

Inserito **BEN**

Bollettino Epidemiologico Nazionale

LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE NELLA POPOLAZIONE CON 65 ANNI E PIÙ DEL LAZIO: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO, INDAGINE 2012-13

Lilia Biscaglia¹, Maria Alessandra Brandimarte², Silvia Iacovacci³, Barbara Giudiceandrea⁴, Maria Di Fabio⁵, Massimo Oddone Trinito⁶, Rosanna Trivellini⁷, Luca Casagni⁸, Maura Coia⁹, Alberto Falera¹⁰, Filomena Trovato¹¹, Oretta Micali¹¹, Gianluca Fovi¹² e Carmela Bucca¹³

¹Area Sanità pubblica, promozione della salute, sicurezza alimentare e screening, Regione Lazio, Roma; ²ASL Roma E; ³ASL Latina; ⁴ASL Roma A; ⁵ASL Roma B; ⁶ASL Roma C; ⁷ASL Roma D; ⁸ASL Roma F; ⁹ASL Roma G; ¹⁰ASL Roma H; ¹¹ASL Viterbo; ¹²ASL Rieti; ¹³ASL Frosinone

SUMMARY (*Health inequalities in over64 aged population: results from PASSI d'Argento surveillance. Lazio region, 2012-13*) - Social determinants of health are major factors responsible for population's health and health inequalities. Analysing data from the Italian surveillance system on population over 64 years, which collects information on social determinants, health inequalities in elderly population of Lazio region were described. Particularly, differences in health-related quality of life and difficulty chewing between over 64 people of different educational and economic levels were described. Inequalities in fruit and vegetable consumption were highlighted using logistic regression analysis. These information are essential to the planning of the forthcoming Italian Prevention Plan 2014-18, which have to be implemented at regional level.

Key words: public health surveillance; socioeconomic factors; health policies

lbiscaglia@regione.lazio.it

Introduzione

Il tema delle disuguaglianze negli esiti di salute è uno dei più discussi nel campo della ricerca sui servizi sanitari: affrontare con decisione la questione dello svantaggio socioeconomico di gruppi specifici della popolazione è considerato un dovere dei sistemi sanitari evoluti (1). Nel contesto odierno di crisi, che accelera e rende più gravi le disuguaglianze, è ipotizzabile un significativo peggioramento dello stato di salute, in particolare nelle fasce di popolazione più vulnerabili, come le persone con 65 anni e più (2). È quindi necessario individuare obiettivi e azioni specifici per questa fascia di popolazione, per poter agire sui fattori che determinano le disuguaglianze nella salute (3). In quest'ottica il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-18 propone una *vision* di contrasto alle disuguaglianze in tutte le azioni di promozione della salute. Nella declinazione del PNP, le regioni sono chiamate a mettere in atto strategie e interventi differenziati, sulla base dei differenti bisogni di salute espressi o individuati nella popolazione.

Il Piano d'azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-Regione Europa per il 2012-16 assegna un ruolo fondamentale alla sorveglianza come strumento capace di fornire tempestivamente dati affidabili sui problemi di salute e sui suoi determinanti e di seguirne la loro evoluzione nel tempo (4). Da diversi anni, in Italia, questo compito è svolto dai sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento (PdA) che forniscono informazioni sullo

stato di salute della popolazione adulta e su alcuni determinanti di salute. L'obiettivo del presente contributo è quello di utilizzare le informazioni prodotte dal PdA per valutare alcuni *outcome* di salute (o *proxy*), come la qualità della vita legata allo stato di salute percepito, i problemi di masticazione e il consumo di frutta e verdura, in relazione a differenti condizioni di scolarità, di difficoltà economiche percepite e alla presenza di disabilità.

Materiali e metodi

La metodologia utilizzata è quella della sorveglianza di popolazione, con la realizzazione di *survey* ripetute su campioni rappresentativi di soggetti con 65 anni e più, non ospitati in residenze sanitarie assistite al momento della rilevazione (5). Nel Lazio, il campione selezionato per l'indagine 2012-13, rappresentativo a livello regionale, era di 2.011 persone residenti nella regione. Il tasso complessivo di risposta nel Lazio era dell'86,6% (88,5% a livello nazionale), il tasso di rifiuto del 9,4% (9,6% a livello nazionale).

