



PASSI e PASSI d'Argento *strumenti ad alta risoluzione per l'azione in Sanità Pubblica*

Il Sessione

La salute diritto universale: sfide in una società in trasformazione

La complessità dell'invecchiamento della popolazione attraverso i dati di PASSI d'Argento

Benedetta Contoli

Centro Nazionale per la Prevenzione e la Promozione della salute

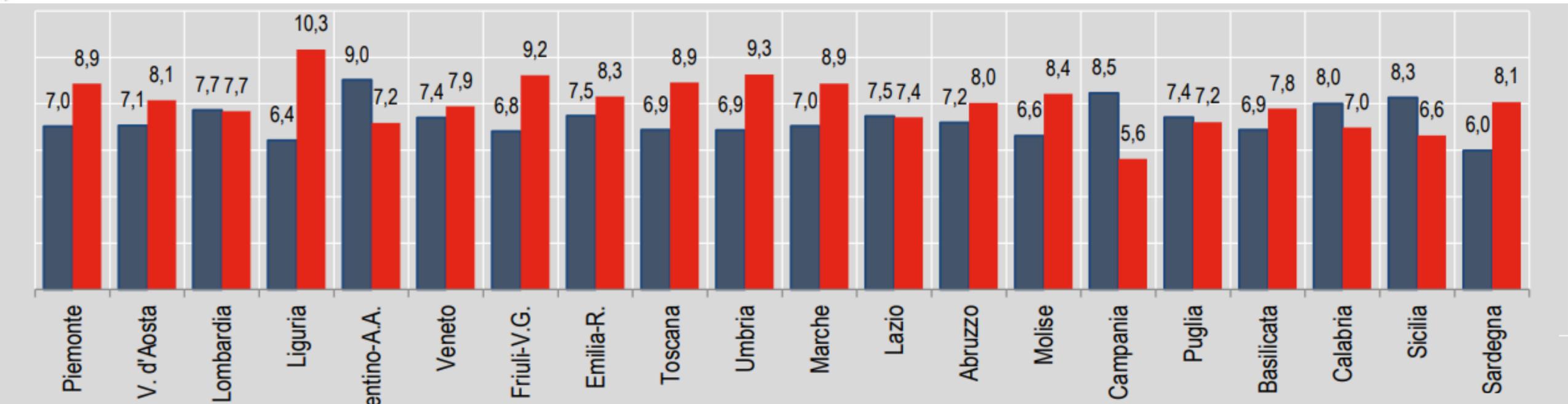
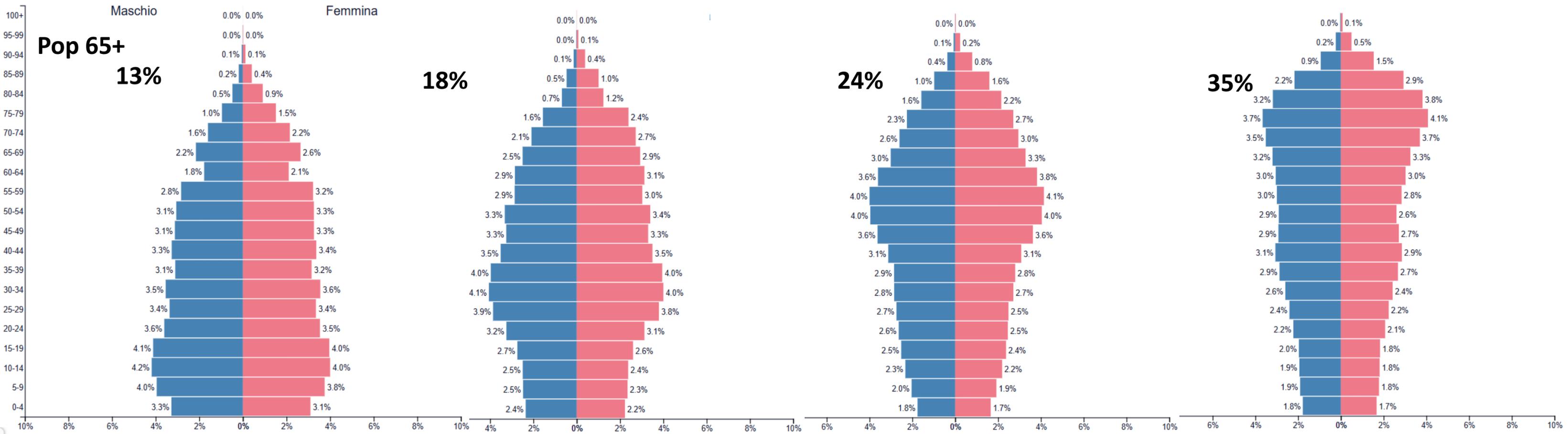
Istituto Superiore di Sanità

1980 Popolazione: 56,412,084

2000 Popolazione: 57,272,196

2024 Popolazione: 59,342,867

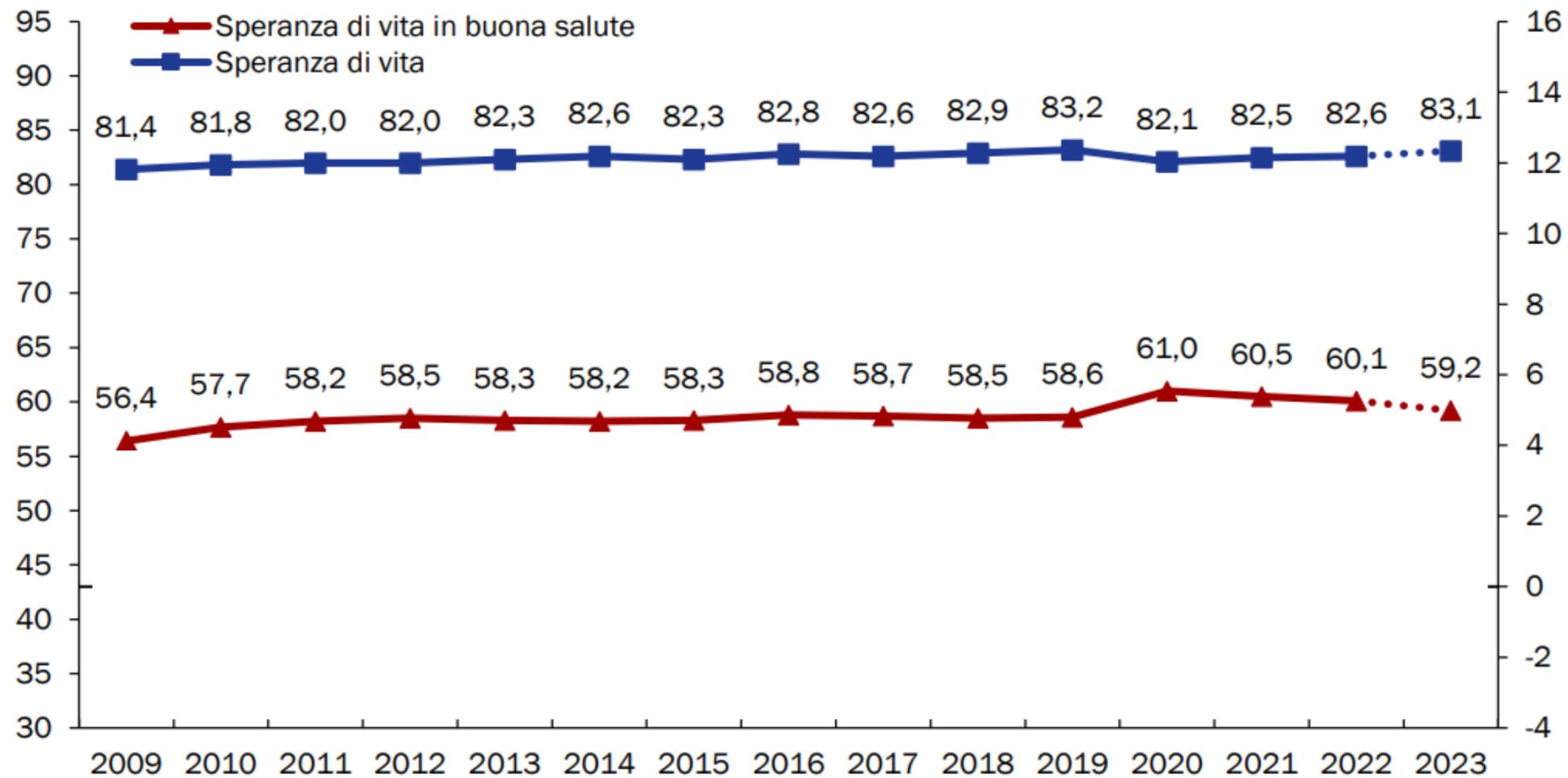
2050 Popolazione: 51,891,098



Popolazione residente di 0-9 anni e di 80 anni e più per regione
Al 1° gennaio 2024, stima valori percentuali

■ 0-9 ■ 80 e più

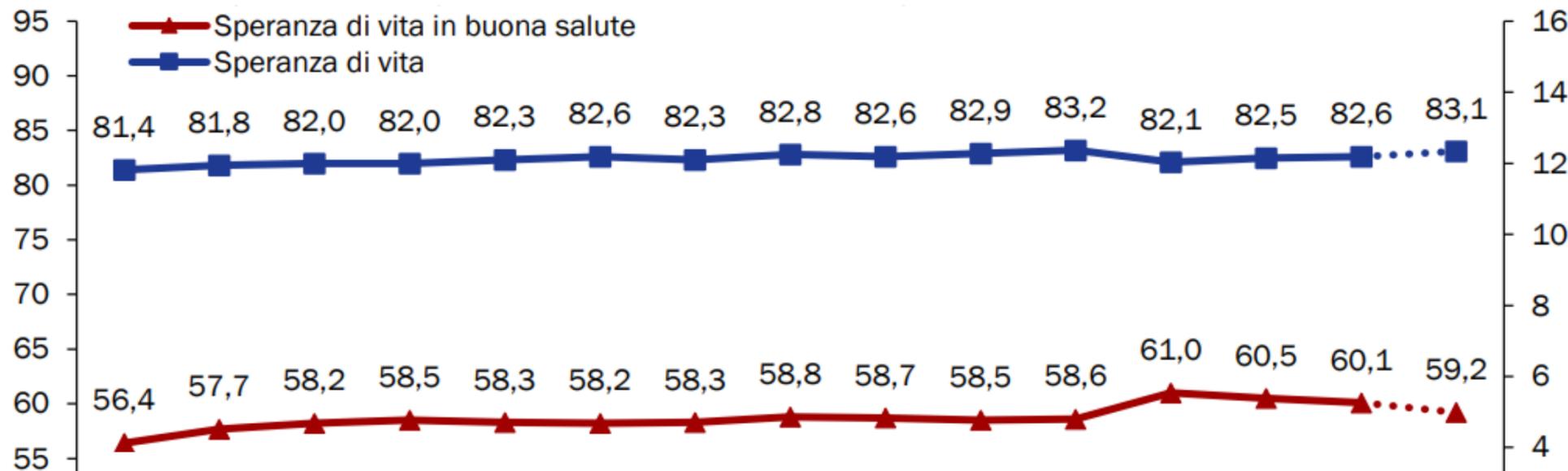
Fonte: Istat, Stime anticipatorie degli indicatori demografici e sociali.



Fonte: 2009-2023 Istat, *Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana*; 2023: Istat, dato provvisorio.

