



# Salute e Invecchiamento Attivo nella Azienda per i Servizi Sanitari 1 “Triestina”

Risultati della sorveglianza della popolazione  
con 65 anni e più “PASSI d’Argento”

Indagine 2012-2013

Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

<http://www.ass1.sanita.fvg.it>

Questa pubblicazione è disponibile online all'indirizzo:

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

<http://www.ass1.sanita.fvg.it>

Per informazioni sull'indagine PASSI d'Argento nell'ASS 1 Triestina scrivere a:

Daniela Germano

[daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it](mailto:daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it)

Riproduzione autorizzata citando la fonte

**Rapporto a cura di:**

Daniela Germano e Matteo Bovenzi

**Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine****- a livello nazionale:**

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

**- a livello aziendale:****Gruppo di coordinamento PASSI d'Argento:**

Coordinatore aziendale: Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione)

Matteo Bovenzi (Dipartimento di Prevenzione)

**Intervistatori:**

Armando Dobrigna<sup>(1)</sup>, Deborah Voliani<sup>(1)</sup>, Silvia Fontana<sup>(1)</sup>, Pierluigi Pagano<sup>(1)</sup>, Donatella Fadini<sup>(1)</sup>, Maria Olivieri<sup>(1)</sup>, Federico Lodigiani<sup>(1)</sup>, Paola Fapranzi<sup>(1)</sup>, Norma Bertogna<sup>(2)</sup>, Elisabetta Cavazzon<sup>(2)</sup>, Fabio Cimador<sup>(2)</sup>, Erika Furlan<sup>(2)</sup>, Antonella Gregoris<sup>(2)</sup>, Barbara Mazzoleni<sup>(2)</sup>, Roberta Marini<sup>(2)</sup>, Daniela Nesich<sup>(2)</sup>, Ornella Perossa<sup>(2)</sup>, Lorella Postiferi<sup>(2)</sup>, Reanna Simsig<sup>(2)</sup>, Vanessa Stemberger<sup>(2)</sup>, Daniela Germano<sup>(3)</sup>; Daniela Longo<sup>(4)</sup>; Mara Palmieri<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> Televita SPA

<sup>(2)</sup> Distretti Sanitari ASS1 "Triestina"

<sup>(3)</sup> Dipartimento di Prevenzione ASS1 "Triestina"

<sup>(4)</sup> Ambito Muggia

<sup>(5)</sup> UOT 4

**Un caloroso ringraziamento va:**

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 provincia. Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste

alle intervistatrici e agli intervistatori per la disponibilità e la professionalità con cui si sono dedicati a questa attività;

ai Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

# Indice

	Pag.
i. Prefazione	1
ii. Premessa	3
Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto	4
La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento	5
L'indagine 2012-2013 nella ASS1 "Triestina"	7
Profilo generale della popolazione anziana dell'ASS1 "Triestina"	9
Profilo generale della popolazione anziana del Pool Nazionale	10
<b>1 – BENESSERE E INDIPENDENZA</b>	<b>11</b>
1.1 Caratteristiche socio-demografiche	12
1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più	17
1.2.1 Perché la popolazione con 65 anni e più è stata suddivisa in sottogruppi ?	17
1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?	18
1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?	19
1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana di base e strumentali	21
1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL	21
1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL	22
1.4 Percezione dello stato di salute	24
1.5 Soddisfazione per la propria vita	29
1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	31
<b>2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE</b>	<b>33</b>
2.1 Stili di vita : attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	33
2.1.1 Attività fisica	34
2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari	38
2.1.3 Consumo di alcol	40
2.1.4 Abitudine al fumo	43
2.2 Ipertensione arteriosa	46
2.3 Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili	47
2.4 Problemi di vista, udito e masticazione	50
2.4.1 Problemi di vista	51

2.4.2 Problemi di udito	53
2.4.3 Problemi di masticazione	55
2.4.3.4 Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?	56
2.5 Cadute	59
2.6 Sintomi di depressione	63
2.7 Rischio di isolamento	65
2.8 Visite del Medico di medicina generale	66
2.9 Sicurezza nell'uso dei farmaci	67
2.9.6 Farmaci e alcol	70
2.10 Vaccinazione antiinfluenzale	72
2.11 Protezione dalle ondate di calore	74
2.12 Aiuto nelle attività della vita quotidiana	76
2.13 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	77
<b>3 - PARTECIPAZIONE</b>	<b>78</b>
3.1 Formazione e apprendimento	79
3.2 Lavoro	80
3.3 Attività sociali e comunitarie	81
3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività	82
3.5 Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	86
<b>4 – AMBIENTE DI VITA</b>	<b>87</b>
4.1 Accessibilità dei servizi	88
4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?	89
4.1.3 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati?	91
4.2 Abitazione	92
4.3 Sicurezza dell'area di residenza	94
4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	95
<b>SINTESI DEI PROBLEMI E IPOTESI DI INTERVENTO PER GLI OPERATORI</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>103</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>107</b>

## Prefazione

La provincia di Trieste è la più vecchia di Italia: ha circa 232.000 abitanti, il 28% dei quali (oltre 64.500 persone) con più di 64 anni; il 14% ha più di 74 anni<sup>1</sup>. Il 5% degli ultra 64 enni (circa 3000 persone) vive in case di riposo. Nel 2011 l'indice di vecchiaia era del 245%<sup>2</sup>.

La situazione demografica triestina configura oggi lo scenario l'ISTAT prevede per l'Italia per il 2030<sup>3</sup>.

I carichi assistenziali e i costi diretti ed indiretti, in termini sia di spesa sanitaria che di Disability Adjusted Life Year (DALY, ovvero anni di vita in salute persi per morte prematura o anni vissuti con la malattia malattia) che ne conseguono suggeriscono l'opportunità di investire nei programmi di prevenzione e favorire l'adozione di stili di vita sani, secondo i principi di Guadagnare Salute<sup>4</sup>; d'altro canto, il rapido invecchiamento demografico richiede risposte globali ed efficaci in tempi brevi, finalizzate al benessere delle persone ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale, che possono essere favorite dall'integrazione di tutte le politiche: socio assistenziali, sanitarie, di protezione sociale, abitativa, dei trasporti, dell'educazione, del lavoro, culturali, ambientali, urbanistiche, formative e del tempo libero.

I Piani Di Zona (PDZ), adottati nella provincia di Trieste in attuazione degli obiettivi regionali, rappresentano uno strumento fondamentale per la programmazione e l'organizzazione dei servizi alla persona a livello territoriale, finalizzato a sviluppare non solo il sistema delle politiche sociali, ma anche il sistema integrato socio - sanitario ed a superare programmazioni ed interventi di settore che fanno capo a normative specifiche, poco coordinate tra loro<sup>5</sup>.

Una corretta programmazione congiunta sociale e sanitaria nelle principali aree di interesse (materno-infantile, anziani, disabilità, malattie croniche, salute mentale, terminalità, dipendenza patologica), non può prescindere dal quadro conoscitivo della popolazione, dei bisogni della comunità, delle risorse (istituzionali e dei soggetti privati) e dei sistemi di offerta presenti sul territorio, analizzati nel profilo di comunità, e deve individuare strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione degli obiettivi fissati<sup>6</sup>.

La partecipazione al progetto di sorveglianza PDA è una delle azioni previste dai PDZ 2013-2015 di Trieste per il raggiungimento degli obiettivi a favore dell'integrazione sociosanitaria nell'area anziani e delle politiche volte a sviluppare la cultura dell'invecchiamento attivo.

Tutti i sistemi di sorveglianza usati nelle aziende sanitarie - Okkio, HBSC per la popolazione in età scolare e pre-adolescenziale; PASSI per l'età adulta e PASSI D'Argento (PDA) per l'età matura, monitorando lo stato di salute della popolazione locale e la diffusione dei fattori di rischio modificabili, permettono di valutare la distanza dal raggiungimento degli obiettivi di salute. Questi ultimi devono essere intesi secondo i principi del progetto ministeriale "Guadagnare Salute", che identifica nella partecipazione di tutti i settori della società e

---

<sup>1</sup> Fonte: Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale

[http://www.sissr\\_id\\_sanita.fvg.it/Sie/Pop/str.jsp?area=pro&salvo=U.R.S.&radio0=Indici&ch](http://www.sissr_id_sanita.fvg.it/Sie/Pop/str.jsp?area=pro&salvo=U.R.S.&radio0=Indici&ch); ultima consultazione 09/09/2013;

<sup>2</sup> <http://www.urbistat.it/AdminStat/it/it/demografia/eta/trieste/32/3>; ultima consultazione 09/09/2013;

<sup>3</sup> Previsioni demografiche ISTAT 2005-2050; disponibile all'indirizzo:

[http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20060322\\_00/nota%20previsioni.pdf](http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060322_00/nota%20previsioni.pdf)

<sup>4</sup> *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*. Rapporto globale dell'OMS 2005 Disponibile all'indirizzo :

[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/Italian%20full%20report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf); ultima consultazione 09/09/2013

<sup>5</sup> Regione FVG. DGR FVG 458\_2012 *Linee guida per la predisposizione del PDZ 2013-2015*; Disponibile all'indirizzo:

[http://mtom.regione.fvg.it/storage//2012\\_174/Allegato%201%20alla%20Delibera%20174-2012.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage//2012_174/Allegato%201%20alla%20Delibera%20174-2012.pdf); ultima consultazione 09/09/2013

<sup>6</sup> Comune di Trieste. *Piano di Zona 2013-2015*; Disponibile all'indirizzo:

[http://www.retecivica.trieste.it/new/admin/allegati\\_up/allegati/PDZ\\_2013-2015.pdf](http://www.retecivica.trieste.it/new/admin/allegati_up/allegati/PDZ_2013-2015.pdf), modificato

nell'empowerment dell'individuo il successo del benessere e getta le basi per un invecchiamento attivo ed in buona salute.

PDA, inoltre, ispirandosi alla strategia dell'Active Ageing<sup>7</sup>, che considera la popolazione anziana più in termini di risorsa che in termini di carico assistenziale, rappresenta uno strumento concreto per superare la programmazione astratta di cittadinanza attiva, consentendo, per i suoi particolari ambiti di indagine e per le sue caratteristiche, di monitorare l'attuazione delle stesse politiche nel tempo.

Nella ASS1 Triestina sono attivi e ormai consolidati il sistema di sorveglianza PASSI (dal 2005), OKKIO e HBSC. Il sistema di sorveglianza PDA è stato avviato nel Luglio del 2012 e la sua realizzazione ha coinvolto diversi servizi e strutture aziendali e non.

Le informazioni ricavate dal PDA hanno ricadute sia a livello di Azienda Sanitaria che in termini di integrazione socio-sanitaria, che per le politiche di invecchiamento attivo.

Sono informazioni tempestive, confrontabili e non ottenibili da altri sistemi e riguardano non solo lo stato di salute e la distribuzione dei fattori di rischio della popolazione target ma, consentendo di identificare carenze organizzative o situazioni migliorabili, così come di verificare l'efficacia delle iniziative promosse e permettono, pertanto, di programmare interventi correttivi o azioni di informazione o prevenzione.

Consentono, inoltre, di individuare sottogruppi di popolazione sui quali intensificare i controlli o sui quali esercitare azioni di medicina di iniziativa.

L'organizzazione presente nel sistema di sorveglianza PDA, che coinvolge personale sanitario e sociale, favorisce il consolidamento del lavoro di rete fra soggetti istituzionali e non istituzionali, che è alla base delle politiche di integrazione socio sanitarie finalizzate al benessere della persona ed alla prevenzione del disagio sociale.

Relativamente alle politiche a favore dell'invecchiamento attivo, la combinazione degli indicatori contenuti nel PDA consente di tracciare un profilo di salute della popolazione ultra 64 enne e profili di rischio per condizioni specifiche e consente di identificare le aree che necessitano di maggiore intervento, sulle quali intervenire congiuntamente nella programmazione e nella realizzazione degli interventi a favore di un invecchiamento attivo.

Nel presente rapporto sono presentati i risultati della prima indagine, realizzata intervistando, fra Settembre e Ottobre 2012, un campione di 502 persone, estratte dalle liste dell'anagrafe sanitaria, rappresentativo della popolazione ultra 64enne della provincia di Trieste.

Daniela Germano

*Referente per il Sistema di Sorveglianza PASSI D'Argento  
Azienda per i Servizi Sanitari N°1 "Triestina"*

**Novembre 2013**

---

<sup>7</sup> *Active ageing: a policy framework*, Ginevra 2002, World Health Organization; 2002; ultima consultazione 09/09/2013

## 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 “disaggregate 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 aziendale "PASSI d'Argento" 2012-2013 presenta i risultati dell'indagine svolta nella ASS1 "Triestina".

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 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 seguenti destinatari:

- decisori e amministratori del settore sanitario e del settore sociale
- famiglie e persone con 65 anni e più.

Le pubblicazioni - elaborate dagli operatori che a livello locale 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 nazionale 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, ma 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 aziendali 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 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) ([www.passidargento.it/moodle](http://www.passidargento.it/moodle)) 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; 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 domiciliate fuori del comune di residenza, ospitate in Strutture Sanitarie Assistite, ricoverate in ospedale o residenti in carcere.

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, come per l'A.S.S. 1 "Triestina", 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. 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 della qualità dei dati. ([www.passidargento.it/dati](http://www.passidargento.it/dati)).

## **L'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 nella A.S.S. 1 "Triestina"**

La nostra Azienda Sanitaria ha aderito nel 2012 al sistema di sorveglianza, in assenza di una partecipazione regionale allo studio. Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati 29 operatori: 8 di Televita S.P.A., 12 operatori sanitari dei Distretti dell'ASS 1 "Triestina" e 9 Assistenti Sociali delle UOT e degli Ambito dei Comuni della provincia di Trieste.

### ***Quante persone sono state intervistate per l'indagine?***

La popolazione in studio è costituita da 65.727 residenti (maschi = 26.559; femmine = 39.168) con più di 64 anni iscritti al 31/05/2012 nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell' Azienda Sanitaria n°1 "Triestina".

Nel periodo compreso tra Settembre ed Ottobre 2012 sono state intervistate 502 persone con 65 anni e più, individuate con campionamento casuale semplice, proporzionale per sesso e fasce di età, rappresentativo della popolazione aziendale di riferimento che

Lo 1,7% delle persone (10 persone) sono state escluse dal campione in quanto "non eleggibili", ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine perché:

- domiciliate fuori del comune di residenza (4 casi, 0,7%);
- ricoverate in ospedale od ospitate in RSA al momento dell'indagine (5 casi, 0,8%);
- altro (1 caso, 0,2%).

La media nazionale di persone non eleggibili è del 6,5%.

Il tasso di risposta è stato pari allo 87%. Le persone con 65 anni e più selezionate sostituite sono state pari al 13% del campione. Lo 11,4% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto a sostenere l'intervista, un ulteriore 1,8% riguardava persone con le quali non è stato possibile mettersi in contatto perché non reperibili o perché senza telefono o con telefono non rintracciabile.

La raccolta dei dati è avvenuta nel 95% utilizzando il metodo CATI - Computer Assisted Telephone Interview – (26% a livello nazionale), mentre negli altri casi è stata realizzata telefonicamente o vis a vis, tramite questionario cartaceo, da personale dell'Azienda Sanitaria o da assistenti sociali dei Comuni che hanno partecipato.

### ***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, può essere intervistato/a 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.

Nella ASS 1, l'intervento del proxy si è verificato nello 8% dei casi (n=39), di cui nel 6% (n=30) fin dall'inizio dell'intervista e nel 2% (n=9) dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto.

### ***Quale era la modalità di intervista?***

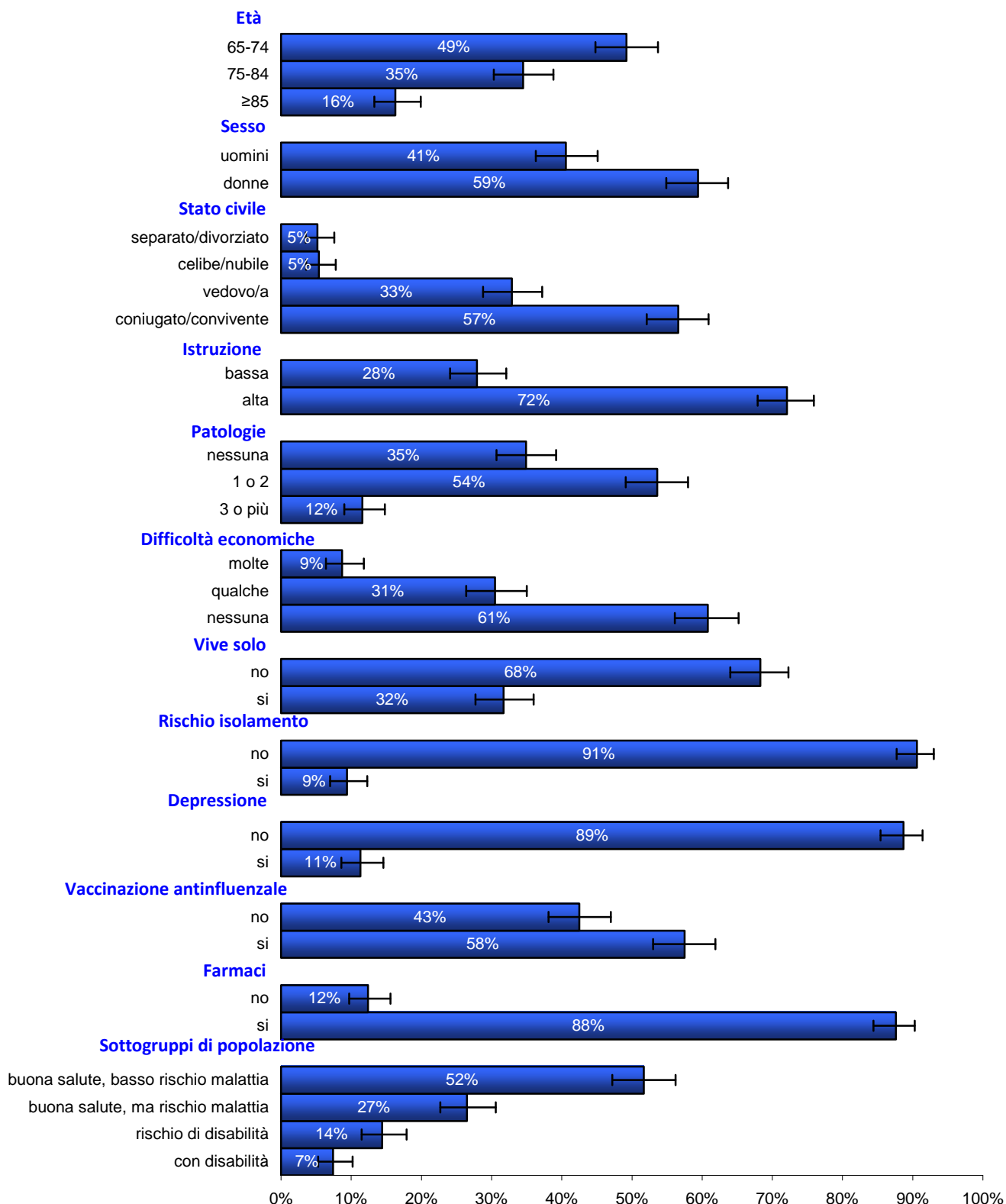
Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 23 operatori specificamente formati. La modalità di intervista è scelta sulla base delle necessità o eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato.

Le interviste telefoniche sono state il 97% (n=486), mentre il 3% (16 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia.

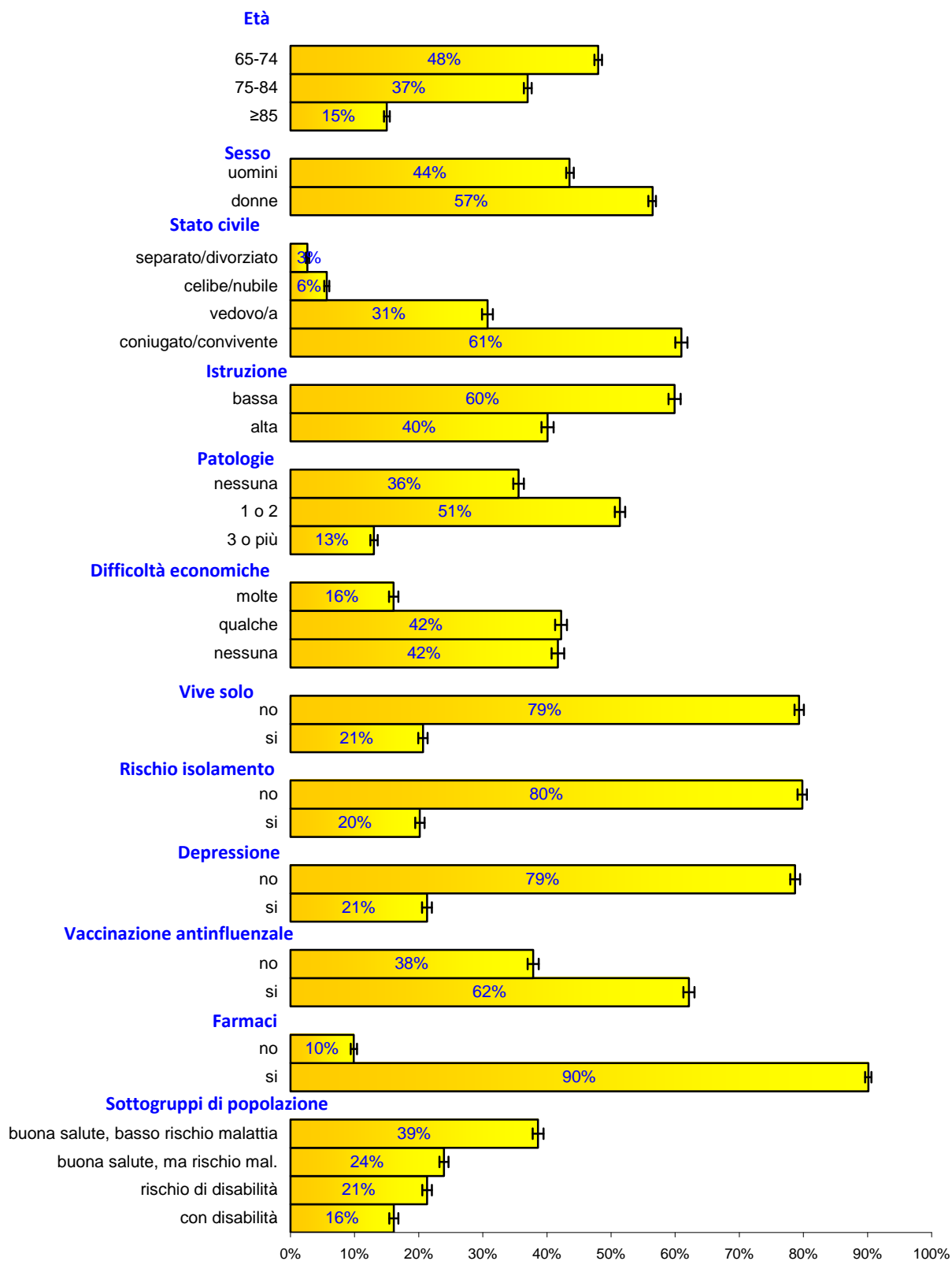
La durata dell'intervista è stata in media di 20 minuti se telefonica, 49 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l'operatore ha svolto in media 7 km per raggiungere l'anziano.

**Profilo generale della popolazione anziana**  
**Descrizione del campione aziendale**  
 ASS1 "Triestina" PDA 2012 (n=502)



**Profilo generale della popolazione anziana**  
 Descrizione del campione nazionale  
**Pool PDA 2012 (n=23.976)**



# 1. Benessere e indipendenza

È ormai assodata l'utilità delle misure soggettive del benessere e della salute. Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano il modo in cui le persone affrontano la vita, e possiedono un elevato valore informativo. Al contrario, i parametri quantitativi tradizionalmente utilizzati come misura di outcome non sono sempre correlati con lo stato funzionale ed il benessere generale della persona.

In particolare, il concetto di "qualità della vita" è in linea con le indicazioni dell'OMS, che definisce la salute come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia". La "qualità della vita collegata allo stato di salute" (Health Related Quality Of Life – HRQOL) è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie. In Italia si assiste ad un costante aumento dell'attesa di vita degli uomini e delle donne con una quota importante tuttavia gravata da disabilità: in tal senso l'HRQOL può rivelarsi uno strumento di particolare importanza per contribuire alla misura "percepita" di questo scostamento.

A differenza di quanto avviene per le affezioni acute - dove indici come la mortalità, la letalità o il tasso di guarigione sono molto significativi - la misura della qualità della vita collegata allo stato di salute diventa fondamentale nel quadro delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), che interessano in maniera preponderante le persone con 65 anni e più.

A livello della comunità, le misure della qualità della vita forniscono inoltre indicazioni relative alle disuguaglianze nella salute, perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali ed altre condizioni pratiche. Includere gli indicatori della qualità della vita all'interno di un sistema di sorveglianza consente di ottenere informazioni utili a descrivere la salute della popolazione secondo una prospettiva più ampia, che tiene conto anche degli interventi e delle politiche non strettamente socio-sanitarie, come quelle occupazionali, previdenziali, urbanistiche e abitative.

Per migliorare le condizioni strutturali che influenzano la qualità della vita collegata allo stato di salute, a livello europeo è stata messa a punto la strategia "Health in all policies (Hiap)", ovvero "Salute in tutte le politiche" che, attraverso un approccio intersettoriale, intende agire sui determinanti sociali della salute, ovvero sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Ciò comporta il coinvolgimento e la responsabilizzazione di un'ampia gamma di settori, innanzitutto quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della politica sociale ai diversi livelli di governo (europeo, nazionale, regionale e locale), con l'obiettivo di contrastare in maniera efficace le disuguaglianze di salute.

Essere indipendenti ha indubbe ricadute sul benessere della persona. Dal punto di vista fisico PASSI d'Argento ha preso in considerazione l'indipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, valutate mediante strumenti validati e diffusi a livello nazionale ed internazionale.

- *Activities of Daily Living (ADL)*, più di base, come vestirsi e mangiare autonomamente, per valutare la capacità di svolgere attività di base;
- *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*, più complesse, come andare a fare la spesa, per valutare la capacità di svolgere attività strumentali.

## 1.1 Caratteristiche socio-demografiche

Protezione, salubrità e dignità delle persone sono anche frutto delle politiche sanitarie, sociali, finanziarie, oltre che di protezione fisica e ambientale.

La descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della popolazione fornisce, quindi, non solo l'immagine della situazione esistente, ma consente anche di cogliere l'entità di differenze che hanno ricadute sulla salute soggettiva ed oggettiva delle persone.

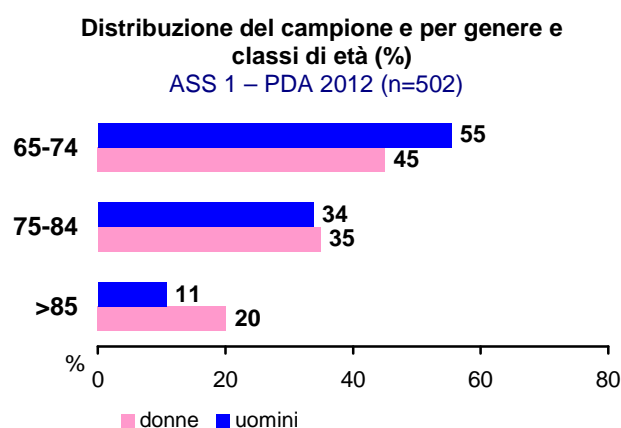
### 1.1.1 Come è distribuito il campione per genere e classe d'età? Quanto è rappresentativo della popolazione con 65 anni e più?

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe sanitaria.

Per quanto riguarda la distribuzione per classi di età,

- il 45% appartiene alla fascia 65-74 anni;
- il 35% a quella 75-84 anni;
- il 16% è composto da persone nella fascia con 85 o più anni.

Fra gli intervistati, lo 0,2% (1 uomo) aveva 100 o più anni



L'età media è di 76,6 anni per le donne e di 74,7 anni fra gli uomini.

Le donne rappresentano complessivamente il 59% del campione.

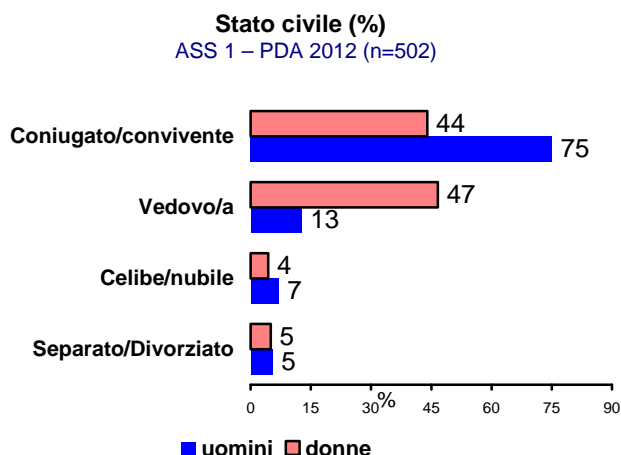
- ◆ La composizione del campione intervistato per classi di età, analizzata separatamente per genere, conferma la diversa distribuzione per età dei 2 sessi (tra le persone con 65 anni e più, quelle con più di 85 anni sono 27 su 100 tra gli uomini e 73 su 100 tra le donne) e la sua buona rappresentatività della popolazione generale per questi aspetti.

Il dato riflette il fenomeno di «femminilizzazione» della popolazione anziana, particolarmente evidente nelle classi di età più avanzate. La percentuale di donne passa infatti dal 54% nella classe 65-74 anni al 60% in quella 75-84 e raggiunge ben il 73% tra gli ultra 85enni. Tale fenomeno risulta più evidente a livello locale rispetto alla media nazionale, in cui la percentuale di donne passa dal 53% al 57% al 64% nelle tre classi di età considerate

### 1.1.2 Qual è lo stato civile?

- ◆ Il 57% dell'intero campione è coniugato/ convivente, il 33% è vedovo, il 5% celibe/nubile e il 5% separato o divorziato. A livello nazionale le percentuali sono rispettivamente del 61%, 31%, 6%, 3%.
- ◆ Il grafico illustra lo stato civile nei 2 generi: sono evidenti le differenze soprattutto a carico dello stato di vedovanza, che riguarda quasi la metà delle intervistate (47%).

La vedovanza naturalmente cresce col crescere dell'età: fra le donne con più di 74 anni la percentuale di vedove raggiunge il 65%, mentre fra gli uomini è del 22%.



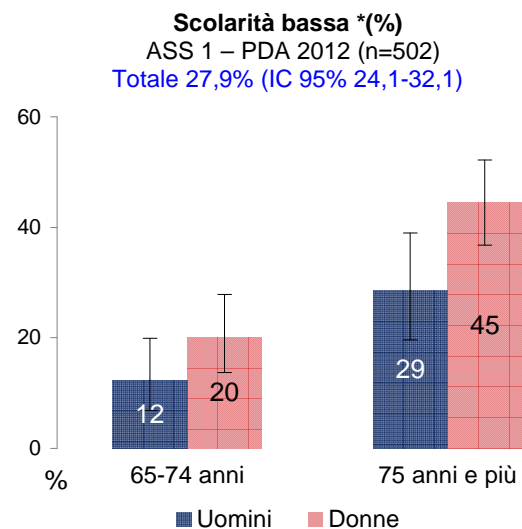
### 1.1.3 Quale è il livello di istruzione?

- Il 2% del campione non ha alcun titolo di studio,
- uno su 4 ha la licenza elementare,
- il 42% la licenza media inferiore,
- uno su cinque la licenza media superiore
- lo 8% è laureato.

PASSI d'Argento definisce con "basso livello di istruzione", complessivamente, coloro che non hanno titolo di studio e quelli con licenza elementare, mentre vengono considerate con "alto livello di istruzione", complessivamente, le persone con licenza media, diploma e laurea.

Nella ASS1 Triestina, il 72% degli intervistati ha livello di istruzione alto. Tale valore risulta più elevato rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012), che corrisponde al 40%; la differenza rilevata è significativa dal punto di vista statistico.

L'istruzione è fortemente età e genere-dipendente: le donne e le persone con 75 anni e più mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto agli intervistati più giovani.



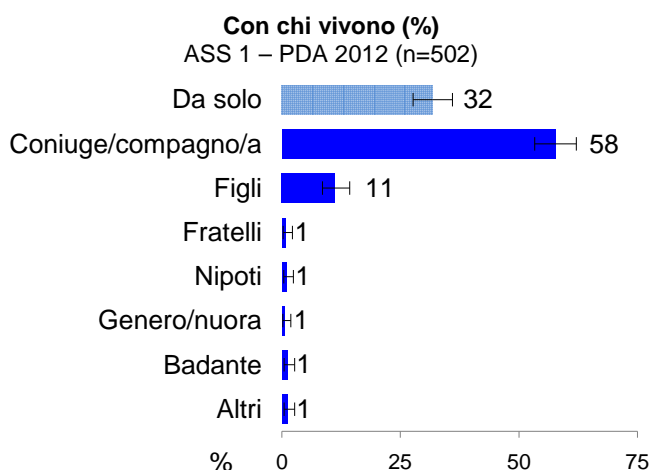
\* nessun titolo di studio o licenza elementare

### 1.1.4 Con chi vivono?

Tra le persone con 65 anni e più, il 32% (159 su 502) vive da solo.

Indipendentemente dalla convivenza con altre figure, oltre la metà (58%) vive con il coniuge;

- lo 11% vive con figli.
- Risultano situazioni poco frequenti vivere con una badante (1%); fratelli o sorelle (1%); generi o nuore (1%); nipoti (1%); altre persone (1%).



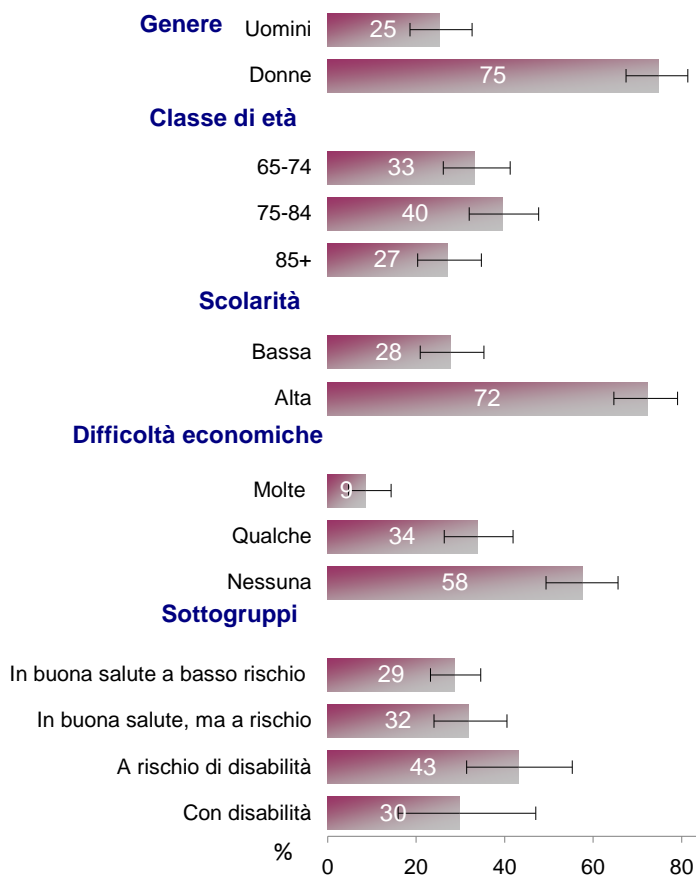
### 1.1.5 Quali sono le caratteristiche demografiche di chi vive solo?

Tra le 159 persone con 65 anni e più che vivono da sole,

- 3 su 4 sono donne;
- il 67% ha più di 74 anni, in particolare 40% ha un'età fra 75 e 84 anni e 27% ha 85 anni e più;
- circa 3 su 4 hanno livello di istruzione alto;
- oltre la metà non ha difficoltà economiche;
- oltre il 40% presenta un rischio di disabilità, mentre il 30% ha una disabilità conclamata.

Le differenze rilevate sono significative per genere, livello di istruzione, livello economico.

**Caratteristiche socio demografiche degli ultra 64enni che vivono da soli (%)**  
ASS 1 – PDA 2012 (n=502)  
Totale 31,7% (IC 95% 27,7-36)



### 1.1.6 Come arrivano a fine mese?

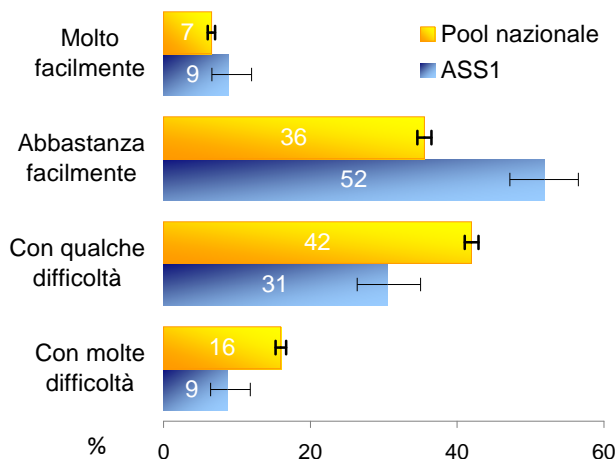
Nell'ASS1 Triestina, quasi 2/3 delle persone intervistate (61%) riferiscono di non avere particolari difficoltà economiche:

- il 9% arriva a fine mese molto facilmente;
- 52% abbastanza facilmente;
- 31% (156 persone) riferisce qualche difficoltà;
- 9% (45 persone) arriva a fine mese con molte difficoltà.