I dati relativi alla qualità della vita legata allo stato di salute percepito, a problemi di masticazione e al consumo di frutta e verdura, sono stati analizzati in relazione a differenti condizioni di scolarità, di difficoltà economiche percepite e alla presenza di disabilità. Per scolarità e difficoltà economiche percepite sono state adottate le seguenti definizioni: le persone con un titolo di studio assente/elementare o media inferiore sono state considerate con "livello di scolarità bas-

so"; le persone che hanno riferito molte o qualche difficoltà ad arrivare a fine mese con le proprie risorse economiche sono state considerate con "difficoltà economiche". La presenza di disabilità è definita come il riferire difficoltà o aver bisogno di aiuto per svolgere le attività di base della vita quotidiana (activities of daily living - ADL).

I dati relativi al consumo di frutta e verdura sono stati analizzati, testando le associazioni tra le variabili direttamente in studio e con regressione logistica.

Risultati

Nel Lazio, delle 2.011 persone con 65 anni e più, il 17,7% (IC95% 15,7-19,7) riferisce un cattivo stato di salute. La percezione di cattiva salute è più frequente tra le persone con 75 anni e più rispetto alla classe d'età 65-74 anni (24,4% vs 12,4%), nelle donne (22,5% vs 11% negli uomini), tra le persone con basso livello di scolarità (nessun titolo/elementare/media inferiore: 25,1%, media superiore/laurea: 11,2%) e con difficoltà economiche (molte: 36,9%, qualche: 17,1%, nessuna: 8,7%). I problemi di masticazione riguardano il 12,2% (IC95% 10,6-13,9) delle persone con 65 anni e più. Questa percentuale è più alta tra le persone con basso livello di scolarità (nessun titolo/elementare/media inferiore: 17,0%, media superiore/laurea: 7,4%), tra chi riferisce difficoltà economiche (molte: 22,0%, qualche: 8,6%, nessuna: 3,4%), e tra le persone con disabilità (36,6% vs 8,2% tra coloro che non hanno disabilità). Nei 12 mesi precedenti si è ►

Tabella - Percezione di un cattivo stato di salute, problemi di masticazione, basso consumo di frutta e verdura e rischio di consumare un quantitativo basso di frutta e verdura (risultati del modello di regressione logistica - valori significativi in corsivo)

Variabili	Percezione cattivo stato di salute ^a		Problemi di masticazione		Basso consumo di frutta e verdura ^b			
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	OR	p-value (OR)
Classe di età								
75+	24,4	20,9-28,0	15,7	13,1-18,4	53,3	49,6-57,0	1,17	0,1415
65-74	12,4	10,1-14,7	8,9	6,8-10,9	45,3	41,7-49,0	1	-
Genere								
Uomini	11	8,4-13,6	9,9	7,5-12,3	52,7	48,6-56,8	1,42	0,0007
Donne	22,5	19,5-25,4	13,9	11,6-16,2	46,7	43,3-50,0	1	-
Livello di scolarità								
Basso	25,1	21,6-28,6	17	14,3-19,7	57,3	53,6-61,0	1,78	0,0000
Alto	11,2	8,9-13,5	7,4	5,4-9,4	41,1	37,4-44,7	1	-
Difficoltà economiche								
Molte	36,9	30,1-43,7	22	16,2-27,7	60,6	53,7-67,5	1,83	0,0001
Qualche	17,1	13,9-20,2	8,6	6,3-11,0	47,1	42,8-51,3	1,36	0,0062
Nessuna	8,7	6,3-11,1	3,4	1,9-4,8	41,2	37,3-46,2	1	-
Disabilità								
Sì	58,7	49,0-68,5	36,6	30,0-43,2	69,3	62,9-75,8	2,26	0,0001
No	13,9	12,0-15,9	8,2	6,7-9,7	46	43,2-48,8	1	-

(a) Percezione stato di salute: male o molto male; (b) meno di 3 porzioni di frutta o verdura al giorno

recato dal dentista il 42,6% delle persone con 65 anni e più (il 32,5% tra coloro che presentano problemi di masticazione). Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, solo l'8,9% consuma le 5 porzioni raccomandate di frutta e verdura, il 41,9% ne consuma almeno 3, il 49,2% meno di 3 al giorno. Il consumo basso di frutta e verdura (inferiore a 3 porzioni al giorno) è maggiore tra le persone con 75 anni e più rispetto alla classe d'età 65-74 anni (53,3% vs 45,3%), tra gli uomini (52,7% vs 46,7% nelle donne), tra le persone con basso livello di scolarità (nessun titolo/elementare/media inferiore: 57,3% vs media superiore/laurea: 41,1%) e con difficoltà economiche (molte: 60,6%, qualche: 47,1%, nessuna: 41,2%). Utilizzando un modello di regressione logistica (Tabella), si rileva che il consumo insufficiente di frutta e verdura è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (OR 1,42 IC95%: 1,16-1,75), tra le persone con basso titolo di studio rispetto a quelle più istruite (OR 1,78 IC95%: 1,44-2,2), tra le persone con molte difficoltà economiche rispetto a coloro che non ne riferiscono (OR 1,83 IC95%: 1,34-2,49) e tra le persone con disabilità (OR 2,6 IC95%: 1,50-3,42).