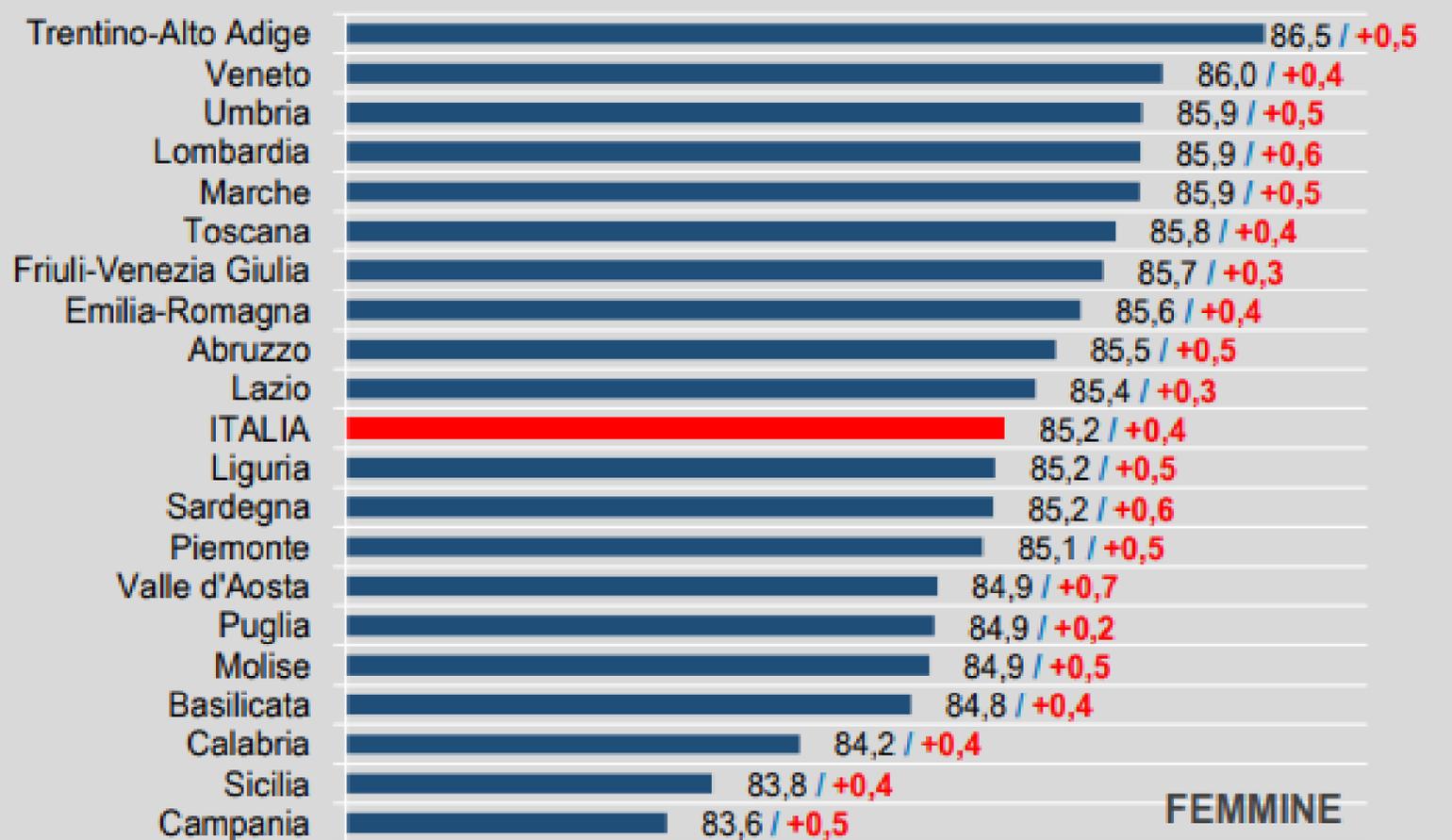
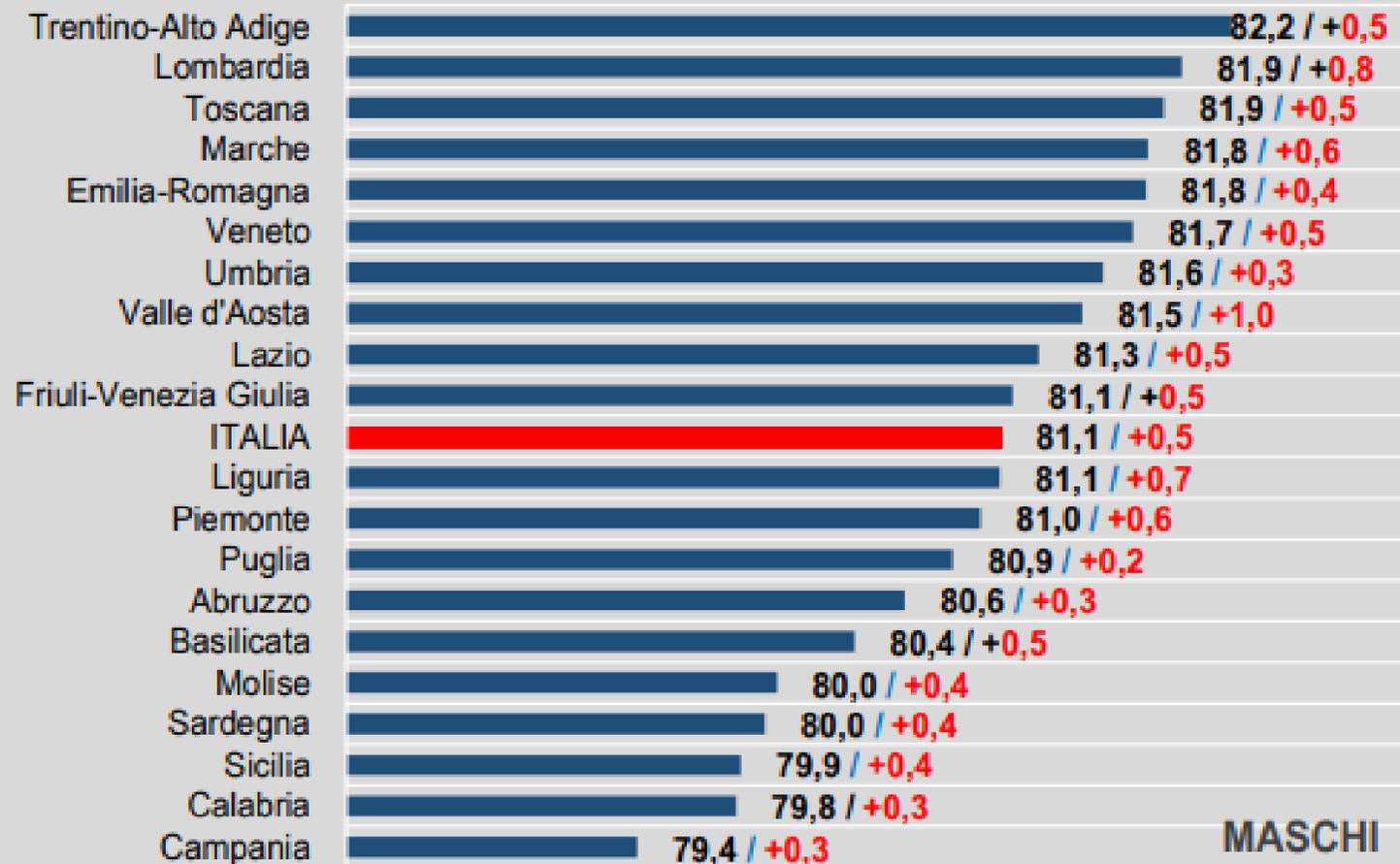
Disparità di salute

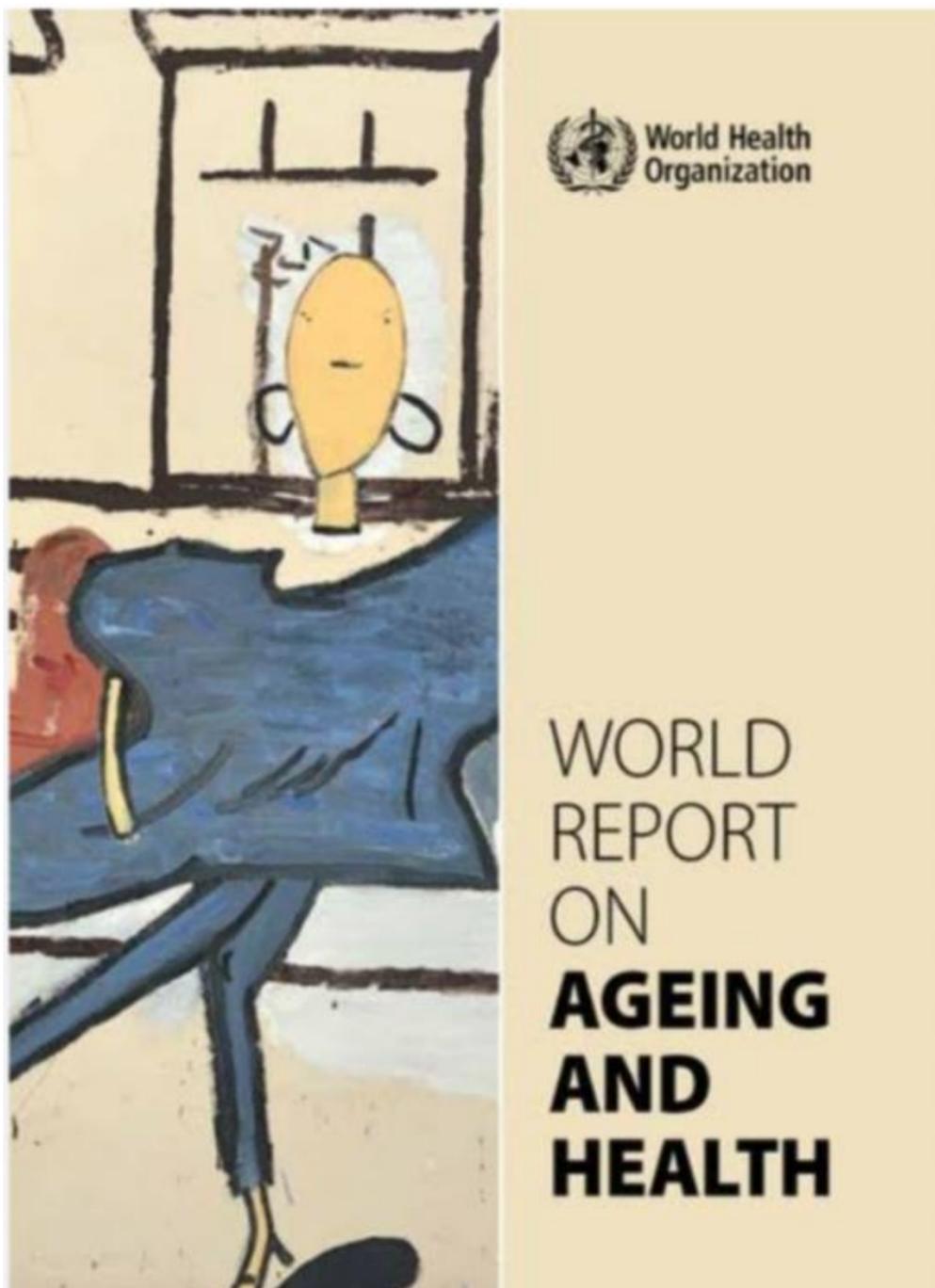
Differenze significative tra regioni
e tra uomini e donne all'interno
di alcuni territori



Disparità di salute
 Differenze significative tra regioni
 e tra uomini e donne all'interno
 di alcuni territori

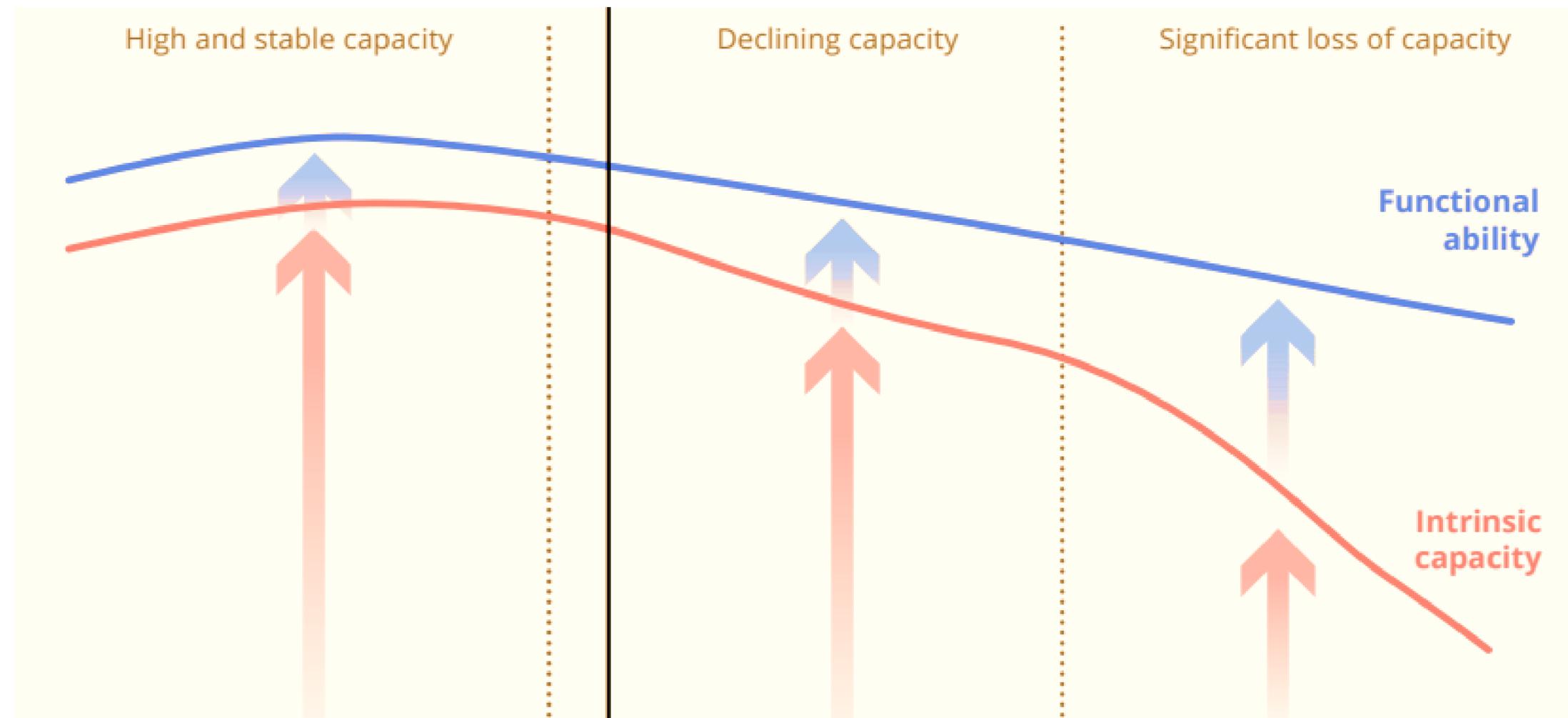
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO E REGIONE
 Anno 2023 e variazioni sul 2022 (rosso), in anni e decimi di anno, stima.





Intrinsic capacity: combinazione delle capacità fisiche e mentali, incluse quelle psicologiche, di un individuo.

Functional ability: combinazione e interazione delle capacità intrinseche con l'ambiente in cui una persona vive.



L'AMBIENTE DI VITA DAI DATI PDA 2022-2023

Difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari

32% ha almeno un problema nell'accesso ai servizi →

52%

➤ *30% sanitari: Asl, medico di famiglia*

➤ *28% sociali: supermercati, alimentari, farmacia*

Sicurezza nel quartiere

8% percepisce il proprio quartiere poco sicuro →

17%

Problemi strutturali nell'abitazione

6% ha almeno un problema strutturale: →

17%

- erogazione dell'acqua
- riscaldamento
- servizi igienici
- infissi..

**Tra chi ha molte
difficoltà
economiche**

Article
Data from the PASSI d'Argento Surveillance System on Difficulties Met by Older Adults in Accessing Health Services in Italy as Major Risk Factor to Health Outcomes

Benedetta Contoli ^{1,*}, Valentina Possenti ^{1,*}, Rosaria Gallo ^{2,3}, Valentina Minardi ¹ and Maria Masocco ¹

¹ National Centre for Disease Prevention and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanità, 00161 Rome, Italy
² Primary Healthcare Unit, Health District 9, Local Health Unit Roma 2, 00159 Rome, Italy
³ PhD Course Advances in Infectious Diseases, Microbiology, Legal Medicine and Public Health Sciences, Sapienza University of Rome, 00185 Rome, Italy
* Correspondence: valentina.possenti@iss.it

Abstract: (1) Age-friendly health systems ensure access to quality healthcare services to all people, especially older adults. (2) We used data on elderly population collected from 2016 to 2019 by the Italian ongoing surveillance system PASSI d'Argento to analyze the prevalence and associations between accessing health services and modifiable risk factors included in the 25 × 25 strategy for the burden of noncommunicable diseases with health outcomes. (3) Chronic diseases and hospitalization as descriptors of health status showed that the elderly perceived as having poor access to care and prevention incurred a higher risk of hospitalization. The association between difficulties in accessing health services and hospitalization was always the highest in terms of the adjusted prevalence ratio (aPR), regardless of the other behavioral risk factors considered, controlling each model with sociodemographic conditions. Elderly hospitalized at least once for two days or more in the last 12 months had greater risk to have problems in accessing health services, whereas the model included health conditions such as obesity (aPR = 1.95 95% CI 1.75–2.17), smoking (aPR = 1.95 95% CI 1.76–2.16), alcohol use (aPR = 1.93 95% CI 1.73–2.14), hypertension (aPR = 1.92 95% CI 1.73–2.13) and diabetes (aPR = 1.91 95% CI 1.73–2.12). (4) Health policies should encompass socio-economic and living environment barriers which prevent access to care among older adults.

