



Salute e Invecchiamento Attivo in Asl 3 Genovese

Risultati della sorveglianza della popolazione
con 65 anni e più "PASSI d'Argento": **Condizioni di salute e cure**

Indagine 2012-2013



Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

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

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

Questa pubblicazione è disponibile online all'indirizzo:

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

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

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

Stampa in proprio

Aprile 2016

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

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



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

Rapporto a cura di:

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

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

a livello nazionale:

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

Hanno coordinato lo studio in Regione Liguria:

Referenti Regionali: Roberto Carloni e Daniela Mortello
Coordinatori regionali: Rosamaria Cecconi e Michela Dellepiane

Hanno contribuito a realizzare lo studio in Asl 3 Genovese:

Gruppo di coordinamento aziendale: Federica Pascali, Lorenzo Sampietro, Floriana Pierri, Cristina Gasperoni, Alice Caielli, Alessandra Battistella, Patricia Fortini, Patrizia Crisci, Raffaella Castiglia, Claudio Culotta, Rosamaria Cecconi

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

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



Un ringraziamento ai colleghi che hanno contribuito alla realizzazione:

Liguria Digitale – Anagrafe Sanitaria Regionale: Anna Bertagnin e Franco Mignone

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) – Sezione Ligure

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

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

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

Indice

| | Pag. |
|--|------|
| Prefazione | 1 |
| Premessa | 2 |
| | |
| SINTESI DEI RISULTATI DELL'INDAGINE PASSI D'ARGENTO 2012-2013 IN ASL 3 GENOVESE | 3 |
| Considerazioni sulla popolazione anziana di Asl 3 Genovese | 4 |
| Spine chart: Benessere e indipendenza | 6 |
| Spine chart: Fattori di rischio, condizioni di salute e cure | 7 |
| Spine chart: Partecipazione ed essere risorsa | 8 |
| Spine chart: Ambiente di vita | 9 |
| | |
| 1 – BENESSERE E INDIPENDENZA | 10 |
| 1.1 Caratteristiche socio-demografiche | 11 |
| 1.1.1 Come è distribuito il campione per genere e classe d'età? Quanto è rappresentativo della popolazione con 65 anni e più? | 11 |
| 1.1.2 Qual è lo stato civile? | 12 |
| 1.1.3 Quale è il livello di istruzione? | 13 |
| 1.1.4 Con chi vivono? | 13 |
| 1.1.5 Come arrivano a fine mese? | 14 |
| 1.1.6 Come si distribuiscono le difficoltà economiche? | 14 |
| 1.1.7 Quanti percepiscono una pensione? | 15 |
| | |
| 1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più | 16 |
| 1.2.1 Funzionalità della suddivisione in sottogruppi | 16 |
| 1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione? | 17 |
| 1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL? | 19 |
| 1.2.4 Come è distribuita in Liguria la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi? | 20 |
| 1.2.5 Qual è la distribuzione dei sottogruppi in ciascuna classe di età? | 20 |
| 1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi? | 21 |
| | |
| 1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana di base e strumentali | 22 |
| 1.3.1 Quanti non sono autonomi nelle attività della vita quotidiana (IADL o ADL)? | 22 |
| 1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL | 22 |
| 1.3.2.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL nella popolazione? | 22 |
| 1.3.2.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con disabilità? | 23 |
| 1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse? | 23 |
| 1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL | 24 |
| 1.3.3.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL? | 24 |
| 1.3.3.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con almeno 1 IADL non autonoma? | 24 |
| 1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse? | 25 |
| | |
| 1.4 Percezione dello stato di salute | 26 |
| 1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più? | 26 |

| | | |
|---------|---|----|
| 1.4.2 | Come si sentono rispetto all'anno precedente? | 27 |
| 1.4.3 | In media quanti sono i giorni di cattiva salute (unhealthy days) percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni? | 28 |
| 1.4.4 | Quante persone si sentono in cattiva salute o hanno limitazioni nelle attività abituali per più di 14 giorni negli ultimi 30 giorni ? | 29 |
| 1.4.5 | Quante persone hanno più di 20 "unhealthy days" per motivi fisici o psicologici | 30 |
| 1.5 | Soddisfazione per la propria vita | 31 |
| 1.5.1 | Le persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono? | 31 |
| | 2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE | 32 |
| 2.2 | Ipertensione arteriosa | 33 |
| 2.2.1 | Quali sono le caratteristiche delle persone che soffrono di ipertensione? | 33 |
| 2.3 | Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili | 34 |
| 2.3.1 | Qual è la prevalenza di patologie croniche nella popolazione con 65 anni e più? | 34 |
| 2.3.2 | Quali sono le caratteristiche delle persone che riferiscono 3 o più patologie croniche? | 35 |
| 2.3.3 | Il diabete in Asl 3 Genovese | 36 |
| 2.3.3.1 | Caratteristiche delle persone diabetiche | 37 |
| 2.3.3.2 | Fattori di rischio per la salute | 38 |
| 2.3.3.3 | L'assistenza alle persone diabetiche | 39 |
| 2.3.3.4 | L'Emoglobina glicosilata HbA1c | 39 |
| 2.3.3.5 | L'uso dei farmaci | 40 |
| 2.4 | Problemi di vista, udito e masticazione | 41 |
| 2.4.1 | Problemi di vista | 42 |
| 2.4.1.1 | Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di vista? | 42 |
| 2.4.2 | Problemi di udito | 43 |
| 2.4.2.1 | Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di udito? | 43 |
| 2.4.3 | Problemi di masticazione | 44 |
| 2.4.3.1 | Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di masticazione? | 44 |
| 2.4.3.2 | Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno? | 45 |
| 2.4.3.3 | Perché le persone non si recano dal dentista? | 45 |
| 2.5 | Cadute | 46 |
| 2.5.1 | Quante persone con 65 anni e più sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche? | 46 |
| 2.5.2 | Quante persone con 65 anni e più sono cadute e nella loro abitazione non usano precauzioni anticaduta? | 47 |
| 2.5.3 | Dove è avvenuta la caduta? | 48 |
| 2.6 | Sintomi di depressione | 49 |
| 2.6.1 | Quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche? | 50 |
| 2.6.2 | Quante sono le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione che non fanno ricorso ad alcuno? | 51 |

| | |
|--|----|
| 2.6.3 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione? | 51 |
| 2.7 Rischio di isolamento | 52 |
| 2.7.1 Quante sono le persone a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche? | 52 |
| 2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci | 53 |
| 2.8.1 Quante persone con 65 anni e più hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni? | 53 |
| 2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono? | 54 |
| 2.8.3 Quanti hanno rivisto la terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30 giorni? | 54 |
| 2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana | 55 |
| 2.9.1 Quante persone ricevono aiuto tra quelle che hanno limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Da chi lo ricevono? | 55 |
| 2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto? | 56 |
| 2.10 Vaccinazione antiinfluenzale | 57 |
| 2.10.1 Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale? E quali sono le loro caratteristiche? | 57 |
| 2.10.2 Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale? | 58 |
| 2.11 Protezione dalle ondate di calore | 59 |
| 2.11.1 Quante persone con 65 anni e più hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? E quali sono le loro caratteristiche? | 59 |
| 2.11.2 Da chi sono state ricevute informazioni o consigli per proteggersi dal caldo? | 60 |
| Note Metodologiche | 61 |
| BIBLIOGRAFIA | 63 |
| SITOGRAFIA | 64 |

Prefazione

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

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

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

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

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

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

Premessa

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

PASSI d'Argento permette anche di “misurare per agire”, sostenendo azioni concrete di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo. Il sistema PASSI d'Argento fornisce informazioni dettagliate su abitudini e stili di vita della popolazione con 65 anni e più, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI sulla popolazione con 18 - 69 anni. L'invecchiamento attivo è infatti, un processo che si costruisce ben prima dei 65 anni. In particolare, la sorveglianza di popolazione è un eccezionale strumento di *governance* per far fronte all'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche. I piani d'azione della Regione Europa per le malattie croniche non trasmissibili 2008-2013 e 2012-2016, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza (Risoluzione OMS, settembre 2011, punto 2a) come strumento capace di seguire nel tempo e fornire dati affidabili e tempestivi sui problemi di salute, i loro determinanti, la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, in particolare con informazioni “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

SINTESI DEI RISULTATI DELL' INDAGINE PASSI D'ARGENTO 2012-2013

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

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

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

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

La sezione ha l'obiettivo di:

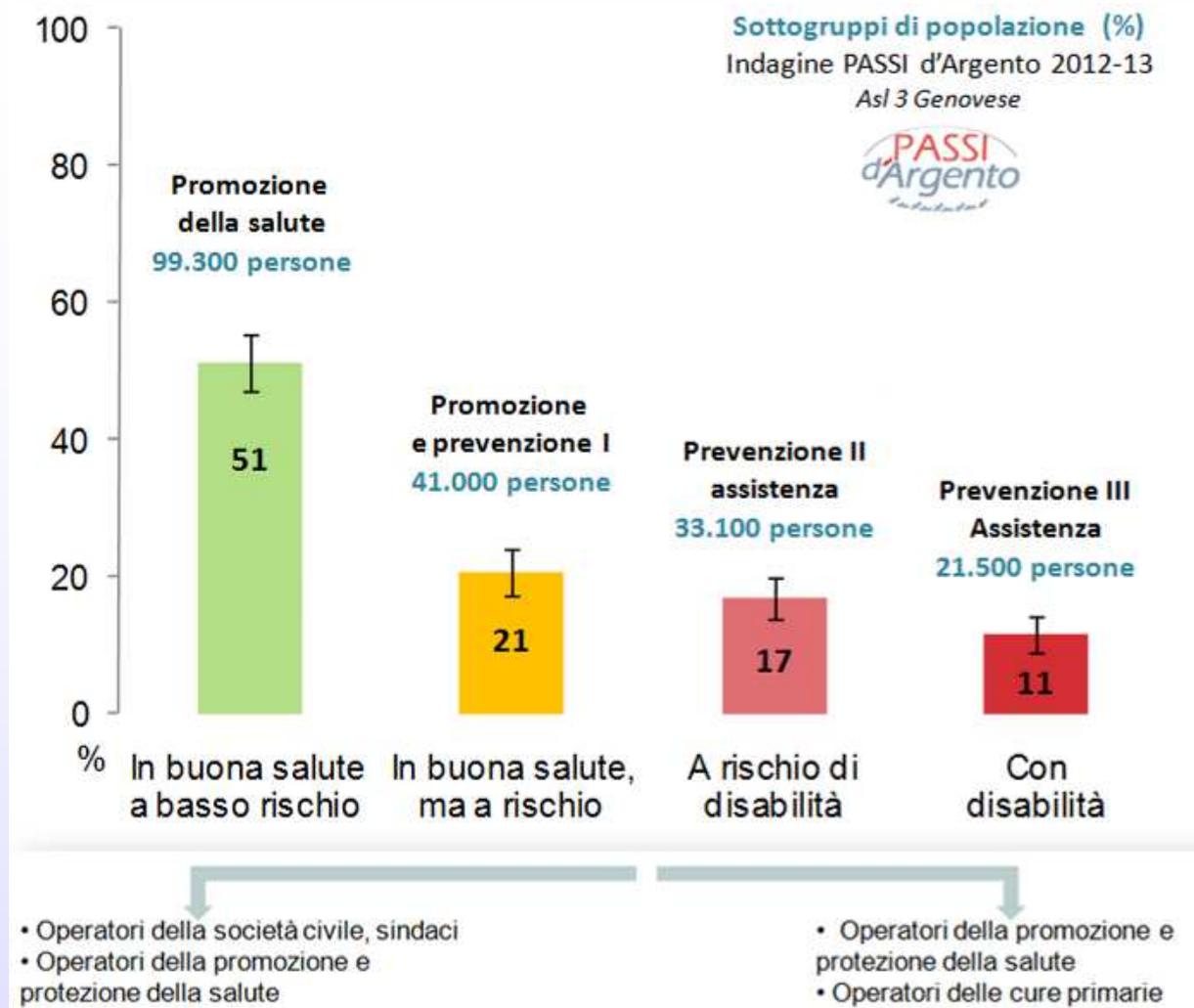
- fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento, in modo da favorire la comprensione di obiettivi, metodi e principali aspetti innovativi del sistema
- mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un documento di consultazione dei risultati dell'indagine PASSI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

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

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



Considerazioni sulla popolazione anziana di Asl 3 Genovese



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

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

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

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

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

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

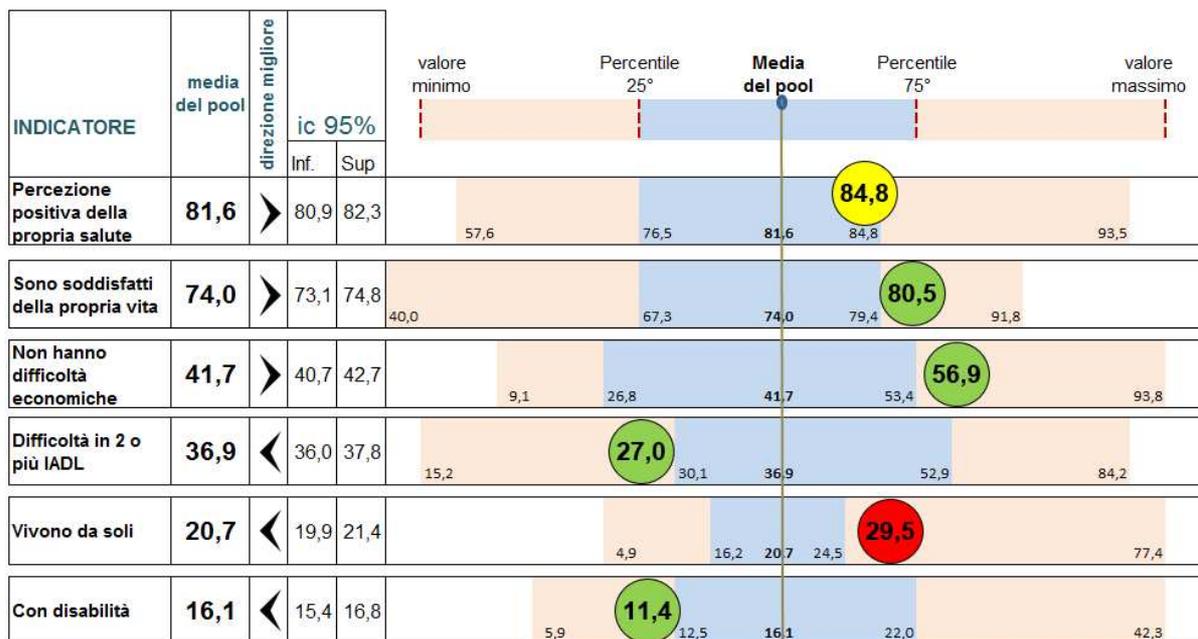
Per realizzare questo approccio abbiamo scelto di utilizzare la spine-chart, un grafico particolare che permette di confrontare il valore di un certo indicatore, misurato localmente, con un valore di riferimento "nazionale" e di testare, in modo semplice, se la differenza rilevata (in meglio o in peggio)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