Conclusioni

Nel Lazio, i dati raccolti hanno permesso di descrivere la percezione dello stato di salute e i problemi di masticazione tra le persone con 65 anni e più, tenendo conto di alcuni fattori socioeconomici. In particolare, si è evidenziato come i problemi di masticazione siano più frequenti tra le persone con molte difficoltà economiche, ma solo una persona su tre, tra co-

loro che hanno problemi di masticazione, si è recata dal dentista nei 12 mesi precedenti. Si tratta di risultati di particolare interesse, se si considera che nelle persone con 65 anni e più la cattiva masticazione diventa un fattore di rischio di disabilità importante per le sue implicazioni nella corretta nutrizione e nel mantenimento di un peso corporeo e di una massa muscolare adeguati.

Nell'analisi i determinanti sociali (livello di scolarità e difficoltà economiche) risultano essere, insieme al livello di disabilità, associati con il basso consumo di frutta e verdura (6). Negli ultimi anni, è sempre maggiore l'attenzione posta sui fattori dietetici coinvolti nella prevenzione di molte patologie croniche, ma anche sul consumo di frutta e verdura tra le persone più anziane per la prevenzione di condizioni geriatriche specifiche, come il declino cognitivo, la fragilità e le cadute. Aumentare il consumo di frutta e verdura è anche un obiettivo del PNP 2014-18, per il quale sarà necessario tener conto, in fase di implementazione regionale, dei fattori socioeconomici che possono ostacolare il consumo di frutta e verdura all'interno della popolazione più anziana.

La sorveglianza di popolazione può quindi contribuire a descrivere e monitorare nel tempo i determinanti sociali di salute ovvero quei fattori che determinano le iniquità di salute. Inoltre, la realizzazione della sorveglianza all'interno del sistema sanitario regionale permette di pianificare le azioni efficaci di prevenzione e promozione della salute e facilita l'integrazione e la governance delle azioni di contrasto delle disuguaglianze. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: WHO; 2008.
2. Costa G, Marra M, Salmaso S, et al. Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia. *Epidemiol Prev* 2012;36(6):337-66.
3. Maciocco G, Santomauro F. *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*. Roma: Carocci Faber; 2014.
4. 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 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf).
5. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P. (Ed.). *Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/9).
6. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2006.

IPERTENSIONE ARTERIOSA NELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ E FATTORI ASSOCIATI: I DATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO 2012-13

Amalia Maria Carmela De Luca e il GTO PASSI d'Argento*

Unità Operativa di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

SUMMARY (*Hypertension in over64 aged population and associated factors: data from PASSI d'Argento surveillance, 2012-13*) - Elderly population is heavily affected by hypertension with prevalence increasing with age; excessive sodium intake, overweight/obesity and lack of physical activity are well known risk factors. During the years 2012-13, PASSI d'Argento, an Italian nationwide over64 aged population surveillance, estimated a hypertension prevalence of 60% (CI 95%: 59.1-60.8) with a wide range (53.4%-68.9%) among the 19 participating regions. A logistic regression showed that women (OR 1.29 $p < 0.05$), age over 74 years (OR 1.32 $p < 0.05$), difficulties in making ends meet (OR 1.21 $p < 0.05$), being overweight/obese (OR 1.65 $p < 0.05$), insufficient physical activity levels (OR 1.23 $p < 0.05$) are associated to hypertension. The information produced by the surveillance can be helpful for programming actions aiming at the prevention and the control of hypertension, namely for targeting at risk population groups.

Key words: elderly; hypertension; prevention

gadel8@hotmail.com

Introduzione

L'ipertensione arteriosa colpisce più della metà degli anziani e la sua prevalenza continua ad aumentare con l'età. La presenza di ipertensione comporta un aumentato rischio di ictus, insufficienza cardiaca congestizia, malattia coronarica, malattia renale allo stadio terminale e morte. L'ipertensione sistolica isolata, superiore a 159 mmHg, associata con diastolica inferiore a 90 mmHg, è la più comune forma di ipertensione negli anziani (1).