Keywords: age-friendly health systems; older adults; surveillance system; health service accessibility; prevention; Italy



Citation: Contoli, B.; Possenti, V.; Gallo, R.; Minardi, V.; Masocco, M. Data from the PASSI d'Argento Surveillance System on Difficulties Met by Older Adults in Accessing Health Services in Italy as Major Risk Factor to Health Outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 10340. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610340>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 8 July 2022

Accepted: 17 August 2022

Published: 19 August 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Int. J. Environ. Res. Public Health **2022**, *19*, 10340. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610340>

<https://www.mdpi.com/journal/ijerph>

Aggiornamento dei dati al biennio 2022-2023 conferma i risultati

L'accesso ai servizi importante determinante di salute

Table 2. Adjusted prevalence ratios (aPR by Poisson regression model) and relative confidence intervals at 95% (95% CI), for health risk factors and access to health services associated with health outcomes (presence of chronic diseases, hospitalization). Passi d'Argento, 2016–2019 (*n* = 45,514 out of 56,352).

	Health Outcomes							
	At Least One Chronic Disease		At Least Two Chronic Diseases		At Least One Hospitalization ¹			
	aPR	CI 95%	aPR	CI 95%	aPR	CI 95%		
Models	Sedentary behavior		1.08	(1.04–1.12)	1.10	(1.01–1.21)	1.20	(1.09–1.31)
	Difficulties in accessing 1+ health services		1.26	(1.21–1.32)	1.60	(1.43–1.79)	1.62	(1.43–1.83)
	Tobacco smoking							
	Former smoker (vs. never smoker)		1.20	(1.14–1.26)	1.37	(1.26–1.49)	1.24	(1.13–1.36)
	Current smoker (vs. never smoker)		1.20	(1.16–1.25)	1.43	(1.26–1.63)	1.19	(1.02–1.38)
	Difficulties in accessing 1+ health services		1.33	(1.28–1.38)	1.78	(1.61–1.95)	1.95	(1.76–2.16)
	At-risk alcohol consumption (vs. no drinking)		1.01	(0.97–1.05)	0.93	(0.83–1.03)	0.94	(0.84–1.06)
	Difficulties in accessing 1+ health services		1.32	(1.27–1.37)	1.75	(1.59–1.93)	1.93	(1.73–2.14)
	Diabetes		1.13	(1.08–1.17)	1.43	(1.31–1.55)	1.19	(1.08–1.31)
	Difficulties in accessing 1+ health services		1.31	(1.26–1.36)	1.70	(1.55–1.87)	1.91	(1.73–2.12)
	Hypertension		1.25	(1.21–1.29)	1.50	(1.39–1.63)	1.12	(1.03–1.21)
	Difficulties in accessing 1+ health services		1.30	(1.25–1.35)	1.70	(1.55–1.87)	1.92	(1.73–2.13)
Obesity		1.16	(1.11–1.21)	1.38	(1.25–1.52)	1.19	(1.07–1.32)	
Difficulties in accessing 1+ health services		1.31	(1.26–1.37)	1.74	(1.57–1.93)	1.95	(1.75–2.17)	

¹ Duration of hospitalization: two or more days.

Isolamento sociale

La presenza di infrastrutture inadeguate, ambienti di vita non sicuri, la mancanza di spazi per la socializzazione

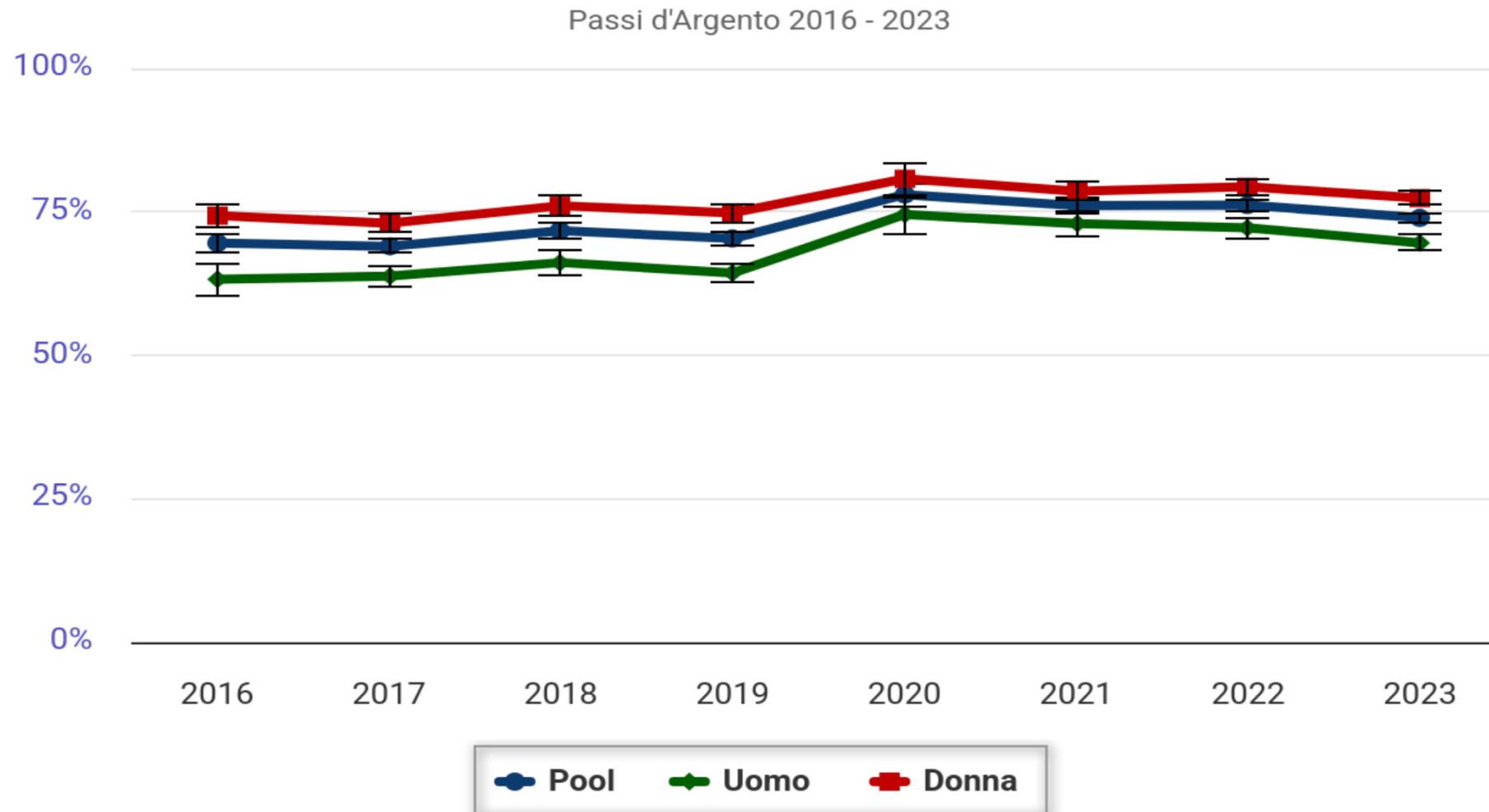
→ limitano le opportunità di interazione sociale

16% non parla con nessuno nemmeno telefonicamente durante una settimana normale

&

75% non frequenta posti di aggregazione

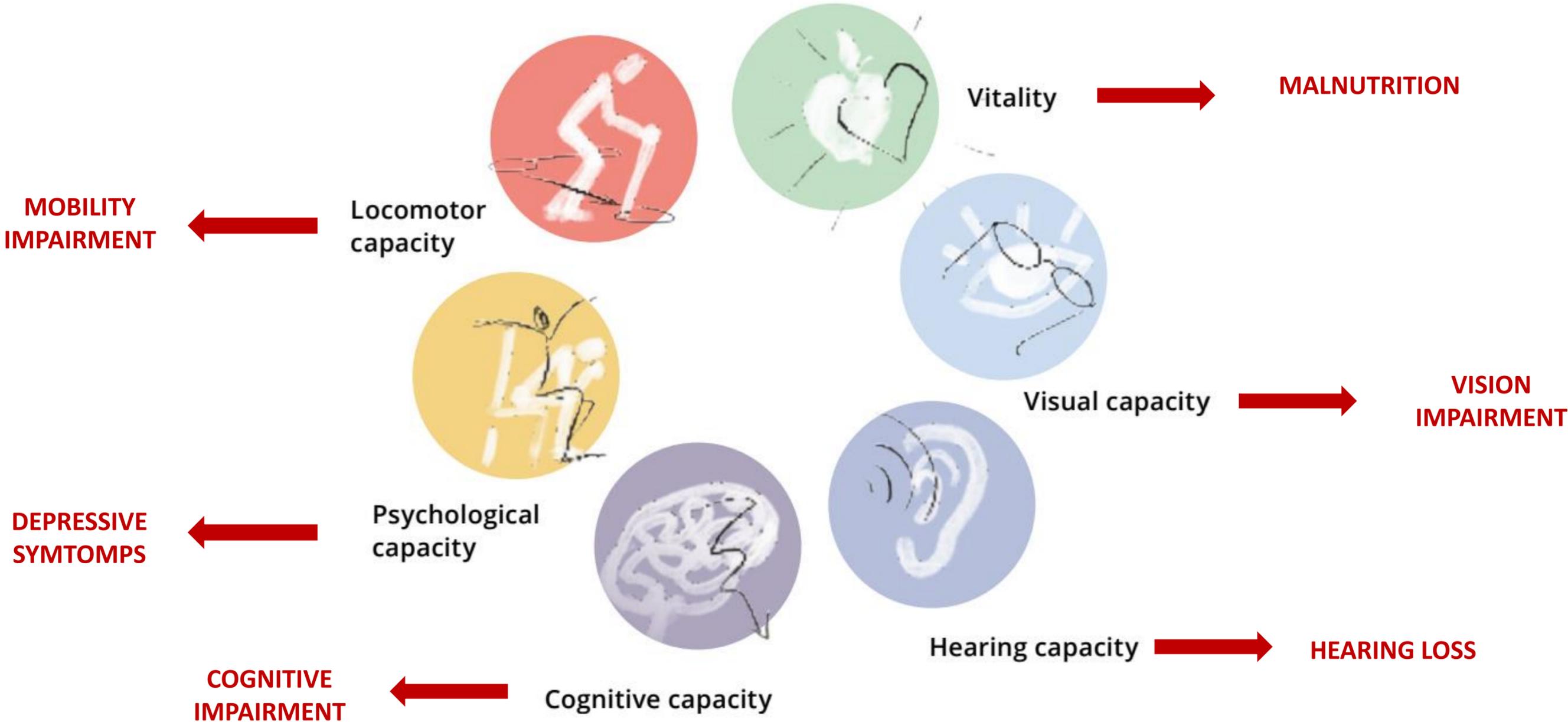
→ **Complessivamente il 15% di over65 vive in condizioni di isolamento sociale PDA 2022-2023**



Sorveglianza Passi d'Argento

Nel biennio pandemico è aumentata la quota di persone che non frequenta posti aggregativi
Dato che non migliora nel 2022-2023

OMS - I DOMINI DELLA CAPACITÀ INTRINSECA



Fonte: WHO World report on ageing and health

I PROBLEMI SENSORIALI – PDA 2022-2023

**25% DEGLI OVER65
HA ALMENO UN PROBLEMA SENSORIALE**

44% TRA CHI HA MOLTE DIFFICOLTA' ECONOMICHE



9%



15%



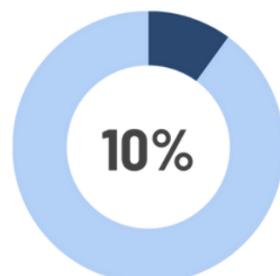
23%

19%

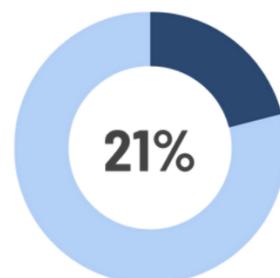
27%

30%

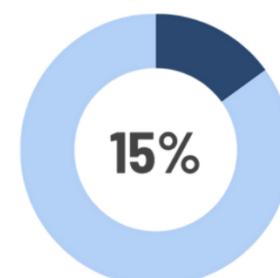
PERCEZIONE CATTIVA
DELLA PROPRIA SALUTE



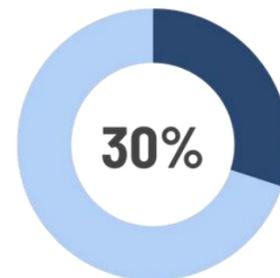
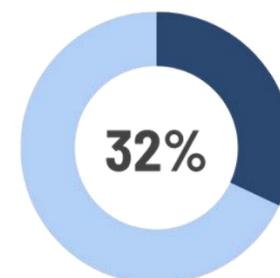
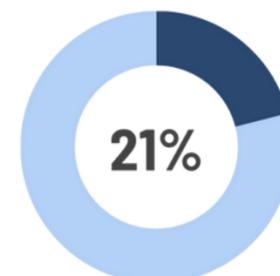
CADUTE NEI 12 MESI



ISOLAMENTO SOCIALE



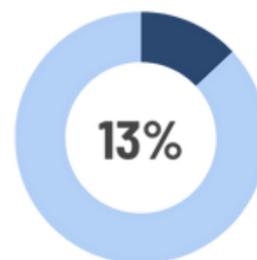
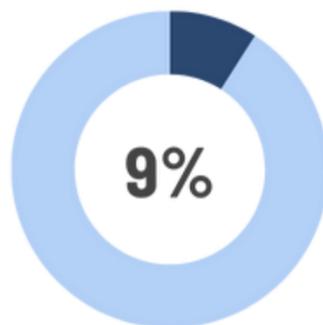
POOL



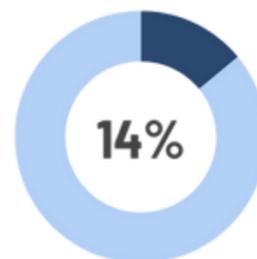
TRA CHI HA ALMENO UN
PROBLEMA SENSORIALE