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

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

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

Benessere e indipendenza



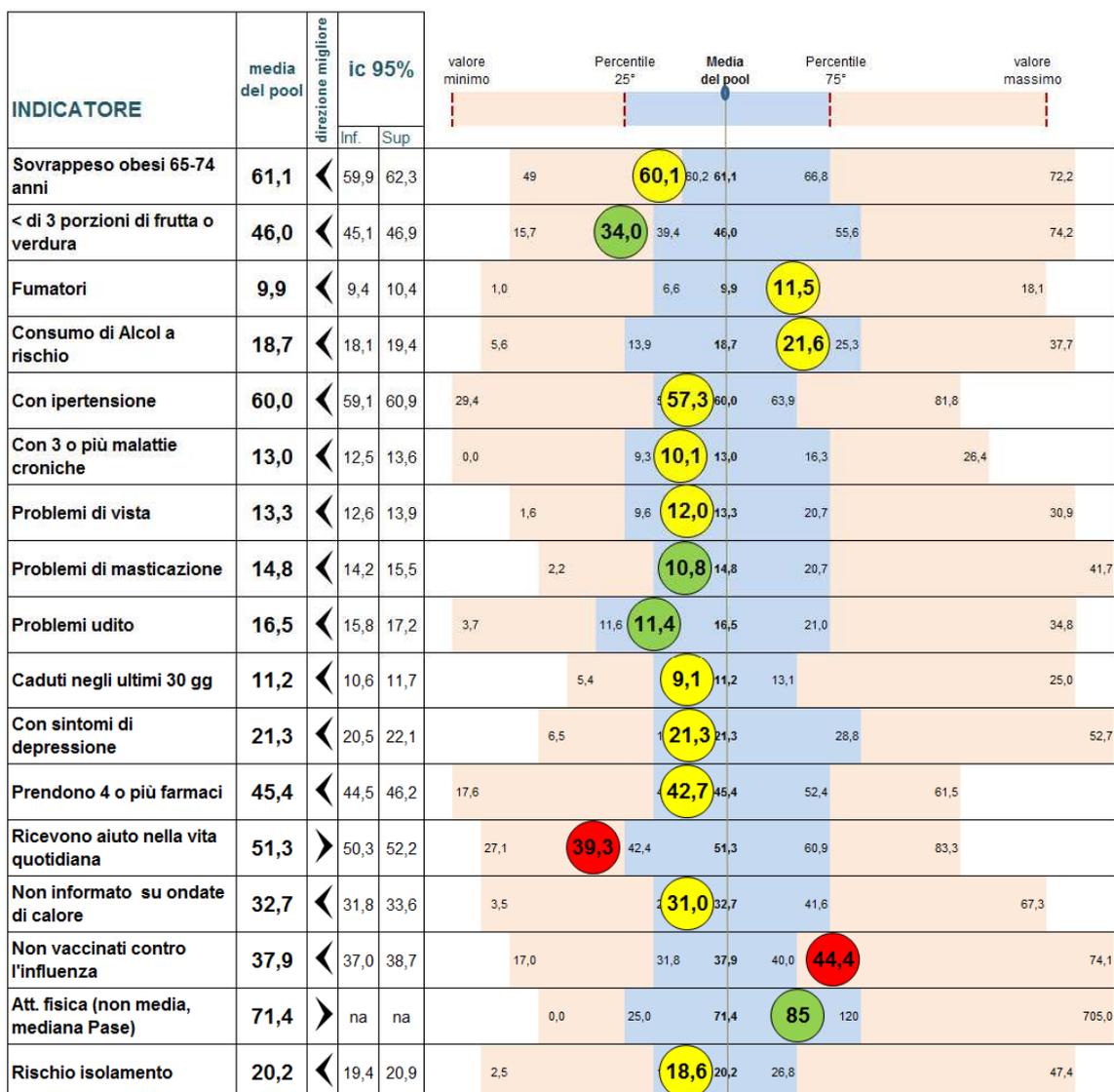
LEGENDA

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

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

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

Fattori di rischio, condizioni di salute e cure



LEGENDA

 Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale

 Valore significativamente migliore della media del pool nazionale

 Valore non significativamente differente della media del pool nazionale

← Valori bassi = migliore indicatore

➤ Valori alti = migliore indicatore

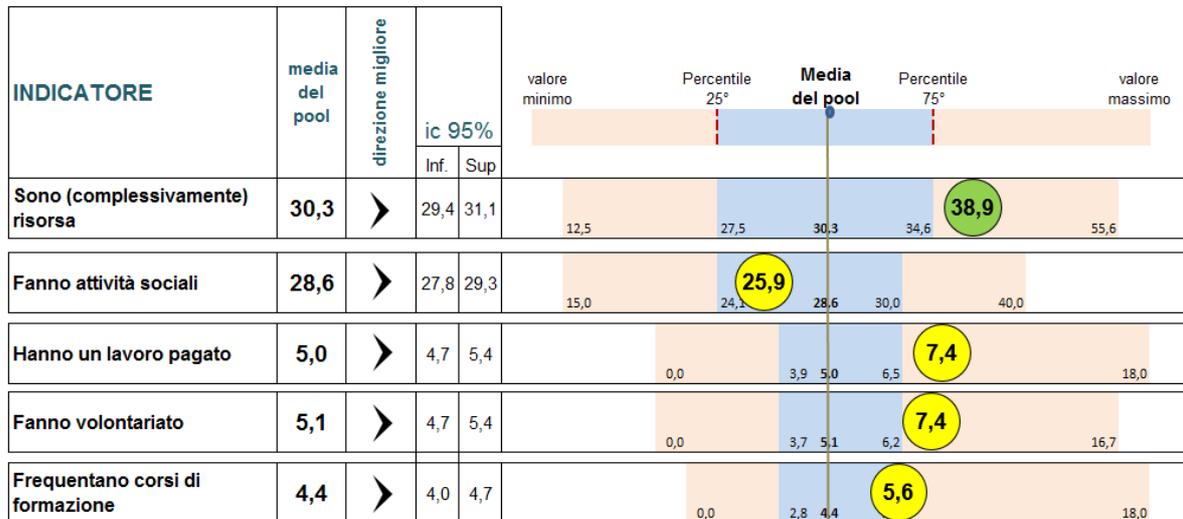
I risultati condensati in questa Spine Chart mettono in evidenza una Azienda sostanzialmente in linea con la media delle aziende italiane, con qualche valore lievemente migliore, come la percentuale di anziani con 3 o più patologie croniche (10% vs 13%), o la frequenza di problemi di masticazione (11%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

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

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

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

Partecipazione



LEGENDA



Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale



Valore non significativamente differente della media del pool nazionale



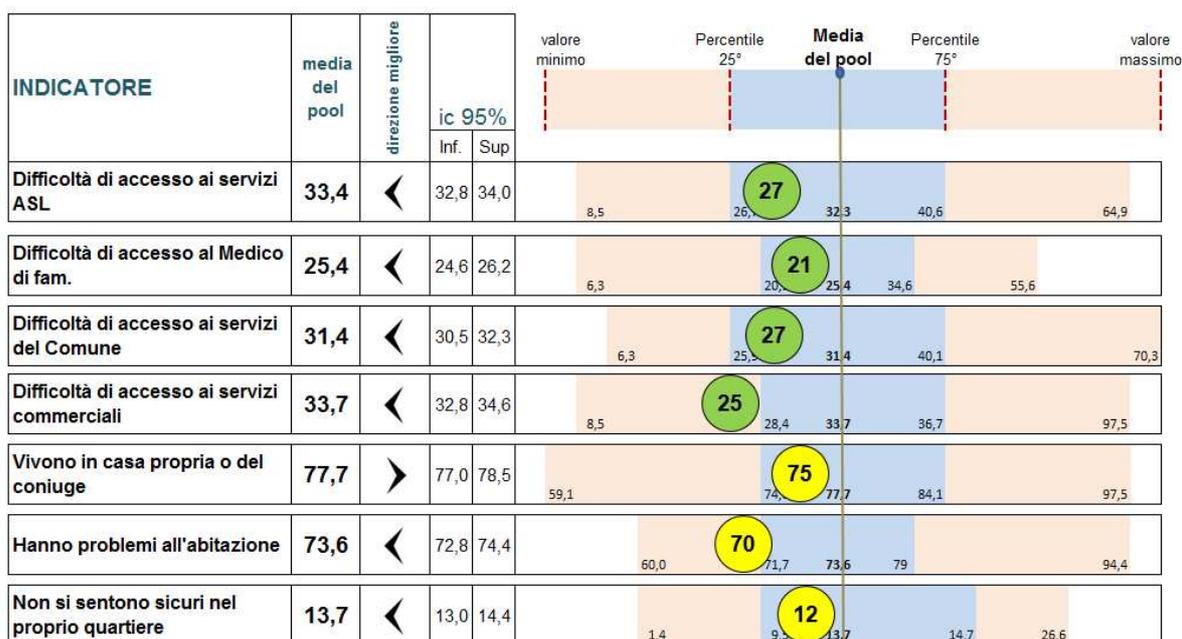
Valore significativamente migliore della media del pool nazionale

◀ Valori bassi = migliore indicatore

➤ Valori alti = migliore indicatore

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

Ambiente di vita



LEGENDA

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

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

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

1. BENESSERE E INDIPENDENZA

È ormai associata 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.

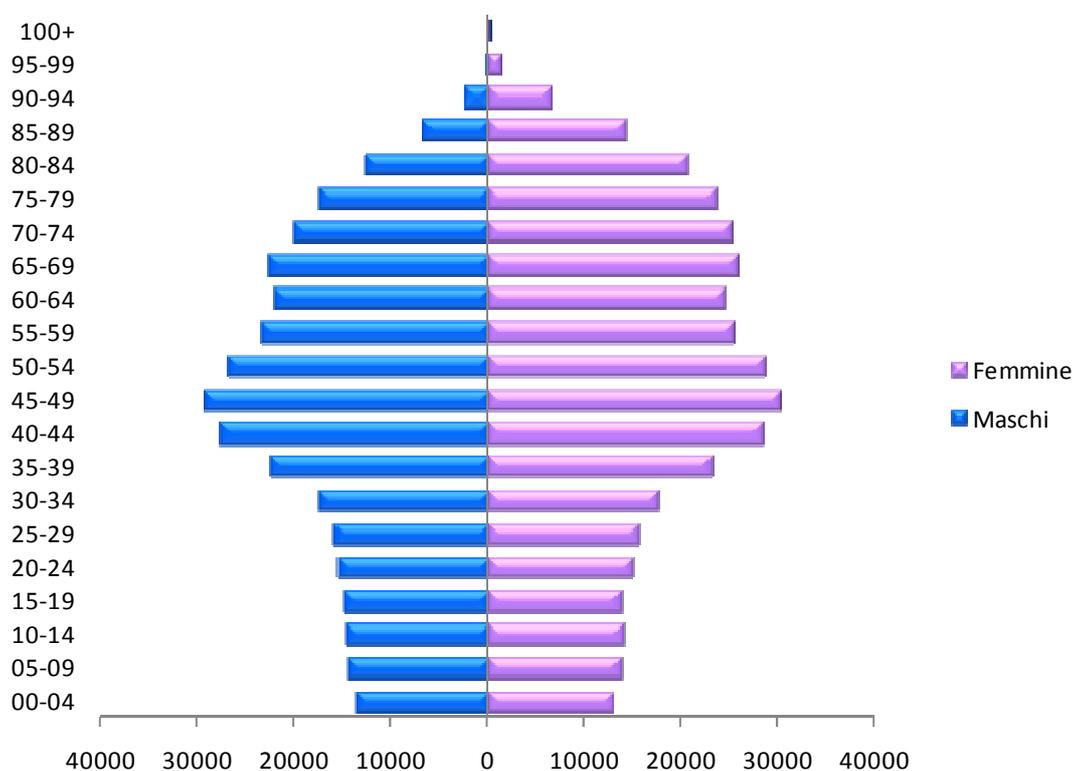
1.1 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Protezione, salute 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 popolazione di Asl 3 Genovese in numeri assoluti (dati ISTAT 2014) è così composta:



Si tratta in totale di 723.182 persone, di cui 200.669 con 65 anni e più, pari al 27,7% della popolazione.

L'indice di vecchiaia¹ è pari a 238,1.

La numerosità del nostro campione, 503 persone anziane, la sua tipologia di estrazione (campionamento casuale semplice stratificato per sesso e fasce d'età) e la gestione rigorosa delle sostituzioni garantiscono la sua

¹ Rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni)

rappresentatività nei confronti della nostra popolazione.

Il 42,1% del campione è costituito da persone con età compresa tra 65 e 74 anni, il 40,2% da persone fra i 75 e gli 84 anni e il 17,7% ha 85 anni o più.

Le donne rappresentano il 59,2% del campione, con proporzioni crescenti all'aumentare dell'età: 54,2% nella classe di età 65-74 anni, 59,4% tra 75 e 84 anni, 70,8% con 85 anni e più. Il dato riflette il fenomeno di progressiva "femminilizzazione" della popolazione

L'età media del campione è 76,8 anni: 75,6 quella degli uomini, 77,6 quella delle donne.

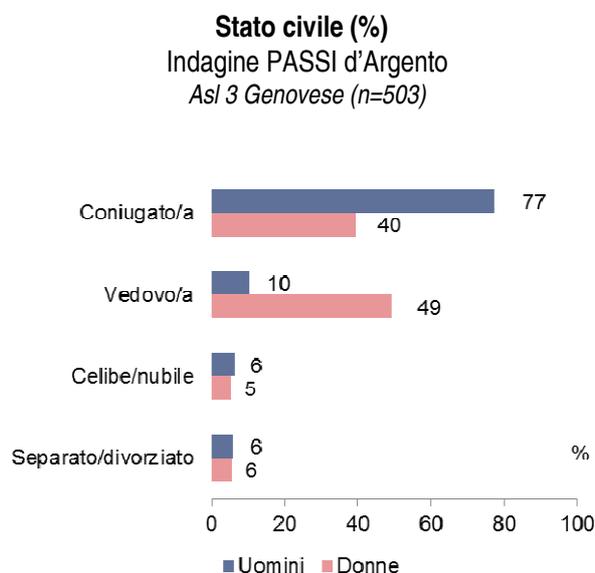
La composizione del campione intervistato per classi di età, analizzata separatamente per genere, conferma la diversa distribuzione per età dei 2 sessi (tra le persone con 65 anni e più, quelle con più di 85 anni sono 13 su 100 tra gli uomini e 21 su 100 tra le donne) e conferma la rappresentatività della popolazione generale per questi aspetti.

1.1.2 Qual è lo stato civile?

Complessivamente le persone coniugate sono il 55% e quelle in stato di vedovanza il 33,5%; coloro che non si sono mai sposati (5,8%) o sono separati/divorziati (5,7%) rappresentano insieme circa 1 persona su 10.

Lo stato civile presenta evidenti differenze in relazione all'età: dopo i 74 anni sono più numerose le persone vedove (49,1% vs 16,1% tra i 65-74 anni) e meno frequenti quelle coniugate (44,3% vs 66,9%);

In relazione a ciò e alla femminilizzazione della popolazione più anziana, aumenta notevolmente il numero delle vedove (69,4% dopo i 74 anni vs 23,5% tra 65-74 anni), mentre tra gli uomini i coniugati sono quasi 8 volte più frequenti dei vedovi (77% vs 10%).



1.1.3 Quale è il livello di istruzione?

Tra le persone con 65 anni e più:

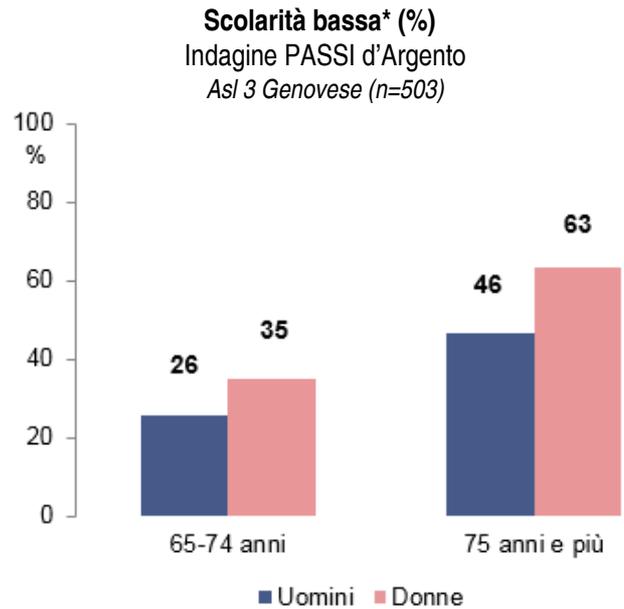
- Quasi la metà dei nostri anziani ha un basso livello di scolarità: licenza elementare (39%) o nessun titolo di studio (5%)
- il 23% ha un diploma di scuola media inferiore
- il 25% ha quello di scuola media superiore
- il 8% è laureato.

La scolarità bassa è maggiormente diffusa:

- tra le persone più anziane: 31% nella classe di età 65-74 e 57% dopo i 75 anni
- tra le donne (51% vs 35% tra gli uomini).

La differenza di genere per un basso livello di scolarità si conferma in maniera indipendente dall'età:

- 65-74 anni: 26% uomini e 35% donne
- 75anni e più: 46% uomini 63% donne.



* nessun titolo di studio o licenza elementare

1.1.4 Con chi vivono?

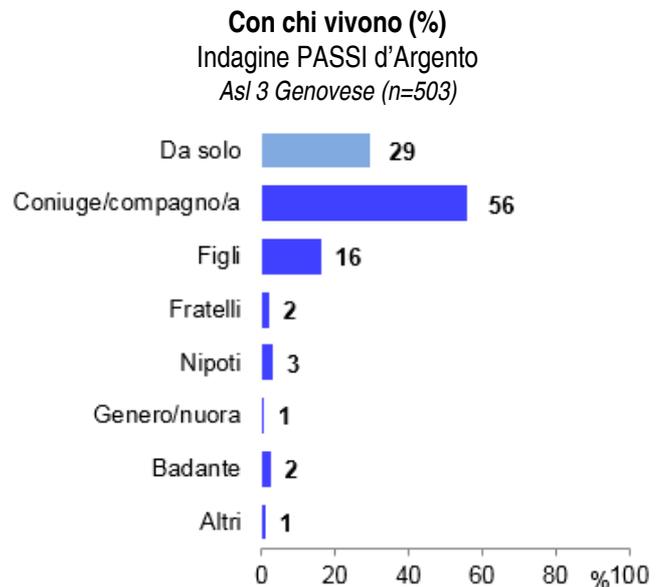
Tra le persone con 65 anni e più, quasi 1 su 3 (29%) vive da sola.

Indipendentemente dalla convivenza con altre figure

- oltre la metà (56%) vive con il coniuge
- il 16% vive con figli.

Risulta poco frequente vivere con:

- una badante (2,3%)
- fratelli o sorelle (1,9%)
- generi/nuore (0,5%)
- nipoti (3,0%).



1.1.5 Come arrivano a fine mese?

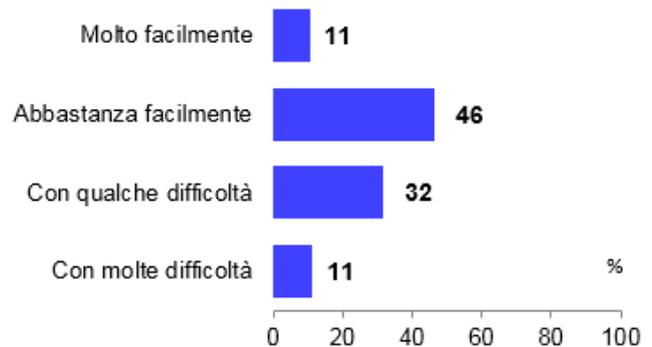
I nostri anziani riferiscono di arrivare a fine mese nel seguente modo:

- 57% senza difficoltà (11% molto facilmente, 46% abbastanza facilmente)
- 43% con difficoltà (32% con qualche difficoltà, 11% con molte difficoltà).

Come arrivano a fine mese (%)

Indagine PASSI d'Argento

Asl 3 Genovese (n=406)



1.1.6 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?