A livello nazionale, la percentuale di persone che dichiara difficoltà economiche è maggiore rispetto a quanto rilevato nell'ASS1: nel dettaglio, arriva a fine mese 7% molto facilmente, 36% abbastanza facilmente, 42% con qualche difficoltà, 16% con molta difficoltà.

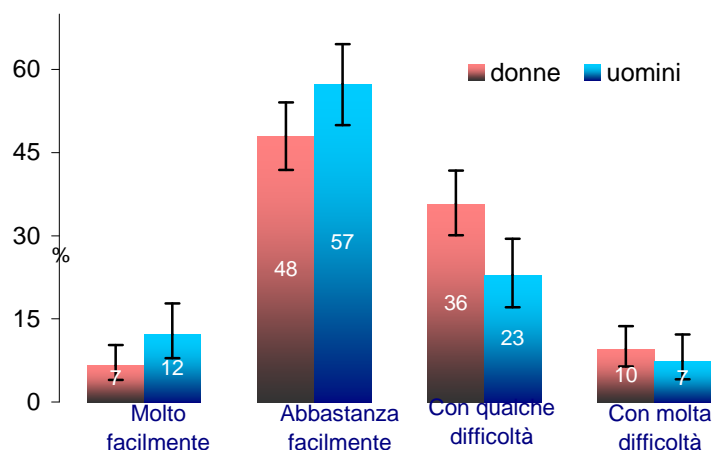
Le differenze rilevate nell'ASS1 rispetto al pool nazionale risultano significative dal punto di vista statistico.

**Come arrivano a fine mese (%)**  
PDA 2012  
Confronto ASS 1 (n=459) - Pool (n=18.388)



La percentuale di donne che dichiara di avere difficoltà economiche (molte, qualcuna) è maggiore rispetto agli uomini, con differenze significative dal punto di vista statistico fra coloro che dichiarano qualche difficoltà economica.

**Come arrivano a fine mese per genere (%)**  
ASS 1 – PDA 2012 (n=502)



### 1.1.7 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?

PASSI d'Argento stima che fra le persone con 65 anni e più, nell'ASS1, il 39% arrivi a fine mese con difficoltà economiche ed il 61% vi arrivi senza.

Fra le persone che riferiscono difficoltà economiche, il 9% circa dichiara di arrivare a fine mese con molta difficoltà.

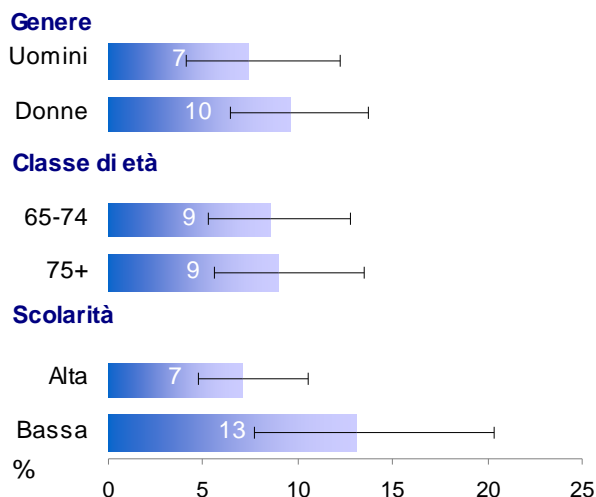
Non si rilevano differenze significative per genere ed età fra le persone che dichiarano molte difficoltà economiche, mentre queste vengono riferite con maggiore frequenza da persone con scolarità bassa - nessun titolo di studio o licenza elementare - (13%) rispetto a quelle con scolarità alta (7%).

Le differenze rilevate non sono significative statisticamente

#### Chi ha molte difficoltà economiche (%)

ASS 1 – PDA 2012 (n=502)

Totale = 8,9% (IC95% 6,6 – 12,0)



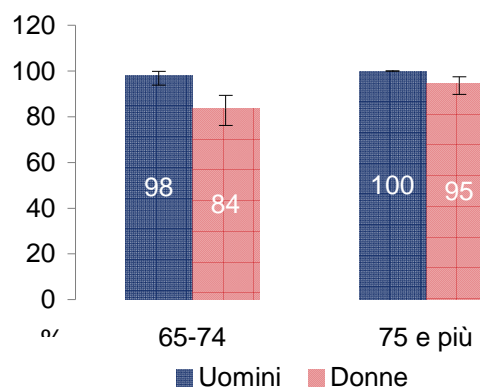
### 1.1.8 Quanti percepiscono una pensione?

Il 93% della popolazione con 65 anni e più riceve una pensione (99% degli uomini, quasi 90% delle donne)

La disponibilità di pensione non cambia con l'età tra gli uomini, mentre risulta maggiore tra le donne con 75 anni e più (95%) rispetto a quelle con 65-74anni (84%).

#### Percepiscono una pensione (%)

ASS 1 – PDA 2012 (n=502)



## 1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali). Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione con 65 anni e più non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi.

Alla luce di questa diversità, nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione con 65 anni e più, con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone:

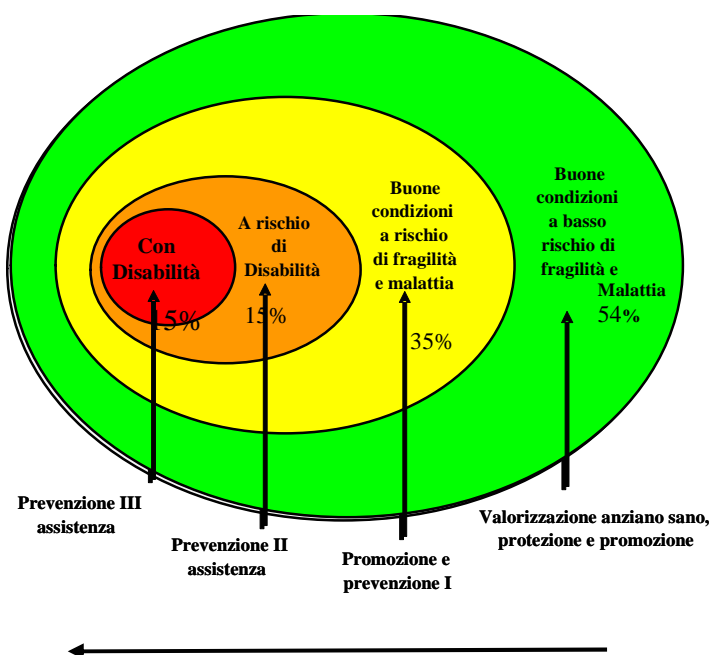
- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

### 1.2.1 Perché la popolazione con 65 anni e più è stata suddivisa in sottogruppi?

L'individuazione di sottogruppi, all'interno della popolazione con più di 64 anni, è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è essenziale per la programmazione e valutazione delle strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici, che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità (vedi figura), alle azioni di valorizzazione e protezione sociali trasversali a tutti i sottogruppi.

*I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento*



## 1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di Salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La Salute è intesa, quindi, come benessere fisico, mentale e sociale di un individuo o gruppo che deve essere capace, da un lato, di identificare e realizzare aspirazioni e soddisfare bisogni e, dall'altro, di utilizzare le proprie risorse personali e sociali, così come le capacità fisiche, per modificare l'ambiente circostante e farvi fronte. L'ambiente familiare e sociale ha un peso determinante nel favorire e mantenere il livello di salute delle persone con 65 anni e più. A fronte di questa definizione di Salute, la popolazione è stata suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana, misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare, è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

- attività di base della vita quotidiana o *Activities of Daily Living* (ADL), come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra;
- attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) come, ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine, (vedi riquadro più in basso).

Si sono così identificati 4 sottogruppi

### 1. **In buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa**

- sono indipendenti in tutte le ADL;
- hanno bisogno di aiuto al massimo per una IADL;
- presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
  - a. problemi di masticazione o vista o udito;
  - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
  - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale;
  - d. almeno una patologia cronica;
  - e. ipertensione.

### 2. **In buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità**

- sono indipendenti in tutte le ADL;
- hanno bisogno di aiuto al massimo in una IADL;
- presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
  - a. problemi di masticazione o vista o udito;
  - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
  - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale;
  - d. almeno una patologia cronica;
  - e. ipertensione.

### 3. **A rischio di disabilità**

- sono indipendenti in tutte le attività ADL

- hanno bisogno di aiuto in almeno due IADL
- 4. Con disabilità**
- hanno bisogno di aiuto in una o più ADL.

### 1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?

Le **ADL** comprendono le attività di base che la persona deve necessariamente svolgere per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa.

Lo strumento più utilizzato per la valutazione del livello di autonomia in queste attività è l'indice di Katz (1963) e comprende le seguenti attività/funzioni: muoversi da una stanza all'altra, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni.

Le **IADL**, rispetto alle ADL, sono attività più complesse, dal punto di vista fisico e/o cognitivo e possono essere svolte anche al di fuori dell'ambiente domestico.

Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da solo esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della indipendenza nelle IADL è la scala da cui il termine IADL prende il nome, pubblicata da Lawton e Brody nel 1969, e comprende le seguenti attività: usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere,

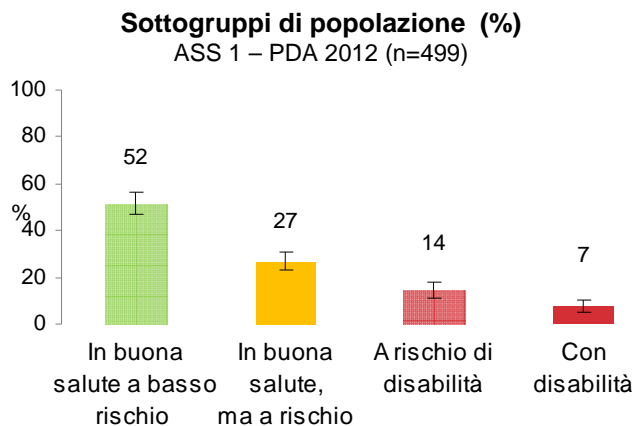
Per ciascuna attività, è stato chiesto alla persona intervistata se era in grado di svolgerla "da solo/a, anche se con problemi", "solamente se aiutato/a", oppure se non riusciva a svolgerla. Nell'indagine PASSI d'Argento, in una ottica bio-psico-sociale, per la quale le abilità sono il risultato dell'interazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda, la risposta "solamente se aiutato" non è stata considerata come una perdita di indipendenza per lo svolgimento di 3 delle 6 ADL (vestirsi, farsi il bagno o la doccia, essere continenti) e di 4 IADL su 8 (cucinare, fare il bucato, pagare conti o bollette, usare il telefono).

Sono state considerate sia le situazioni di non autonomia nelle sole ADL (la non autonomia in almeno 1 ADL è definita "disabilità"), sia la non autonomia "solo" nelle IADL.

La limitazione in una attività della vita quotidiana comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo, ma anche in relazione alla combinazione con la non autonomia nelle attività strumentali (IADL) e di quelle di base della vita quotidiana (ADL)..

### 1.2.4 Nella ASS 1 "Triestina" come è distribuita la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?

- Il 52% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa.
- Il 27% è in buona salute, ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità.
- Il 14% è a rischio di disabilità.
- Il 7% risulta avere limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana ADL. In questo ultimo gruppo troviamo le persone che hanno particolare bisogno di assistenza.

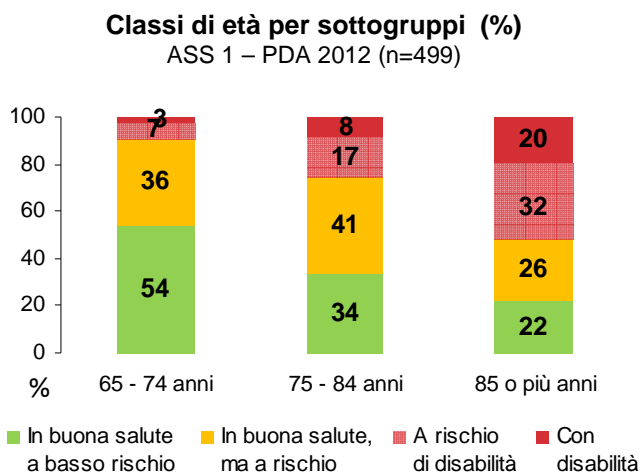


### 1.2.5 Qual è la distribuzione dei sottogruppi in ciascuna classe di età?

- Tra le persone di età compresa tra i 65 ed i 74 anni la maggioranza è in buona salute (90%), quelle con disabilità rappresentano solo il 3%, mentre quelle a rischio sono il 7%.

Fra le persone fra 75 e 84 anni, 75% è in buona salute, 17% è a rischio di disabilità e 8% è disabile.

- Dopo gli 84 anni persone a rischio di disabilità (32%) e con disabilità (20%) rappresentano la metà delle persone in questa fascia di età.
- Le persone in buona salute ma a rischio sono il 36% tra i 65 ed i 74 anni, il 41% tra i 75-84 anni e il 26% dagli 85 in avanti.

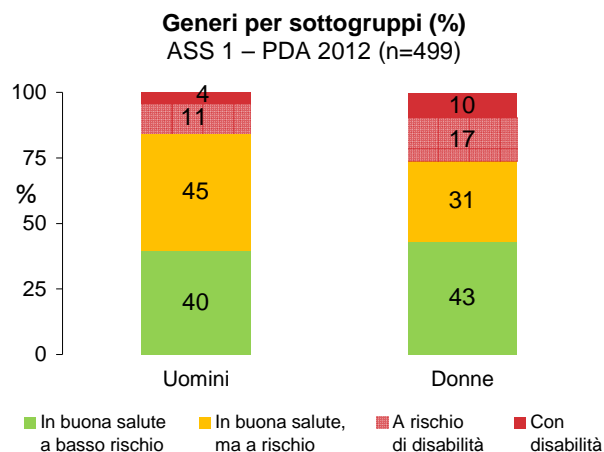


### 1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?

La distribuzione per sottogruppi non è del tutto omogenea per genere.

Tra le donne, sono più numerose le persone che appartengono ai gruppi con disabilità (10% vs 4% negli uomini) e a rischio di disabilità (17% vs 11% negli uomini).

Tale dato è legato alla maggiore proporzione di donne nelle classi di età più avanzate.



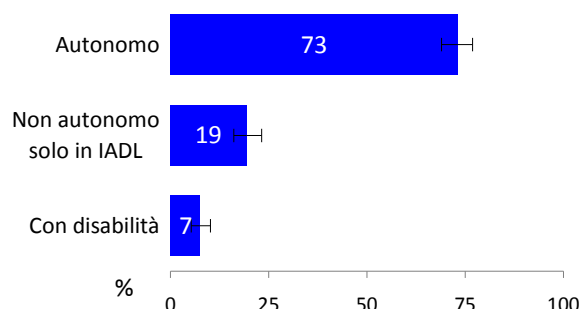
## 1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, di base e strumentali

### 1.3.1 Quanti non sono autonomi nelle attività della vita quotidiana (IADL O ADL)?

Nella ASS1 "Triestina", tra le persone con 65 anni e più:

- 73% (quasi 365 persone su 499) non hanno problemi a svolgere attività della vita quotidiana;
- il 19% presenta problemi di autonomia solo nelle IADL
- il 7% non è autonomo in almeno una ADL, indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL.

**Limitazioni nelle attività della vita quotidiana (%)**  
ASS 1 – PDA 2012 (n=499)



### 1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL

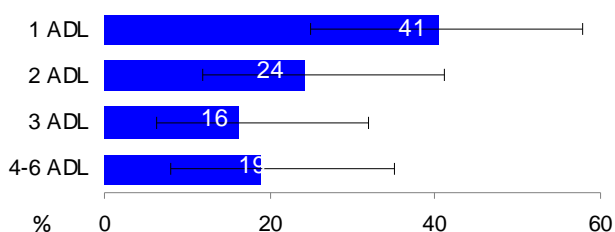
#### 1.3.2.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL?

Nella ASS1 "Triestina", le persone con disabilità sono il 7% e sono coloro che non sono autonomi in 1 o più ADL.

Fra costoro, il 41% non è autonomo in 1 sola ADL, il 24% in 2 e il 16% in 3 ADL.

Il 19% non è autonomo in 4 o più ADL.

**Distribuzione della frequenza delle dipendenze ADL nel gruppo con disabilità (%)**  
ASS 1 – PDA 2012 (n=37)



#### 1.3.2.2 Le persone con disabilità: distribuzione per età e sesso

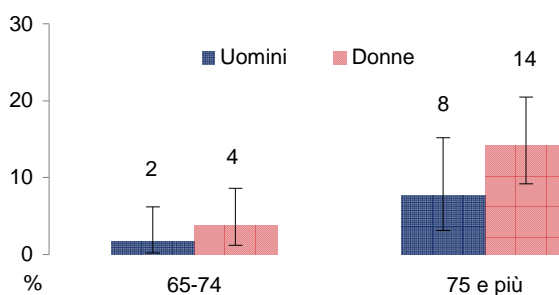
Le limitazioni nelle ADL aumentano con l'età (3% tra i 65-74 anni e 12% dai 75 anni in su).

Tra i 65 ed i 74 anni si presentano nel 2% degli uomini e nel 4% delle donne.

Dopo i 74 anni vengono invece registrate nel 14% delle donne e nel 8% degli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (4% vs 10%) in ASS1 dipende principalmente dalla prevalenza di donne nella classe di età più elevata.

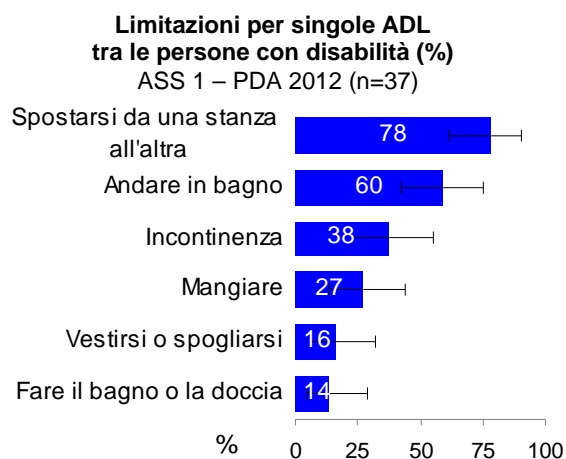
**Persone con disabilità per età e sesso (%)**  
ASS 1 – PDA 2012 (n=37)



### 1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?

Tra le persone che presentano limitazioni nelle ADL:

- più di 3 su 4 (75%) ha problemi a spostarsi da una stanza all'altra;
- più di 3 su 5 (60%) non sono autonome nell'andare in bagno;
- il 38% ha problemi di incontinenza;
- il 27% non si alimenta autonomamente;
- il 16% è totalmente dipendente nel vestirsi o spogliarsi;
- il 14% non è autonomo nel fare il bagno o la doccia.

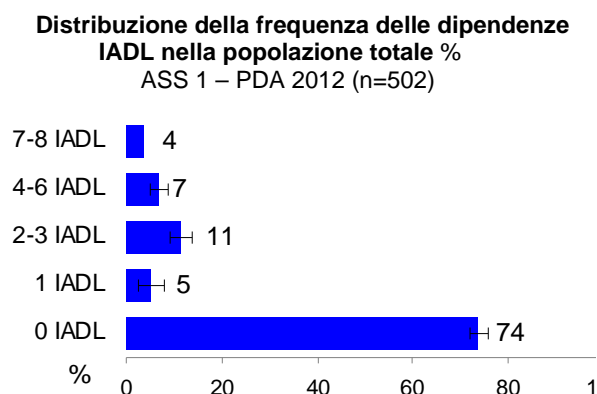


### 1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL

#### 1.3.3.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL?

Complessivamente, il 27% delle persone con 65 anni e più presenta limitazioni nelle IADL:

- il 5% risulta non autonomo in 1 sola IADL;
- più del doppio (11%) ha limitazioni in 2 o 3 IADL;
- il 7% non è autonomo in un numero di IADL variabile tra 4 e 6;
- il 4% ha perso l'autonomia in 7-8 IADL.



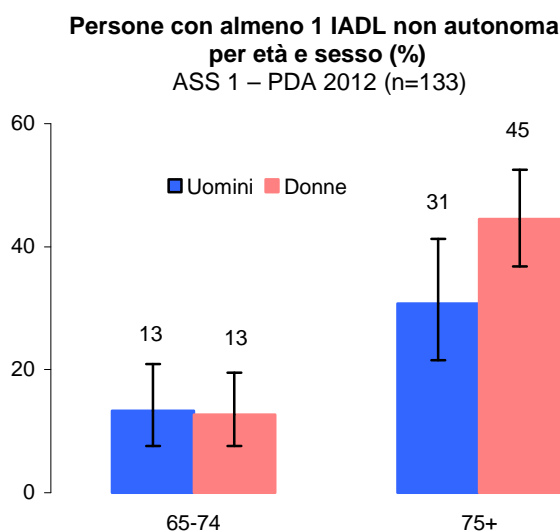
#### 1.3.3.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con almeno 1 IADL non autonoma?

Le persone non autonome in 1 o più IADL aumentano con l'età: rappresentano il 13% tra i 65-74 anni e meno della metà (40%) dai 75 anni in su.

Tra i 65 ed i 74 anni costituiscono il 13% sia degli uomini che delle donne.

Dopo i 74 anni invece rappresentano il 45% delle donne e il 31% degli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (21% vs 30%) in ASS1 "Triestina" dipende quindi soprattutto dalla maggiore componente femminile dopo i 75 anni.



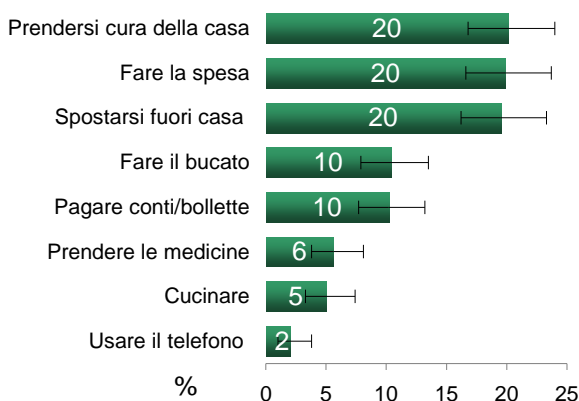
### 1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Per tutte le IADL le limitazioni sono più diffuse tra le persone con disabilità.

Le IADL che più frequentemente presentano limitazioni sono prendersi cura della casa, fare la spesa e spostarsi fuori casa: nella popolazione generale, non le svolge autonomamente oltre il 20% delle persone con 65 anni e più (circa 3 persone su 4 tra quelle con limitazione in almeno 1 IADL). L'attività che risulta meno limitata è l'uso del telefono: sono 2 su 100 coloro che non lo utilizzano in maniera autonoma (8 su 100 tra le persone con con limitazione in almeno 1 IADL).

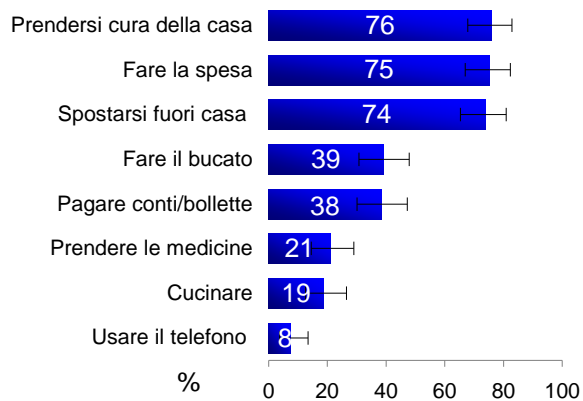
**Limitazioni per singole IADL fra tutti gli ultra64enni (%)**

ASS 1 – PDA 2012 (n=502)



**Limitazioni per singole IADL fra le persone con almeno una limitazione IADL (%)**

ASS 1 – PDA 2012 (n=133)



### 1.3.3.4 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse all'interno dei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità?

Tra le persone a rischio di disabilità e quelle con disabilità non cambiano le IADL più

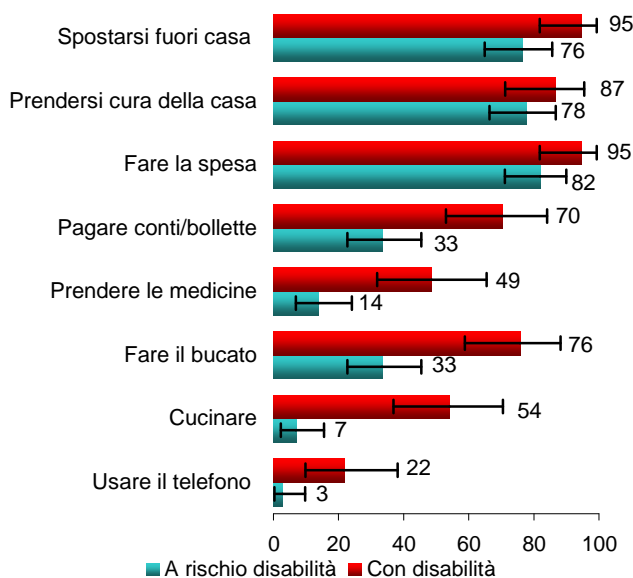
frequentemente compromesse ma, ovviamente, aumenta la loro diffusione.

Spostarsi fuori casa, prendersi cura della casa e fare la spesa **non** vengono svolte autonomamente da oltre 9 persone su 10 tra quelle con disabilità e quasi 8 su 10 tra quelle a rischio di disabilità.

L'attività che risulta meno limitata si conferma l'uso del telefono: su 100 persone, coloro che non lo utilizzano in maniera autonoma sono 3 tra quelle a rischio di disabilità e 22 tra quelle con disabilità).

**Limitazioni per singole IADL (%) tra le persone a rischio di disabilità\* e con disabilità\*\***

ASS 1 – PDA 2012 (n=133)



”

\* a rischio di disabilità : limitazione in 2 o più IADL;

\*\* con disabilità: limitazione in almeno 1 ADL

## 1.4 Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita.

Nelle persone con 65 anni e più, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Nelle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali. Dagli anni '80, questo pacchetto di misure standard della "qualità della vita relativa alla salute" (Health Related Quality Of Life –HRQOL) è stato gradualmente inglobato in diversi sistemi di sorveglianza e di survey di popolazione, grazie alla sua associazione con gli effetti della presenza negli individui di patologie croniche o degli stessi determinanti e fattori di rischio di malattia.

In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i più giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati uno stato di salute migliore delle persone senza lavoro. Così pure un elevato livello di istruzione e di reddito influenzano positivamente in tutta Europa la percezione dello stato di salute.

PASSI d'Argento indaga anche la variazione della salute percepita rispetto all'anno precedente, informazione che assume particolare interesse nelle persone di età avanzata.

### 1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?

Nella ASS1 "Triestina":

- Il 41% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene;
- il 44% ha riferito di sentirsi discretamente e il
- 15% ha risposto in modo negativo (male/molto male), con differenze significative fra le 2 classi di età indagate.

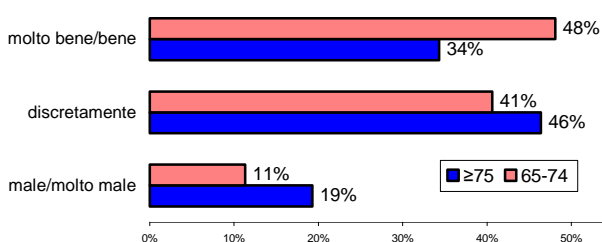
Differenze significative per classi di età dello stato di salute percepito si rilevano fra i maschi intervistati.

Nel pool nazionale di Passi D'Argento:

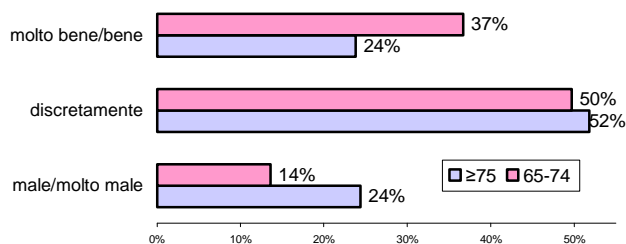
- Il 31% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, il 51% ha riferito di sentirsi discretamente e il
- 18% ha risposto in modo negativo (male/molto male), con differenze significative fra le 2 classi di età indagate.

I grafici sotto riportano lo stato di salute percepito nelle 2 classi di età indagate, rispettivamente per ASS1 (a sinistra) e per Pool Nazionale (a destra).

Percezione dello stato di salute per classi di età (%)  
ASS1-PDA 2012 (n=502)



Percezione dello stato di salute per classi di età (%)  
Pool Nazionale PDA 2012 (n=19.173)



## 1.4.2 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno una percezione negativa della propria salute?

Il 15% delle persone intervistate ha dichiarato di sentirsi male/molto male.

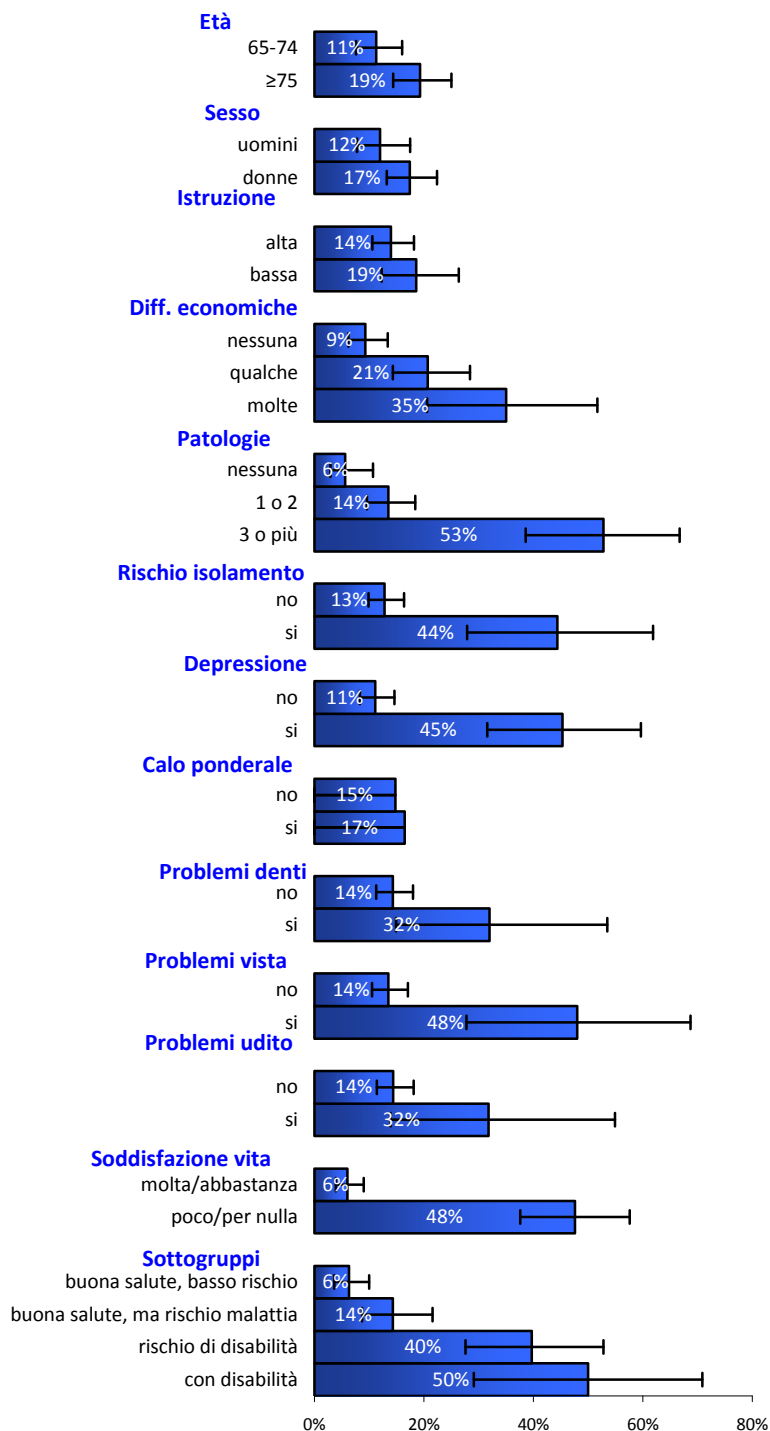
La percezione negativa dello stato di salute risulta più frequente fra le persone con:

- ◆ età più avanzata;
- ◆ genere femminile;
- ◆ istruzione bassa;
- ◆ difficoltà economiche;
- ◆ presenza di 3 o più patologie;
- ◆ presenza di problemi sensoriali (vista, masticazione, udito);
- ◆ presenza di depressione e rischio di isolamento;
- ◆ scarso livello di soddisfazione per la propria vita
- ◆ sottogruppi "a rischio di" e "con" disabilità.

### Percezione negativa dello stato di salute (male/molto male)

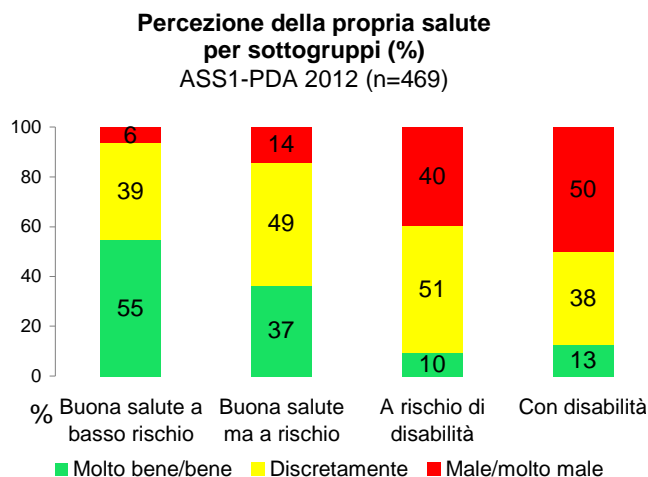
Caratteristiche ASS 1 PDA 2012 (n=502)

Totale= 15,3% (IC 95%: 12,2-18,9)



### 1.4.3 Qual è la percezione della salute nei sottogruppi di popolazione?

- Riferisce di avere uno stato di salute buono o molto buono il 55% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia, il 37% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia, il 10% di quelle con segni di fragilità e il 13% dei soggetti con disabilità.
- Una percezione negativa della propria salute aumenta al peggioramento delle condizioni di salute, passando dal 6% dei soggetti in buone condizioni a basso rischio di malattia al 14% fra le persone in buona salute ma a rischio di malattia, al 40% fra le persone a rischio di disabilità fino al 50% fra quelli con disabilità.



### 1.4.4 Come si sentono rispetto all'anno precedente?

Il 15% delle persone con 65 anni e più si sente meglio rispetto ad un anno prima (3% molto meglio, 12% meglio), il 58% si sente allo stesso modo, il rimanente 27% si sente peggio (23% leggermente, 4% molto peggio).

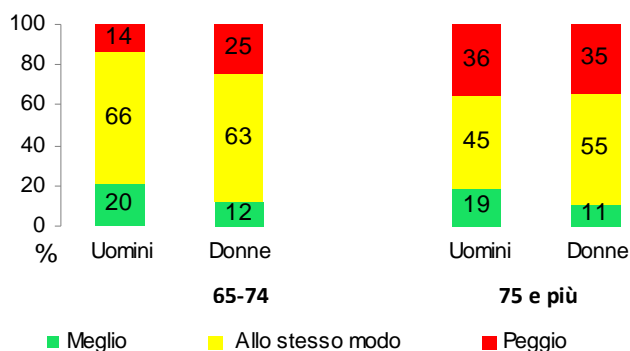
Come ci si sente rispetto all'anno precedente cambia in relazione all'età, ma anche al genere:

- si sentono peggio il 20% delle persone tra 65 e 74 anni e il 35% di quelle con 75 anni e più, ma con prevalenze maggiori nelle donne rispetto agli uomini.
- Anche dopo i 74 anni il 14% dice di sentirsi meglio rispetto all'anno precedente, con differenze di età e genere meno evidenti rispetto a chi dichiara un peggioramento.

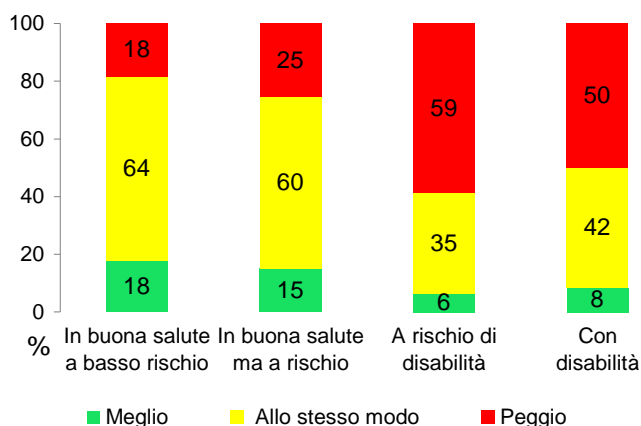
Ritiene peggiorata la propria salute rispetto all'anno precedente:

- un quinto (18%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- il 50% delle persone con disabilità.

**Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)**  
ASS1-PDA 2012 (n=472)



**Come si sentono rispetto all'anno precedente per sottogruppi (%)**  
ASS1-PDA 2012 (n=469)



### 1.4.5 In media quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

- La maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene (meno di 1 giorno in cattiva salute ) per tutti gli ultimi 30 giorni (52% in buona salute fisica e 59% in buona salute psicologica ). Tali percentuali risultano più elevate rispetto a quelle rilevate a livello nazionale e che corrispondono al 45% per la buona salute fisica ed al 54% per la buona salute psicologica).
- La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è 4,6, per motivi psicologici è 3,85, più basse rispetto alla media nazionale che è di 6,9 giorni per motivi fisici e 6,1 per motivi psicologici.
- Meno di un anziano su 7 ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (14%) e per motivi psicologici (13%); a livello nazionale tale problema è stato dichiarato da circa 1 anziano su 5 sia per motivi fisici (21%) e per motivi psicologici (19%).

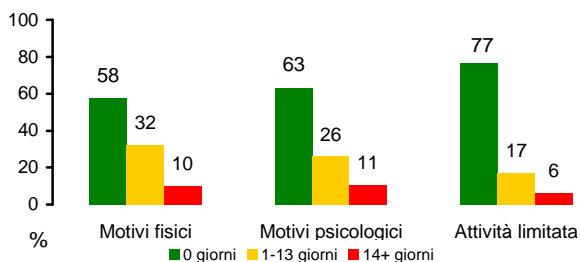
Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici aumenta al crescere dell'età ed è maggiore fra le donne e fra le persone con tre o più patologie. Le differenze rilevate per età e numero di patologie sono significative dal punto di vista statistico, mentre quelle per genere non risultano significative. Anche il numero di giorni con limitazione delle attività risulta maggiore nella classe di età più avanzata, nel genere femminile e fra le persone con 3 o più patologie (differenze significative), com'è illustrato nei grafici sotto.

### 1.4.6 Quante persone si sentono in cattiva salute o hanno limitazioni nelle attività abituali per più di 14 giorni negli ultimi 30 giorni ?

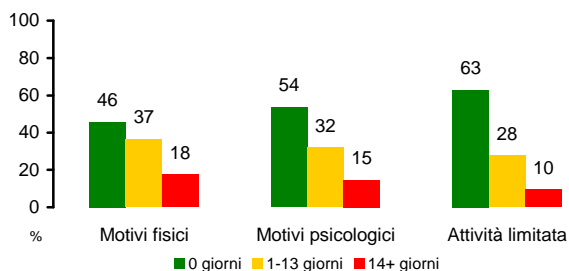
**Persone con 14 o più giorni di cattiva salute o con limitazione delle attività abituali**  
(negli ultimi 30 giorni) (%)  
ASS1-PDA 2012 (n=502)

	Cattiva salute fisica (%)	Cattiva salute psicologica (%)	Limitazione di attività abituali (%)
<b>Popolazione con 65 anni e più</b>	14	13	8
<b>Genere</b>			
uomini	11	7	6
donne	16	16	9
<b>Classi di età</b>			
65-74	10	11	6
75 e	18	14	10
<b>Istruzione</b>			
bassa	15	17	6
alta	13	11	9
<b>Difficoltà economiche</b>			
molte	28	33	21
alcune	19	18	11
nessuna	9	8	5

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con attività limitata 65-74 anni (%)**  
ASS 1 PDA 2012 (n=238)



**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con attività limitata 75-anni e più (%)**  
ASS1 PDA 2012 (n=232)



### 1.4.7 Quante persone hanno più di 20 “unhealthy days” per motivi fisici o psicologici ?

Il 15% degli intervistati ha dichiarato 20 o più giorni di cattiva salute per motivi fisici o psicologici negli ultimi 30 giorni.

Tale condizione, come evidenzia il grafico a fianco, è stata dichiarata più frequentemente dalle persone:

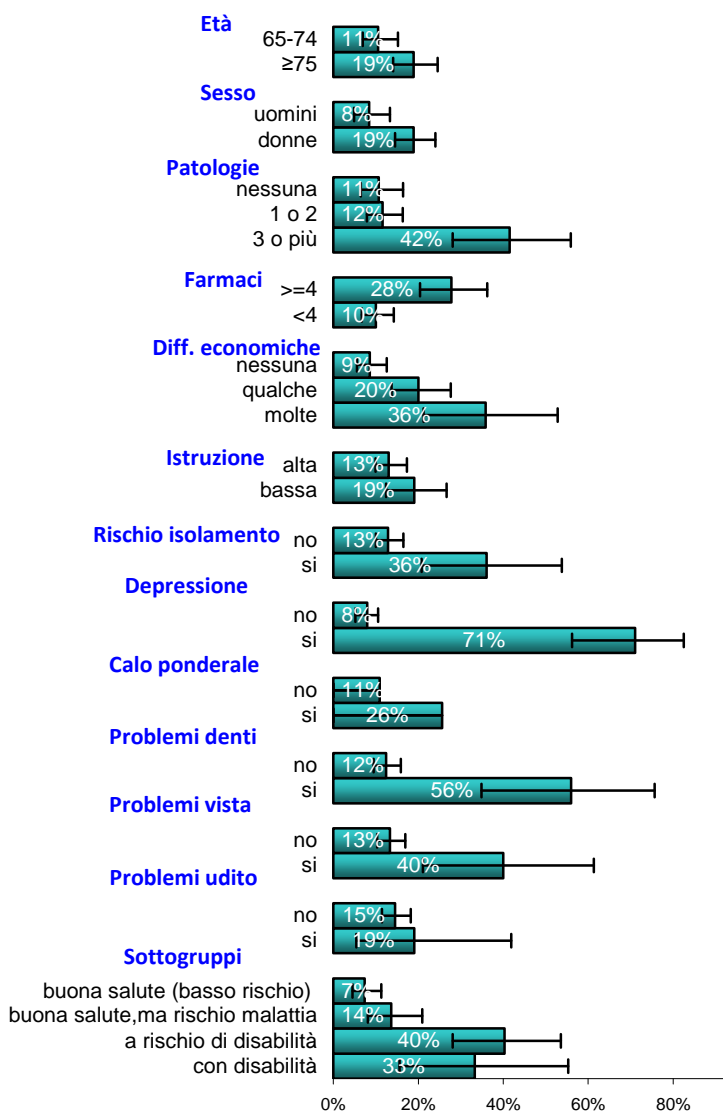
- più anziane;
- donne,
- con molte difficoltà economiche,
- con istruzione bassa,
- con rischio di isolamento,
- con 3 o più malattie
- che assumono 6 o più farmaci
- con sintomi di depressione
- con problemi sensoriali (vista, udito, masticazione),
- con calo ponderale negli ultimi 12 mesi
- appartenenti ai sottogruppi a rischio di disabilità e con disabilità..

Tutte le differenze rilevate, eccetto quelle per istruzione e problemi di udito sono risultate significative dal punto di vista statistico

A livello nazionale (Pool PDA 2012 la percentuale di intervistati che ha dichiarato 20 o più giorni di cattiva salute per motivi fisici o psicologici negli ultimi 30 giorni è del 23%; significativamente più elevata rispetto a quella dell'ASS 1 “Triestina”.

### 20 o più giorni di unhealthy days

Caratteristiche (%)  
ASS 1 PDA 2012 (n=470)  
Totale =14,7% (IC 95%: 11,7-18,3)



## 1.5 Soddisfazione per la propria vita

Così come la qualità della vita, anche la felicità, intesa come soddisfazione complessiva della propria vita, può essere misurata unicamente su dati riferiti dai singoli individui.

Negli ultimi anni, è stata attribuita grande importanza alle misure soggettive di felicità e soddisfazione per la propria vita. Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano, infatti, il modo in cui le persone affrontano la vita e per questo motivo possiedono un elevato valore informativo. La felicità, nell'accezione originale, è intesa e misurata, da alcuni decenni, come "soddisfazione della vita". PASSI d'Argento l'ha rilevata come soddisfazione complessiva della vita condotta da un individuo, ricorrendo ad una sola domanda con 4 possibili risposte su un intervallo temporale non specificato.

### 1.5.1 Le persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono?

Il 78% delle persone con 65 anni e più è soddisfatto della vita che conduce (17% molto, 61% abbastanza soddisfatte).

Il rimanente 22% non è soddisfatto (18% poco, 4% per nulla soddisfatto).

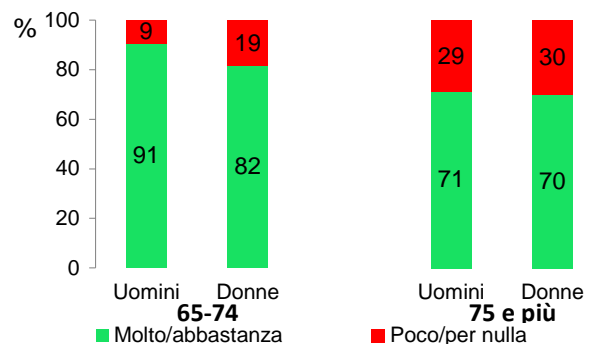
L'86% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni si dichiarano molto o abbastanza soddisfatte della vita che conducono. Tra le persone con 75 anni e più questo valore diminuisce, ma rimangono 7 su 10 (70%) le persone soddisfatte della propria vita.

La percentuale di persone poco o per nulla soddisfatte della vita che conducono è maggiore tra le donne (25% contro 18%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi.

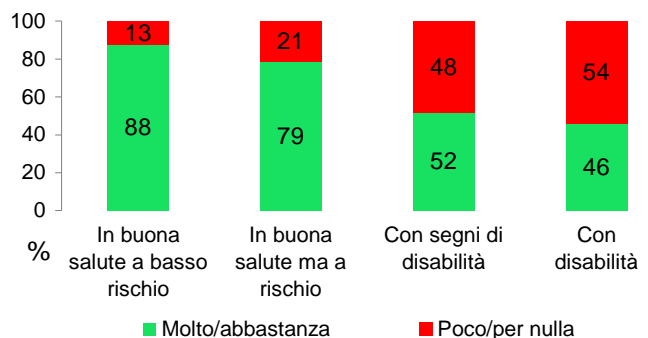
Si ritiene soddisfatto della propria vita:

- 88% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- 79% delle persone in buona salute ma a rischio;
- 52% delle persone con segni di disabilità;
- 46% delle persone con disabilità.

**Soddisfazione della vita per classi d'età e sesso (%)**  
ASS1-PDA 2012 (n=502)



**Soddisfazione della vita per sottogruppi (%)**  
ASS1-PDA 2012 (n=502)



## Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato

interesse e gradimento per la rilevazione.

Nella ASS1 "Triestina" il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della Azienda Sanitaria.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

La maggior parte delle persone intervistate ha riferito di sentirsi in buona salute.

La percentuale di persone che percepiscono positivamente la propria salute (soprattutto di coloro che dichiarano di sentirsi molto bene/bene) è risultata più elevata nell'ASS 1 "Triestina" rispetto al Pool nazionale, con differenze significative dal punto di vista statistico.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche, fra quelle affette da più di 3 o più patologie e nei sottogruppi di popolazione con rischio di disabilità e con disabilità conclamata. La percezione negativa si associa inoltre a problemi sensoriali, soprattutto di vista e di denti ed ad un calo ponderale nell'ultimo anno.

Circa 1 anziano su 7 ha dichiarato 20 o più giorni in cattiva salute fisica o psicologica negli ultimi 30 giorni.

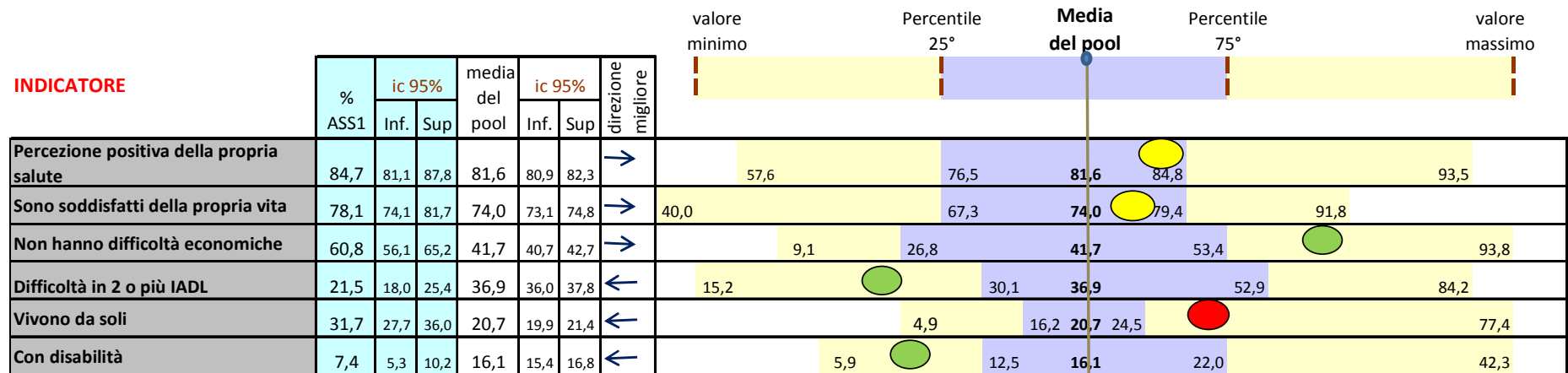
Paragonando i dati locali a quelli nazionali, sembra perciò che nella ASS1 una percentuale più elevata di intervistati percepisca positivamente la salute rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012). Tale dato sembra essere confermato anche dal più basso numero medio dei giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici dichiarato nell'ASS 1 rispetto a quello medio nazionale e dalla percentuale significativamente più bassa di persone che riferiscono 20 o più giorni di cattiva salute nell'ultimo mese.

## ***1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali***

In salute pubblica e' 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 le 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.

## Benessere e indipendenza 1



### 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

← Valore bassi=migliore indicatore

→ Valore alti=migliore indicatore

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 o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o 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.

## 2. 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, inoltre, è 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"*.

### 2.1 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 (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'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.

## 2.1.1 Attività 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 sia le attività sportive e quelle ricreative (ginnastica e ballo), sia i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato un punteggio che tiene conto del tempo (ore al giorno) dedicato all'attività o della sola partecipazione (sì/no) e del tipo di attività, più o meno intensa. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

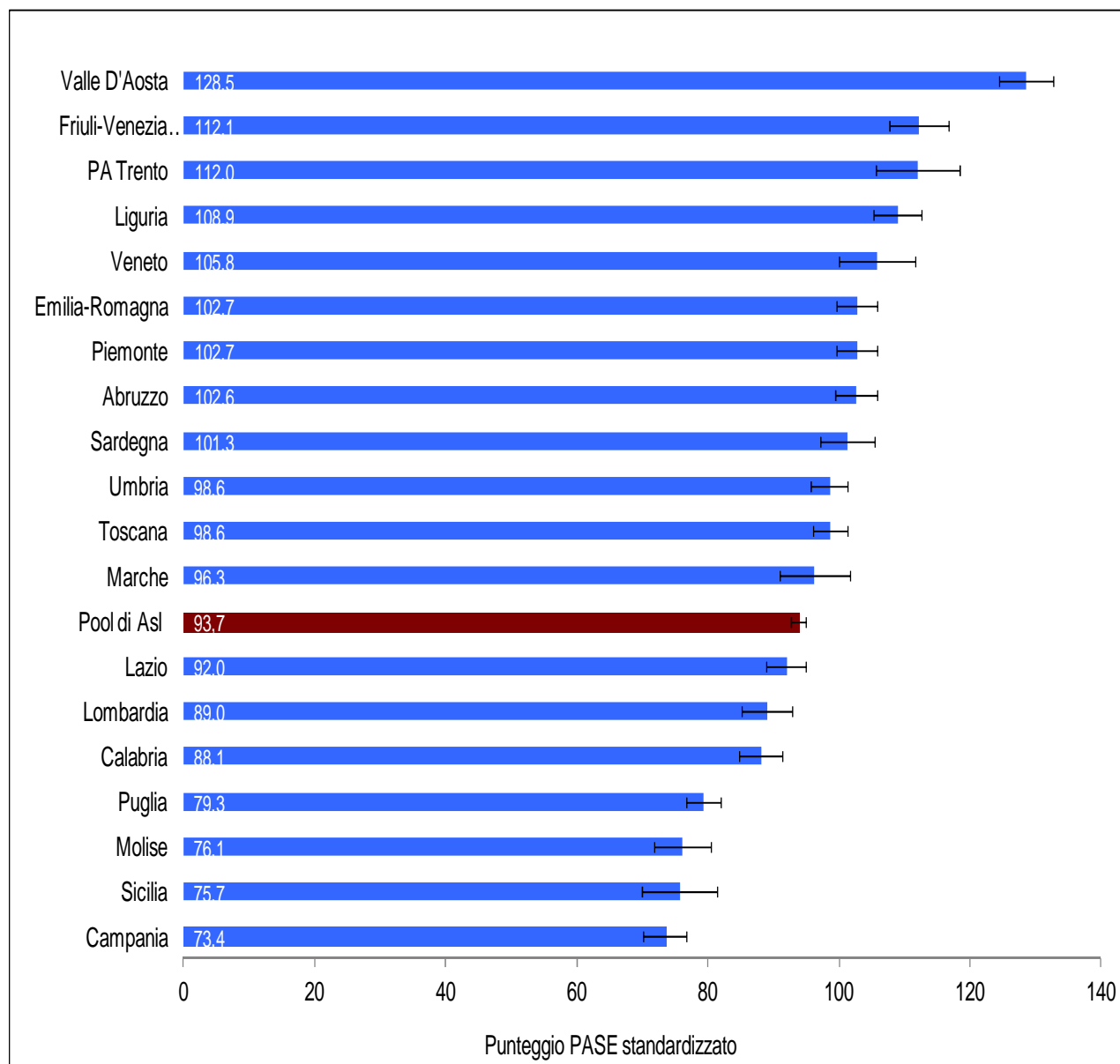
Sono stati definite "non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica" le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelle che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxy (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con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

I dati raccolti nell'indagine 2012 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.

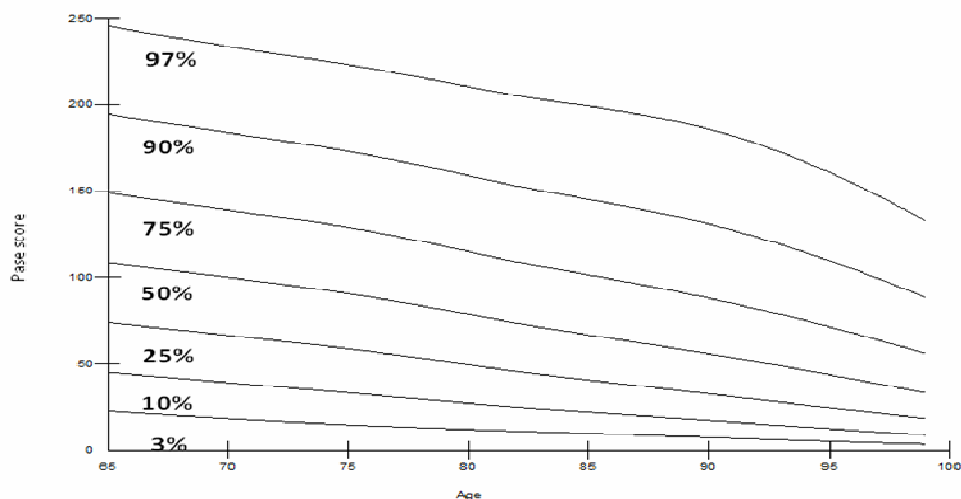
Il valore mediano è pari a 93,3 con range (1,4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori mediani della popolazione, calcolati per uomini e donne, sono statisticamente differenti (99 vs 90). La popolazione con 65 anni e più è molto eterogenea ed è importante tener conto delle note differenze tra uomini e donne e delle caratteristiche che si assumono con l'avanzare dell'età.

### 2.1.1.1 Quante sono le persone con 65 o più anni attive fisicamente?

Non esistono degli standard universalmente accettati per l'attività fisica delle persone con 65 anni e più misurabili con il punteggio PASE, vista anche la grande variabilità delle loro condizioni di salute. Standardizzando i valori per genere ed età per le regioni/aziende che hanno partecipato al PASSI d'Argento, si ottiene un diagramma a barre che illustra il valore della media e il relativo intervallo di confidenza.



Al fine di utilizzare i valori del PASE per l'azione, si sono costruite, su tutta la base di dati del pool nazionale, 6 curve percentili, per genere (2) e gruppi di età (3). A titolo di esempio, viene mostrata la curva dei percentili principali per l'intera popolazione ultra64enne del pool di PASSI d'Argento.



In mancanza di cut off (valori soglia) validi universalmente, per la comprensione del livello di attività fisica delle persone si forniscono delle informazioni che, per essere usate dal punto di vista operativo, devono essere integrate con altre. Per esempio, nella ASS1 “Triestina” il 2% delle donne fra 65 e 74 anni ha un livello di attività fisica inferiore al 10°percent ile (rispetto ai valori del pool nazionale): queste persone hanno un livello di attività fisica certamente basso. E’ necessario, tuttavia, avere altre fonti di informazione che permettano di stimare se si tratta di inattività fisica modificabile e in quale misura. La tabella seguente mostra la percentuale di persone della nostra azienda, 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.

Gruppi di età	Campione di persone in ASS1 eleggibili* alle analisi sull’attività fisica n (%)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
<b>Uomini 65-74</b>	105 (23,80%)	31,4%	15,2%	6,7%
<b>Uomini 75-84</b>	59 (13,4%)	33,9%	8,5%	1,7%
<b>Uomini 85 e più</b>	18 (4,1%)	22,2%	11,1%	0%
<b>Donne 65-74</b>	127 (28,8%)	24,4%	11,0%	2,4%
<b>Donne 75-84</b>	94 (21,3%)	33,0%	6,4%	1,1%
<b>Donne 85 e più</b>	38 (8,6%)	42,1%	0%	0%
<b>Totale persone con 65 anni e più</b>	441 (100%)	30,6%	9,8%	2,7%

\* 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

Dall'analisi della tabella emerge come, fra le persone autonome nella deambulazione e che non hanno usufruito dell'aiuto del proxy per sostenere l'intervista (eleggibili per l'analisi sull'attività fisica), complessivamente, quasi il 3% delle persone con 65 anni e più abbia un livello di attività fisica inferiore al 10°percentile, risultando completamente sedentario .

In particolare, nella classe di età 65-74 anni, un livello insufficiente di inattività fisica è stato rilevato soprattutto nel genere maschile (6,7% rispetto al 2,4% rilevato nelle donne nella stessa fascia di età).

Per quanto riguarda, invece, le persone con 85 anni e più eleggibili, nessuno presenta un livello di attività fisica inferiore al 10°percentile del pool nazionale, senza differenze di genere.

I dati della tabella consentono di stimare il numero di anziani sui quali intervenire con programmi di prevenzione specifici per stimolare la pratica dell'attività fisica, consentendo pertanto di stimare anche i costi da supportare.

La stima viene fatta su tutta la popolazione, nella quale e' compresa anche la quota di persone con 65 anni e più che hanno difficoltà alla deambulazione e/o problemi cognitivi, alle quali bisogna comunque offrire un programma che stimoli l'attività fisica, anche intesa come mobilitazione passiva.

Nell'ASS 1 "Triestina", al 31/05/2012 gli uomini nella classe 65-74 anni erano 14.714 e le donne 17.581.

### **Misuriamo la dimensione reale del problema per i differenti percentili**

#### **Uomini**

$14.714 \times 0,314 = 4.620$  (% di persone 65-74 al di sotto del 50°percentile)

$14.714 \times 0,152 = 2.236$  (% di persone 65-74 al di sotto del 25°percentile)

$14.714 \times 0,067 = 986$  (% di persone 65-74 al di sotto del 10°percentile)

#### **Donne**

$17.581 \times 0,244 = 3.558$  (% di persone 65-74 al di sotto del 50°percentile)

$17.581 \times 0,11 = 1.934$  (% di persone 65-74 al di sotto del 25°percentile)

$17.581 \times 0,024 = 422$  (% di persone 65-74 al di sotto del 10°percentile)

Il numero di persone con età tra i 65 e i 75 anni con valori di punteggio PASE inferiori al 10°percentile e quindi con una situazione di sedentarietà, suscettibili di intervento finalizzato a stimolare l'attività fisica è di circa 1408 persone, 986 uomini e 422 donne.

## 2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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, invece, rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Lo stato nutrizionale si misura abitualmente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto fra il peso (in Kg) ed 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) o obeso (IMC ≥ 30). In PASSI d'Argento, questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato e non misurati direttamente, perciò non si può assegnare un valore assoluto alla distribuzione dello stato nutrizionale nella popolazione in studio.

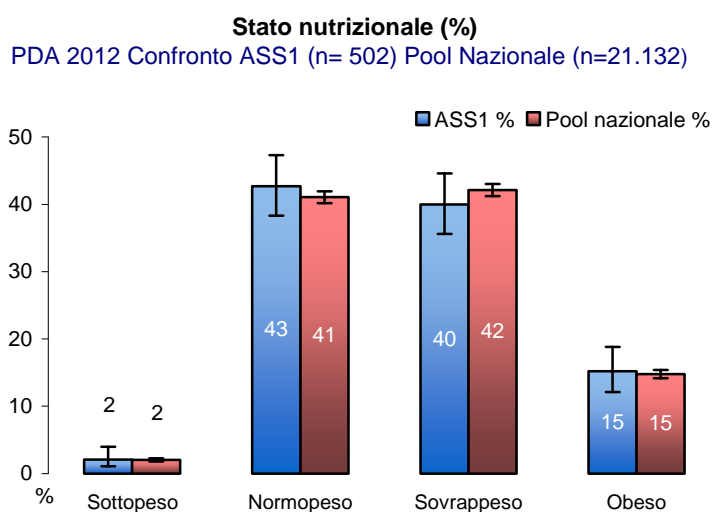
Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire 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% di ictus cerebrale. 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.

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

Nell'ASS 1 "Triestina"

- Il 2% risulta sottopeso
- Il 43% normopeso ;
- il 40% in sovrappeso;
- il 15% obeso.

I dati rilevati non differiscono significativamente da quelli del Pool nazionale.

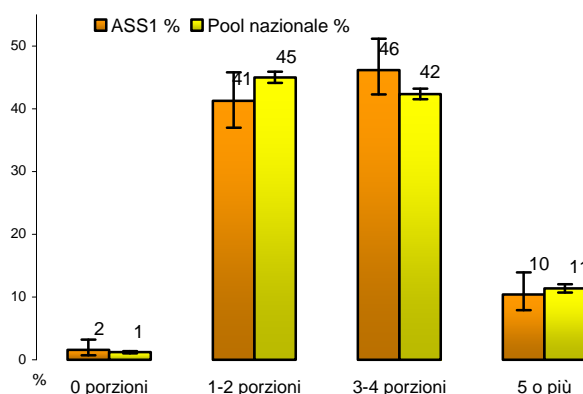


### 2.1.2.2 Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumano le persone con 65 anni e più?

- Gli ultra 64enni che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno sono il 10%; il 41% consuma solo 1-2 porzioni.

I dati dell'ASS1 sono in linea con quanto rilevato nel Pool nazionale 2012.

**Consumo di frutta e verdura (%)**  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 502) Pool Nazionale (n=23.643)

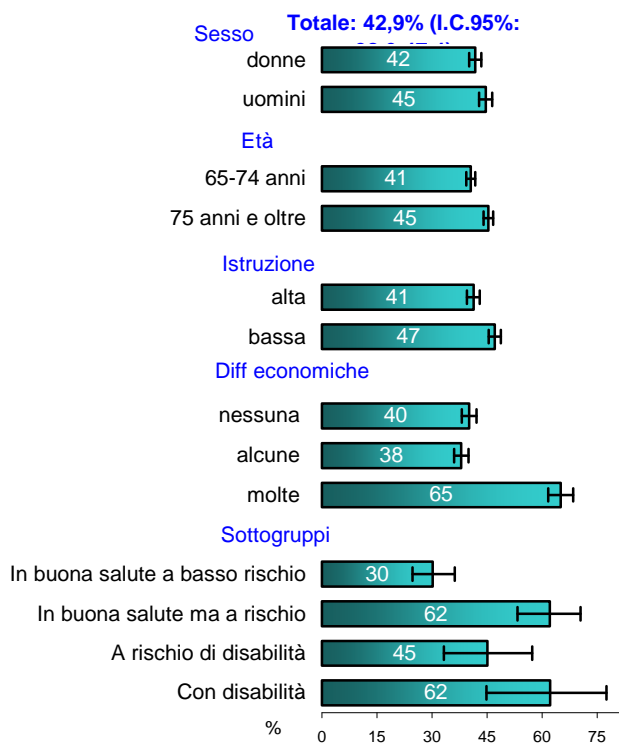


### 2.1.2.3 Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano meno di tre porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Nell'ASS 1 "Triestina" il 43% della popolazione ultra 64enne riferisce un basso consumo giornaliero di frutta e verdura.
- Il basso consumo di frutta e verdura è più diffuso nelle persone:
  - con più di 75 anni;
  - con basso livello d'istruzione;
  - con molte difficoltà economiche;
  - nei sottogruppi con buona salute, ma a rischio di malattia, con rischio di disabilità e con disabilità.

Le differenze rilevate per difficoltà economiche e fra i sottogruppi di popolazione sono risultate significative dal punto di vista statistico.

**Basso consumo giornaliero frutta e verdura (%)**  
ASS1 PDA 2012 (n=502)



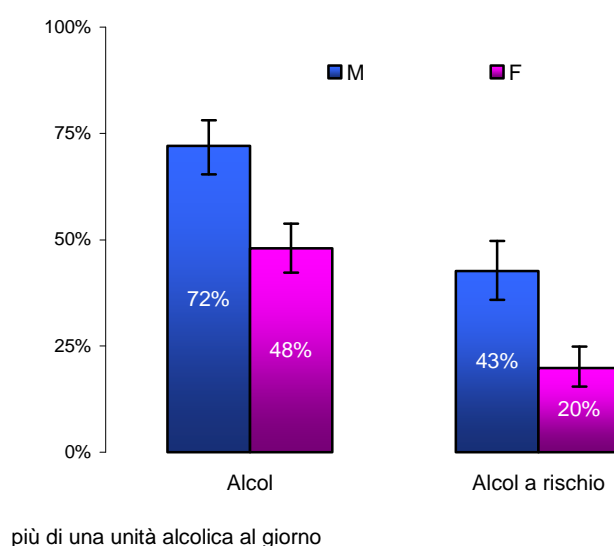
## 2.1.3 Consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute a 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), 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 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.

### 2.1.3.1 Distribuzione del consumo di alcol e del consumo di alcol a rischio

- Nell'ASS 1 "Triestina" consuma bevande alcoliche il 72% degli ultra 64enni maschi ed il 48% delle femmine; Il 43% dei maschi ed il 20% delle femmine con 65 anni e più consuma più di una unità alcolica al giorno (consumo a rischio).

Consumo di alcol e consumo di alcol a rischio, per genere\* (%)  
ASS1 PDA 2012 (n=502)

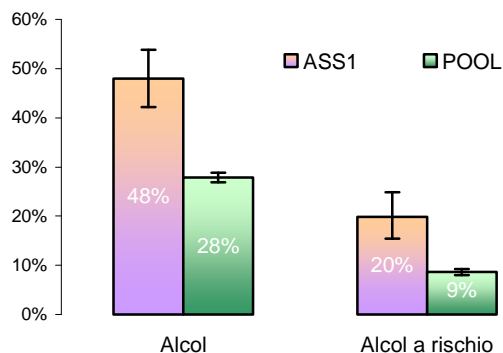


Tali percentuali si discostano significativamente dalla media nazionale, che, per le femmine, corrisponde, al 28% per il consumo alcolico ed al 9% per il consumo a rischio, mentre fra i maschi tali percentuali sono rispettivamente del 58% e del 32% per i consumatori di alcol a rischio.

Per quanto riguarda il consumo alcolico, la situazione rilevata fra le persone ultra64enni della provincia di Trieste ricalca quanto già rilevato dal sistema di sorveglianza PASSI per la popolazione di età compresa fra 18-69 anni

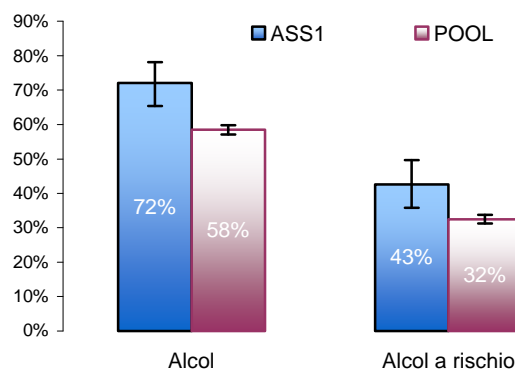
### Consumo di alcol e consumo di alcol a rischio nel genere femminile

PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 298) Pool Nazionale (n=13.515)



### Consumo di alcol e consumo di alcol a rischio nel genere maschile

PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 204) Pool Nazionale (n=10.448)



### 2.1.3.2 Quante persone con 65 anni e più consumano alcol e quali sono le loro caratteristiche?

- Nell'ASS 1 "Triestina" il 58% degli ultra 64enni consuma bevande alcoliche.
- L'abitudine al consumo di alcol è risultata più alta:
  - tra gli uomini rispetto alle donne (72%);
  - nella classe d'età 65-74 anni (63%);
  - nelle persone con alto livello d'istruzione (60%);
  - nelle persone con nessuna difficoltà economica (62%).
  - Fra le persone in buona salute a rischio di malattia.

Le differenze rilevate per genere e per sottogruppi risultano significative dal punto di vista statistico.

#### Consumo di alcol\*

ASS1 PDA 2012 (n=502)

Totale: 57,7% (I.C.95%: 53,3-62,1)

#### Sesso



#### Età



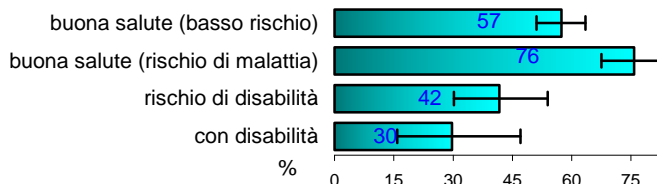
#### Istruzione



#### Diff economiche



#### Sottogruppi



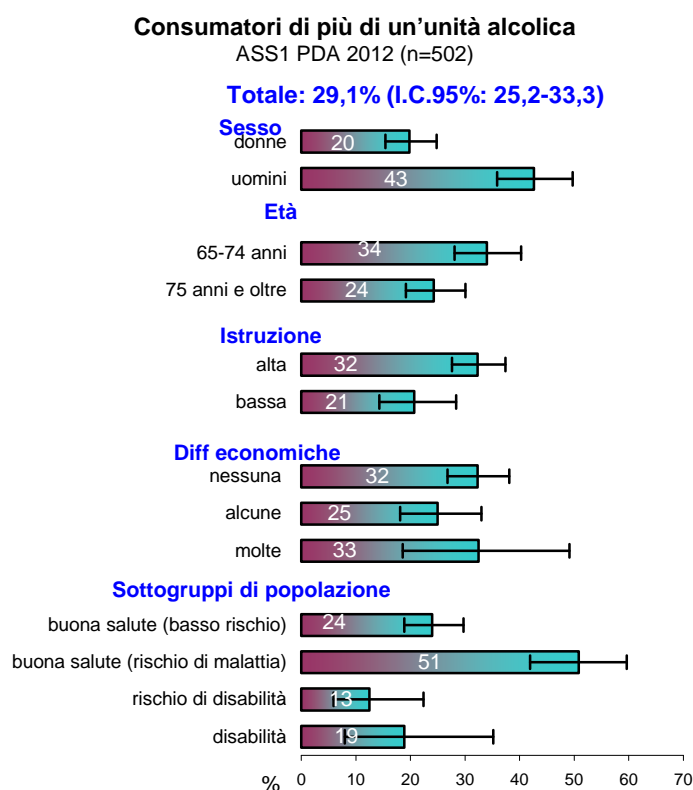
\* Ultra 64enni che dichiarano di bere 1 o più unità alcoliche al giorno o alla settimana

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

- Il 29% degli ultra 64enni intervistati consuma più di un'unità alcolica in una giornata tipo.

Si tratta di un'abitudine più frequente:

- negli uomini (43%);
- tra le persone con meno di 75 anni (34%);
- tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (32%)
- nel sottogruppo di popolazione in buona salute a rischio di malattia.



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

Nell'ASS1 "Triestina" solo il 3% di tutti i bevitori campionati e solo il 4% dei bevitori "a rischio" ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario.

Nel pool nazionale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario lo 8% di tutti i bevitori e lo 11% dei bevitori "a rischio". Le differenze risultano significative dal punto di vista statistico.

## 2.1.4 Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, 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.

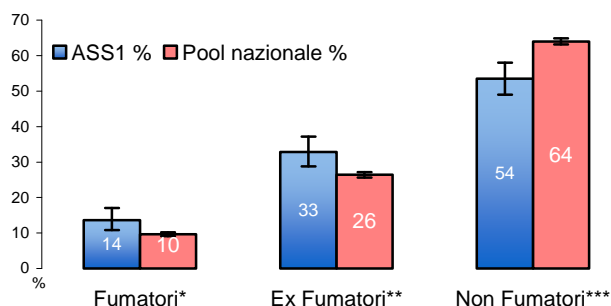
### 2.1.4.1 Come è distribuita l'abitudine al fumo?