SINTOMI di DEPRESSIONE

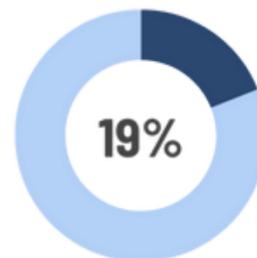
PDA 2022-2023



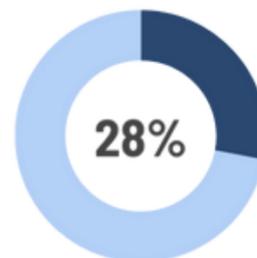
DONNE



85+

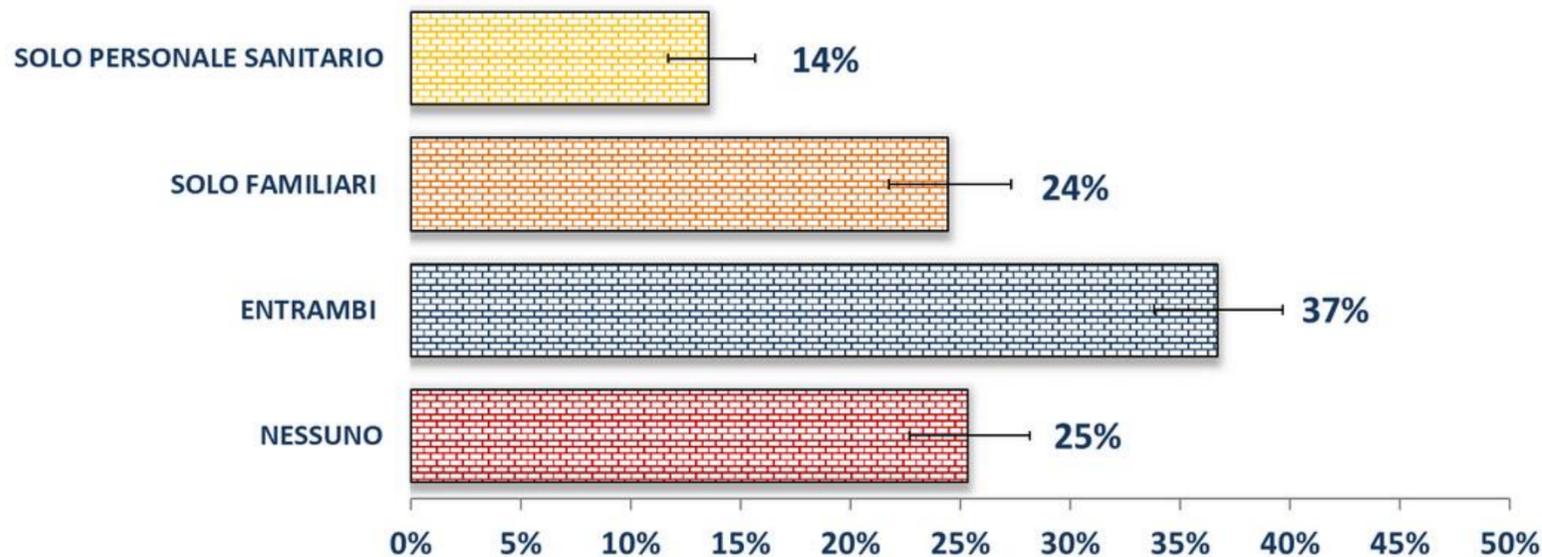


CON 2+ PATOLOGIE CRONICHE

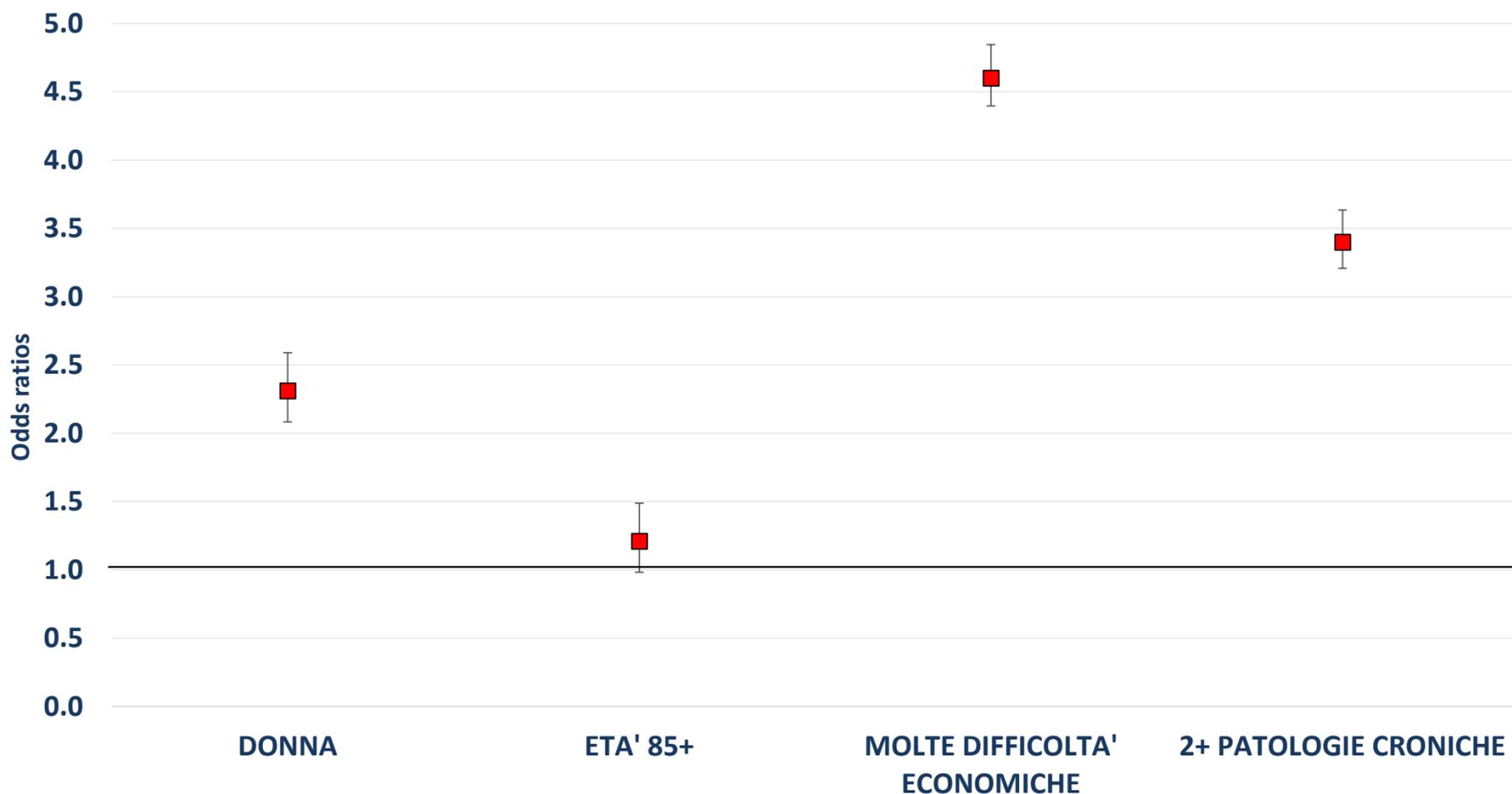


CON MOLTE DIFFICOLTA' ECONOMICHE

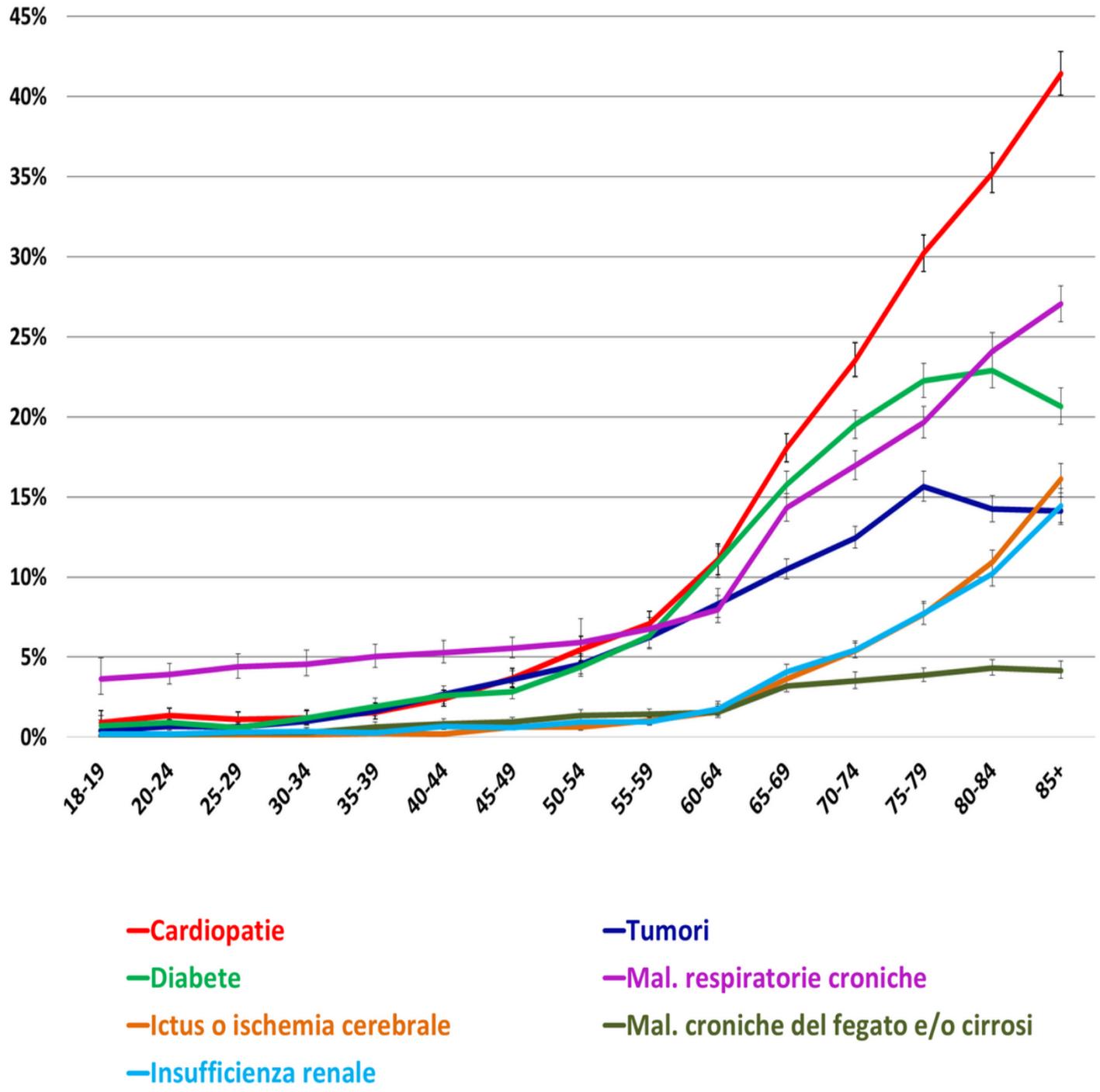
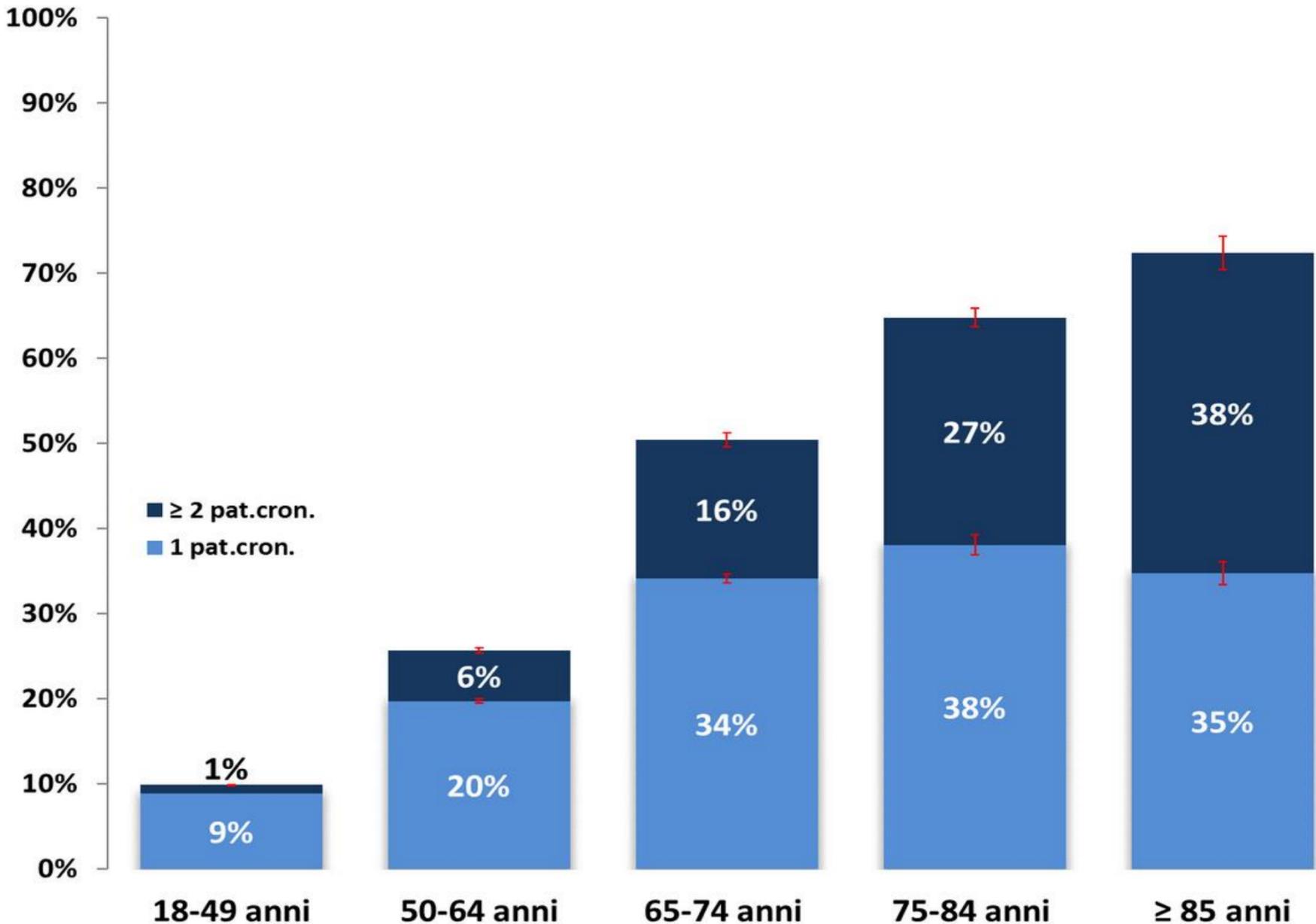
A chi si è rivolto per chiedere aiuto?