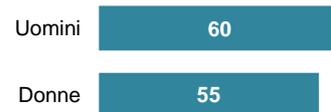
L'assenza di difficoltà economiche per arrivare a fine mese non cambia in maniera significativa in relazione all'età, mentre viene riferita con maggiore frequenza dagli uomini (60% vs 55% nelle donne) e dalle persone con scolarità alta (65%) rispetto a quelle con scolarità bassa (44%, nessun titolo di studio o licenza elementare).

Senza difficoltà economiche (%)

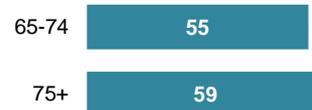
Indagine PASSI d'Argento - Asl 3 (n =406)

Totale = 56,9% (IC95% 52,0-61,8)

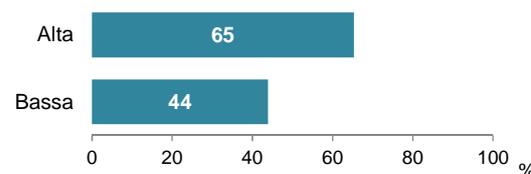
Genere



Classe di età



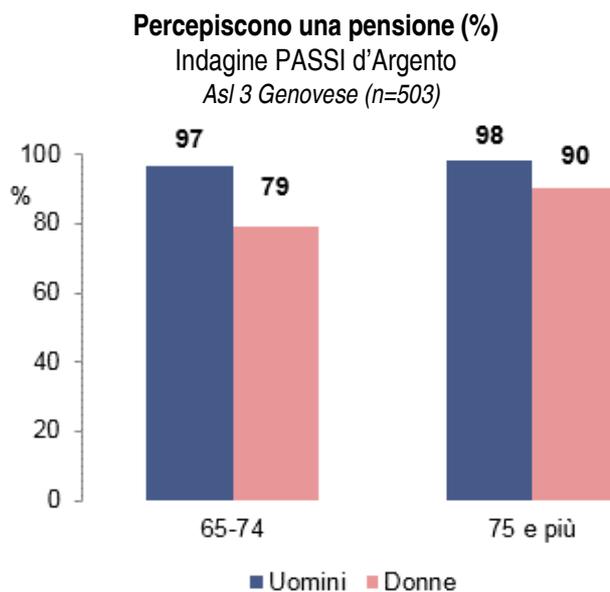
Scolarità



1.1.7 Quanti percepiscono una pensione?

Il 90% della popolazione aziendale con 65 anni e più riceve una pensione (97% negli uomini, 85% nelle donne).

La disponibilità di pensione non cambia con l'età tra gli uomini, mentre risulta maggiore tra le donne con 75 anni e più (90%) rispetto a quelle con 65-74 anni (79%), in maniera congruente alla maggior frequenza di vedovanza tra le donne più anziane.



1.2 I SOTTOGRUPPI DELLA POPOLAZIONE CON 65 ANNI E PIU'

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 di questa popolazione con una suddivisione in quattro sottogruppi² di persone:

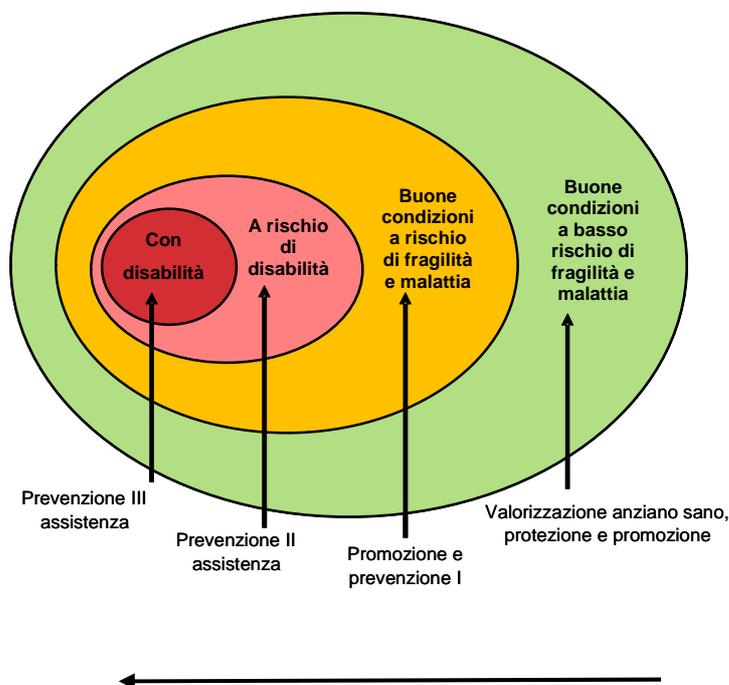
- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità
- a rischio di disabilità
- con disabilità.

1.2.1 Funzionalità della suddivisione in sottogruppi

L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione con 65 anni e più, 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 sociale trasversali a tutti i sottogruppi.

I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento



² Le definizioni complete dei sottogruppi sono riportate nel paragrafo 1.2.2

1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione: l'algoritmo di analisi

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 "anziane".

Partendo da 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): 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
- attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL): usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette.

Sono state considerate autonome anche le persone che hanno risposto "solamente se aiutato" nello svolgimento delle ADL vestirsi, farsi il bagno o la doccia, essere continenti (l'aiuto in questo caso consiste nell'utilizzo di presidi per incontinenti) e nello svolgimento delle IADL cucinare, fare il bucato, pagare conti o bollette, usare il telefono.

Combinando i risultati di questi due indici, sono state inserite tra le persone:

- "in buona salute" le persone con 65 anni e più che sono in grado di svolgere tutte le ADL e le IADL, al massimo non essendo autonomi in una IADL (tenendo conto che, per alcune ADL e IADL, l'essere aiutato non compromette l'autonomia)
- "a rischio di disabilità" le persone con 65 anni e più che sono in grado di svolgere, come detto sopra, tutte le ADL ma non sono autonome in 2 o più IADL
- "con disabilità" le persone con 65 anni e più che non sono autonome nello svolgimento di 1 o più ADL.

Successivamente, in rapporto alla frequenza con cui le persone hanno problemi sensoriali, stili di vita non adeguati, problemi socioeconomici, riferiscono di avere problemi di ipertensione e malattie croniche e praticano livelli più o meno adeguati di attività fisica, nel sottogruppo delle persone "in buona salute" sono state distinte le persone:

- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa (nei grafici e tabelle indicati come "in buona salute ma a basso rischio")
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità (nei grafici e tabelle indicati come "in buona salute ma a rischio").

Si sono così identificati 4 sottogruppi:

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

- sono autonomi in tutte le ADL
- non sono autonomi al massimo in una IADL
- presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o di vista o di 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 di fragilità:

- sono autonomi in tutte le ADL
- non sono autonomi al massimo in una IADL
- presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o di vista o di 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 autonomi in tutte le attività ADL
- non sono autonomi in almeno due IADL.

4. Con disabilità:

- non sono autonomi in una o più ADL.

1.2.3 Cosa sono le ADL e le 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, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette

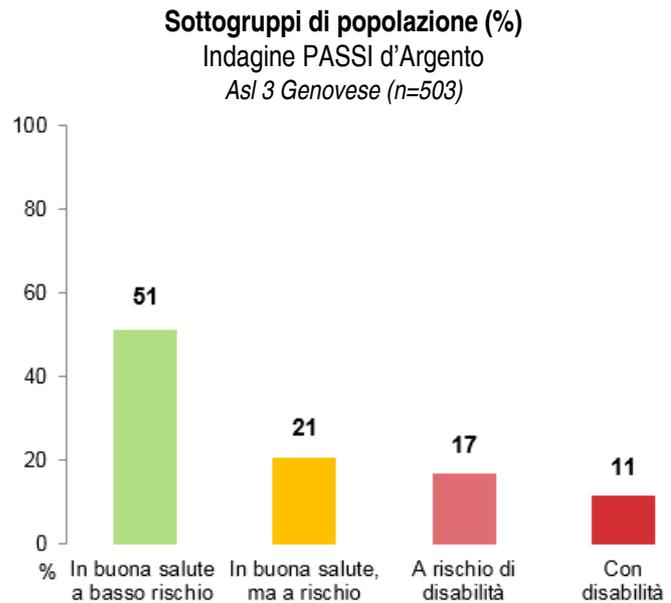
Per ciascuna attività, è stato chiesto alla persona intervistata se era in grado di svolgerla "da solo/a, anche se con problemi", "solamente se aiutato/a", oppure se non riusciva a svolgerla. Nell'indagine PASSI d'Argento, in una ottica bio-psico-sociale, per la quale le abilità sono il risultato dell'interazione 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 prese in considerazione le persone con situazioni di non autonomia nelle ADL (definite persone con disabilità) indipendentemente dalla presenza e dal numero di limitazioni nelle IADL e anche le persone con situazioni di non autonomia "solo" nelle IADL. E' stata anche valutata la diffusione della mancanza di autonomia nelle singole 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 tipo (IADL o ADL) e del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo, per cui sono state valutate anche il numero di ADL e/o IADL mancanti nelle persone con disabilità e in quelle con limitazioni solo nelle IADL.

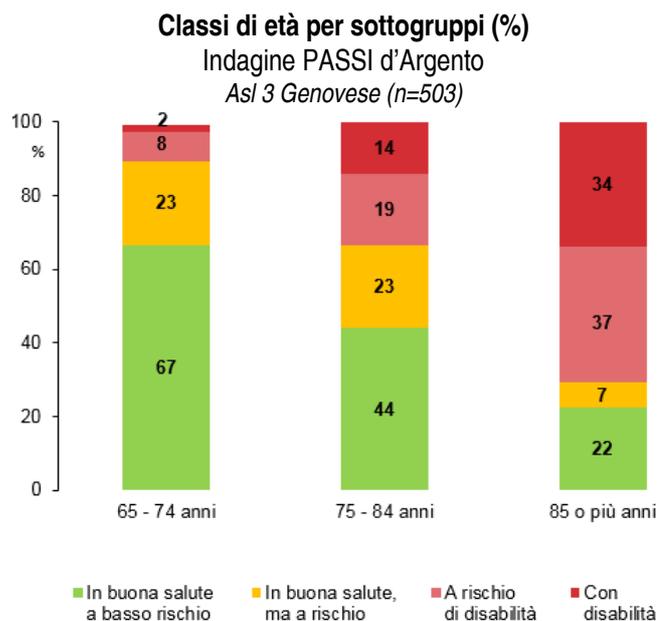
1.2.4 Come è distribuita in Asl 3 Genovese la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?

- Il 51% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa
- Il 21% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità
- Il 17% è a rischio di disabilità
- L'11% 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 (67%) e quelle con disabilità rappresentano solo il 2%
- Le persone in buona salute ma a rischio sono il 23% tra i 65 ed i 74 anni, il 23% tra i 75-84 anni e il 7% dagli 85 in avanti
- Dopo gli 84 anni le persone a rischio di disabilità (37%) e quelle con disabilità (34%) rappresentano la maggioranza delle persone
- Le persone in buona salute e a basso rischio costituiscono il 44% di quelle tra 75 e 84 anni e il 22% di quelle con 85 anni e più.



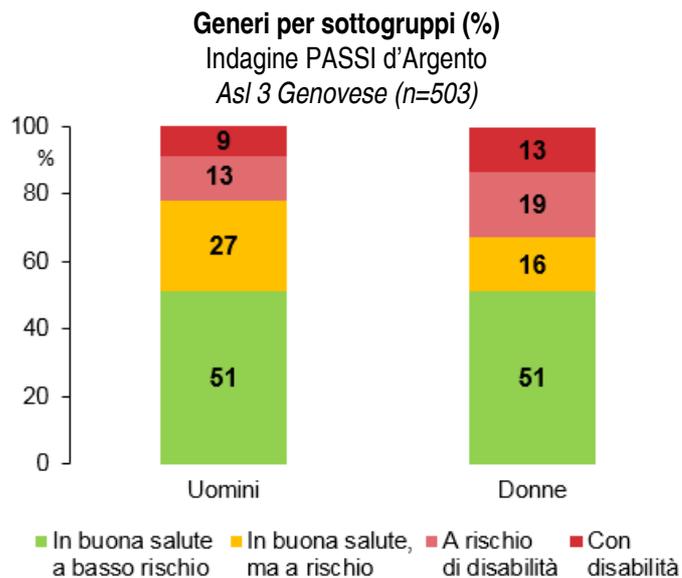
Suddividendo la popolazione in 3 fasce d'età si può osservare meglio come la popolazione "fragile", cioè a rischio di disabilità, aumenti consistentemente con l'aumentare dell'età. Quantificare questo target di importanti azioni di prevenzione è utile per configurare l'impegno pratico, in termini economici e di risorse umane, necessarie ad arrestare lo scivolamento dallo stato di fragilità a quello di disabilità. Questa fascia di popolazione è limitata al 7% della popolazione 65-74enne, pari a 14.250 persone in Liguria.

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 (13% vs 9% negli uomini) e a rischio di disabilità (19% vs 13% negli uomini).

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

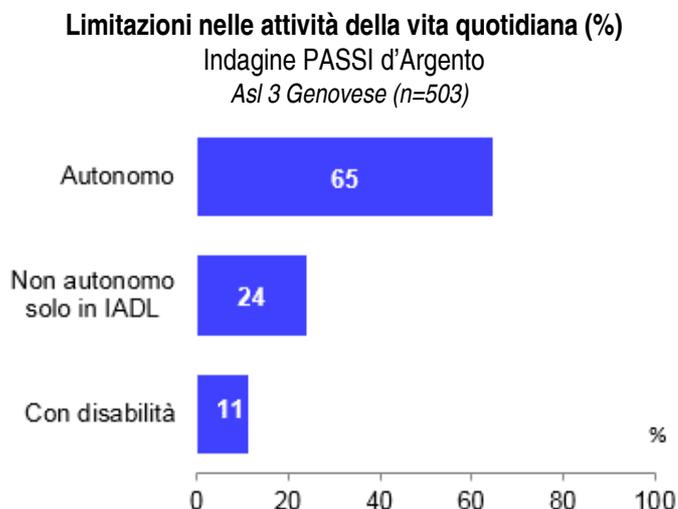


1.3 AUTONOMIA NELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA, DI BASE E STRUMENTALI

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

Indipendentemente dalla suddivisione in sottogruppi e considerando l'autonomia nella conduzione della vita quotidiana, in Asl 3 tra le persone con 65 anni e più:

- 2 su 3 (65%) non hanno problemi a svolgere attività della vita quotidiana
- il 24% presenta problemi di autonomia nelle IADL, ma non nelle ADL
- l'11% non è autonoma in almeno una ADL, indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL. (Queste persone costituiscono il sottogruppo 4: persone con disabilità.)



1.3.2 Attività di base della vita quotidiana: ADL

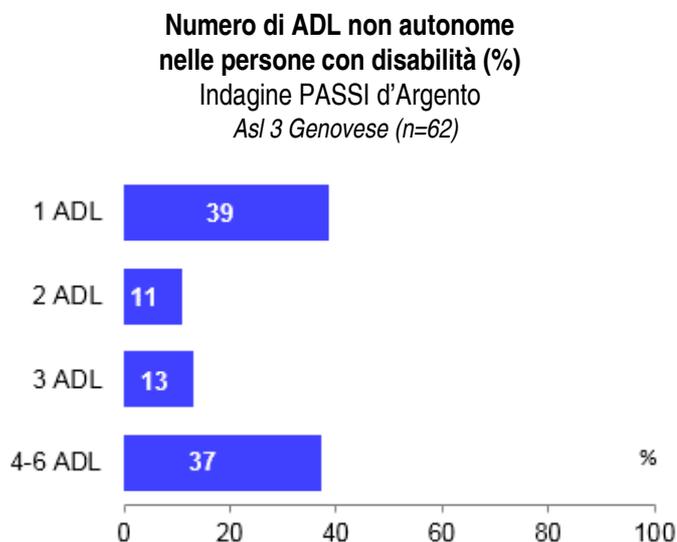
1.3.2.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL?

Focalizzando l'attenzione sulle attività di base della vita quotidiana, le persone con 65 anni e più non autonome in 1 o più ADL³, ovvero quelle con disabilità, sono l'11%.

Tra queste persone:

- il 39% non è autonomo in 1 ADL
- l'11% in 2 ADL
- il 13% in 3 ADL
- il 37% non è autonomo in 4 o più ADL.

Nella popolazione con 65 anni e più questa distribuzione corrisponde ad una prevalenza del 4,4% per le persone con mancanza di autonomia in 1 ADL e del 4,2% per quelle non autonome in 4 o più ADL.



³ secondo l'algoritmo espresso nel paragrafo 1.2.2

1.3.2.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con disabilità?

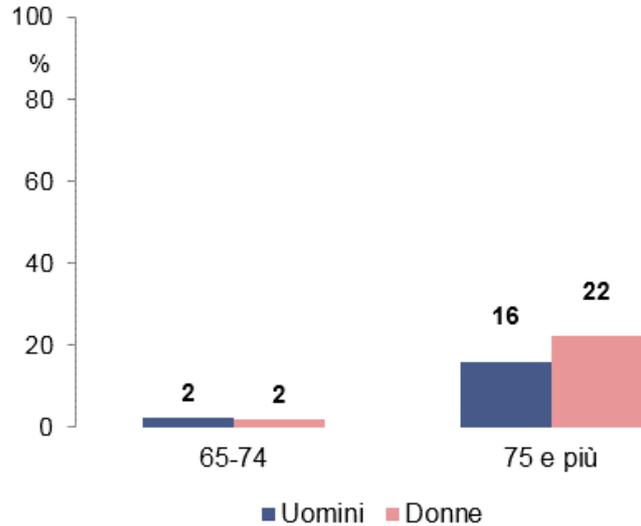
Le limitazioni nelle ADL aumentano con l'età (2% tra i 65-74 anni e 20% dai 75 anni in su).

