/2013

PASSI d'Argento. Salute e qualità della vita nella terza età in Italia: sistema di indagini sugli stili di vita delle persone con 65 anni e più. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp> ultima consultazione 02/10/2013

Istituto Superiore di Sanità (ISS) sezione Pubblicazioni Disponibile all'indirizzo www.iss.it ultima consultazione 02/10/2013.

Italia. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
<http://www.lavoro.gov.it/Pages/default.aspx>

La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello sociale. Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/B8453482-9DD3-474E-BA13-08D248430849/0/libroverdeDEF25luglio.pdf>; ultima consultazione 02/10/2013.

SITI INTERNAZIONALI

World Health Organization. WHO.

- *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- *Active ageing: a policy frame work.* Geneva: WHO; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8). Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016.

- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. (EUR/RC61/12). Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- European Commission Active Ageing Index (AAI). Disponibile all'indirizzo: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>; ultima consultazione 02/10/2013.

Eurostat. EU integration seen through statistics. Luxembourg: Publications of the European Union; 2006; Disponibile all'indirizzo: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF; ultima consultazione 02/10/2013.

L'Ufficio Statistico dell'Unione Europea (Eurostat) è una Direzione Generale della Commissione Europea; raccoglie ed elabora dati dagli Stati membri dell'Unione Europea a fini statistici, promuovendo il processo di armonizzazione della metodologia statistica tra gli Stati membri.

European Union. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/ey2012/> ultima consultazione 19/07/2013

European Commission: European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing

European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing. Disponibile all'indirizzo: <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>; ultima consultazione 02/10/2013.

World Economic Forum (2012). *Global Population Ageing: Peril or Promise?* World Economic Forum: Ginevra. Disponibile all'indirizzo: <http://www.globalaging.org/agingwatch/World%20Economic%20Forum%20-%20peril%20or%20promise.pdf>; ultima consultazione 02/10/2013.

Global Age Watch Index

Per 91 paesi al mondo è ora disponibile un quadro di indicatori simile all'active ageing index dell'EU/UNECE. Possibile fare dei confronti fra Paesi e distinguere l'andamento per i diversi aspetti che caratterizzano l'active ageing

<http://www.helpage.org/global-agewatch/>

SITI DI APPROFONDIMENTO

Moodle.org è il sito di comunità dove si discute e si realizza Moodle. Si tratta di una applicazione web libera (open source) che i formatori possono utilizzare per creare siti di formazione efficaci Disponibile all'indirizzo www.moodle.org ultima consultazione 27/06/2014.

CCM Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) è un organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze Disponibile all'indirizzo <http://www.ccm-network.it/> ultima consultazione 27/06/2014.

Salute e Invecchiamento Attivo in Asl 3 Genovese

Risultati della sorveglianza della popolazione
con 65 anni e più "PASSI d'Argento": **Stili di vita**

Indagine 2012-2013