Modello logistico multivariato. Esito: sintomi di depressione

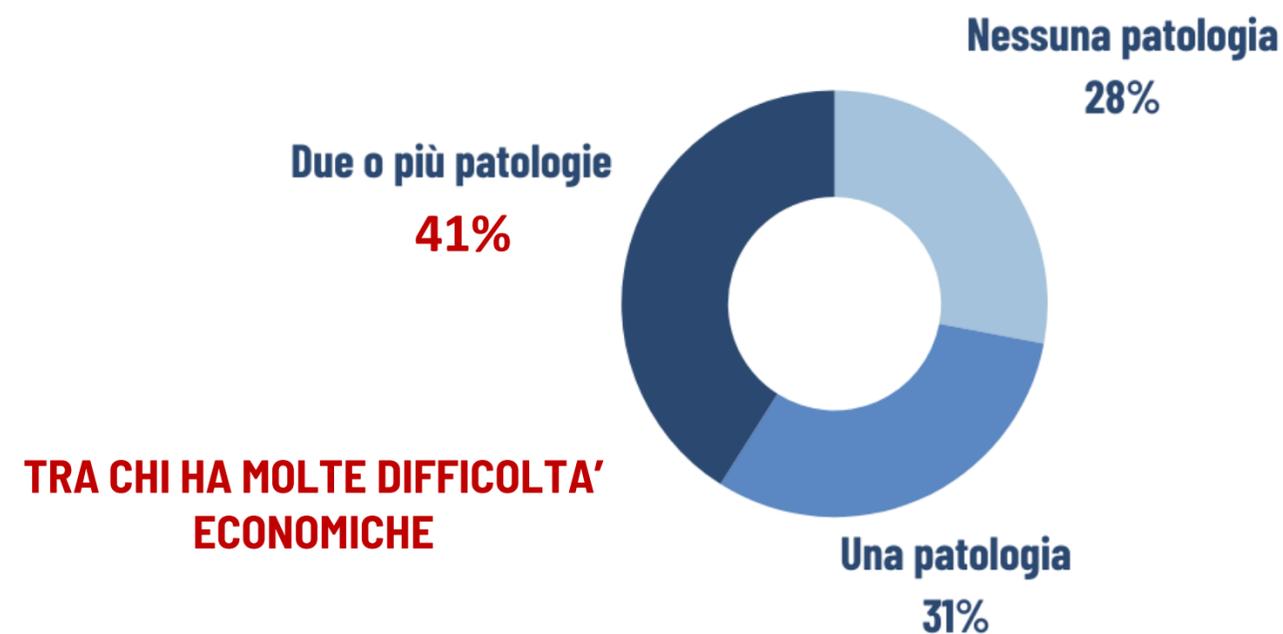
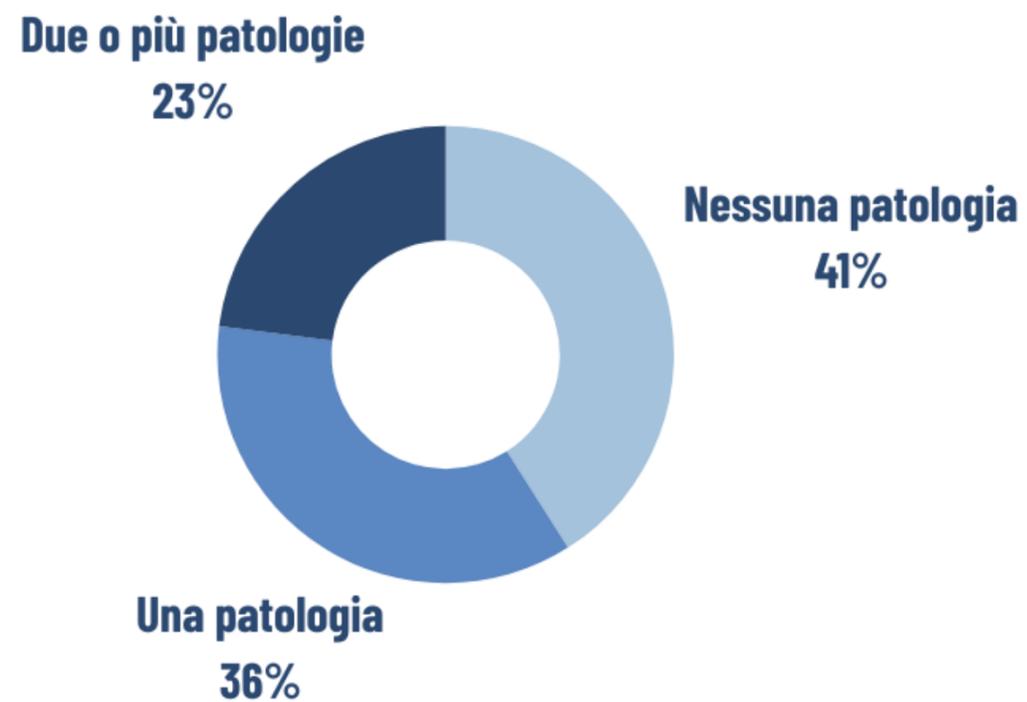


LA PRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE



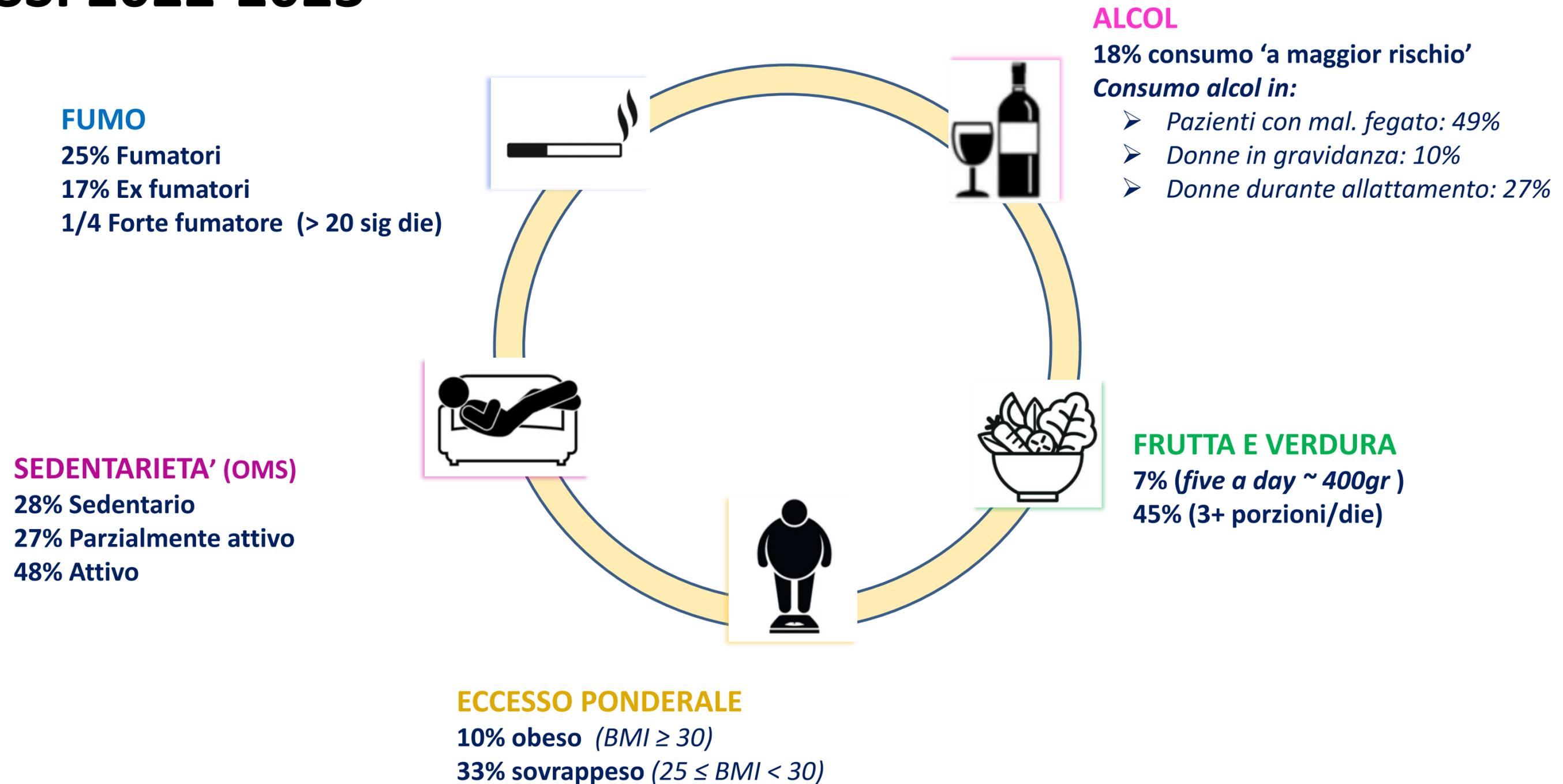
PDA 2022-2023

PIU' DI 8ML DI OVER65 CON ALMENO 1 PATOLOGIA CRONICA PDA 2022-2023



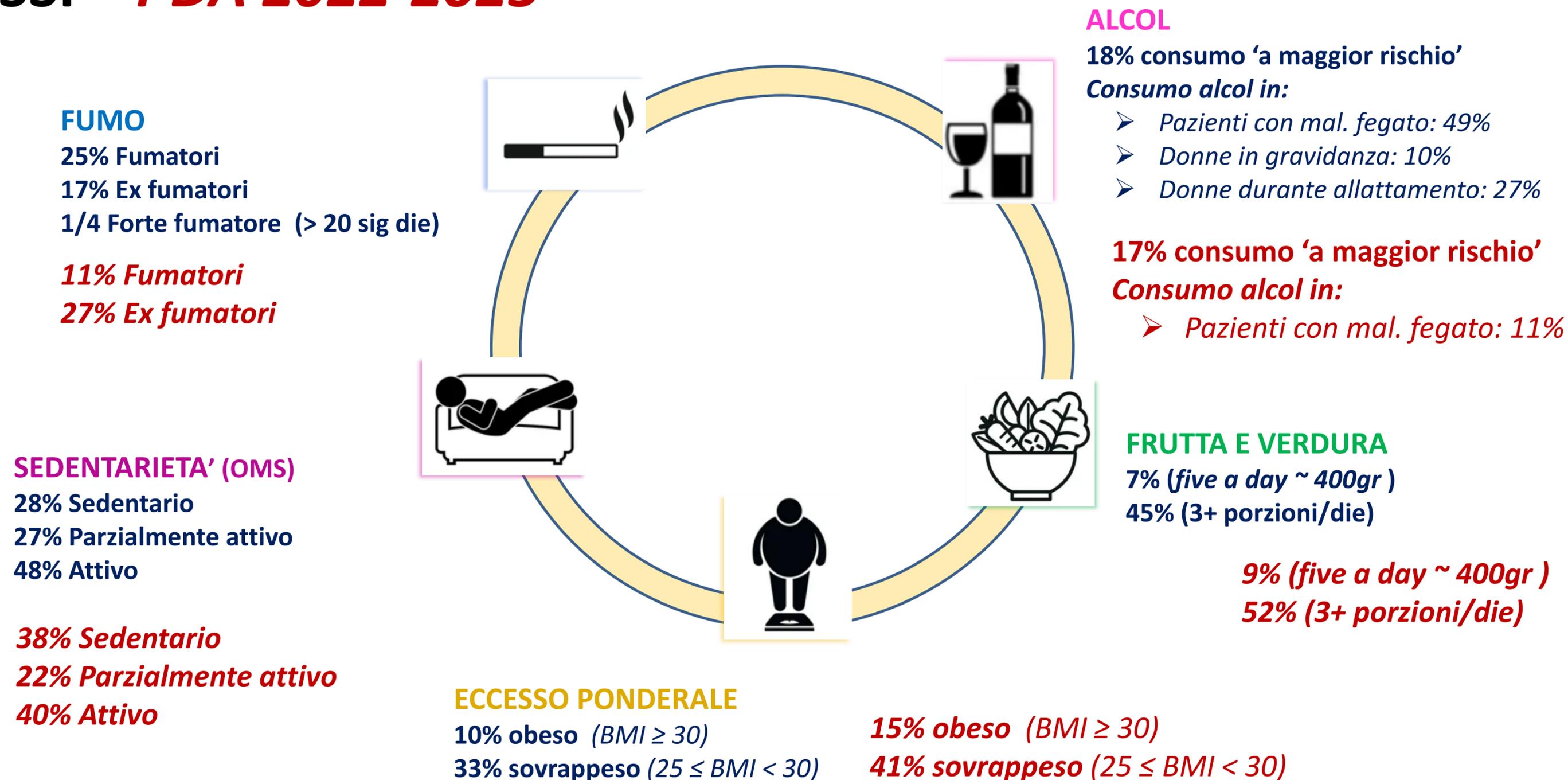
I fattori di rischio comportamentali in Italia

PASSI 2022-2023



I fattori di rischio comportamentali in Italia

PASSI – PDA 2022-2023



STILI DI VITA E PROFILO DI SALUTE FISICO-PSICOLOGICO DELLE PERSONE CON DIAGNOSI DI TUMORE



Article Modifiable Risk Factors, Health Profile and Well-Being of the Elderly Diagnosed with Cancer in Italy: Passi d'Argento Surveillance System 2016–2019 Results

Benedetta Contoli ^{1,*}, Valentina Possenti ^{1,†}, Valentina Minardi ¹, Stefania Gori ², Giordano Beretta ³ and Maria Masocco ¹

¹ National Centre for Disease Prevention and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanità, 00161 Rome, Italy
² Unit of Medical Oncology, Sacro Cuore Don Calabria Hospital (IRCCS), 37024 Verona, Italy
³ Unit of Oncology, Santo Spirito Hospital, 65122 Pescara, Italy
* Correspondence: benedetta.contoli@iss.it
† These authors contributed equally to this work.

Simple Summary: Data 2016–2019 from the behavioral surveillance system PASSI d'Argento confirm the role of lifestyle-related factors in cancer survivorship and well-being among the elderly population residing in Italy. The data monitor different aspects of elderly life in terms of participation and social engagement, lifestyles and compliance with care and prevention activities. The analysis of how older individuals with cancer live is key to addressing effective prevention strategies, tailored to the specific needs of cancer survivors themselves. Facilitating access to social and health services for the most vulnerable groups would mean reducing health inequalities, accessing specific programs for the promotion of a healthy lifestyle, keeping chronic diseases under control to improve the well-being of the individual as well as of society. The study provides a useful basis for new models of multi-professional interventions to improve the health status among the elderly population living with cancer.

Abstract: (1) Cases of cancer are expected to increase in the next years and the risk of cancer increases with age. Data 2016–2019 from the Italian population-based surveillance PASSI d'Argento (PdA) allow the description of the physical and psychosocial well-being of people aged ≥ 65 years diagnosed with cancer (Ca), and the comparison with elderly suffering from other chronic conditions (Ch) and healthy older individuals (H). (2) Data are collected by Local Health Units' professionals using a standardized questionnaire during telephone interviews. (3) A total of 8051 out of the 56,352 interviewees reported a previous diagnosis of cancer: an annual average cancer prevalence of 12.8% (95% CI 12.4–13.3%) corresponding to 1.725 million elderly residing in Italy. In comparison to the H, Ca were more likely to refer bad health (aPR = 4.21; 95% CI: 3.70–4.79), suffer from depressive symptoms (aPR = 2.65; 95% CI: 2.35–2.99), disability (aPR = 2.50; 95% CI: 2.22–2.81) or sensory problems (aPR = 1.51; 95% CI: 1.40–1.63), be frail (aPR = 1.45; 95% CI: 1.30–1.61). Ca are often current smokers (aPR = 1.26; 95% CI: 1.11–1.45) and sedentary (aPR = 1.10; 95% CI: 1.03–1.18). (4) PdA provides valuable information to researchers and policy-makers by showing the difficulties for older people with cancer in contributing socially and accessing basic social and health services, which amplifies the risk of cognitive decline, isolation, and psychological deterioration.