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

Dopo i 74 anni vengono invece registrate nel 22% delle donne e nel 16% degli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (9% vs 13%) nella nostra Asl dipende principalmente dalla maggiore presenza femminile dopo i 75 anni.

Persone con disabilità per età e sesso (%)
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=105)



1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?

Tra le persone con disabilità:

- più di 1 su 2 (58%) non sono autonome nell'andare in bagno
- il 52% nel fare il bagno o la doccia
- il 60% ha problemi a spostarsi da una stanza all'altra
- il 51% ha problemi di incontinenza
- il 35% non si alimenta autonomamente
- il 37% è totalmente dipendente nel vestirsi o spogliarsi.

Limitazioni per singole ADL tra le persone con disabilità (%)
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=62)



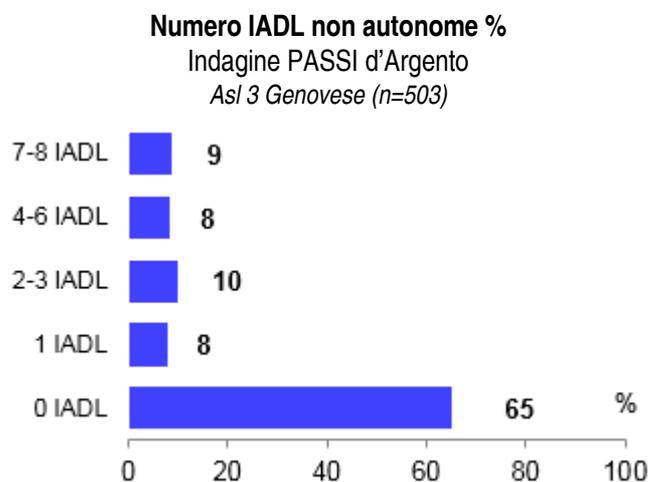
1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana: IADL

1.3.3.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL?

Spostando invece l'attenzione sulle attività strumentali della vita quotidiana, in Asl 3 circa 2 persone su 3 con 65 anni e più risultano autonome in tutte le IADL, quelle non autonome in 1 o più IADL sono il 35%.

In particolare la loro distribuzione è visibile nel grafico a lato.

Tra le persone che hanno problemi anche nelle ADL, ovvero tra quelle con disabilità, questa distribuzione di frequenza è molto diversa: coloro che sono autonomi in tutte le IADL sono una eccezione (5%), quelli che hanno problemi in 7-8 IADL più della metà (63%)

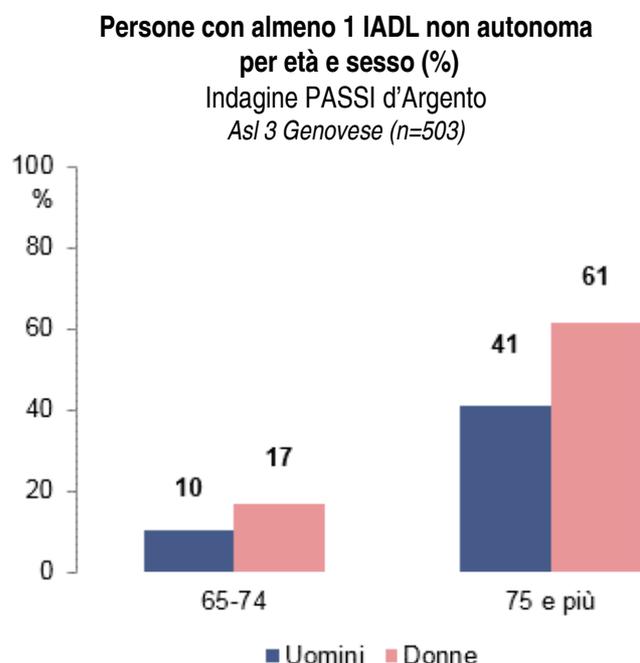


1.3.3.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con almeno 1 IADL non autonoma?

Le persone non autonome in 1 o più IADL aumentano con l'età: rappresentano il 14% tra i 65-74 anni e oltre la metà (54%) dai 75 anni in su.

Tra i 65 ed i 74 anni costituiscono il 10% degli uomini e il 17% delle donne.

Dopo i 74 anni invece risultano il 61% delle donne e il 41% degli uomini.



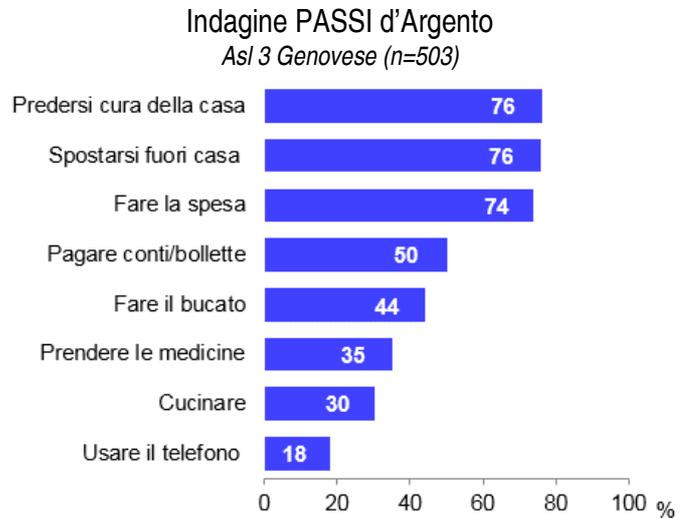
1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Focalizzando l'attenzione solo su coloro che hanno carenze nelle IADL, le attività strumentali che più frequentemente presentano limitazioni risultano:

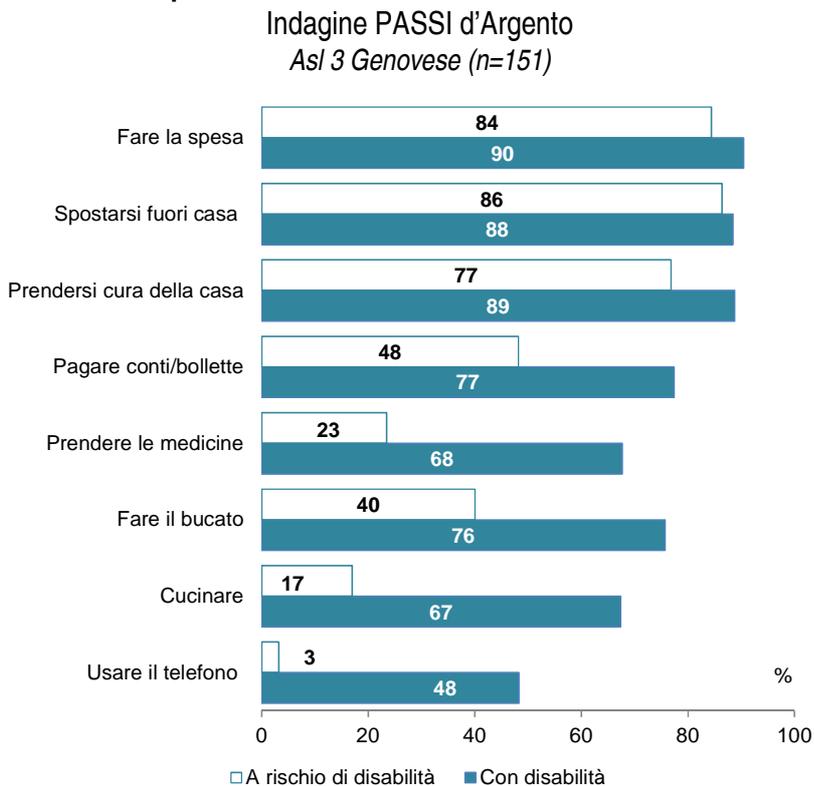
- prendersi cura della casa (76%)
- spostarsi fuori casa (76%)
- fare la spesa (74%)

L'attività strumentale per la quale viene maggiormente mantenuta l'autonomia è l'uso del telefono: tra le persone con problemi di autonomia nelle IADL meno di 2 persone su 10 non lo utilizzano in maniera autonoma.

Limitazioni per singole IADL (%) tra le persone con almeno 1 IADL non autonoma



Limitazioni per singole IADL (%) tra le persone a 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 9 persone su 10 tra quelle con disabilità e 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 48 tra quelle con disabilità.

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 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.

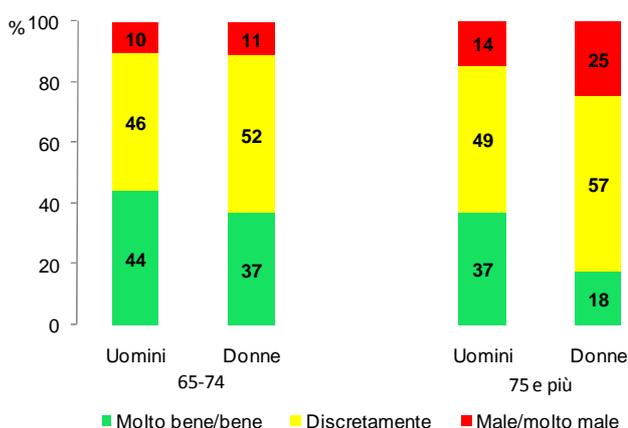
1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?

Il 33% delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (7% molto bene, 26% bene), il 52% discretamente e il rimanente 15% in modo negativo (12% male, 3% molto male).

- La percezione peggiora con l'età: il 21% delle persone con 75 anni e più considera in modo negativo il proprio stato di salute, ma rimangono comunque più numerosi coloro che ne hanno un giudizio positivo (24%).
- In Asl 3 differenze di genere si osservano solo dopo i 74 anni, età nelle quali le donne si sentono meno in salute degli uomini (molto bene/bene 18% vs 37% degli uomini).

Percezione della propria salute per classi d'età e sesso (%)

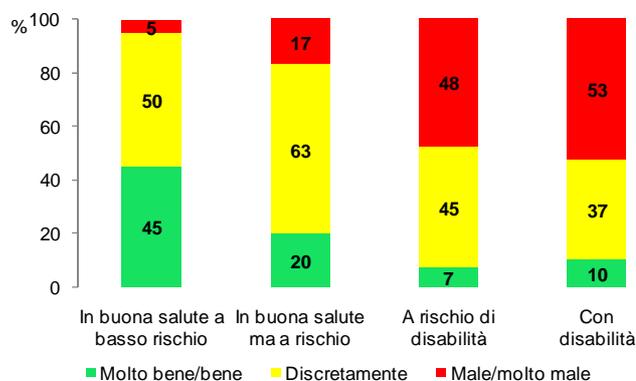
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=408)



- Riferiscono di avere uno stato di salute buono o molto buono il 45% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia, il 20% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia, il 7% di quelle con segni di fragilità e il 10% dei soggetti con disabilità
- Una percezione negativa della propria salute interessa solo il 5% dei soggetti in buone condizioni a basso rischio e più della metà (53%) di quelli con disabilità.

Percezione della propria salute per sottogruppi (%)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=408)



La percezione negativa della propria salute sale notevolmente dal 5 al 17% nelle persone che, pur avendo buona salute manifestano segni di fragilità: il sottogruppo “in buona salute ma a rischio” si conferma come target privilegiato di qualsiasi azione di promozione della salute in grado di influenzare positivamente la qualità globale della vita.

1.4.2 Come si sentono rispetto all'anno precedente?

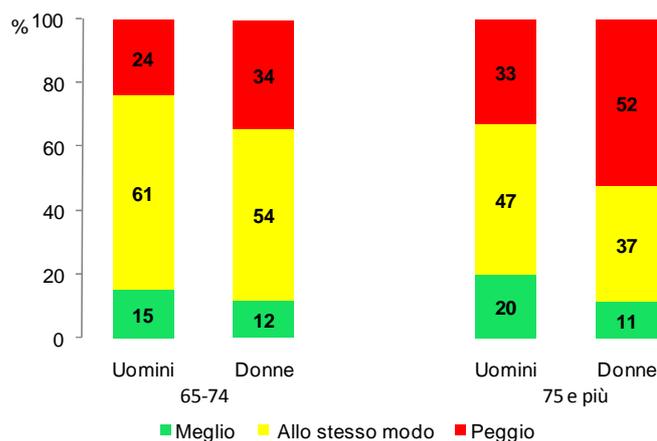
Il 14% delle persone con 65 anni e più si sente meglio rispetto ad un anno prima (3% molto meglio, 11% meglio), il 49% si sente allo stesso modo, il rimanente 37% si sente peggio (30% leggermente, 7% molto peggio).

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

- si sentono peggio il 29% delle persone tra 65 e 74 anni e il 46% di quelle con 75 anni e più, ma con prevalenze maggiori nelle donne rispetto agli uomini
- Anche dopo i 74 anni più di 1 persona su 10 (14%) dice di sentirsi meglio rispetto all'anno precedente, con differenze di età e genere meno evidenti rispetto a chi dichiara un peggioramento.

Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=408)

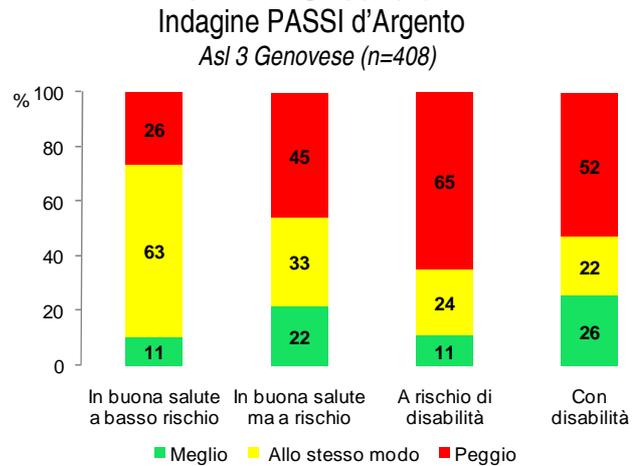


Ritiene peggiorata la propria salute rispetto all'anno precedente:

- Più di un quarto (26%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia
- La metà (52%) delle persone con disabilità.

In ciascun sottogruppo più di 1 persona su 10 ritiene migliorata la propria condizione di salute rispetto all'anno precedente.

Come si sentono rispetto all'anno precedente per sottogruppi (%)



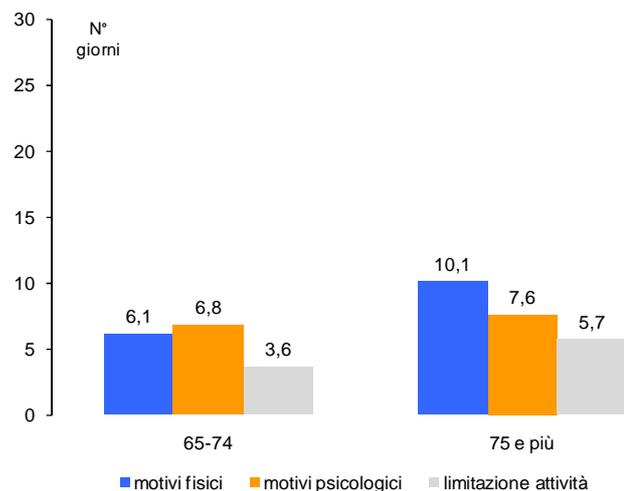
1.4.3 In media quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

Il numero medio di giorni in cattiva salute percepita sugli ultimi 30 aumenta con il progredire dell'età:

- per motivi fisici 6 giorni su 30 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni, 10 tra coloro con 75 anni e più
- per motivi psicologici 7 giorni su 30 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni, 8 tra coloro con 75 anni e più
- per quanto riguarda i giorni con limitazioni di attività per cattiva salute fisica o psicologica, il numero medio è 4 tra le persone con 65-74 anni e 6 dopo i 74 anni.

Media dei giorni in cattiva salute percepita (negli ultimi 30 giorni) per classi di età

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese



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

Più di 1 persona su 4 non si è sentita bene per almeno 14 giorni sugli ultimi 30 per motivi fisici (28%) o psicologici (24%); per questi motivi il 16% non è riuscito a fare le cose di tutti i giorni per almeno 2 settimane nel mese.

La proporzione di persone con cattiva salute o limitazione delle attività abituali per oltre 14 giorni è maggiore nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e tra le persone con difficoltà economiche.

| Persone con 14 o più giorni di cattiva salute o con limitazione delle attività abituali (negli ultimi 30 giorni) (%) | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Indagine PASSI d'Argento – Asl 3 Genovese | | | |
| | Cattiva salute fisica | Cattiva salute psicologica | Limitazione di attività abituali |
| Popolazione con 65 anni e più | 27,6 | 23,9 | 16,3 |
| Genere | | | |
| uomini | 17 | 12 | 11 |
| donne | 35 | 32 | 20 |
| Classi di età | | | |
| 65-74 | 22 | 23 | 13 |
| 75 e più | 35 | 25 | 20 |
| Istruzione | | | |
| bassa | 35 | 31 | 20 |
| alta | 23 | 19 | 14 |
| Difficoltà economiche | | | |
| molte | 50 | 49 | 22 |
| alcune | 35 | 27 | 18 |
| nessuna | 19 | 17 | 14 |

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

Sommando i giorni di cattiva salute fisica e quelli di cattiva salute psicologica, il 29% della popolazione con 65 anni e più risulta avere più di 20 giorni dell'ultimo mese passati in cattiva salute

Questa proporzione è maggiore tra le donne, tra le persone con bassa scolarità e tra quelle con difficoltà economiche (molte difficoltà: 53%)

| 20 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici (%) | | | |
|--|------|---------|------|
| Indagine PASSI d'Argento – Asl 3 Genovese | | | |
| | % | IC 95 % | |
| Popolazione con 65 anni e più | 28,7 | 24,4 | 33,1 |
| Genere | | | |
| uomini | 17 | 11,0 | 22,5 |
| donne | 37 | 30,7 | 42,9 |
| Classi di età | | | |
| 65-74 | 24 | 18,3 | 29,8 |
| 75 e oltre | 35 | 28,1 | 41,2 |
| Istruzione | | | |
| bassa | 36 | 28,3 | 43,0 |
| alta | 24 | 18,9 | 29,7 |
| Difficoltà economiche | | | |
| molte | 53 | 38,6 | 68,1 |
| alcune | 31 | 23,1 | 38,6 |
| nessuna | 22 | 17,0 | 27,8 |

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 alla misura soggettiva 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?