Nell'ASS1 "Triestina", fra gli ultra 64enni, si stima che:

- il 14% sia rappresentato da fumatori;
- il 33% da ex fumatori;
- il 54% da non fumatori.

Tali percentuali si discostano significativamente dalla media nazionale per gli ex fumatori (26%) e per i non fumatori (64%), mentre sono al limite della significatività statistica per i fumatori (10%).

**Abitudine al fumo**  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 502) Pool Nazionale (n=23.498)



\* **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.

### 2.1.4.2 Quante persone con 65 anni e più sono fumatori? E quali sono le loro caratteristiche?

L'abitudine al fumo è risultata più alta:

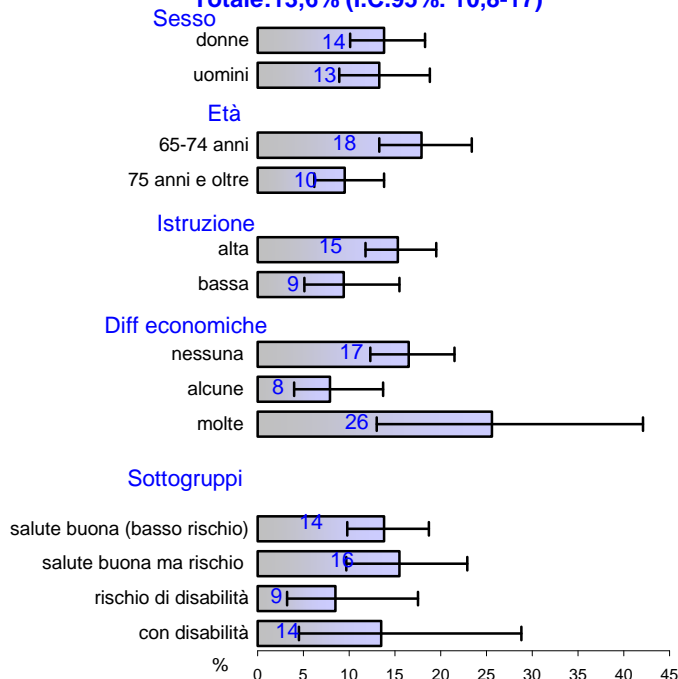
- nella classe d'età 65-74 anni (18%);
- nelle persone con molte difficoltà economiche (26%);
- nelle persone con alto livello d'istruzione (15%).
- Non si rilevano differenze fra i sottogruppi di popolazione.

Nell'ASS1, il numero medio di sigarette fumate al giorno dagli ultra 64enni è 12,25 (15,1 gli uomini e 10 le donne), più elevato rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012), che corrisponde a 11,89 (12,9 per gli uomini e 10,59 per le donne).

#### Caratteristiche dei fumatori\* %

ASS1 PDA 2012 (n=502)

**Totale: 13,6% (I.C.95%: 10,8-17)**



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

### 2.1.4.3 Forti fumatori

Il 67% dei fumatori ultra 64enni possono essere considerati forti fumatori, perché fumano più di 20 sigarette al giorno.

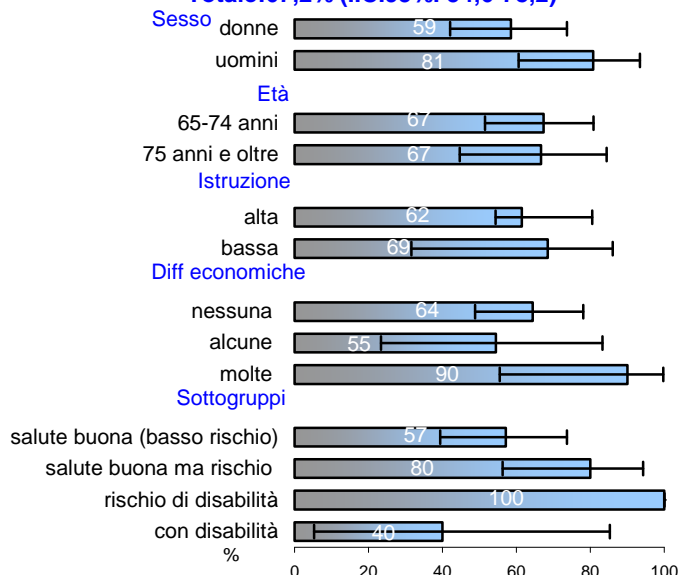
Percentuali più elevate di forti fumatori si trovano:

- fra gli uomini (81%);
- fra le persone con molte difficoltà economiche (90%);
- nei sottogruppi con rischio di disabilità e in buona salute a rischio di malattia.

#### Caratteristiche dei forti fumatori\* %

ASS 1 PDA 2012 (N=67)

**Totale: 67,2% (I.C.95%: 54,6-78,2)**



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

Nell'ASS1 il 72% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario (71% a livello nazionale).

## **Conclusioni**

### **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, più di un ultra 64enne su due presenta un eccesso ponderale (40% sovrappeso, 15% obeso).

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, a quelle in sovrappeso.

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: più della metà ne assume 3 o più porzioni, ma solo una piccola quota (10%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta, accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare.

### **Alcol**

Quasi il 60% degli intervistati dichiara di bere alcol. Si stima che poco meno di un ultra 64enne su tre abbia abitudini a consumare più *di una unità alcolica* al giorno. Tali percentuali sono più elevate di quanto rilevato a livello nazionale (differenze significative statisticamente). I dati mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dai loro pazienti, associati al consumo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio (4%) riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

### **Fumo**

Si stima che circa un ultra 64enne su sette sia classificabile come fumatore; in particolare, le prevalenze più alte si riscontrano nei maschi e nella fascia 65-74 anni.

Sette fumatori su dieci ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, certamente migliorabile.

Il 67% dei fumatori può essere considerato un forte fumatore.

Tra coloro che hanno smesso di fumare da meno di 12 mesi un ultra 64enne su due ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

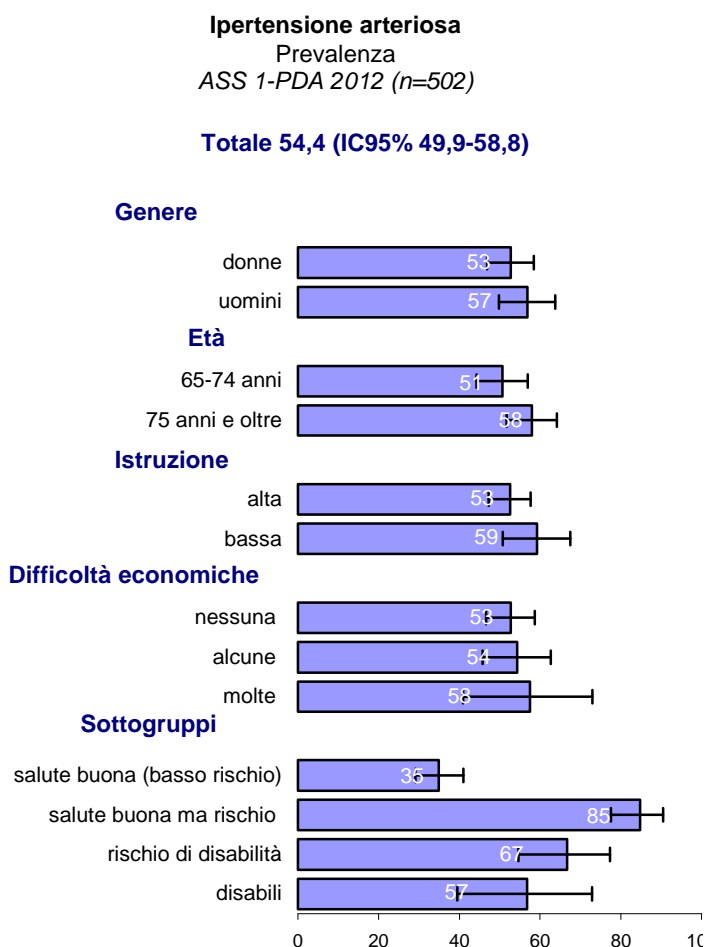
## 2.2 Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologia cardio- e cerebrovascolare e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità. Il rischio aumenta progressivamente al crescere dell'età. Particolarmente frequente nelle persone con 65 anni e più, ed anzi caratteristica di questa fascia di età, è l'ipertensione sistolica isolata, che tradizionalmente è definita dall'associazione di una pressione arteriosa sistolica superiore a 159 mmHg con diastolica inferiore a 90 mmHg. La sua prevalenza cresce all'aumentare dell'età, dallo 0,8% a 50 anni fino al 23,6% all'età di 80 anni. È ormai definitivamente accertato che anche l'ipertensione sistolica isolata, non meno di quella sistodiastolica, aumenta il rischio cardiovascolare. Per entrambe le forme, studi clinici randomizzati hanno dimostrato l'efficacia del trattamento antipertensivo nel ridurre la mortalità e la morbilità attribuibili all'ipertensione. Il trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa si basa sull'adozione di misure comportamentali, quali la dieta, l'esercizio fisico moderato, l'eventuale cessazione dell'abitudine al fumo e la riduzione del consumo di alcolici.

### 2.2.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che soffrono di ipertensione?

- Si stima che nell'ASS1 "Triestina" oltre la metà della popolazione ultra 64enne sia ipertesa.
- L'ipertensione arteriosa risulta più diffusa fra gli uomini (57% vs 53% donne);
- fra gli ultra 74enni (58%);
- nel sottogruppo in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa (85%) e, con minor frequenza, nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità.
- Le differenze rilevate fra il sottogruppo in buona salute, con basso rischio di malattia e gli altri sottogruppi risultano significative dal punto di vista statistico.

Nel Pool nazionale si stima che sia iperteso il 60% della popolazione ultra 64enne e che l'ipertensione sia più diffusa fra le donne (62% delle donne e 56% fra gli uomini) e fra gli ultra 74enni (64% vs 56% sotto i 74 anni).



## 2.3 Prevalenza della malattie croniche non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative, come quelle cardio-cerebrovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità, ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche, per le quali, tuttavia, esistono misure di prevenzione efficaci, in grado di prevenire o ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede, pertanto, che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legate all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

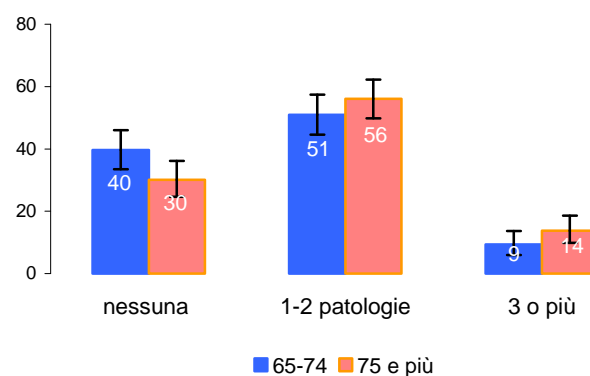
### 2.3.1 Qual è la prevalenza di patologie croniche nella popolazione con 65 anni e più?

- Nell'ASS1, complessivamente, il 65% degli anziani intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia, senza differenze significative per genere; circa metà ne ha 1-2.

La percentuale di anziani con almeno 3 malattie è più elevata negli ultra74enni (14% nella classe con più di 74 anni vs 9% fra i 65 ed i 74 anni); non si rilevano importanti differenze per genere.

Nel Pool nazionale, il 64% degli intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia.

Numero di patologie croniche dichiarate per classi di età (%)  
ASS 1 PDA2012 (n=502)



Nell'ASS1 "Triestina" si stima che nella popolazione ultra 64enne:

- 1/5 abbia malattia respiratoria;
- 1/5 abbia diabete;
- quasi 1 su 5 abbia una malattia cardiaca non ischemica;
- un anziano su 5 presenti un tumore e
- uno su 8 un pregresso infarto del miocardio;
- il 9% soffra di insufficienza renale e
- il 7% presenti esiti di un ictus;
- il 6% abbia una malattia di fegato.

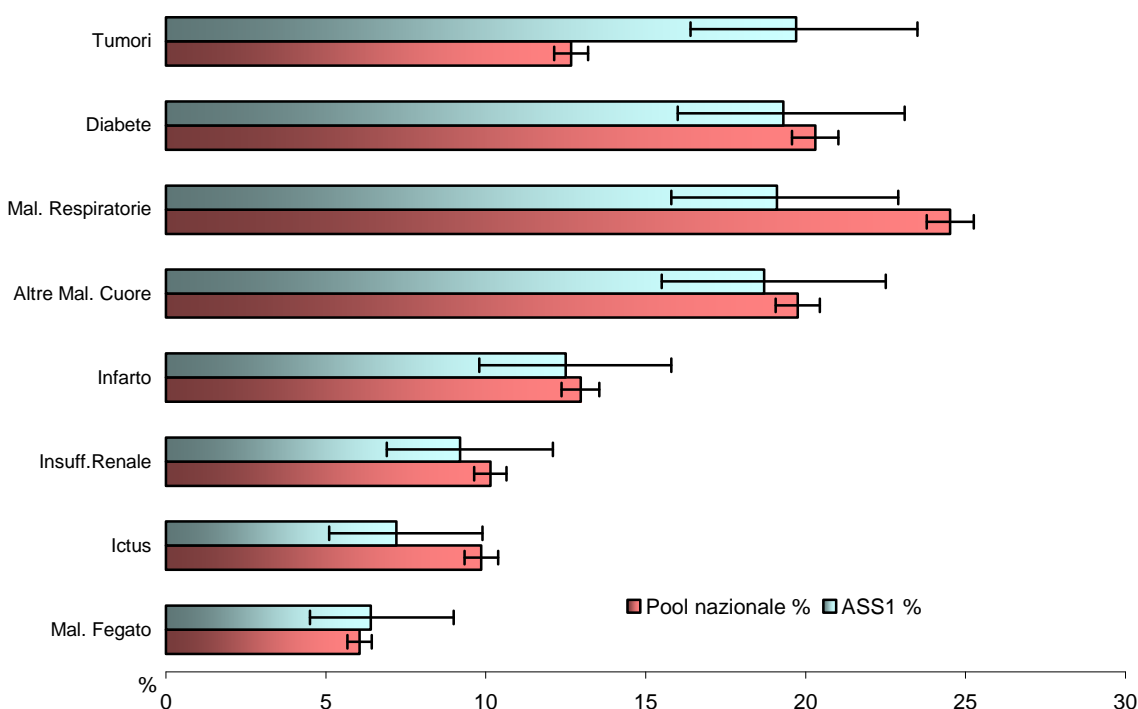
Rispetto al Pool nazionale, nell'ASS1 si rileva una prevalenza più bassa di malattie respiratorie, diabete, malattie cardiache non ischemiche, insufficienza renale ed ictus, anche se le differenze risultano significative solo per le malattie respiratorie.

Prevalenze più elevate, si rilevano per i tumori.

La prevalenza di patologia tumorale riferita dalla popolazione anziana dell'ASS1, significativamente più

elevata rispetto a quella della media nazionale (Pool PDA 2012), trova riscontro da quanto è emerso in indagini realizzate utilizzando i dati dei registri tumori e che evidenziano una prevalenza di patologia tumorale più elevata nell'intera popolazione della provincia di Trieste rispetto al Pool del Nord Est.

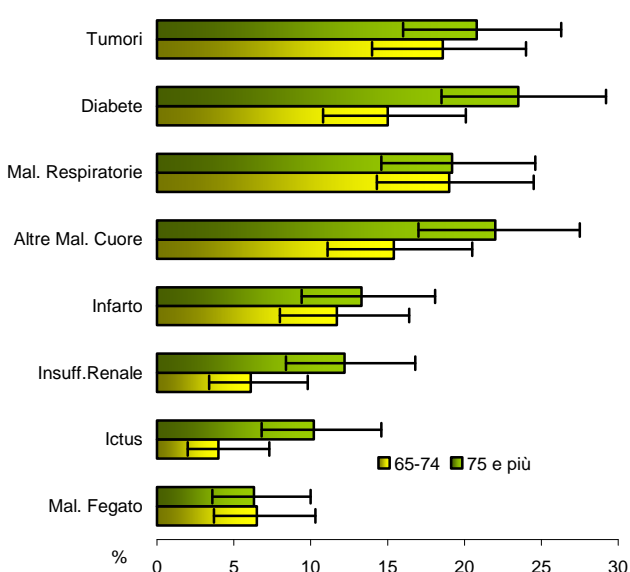
**Distribuzione delle patologie croniche dichiarate (considerate indipendentemente)**  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n=502) Pool Nazionale (n=23.976)



Come evidenziano i grafici seguenti, la prevalenza di quasi tutte le malattie considerate risulta maggiore fra gli ultra 74enni e nel genere maschile, anche se le differenze rilevate non risultano significative statisticamente.

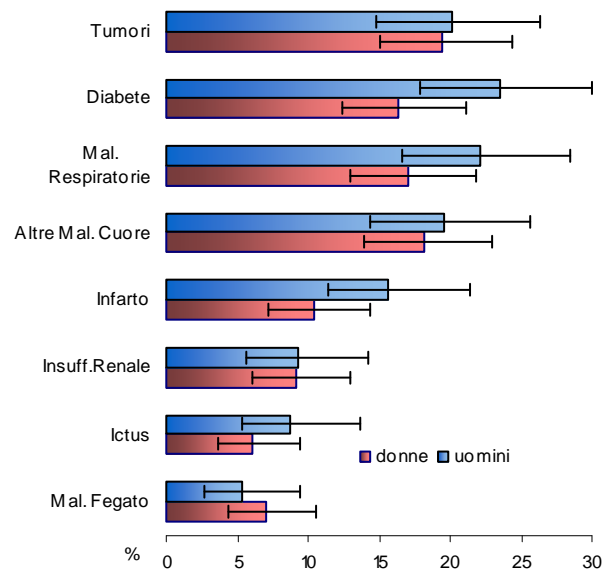
**Distribuzione delle patologie dichiarate per classi di età**

ASS1 PDA 2012 (n=502)



**Distribuzione delle patologie dichiarate per genere**

ASS1 PDA 2012 (n=502)

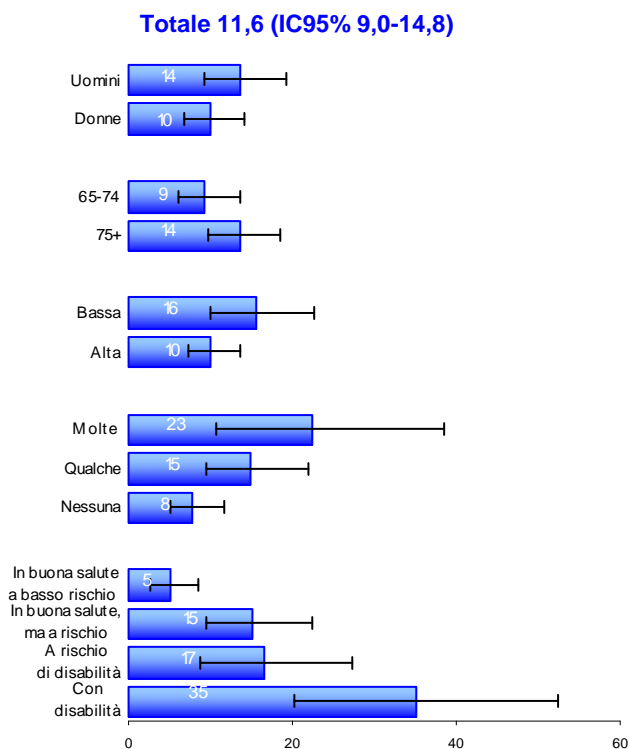


### 2.3.2 Quali sono le caratteristiche delle persone che riferiscono 3 o più patologie croniche?

Nell'ASS1 "Triestina" si stima che il 12% degli ultra64enni abbia 3 o più patologie croniche.

- La percentuale di persone con 3 o più patologie croniche è più elevata tra gli uomini (14% vs 10%) e tra le persone con 65-74 anni e più (14% vs 9%).
- Avere tre o più patologie croniche è più frequente tra:
  - le persone con livello di istruzione basso
  - le persone che hanno molte difficoltà economiche
  - le persone a rischio di disabilità e con disabilità.
- La quasi totalità (98% ) delle persone con 3 o più patologie croniche fa uso di farmaci (vs il 76% tra le persone che non hanno patologie croniche).

Persone che riferiscono 3 o più patologie croniche (%)  
ASS1-PDA 2012 (n=502)



### Conclusioni

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio intermedi per patologie cardio e cerebrovascolari. Nell'ASS1 "Triestina" interessa più di un anziano su due.

Nell'ASS1 "Triestina" si stima che circa sei anziani su 10 abbiano almeno 1 patologia e che quasi la metà ne abbia 1 o 2.

Le patologie croniche riferite più frequentemente dagli anziani residenti nell'ASS1 "Triestina" sono neoplasie, diabete mellito e malattie respiratorie, patologie cardiache non ischemiche, seguite da cardiopatia ischemica, insufficienza renale, vasculopatie cerebrali ed epatopatie.

Va segnalata una prevalenza significativamente maggiore rispetto al Pool nazionale per le patologie neoplastiche e piccole, ma significative, differenze di prevalenza di malattia respiratoria dichiarata.

In questa popolazione la comorbilità è causa di scarsa qualità di vita, diminuzione della performance fisica, frequenti richieste di assistenza e accertamenti, politerapie, oltre che di un elevato uso di risorse sanitarie.

La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

E' necessario puntare ad un invecchiamento in buona salute, il più possibile libero da cronicità e disabilità. Questo obiettivo, a livello di popolazione, è realizzabile solo favorendo stili di vita sani, legati a comportamenti personali responsabili, ma anche alla presenza nel contesto ambientale di concrete opportunità volte a rendere possibili e facili le scelte salutari.

## 2.4 Problemi di vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. I problemi di vista costituiscono, inoltre, un importante fattore di rischio per le cadute. Per quanto riguarda la salute orale, questa costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona. Con il progredire dell'età, le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale del peso, con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita delle persone con 65 anni e più, incidendo sul loro benessere sociale e psicologico.

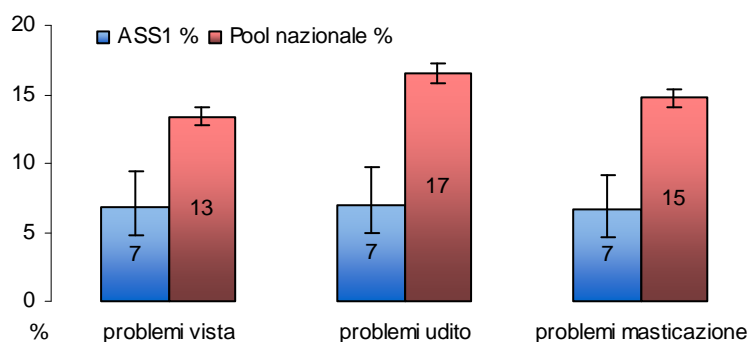
Nell'ASS1 "Triestina", si stima che complessivamente fra gli ultra 64enni:

- Il 7% abbia problemi di vista; di udito e di masticazione

Come evidenzia il grafico, le percentuali rilevate a livello aziendale sono inferiori (differenze significative statisticamente) di quelle rilevate nel Pool nazionale:

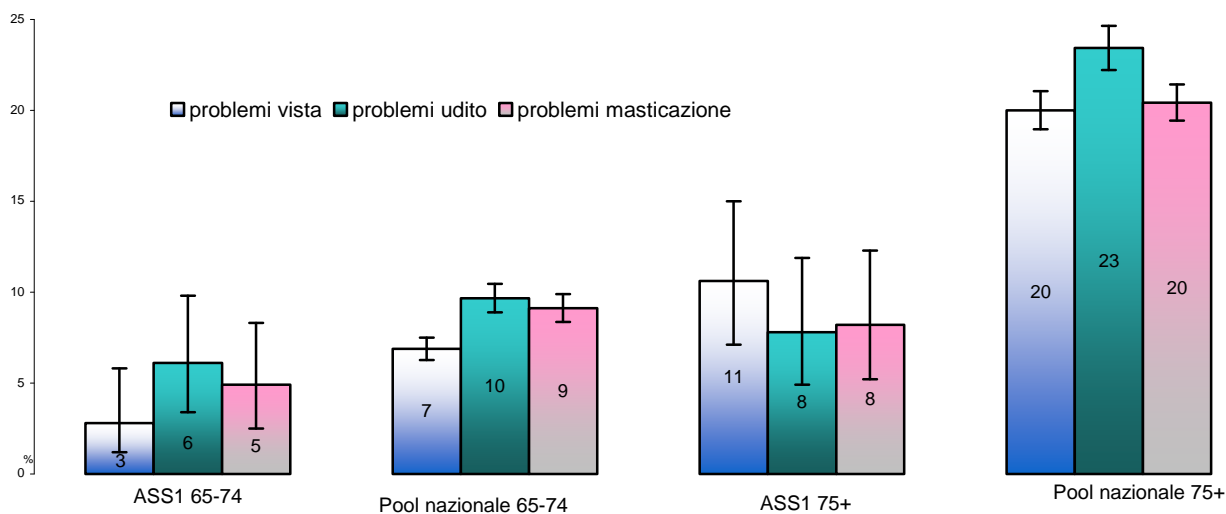
- 13% per problemi di vista;
- 17% per problemi di udito;
- 15% per i problemi di masticazione.

**Prevalenza dei disturbi sensoriali nella popolazione ultra 64enne**  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 502) Pool Nazionale (n=23.813)



Come evidenzia il grafico sotto, confrontando la distribuzione dei problemi sensoriali per fasce di età nella popolazione dell'ASS 1 e nel Pool nazionale, nella fascia con più di 74 anni si rilevano differenze significative per tutti i problemi sensoriali (vista: 11% vs 20%; udito: 8% vs 23%; masticazione: 8% vs 20%) mentre, nella classe 65-74 anni, le differenze risultano statisticamente significative per i problemi di vista (3% nell'ASS1 vs 7% nel Pool nazionale).

**Distribuzione dei problemi sensoriali per fasce di età (%)**  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 502) Pool Nazionale (n=23.813)



## 2.4.1 Problemi di vista

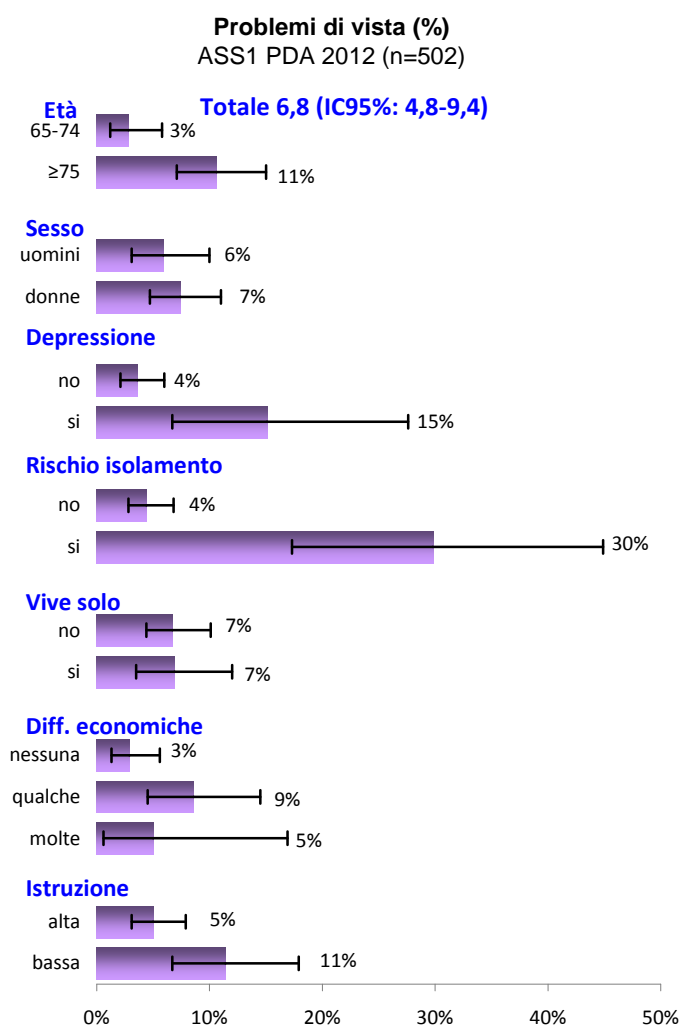
L'OMS stima che, a livello mondiale, circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni: con l'invecchiamento della popolazione tale percentuale è destinata ad aumentare (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il *National Eye Institute*, le principali patologie oculari correlate all'età (NIH, 2004). La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. Il sistema PASSI d'Argento permette di stimare la proporzione di anziani con problemi di vista e di fare confronti a livello nazionale e soprattutto locale (ASL e Regioni). Nell'indagine 2012 condotta nella ASS1 "Triestina", il 7% delle persone con 65 anni e più ha riferito di avere problemi di vista, in particolare di non vedere da vicino anche usando gli occhiali.

### 2.4.1.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di vista?

I problemi di vista sono più frequenti

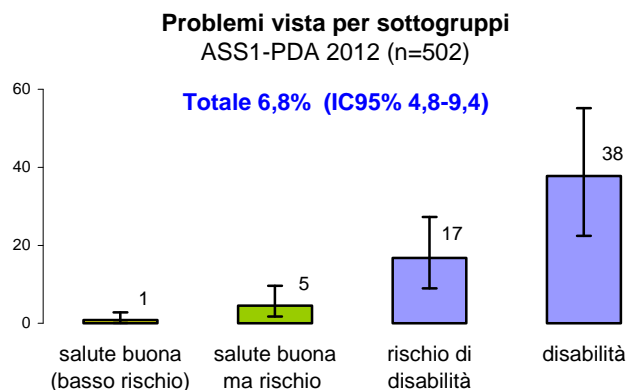
- ◆ fra gli ultra74enni;
- ◆ fra le persone con qualche difficoltà economica;
- ◆ con basso livello di istruzione;
- ◆ fra le persone con sintomi di depressione e
- ◆ fra le persone con rischio di isolamento.

Nel modello logistico multivariato, usato per controllare i fattori di confondimento, risultano significativi dal punto di vista statistico solo l'età e la presenza di depressione.



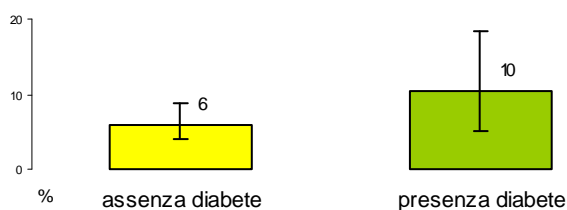
## 2.4.1.2 Distribuzione dei problemi di vista all'interno dei sottogruppi di popolazione

Considerando i sottogruppi di popolazione, si evidenzia un trend crescente di problemi di vista, passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio al sottogruppo con disabilità. All'interno di quest'ultimo sottogruppo riferiscono problemi di vista circa 4 persone su 10.

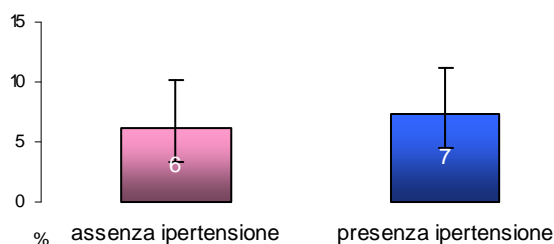


Fra le persone affette da diabete e fra quelle affette da ipertensione è stata rilevata una percentuale più elevata di problemi di vista, rispetto a quelle senza diabete e senza ipertensione; le differenze rilevate, tuttavia, non sono significative dal punto di vista statistico.

**Distribuzione problemi di vista fra le persone senza e con diabete**  
ASS1 PDA 2012 (n=502)



**Distribuzione problemi di vista fra le persone senza e con ipertensione**  
ASS1 PDA 2012 (n=502)



## 2.4.2 Problemi di udito

La riduzione della capacità uditiva è un fenomeno comune nell'invecchiamento e viene definita presbiacusia. Si stima che circa il 30 - 35 % della popolazione compresa nella fascia di età 65 – 75 anni è affetta da presbiacusia e la percentuale sale al 50% fra le persone con 75 anni e più.

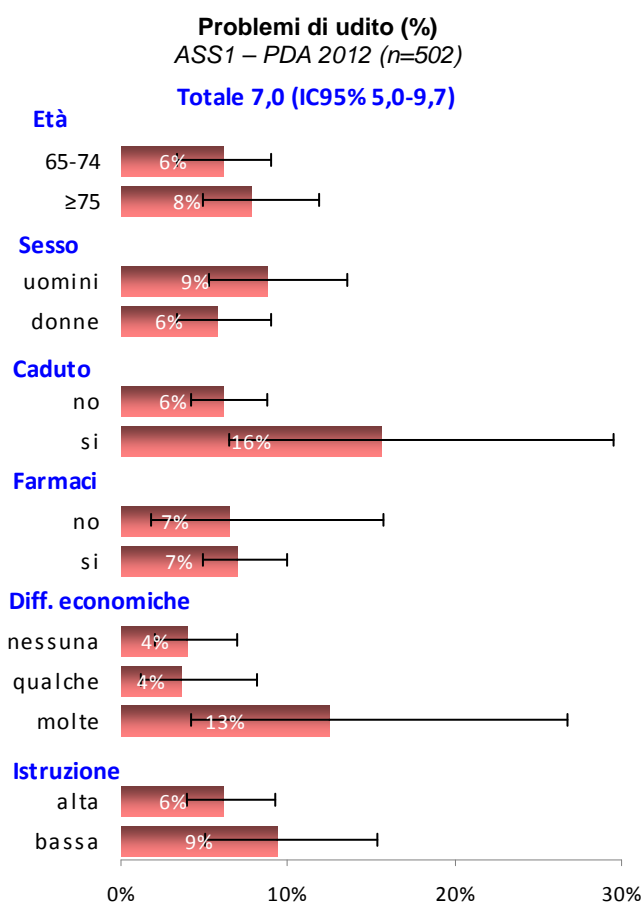
La presbiacusia è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale gli individui spesso non sono consapevoli, mentre il problema non sfugge a conviventi e conoscenti. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie in presenza di una ridotta funzionalità renale, come è frequente nelle persone più anziane. La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà a comunicare con gli altri si ripercuotono negativamente sulla vita fisica, emotiva e sociale della persona, che presenta con maggior frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e un minore coinvolgimento nelle attività sociali. La presbiacusia si associa anche a un aumentato rischio di cadute, con la possibile conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità nell'anziano. La diagnosi di presbiacusia, semplice e poco dispendiosa, ed il suo trattamento rappresentano, quindi, una importante priorità di salute pubblica. In particolare, risulta di grande rilevanza per l'anziano l'accesso ai servizi diagnostici audiologici, ai fini della prevenzione delle complicanze che questo deficit sensoriale può comportare.

### 2.4.2.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di udito?

Nell'ASS1 "Triestina" il 7% degli ultra 64enni riferisce di avere problemi di udito; questi sono più frequenti fra le persone:

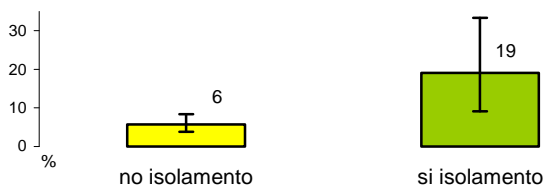
- ◆ più anziane;
- ◆ uomini;
- ◆ con molte difficoltà economiche;
- ◆ con livello di istruzione più basso;
- ◆ che sono cadute negli ultimi 30 giorni.

Le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

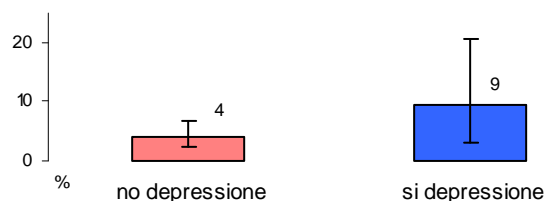


La percentuale di persone con problemi di udito è più alta fra coloro che sono a rischio di isolamento e fra le persone che hanno sintomi di depressione (differenze non significative dal punto di vista statistico).

**Distribuzione problemi di udito fra le persone con e senza rischio di isolamento**  
ASS1 – PDA 2012 (n=502)



**Distribuzione problemi di udito fra le persone con e senza sintomi di depressione**  
ASS1- PDA 2012 (n=502)

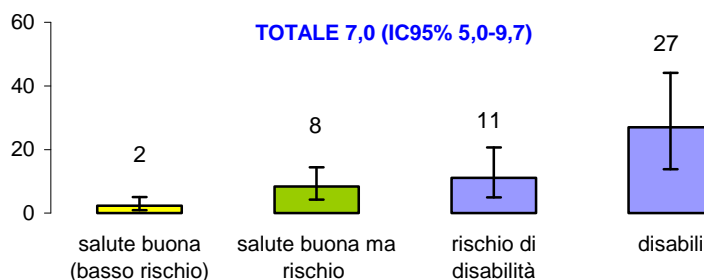


### 2.4.2.2. Distribuzione dei problemi di udito all'interno dei sottogruppi di popolazione

Considerando i sottogruppi di popolazione, si evidenzia un trend crescente di problemi di udito passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio di malattia al sottogruppo con disabilità.

All'interno di quest'ultimo sottogruppo riferisce problemi di udito più di 1 persona su 4.