Keywords: elderly; cancer survivors; surveillance system; Italy; risk factors; epidemiology; prevention; health promotion; public health

1. Introduction

Over the past ten years, the age-adjusted incidence of cancer and mortality rates of the elderly with cancer have been declining in the majority of high-income countries. Nonetheless the complete prevalence (generally measured in absolute numbers and proportions)

- ***Come vivono le persone anziane con una diagnosi di tumore?***
- ***Quale è la loro qualità di vita?***
- ***Riescono a mantenere una buona autonomia nella vita quotidiana?***
- ***Le altre condizioni croniche sono altrettanto debilitanti?***
- ***Quanti continuano a fumare, o bere eccessivamente, o ad essere sedentari?***
- ***Quanti ricevono il consiglio del medico di cambiare queste abitudini?***
- ***E i loro bisogni di partecipazione e integrazione sociale sono soddisfatti?***
- ***L'accesso ai servizi socio-sanitari è sempre garantito o facilitato?***
- ***Quanti vivono a rischio di isolamento sociale?***



Citation: Contoli, B.; Possenti, V.; Minardi, V.; Gori, S.; Beretta, G.; Masocco, M. Modifiable Risk Factors, Health Profile and Well-Being of the Elderly Diagnosed with Cancer in Italy: Passi d'Argento Surveillance System 2016–2019 Results. *Cancers* **2022**, *14*, 6185. <https://doi.org/10.3390/cancers14246185>

Academic Editors: Thomas Licht and Mitsuyoshi Urahashima

Received: 9 October 2022

Accepted: 9 December 2022

Published: 14 December 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

STILI DI VITA E PROFILO DI SALUTE FISICO-PSICOLOGICO DELLE PERSONE CON DIAGNOSI DI TUMORE

Simple Summary: Data 2016–2019 from the behavioral surveillance system PASSI d'Argento confirm the role of lifestyle-related factors in cancer survivorship and well-being among the elderly population residing in Italy. The data monitor different aspects of elderly life in terms of participation and social engagement, lifestyles and compliance with care and prevention activities. The analysis of how older individuals with cancer live is key to addressing effective prevention strategies, tailored to the specific needs of cancer survivors themselves. Facilitating access to social and health services for the most vulnerable groups would mean reducing health inequalities, accessing specific programs for the promotion of a healthy lifestyle, keeping chronic diseases under control to improve the well-being of the individual as well as of society. The study provides a useful basis for new models of multi-professional interventions to improve the health status among the elderly population living with cancer.

Abstract: (1) Cases of cancer are expected to increase in the next years and the risk of cancer increases with age. Data 2016–2019 from the Italian population-based surveillance PASSI d'Argento (PJA) allow the description of the physical and psychosocial well-being of people aged ≥65 years diagnosed with cancer (Ca), and the comparison with elderly suffering from other chronic conditions (Ch) and healthy older individuals (H). (2) Data are collected by Local Health Units' professionals using a standardized questionnaire during telephone interviews. (3) A total of 8051 out of the 56,352 interviewees reported a previous diagnosis of cancer: an annual average cancer prevalence of 12.8% (95% CI 12.4–13.3%) corresponding to 1.725 million elderly residing in Italy. In comparison to the H, Ca were more likely to refer bad health (aPR = 4.21; 95% CI: 3.70–4.79), suffer from depressive symptoms (aPR = 2.65; 95% CI: 2.35–2.99), disability (aPR = 2.50; 95% CI: 2.22–2.81) or sensory problems (aPR = 1.51; 95% CI: 1.40–1.63), be frail (aPR = 1.45; 95% CI: 1.30–1.61), Ca are often current smokers (aPR = 1.26; 95% CI: 1.11–1.45) and sedentary (aPR = 1.10; 95% CI: 1.03–1.18). (4) PJA provides valuable information to researchers and policy-makers by showing the difficulties for older people with cancer in contributing socially and accessing basic social and health services, which amplifies the risk of cognitive decline, isolation, and psychological deterioration.

Keywords: elderly; cancer survivors; surveillance system; Italy; risk factors; epidemiology; prevention; health promotion; public health

1. Introduction
Over the past ten years, the age-adjusted incidence of cancer and mortality rates of the elderly with cancer have been declining in the majority of high-income countries. Nonetheless the complete prevalence (generally measured in absolute numbers and proportions)

	Outcomes	People with Cancer (n=8,051) vs Healthy people (n=22,074)			People with Cancer (n=8,051) vs People with Chronic disease ≠cancer (n=25,902)		
		aPR*	(95% CI)	p value	aPR*	(95% CI)	p value
Health profiles	Perceived Health (bad)	4.21	(3.70 - 4.79)	p<0.01	1.57	(1.43 - 1.73)	p<0.01
	Depressive symptoms	2.65	(2.35 - 2.99)	p<0.01	1.34	(1.21 - 1.48)	p<0.01
	Frailty	1.45	(1.30 - 1.61)	p<0.01	0.96	(0.88 - 1.05)	n.s.
	Disability	2.50	(2.22 - 2.81)	p<0.01	1.21	(1.11 - 1.32)	p<0.01
	Sensory factor	1.51	(1.40 - 1.63)	p<0.01	1.04	(0.97 - 1.10)	p<0.01
Modifiable Risk Factors	Currently smoking	1.26	(1.11 - 1.45)	p<0.01	1.13	(0.99 - 1.23)	n.s.
	Formerly smoking	1.30	(1.22 - 1.39)	p<0.01	1.07	(1.01 - 1.14)	p<0.05
	At-risk alcohol consumption	0.89	(0.82 - 0.97)	p<0.01	1.00	(0.91 - 1.09)	n.s.
	Physical inactivity	1.10	(1.03 - 1.18)	p<0.01	0.95	(0.89 - 1.01)	n.s.
	Five a day	1.04	(0.93 - 1.17)	n.s.	1.10	(0.98 - 1.23)	n.s.
	Obesity	1.02	(1.00 - 1.03)	p<0.05	0.96	(0.95 - 0.98)	p<0.01

Ogni modello è aggiustato per variabili socio-demografiche: genere, età, istruzione, difficoltà economiche, area geografica di residenza.

➤ **Fumo, alcol, sedentarietà** non vengono del tutto abbandonate. Poca attenzione da parte degli operatori sanitari.

➤ **Salute percepita, qualità di vita, benessere psicologico, l'autonomia** risultano compromessi fra gli over65 con diagnosi di tumore più di quanto accada fra persone con altre cronicità.

➤ Anche la **copertura vaccinale** contro l'influenza è **lontana dalla soglia ottimale**.

➤ La **difficoltà di accesso ai servizi** e la **minore partecipazione sociale** aumentano il rischio di **isolamento**.

STILI DI VITA E PROFILO DI SALUTE FISICO-PSICOLOGICO DELLE PERSONE CON DIAGNOSI DI TUMORE

Simple Summary: Data 2016–2019 from the behavioral surveillance system PASSI d'Argento confirm the role of lifestyle-related factors in cancer survivorship and well-being among the elderly population residing in Italy. The data monitor different aspects of elderly life in terms of participation and social engagement, lifestyles and compliance with care and prevention activities. The analysis of how older individuals with cancer live is key to addressing effective prevention strategies, tailored to the specific needs of cancer survivors themselves. Facilitating access to social and health services for the most vulnerable groups would mean reducing health inequalities, accessing specific programs for the promotion of a healthy lifestyle, keeping chronic diseases under control to improve the well-being of the individual as well as of society. The study provides a useful basis for new models of multi-professional interventions to improve the health status among the elderly population living with cancer.

Abstract: (1) Cases of cancer are expected to increase in the next years and the risk of cancer increases with age. Data 2016–2019 from the Italian population-based surveillance PASSI d'Argento (PAA) allow the description of the physical and psychosocial well-being of people aged ≥65 years diagnosed with cancer (Ca), and the comparison with elderly suffering from other chronic conditions (Ch) and healthy older individuals (H). (2) Data are collected by Local Health Units' professionals using a standardized questionnaire during telephone interviews. (3) A total of 8051 out of the 56,352 interviewees reported a previous diagnosis of cancer: an annual average cancer prevalence of 12.8% (95% CI 12.4–13.3%) corresponding to 1.725 million elderly residing in Italy. In comparison to the H, Ca were more likely to refer bad health (aPR = 4.21; 95% CI: 3.70–4.79), suffer from depressive symptoms (aPR = 2.65; 95% CI: 2.35–2.99), disability (aPR = 2.50; 95% CI: 2.22–2.81) or sensory problems (aPR = 1.51; 95% CI: 1.40–1.63), be frail (aPR = 1.45; 95% CI: 1.30–1.61). Ca are often current smokers (aPR = 1.26; 95% CI: 1.11–1.45) and sedentary (aPR = 1.10; 95% CI: 1.03–1.18). (4) PAA provides valuable information to researchers and policy-makers by showing the difficulties for older people with cancer in contributing socially and accessing basic social and health services, which amplifies the risk of cognitive decline, isolation, and psychological deterioration.

Keywords: elderly; cancer survivors; surveillance system; Italy; risk factors; epidemiology; prevention; health promotion; public health

1. Introduction
Over the past ten years, the age-adjusted incidence of cancer and mortality rates of the elderly with cancer have been declining in the majority of high-income countries. Nonetheless the complete prevalence (generally measured in absolute numbers and proportions)

Outcomes	People with Cancer (n=8,051) vs Healthy people (n=22,074)			People with Cancer (n=8,051) vs People with Chronic disease ≠cancer (n=25,902)			
	aPR*	(95% CI)	p value	aPR*	(95% CI)	p value	
Health profiles	Perceived Health (bad)	4.21	(3.70 - 4.79)	p<0.01	1.57	(1.43 - 1.73)	p<0.01
	Depressive symptoms	2.65	(2.35 - 2.99)	p<0.01	1.34	(1.21 - 1.48)	p<0.01
	Frailty	1.45	(1.30 - 1.61)	p<0.01	0.96	(0.88 - 1.05)	n.s.
	Disability	2.50	(2.22 - 2.81)	p<0.01	1.21	(1.11 - 1.32)	p<0.01
	Sensory factor	1.51	(1.40 - 1.63)	p<0.01	1.04	(0.97 - 1.10)	p<0.01
	Currently smoking	1.26	(1.11 - 1.45)	p<0.01	1.13	(0.99 - 1.23)	n.s.
	Formerly smoking	1.30	(1.22 - 1.39)	p<0.01	1.07	(1.01 - 1.14)	p<0.05
	Modifiable risk factors						n.s.
Ogni m						n.s.	
						n.s.	
						p<0.01	

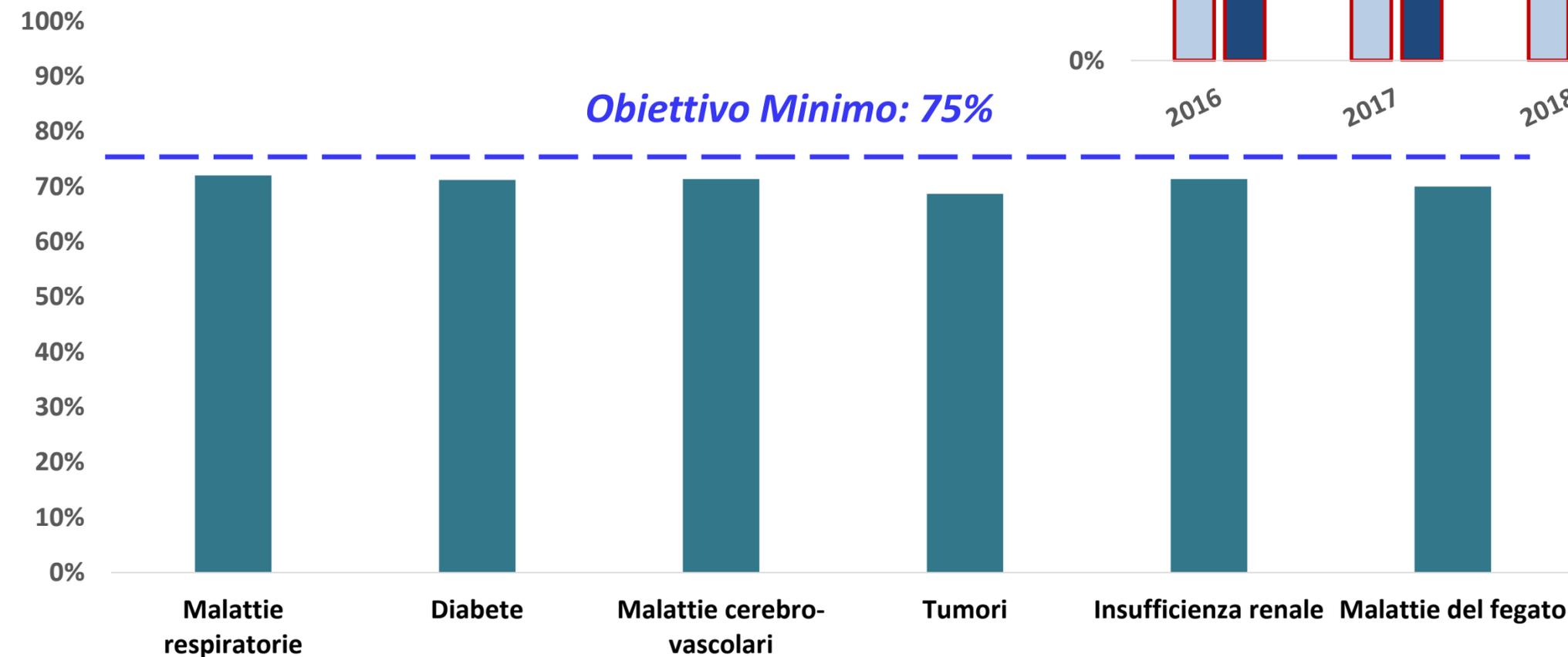
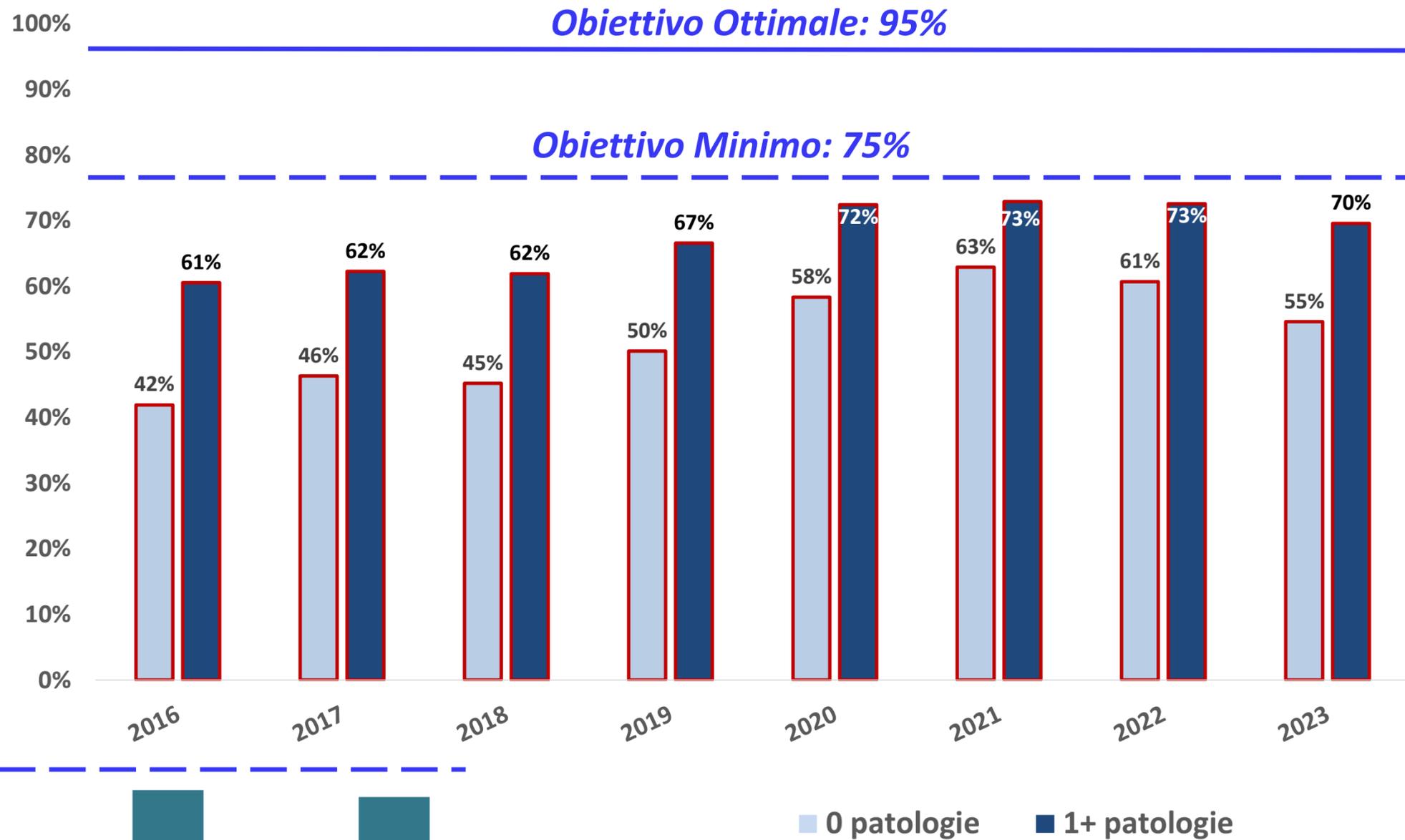
È fondamentale promuovere la prevenzione anche in età avanzata