L'81% delle persone con 65 anni e più è soddisfatto della vita che conduce (20% molto, 61% abbastanza soddisfatto).

Il rimanente 19% non è soddisfatto (14% poco, 5% per nulla soddisfatto).

L'87% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della vita che conduce. Tra le persone con 75 anni e più questo valore diminuisce ma rimangono 7 su 10 (73%) le persone soddisfatte della propria vita.

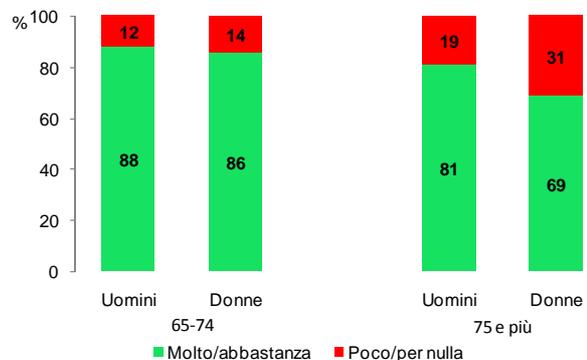
La percentuale di persone poco o per nulla soddisfatte della vita che conducono è maggiore tra le donne (23% contro 15%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi.

Si ritiene soddisfatto della propria vita:

- L'89% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia
- Il 76% delle persone in buona salute ma a rischio
- Il 53% delle persone con segni di disabilità
- Oltre la metà (64%) delle persone con disabilità.

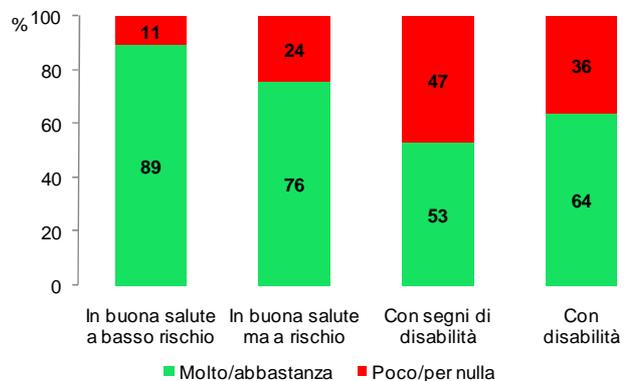
Soddisfazione della vita per classi d'età e sesso (%)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=407)



Soddisfazione della vita per sottogruppi (%)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=407)



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

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



2.2 IPERTENSIONE ARTERIOSA

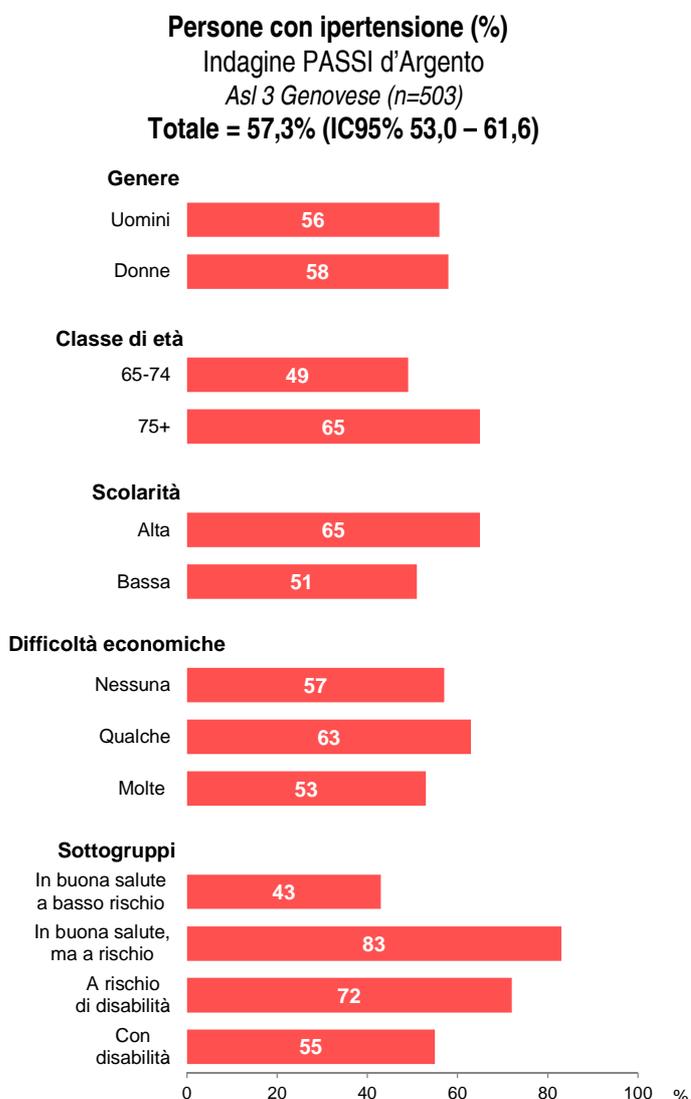
L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologia cardio e cerebrovascolare e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità. Il rischio aumenta progressivamente al crescere dell'età. Particolarmente frequente nelle persone 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?

Nella nostra Asl il 57% degli intervistati riferisce di soffrire di ipertensione.

Non si rilevano differenze per i sessi, tuttavia l'ipertensione è più frequente tra le persone:

- con 75 anni e più
- con livello di istruzione basso
- che hanno qualche/molte difficoltà economiche
- in buona salute ma a rischio di fragilità e in quelle a rischio di disabilità.

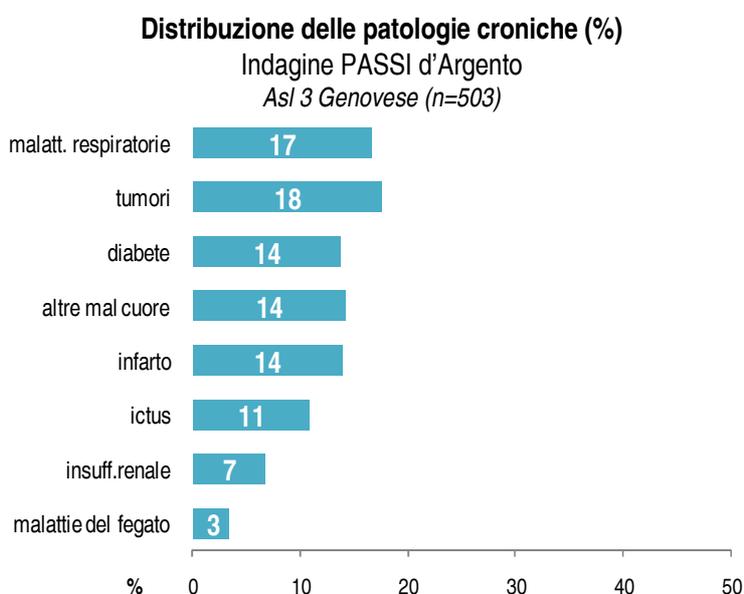


2.3 PREVALENZA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative, come quelle cerebro-cardiovascolari, 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 prevenirle 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?

- Il 54% riferisce di aver ricevuto diagnosi di almeno 1 patologia cronica
- il 10% riferisce di essere affetto da 3 o più patologie croniche
- il 46% riferisce di non avere alcuna patologia cronica di rilievo; conseguentemente

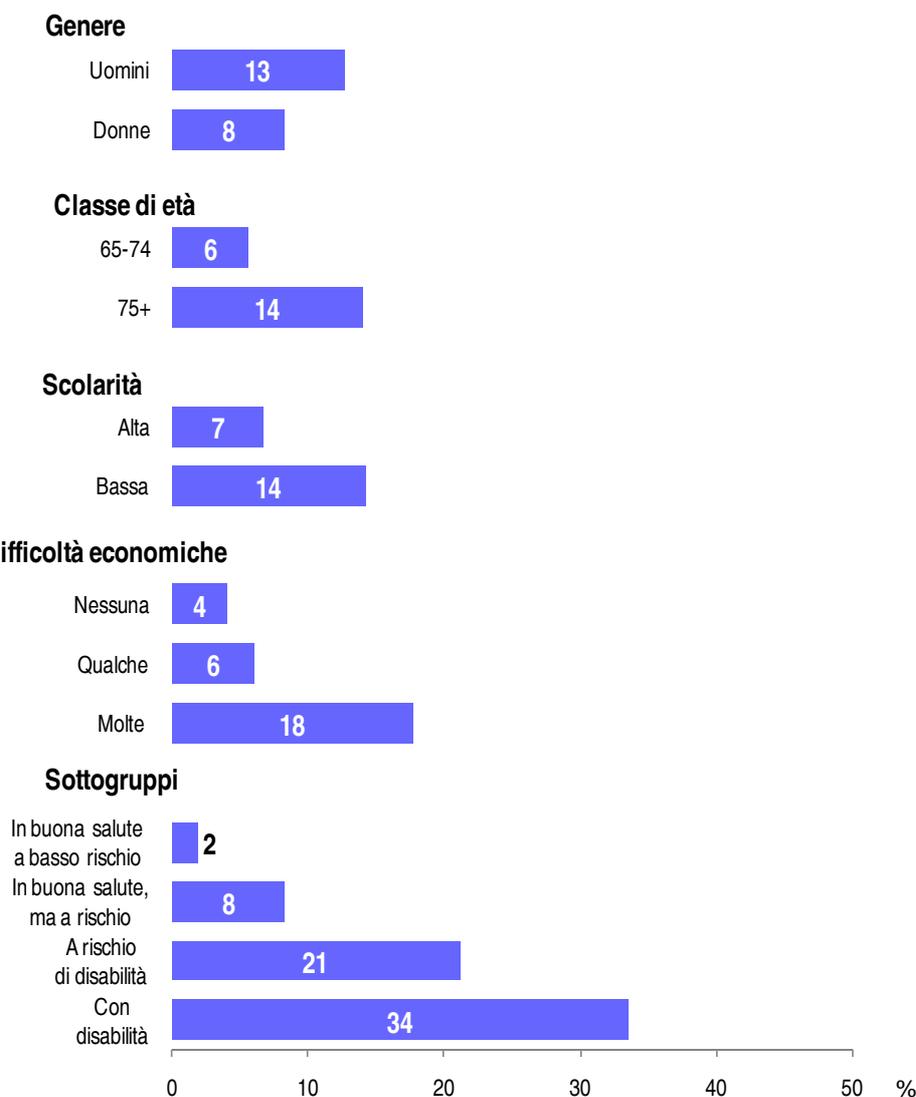


2.3.2 Quali sono le caratteristiche delle persone che riferiscono 3 o più patologie croniche?

La percentuale di persone con 3 o più patologie croniche è leggermente più elevata tra gli uomini (13% vs 8%) e molto più elevata tra le persone con 75 anni e più (14% vs 6%).

- Avere tre o più patologie croniche è più frequente tra le persone:
 - con livello di istruzione basso
 - che hanno molte difficoltà economiche
 - in buona salute ma a rischio di fragilità rispetto a quelle in buona salute e a basso rischio (8% vs 2%) e, ovviamente, tra quelle a rischio di disabilità e con disabilità.
- La quasi totalità (98%) delle persone con 3 o più patologie croniche fa uso di farmaci (vs l'85% delle persone che non hanno patologie croniche di rilievo considerate in PASSI d'Argento).

**Persone che riferiscono 3 o più
patologie croniche (%)**
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=53)



2.3.3 Il diabete in Asl 3 Genovese

Per effettuare un approfondimento sul tema delle patologie croniche in Liguria, si è deciso di dedicare un modulo aggiuntivo alla raccolta di informazioni sul diabete, che fosse in grado di fornire elementi essenziali per programmare, monitorare e valutare la gestione di tale patologia ed il contrasto delle sue complicanze. Tale modulo è stato analizzato anche per Asl 3 Genovese.

Il diabete mellito⁴ è una patologia a forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione e un costo socio-economico molto elevato⁵. Particolarmente frequenti e gravi sono le complicanze cardiovascolari.

Mentre il diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) colpisce prevalentemente le persone giovani, il tipo 2 (molto più diffuso) compare prevalentemente in età adulta ed è correlato sia a fattori socio-economici (reddito, livello di istruzione) sia a fattori comportamentali individuali, come sedentarietà ed eccesso di peso. Infatti, l'insorgenza della malattia può essere spesso prevenuta e il suo decorso meglio controllato con l'attività fisica e una dieta adeguata⁶.

Le linee guida per l'assistenza ai diabetici⁷ suggeriscono un monitoraggio attivo e un trattamento aggressivo dei fattori di rischio che frequentemente si trovano associati al diabete, come ipertensione e ipercolesterolemia. L'appropriatezza delle cure può essere migliorata con un approccio integrato alla gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici (disease management)⁸. Per favorire in tutte le Regioni la riorganizzazione dell'assistenza ai diabetici secondo questo modello, è stato avviato – per iniziativa del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm) – il progetto Igea, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Inoltre molte regioni si sono dotate di strumenti normativi corredati da procedure dettagliate per la gestione integrata delle malattie croniche ad impatto epidemiologicamente più rilevante (diabete, scompenso cardiocircolatorio e BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva), secondo i modelli del Chronic Care Model e dell'Expanded Chronic Care Model.

In particolare in Liguria sono state emanate: la DGR n°518 del 4 Maggio 2012⁹, la Determina di Ars Liguria n°57 del 12 Settembre 2012¹⁰ e la DGR n°1717 del 27 Dicembre 2013¹¹, che hanno posto le basi per la gestione integrata di queste patologie ed esplicitato nei dettagli le procedure organizzative.

⁴ Progetto Igea. Che cos'è il diabete (<http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete/diabete.asp>)

⁵ International Diabetes Federation. Health Economics (<http://www.idf.org/health-economics>)

⁶ International Diabetes Federation. Prevention (<http://www.idf.org/prevention>)

⁷ Progetto Igea. Linee guida e raccomandazioni (http://www.epicentro.iss.it/igea/documenti/linee_guida.asp)

⁸ Task Force on Community Preventive Services. Strategie per ridurre morbidità e mortalità da diabete attraverso interventi del sistema sanitario e l'educazione all'autogestione della malattia in contesti comunitari Epidemiologia & Prevenzione, supplemento (4), luglio-agosto 2002 (http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/TaskforceDiabete_EP.pdf)

⁹ http://www.arsliguria.it/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=705&Itemid=293

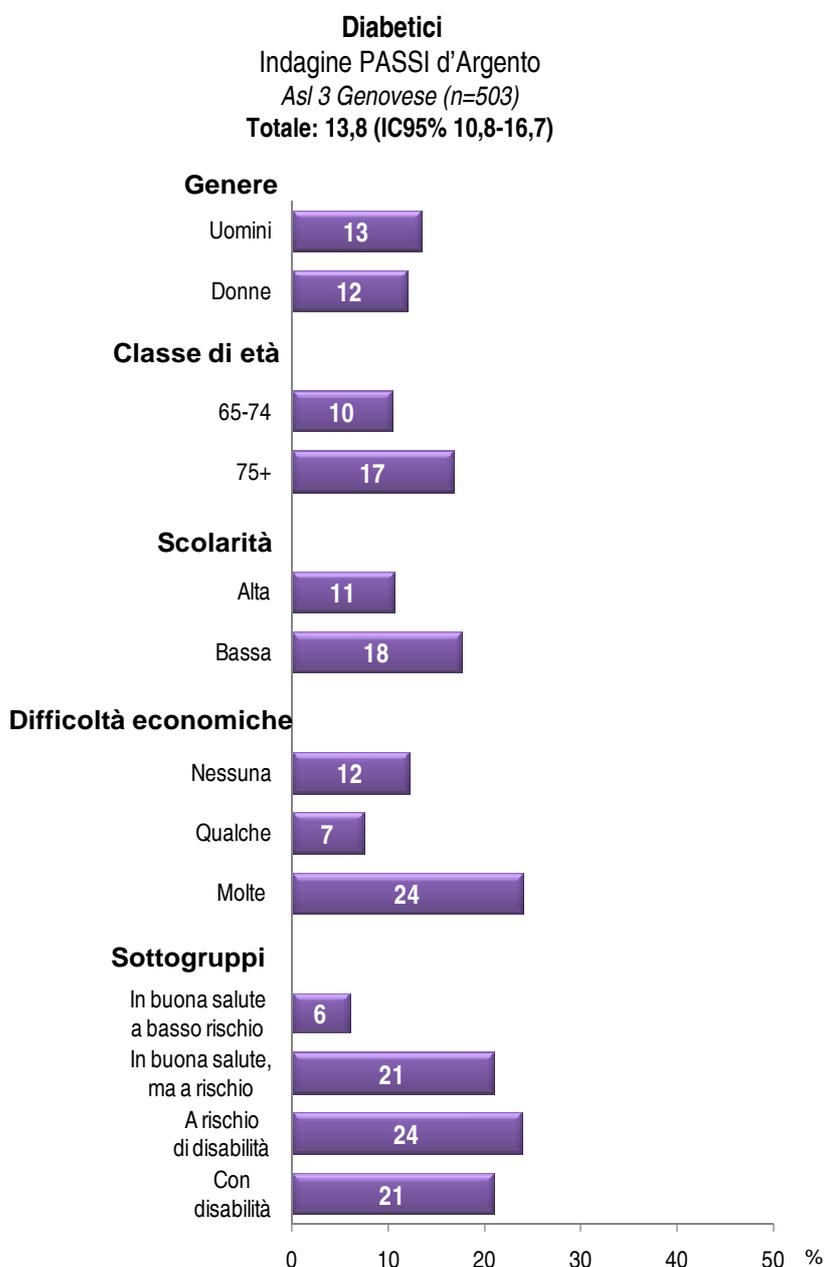
¹⁰ http://www.arsliguria.it/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=372&Itemid=240

¹¹ <http://iterg.regione.liguria.it/Documenti.asp?comando=Ricerca&AnnoProc=2013 &NumProc=8288&Emanante=>

2.3.3.1 Caratteristiche delle persone diabetiche

Il 13,8% degli ultra 64enni genovesi riferisce di aver ricevuto diagnosi di diabete, questa percentuale è uguale a quella ligure.