**Problemi udito per sottogruppi**  
ASS1-PDA 2012 (n=502)



## 2.4.3 Problemi di masticazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei paesi a Sviluppo Avanzato, i problemi di salute orale sono il quarto disturbo più costoso. Le persone più anziane, molto spesso, non ricevono adeguati trattamenti per mancanza di consapevolezza, difficoltà di accesso ai servizi, ma anche per l'idea sbagliata che gli anziani non possano giovare di misure preventive e di interventi di educazione alla salute orale.

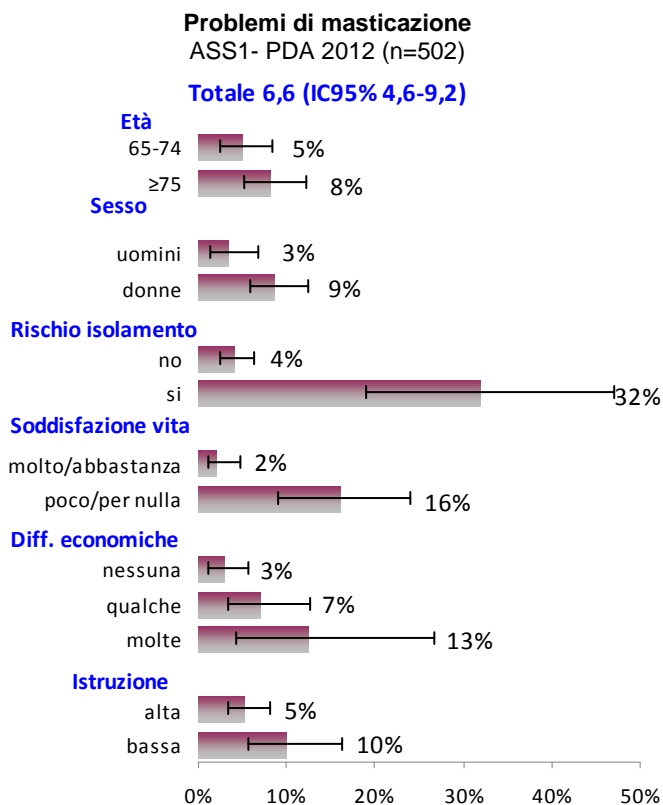
I problemi di salute orale delle persone con 65 anni e più non sono solo legati alla cattiva masticazione e alla perdita dei denti, ma includono anche problematiche quali la xerostomia, nota anche come secchezza delle fauci, molto spesso collegata all'assunzione prolungata di farmaci o a patologie tumorali del cavo orale, riconducibili all'abitudine al fumo e al consumo eccessivo di alcol.

Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e perdita di peso. Infine, la mancanza di denti o, comunque, una dentatura compromessa, può determinare anche disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima. Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale. Inoltre, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di interventi di promozione della salute orale. La prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita ed è particolarmente importante per gli anziani più fragili o disabili, in quanto previene problemi di salute collegati alla malnutrizione e alla perdita di peso.

### 2.4.3.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di masticazione?

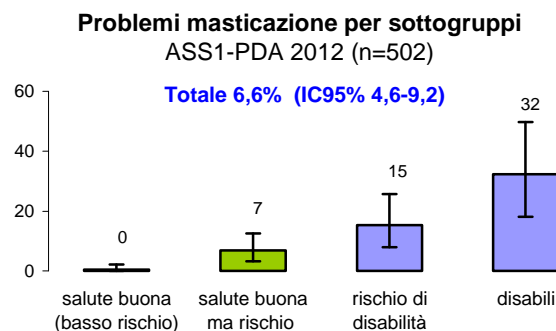
Nell'ASS 1 "Triestina" quasi 7% degli ultra 64enni riferisce di avere problemi di masticazione; questi sono più frequenti fra le persone:

- ◆ ultra 74enni;
- ◆ donne;
- ◆ con maggiori difficoltà economiche;
- ◆ con livello di istruzione più basso;
- ◆ a rischio di isolamento;
- ◆ che si dichiarano poco/per nulla soddisfatte della propria vita.



### 2.4.3.2 Distribuzione dei problemi di masticazione fra i sottogruppi di popolazione

Considerando i sottogruppi di popolazione, si evidenzia un trend crescente di problemi di masticazione passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio a quello con disabilità. All'interno di quest'ultimo sottogruppo, riferisce problemi di masticazione circa 1 persona su 3.

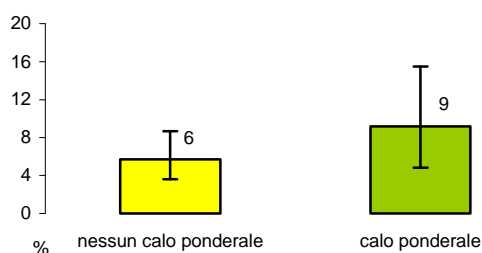


### 2.4.3.3 Distribuzione dei problemi di masticazione fra le persone che riferiscono calo ponderale negli ultimi 12 mesi?

La ridotta capacità masticatoria determina la selezione di cibi che possono essere masticati ed inghiottiti facilmente. Tali diete sono generalmente povere di frutta e verdura, di polisaccaridi e micronutrienti e possono contribuire ad una malnutrizione proteico calorica, potenzialmente in grado di peggiorare o precipitare altre condizioni.

Fra le persone che hanno dichiarato di aver perso peso negli ultimi 12 mesi, i problemi di masticazione sono più frequenti rispetto a coloro che non hanno dichiarato un calo ponderale, anche se le differenze rilevate nella ASS1 non sono risultate significative dal punto di vista statistico.

**Distribuzione problemi di masticazione fra le persone per calo ponderale negli ultimi 12 mesi**  
ASS1- PDA 2012 (n=502)



### 2.4.3.4 Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?

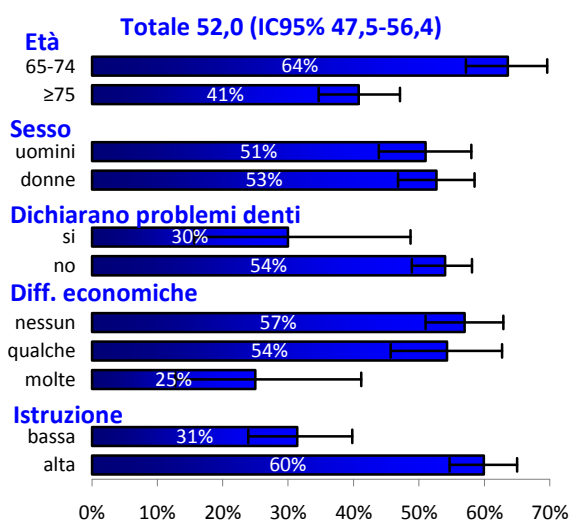
Nell'ASS 1 "Triestina", metà degli intervistati è stato dal dentista negli ultimi 12 mesi.

Il ricorso al dentista è più basso:

- ◆ fra gli ultra 74 enni;
- ◆ fra le persone che dichiarano molte difficoltà economiche;
- ◆ fra le persone con livello di istruzione più basso (1 su 3)
- ◆ fra le persone che dichiarano problemi di masticazione solo 1 su 3 si è rivolto al dentista.

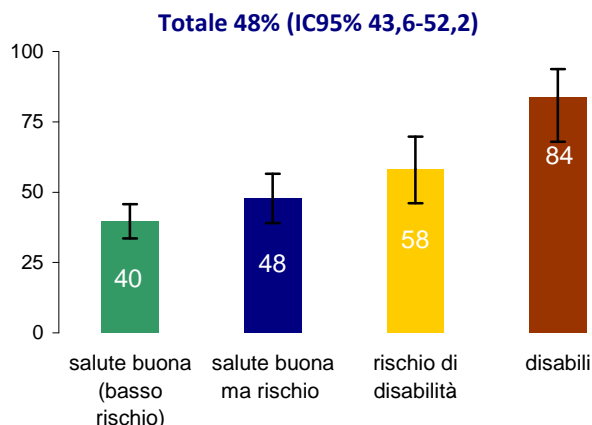
A livello nazionale solo il 37% degli intervistati è stato visitato dal dentista negli ultimi 12 mesi. Le differenze rilevate rispetto all'ASS1 sono significative dal punto di vista statistico.

**Caratteristiche degli anziani visitati dal dentista negli ultimi 12 mesi (%)**  
ASS1 PDA2012 (n=502)



**Anziani che non sono andati dal dentista negli ultimi 12 mesi per sottogruppi**  
ASS1-PDA 2012 (n=502)

Considerando i sottogruppi di popolazione, è evidente, passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio a quello con disabilità, un trend crescente nella percentuale di persone che non sono state visitate dal dentista negli ultimi 12 mesi. All'interno del sottogruppo con disabilità non si è rivolto al dentista più dell'80%.



### 2.4.3.5 Perché le persone non si recano dal dentista?

**Distribuzione delle motivazioni di mancato ricorso al dentista**  
ASS1 PDA 2012 (n=500)

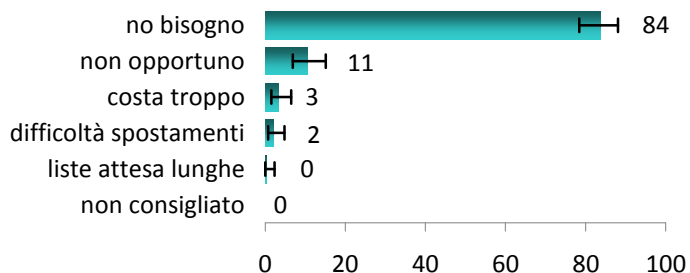
Le principali motivazioni dichiarate dagli anziani che non si sono rivolti al dentista sono la percezione di non averne avuto bisogno e di non averlo ritenuto opportuno.

Si stima che il 3% degli anziani non sia andato dal dentista a causa del costo elevato delle prestazioni.

**Visitato dal dentista**



**motivo del mancato ricorso**



## Conclusioni

### Vista

Si stima che il 7% degli ultra 64enni abbia problemi di vista.

I problemi di vista sono più rappresentati fra le persone più anziane, le donne ed in presenza di alcune condizioni patologiche, quali diabete ed ipertensione.

Lo screening del diabete e lo stretto controllo glicemico fra le persone con questa patologia, il controllo farmacologico dell'ipertensione arteriosa e le visite oculistiche periodiche possono contribuire anche nelle età più avanzate a migliorare le problematiche di vista.

La diagnosi precoce della maculopatia senile migliora la prognosi della malattia stessa.

## **Udito**

Si stima che il 7% degli ultra 64enni abbia problemi di udito. I problemi di udito sono più frequenti fra le persone più anziane, nel genere maschile, tra quelli con difficoltà economiche e livello di istruzione più basso, tra coloro che riferiscono di essere caduti negli ultimi 30 giorni e coloro che assumono farmaci.

La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà di comunicazione con gli altri hanno un effetto rilevante sulla attività fisica e psicologica dell'anziano, che più frequentemente presenta sintomi di depressione e isolamento sociale. La diagnosi e cura della presbiacusia contribuiscono alla riduzione delle complicanze legate alla progressiva riduzione della capacità uditiva e, perciò, della disabilità.

## **Masticazione**

I problemi di masticazione risultano associati ad età più avanzata, genere femminile, e sono maggiori in presenza di difficoltà economiche, basso livello di istruzione; inoltre spesso sono associati a calo ponderale.

I problemi di masticazione sono spesso sottovalutati dagli anziani e dalle loro famiglie e, talvolta, chi possiede una protesi non la utilizza correttamente. La mancanza di denti o una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di autostima.

Fra le persone con problemi di masticazione, solo il 30% si è rivolto al dentista negli ultimi 12 mesi.

E' stata dimostrata l'efficacia di interventi di promozione della salute orale; la prevenzione e la cura dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita.

## 2.5 Cadute

Ogni anno si verificano in Italia fra i tre e i quattro milioni di incidenti domestici. Si tratta di un fenomeno che colpisce prevalentemente le persone con 65 anni e più, con conseguenze rilevanti in termini di ricoveri, disabilità e mortalità. Tra gli incidenti domestici, le cadute rappresentano la voce più importante. Il problema è particolarmente rilevante, non solo per la frequenza e per le conseguenze di ordine traumatico, ma anche per le ripercussioni sul benessere psicologico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali, con progressivo isolamento sociale.

Rispetto alle cause delle cadute, occorre considerare fattori di rischio intrinseci ed estrinseci. I primi comprendono diverse patologie predisponenti, come alcune patologie neurologiche. Fra i secondi, rientrano i rischi connessi all'ambiente domestico come pavimenti e scalini sdruciolevoli, scarsa illuminazione, presenza di tappeti, ecc. Altro aspetto importante legato alle cadute è l'assunzione di alcune categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi e gli ipnotici/sedativi.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio per le cadute, a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole e a promuovere l'attività fisica.

### 2.5.1 Quante persone con 65 anni e più sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?

Nella ASS1 "Triestina" il 9% degli intervistati con più di 64 anni ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni.

Le cadute sono state riferite con maggior frequenza dalle persone:

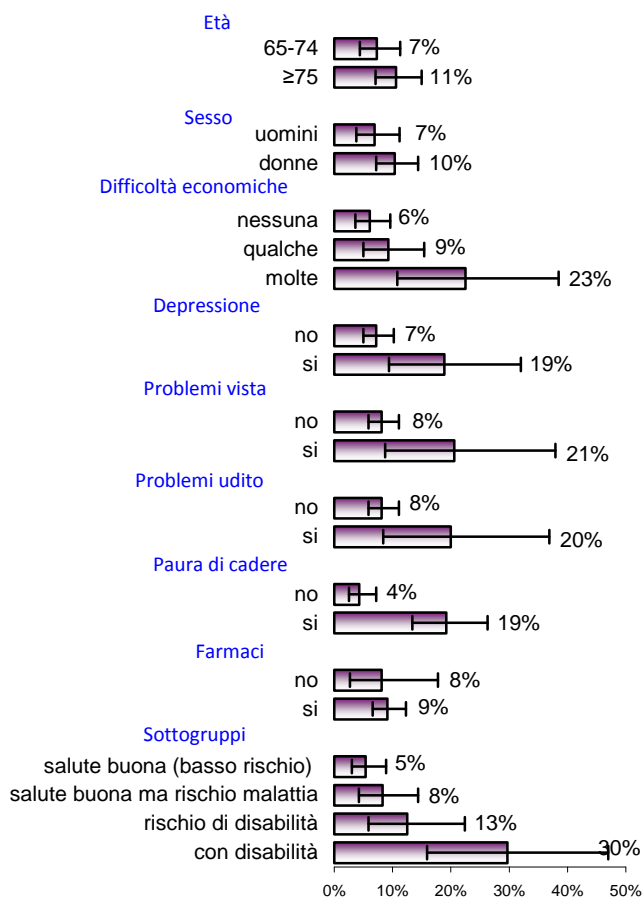
- più anziane;
- donne;
- con maggiori difficoltà economiche (4 volte più frequentemente rispetto a coloro che dichiarano nessuna difficoltà economiche)
- con depressione;
- con problemi di vista e udito (più del doppio rispetto a chi non ha problemi sensoriali)
- che hanno paura di cadere (5 volte più frequentemente).
- nei sottogruppi con disabilità e rischio di disabilità.

Nell'ASS1 la percentuale di persone che hanno riferito di essere cadute negli ultimi 30 giorni è più bassa del Pool nazionale (11%). Le differenze non sono statisticamente significative

#### Persone con più di 64 anni che sono cadute negli ultimi 30 giorni

PDA ASS1 (n=502)

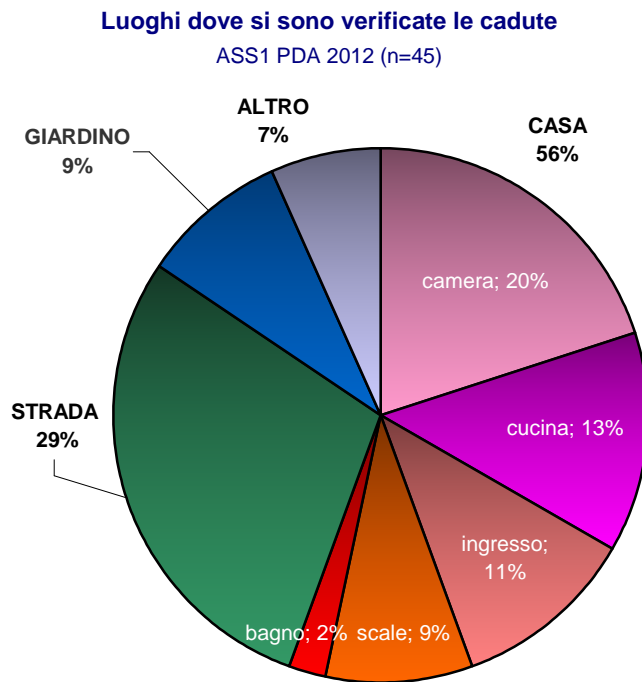
Totale 9,0%(IC 95%: 6,7-11,9)



### 2.5.2 Dove si sono verificate le cadute

Oltre metà delle cadute sono avvenute in casa, soprattutto in camera (20%), cucina (13%), ingresso (11%) e scale (9%). Solo il 2% delle cadute è avvenuto in bagno.

Le cadute in casa sono più frequenti fra le persone con più di 74 anni (70% vs 33% fra 65-74 anni) e nel genere femminile (58% vs 50% negli uomini). Le differenze rilevate per classi di età risultano significative.



### 2.5.3 Quanti sono stati ricoverati in seguito ad una caduta?

Nel PDA la gravità delle cadute viene valutata indirettamente, chiedendo se, alla caduta stessa, è seguito un ricovero di più di un giorno.

- Nell'ASS1 Triestina, il 4% di coloro che hanno dichiarato di essere caduti negli ultimi 30 giorni è stato ricoverato per più di un giorno, a causa della caduta. Tale percentuale è inferiore a quella rilevata nel Pool nazionale (13%). Le differenze rilevate sono statisticamente significative.

Nel Pool nazionale, il ricovero è avvenuto più frequentemente fra le persone con maggiori difficoltà economiche, che avevano problemi di udito e che avevano paura di cadere. A livello di ASS 1 non è stato possibile fare ulteriori valutazioni, a causa della scarsa numerosità della casistica esaminata.

### 2.5.4 Quanti usano dispositivi di sicurezza per la vasca da bagno o per la doccia?

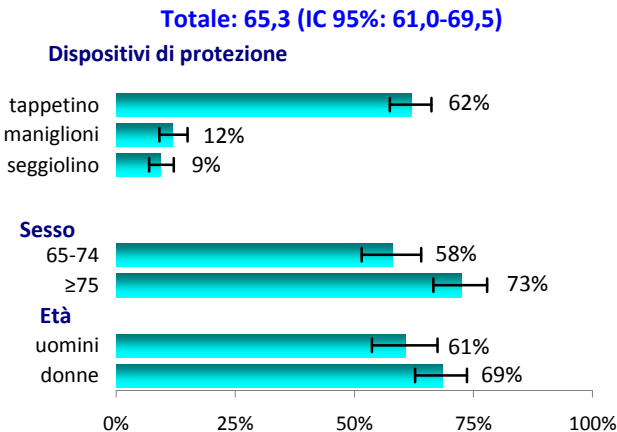
- Nell'ASS 1, il 65% degli intervistati con più di 64 anni usa dispositivi di sicurezza per la vasca da bagno o la doccia. La stessa percentuale è stata rilevata a livello nazionale (Pool nazionale 2012).
- L'uso dei dispositivi aumenta significativamente nella classe di età più anziana. A livello nazionale, differenze significative sono state rilevate anche per genere.

Il dispositivo più diffuso è il tappetino antiscivolo, mentre i maniglioni sono utilizzati da un ultra 64-enne su 8 ed il seggiolino da meno del 10%.

La percentuale di ultra 64enni che dichiara di usare maniglioni (17%) e seggiolino (13%) è più elevata a livello nazionale rispetto all'ASS1 (differenze significative dal punto di vista statistico).

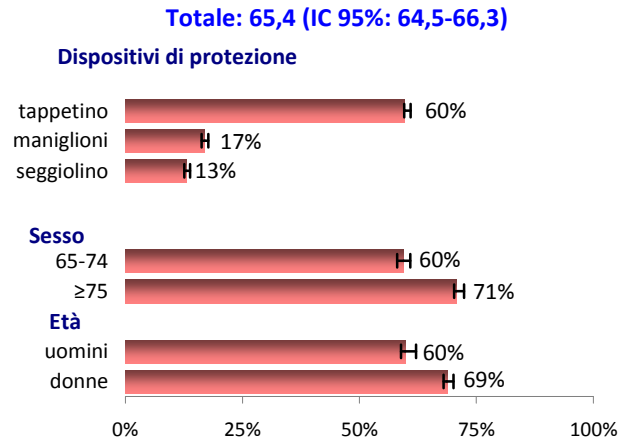
**Persone che usano dispositivi di sicurezza per vasca o doccia e tipologia di dispositivi usati (%)**

ASS1-PDA 2012 (n=502)



**Persone che usano dispositivi di sicurezza per vasca o doccia e tipologia di dispositivi usati (%)**

Pool PDA 2012 (n=23.751)



**2.5.5 Chi ha ricevuto consigli da parte di un operatore su come evitare di cadere?**

Nella ASS1 "Triestina",

- Solo il 10% degli intervistati con più di 64 anni ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da un sanitario su come evitare di cadere.

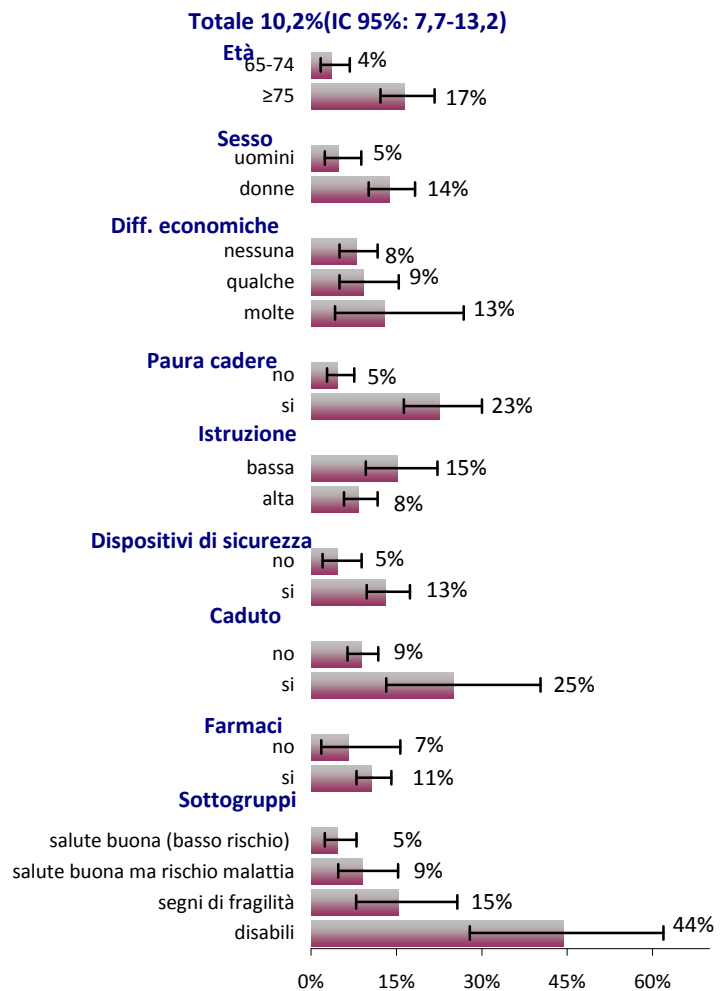
Il consiglio è stato dato più spesso:

- alle persone più anziane (4 volte più frequentemente);
- alle donne (3 volte più spesso);
- alle persone meno istruite (2 volte più spesso);
- a chi è già caduto (3 volte più spesso);
- a chi ha paura di cadere (4 volte più spesso);
- alle persone con disabilità.

Nel Pool nazionale, i consigli su come evitare di cadere sono stati erogati al 16% degli ultra 64enni, (differenza significativa statisticamente), ma le categorie che hanno ricevuto più spesso consigli ricalcano quelle rilevate a livello nazionale).

**Persone che hanno ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da un sanitario su come evitare di cadere (%)**

ASS 1 PDA 2012 (n=502)



## **Conclusioni**

Le cadute possono rappresentare un evento distruente nell'età avanzata.

Nella maggior parte dei casi si verificano in ambiente domestico.

Alcune condizioni, come descritto in letteratura, sono risultate associate ad un aumento di cadute, come la presenza di un problema sensoriale (vista, udito) o un numero crescente di farmaci assunti. La paura di cadere, in particolare, aumenta di quasi 5 volte il rischio di cadere.

Quasi 1 persona su 25 è stata ricoverata in seguito alla caduta avvenuta nei 30 giorni precedenti: nella lettura di questo dato, bisogna ricordare che PASSI D'Argento non fornisce informazioni sulle cadute con esito più grave e che hanno richiesto tempi di ospedalizzazione più lunghi.

Oltre metà degli intervistati usa dispositivi di protezione per il bagno ed il loro utilizzo è più diffuso fra le persone più anziane e fra le donne.

L'attenzione degli operatori al problema delle cadute è ancora molto scarsa e, dai dati, sembra che i consigli vengano dati per lo più in seguito ad un evento (25% fra coloro che sono caduti vs 9% di coloro che non sono caduti) o che l'attenzione si concentri nelle fasce di popolazione più fragili, che sono quelle nelle quali anche l'uso dei dispositivi è maggiore.

Tale evidenza deve indurre negli operatori sanitari la necessità di considerare la problematica delle cadute negli anziani e di erogare consigli nelle occasioni di contatto.

## 2.6 Sintomi di depressione

La depressione è una patologia psichiatrica che può determinare elevati livelli di disabilità, con notevoli costi diretti e indiretti per l'intera società. Essa è caratterizzata da sentimenti di tristezza, sensazione di vuoto interiore e perdita di interesse e piacere. In molti casi, questi sintomi si accompagnano anche a difficoltà nella cura di sé, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, con tendenza all'isolamento, sensi di colpa e auto-svalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e difficoltà di concentrazione.

Con il progredire dell'età, la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave: essa determina un peggioramento della qualità della vita, ed è collegata ad una maggiore morbilità e ad un aumento del rischio suicidario. Al contrario, in molti casi si riscontra una sottostima della necessità di curarsi sia da parte delle persone più anziane, che considerano il loro stato psicologico una necessaria conseguenza della loro storia di vita, sia da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione tipica dell'età avanzata.

Analogamente alla sorveglianza PASSI, il sistema PASSI d'Argento valuta la presenza dei sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività che si è soliti svolgere) utilizzando il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2): un test validato e molto utilizzato a livello internazionale e nazionale, che è caratterizzato da elevata sensibilità. Esso rappresenta un valido strumento per lo screening dei sintomi di depressione anche tra le persone con 65 anni e più.

### 2.6.1 Quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

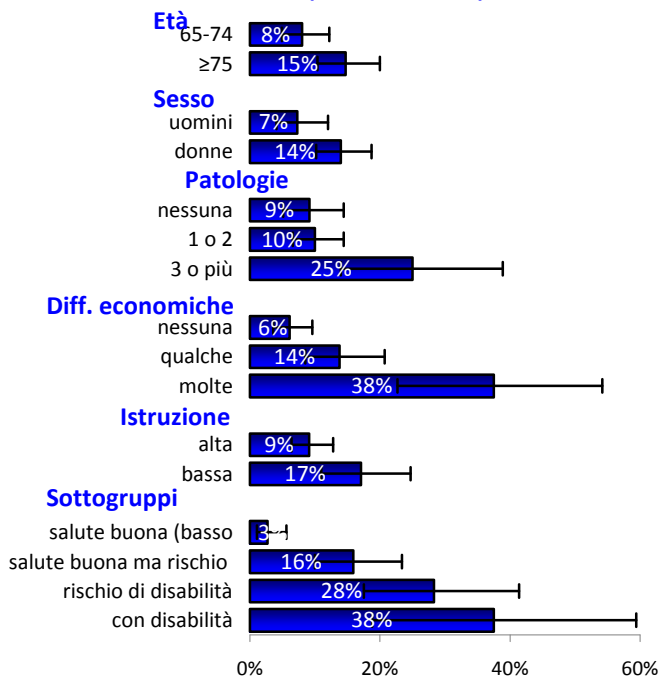
Nell'ASS1 "Triestina" sintomi di depressione sono stati individuati in circa lo 11% delle persone intervistate.

Questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nelle donne;
  - fra gli ultra 74enni;
  - nelle persone con basso livello d'istruzione;
  - nelle persone con molte difficoltà economiche;
  - nelle persone con tre o più patologie croniche;
  - fra le persone con disabilità e a rischio di disabilità.
- La percentuale di persone con sintomi di depressione individuate nella ASS 1 risulta significativamente più bassa rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012) corrispondente al 21%.

#### Sintomi di depressione\* (%) ASS 1 - PDA 2012 (n=468)

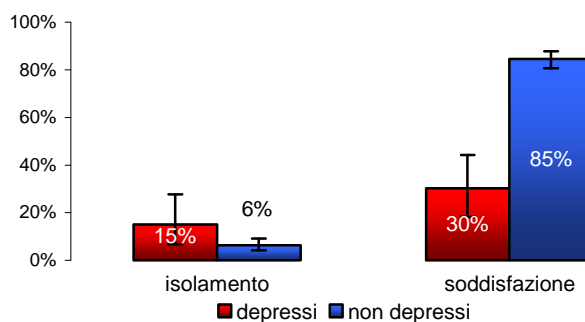
Totale 11,3 (IC95% 8,6-14,6)



\* Persone con 65 anni e più e punteggio => 3 del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depressa o senza speranza.

Nell'ASS1, le persone con sintomi di depressione presentano un rischio di isolamento più alto rispetto a quelli senza sintomi di depressione (15% vs 6%) e dichiarano un livello di soddisfazione per la propria vita significativamente più basso rispetto alle persone senza sintomi di depressione (30% vs 85%). Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

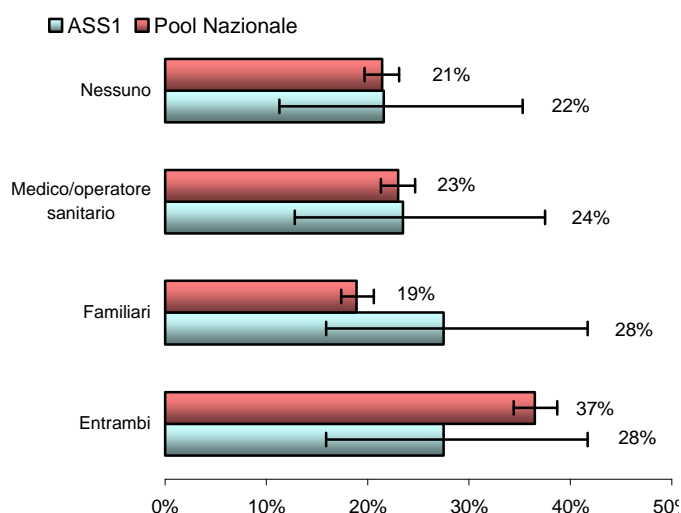
**Rischio di isolamento e soddisfazione della vita dichiarato fra le persone con e senza sintomi di depressione**  
ASS 1 PDA2012 (n=469)



## 2.6.2 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

- Il 78% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (24%), a familiari/amici (28%) o ad entrambi (28%).
- 1 persona su 5 con sintomi di depressione non si è rivolta a nessuno per parlare dei propri sintomi di depressione. Fra queste non sono state rilevate differenze per livello di istruzione né per livello economico.
- Anche a livello nazionale quasi il 79% delle persone con sintomi di depressione si è rivolta a figure di riferimento, in particolare a medici/operatori sanitari (23%), a familiari/amici (19%) o ad entrambi (36%).

**Figure a cui si sono rivolte gli anziani con sintomi di depressione**  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n=51)- Pool Nazionale (n=3.407)



## Conclusioni

Nell'ASS 1 "Triestina" si stima che lo 11% degli anziani abbia sintomi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone con 3 o più patologie.

Una persona su cinque con sintomi di depressione non ne ha parlato con nessuno.

L'evidenza di una prevalenza così elevata di sintomi di depressione nella popolazione anziana, nonostante sia la metà di quella rilevata nel Pool nazionale, ed il rischio di declino fisico e psichico che spesso si accompagna a questa patologia suggeriscono l'opportunità di praticare uno screening di questa condizione da parte dei medici di medicina generale.

## 2.7 Rischio di isolamento

L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale, che comprende sia aspetti di natura "strutturale", quali ad esempio il vivere soli e la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura "funzionale", come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere. L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età, l'isolamento sociale risulta in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità. Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni, nonché ad una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione e l'abuso alcolico o il rischio di caduta. Nell'indagine PASSI d'Argento è stata valutata la partecipazione a incontri collettivi e l'incontrare altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere. Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale non svolgevano nessuna di queste attività.

### 2.7.1 Quante sono le persone a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 9% è a rischio di isolamento sociale.

Tale condizione è risultata più frequente fra:

- le persone più anziane;
- con scolarità bassa;
- con molte difficoltà economiche;
- cresce passando dal sottogruppo in buona salute e senza rischio di malattia cronica al sottogruppo con disabilità: in quest'ultimo sottogruppo è a rischio di isolamento sociale quasi una persona su due (46%).

**Persone a rischio di isolamento sociale**  
ASS1 PDA 2012 (n=502)  
**Tot 9,4% (IC95% 7,0-12,3)**



\* Persone con 65 anni e più che nel corso di una settimana normale **NON** partecipano a incontri collettivi o telefonano o incontrano altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere.

## 2.8 Visite del Medico di Medicina Generale

Il medico di medicina generale spesso rappresenta una importante figura di riferimento, soprattutto per le persone anziane, per il particolare rapporto di fiducia che si instaura.

Fondamentale è il suo ruolo di ruolo di regia per il paziente anziano con comorbidità, che può necessitare dell'intervento di prescrittori diversi e spesso deve assumere terapie farmacologiche complesse per numero e/o per tipologia.

La periodica revisione della appropriatezza e della corretta assunzione della terapia può contribuire ad evitare effetti collaterali ed interazione tra farmaci.

Anche le visite mediche frequenti, con periodicità dettata dalle condizioni cliniche, necessarie alla corretta gestione domiciliare delle patologie croniche, anche gravi, dell'anziano, contribuiscono ad evitare frequenti e spesso dannose ospedalizzazioni.

Il 65% degli anziani intervistati ha dichiarato di avere almeno 1 patologia cronica fra quelle indagate da PASSI D'Argento (diabete, infarto o ischemia cardiaca o coronaropatia, altre malattie cardiache, ictus o ischemia cerebrale, malattia respiratoria cronica, insufficienza renale, tumori, cirrosi o malattie croniche di fegato).

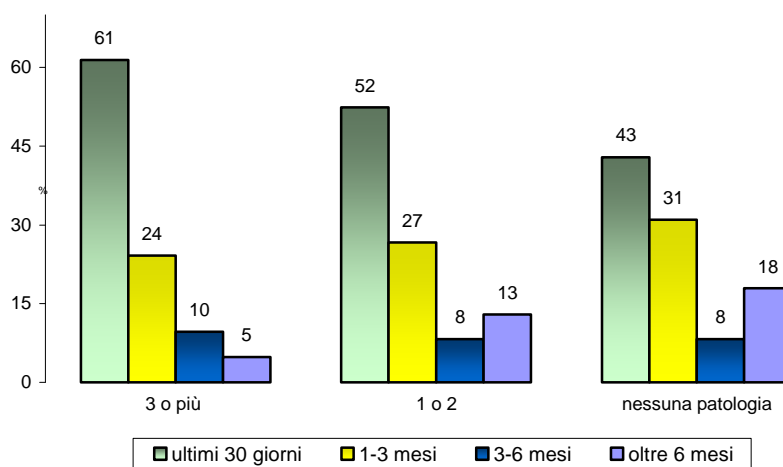
- ◆ Il 50% degli anziani intervistati è stato visitato dal proprio medico di medicina generale negli ultimi 30 giorni,
- ◆ il 28% tra 1 e tre mesi prima dell'intervista,
- ◆ lo 8% tra 3 e 6 mesi prima ed
- ◆ il 13% oltre 6 mesi prima dell'intervista.

Nel Pool nazionale le percentuali rilevate sono rispettivamente

50%; 21%; 11%; 18%.

Fra coloro che hanno dichiarato di avere 3 o più patologie, quasi 2 su 3 (61%) sono stati visitati negli ultimi 30 giorni, 1 su 4 tra 1 e 3 mesi prima dell'intervista, 1 su 10 tra 3 e 6 mesi prima dell'intervista e quasi il 5% da oltre 6 mesi (grafico sopra).

**Distribuzione dell'ultima visita dal medico di famiglia per numero di patologie dichiarate**  
PDA 2012 (n=502)



## 2.9 Sicurezza nell'uso dei farmaci

Con il progredire dell'età, per la maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci. Sono più frequenti i casi di comorbilità e di polifarmacoterapia, con l'assunzione contemporanea di diversi farmaci nell'arco della stessa giornata. La polifarmacoterapia aumenta il rischio di prescrizioni inappropriate e reazioni avverse (che si attesta intorno al 35% quando sono consumati più di 5 farmaci al giorno); inoltre, a causa della minore *compliance*, può determinare una ridotta efficacia della terapia stessa.

La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone con 65 anni e più. La periodica verifica da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) della corretta assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute. Nella sorveglianza PASSI d'Argento sono state raccolte informazioni sui farmaci assunti e sull'eventuale controllo dell'uso dei farmaci da parte del medico di medicina generale.