Abbandonare stili di vita non salutari risulta difficile, persino tra coloro che hanno ricevuto una diagnosi di tumore.

- **Fumo, alcol, sedentarietà** non vengono del tutto abbandonate. Poca attenzione da parte degli operatori sanitari.
- **Salute percepita, qualità di vita, benessere psicologico, l'autonomia** risultano compromessi fra gli over65 con diagnosi di tumore più di quanto accada fra persone con altre cronicità.

- Anche la **copertura vaccinale** contro l'influenza è lontana dalla soglia ottimale.
- La **difficoltà di accesso ai servizi** e la **minore partecipazione sociale** aumentano il rischio di **isolamento**.

ADESIONE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE



Adesione alla vaccinazione antinfluenzale per patologia cronica PDA 2023

Il modello concettuale

Ogni fase della vita è importante per fare prevenzione → per alcuni FR è importante agire sin dalla giovane età (la bassa istruzione impatta sulla riserva cognitiva) per altri è possibile ottenere vantaggi aggiuntivi anche agendo in età avanzata (fumo e esposizione a inquinamento associati a danno neuropatologico)

Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Carol Brayne, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Sergi G Costafreda, Amit Dias, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Adesola Ogunniyi, Vasiliki Orgeta, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbaek, Linda Teri, Naaheed Mukadam

Nel 2017 due importanti rapporti (Lancet Commission e Agency for Healthcare Research and Quality) **esaminando e riassumendo le migliori evidenze scientifiche disponibili** mettono in luce il ruolo di alcuni, non pochi, fattori di rischio “modificabili” nell’insorgenza della demenza

➤ Nel 2017 la **Lancet Commission** individua **9 fattori di rischio modificabili** associati alla demenza

1. Basso livello di istruzione
2. Ipertensione
3. Ipoacusia (non curata)
4. Obesità
5. Fumo
6. Depressione
7. Inattività fisica
8. Diabete
9. Scarse relazioni sociali

35% dei casi di demenza, in tutto il mondo, sia complessivamente attribuibile a questi 9 fattori di rischio, o ad una loro combinazione. Pertanto un’azione capace di eliminare questi 9 fattori di rischio, potrebbe potenzialmente ritardare/prevenire il 35% dei nuovi casi di demenza

➤ Nel 2020 un aggiornamento del rapporto della **Lancet Commission** estende a **12 i fattori di rischio modificabili** associati alla demenza

10. Eccessivo consumo di alcol
11. Inquinamento atmosferico
12. Traumi cerebrali

Aggiornamento: si stima che il 40% dei casi di demenza sia attribuibile a questi 12 fattori e, sebbene sia necessaria maggiore evidenza per comprenderne il ruolo e il meccanismo, emerge con forza l’indicazione alla promozione di corretti stili di vita per ridurre il rischio di demenza.

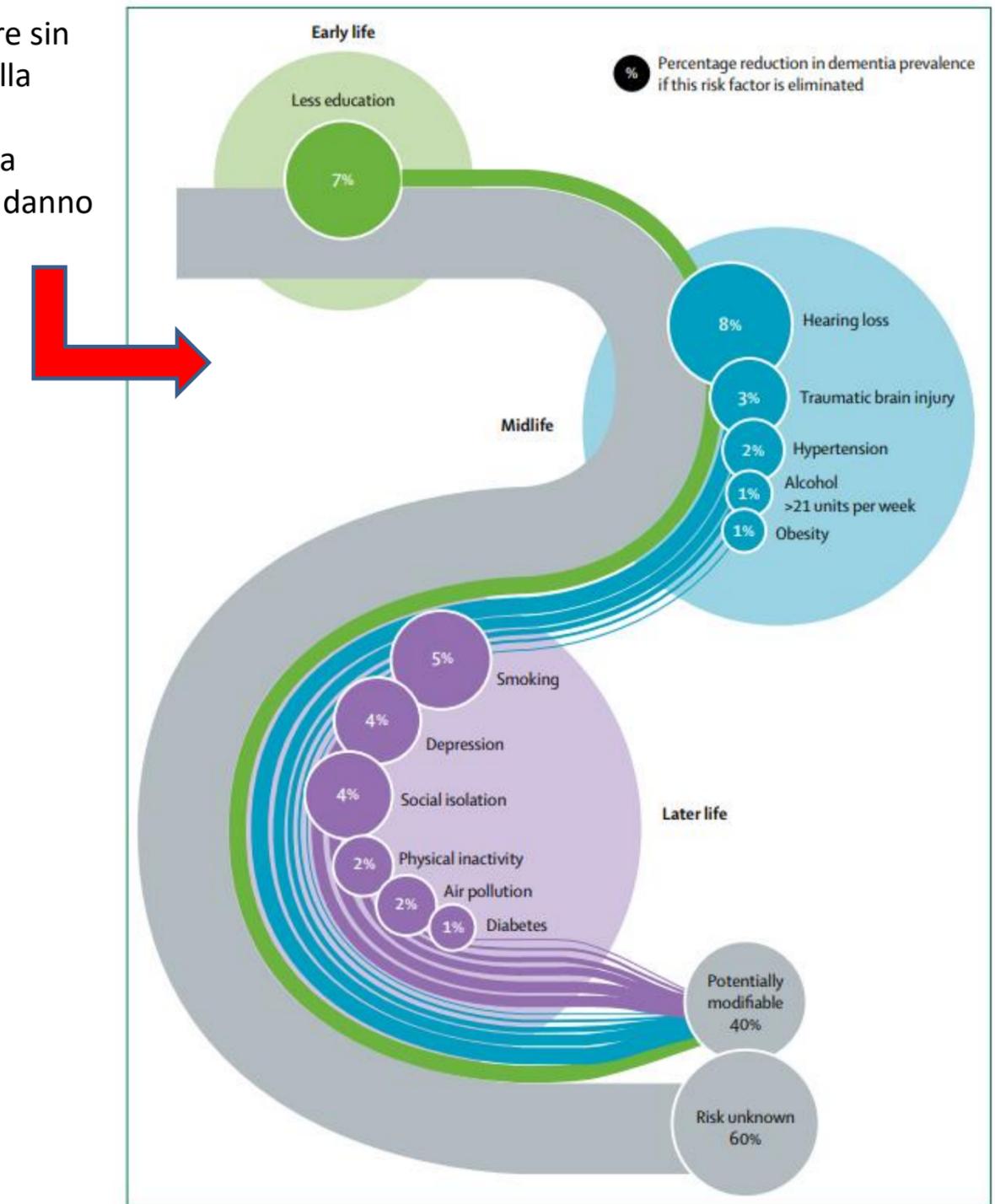


Figure 7: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT NAZIONALE

Tabella 6.1 I fattori di rischio modificabili associati al rischio di demenza, secondo il modello e le definizioni della Lancet Commission, ricavabili da PASSI e PASSI d'Argento

Fattori di rischio secondo la Lancet Commission	Indicatori PASSI/PASSI d'Argento	Fonte utilizzata
Età <45 anni		
Basso livello di istruzione (Nessun titolo, elementare, media inferiore)	Basso livello di istruzione (In linea con International Standard Classification of Education)	PASSI (18-45 anni)
Età 45-65 anni		
Deficit uditivi (N.B. L'utilizzo di apparecchi acustici non definisce un soggetto a rischio)	Deficit uditivi, non risolti o non risolvibili con apparecchi acustici, riferiti dai 65-69enni ^(a)	PASSI d'Argento (65-69 anni)
Trauma cranico	Non disponibile	
Ipertensione	Ipertensione (Riferita come diagnosi medica. Persone che rispondono "Sì" alla domanda: "Un medico le ha mai detto che Lei è iperteso?")	PASSI (45-65 anni)
Consumo di alcol (>21 unità alcoliche a settimana)	Consumo di alcol (>21 unità alcoliche a settimana)	PASSI (45-65 anni)
Obesità (Body Mass Index ≥ 30 kg/m ²)	Obesità (Stimata sui valori di peso e altezza auto-riferiti dagli intervistati)	PASSI (45-65 anni)
Età >65 anni		
Fumo	Fumo (In linea con la definizione della WHO, è considerato "fumatore" chi riferisce di aver fumato nella vita almeno 100 sigarette e di essere fumatore al momento dell'intervista o aver smesso di fumare da meno di 6 mesi)	PASSI d'Argento (>65)
Depressione	Sintomi depressivi (Indagati attraverso il PHQ-2) ^(b)	PASSI d'Argento (>65)
Isolamento sociale (Misurato attraverso lo stato civile o la coabitazione o con indicatori compositi di stato civile, sostegno familiare, contatti con gli amici, partecipazione ad attività sociali)	Isolamento sociale (Persone che in una "settimana-tipo" non hanno contatti con nessuno, neppure telefonici o, pur avendo contatti con qualcuno, questi si verificano con una frequenza superiore alla settimana)	PASSI d'Argento (>65)
Inattività fisica	Sedentarietà (In linea con le raccomandazioni della WHO, valide fino al 2020, di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità, in sessioni di almeno 10 minuti) ^(c)	PASSI d'Argento (>65)
Diabete mellito	Diabete (Riferito come diagnosi medica. Persone che rispondono "Sì" alla domanda: "Un medico le ha mai diagnosticato o confermato il diabete?")	PASSI d'Argento (>65)
Inquinamento atmosferico (Misurato attraverso il grado di urbanizzazione del luogo di residenza)	Grado di urbanizzazione (Medio o alto, del comune di residenza secondo la classificazione ISTAT)	PASSI d'Argento (>65)

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE REGIONE ABRUZZO

REPORT REGIONALE REGIONE EMILIA-ROMAGNA

REPORT REGIONALE REGIONE BASILICATA

REPORT REGIONALE REGIONE CALABRIA

REPORT REGIONALE REGIONE PUGLIA

REPORT REGIONALE REGIONE SARDEGNA

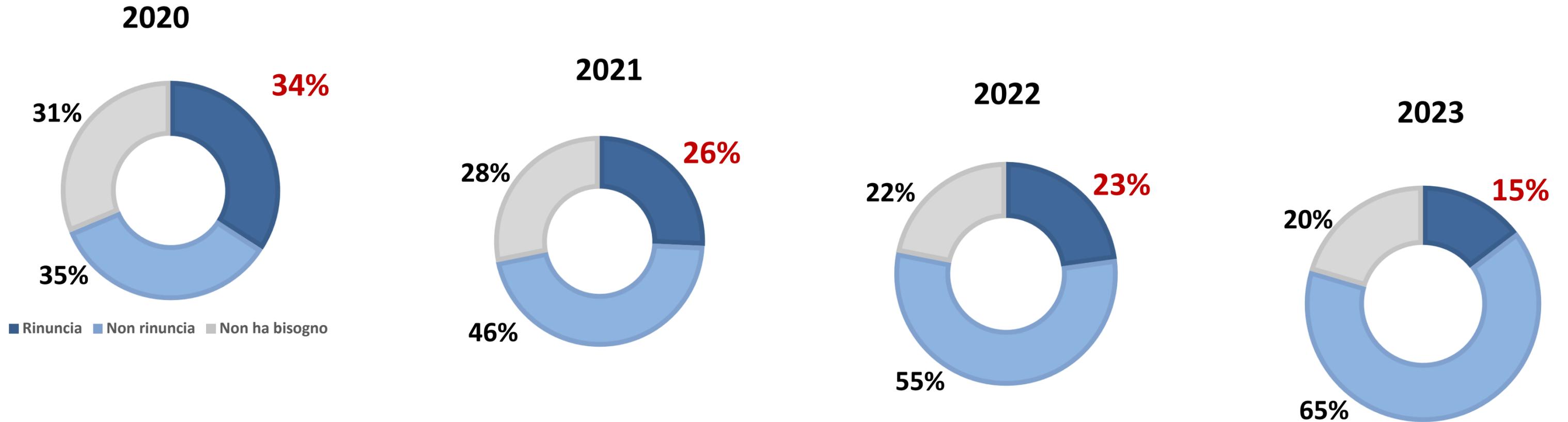
Tabella 6.3 Frazione di casi di demenza attribuibili ai fattori di rischio modificabili nelle Regioni italiane. Anni 2017-2019