Uno dei principali fattori implicato nell'insorgenza dell'ipertensione arteriosa è sicuramente l'eccessivo introito di sodio; non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'Action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-20, ha incluso, tra gli obiettivi da raggiungere entro il 2025, la riduzione del consumo di sale del 30% per tutta la popolazione, agendo sia nella fase di preparazione dei cibi sia sui comportamenti alimentari (2). Anche l'eccesso di peso corporeo è strettamente correlato con l'ipertensione arteriosa (3), così come una sua riduzione è seguita da una diminuzione della pressione sia sistolica che diastolica (4). Diversi studi clinici hanno chiaramente dimostrato che il trattamento dell'ipertensione riduce significativamente il tasso di eventi cardiovascolari nei pazienti anziani, anche se c'è controversia sulla scelta degli

agenti antipertensivi e sulla loro combinazione. Gli esperti concordano che negli adulti di età inferiore a 80 anni, ad alto rischio per eventi cardiovascolari, la pressione arteriosa dovrebbe essere ridotta a meno di 140/90 mmHg; nelle persone con più di 80 anni è tollerato un valore da 140 a 150 mmHg (5). In ogni caso, la modifica degli stili di vita, compresa la perdita di peso, la restrizione di sale e la pratica di una regolare attività fisica, può diminuire la necessità di terapia farmacologica nei soggetti ipertesi. La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento (PdA), attiva in quasi tutte le regioni italiane, fornisce informazioni sulla qualità di vita delle persone con 65 anni e più, mediante la descrizione delle condizioni di salute e dei bisogni di questa fascia eterogenea di popolazione, in modo che i decisori e altri gruppi di interesse possano intraprendere azioni di contrasto (6). Tra le condizioni oggetto di indagine è presente l'ipertensione arteriosa riferita; la raccolta dati delle singole ASL permette di effettuare confronti geografici e di valutare l'eventuale associazione di questa condizione con alcune variabili sociodemografiche e comportamentali. L'obiettivo del presente contributo è stimare la prevalenza dell'ipertensione nella popolazione delle regioni che hanno partecipato all'indagine, descrivere eventuali differenze geografiche e identificare gruppi a rischio.

Materiali e metodi

Nel corso dell'indagine PdA 2012-13 sono state intervistate con modalità telefonica o faccia a faccia, da operatori sanitari e sociali appositamente formati, 24.129 persone con 65 anni e più, estratti casualmente dalle anagrafi sanitarie delle regioni e province autonome partecipanti (complessivamente 19); sono stati esclusi gli anziani che al momento della rilevazione risultavano ricoverati in ospedale od ospitati in residenze sanitarie assistenziali. La raccolta dei dati è stata realizzata mediante un questionario standardizzato e validato. La metodologia utilizzata è stata già descritta altrove in maniera dettagliata (6). Il questionario indagava, tra l'altro, la presenza di ipertensione riferita. L'analisi è stata condotta mediante Epiinfo 3.5.3 sui dati pesati del *pool* delle regioni partecipanti; si è fatto ricorso ad analisi uni e bivariate e a modelli di regressione logistica per valutare l'eventuale associazione dell'ipertensione con le principali variabili sociodemografiche e con alcune condizioni, segnalate ampiamente in letteratura, come il sovrappeso/obesità e il livello di attività fisica.

Risultati

Nell'indagine PdA 2012-13, il 60,0% (IC 95%: 59,1-60,8) degli anziani intervistati ha riferito di avere l'ipertensione arteriosa; questa condizione, con ►

(* Gruppo Tecnico Scientifico nazionale PASSI e PASSI d'Argento: Sandro Baldissera, Benedetta Contoli, Paolo D'Argenio, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Luana Penna, Alberto Perra, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Stefania Salmaso (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL della Romagna, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica, Fondazione Università Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carrozzi (Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena); Marco Cristofori (Unità Operativa Epidemiologia, Biostatistica e Promozione della Salute, AUSL Umbria 2, Orvieto); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta); Amalia De Luca (Unità Operativa Complessa Epidemiologia, ASP di Cosenza); Pirous Fateh-Moghadam (Osservatorio per la Salute, Provincia Autonoma di Trento); Mauro Ramigni (Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9, Treviso); Massimo Oddone Trinito (Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma C); Stefania Vasselli (Ministero della Salute, Roma).