Nell'ASS1 lo 88% degli intervistati fa uso di medicine.

Il numero medio di farmaci assunti quotidianamente è di 3,3 (3,8 a livello nazionale).

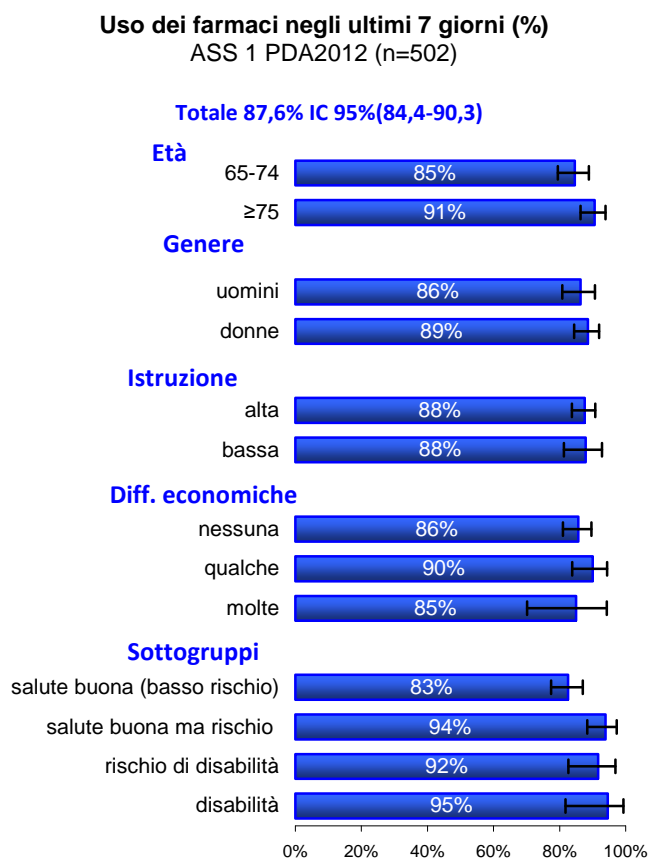
Fra le persone che assumono farmaci (n=440) il 6% dichiara di aver bisogno di aiuto per l'assunzione e, di essi, lo riceve il 100%. A livello nazionale dichiara di aver bisogno di aiuto per le medicine il 16%; di essi lo riceve il 99,56%.

### 2.9.1 Quante persone con 65 anni e più hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni?

Nell'ASS1, lo 88% degli intervistati fa uso di medicine.

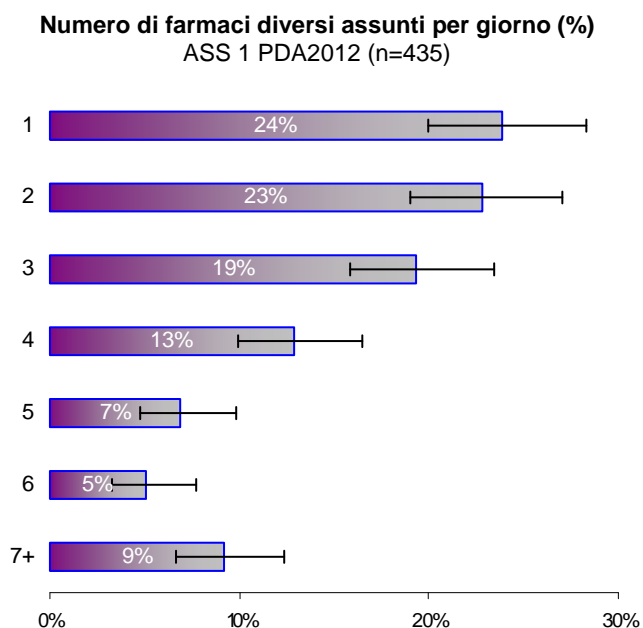
Come si evince dal grafico a fianco, non si evidenziano differenze di rilievo per genere, età livello di istruzione, difficoltà economiche; all'interno dei sottogruppi di popolazione, si rileva una percentuale inferiore di persone che assumono farmaci nel sottogruppo in buona salute, con basso rischio di malattia.

A livello nazionale (pool nazionale PASSI D'Argento) fa uso di medicine il 90% della popolazione ultra 64enne.



## 2.9.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

- Fra coloro che assumono farmaci, il 66% ha dichiarato di assumere da 1 a 3 tipi di farmaci, mentre il 34 % assume 4 farmaci o più.
- Il 9% ha dichiarato di assumere 7 o più farmaci



## 2.9.3 Chi assume almeno 4 farmaci al giorno?

Nella ASS 1 "Triestina", fra le persone ultra 64enni che assumono farmaci, il 34% assume almeno 4 medicine al giorno.

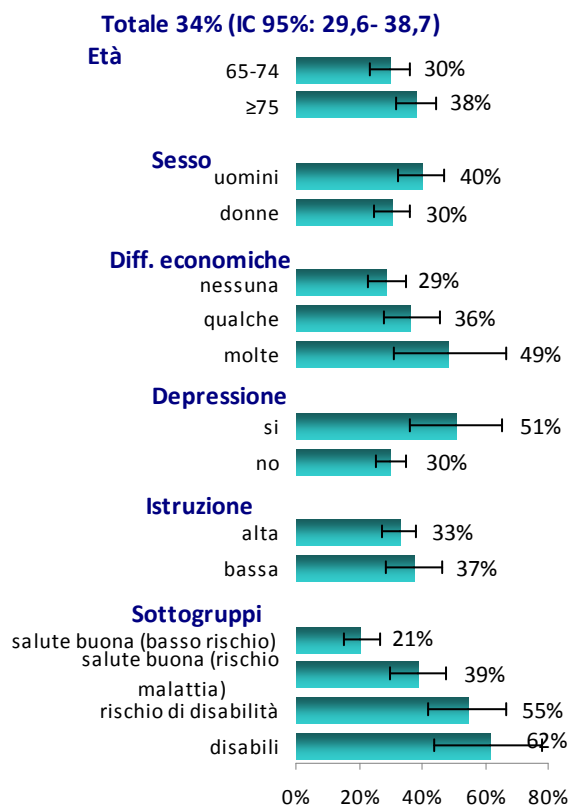
Tale percentuale risulta inferiore rispetto alla media nazionale (Pool nazionale 2012: 45%; differenze statisticamente significative).

La percentuale di persone che assume 4 o più farmaci al dì è maggiore:

- fra gli ultra 74 enni;
- nel genere maschile;
- al crescere delle difficoltà economiche (trend crescente);
- fra le persone con sintomi di depressione (differenze significative).
- fra le persone con livello di istruzione più basso;
- nei sottogruppi con disabilità e rischio di disabilità (trend dal sottogruppo in buona salute a quello con disabilità)

### Caratteristiche degli anziani che assumono 4 o più farmaci al giorno (%)

ASS 1 PDA 2012 (n=435)



## 2.9.4 Quando è stato controllato se la terapia è assunta correttamente?

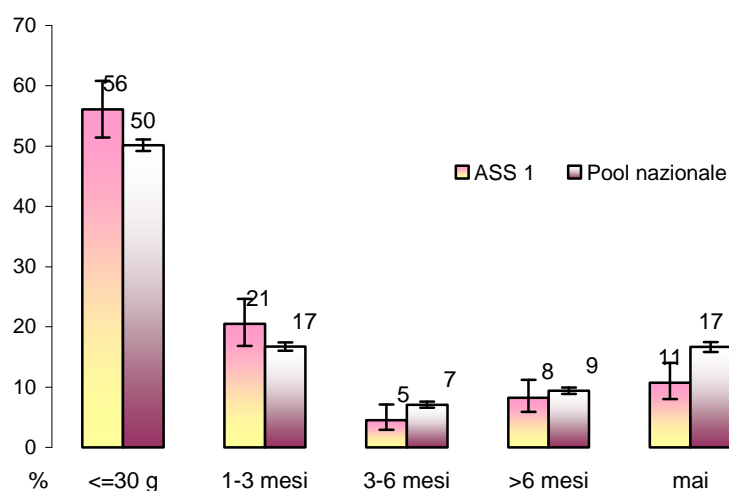
La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni in quasi 6 anziani su 10; in altri 2/10 il controllo è stato fatto da meno di tre mesi.

Per il 5% degli anziani la terapia è stata controllata fra 3 e 6 mesi prima e nello 8% il controllo risale a più di 6 mesi prima.

lo 11% ha dichiarato che la terapia non è stata controllata mai.

A livello nazionale ha dichiarato il controllo della terapia farmacologica negli ultimi 30 giorni una percentuale inferiore di intervistati, ma le differenze rilevate non sono significative.

Percentuale di anziani che hanno dichiarato il controllo della terapia dal medico nei periodi indicati  
PDA 2012 Confronto ASS1 (n=440)- Pool (n=20.918)



## 2.9.5 In quali anziani il controllo della corretta assunzione delle medicine è avvenuto da più di 6 mesi?

Fra gli anziani che assumono farmaci, si stima che il controllo della corretta assunzione delle medicine da parte del medico curante risalga a più di 6 mesi prima per il 9% degli anziani nell'ASS1 "Triestina rispetto allo 11% della media nazionale (Pool PDA 2012)

**Nell'ASS 1** il controllo da oltre 6 mesi è risultato più frequente

- fra coloro che assumono meno di 4 farmaci;
- fra le persone con molte difficoltà economiche.

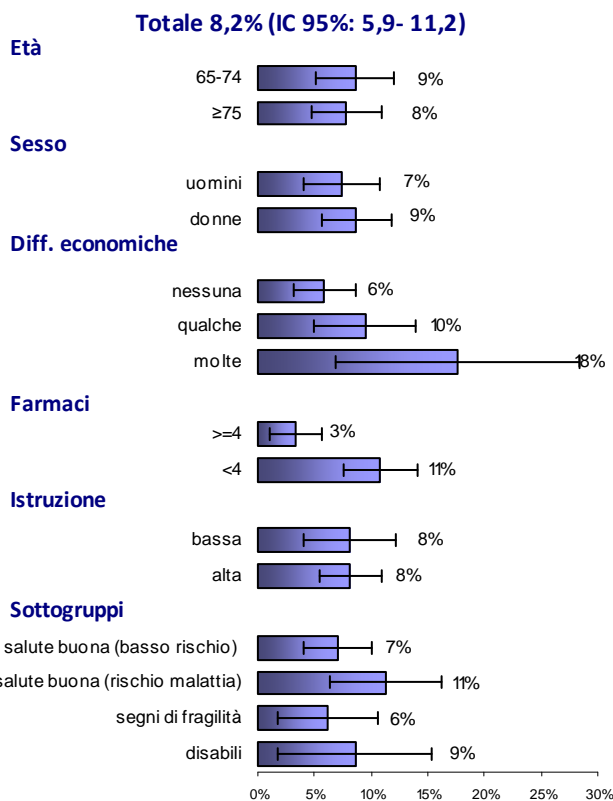
Considerando i sottogruppi di popolazione, la terapia è stata controllata da più di 6 mesi nel 7% delle persone con salute buona (sia a basso rischio che a rischio) e nel 9% dei disabili e delle persone con rischio di fragilità, senza differenze significative.

**Nel Pool nazionale 2012** il controllo da oltre 6 mesi è risultato più frequente

- fra coloro che assumono meno di 4 farmaci
- fra le persone senza difficoltà economiche
- fra le persone con istruzione alta
- fra le persone con migliore stato di salute.

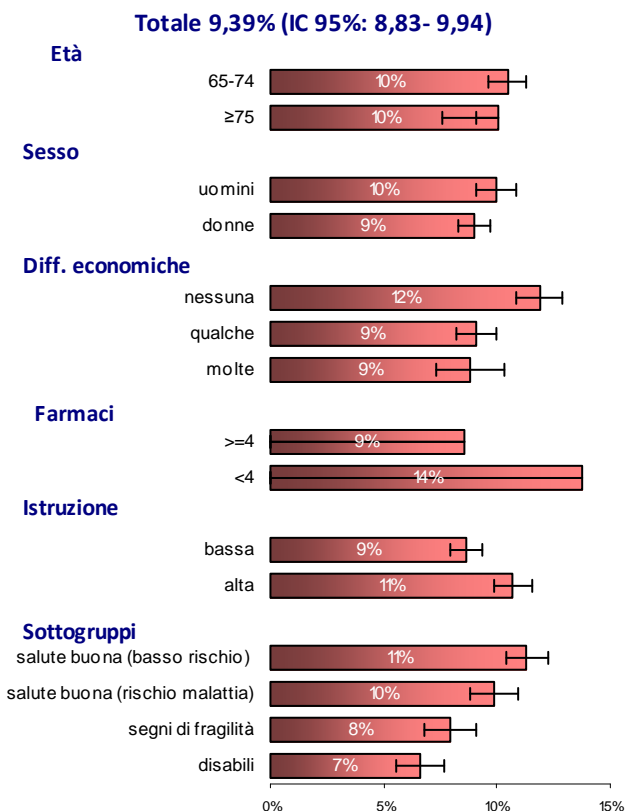
### Caratteristiche degli anziani per i quali il controllo della corretta assunzione dei farmaci è avvenuto da più di 6 mesi (%)

ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=440)



### Caratteristiche degli anziani per i quali il controllo della corretta assunzione dei farmaci è avvenuto da più di 6 mesi (%)

Pool PDA 2012 (n=21.551)



## 2.9.6 Farmaci ed alcol

È noto che, oltre agli effetti già citati, l'alcol interferisce col metabolismo dei farmaci, potenziandone o riducendone gli effetti o determinando effetti collaterali.

Nell'ASS1 si stima che, fra gli anziani che assumono farmaci, il 58,6% (IC95% 53,9%- 63,3) beve alcol.

Fra gli anziani che assumono farmaci, il 29,4% (IC 95% 25,2%-33,9%) ha una modalità di assunzione che può essere considerata a rischio.

Fra coloro che hanno un'assunzione di alcol "a rischio", il 71% prende meno di 4 medicine al giorno e il restante 29% 4 o più.

## Conclusioni

L'attenzione alle persone anziane da parte dei medici di medicina generale è soddisfacente, anche se con margini di miglioramento per la frequenza delle visite in quegli anziani che riferiscono 3 o più delle patologie indagate nel questionario e visitati da oltre sei mesi.

Si stima che lo 80% degli anziani che assumono farmaci abbia controllato negli ultimi 3 mesi insieme al medico di medicina generale la correttezza della terapia farmacologica (per tipologia di farmaci ed orari di assunzione); nel 60% dei casi il controllo è avvenuto negli ultimi 30 giorni, il che denota una discreta attenzione alla problematica.

Si stima però che il controllo della corretta assunzione dei farmaci sia avvenuto da più di sei mesi in circa 8% degli anziani; fra coloro che assumono 4 o più farmaci il 3% ha dichiarato che la terapia è stata controllata da più di 6 mesi.

Secondo studi internazionali, il 6,5% di tutti i ricoveri ospedalieri è provocato da effetti avversi dei farmaci, più di metà dei quali sono considerati prevenibili.

Inoltre, 14% dei pazienti definiti come particolarmente vulnerabili agli eventi avversi dei farmaci a causa dell'età, di patologie o di co-prescrizioni avevano ricevuto nell'anno precedente prescrizioni ad alto rischio.

Probabilmente questa fetta di anziani si gioverebbe di controlli più frequenti della terapia stessa.

La percentuale elevata di anziani che assume farmaci e beve alcolici e, ancor più, quella che assume almeno 4 medicine al giorno e quantità di alcol considerabili "a rischio" suggerisce l'opportunità, per il medico di medicina generale, di informarsi sull'introito di unità alcoliche dei propri pazienti anziani e di consigliare loro di evitare o ridurre l'assunzione di alcol, sia al fine di ridurre gli effetti collaterali, sia per prevenire il fenomeno delle cadute.

## 2.10 Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come le persone con 65 anni e più. La vaccinazione è particolarmente importante in presenza di alcune patologie croniche molto frequenti in età anziana, come le patologie dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori.

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mira a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali. Nel nostro Paese, la vaccinazione contro l'influenza per i gruppi a rischio è stata prevista nel Piano Sanitario Nazionale fin dal 1998-2000, e nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccini fin dal 1999-2000.

Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio. Per le persone con 65 anni e più sono previsti programmi di immunizzazione universale.

L'aumento dei livelli di copertura vaccinale nella popolazione con 65 anni e più richiede la messa in atto di strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, ecc.).

### **2.10.1 Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale?**

#### ***E quali sono le loro caratteristiche?***

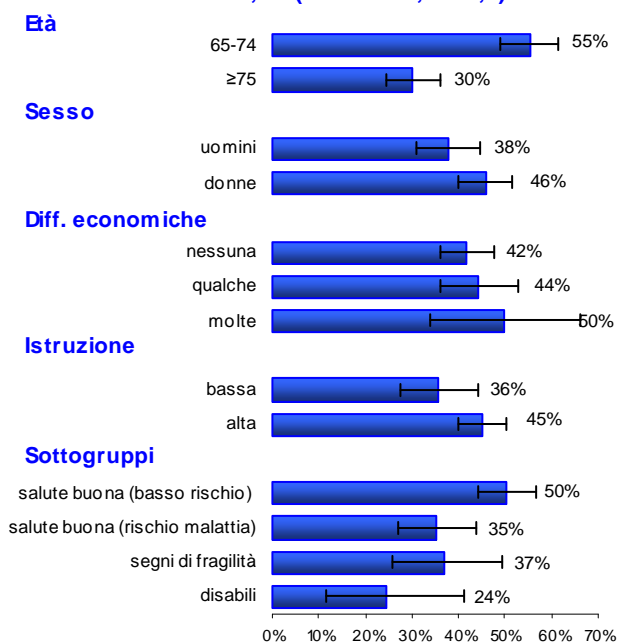
Nell'ASS1 "Triestina", solo il 58% degli anziani è stato vaccinato durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (2011 - 2012); nel Pool nazionale si stima che sia stato vaccinato il 62% degli ultra 64enni.

Non risulta vaccinata quasi 1 persona su 3 fra gli ultra 74enni, anche se le percentuali più alte di non vaccinati si ritrovano nella classe 65-74 anni (più di 1 su 2) e fra le donne (quasi 1 su 2).

Solo la differenza rilevata per classe di età risulta significativa dal punto di vista statistico.

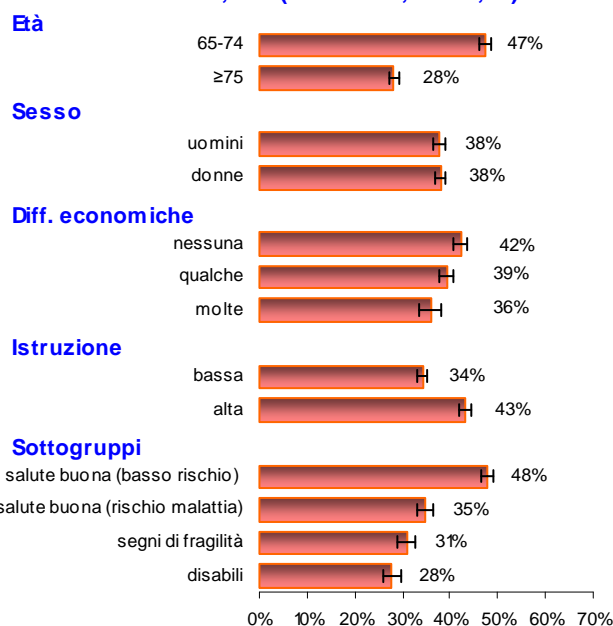
**Percentuale di anziani non vaccinati durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale PDA 2012 ASS1 (n=499)**

**Totale 42,5% (IC 95%: 38,1- 47,0)**



**Percentuale di anziani non vaccinati durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale PDA 2012 Pool nazionale (n=23.751)**

**Totale 37,85% (IC 95%: 36,98- 38,72)**



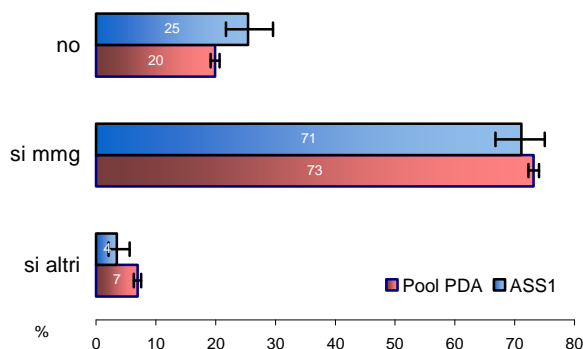
### 2.10.2 Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale?

Nell'ASS1 "Triestina" si stima che il 71% degli anziani abbia ricevuto dal proprio medico il consiglio di eseguire la vaccinazione, quasi il 4% lo abbia ricevuto da altri, mentre il 25% degli anziani riferisce di non aver ricevuto alcun consiglio.

A livello nazionale (Pool PDA 2012) le percentuali rilevate sono rispettivamente del 73%, del 7% e 20%.

La percentuale di anziani che riferisce di non aver ricevuto il consiglio di eseguire la vaccinazione risulta più elevata nella ASS1 rispetto al Pool

**Percentuale di anziani che hanno ricevuto il consiglio di eseguire la vaccinazione antinfluenzale PDA 2012 Confronto ASS1 (n= 488) Pool Nazionale (n=23.298)**



Nazionale (25,4% vs 19,9%), mentre risulta più bassa la percentuale che riferisce di aver avuto il consiglio da figure non mediche (3,5% vs 6,93%). Tali differenze risultano significative statisticamente.

Fra le 212 persone con 65 anni e più che non hanno effettuato la vaccinazione, il 64% dichiara di non aver ricevuto il consiglio dal proprio medico.

### Conclusioni

La mancata adesione di quasi la metà della popolazione anziana intervistata alla vaccinazione antinfluenzale suggerisce l'opportunità che tale pratica venga promossa da parte di tutti gli operatori sanitari, utilizzando le occasioni opportune e di studiare nuove strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, ecc.).

## 2.11 Protezione dalle ondate di calore

Negli ultimi anni si sono accentuati fenomeni climatici estremi che, soprattutto in estate, sono caratterizzati da ondate di caldo con umidità elevata. Se non vengono prese le dovute precauzioni, questi fenomeni possono rivelarsi molto pericolosi per la salute delle persone più anziane e con patologie croniche. E' compito dei servizi socio-sanitari favorire la messa in atto di misure preventive strutturali e, soprattutto, comportamentali, anche attraverso la diffusione di informazioni e consigli su questo argomento.

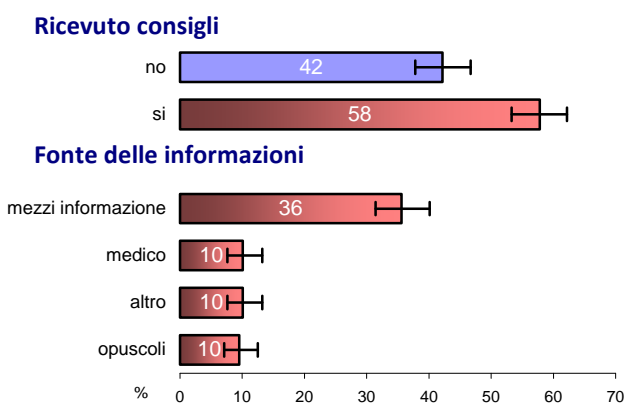
Nell'ASS1 il 58% degli intervistati ha ricevuto consigli su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo.

La fonte delle informazioni è rappresentata nel 36% dei casi dai mezzi di informazione, mentre il medico di famiglia ha erogato il consiglio a circa un anziano su 10.

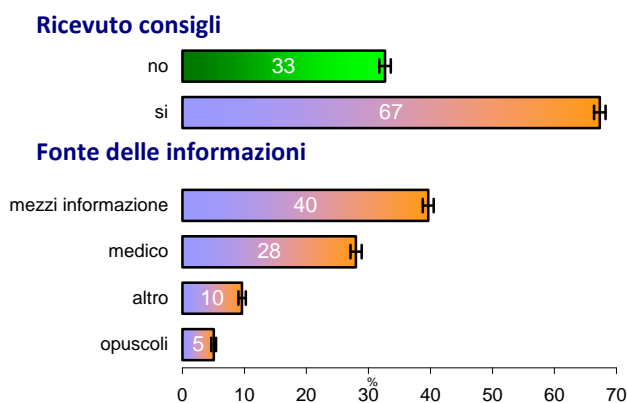
Rispetto alla media nazionale (dati in basso a destra) nell'ASS1 una percentuale significativamente più bassa di anziani ha ricevuto consigli su come difendersi dalle ondate di calore.

Per quanto riguarda le fonti di informazione, rispetto al pool nazionale nell'ASS1 una percentuale inferiore di anziani ha ricevuto consigli dal proprio medico, mentre risulta superiore rispetto alla media nazionale la percentuale di anziani che dichiara di aver appreso informazioni dagli opuscoli (differenze significative dal punto di vista statistico).

**Persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore e distribuzione delle fonti di informazione**  
ASS1 PDA 2012 (n=486)



**Persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore e distribuzione delle fonti di informazione**  
Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.372)



### 2.11.1 Chi non ha ricevuto consigli per le ondate di calore?

Nell'ASS1 "Triestina" più di due anziani su 5 non hanno ricevuto consigli su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo.

I dati rilevati a livello locale ricalcano quanto rilevato a livello nazionale.

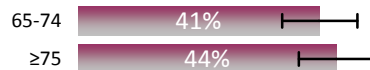
La percentuale non trascurabile di anziani che non ha recepito il consiglio e l'assenza di caratteristiche peculiari socio-economiche, culturali, legate ai sottogruppi di popolazione suggerisce la necessità di intensificare la diffusione delle informazioni e, contemporaneamente, sperimentare modalità informative più adeguate al target di riferimento.

#### Anziani che non hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore

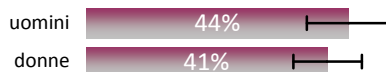
ASS1 PDA 2012 (n=486)

Totale 42,2 (IC95% 37,8-46,7)

##### Età



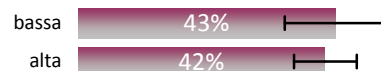
##### Sesso



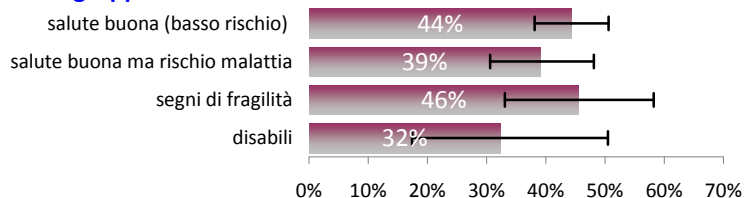
##### Diff. economiche



##### Istruzione



##### Sottogruppi



## 2.12 Aiuto nelle attività della vita quotidiana

### 2.12.1 Quante persone ricevono aiuto tra quelle che hanno limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Da chi lo ricevono?

Riceve aiuto la totalità (100%) di coloro presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Tra coloro che ne hanno bisogno, 95 persone su 109 ricevono aiuto dai familiari.

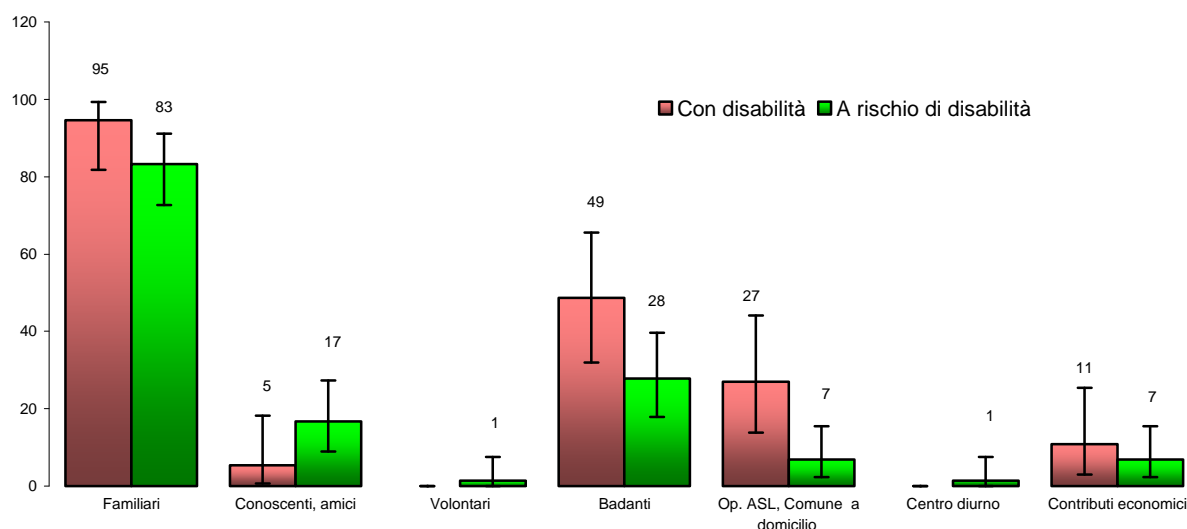
Badanti (ovvero persone individuate e pagate in proprio) assistono quasi la metà (49%) delle persone con 65 anni e più con disabilità, ma anche il 28% di quelli con mancanza di autonomia nelle sole IADL.

Conoscenti supportano circa il 12% delle persone con problemi di autonomia nelle attività della vita quotidiana.

Tra le persone con problemi nelle ADL, il 14% dichiara di ricevere aiuto da operatori del servizi pubblico (es ASL o Comune) e lo 1% di essere assistito presso un centro diurno.

Contributi economici vengono riferiti dallo 11% delle persone con disabilità e dal 7% di quelle con difficoltà nelle IADL.

**Chi fornisce aiuto (%)**  
ASS 1 PDA 2012 (n=112)



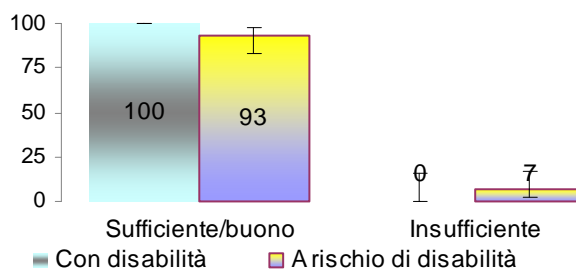
### 2.12.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

Il giudizio sull'aiuto ricevuto è stato espresso dal 56% delle persone con disabilità e dallo 80% di quelle con problemi nelle sole IADL.

Tra coloro che hanno espresso la propria opinione, il giudizio è stato prevalentemente positivo (sufficiente/buono):

- 100% tra coloro con limitazioni nelle ADL
- 93% tra quelli con limitazioni solo nelle IADL.

**Giudizio per l'aiuto ricevuto (%)**  
ASS 1 PDA2012 (n=79)



## FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

### 2.13 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali

INDICATORE	% ASS1	ic 95%		media del pool	ic 95%		direzione migliore	valore minimo	Percentile 25°	Media del pool		Percentile 75°	valore massimo
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.							
Sovrappeso obesi 65-74 anni	58,0	51,5	64,3	61,1	59,9	62,3	←	48,8		60,2	61,1	66,8	72,2
< di 3 porzioni di frutta o verdura	42,9	38,6	47,4	46,0	45,1	46,9	←	15,7		39,4	46,0	55,6	74,2
Fumatori	13,6	10,8	17,0	9,9	9,4	10,4	←	1,0		6,6	9,9	11,2	18,1
Consumo di Alcol a rischio	29,1	25,2	33,3	18,7	18,1	19,4	←	5,6		13,9	18,7	25,3	37,7
Con ipertensione	54,4	49,9	58,8	60,0	59,1	60,9	←	29,4		54,4	60,0	63,9	81,8
Con 3 o più malattie croniche	11,6	9	14,8	13,0	12,5	13,6	←	0,0		9,	13,0	32,9	42,7
Problemi di vista	6,8	4,8	9,4	13,3	12,6	13,9	←	1,6		9,6	13,3	20,7	30,9
Problemi di masticazione	6,6	4,6	9,2	14,8	14,2	15,5	←	2,19		10,9	14,8	20,7	41,7
Problemi udito	7,0	5,0	9,7	16,5	15,8	17,2	←	3,7		11,6	16,5	21,0	34,8
Caduti negli ultimi 30 gg	9,0	6,7	11,9	11,2	10,6	11,7	←	5,4		8,2	11,2	13,1	25,0
Con sintomi di depressione	11,3	8,6	14,6	21,3	20,5	22,1	←	6,5		17,8	21,3	28,8	52,7
Prendono 4 o più farmaci	34,0	29,6	38,7	45,4	44,5	46,2	←	17,6		41,2	45,4	52,4	61,5
Non informato su ondate di calore	42,2	37,8	46,7	32,7	31,8	33,6	←	3,5		24,7	32,7	41,6	67,3
Non vaccinati contro l'influenza	42,5	38,1	47,0	37,9	37,0	38,7	←	17,0		31,8	37,9	40,0	74,1
Att. fisica (non media, mediana Pase)	112,1			93,3	na	na	→	0,0		56,0	93,3	135	397,0
Rischio isolamento	9,4	7,0	12,3	20,2	19,4	20,9	←	2,5		16,5	20,2	26,8	47,4

- 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
  - ← Valore bassi=migliore indicatore
  - Valore alti=migliore indicatore

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 o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o 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.

### 3. Partecipazione

Insieme all'aumento del numero di persone con 65 e più anni, previsto nei prossimi decenni in Italia e nel resto del mondo, cresce anche l'interesse per il contributo che questa fascia di popolazione può dare a tutta la società. Non a caso l'anno 2012 è stato proclamato Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo (1), con l'intento di incoraggiare i responsabili politici e tutti i gruppi di interesse ad agire, con l'obiettivo di creare migliori opportunità per l'invecchiamento attivo e rafforzare la solidarietà tra le generazioni. In questo quadro è stato concepito dalla Commissione Europea delle Nazioni Unite per Europa (UNECE)<sup>8</sup>, l'indice di invecchiamento attivo (AAI) (2), strumento che permette di misurare e promuovere, nell'ambito degli Stati membri dell'Unione Europea (UE), il potenziale inutilizzato della popolazione anziana. L'indice misura la performance di invecchiamento attivo in quattro distinti ambiti :

- (1) Occupazione;
- (2) Attività sociali e partecipazione;
- (3) Indipendenza e autonomia;
- (4) Capacità e ambiente favorevole per l'invecchiamento attivo.

Ciascun ambito viene indagato attraverso una serie di indicatori, che concorrono a determinare il valore complessivo dell'indice. L'AAI è uno strumento comparativo, che permette ai decisori politici nazionali di valutare la loro performance in tema di invecchiamento attivo, rispetto agli altri Stati membri dell'UE e di monitorare i progressi nel tempo; inoltre, calcolato separatamente, per uomini e donne, fornisce ulteriori approfondimenti sulle azioni politiche necessarie a ridurre le disparità di genere.

La classifica tra gli Stati membri dell'UE per l'indice di invecchiamento attivo vede ai primi posti tre paesi nordici (Svezia, Finlandia e Danimarca), mentre la maggioranza dei Paesi dell'Europa Centrale e Orientale sono in fondo alla classifica; l'Italia si colloca in posizione medio bassa.

E' stata osservata un'elevata correlazione dell'AAI con il PIL pro capite: gli Stati membri dell'UE con maggiore ricchezza e migliore tenore di vita sono più inclini a favorire e sviluppare esperienze di invecchiamento attivo.

Nel 2012 la Commissione europea ha lanciato il Partenariato Europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA): un'iniziativa pilota che mira a coinvolgere Regioni, città, ospedali e organizzazioni per affrontare la sfida rappresentata dall'invecchiamento demografico, con l'obiettivo di accrescere di due anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini europei entro il 2020, attraverso un approccio globale, innovativo e integrato all'assistenza, cura e uso di tecnologie per l'invecchiamento sano e

---

<sup>8</sup>L'Invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, come è stato riconosciuto dal Piano di Azione Internazionale sull'Invecchiamento (MIPAA) delle Nazioni Unite, adottato dalla Seconda Assemblea Mondiale sull'invecchiamento di Madrid nel 2002. L'MIPAA rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari Paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione. L' UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) è responsabile per l'attuazione di MIPAA in Europa; nel 2012 ha adottato la dichiarazione di Vienna che descrive quattro obiettivi prioritari per i paesi UNECE, da raggiungere entro la fine del terzo ciclo (2017): (i) incoraggiare e mantenere una più lunga attività lavorativa; (ii) promuovere la partecipazione, la non discriminazione e l'inclusione sociale delle persone anziane; (iii) promuovere e salvaguardare la dignità, la salute e l'indipendenza nella maggiore età e (iv) mantenere e rafforzare la solidarietà intergenerazionale. L'AAI è uno strumento importante per essere utilizzato per valutare e controllare l'attuazione delle MIPAA.

attivo.

La partecipazione attiva delle persone anziane può essere promossa attraverso una serie di iniziative, come ad esempio: incoraggiare i pensionati a lavorare part-time, coinvolgerli in iniziative comunitarie e di volontariato, o adattare i sistemi fiscali in modo che venga riconosciuta l'assistenza informale fornita dalle persone anziane (es. baby-sitter).