- Questa percentuale è maggiore tra gli uomini, le persone con più di 75 anni, le persone con molte difficoltà economiche e nei 3 sottogruppi “in buona salute ma a rischio di fragilità”, “a rischio di disabilità” e con disabilità”
- Il preoccupante aumento della frequenza di diabete nei soggetti meno istruiti e con maggiori difficoltà economiche conduce ad una riflessione sulla disuguaglianza sociale su cui poggia il diabete stesso; in questo senso la strategia di gestione integrata della malattia ha il duplice scopo di prevenire le complicanze e contrastare le disuguaglianze sociali.



2.3.3.2 Fattori di rischio per la salute

Le raccomandazioni per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con diabete mellito tipo 2, in un modello di gestione integrata della malattia, prevedono:

| NEGLI ADULTI CON: DIABETE MELLITO TIPO 2 E RACCOMANDATO | GRADING | PARAMETRI DI MONITORAGGIO | FREQUENZA DI RILEVAZIONE |
|---|-----------------------|--|--|
| | Forza | | |
| Il trattamento intensivo mirato ad ottimizzare i valori di HbA1c | Raccomandazione forte | Misurazione di HbA1c | Ogni 3-4 mesi (semestrale in presenza di un buon controllo) |
| | | Misurazione della microalbuminuria | Annuale |
| La riduzione della colesterolemia | Raccomandazione forte | Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • colesterolemia totale • colesterolo HDL • colesterolo LDL calcolato • trigliceridemia | Annuale |
| La riduzione della pressione arteriosa | Raccomandazione forte | Misurazione della pressione arteriosa | Ogni 3-4 mesi |
| La valutazione del piede e l'educazione del paziente | Raccomandazione forte | Esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio | Annuale |
| L'esame del fondo oculare | Raccomandazione forte | Esame del fondo oculare | Alla diagnosi e almeno ogni due anni (più frequentemente in presenza di retinopatia) |
| La modifica degli stili di vita, adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico | Raccomandazione forte | Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • circonferenza vita • peso | Semestrale |

Nelle persone con diabete è consigliato, inoltre, un moderato apporto di alcol e la disassuefazione dal fumo

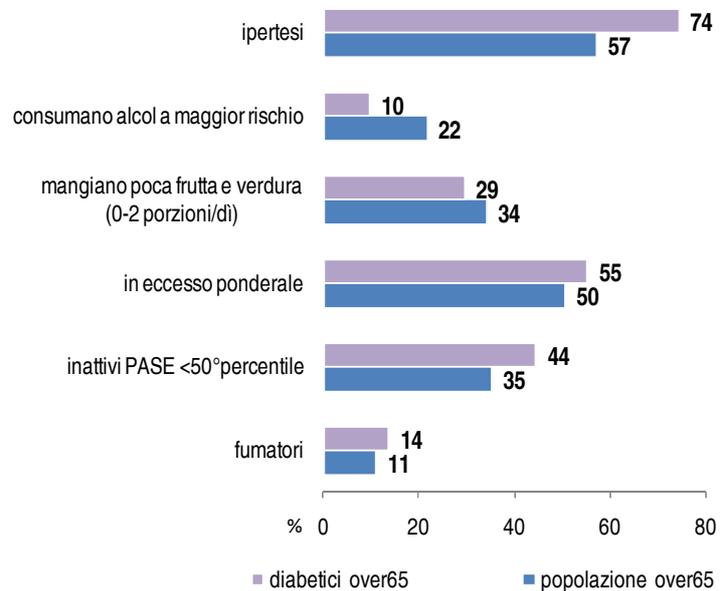
Tratto e modificato da: Progetto Igea "Gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto – Documento di indirizzo"

Nella popolazione diabetica ligure over 65 risulta che:

- il 74% è iperteso
- il 29% consuma poca frutta e verdura e solo il 16% aderisce alle raccomandazioni che prevedono, in una dieta sana ed equilibrata, l'assunzione di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
- il 55% è in eccesso ponderale (30% sovrappeso e 25% obeso)
- quasi la metà non è attiva fisicamente (44%).

Dati livemente "migliori", rispetto alla popolazione di pari età non diabetica, si riscontrano nel consumo di alcol a rischio (10%).

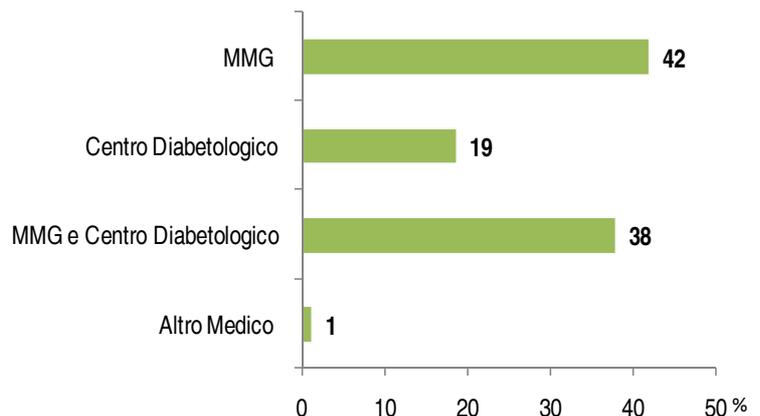
Confronto fra diabetici e popolazione generale
Frequenza dei principali fattori di rischio per la salute
 Indagine PASSI d'Argento
 Asl 3 Genovese (n=71)



2.3.3.3 L'assistenza alle persone diabetiche

- La maggior parte degli anziani diabetici liguri (42%) è seguita solo dal proprio medico di fiducia, presso il quale si reca mediamente 2 volte l'anno
- Il 38% è seguito sia dal centro diabetologico che dal proprio medico
- Il 19% è seguito soltanto dal centro diabetologico con una frequenza inferiore ad 1 volta l'anno
- L'1% sceglie di essere seguito da altri specialisti.

Da chi sono seguiti i diabetici ultra 64enni (%)
 Indagine PASSI d'Argento
 Asl 3 Genovese (n=71)



2.3.3.4 L'emoglobina glicosilata HbA1c

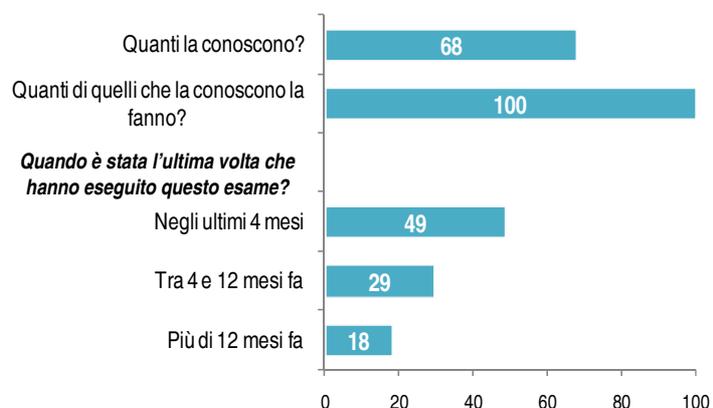
Tra le raccomandazioni per la riduzione dell'incidenza delle complicanze del diabete di tipo 2, ritroviamo l'ottimizzazione dei valori di HbA1c.

- Nella nostra popolazione diabetica ne è stata riscontrata una buona conoscenza (il 68% la conosce) e, tra chi la conosce, la quasi totalità (100%) l'ha misurata
- Inoltre, la metà (49%) dei diabetici ultra 64enni ha eseguito l'esame negli ultimi 4 mesi (come raccomandato), il 29% tra 4 e 12 mesi fa e solo il 18% riferisce di averlo eseguito più di 12 mesi prima dell'intervista.

Emoglobina glicosilata (%)

Indagine PASSI d'Argento

Asl 3 Genovese (n=71)



2.3.3.5 L'uso dei farmaci

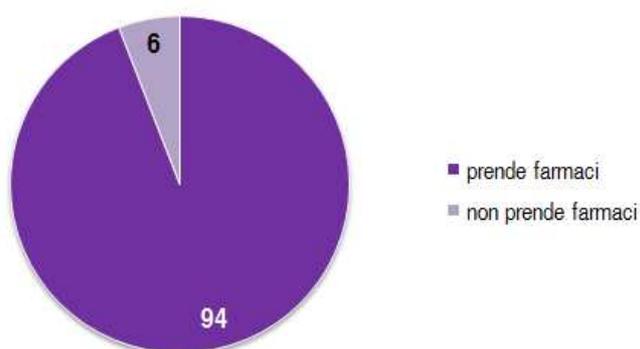
Il 94% dei diabetici liguri assume farmaci per tenere sotto controllo il diabete.

Il restante 6% riferisce di non assumerne. Questa quota comprende le persone che scelgono di non curarsi e la popolazione che riesce a mantenere sotto controllo tale patologia con un corretto stile di vita.

Uso dei farmaci tra i diabetici (%)

Indagine PASSI d'Argento

Asl 3 Genovese (n=71)



2.4 PROBLEMI DI VISTA, UDITO E MASTICAZIONE

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della 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 della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.



2.4.1 Problemi di vista

L'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione (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 2012-2013 condotta nella nostra Asl il 12% (IC 95% 9,2%-14,8%) 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?

Come detto sopra gli anziani liguri che riferiscono di avere problemi di vista, indipendentemente dall'uso degli occhiali, sono il 12%.

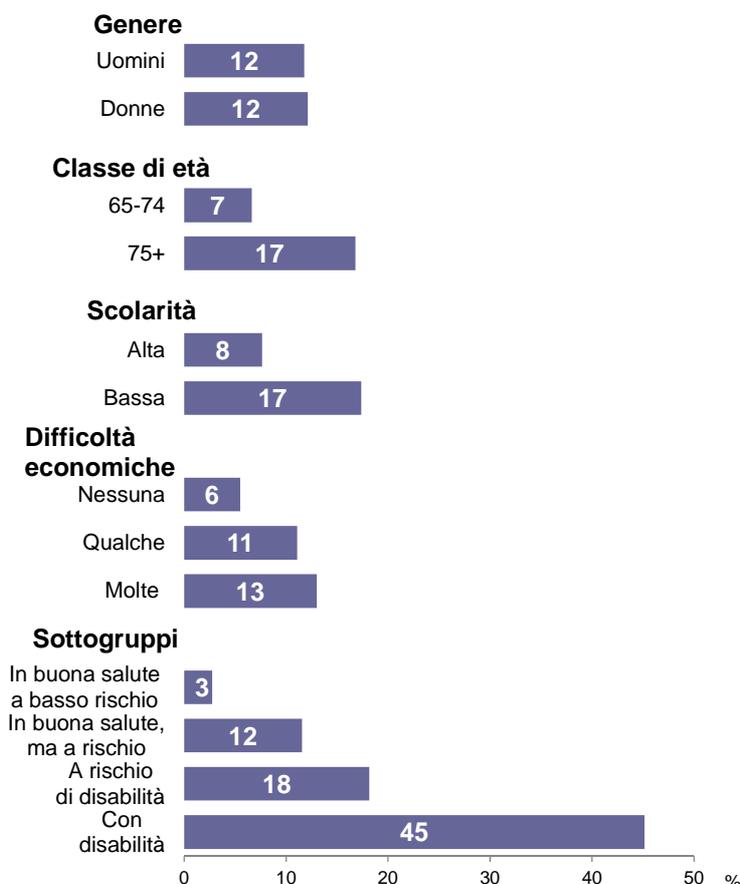
I problemi di vista sono più frequenti tra le persone:

- con più di 75 anni
- con livello di istruzione basso
- che riferiscono di avere delle difficoltà economiche
- a rischio di fragilità, a rischio di disabilità e con disabilità.

I problemi di vista sono più frequenti tra coloro che hanno riferito di essere caduti negli ultimi 30 giorni, rispetto a quelli che non sono caduti (rispettivamente il 27% vs il 11%).

Persone con problemi di vista* (%)
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=503)

Totale = 12,0% (IC 95% 9,2-14,8)



* Le persone con 65 anni e più che dichiarano di vedere male (con l'esclusione di coloro che vedono bene solo con gli occhiali).

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 sia affetta da presbiacusia e la percentuale sale al 50% per le persone con 75 anni e più.

La presbiacusia è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale gli individui non sono spesso 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 della 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.

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

L'11% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di udito, indipendentemente dall'utilizzo di protesi acustiche.

I problemi di udito sono più frequenti fra:

- le persone con 75 anni e oltre
- le persone con livello di istruzione basso
- le persone a rischio di fragilità, a rischio di disabilità e con disabilità.

I problemi di udito sono più frequenti tra le persone che si trovano in una condizione di isolamento sociale rispetto a chi invece è più integrato e partecipa alla vita sociale, 23% vs 9%.

Persone con problemi di udito* (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012-2013

Asl 3 Genovese (n=503)

Totale = 11,4% (IC95% 8,7-14,0)

Genere



Classe di età



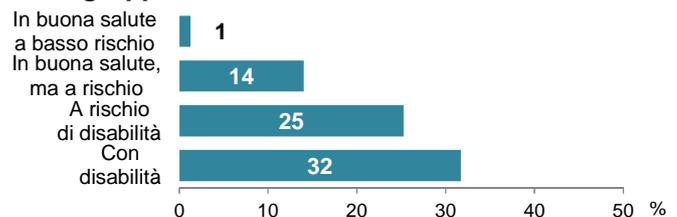
Scolarità



Difficoltà economiche



Sottogruppi



* Le persone con 65 anni e più che dichiarano di sentire male (con l'esclusione di coloro che sentono bene solo con apparecchi acustici).

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, 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 anche perdita di peso. Infine, la mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa può determinare anche forme di 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. Alcuni fattori di rischio comportamentali come l'abitudine al fumo e il consumo di alcol sono associati a gravi patologie come il cancro del cavo orale.

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

L'11% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di masticazione, indipendentemente dall'uso della dentiera.

I problemi di masticazione sono più frequenti fra:

- le donne
- le persone con più di 75 anni
- le persone con livello di istruzione basso
- le persone che hanno molte difficoltà economiche
- le persone a rischio di fragilità, a rischio di disabilità e con disabilità.

I problemi di masticazione sono più frequenti tra le persone che hanno dichiarato di aver perso peso negli ultimi 12 mesi (il 16% vs il 9% tra coloro che non hanno perso peso).

Persone con problemi di masticazione* (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012-2013

Asl 3 Genovese (n=503)

Totale = 10% (IC95% 8,7-12,2)

Genere



Classe di età



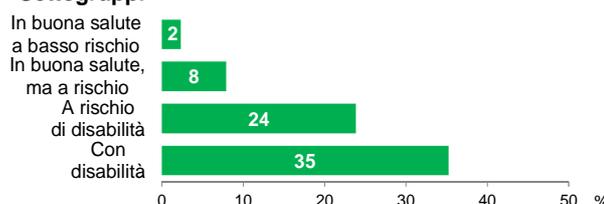
Scolarità



Difficoltà economiche



Sottogruppi



*Le persone con 65 anni e più che dichiarano di sentire male (con l'esclusione di coloro che masticano bene solo se usano la dentiera).

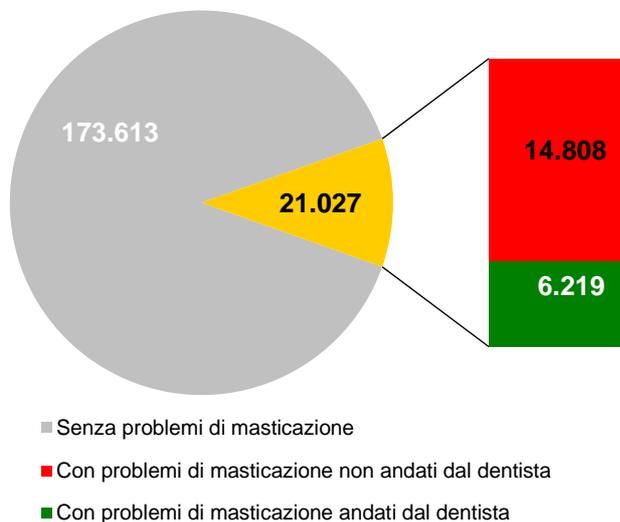
2.4.3.2 Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione ligure si rileva che:

- Il totale delle persone con 65 anni e più con problemi di masticazione è di **21.027** persone (10% degli intervistati)
- Tra le 21.027 persone con problemi di masticazione **14.808** (70%) non si sono recate dal dentista nell'ultimo anno.