Figura - Indagine PASSI d'Argento 2012-13. Prevalenza ipertensione arteriosa

qualche eccezione, è più diffusa nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro e del Nord (Figura), con un range che va dal 68,9% (IC 95%: 66,6-71,3) della Calabria, al 53,4% (IC 95%: 50,6-56,2) dell'Emilia-Romagna. La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età: si passa dal 56,2% (IC 95%: 54,9-57,4) dei 65-74enni al 63,7% (IC 95%: 62,6-64,9) delle persone con 75 anni e più; è maggiore tra le donne (62,4% IC 95%: 61,3-63,5) rispetto agli uomini (56,7% IC 95%: 55,4-58,0), nelle persone con un basso livello d'istruzione (62,7% IC 95%: 61,7-63,8) rispetto a chi ne ha uno alto (55,9% IC 95%: 54,7-57,3), in quelle con molte difficoltà economiche riferite (66,7% IC 95%: 64,4-69,0), a fronte del 60,7% (IC 95%: 59,3-62,0) di chi ne ha dichiarate poche e del 54,4% (IC 95%: 53,0-56,0) di chi non ne dichiara. Inoltre, riferiscono livelli pressori più elevati le persone classificate come sovrappeso/obese rispetto alle normo/sottopeso (rispettivamente 64,8% IC 95%: 63,7-65,9 vs 53,3% IC 95%: 52,0-54,7) e le persone con basso livello di attività fisica (64,4% IC 95%: 63,1-65,7 vs 57,4% IC 95%: 56,4-58,4). Analizzando tutte queste variabili con un modello di regressione logistica, per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, è stato possibile identificare come gruppi a maggiore rischio per l'ipertensione: le donne (OR 1,29 IC 95%: 1,20-1,37, $p < 0,05$), le persone con 75 e più anni (OR 1,32 IC 95%: 1,23-1,41, $p < 0,05$), coloro che hanno difficoltà economiche (OR 1,21 IC 95%: 1,13-1,29, $p < 0,05$), le persone sovrappeso/obese (OR 1,65 IC

95%: 1,55-1,76, $p < 0,05$), coloro che svolgono una insufficiente attività fisica (OR 1,23 IC 95%: 1,13-1,34, $p < 0,05$), mentre per il livello di istruzione basso l'OR è di 1,04 (IC 95% 0,98-1,12 $p = 0,21$).

Conclusioni

In linea con quanto riportato in letteratura, PdA ha mostrato come l'ipertensione arteriosa sia una condizione molto diffusa nelle persone con 65 anni e più; grazie alla rilevazione effettuata nella maggior parte delle regioni e province autonome italiane, è stato possibile fare confronti fra le diverse aree geografiche. L'analisi multivariata ha, inoltre, consentito di identificare alcuni gruppi a maggiore rischio. Queste informazioni possono risultare particolarmente utili per la predisposizione di programmi/progetti di prevenzione e controllo dell'ipertensione arteriosa. A questo riguardo, un'ampia letteratura suggerisce, tra le misure efficaci per la riduzione della pressione arteriosa e delle sue conseguenze, la perdita di peso corporeo nei soggetti con sovrappeso od obesità, la restrizione del consumo di sale nella popolazione generale e la pratica di una regolare attività fisica, seppure adattata nell'anziano alle condizioni di salute. Si tratta, comunque, di azioni che contribuiscono a migliorare la qualità della vita, anche attraverso la limitazione dell'uso dei farmaci antiipertensivi e, di conseguenza, dei loro effetti indesiderati. È necessario, tuttavia, poter valutare i risultati di queste azioni correttive; non a caso il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-

18 ha individuato nelle sorveglianze di popolazione lo strumento a supporto di questo obiettivo di valutazione. A tale proposito, la sorveglianza PdA, ripetuta nel tempo, permette tra l'altro di descrivere e seguire l'andamento dell'ipertensione arteriosa nelle persone con 65 anni e più di una determinata area (ASL/ regione), mettendo così a disposizione informazioni anche per la valutazione dell'efficacia delle eventuali misure correttive messe in atto. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Viridis A, Bruno RM, Neves MF, et al. Hypertension in the elderly: an evidence-based review. *Curr Pharm Des* 2011;17(28):3020-31.
2. World Health Organization. Reducing salt intake in populations. In: *WHO Forum and Technical Meeting, Paris, 5-7 October 2006*. Geneva: WHO; 2007.
3. Romero R, Bonet J, de la Sierra A, et al. Undiagnosed obesity in hypertension: clinical and therapeutic implications. *Blood Press* 2007;16:347-53.
4. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42:878-84.
5. Roca FV. Approach to hypertension in the older population. *Semergen* 2014;40(Suppl 1):3-9.
6. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P (Ed.). *Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/9).

Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, F. Rosmini, P. Luzi
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, S. Salmaso

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp

e-mail: ben@iss.it