Tutto questo crea le condizioni ottimali affinché le persone più avanti in età rappresentino una risorsa per la collettività, contribuisce a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita. Il concetto di "anziano-risorsa" parte da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, sia alla propria crescita individuale che collettiva. Già nel 1997, con la dichiarazione di Brasilia, l'OMS definiva la persona anziana come una risorsa per la famiglia, la comunità e l'economia (3). Oggi è sempre più riconosciuto il valore sociale ed economico di alcune attività svolte dalle persone più anziane quali, ad esempio, attività lavorative retribuite, attività di volontariato, attività in favore di membri del proprio nucleo familiare o amicale. Nell'indagine PASSI d'Argento sono stati misurati alcuni aspetti della partecipazione e dell'essere risorsa. In particolare, è stata valutata la frequenza a corsi di cultura e formazione, l'eventuale attività lavorativa retribuita o di volontariato, attività sociali e comunitarie, supporto e cura offerti a familiari e conoscenti.

### 3.1 Formazione e apprendimento

Partecipare ad attività culturali ed educative favorisce la crescita individuale e rende attivi nello scambio di conoscenze, di competenze e di memoria, contribuendo così a migliorare i rapporti inter ed intra-generazionali. La sorveglianza PASSI d'Argento ha indagato la partecipazione, negli ultimi 12 mesi, a corsi di formazione per adulti, come corsi di inglese, di computer o università della terza età.

L'informazione raccolta può essere considerata anche una misura indiretta delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare le persone con 65 e più anni.

Nell'ASS1, il 10% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver partecipato negli ultimi 12 mesi ad un corso (Inglese, cucina, computer, università della terza età).

La frequenza di un corso è stata dichiarata più frequentemente da:

- donne (11% vs.7%);
- persone più giovani (15% vs 4%);
- persone con scolarità alta (12% vs 4%);
- persone senza difficoltà economiche;
- sottogruppi in buona salute.

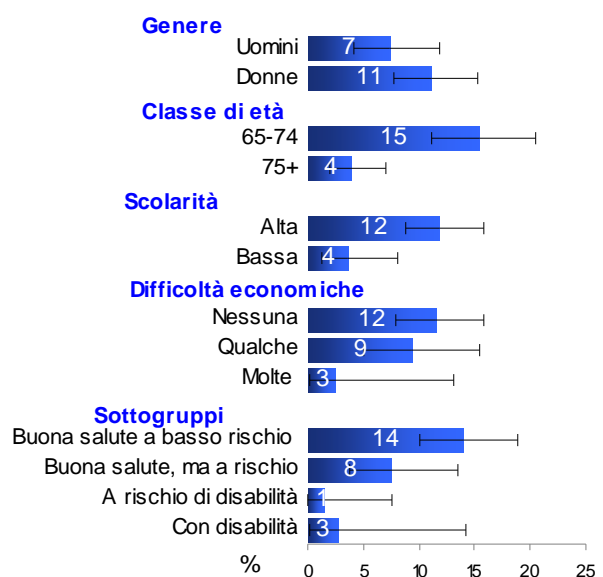
Le differenze rilevate per classi di età e livello di scolarità sono risultate significative.

Nel Pool nazionale ha frequentato un corso di formazione il 3,8% (IC95%: 3,2-4,3).

#### Anziani che hanno dichiarato di aver frequentato un corso di formazione negli ultimi 12 mesi – Caratteristiche-

ASS1 PDA 2012 (n=502)

Totale 9,6% (IC 95% 7,2-12,6)



## 3.2 Lavoro

Con l'aspettativa di vita in aumento in tutta Europa, anche l'età di pensionamento è in aumento, come dimostrano le recenti riforme apportate al sistema pensionistico anche nel nostro Paese.

Il coinvolgimento degli anziani in attività lavorative retribuite, oltre ad influenzare positivamente la loro salute e il loro benessere, aiuta a promuovere la loro partecipazione attiva nella comunità di appartenenza, contribuendo così alla costituzione di un vero e proprio capitale sociale.

Nell'ASS1, il 6% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver svolto negli ultimi 12 mesi un lavoro per cui è stato pagato.

L'attività lavorativa retribuita è stata svolta più frequentemente da:

- uomini (10% vs. 2%);
- persone più giovani (11% vs 0,4%);
- persone con scolarità alta (6% vs 4%);
- persone senza difficoltà economiche;
- sottogruppi in buona salute.

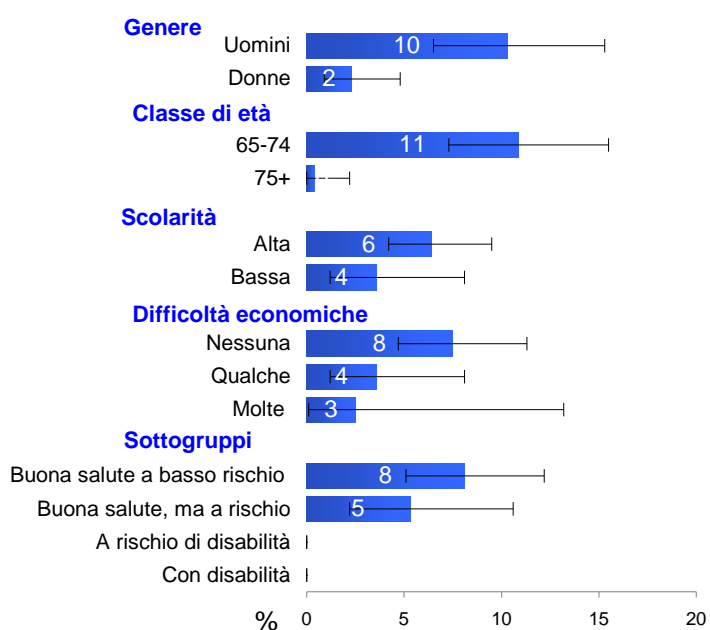
Le differenze rilevate per genere, classi di età e sottogruppi di popolazione sono risultate significative.

Nel Pool nazionale ha svolto un lavoro pagato il 5% (IC95%: 4,7-5,4) degli intervistati.

### Anziani che hanno dichiarato di aver svolto negli ultimi 12 mesi attività lavorativa retribuita –Caratteristiche-

ASS1 PDA 2012 (n=502)

Totale 5,6% (IC 95% 3,8-8,1)



### 3.3 Attività sociali e comunitarie

I contatti sociali e le relazioni con altre persone hanno una influenza positiva sulla salute e sul benessere degli individui in generale e degli anziani in particolare, i quali possono essere più facilmente esposti al rischio di isolamento sociale e, di conseguenza, di depressione.

#### 3.3.1 Quante persone con 65 anni e più partecipano ad attività sociali?

Nell'ASS1, il 28% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver partecipato nell'ultima settimana ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia.

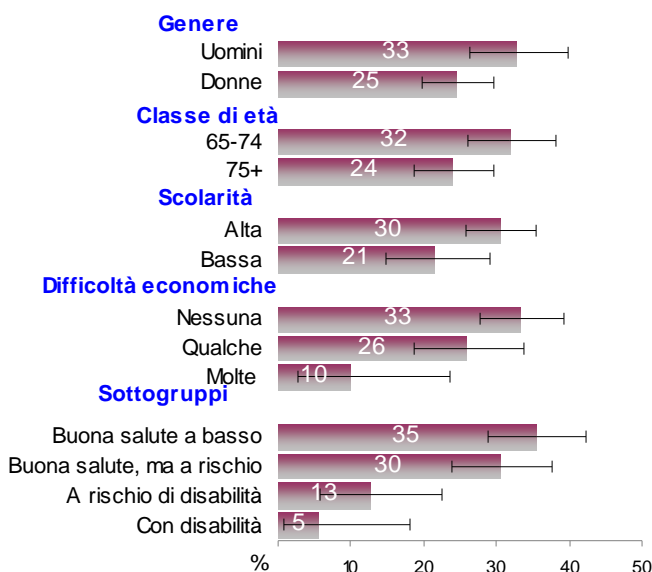
Le attività sociali sono risultate più frequenti fra:

- uomini (33% vs.25%);
- persone più giovani (32% vs 24%);
- persone con scolarità alta (30% vs 21%);
- persone senza difficoltà economiche (si rileva un gradiente);
- sottogruppi di popolazione in buona salute (si evidenzia un trend).

Nel Pool nazionale ha fatto attività sociali il 27,6% (IC95%: 26,5-28,1) degli intervistati.

**Anziani che hanno dichiarato di aver partecipato nell'ultima settimana ad attività con altre persone – Caratteristiche- ASS1 PDA 2012 (n=502)**

**Totale 27,9% (IC 95% 24,1-32,1)**



#### 3.3.2 Quante persone con 65 anni e più partecipano a gite o soggiorni organizzati?

Nell'ASS1, il 23% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver partecipato negli ultimi 12 mesi a gite o soggiorni organizzati.

Tale partecipazione è risultata più frequente fra le persone:

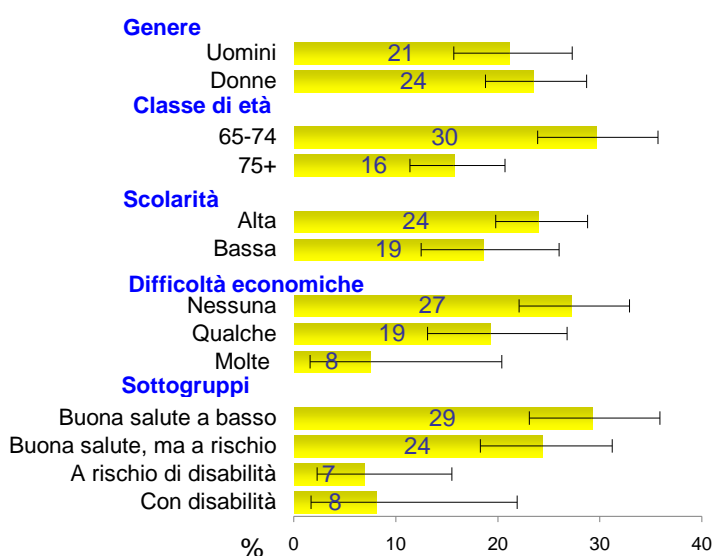
- di genere femminile (24% vs 21%);
- più giovani (30% vs 16%);
- con scolarità alta (24% vs 19%);
- senza difficoltà economiche (si rileva un gradiente);
- sottogruppi di popolazione in buona salute (si rileva un trend).

Le differenze rilevate per classi di età sono risultate significative.

**Anziani che hanno dichiarato di aver partecipato negli ultimi 12 mesi a gite o soggiorni organizzati con altre persone - Caratteristiche**

ASS1 PDA 2012 (n=502)

**Totale 22,5% (IC 95% 19,0-26,0)**



## 3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività

Nell'indagine PASSI d'Argento 2012 è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne, in termini di accudimento e aiuto a congiunti, figli, fratelli/sorelle, genitori, nipoti o amici, attraverso due domande: una riferita a persone conviventi e una a persone non conviventi.

Per documentare il supporto fornito alla collettività, è stato chiesto agli anziani se nei 12 mesi precedenti avessero svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro.

### 3.4.1 Per chi i nostri anziani rappresentano una risorsa?

Il 34% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per gli altri.

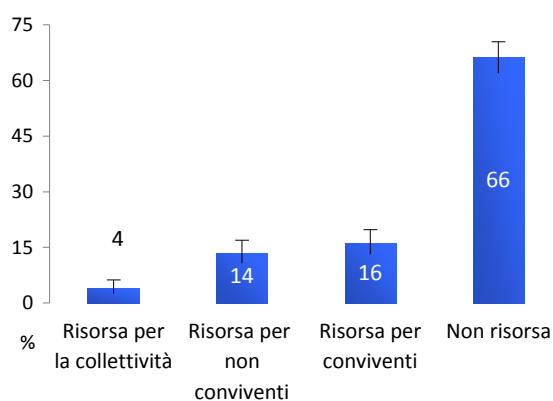
In particolare:

- il 16% di essi ha rappresentato una risorsa per le persone conviventi, perché negli ultimi 12 mesi ha accudito e aiutato coniuge, figli o altri conviventi;
- Il 14% negli ultimi 12 mesi ha aiutato e accudito figli, nipoti, parenti, amici non conviventi, rappresentando una risorsa per persone non conviventi;
- il 4% negli ultimi 12 mesi ha fatto attività di volontariato e perciò rappresenta una risorsa per la collettività.

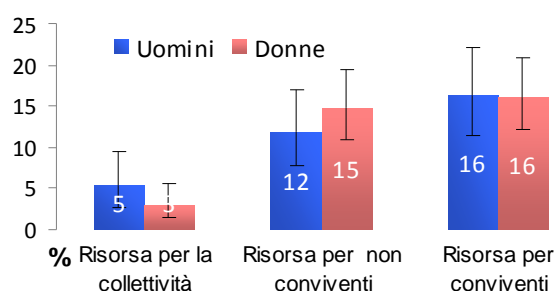
Il 66% non rappresenta una risorsa per gli altri.

Non si rilevano differenze fra i generi nell'essere risorsa per i conviventi, mentre le donne intervengono in percentuale leggermente superiore rispetto agli uomini per i non conviventi; il volontariato è stato fatto più spesso dagli uomini, anche se le differenze rilevate non sono significative.

Distribuzione dell'essere risorsa fra gli ultra 64enni  
ASS 1 PDA2012 (n=502)



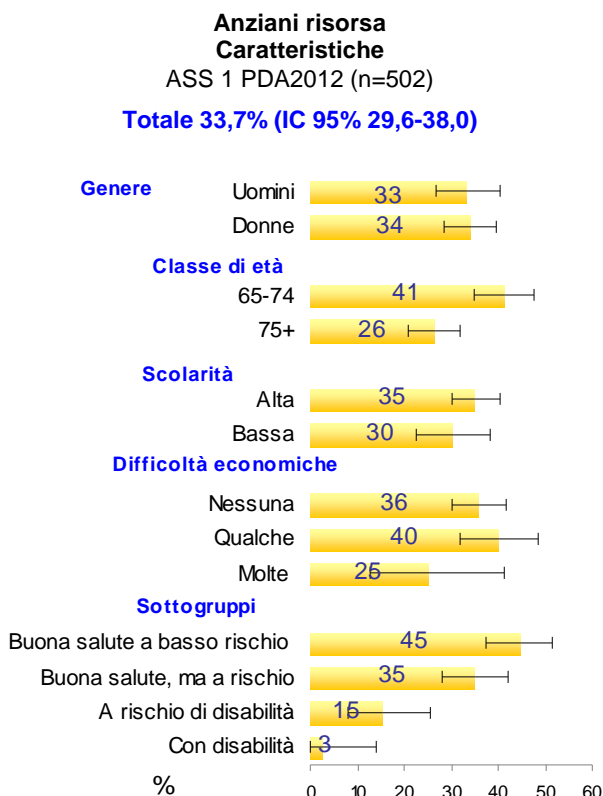
Distribuzione degli anziani risorsa  
per genere e tipo di risorsa  
ASS 1 PDA2012 (n=169)



### 3.4.2 Quali sono le caratteristiche degli anziani che rappresentano una risorsa per la società?

Il 34% degli ultra64enni rappresenta una risorsa per gli altri.

Non sono state rilevate differenze per genere e per livello di scolarità, mentre costituiscono maggiormente una risorsa le persone più giovani e quelle in buona salute e basso rischio di malattia. Per quanto riguarda i sottogruppi di popolazione, passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa a quello con disabilità si rileva un gradiente: va comunque evidenziato come nel sottogruppo con disabilità rappresenta una risorsa per gli altri, in particolare per le persone non conviventi, il 3% delle persone intervistate.

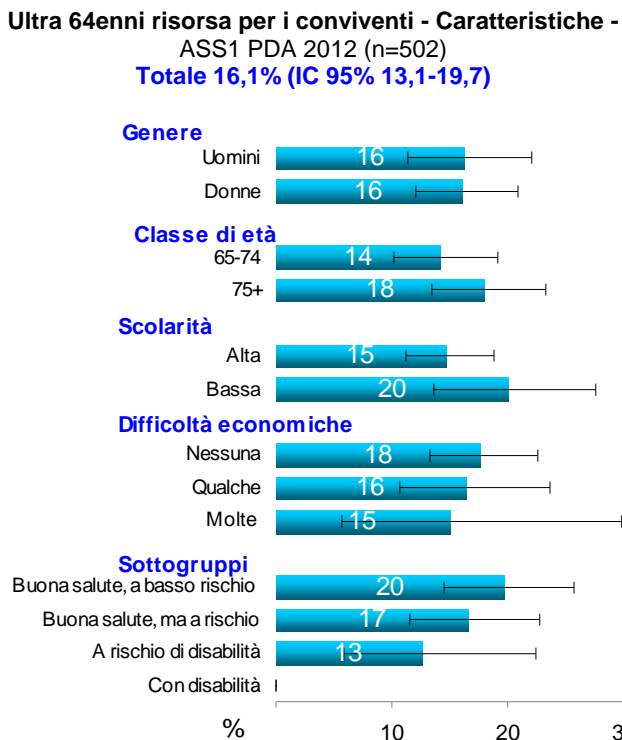


### 3.4.3 Quali sono le caratteristiche degli anziani che aiutano familiari e amici con cui condividono l'abitazione?

il 16% degli ultra64enni rappresenta una risorsa per i conviventi perché ha prestato aiuto e assistenza alle persone conviventi nei 12 mesi precedenti.

Non sono state rilevate differenze per genere, mentre costituiscono maggiormente una risorsa per la famiglia le persone con più di 74 anni, con scolarità più bassa, e coloro che sono in buona salute a basso rischio di malattia.

Le differenze rilevate non sono significative statisticamente.



### 3.4.4 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di supporto a persone che non convivono con loro?

Il 14% degli ultra64enni rappresenta una risorsa per le persone non conviventi, perché ha accudito e aiutato nipoti, figli, familiari o amici non conviventi nei 12 mesi precedenti.

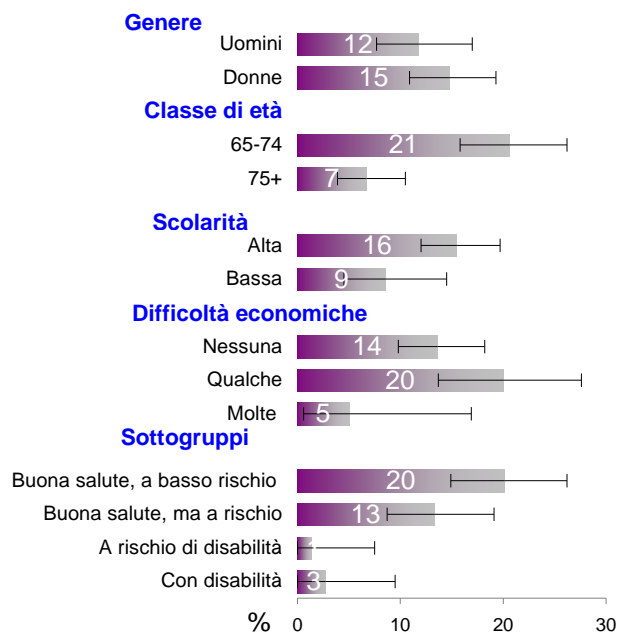
Costituiscono maggiormente una risorsa per i non conviventi:

- le donne,
- le persone sotto i 75 anni,
- quelle con un livello d'istruzione alto;
- quelle con qualche difficoltà economica;
- le persone in buona salute e a basso rischio di malattia.

Fra le persone intervistate con disabilità conclamata, il 3% rappresenta una risorsa per i non conviventi.

Le differenze rilevate per classe di età risultano significative.

**Ultra 64enni risorsa per i non conviventi – Caratteristiche - ASS1 PDA 2012 (n=502)**  
**Totale 13,5% (IC 95% 10,7-16,9)**



### 3.4.5 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di aiuto alla collettività?

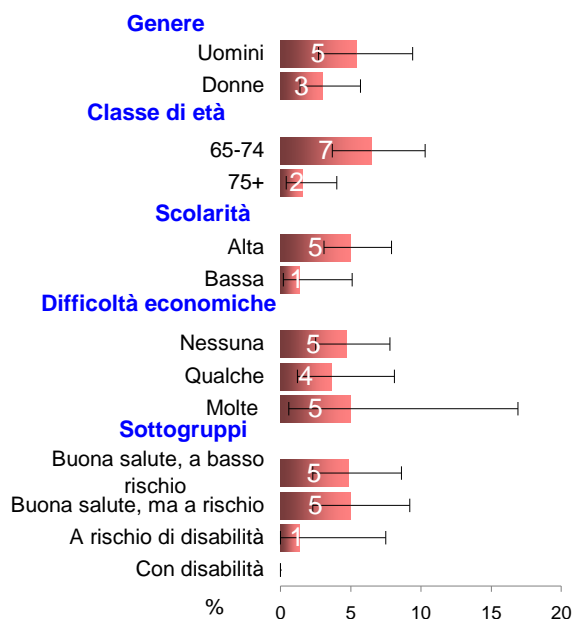
Il 4% degli ultra 64enni ha fatto una attività di volontariato (a favore di disabili, bambini, o presso ospedali, parrocchie o scuole) nei 12 mesi precedenti l'intervista, rappresentando così una risorsa per la collettività.

Attività di volontariato sono state svolte più spesso da:

- gli uomini,
- le persone sotto i 75 anni,
- quelle in buona salute.

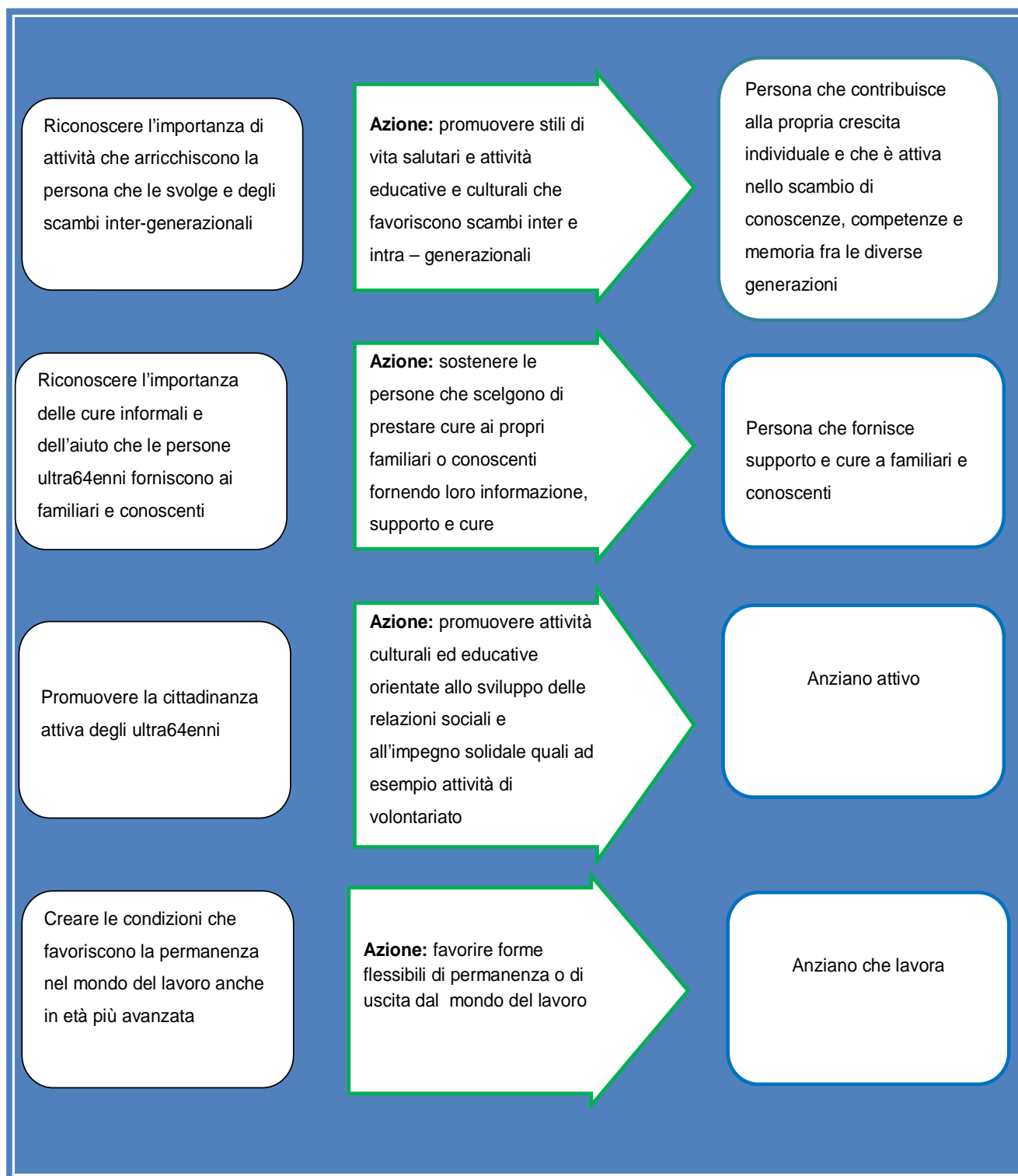
Le differenze rilevate non sono significative.

**Ultra 64enni che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività di volontariato - Caratteristiche - ASS1 PDA 2012 (n=502)**  
**Totale 4% (IC 95% 2,5-6,2)**



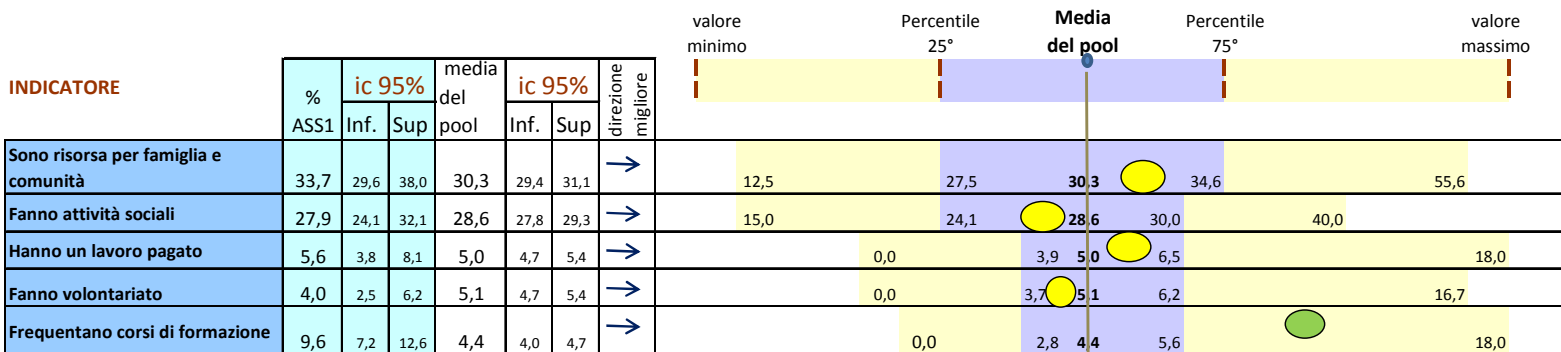
### 3.4.6 Cosa possiamo fare perchè la persona con 65 anni e più possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita?

Il modello rappresenta una sintesi delle azioni che possono essere intraprese da parte della società civile per favorire l'essere risorsa dei propri anziani:



### 3.5 Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali

#### Partecipazione ed essere risorsa



**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
- ← Valore bassi=migliore indicatore
- Valore alti=migliore indicatore

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 o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o 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.

## 4. Ambiente di vita

Accanto ai servizi di assistenza sanitaria primaria, l'esistenza di ambienti favorevoli alla salute costituisce un elemento importante della prevenzione primaria. La predisposizione di ambienti sani e favorevoli alla salute e al benessere per tutte le età corrisponde all'area prioritaria 4 ("Creare comunità in grado di rispondere alle sfide e ambienti favorevoli alla salute") della politica OMS *Salute 2020*. In questo contesto, anche il Piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020 inserisce tra le aree strategiche prioritarie per l'azione gli "Ambienti favorevoli alla salute".

L'obiettivo del piano europeo è quello di portare un numero sempre maggiore di comunità a impegnarsi nel processo di elaborazione di strategie mirate a rendersi maggiormente a misura di anziano, dal momento che importanti decisioni che influenzano l'ambiente di vita vengono spesso assunte a livello locale.

L'accessibilità dei servizi sociosanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione con 65 anni e più; operare per migliorarla rientra anche nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze. PASSI d'Argento ha esplorato la fruibilità dei servizi sanitari (Servizi della ASL, Medico di famiglia, Farmacia), sociali (Servizi del Comune) e utili alle necessità della vita quotidiana (negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali) e le difficoltà incontrate per raggiungerli.

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento e la sicurezza sono assicurate sia dentro le abitazioni che al di fuori, è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita. Con l'avanzare dell'età, e quindi del tempo che si trascorre nella propria abitazione, disporre di un alloggio sicuro e confortevole diventa ancora più importante per una buona qualità della vita.

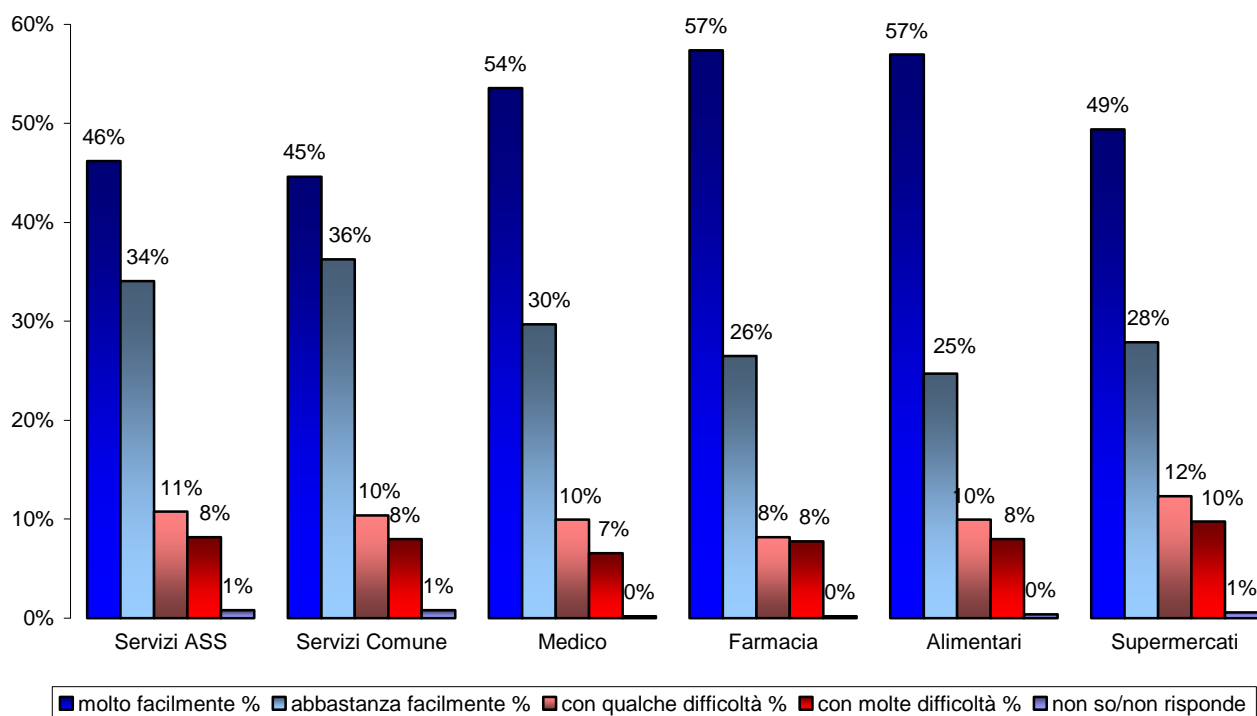
Per le persone anziane, il sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale, fattori ambientali legati all'edilizia e la sicurezza fanno parte degli aspetti più rilevanti per la realizzazione di un ambiente favorevole alla salute. La "sicurezza fisica" è uno degli indicatori utilizzati nel 2012 dall'Unione Europea per la creazione dell'indice di invecchiamento attivo. PASSI d'Argento ha raccolto informazioni riguardanti l'alloggio di residenza e l'area ad esso circostante. In particolare, sono state indagate le condizioni di godimento dell'alloggio (es: proprietà, affitto), possibili fonti di preoccupazione legate alle condizioni abitative e la sensazione di sicurezza nell'area di residenza.

## 4.1 Accessibilità ai servizi

### 4.1.1 Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?

Nell'ASS 1 "Triestina", circa 3 anziani intervistati su 4 hanno dichiarato di riuscire a raggiungere con facilità (molto o abbastanza facilmente) i diversi servizi socio sanitari, socio- assistenziali e quelli commerciali, elencati nel grafico sottostante.

**Livello di difficoltà dichiarato per raggiungere i servizi indicati**  
ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=502)



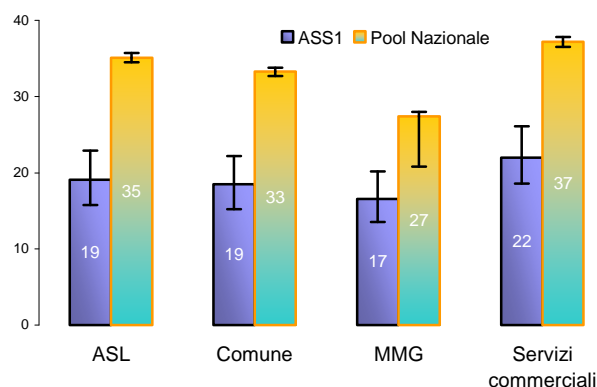
Il 15-20% circa degli anziani intervistati dichiara di avere difficoltà (molta/ abbastanza) di accesso ai diversi servizi.

Complessivamente, fra gli ultra 64 anni dell'ASS1, ha difficoltà (qualche/molte) a raggiungere:

- servizi della Azienda Sanitaria: 1 su 5;
- servizi del Comune: 1 su 5;
- medico di medicina generale: più di 1 su 6;
- farmacie: 1 su 6;
- supermercati: più di uno su 5;
- alimentari: quasi uno su 5.

Rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012), nella ASS1 "Triestina" una percentuale più bassa di persone intervistate ha dichiarato difficoltà a raggiungere i servizi di pubblica utilità. Le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico.