Personne con problemi di masticazione andati e non andati dal dentista (Proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n =57)

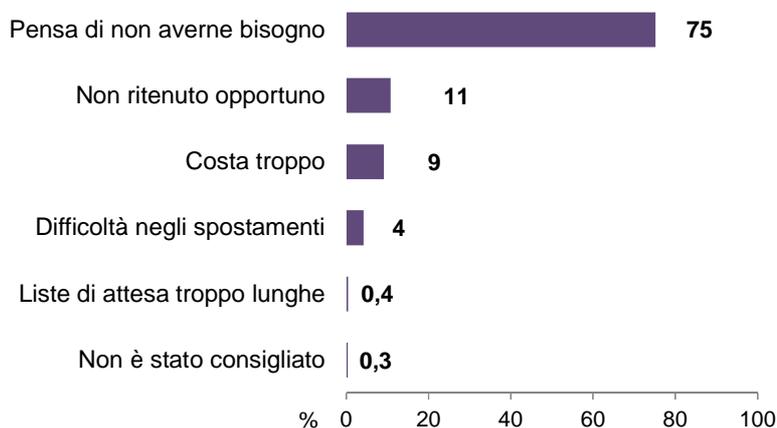


2.4.3.3 Perché le persone non si recano dal dentista?

- Sostanzialmente i nostri anziani non si recano dal dentista perché pensano di non averne bisogno (75% di chi non è andato dal dentista), sottovalutando l'essenziale ruolo, per la sua salute, della verifica del cavo orale per continuare a mantenere nel tempo una buona masticazione
- Il 13% rileva difficoltà oggettive: costa troppo (9%) o è difficilmente accessibile (4%).

Motivo del non recarsi dal dentista

Indagine PASSI d'Argento 2012-2013
Asl 3 Genovese (n =57)



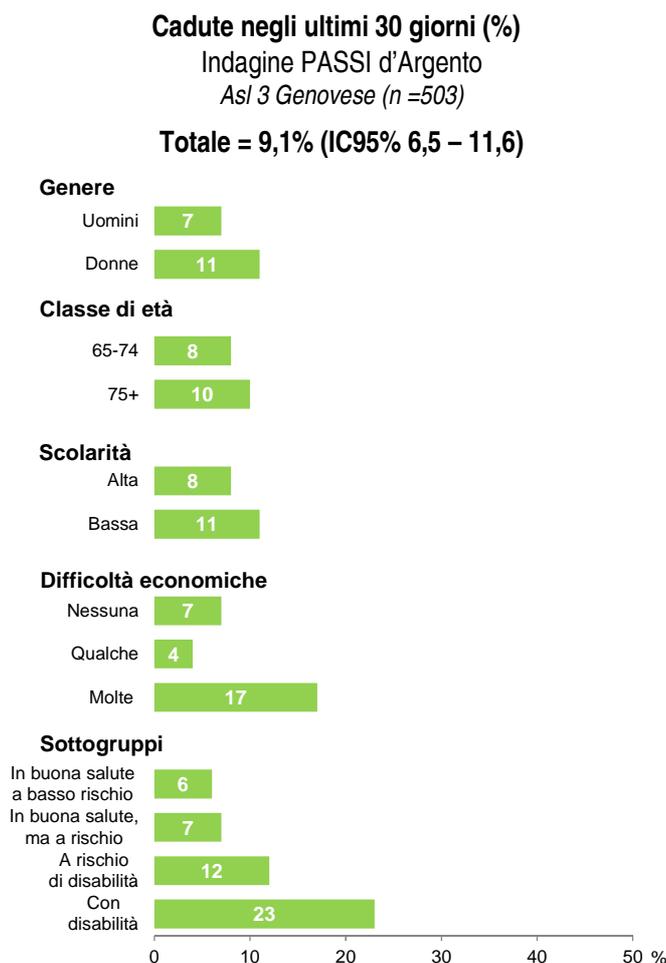
2.5 CADUTE

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?



Il 9% degli anziani genovesi è caduto negli ultimi 30 giorni.

La prevalenza delle cadute è maggiore tra: le donne, i grandi anziani, i meno istruiti e coloro che riferiscono molte difficoltà economiche.

Analizzando nel dettaglio i dati raccolti con Passi d'Argento si osserva inoltre che:

- **E' caduto negli ultimi 30 giorni il 23% delle persone con disabilità**
- E' caduto il 20% delle persone con problemi di vista (vs il 7,5% tra le persone che non riferiscono problemi di vista)
- La maggior parte delle cadute sono avvenute in casa (58%), mentre in strada si è verificato il 15% delle cadute
- Tra le persone cadute, circa il 6% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta
- Ha paura di cadere il 29% delle persone fra 65 e 74 anni (vs il 53% delle persone con 75 anni e più).

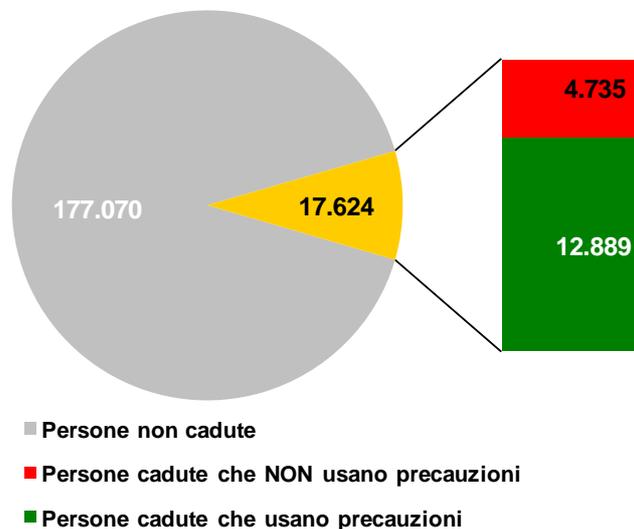
2.5.2 Quante persone con 65 anni e più sono cadute e nella loro abitazione non usano precauzioni anticaduta?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione ligure si rileva che:

- Le persone con 65 anni e più che sono cadute negli ultimi 30 giorni sono 17.624 (9% degli intervistati)
- Tra le 17.624 persone cadute il 27% (n=4.735) non usa misure anticaduta in bagno, come tappetini antiscivolo, maniglioni e seggiolini
- Negli ultimi 12 mesi, solo l'11% ha ricevuto consigli da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere.

Utilizzo delle misure anti-caduta in bagno nel gruppo di persone cadute negli ultimi 30 giorni (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n =46)

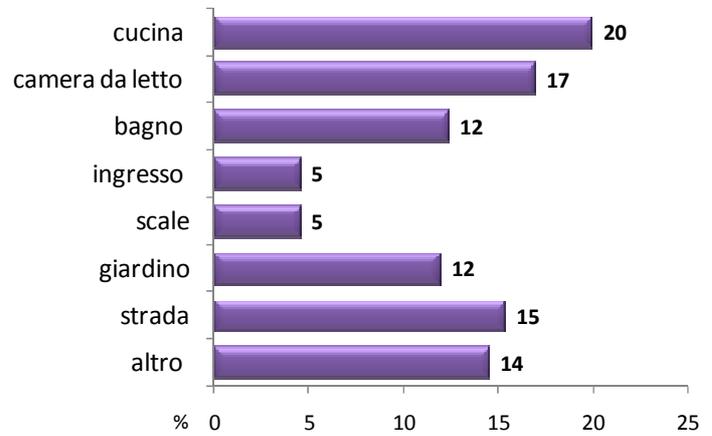


2.5.3 Dove è avvenuta la caduta?

Tra chi è caduto in casa (59%):

- cucina 20%
- camera da letto 17%
- bagno 12%
- ingresso 5%
- scale 5%

Luogo della caduta (%)
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=46)



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?

Il 21% presenta sintomi di depressione.

Questi sintomi sono più diffusi tra:

- le donne
- le persone con 75 anni e più
- le persone con livello di istruzione basso
- le persone che hanno molte difficoltà economiche
- le persone con disabilità

Il 45% delle persone con 3 o più patologie croniche presenta sintomi di depressione (vs il 13% delle persone che non riferiscono patologie croniche).

Sintomi di depressione* (%)

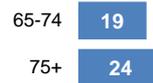
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=397)

Totale = 21,3% (IC95% 17,3-25,2)

Genere



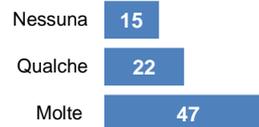
Classe di età



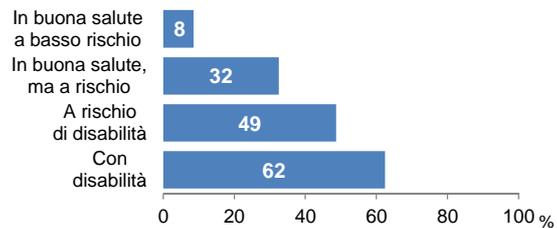
Scolarità



Difficoltà economiche



Sottogruppi



* 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.

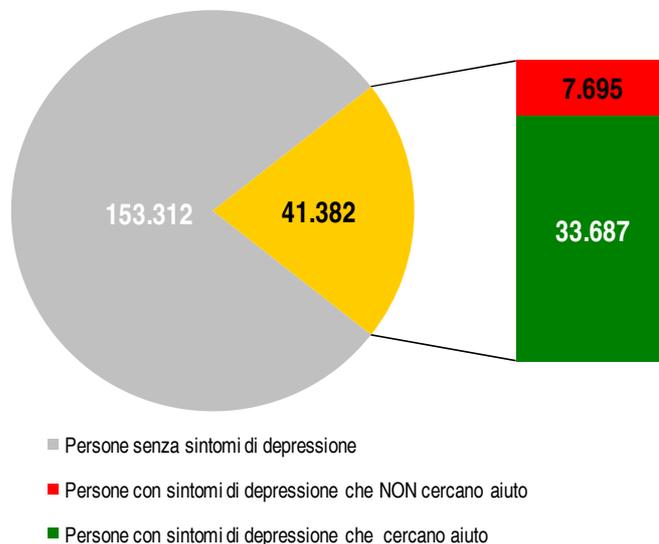
2.6.2 Quante sono le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione e non fanno ricorso ad alcuno?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione genovese si rileva che:

- Le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione sono **41.382** (21% degli intervistati)
- Tra le 41.382 persone con sintomi di depressione 7.695 (19%) non hanno fatto ricorso ad alcuno per ricevere un aiuto.

Richiesta d'aiuto in caso di depressione (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=397)



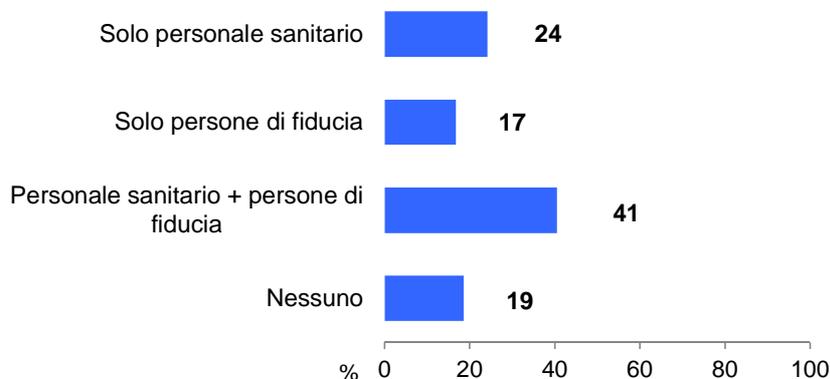
2.6.3 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

Quando gli anziani con sintomi di depressione si rivolgono a qualcuno (81% dei casi) lo fanno più frequentemente parlandone sia con sanitari che con persone di fiducia (41%) oppure con le singole categorie (rispettivamente 24 e 17%)

Però, il 19% di questi over 65 non si rivolge a nessuno, forse considerando il proprio stato psicologico come inevitabile conseguenza dell'età, ma sottovalutando l'impatto che questi sintomi possono avere sul benessere globale.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione (%)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=82)



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 18,6% è a rischio di isolamento sociale.

Tale situazione si riscontra più frequentemente:

- nel sesso femminile
- tra gli ultra 75enni
- tra i meno istruiti
- col progredire delle difficoltà economiche
- col progredire della fragilità e disabilità.

Rischio di isolamento sociale* (%)

Indagine PASSI d'Argento

Asl 3 Genovese (n=503)

Totale = 18,6% (IC95% 15,2-22,0)

Genere



Classe di età



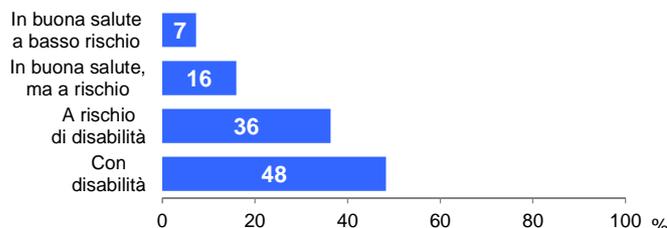
Scolarità



Difficoltà economiche



Sottogruppi



* 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 SICUREZZA NELL'USO DEI FARMACI

Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una 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. Essa, inoltre, può determinare una ridotta efficacia dei farmaci a causa della minore *compliance*.

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.

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

Il 91% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni.

- Naturalmente questa percentuale cresce con il progredire dell'età e del livello di fragilità/disabilità, ma non ha differenze importanti per sesso o difficoltà economiche
- E' però maggiore tra le persone con scolarità bassa

Uso dei farmaci negli ultimi 7 giorni (%)

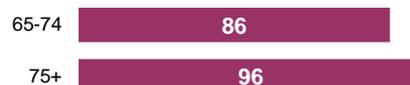
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=503)

Totale = 91,2% (IC95% 88,6-93,7)

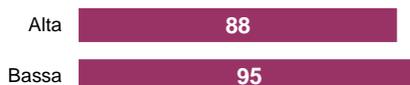
Genere



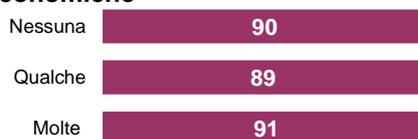
Classe di età



Scolarità



Difficoltà economiche



Sottogruppi

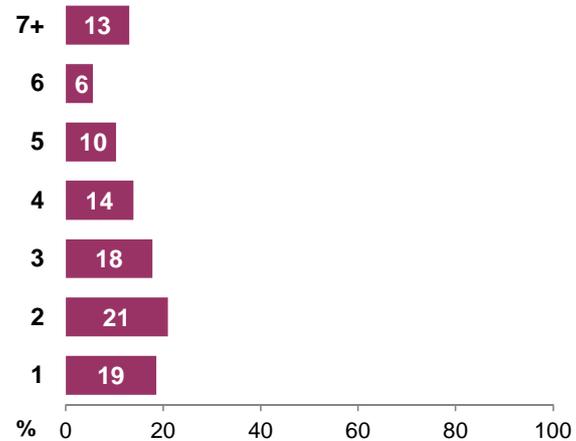


2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

Fra coloro che assumono farmaci, il 57% ha dichiarato di assumere da 1 a 3 tipi di farmaci, mentre il 43% assume 4 farmaci o più

Il 13% ha riferito di avere bisogno di aiuto per assumere i suoi farmaci

Numero di farmaci diversi assunti per giorno (%)
Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=503)

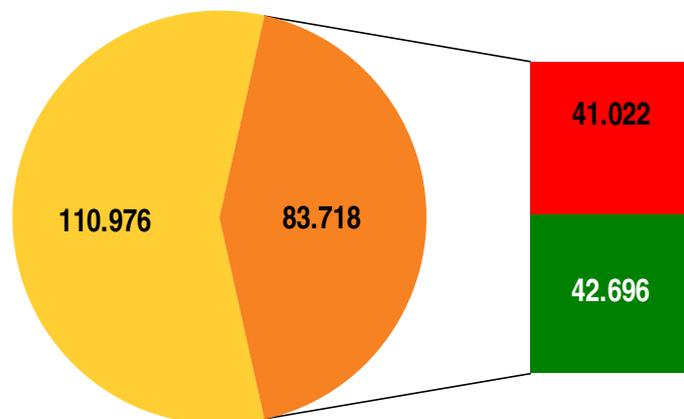


2.8.3 Quanti hanno rivisto la terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30 giorni?

- La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni per il 49% degli intervistati.
- Il 17% ha riferito che questo controllo è avvenuto da 1 a tre mesi prima, l'8% da 3 a 6 mesi prima, il 14% più di 6 mesi prima.
- Infine il 12% riferisce di non controllare la terapia farmacologica con il proprio medico

Verifica dell'uso dei farmaci con i MMG per consumi ≥ 4 farmaci al giorno (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Asl 3 Genovese (n=456)



Tra coloro che assumono da 4 farmaci in su (83.178 persone):

- il 51% (pari a 42.696 persone) ha effettuato il controllo dei farmaci con il MMG negli ultimi 30 giorni
- la percentuale di coloro che controllano i farmaci con il MMG è maggiore tra gli uomini rispetto alle donne (58% vs 42%)

2.9 AIUTO NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

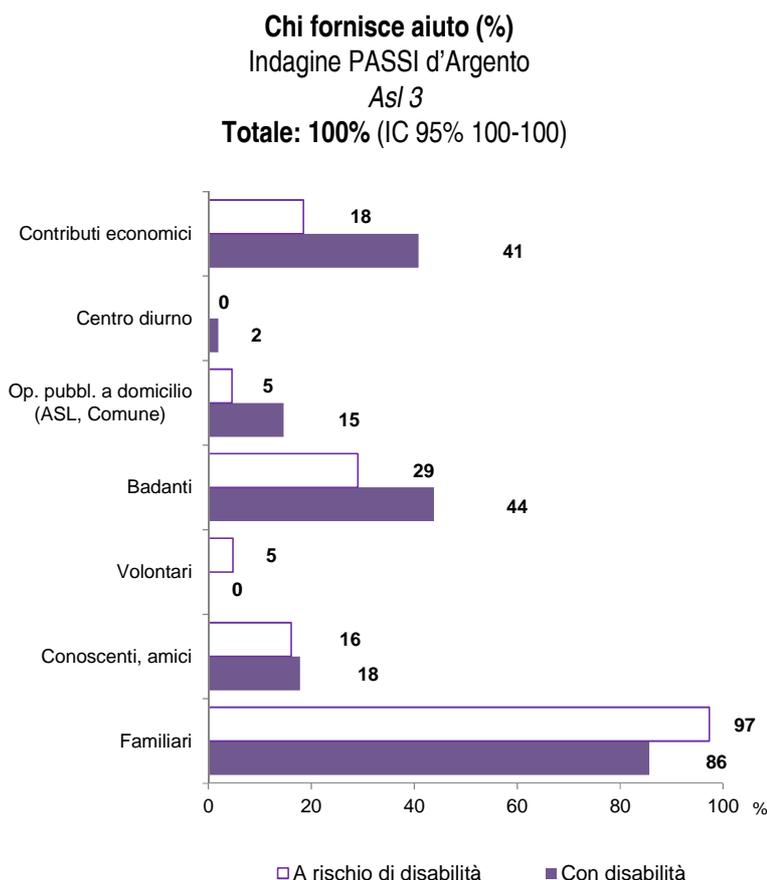
2.9.1 Quante persone ricevono aiuto tra quelle che hanno limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Da chi lo ricevono?