Regione	PAF per fattore di rischio pesate											PAF totale pesata
	Età <45 anni		Età 45-65 anni				Età >65 anni					
	Bassa istruzione	Deficit uditivo (non curato)	Iperensione	Consumo di alcol (>21 U.A./settimana)	Obesità (BMI ≥30)	Fumo	Depressione	Isolamento sociale	Inattività fisica	Diabete	Inquinamento dell'aria (proxy: grado di urbanizzazione medio-alto)	
Piemonte	5,0%	-	6,6%	0,1%	3,0%	1,9%	1,7%	2,4%	6,5%	2,5%	0,9%	30,5%
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Bolzano	6,6%	2,6%	4,1%	0,1%	2,1%	2,0%	3,2%	2,6%	4,5%	2,8%	1,2%	31,6%
PA Trento	4,8%	1,2%	6,3%	0,2%	2,3%	2,7%	4,0%	4,2%	4,1%	3,6%	1,0%	34,4%
Veneto	4,7%	1,6%	6,8%	0,2%	3,0%	1,9%	4,6%	3,8%	4,3%	3,4%	0,9%	35,3%
Friuli Venezia Giulia	6,8%	2,3%	5,7%	0,1%	2,9%	2,4%	2,8%	1,3%	5,6%	3,4%	1,1%	34,4%
Liguria	4,3%	1,3%	6,1%	0,1%	2,4%	2,4%	4,7%	3,8%	5,3%	2,9%	2,0%	35,4%
Emilia-Romagna	4,8%	3,3%	5,9%	0,1%	3,4%	2,4%	3,7%	3,1%	5,8%	3,2%	1,5%	37,3%
Toscana	4,4%	1,0%	5,4%	0,1%	2,7%	2,0%	2,8%	3,4%	6,7%	3,3%	1,2%	33,0%
Umbria	4,0%	2,3%	6,9%	0,0%	3,6%	2,8%	6,1%	5,0%	5,3%	3,6%	1,3%	41,0%
Marche	3,8%	1,4%	7,1%	0,0%	3,2%	2,3%	5,3%	5,5%	4,3%	3,4%	0,4%	36,8%
Lazio	4,1%	2,2%	6,2%	0,1%	2,9%	2,8%	3,8%	5,0%	6,4%	3,8%	2,3%	39,7%
Abruzzo	4,7%	3,2%	6,8%	0,1%	3,7%	2,1%	4,4%	6,9%	6,3%	3,7%	0,4%	42,4%
Molise	2,9%	0,8%	6,4%	0,1%	4,0%	1,3%	2,3%	4,2%	4,6%	4,4%	2,7%	33,7%
Campania	5,1%	2,3%	6,7%	0,0%	3,9%	2,3%	6,3%	5,3%	7,4%	5,8%	2,2%	47,4%
Basilicata	3,8%	3,4%	8,6%	0,1%	3,7%	2,5%	3,8%	4,6%	8,2%	4,1%	0,7%	43,6%
Puglia	5,3%	2,1%	6,7%	0,1%	3,8%	3,0%	5,9%	5,0%	6,4%	5,3%	0,9%	44,6%
Calabria	5,0%	4,4%	7,2%	0,1%	4,5%	1,9%	4,9%	6,0%	6,7%	4,9%	0,5%	46,1%
Sicilia	5,3%	3,1%	6,6%	0,0%	3,7%	1,8%	5,8%	4,5%	6,5%	4,0%	1,2%	42,5%
Sardegna	6,2%	4,8%	6,5%	0,1%	3,2%	2,1%	5,6%	3,3%	5,4%	3,9%	1,0%	42,1%

I dati sulla salute della popolazione ci mostrano non solo le sfide poste da malattie croniche, problemi sensoriali o disagio psicologico, ma anche la necessità di un sistema sanitario in grado di rispondere efficacemente a questi bisogni.

... il nostro sistema sanitario è pronto e adeguato per rispondere a queste richieste in modo equo ed efficace?

RINUNCIA A VISITE MEDICHE E/O ESAMI DIAGNOSTICI



**SE CONSIDERIAMO SOLO CHI AVEVA BISOGNO DI CURE
LE STIME DI CHI HA RINUNCIATO SALGONO A**

50%

-28%

36%

-19%

29%

-38%

18%

Variazioni percentuali rispetto all'anno precedente

DISUGUAGLIANZE NELLA RINUNCIA ALLE CURE

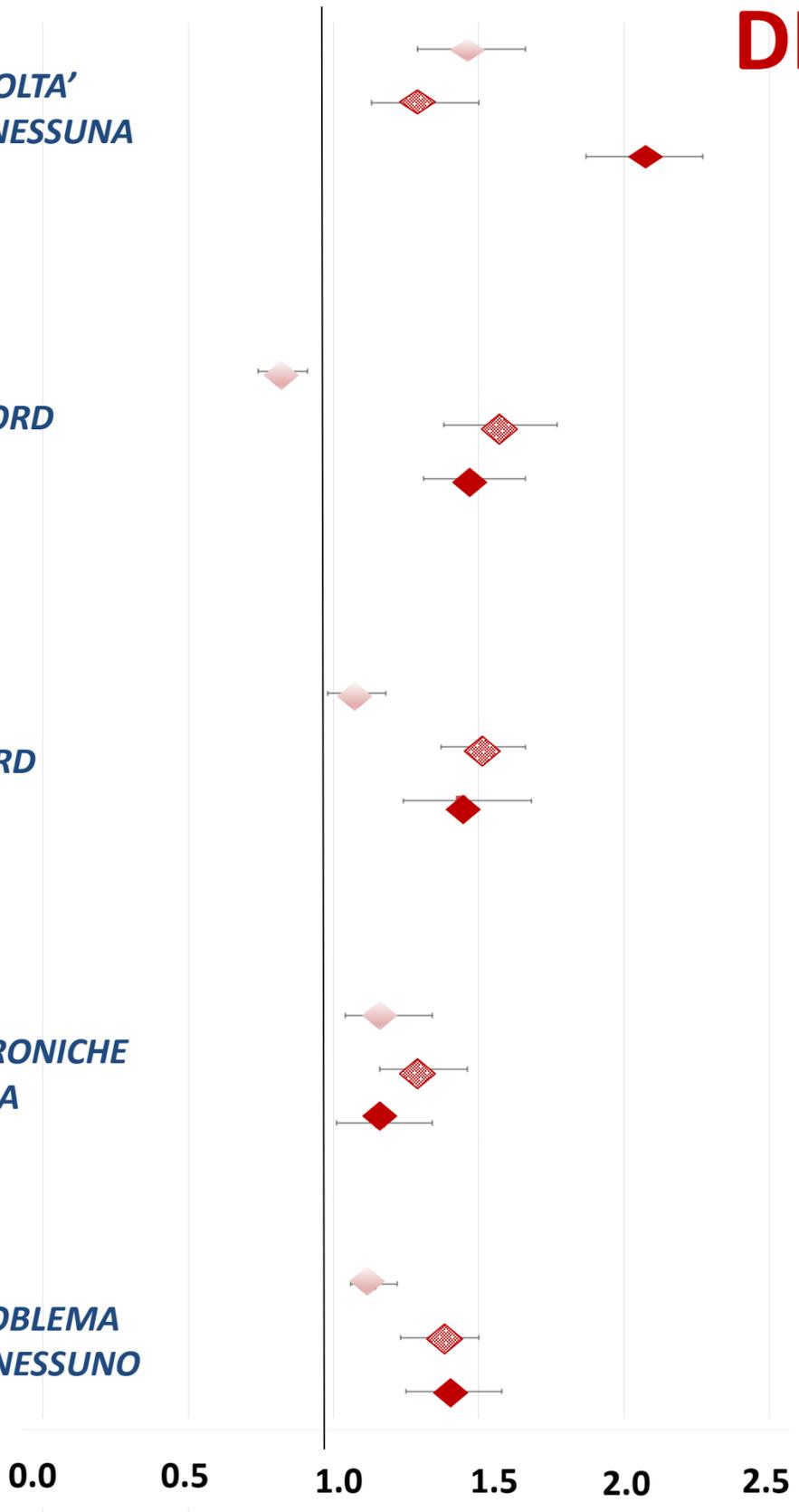
* *MOLTE DIFFICOLTA' ECONOMICHE vs NESSUNA*

* *CENTRO vs NORD*

* *SUD vs NORD*

2 + PATOLOGIE CRONICHE vs NESSUNA

* *ALMENO 1 PROBLEMA SENSORIALE vs NESSUNO*



◆ 2020-2021
 ◆ 2022
 ◆ 2023

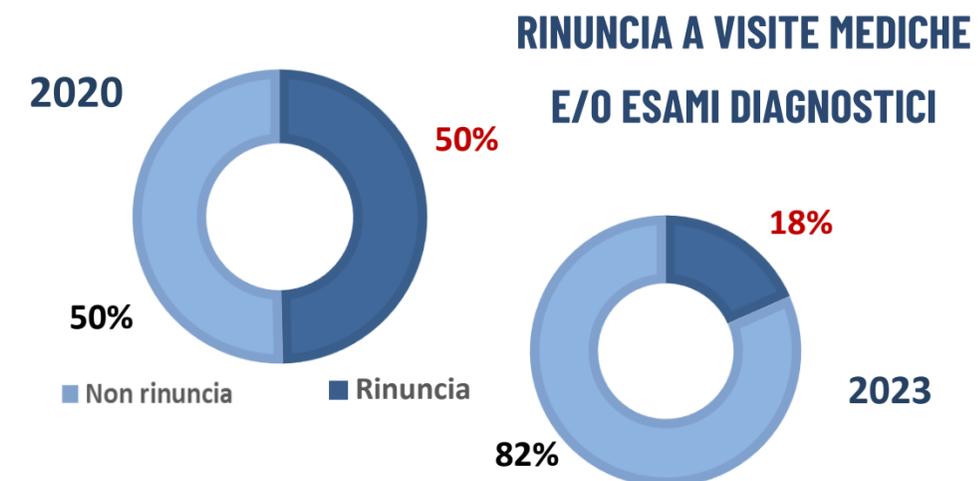
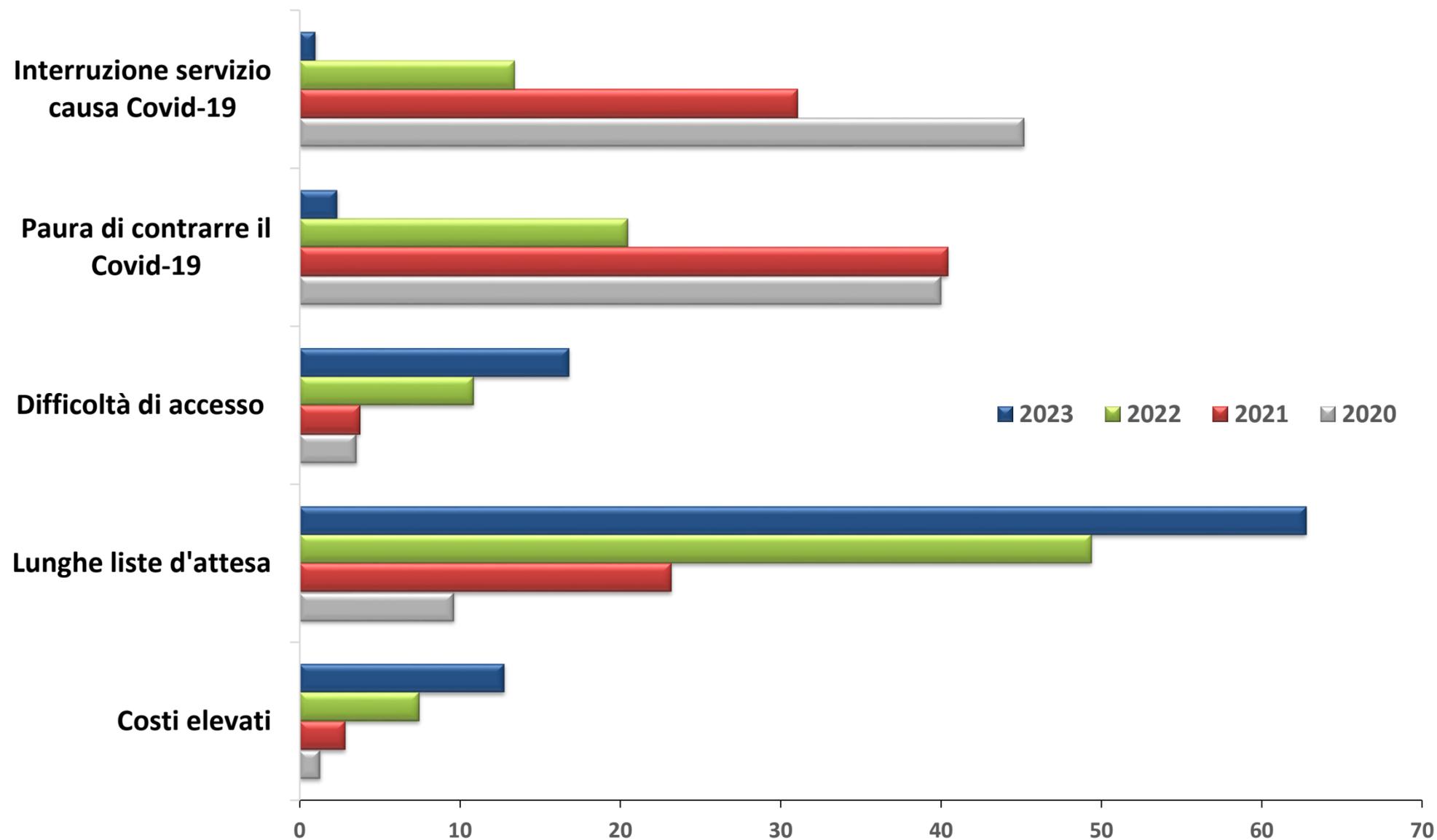
Gli anziani più vulnerabili, svantaggiati per motivi socioeconomici o di salute sono coloro che rinunciano di più alle cure



Alcune condizioni peggiorano nel tempo

* p-value < 0.1 – testata l'interazione per anno – 2022 vs 2020-2021, 2023 vs 2020-2021

LE MOTIVAZIONI DELLA RINUNCIA ALLE CURE



Aumento in numeri assoluti delle persone che rinunciano a causa delle lunghe liste di attesa

Nel 2023, tra chi non rinuncia, il 10% ricorre sempre ai servizi a pagamento, il 49% alcune volte.



> 50% degli over65 ricorre all'OUT OF POCKET

	Costi elevati	Lunghe liste d'attesa	Difficoltà di accesso	Paura di contrarre il Covid-19	Interruzione servizio causa Covid-19
2020	1%	10%	4%	40%	45%
2021	3%	23%	4%	40%	31%
2022	7%	49%	11%	20%	13%
2023	13%	63%	17%	2%	1%

Giulio Alfredo Maccacaro è stato un medico, epidemiologo noto per il suo impegno scientifico, sociale e politico.



Un grande sostenitore dell'idea che la salute non fosse solo una questione biologica, ma un diritto sociale, strettamente legato alle condizioni economiche, sociali e ambientali.

In un'epoca di crescenti disuguaglianze, il sistema sanitario pubblico rappresenta non solo un pilastro della giustizia sociale, ma anche un argine contro il rischio che la salute diventi un privilegio per pochi.

Grazie per l'attenzione

benedetta.contoli@iss.it