**Difficoltà di accesso ai servizi**  
**PDA 2012**  
Confronto ASS1 (n=502)- Pool nazionale (n= 23.799)



## 4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?

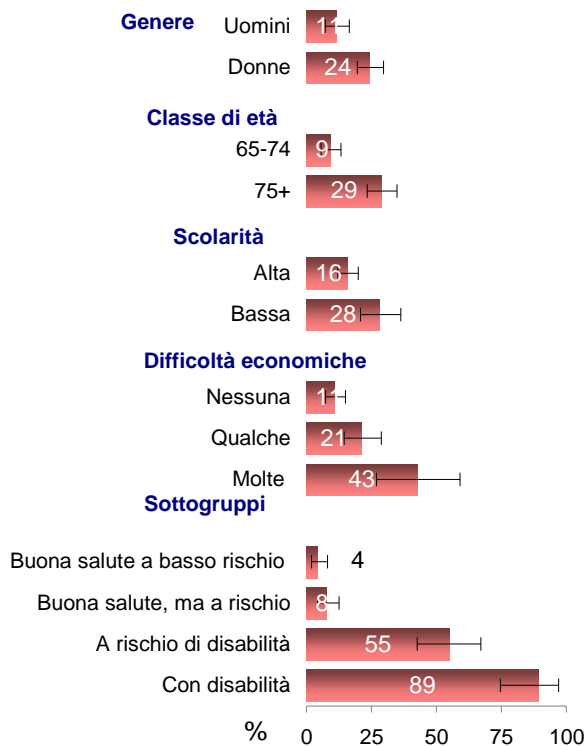
Nei grafici riportati sotto vengono descritte nel dettaglio le caratteristiche degli anziani che hanno dichiarato difficoltà a raggiungere i diversi servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Indipendentemente dal tipo di servizio preso in considerazione, difficoltà di accesso sono segnalate con frequenza significativamente maggiore:

- dalle donne rispetto agli uomini;
- dalle persone con 75 anni e più, rispetto a quelle tra 65 e 74 anni;
- dalle persone senza titolo di studio o con scolarità elementare, rispetto agli altri titoli di studio;
- dalle persone con difficoltà economiche, rispetto a quelle che non le dichiarano;
- dalle persone a “rischio di” o “con” disabilità, rispetto a quelle in buona salute

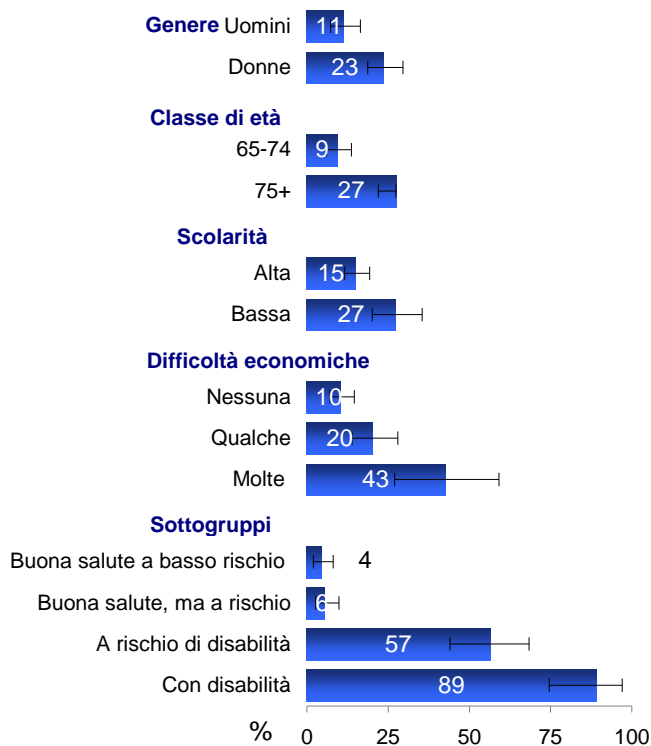
### Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i servizi ASL

ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=498)  
Totale: 19,1 (IC95%: 15,8-22,9)

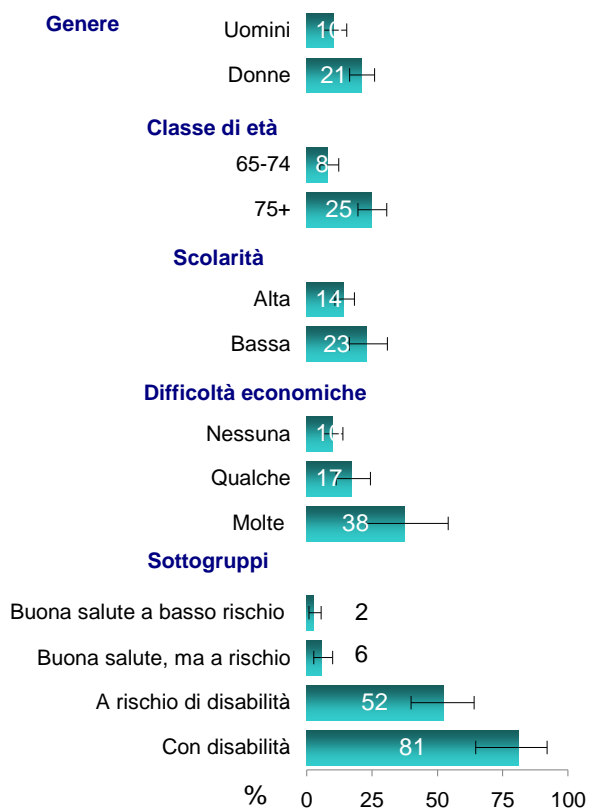


### Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i servizi del Comune

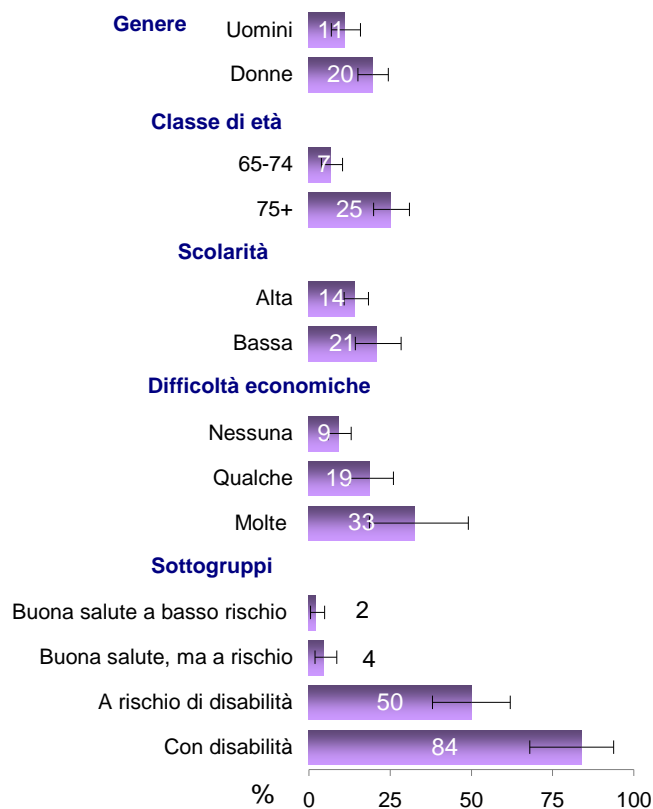
ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=498)  
Totale: 18,5 (IC95%: 15,2-22,2)



**Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere il medico di medicina generale**  
 ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=501)  
**Totale: 16,6 (IC95%: 13,5-20,2)**



**Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere la farmacia**  
 ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=501)  
**Totale: 16,0 (IC95%: 12,9-19,5)**



### 4.1.3 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati?

Nella ASS1, complessivamente il 22% (IC 95% 18,6-26,1) degli ultra 64enni intervistati (110 persone) dichiara di avere difficoltà a raggiungere gli esercizi commerciali; il 22% di essi ha difficoltà a raggiungere solo i supermercati ed i centri commerciali, mentre il 18% ha difficoltà a raggiungere sia i supermercati che i negozi di alimentari.

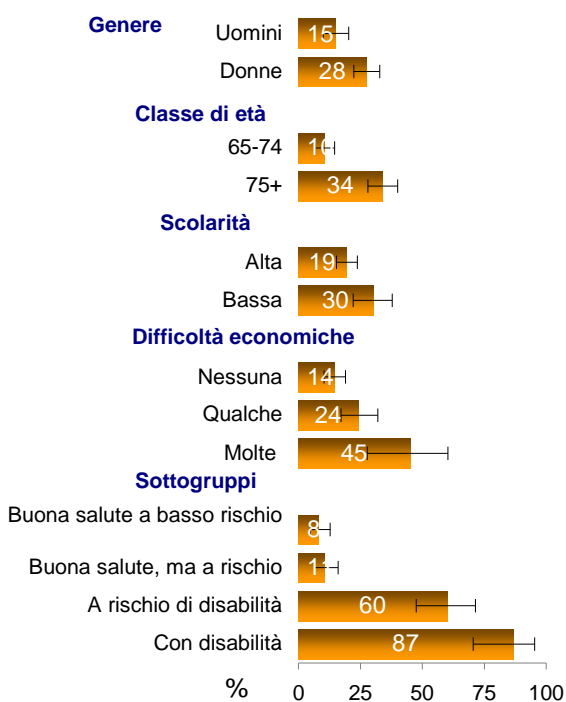
I grafici che seguono illustrano le caratteristiche delle persone svantaggiate nell'accesso ai supermercati/centri commerciali ai negozi di generi alimentari.

Le difficoltà vengono riferite soprattutto:

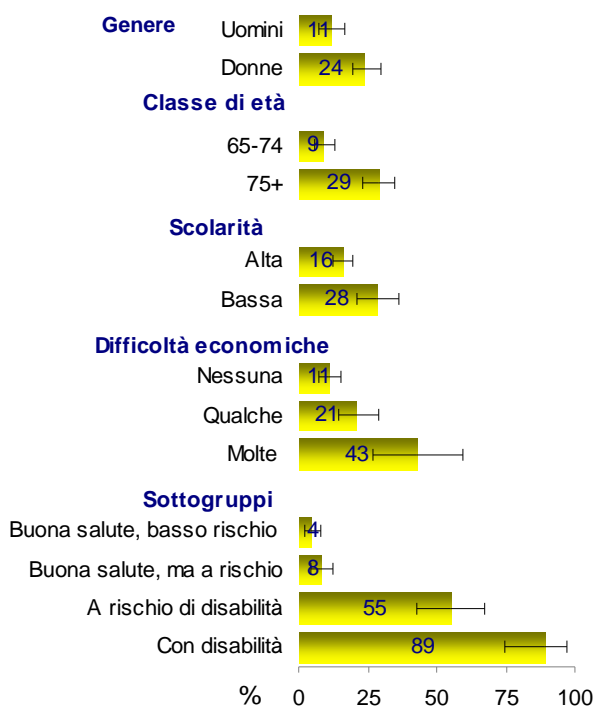
- dalle donne (28% vs 15% uomini per i supermercati e 24% vs 11% per i negozi di alimentari);
- dalle persone con più di 75 anni (34% vs 10% nella classe 65-74 anni per i supermercati e 28% vs 8% per i negozi di alimentari);
- dalle persone con istruzione bassa (rispettivamente per i supermercati: 30% vs 19% e per i negozi di alimentari: 28% vs 16%);
- dalle persone con molte difficoltà economiche (poco meno di 1 persona su 2 per entrambe le tipologie di esercizi commerciali);
- fra le persone con disabilità conclamata e con rischio di disabilità.

Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

**Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i supermercati**  
ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=500)  
**Totale: 22,2 (IC95%: 18,7-26,2)**



**Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i negozi di alimentari**  
ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=499)  
**Totale: 18,0 (IC95%: 14,8-21,7)**



## 4.2 Abitazione

### 4.2.1 Quanti vivono in un'abitazione propria e quanti in affitto?

Oltre 79% delle persone con 75 anni e più (395 persone su 502) vivono in casa propria o del coniuge, condizione ancora più frequente tra le persone con livello di scolarità alto (82%) o senza difficoltà economiche (85%).

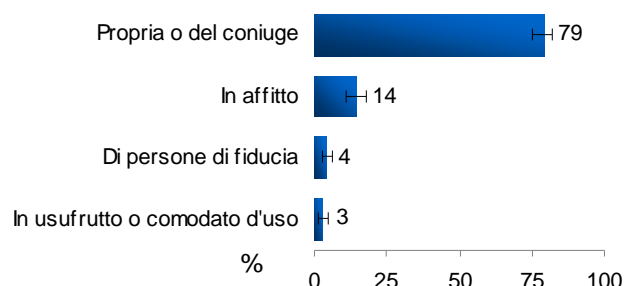
Il 14% paga un affitto e, tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche, tale percentuale arriva al 28%.

Poco numerose sono le persone con 65 anni e più che vivono in case di persona di fiducia (4%) o in abitazioni in usufrutto o comodato d'uso (3%). La quota di queste 2 categorie di persone, però, raddoppia (7% complessivamente) dopo gli 85 anni.

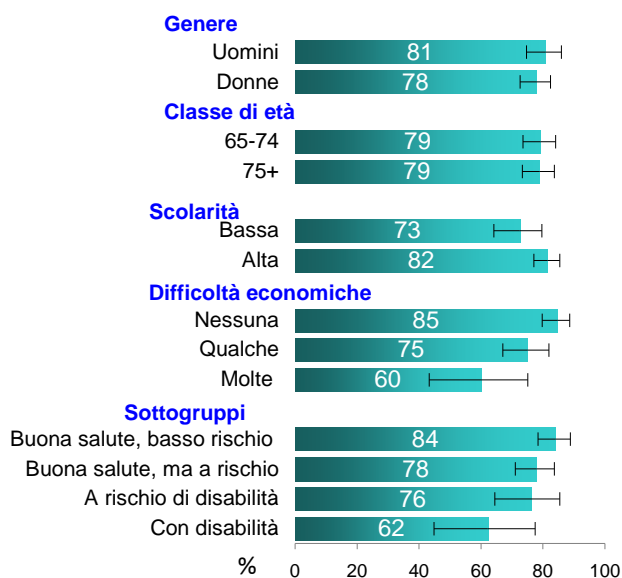
Per quanto riguarda le caratteristiche delle persone che vivono in abitazione di proprietà, non si rilevano differenze per genere, classi di età, scolarità, sottogruppi di popolazione.

Una percentuale più bassa di persone che vivono in una abitazione di proprietà si rileva fra le persone con molte difficoltà economiche, con un trend per status economico dichiarato.

**Caratteristiche dell'abitazione (%)**  
ASS 1 PDA2012 (n=502)



**Persone che vivono in abitazione propria**  
ASS 1 PDA2012 (n=502)  
**Totale: 79,0 (IC95%: 75,1-82,4)**



### 4.2.2 Quali problemi hanno le abitazioni in cui vivono le persone con 65 anni e più?

Lo 80% degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato almeno un problema legato all'abitazione.

La problematica segnalata in prevalenza è rappresentata dalle spese troppo alte (70%), sia per gli appartamenti di proprietà sia per quelli in affitto.

L'altra problematica di rilievo, segnalata da 1 persona su 4, è la distanza dai familiari; seguono le cattive condizioni dell'abitazione, le dimensioni considerate ridotte e il riscaldamento insufficiente.

**Problemi dell'abitazione (%)**  
ASS 1 PDA2012 (n=401)



### 4.2.3 Chi segnala maggiormente problemi dell'abitazione in cui vive?

Complessivamente, 8 persone con 65 anni e più su 10 riferiscono problemi nell'abitazione: il 51% 1 problema e il 29% almeno 2.

I problemi nell'abitazione vengono segnalati con frequenza non significativamente differente per genere, età, scolarità e stato di salute della popolazione e, al contrario, in maniera significativamente più frequente dalle persone con difficoltà economiche.

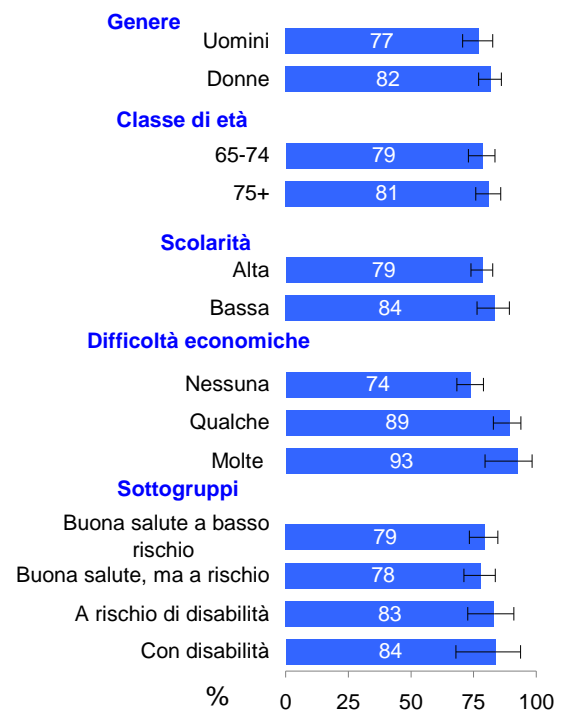
Quando non viene presa in considerazione la segnalazione di spese troppo alte, le persone con 65 anni e più che riferiscono problemi nell'abitazione risultano poco più di un terzo (38%).

Anche in questo caso si osserva una frequenza di segnalazione significativamente maggiore solo per le persone con difficoltà economiche (nessuna difficoltà: 33%, qualche: 38%, molte: 58%).

Nel Pool nazionale dichiara problemi legati all'abitazione il 75,4% (IC95%: 74,8-76,1).

**Persone con problemi dell'abitazione (%)**  
ASS 1 PDA2012 (n=502)

**Totale = 79,9% (IC95% 76,0 – 83,2)**



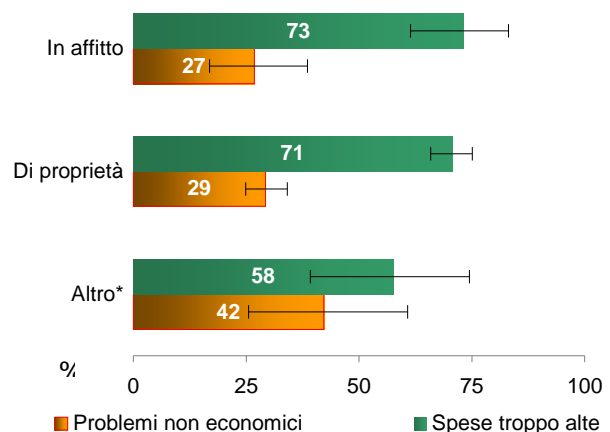
### 4.2.4 La segnalazione di problemi dell'abitazione cambia in relazione alla sua proprietà?

Lo status di proprietario/a dell'abitazione non cambia la frequenza complessiva di segnalazione di problemi dell'abitazione.

Considerando separatamente i problemi di tipo economico ("spese troppo alte") e gli altri, per questi ultimi le differenze registrate non risultano significative, in relazione alla proprietà o meno dell'abitazione:

- in affitto 27%;
- in casa di proprietà 29%;
- in usufrutto/comodato d'uso o in abitazione di persone di fiducia 42%.

**Proprietà dell'abitazione e segnalazioni di problemi (%)**  
ASS 1 PDA2012 (n=497)



\* di persone di fiducia o in usufrutto/comodato d'uso

## 4.3 Sicurezza nell'area di residenza

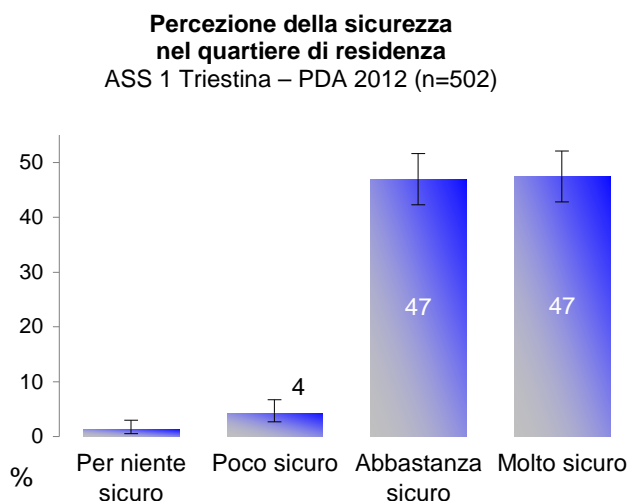
### 4.3.1 Quante persone si sentono sicure nell'area in cui vivono?

Quasi il 95% degli ultra64enni residenti nel territorio dell'ASS1 considera sicuro il quartiere in cui vive.

In particolare, il 47% lo considera molto sicuro e l'altro 47% lo ritiene abbastanza sicuro.

Solo il 4% ritiene la propria area di residenza poco sicura, mentre il 2% la considera per niente sicura.

Nel Pool nazionale non si sente sicuro nel proprio quartiere il 13% degli intervistati.



### 4.3.2 Quali persone si sentono maggiormente insicure nell'area in cui vivono?

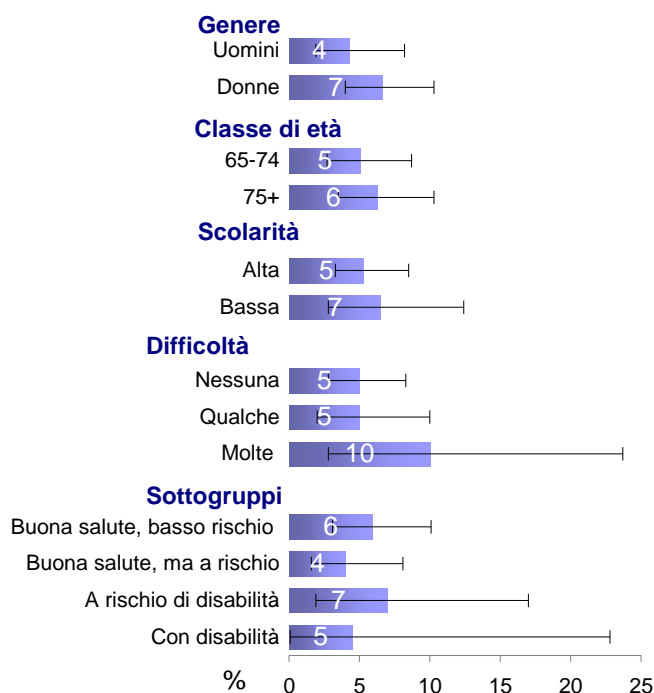
La percezione di vivere in un quartiere poco sicuro è maggiore per le donne, le persone più anziane e fra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche, anche se non sono state rilevate differenze significative.

La sensazione di sicurezza dell'area in cui si vive non cambia in relazione all'abitare in casa di proprietà o in affitto.

#### Ultra 64enni che considerano il quartiere in cui vivono poco/per niente sicuro – Caratteristiche -

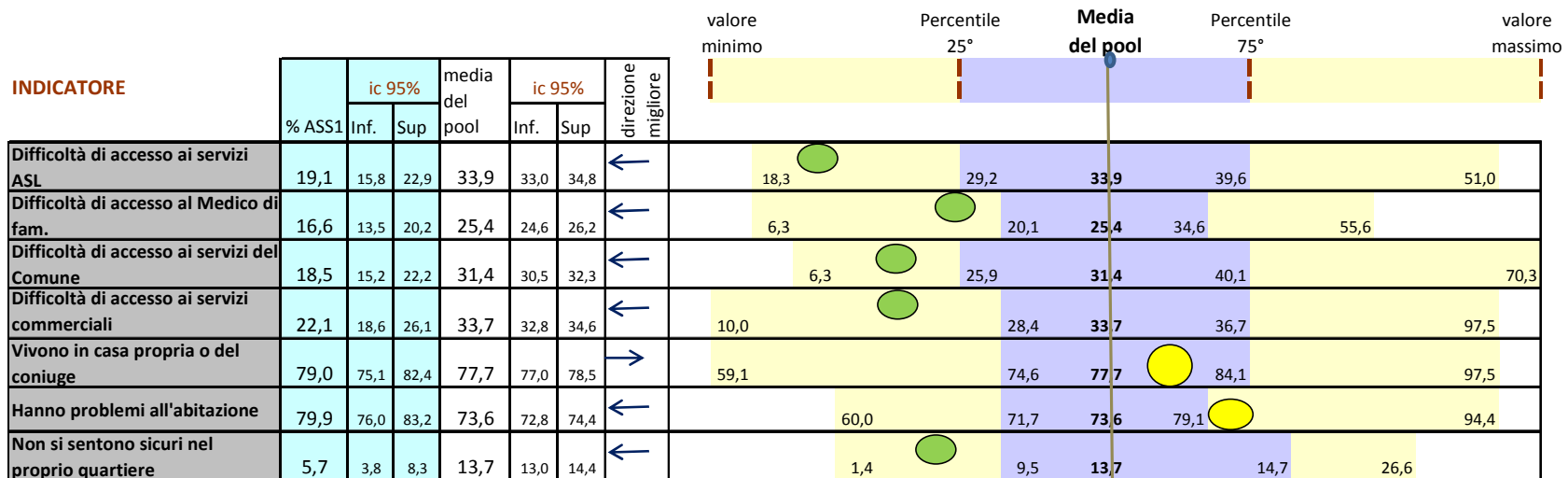
ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=502)

**Totale 5,7% (IC 95% 3,8-8,3)**



4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra la ASS1 "Triestina" e i dati nazionali

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
  - ← Valore bassi=migliore indicatore
  - Valore alti=migliore indicatore

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 o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o 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.

## Sintesi dei problemi e ipotesi di intervento per gli operatori

PASSI d'Argento descrive la condizione della popolazione anziana in termini di stato di salute, autonomia e qualità della vita, considerando la persona in sé, ma anche come parte integrante del tessuto sociale. Le informazioni sono raccolte dando voce direttamente agli anziani e ciò consente di stimare come i nostri anziani vivono e percepiscono la loro età.

I dati della sorveglianza suggeriscono che interventi per la prevenzione e il trattamento dei disturbi di vista ed udito e l'offerta di cure odontoiatriche dedicate sono particolarmente appropriati per fare sì che l'anziano conservi, in generale, il proprio benessere e migliori la propria qualità di vita. Nella quasi totalità delle condizioni indagate sono emerse disuguaglianze legate, oltre che all'età, anche al basso livello di istruzione e alle maggiori difficoltà economiche percepite; ciò impone la realizzazione di percorsi dedicati che possano facilitare l' utilizzo dei servizi sanitari e sociali per queste categorie più a rischio.

Infine, ma non di secondaria importanza, è la promozione dell'integrazione socio assistenziale tra la rete dei servizi istituzionali, il terzo settore e il volontariato, allo scopo di utilizzare al meglio le risorse disponibili per realizzare programmi mirati alle esigenze del singolo individuo e coerenti con il contesto socio ambientale.

Una società che promuove attività culturali ed educative in favore degli con 65 anni e più, orientate allo sviluppo delle relazioni sociali, agli scambi intergenerazionali e all'impegno solidale, crea le condizioni ottimali affinché le persone più avanti in età rappresentino una risorsa per la collettività, contribuendo così a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita.

<b>Benessere percepito</b>	
Indicatori negativi dello stato di salute percepito sono correlati a rischio aumentato di declino delle condizioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.	
<b>Problema</b>	<b>Ipotesi di intervento per operatori sanitari</b>
Il 15% degli intervistati percepisce negativamente la propria salute; tale condizione risulta maggiormente rappresentata fra: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ le persone con maggiori difficoltà economiche</li><li>◆ che presentano sintomi di depressione</li><li>◆ con 3 o più patologie croniche</li><li>◆ che hanno problema di vista (1 su 2)</li><li>◆ quelli che hanno problema di udito (1 su 3)</li><li>◆ quelli che hanno problema di masticazione (1 su 3)</li></ul>	- Valutare sistematicamente nelle persone anziane la presenza di deficit sensoriali e la presenza di calo ponderale e consigliare di eseguire visite specialistiche per la correzione delle condizioni.

### Fattori comportamentali di rischio

I fattori comportamentali di rischio, generando i fattori di rischio intermedi (ipertensione, iperglicemia, ipercolesterolemia, obesità), sono alla base delle malattie croniche. La loro correzione, a tutte le età, è importante, oltre che per ridurre il rischio delle malattie croniche, perché contribuisce a migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Fra gli intervistati:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Fuma 1 su 7;</li><li>◆ Inattivo fisicamente : 3 su 100;</li><li>◆ Alcol a rischio: quasi 1 su 3;</li><li>◆ Five a day: 1 su 10.</li></ul>	<p>- Valutazione anamnestica sistematica dei fattori comportamentali di rischio e promozione dei comportamenti corretti.</p> <p>Fumo: eseguire il counselling breve (mmg) ed inviare, se possibile, i fumatori con patologie cardiovascolari o diabete ai centri antifumo per eventuale presa in carico.</p> <p>Alcol: informare sui possibili effetti collaterali e le interazioni e raccomandare la sospensione e/o la riduzione dell'introito.</p> <p>Attività fisica: informare sugli effetti benefici.</p> <p>Five a day: intensificare i consigli, soprattutto a persone con diabete, eccesso ponderale, stipsi etc.</p>

### Problemi sensoriali

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone ultra 64-enni, peggiorando notevolmente la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione.

La ridotta capacità masticatoria determina la selezione di cibi che possono essere masticati ed inghiottiti facilmente. Tali diete sono generalmente povere di frutta e verdura, di polisaccaridi e micronutrienti e possono contribuire ad una malnutrizione proteico calorica, potenzialmente in grado di peggiorare o precipitare altre condizioni. Una dentatura compromessa, inoltre, può determinare disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di autostima

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Problemi di vista: 7%;</li><li>◆ problemi di udito: 7%;</li><li>◆ problemi di masticazione: 7%, in particolare dopo i 75 anni (8%); il 9% di coloro che hanno perso peso negli ultimi 12 mesi ha problemi di masticazione, anche se le differenze rispetto a coloro che non hanno perso peso non sono significative.</li><li>◆ Fra le persone che dichiarano problemi di</li></ul>	<p>- Prescrivere visite oculistiche periodiche, anche al fine di diagnosticare precocemente glaucoma, degenerazione maculare senile e cataratta, e visite oculistiche fra anziani con diabete o ipertensione;</p> <p>- Consigliare visite audiometriche e utilizzo di protesi acustiche.</p> <p>- Indagare la capacità masticatoria degli anziani durante le occasioni di contatto Consigliare valutazioni odontoiatriche e corretto utilizzo delle</p>

masticazione, solo 1 su 3 si è rivolto al dentista.	protesi odontoiatriche.
---	-------------------------

### Cadute negli ultimi 30 giorni

Le cadute nell'età avanzata sono un evento grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni psicologiche, caratterizzate dall'insicurezza, cui possono far seguito tendenza ad un progressivo isolamento e riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali).

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Il 9% degli intervistati è caduto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ di questi il 56% è caduto in casa, in particolare gli ultra 74enni (4 volte di più delle persone fra 65 e 74 anni) e le donne.</li> </ul> <p>Solo 10% degli ultra 64enni ha ricevuto consigli per prevenire le cadute;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ i consigli sono stati dati più spesso in seguito ad una caduta (3 volte più spesso).</li> </ul>	<p>Tutti gli operatori sanitari dovrebbero sfruttare le occasioni opportune per erogare consigli su come evitare di cadere.</p>

### Depressione

La presenza di depressione si associa a rischio aumentato di declino delle condizioni fisiche e psichiche, di isolamento, maggior ricorso alle cure.

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Lo 11% degli intervistati, soprattutto donne, persone con molte difficoltà economiche, persone nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità conclamata, ha sintomi di depressione.</p> <p>Di questi, 1 su 5 non ne ha parlato con nessuno.</p>	<p>- Screening sistematico da parte del medico di medicina generale dei pazienti anziani ed invio allo specialista per la diagnosi ed il trattamento nei casi positivi.</p>

### Rischio di isolamento

L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età, l'isolamento sociale è associato a declino delle capacità cognitive, maggior ricorso e maggiore durata delle ospedalizzazioni, malnutrizione, abuso alcolico e, più in generale, aumento della mortalità

Problema	Ipotesi di intervento
----------	-----------------------

<p>Il 9% degli intervistati, soprattutto persone con molte difficoltà economiche, più anziane, persone nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità conclamata, è a rischio di isolamento sociale.</p>	<p>Promuovere all'interno dei condomini e dei quartieri delle iniziative che favoriscano la socializzazione ed il coinvolgimento delle persone anziane sole.</p> <p>Offrire alle persone anziane sole interventi di telesoccorso o telecontrollo.</p>
--	---

## Attenzione ed assistenza da parte del medico di medicina generale

### Visite e Farmaci

Il medico di medicina generale ha un ruolo di regia per il paziente anziano con comorbidità. Il suo intervento, sia in termini di valutazione clinica frequente (con periodicità dettata dalle condizioni cliniche), sia in termini di controllo della appropriatezza della terapia, spesso prescritta da parte di prescrittori diversi, che di controllo della correttezza dell'assunzione, è fondamentale per la gestione domiciliare delle patologie croniche, anche gravi, dell'anziano e contribuisce ad evitare frequenti e spesso dannose ospedalizzazioni.

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Circa il 63% degli ultra 64enni ha almeno una patologia cronica, circa il 12% ne ha 3 o più.</p> <p><b>Visite</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ il 13% degli intervistati è stato visitato oltre 6 mesi prima dell'intervista.</li><li>◆ Di questi il 13% ha 1-2 patologie, mentre il 5% ne ha 3 o più.</li></ul> <p><b>Farmaci</b></p> <p>Lo 88% degli intervistati fa uso di medicine, con percentuali più alte fra ultra 74enni, donne, persone con qualche difficoltà economica.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Il 34% di essi assume 4 o più farmaci al giorno;</li><li>◆ Per lo 8% degli anziani che assumono farmaci il controllo della terapia risale a più di 6 mesi prima.</li><li>◆ Di essi, il 4% assume 4 o più farmaci al di'.</li></ul> <p><b>Farmaci e alcol</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Fra gli anziani che assumono farmaci il 59% beve alcol</li><li>◆ Di essi, il 29% ha una assunzione di alcol "a rischio"</li><li>◆ Fra coloro che hanno un'assunzione di alcol "a rischio", il 71% prende meno di 4 medicine al giorno e il restante 29% più di 4.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Promuovere visite più frequenti negli anziani con comorbidità ed eventualmente valutazioni congiunte multidisciplinari (MMG, ADI, geriatra, etc.).</li><li>◆ Utilizzare ogni occasione opportuna per controllare la correttezza della terapia e avvalersi di schemi orari per facilitare l'adesione alle raccomandazioni</li><li>◆ Avvalersi delle altre figure professionali (infermieri, fisioterapisti) per controllo della corretta assunzione dei farmaci.</li><li>◆ Informarsi sistematicamente sull'introito di unità alcoliche dei propri pazienti anziani e raccomandare di evitare o ridurre l'assunzione di alcol, sia al fine di ridurre gli effetti collaterali, sia per prevenire il fenomeno delle cadute.</li></ul>

### Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia.

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Il 43% degli ultra 64enni non è stato vaccinato durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (30% fra gli ultra 74enni)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 71% riferisce di aver avuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio medico</li><li>◆ Il 25% non ha ricevuto il consiglio da nessuno.</li><li>◆ Fra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione, il 64% dichiara di non aver ricevuto il consiglio dal proprio medico.</li></ul>	<p>Incrementare la promozione della vaccinazione antinfluenzale delle persone anziane e dei loro caregiver da parte di tutti gli operatori sanitari durante le occasioni opportune.</p> <p>Valutare l'opportunità di adottare nuove strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, etc.).</p>

### Ondate di calore

Le persone anziane, soprattutto se con malattie croniche (cardiopatici, diabetici etc.), sono molto a rischio in condizioni estreme di caldo, a causa di una minore sensibilità al calore, di una riduzione dello stimolo della sete e di una minore efficienza di meccanismi della termoregolazione.

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Il 42% degli ultra 64enni non ha ricevuto consigli su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Non sono state rilevate caratteristiche peculiari socio-economiche, culturali, per sottogruppi di popolazione fra coloro che non hanno ricevuto consigli.</li></ul>	<p>Intensificare la diffusione delle informazioni e, contemporaneamente, sperimentare modalità informative più adeguate al target di riferimento.</p>

### Sottogruppi della popolazione a rischio di disabilità e con disabilità e

#### Aiuto nelle Attività della vita quotidiana

La limitazione in una attività della vita quotidiana comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo, ma anche in relazione alla combinazione con la non autonomia nelle attività strumentali (IADL) e di quelle di base della vita quotidiana (ADL).

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Il 14% della popolazione è a rischio di disabilità (almeno 2 limitazioni nelle IADL)</li><li>◆ Il 7% ha una disabilità conclamata (almeno 1 limitazione nelle ADL)</li><li>◆ La maggioranza delle persone con disabilità (95%) e di quelle a rischio di disabilità che vivono a casa propria riceve aiuto dai familiari.</li></ul>	<p>Promuovere la correzione dei fattori comportamentali di rischio al fine di prevenire o migliorare la gestione delle malattie croniche.</p> <p>Favorire la domiciliarità, anche attraverso contributi economici o l'incremento dell'assistenza domiciliare.</p> <p>Promuovere politiche di supporto per le famiglie che gestiscono anziani con disabilità che vivono a domicilio.</p>

### Partecipazione ed essere risorsa

Le persone più avanti in età rappresentano una risorsa per la collettività. Inoltre la partecipazione attiva delle persone anziane alla società contribuisce a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita.

Problema	Ipotesi di intervento
◆ Solo il 33% degli intervistati è una risorsa in ambito familiare o sociale	Promozione da parte dei sindaci e delle organizzazioni della società civile di politiche volte allo studio della problematica e alla individuazione di modalità per creare nuovi spazi di valorizzazione delle persone con 65 anni e più.

### Ambiente di vita e Accessibilità dei servizi

La qualità della vita delle persone è condizionata anche dal loro ambiente di vita.

L'accessibilità dei servizi sociosanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione con 65 anni e più; operare per migliorarla rientra anche nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze.

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento e la sicurezza sono assicurate sia dentro le abitazioni che al di fuori, è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none"><li>• Il 15-20% circa degli anziani intervistati dichiara di avere difficoltà (molta/ abbastanza) di accesso ai servizi di pubblica utilità (sanitari, sociali e commerciali).</li></ul> Indipendentemente dal tipo di servizio preso in considerazione, difficoltà di accesso sono segnalate con frequenza significativamente maggiore dalle donne, dalle persone più anziane, con scolarità più bassa, con difficoltà economiche, a "rischio di" o "con" disabilità.	Favorire l'accessibilità dei servizi, sia attraverso interventi di edilizia sociale, sia attraverso servizi di trasporto a favore di persone anziane o con disabilità.

# Bibliografia

## Cap. 1 – BENESSERE E INDIPENDENZA

- Istituto Nazionale di Statistica. *Annuario statistico italiano 2012*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20121218\\_00/PDF/Cap2.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20121218_00/PDF/Cap2.pdf); ultima consultazione 24/09/13.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-185.
- Istituto Nazionale di Statistica. *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](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf) ; ultima consultazione 24/09/13.
- Network Non Autosufficienza (Ed.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore. Disponibile all'indirizzo: [http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza\\_anziani.pdf](http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf) ; ultima consultazione 24/09/13.
- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'argenio P, ed il Gruppo di Lavoro "Studio Argento". La "Qualità di vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e Sanità Pubblica* 2005; 61:545-559.
- Ôunpuu S, Chambers LW, Patterson C, Chan D, Yusuf S. Validity of the United States Behavioral Risk Factor Surveillance System's health-related quality of life survey tool in a group of older Canadians. *Chronic Diseases in Canada* 2001;22(3-4):93-101.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia: CDC; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>; ultima consultazione 24/09/2013.
- Helm DT. The measurement of happiness *American Journal on Mental Retardation*. 2000 Sep;105(5):326-35.

## Cap. 2 – 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/](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](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. *Ageing 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](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, Manzano 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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf); ultima consultazione 24/09/13.

### Cap. 3 – PARTECIPAZIONE

- World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*, Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf); ultima consultazione 31/08/13.
- Futurage. National Consultations Ageing Research Priorities in Europe until 2025 ITALY. Disponibile all'indirizzo <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Consultations%20public/Italy%20national%20consultations%20summary.pdf> ; ultima consultazione 31/08/13.

#### Cap. 4 – AMBIENTE DI VITA

- Oswald F, Wahl HW. Housing and health in later life. *Rev Environ Health* 2004;19(3-4):223-52.
- van Kamp I, van Loon J, Droomers M, de Hollander A. Residential environment and health: a review of methodological and conceptual issues. *Rev Environ Health* 2004 Jul-Dec;19(3-4):381-401.

# 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](http://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](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](http://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/liboverdeDEF25luglio.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](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](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](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](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](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](http://www.moodle.org) ultima consultazione 02/10/2013.

**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 02/10/2013