Per questa sezione sono state prese in considerazione le risposte fornite alla domanda “Da chi riceve aiuto per le attività che non è in grado di fare da solo/a?” fatta alle persone a rischio di disabilità e con disabilità (valutando così l’aiuto ricevuto per la mancata autonomia nelle IADL e nelle ADL¹²).

Riceve aiuto la totalità di coloro presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Tra coloro che ne hanno bisogno, 9 persone su 10 ricevono aiuto dai familiari

- Le badanti (ovvero persone individuate e pagate in proprio) assistono quasi la metà (44%) delle persone con 65 anni e più con disabilità, ma anche il 29% di quelli a rischio di disabilità
- I conoscenti supportano il 16% delle persone “a rischio” e il 18% “con” disabilità
- Tra le persone con disabilità il 15% dichiara di ricevere aiuto da operatori del servizi pubblico (es ASL o Comune) e nessuno dichiara di essere assistito presso un centro diurno
- Contributi economici vengono riferiti da oltre un terzo (41%) delle persone con disabilità e dal 18% di quelle a rischio di disabilità.



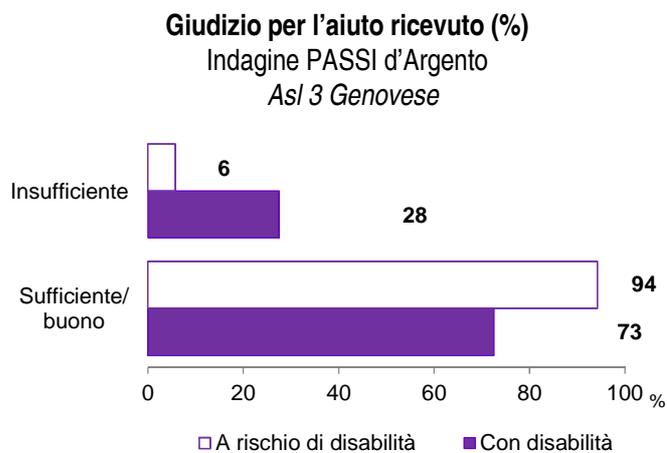
¹² vedi paragrafo 1.2.3 per la descrizione di tali attività

2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

Il giudizio sull'aiuto ricevuto è stato espresso da circa un quarto (24%) delle persone con disabilità e da oltre la metà (60%) di quelle a rischio di disabilità.

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

- 73% tra coloro con disabilità
- 94% tra coloro a rischio di disabilità.



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.

Si stima che nei paesi industrializzati 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, etc.).

2.10.1 Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale? E quali sono le loro caratteristiche?

Gli anziani vaccinati durante la campagna precedente l'intervista risultano essere il 56%.

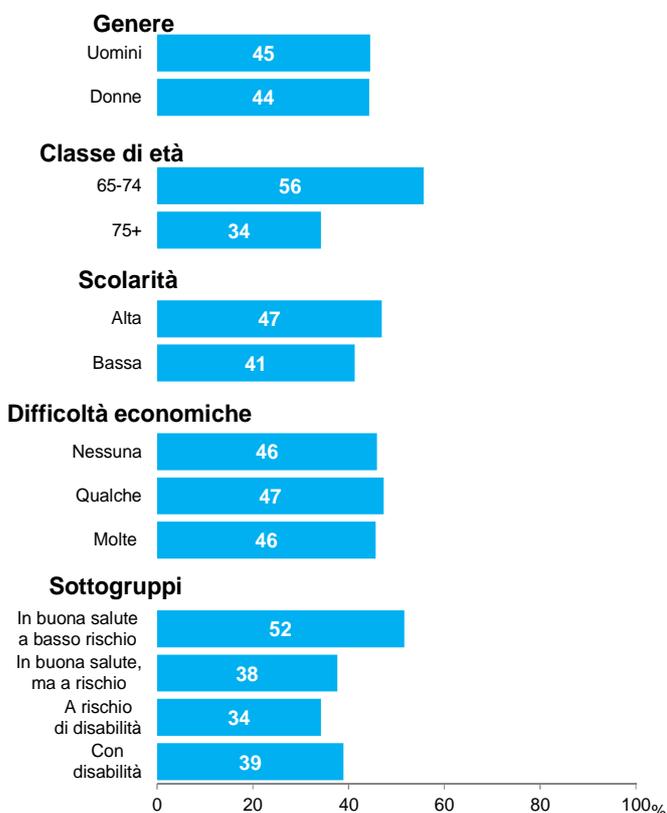
- La percentuale dei non vaccinati è maggiore tra i 65-74enni e tra le persone più istruite
- E' inoltre molto maggiore nei sottogruppi in buona salute rispetto agli altri

Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione il 24% ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio MMG.

Personne che NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (%)

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

Totale = 44% (IC95% 40,1 – 48,7)



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

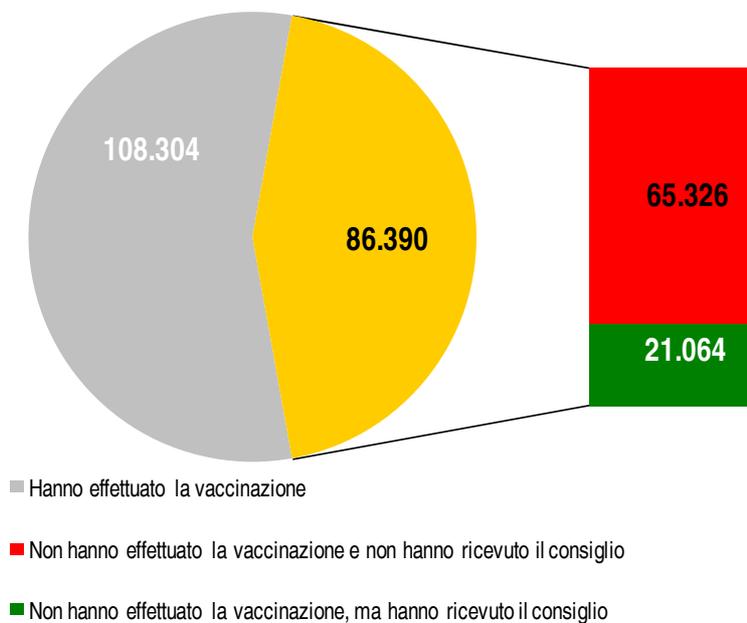
Durante la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2011-12, in Asl 3 si sono vaccinati il **56%** degli ultra 64enni (stimando in numeri assoluti 108.304 persone). Si è vaccinato però nella misura del **76%** chi ha ricevuto il consiglio dal proprio medico o da un sanitario di fiducia.

Tra coloro che, invece, non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (**86.390** persone):

- solo il 24% (pari a 21.064 persone) ha ricevuto il consiglio di effettuarla
- l'86% non ha ricevuto alcun consiglio

Vaccinazione antinfluenzale, con e senza consiglio (proiezione in numeri assoluti)

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



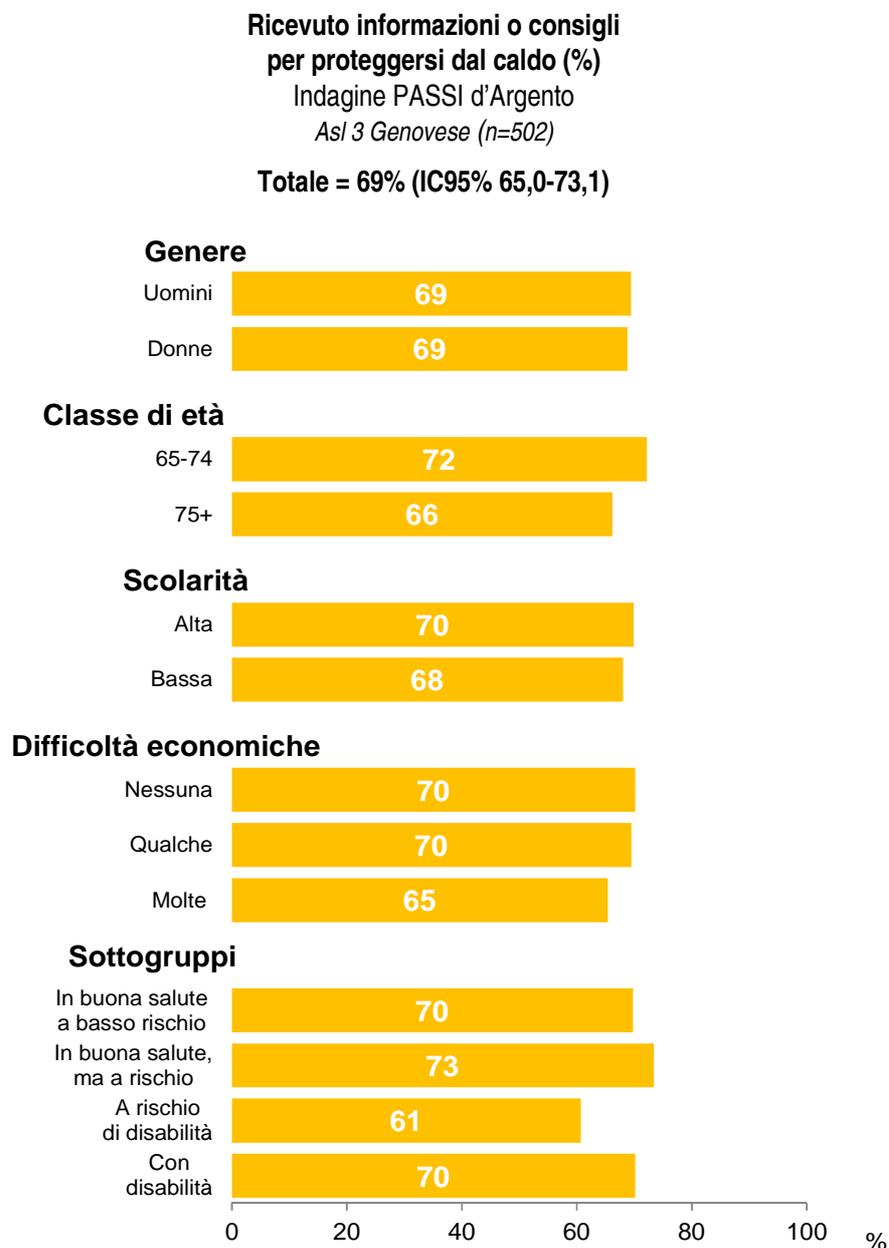
2.11 PROTEZIONE DALLE ONDATE DI CALORE

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.

2.11.1 Quante persone con 65 anni e più hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? E quali sono le loro caratteristiche?

Il 69% dei nostri intervistati ricorda di aver ricevuto consigli per proteggersi dal caldo, senza importanti variazioni tra genere, età, scolarità e difficoltà economiche.

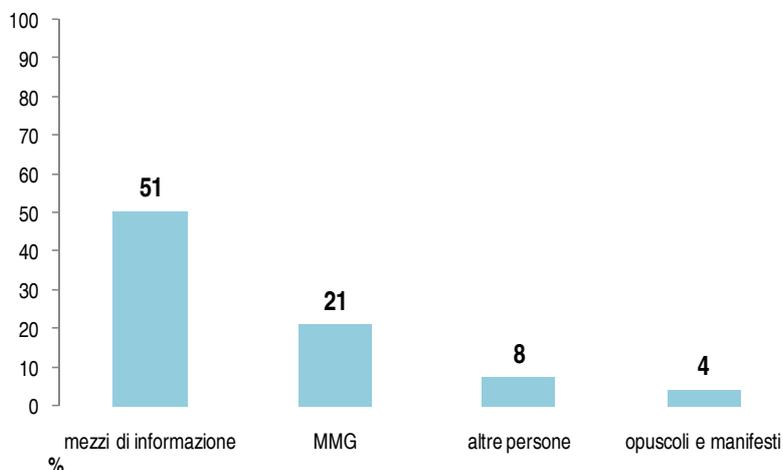


2.11.2 Da chi sono state ricevute informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?

Da chi sono state ricevute informazioni o consigli per proteggersi dal caldo (%)

Asl 3 Genovese (n=502)

Analizzando le risposte alla domanda: “Durante l'ultima estate, ha ricevuto informazioni o le hanno consigliato di proteggersi dalle ondate di calore durante i giorni in cui fa troppo caldo?”, che poteva contenere anche più risposte contemporaneamente, la frequenza di fonti di informazione è risultata quella descritta nel grafico a fianco.



<http://www.salute.gov.it/>

Home > Temi e professioni > Ambiente e salute > Ondate di calore > Linee guida e raccomandazioni

Note Metodologiche

Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati 21 operatori (intervistatori e gruppo di coordinamento aziendale).

Per la nostra Asl sono state intervistate 503 persone con 65 anni e più, individuate con campionamento casuale semplice, stratificato per sesso e fasce d'età quinquennali, con rappresentativà a livello di ASL 3 Genovese.

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

Il tasso di eleggibilità¹³ è risultato pari al 90%; 83 persone sono state escluse dal campione iniziale in quanto "non eleggibili", ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine per i seguenti motivi:

| Motivi di non eleggibilità | Numero | % Sui non eleggibili |
|---|-----------|----------------------------|
| Residente o domiciliato stabilmente altrove | 13 | 15.7 |
| Ricoverato in ospedale | 1 | 1.2 |
| Ospite in RSA/residenza protetta | 26 | 31.3 |
| Carcere | 0 | 0 |
| Deceduto | 24 | 28.9 |
| Non conoscenza della lingua italiana | 0 | 0 |
| Senza telefono/telefono non rintracciabile | 19 | 22.9 |
| Totale | 83 | 100 |

Il tasso di risposta¹⁴ è stato pari all'84,4%. Il tasso di sostituzione¹⁵ è risultato pari al 15,6% del campione, ed era composto dal 12,4% per rifiuto all'intervista e dal 3,2% per irrimediabilità.

Le interviste sono state effettuate mediante CATI nel 8,2% e mediante questionario cartaceo nel 91,8% dei casi.

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

¹³ Tasso di eleggibilità = n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy / n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy + residente altrove + ricoverato ospedale + ospite residenza protetta + non conoscenza italiano + carcere + deceduto + età <65 * 100

¹⁴ Tasso di risposta = n° interviste / n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy + anziano non reperibile + proxy non reperibile * 100

¹⁵ Tasso di sostituzione = n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy / n° interviste + rifiuto anziano + rifiuto proxy + anziano non reperibile + proxy non reperibile * 100

In Asl 3, l'intervento del proxy si è verificato nel 19,1% dei casi (n=96); nel 18,9% (n=95) fin dall'inizio dell'intervista e nello 0,2% (n=1) dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto.

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 15 operatori specificamente formati. La modalità di intervista è stata scelta sulla base delle necessità o eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato.

Le interviste telefoniche sono state il 98,3% (n=495) mentre l'1,7% (8 casi) è stato realizzato con modalità faccia a faccia.

La durata dell'intervista è stata in media di 29 minuti se telefonica, 33 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l'operatore ha svolto in media 10 km per raggiungere l'anziano.

Bibliografia

FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

- Klavestrand J, Vingard E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2009;19(3):300-312.
- Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401-15.
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(7):643-51.
- Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K. Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. *Geriatrics and Gerontology International* 2008;8(3):143-51.
- Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now!. *European Journal of Public Health* 2010; 20(6):617-618.
- Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- World Health Organization. *Report on the global Tobacco epidemic, 2013*. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/ ; ultima consultazione 24/09/13.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016*. Baku, Azerbaijan: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf ; ultima consultazione 24/09/13.
- Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *British Journal of Ophthalmology* 2002;86:716–722.
- Bernabei V, Morinia V, Moretti F et al. Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging Mental Health*. 2011;15(4):467-74.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008 56(4):711–7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284537>; ultima consultazione 24/09/13.
- Programma Nazionale Linee Guida. *Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2009; VII(1):118-136.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41:1284-1292.
- Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.
- Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509–518.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf; ultima consultazione 24/09/13.

Sitografia

SITI NAZIONALI

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

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SITI INTERNAZIONALI

World Health Organization. WHO.

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

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

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

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

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

European Commission: European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing

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

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

Global Age Watch Index

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

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

SITI DI APPROFONDIMENTO

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

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

Salute e Invecchiamento Attivo in Asl 3 Genovese

Risultati della sorveglianza della popolazione

con 65 anni e più "PASSI d'Argento": **Condizioni di salute e cure**

Indagine 2012-2013

