



Salute e Invecchiamento Attivo nelle Microaree dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 "Triestina"

Risultati della sorveglianza della popolazione
con 65 anni e più "PASSI d'Argento"

Indagine 2013

Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

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

Questa pubblicazione è disponibile online all'indirizzo:

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

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

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

Daniela Germano

daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it

Riproduzione autorizzata citando la fonte

Rapporto a cura di:

Daniela Germano e Matteo Bovenzi

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

- a livello nazionale:

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

- a livello aziendale:

Gruppo di coordinamento PASSI d'Argento:

Coordinatore aziendale: Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione)

Matteo Bovenzi (Dipartimento di Prevenzione)

Intervistatori:

Armando Dobrigna(1), Deborah Voliani(1), Silvia Fontana(1), Pierluigi Pagano(1), Barbara Naglieri(2) Federica Sardiello(3), Sergio Blason(3), Reanna Simsig(4), Martina Gojca(5), Michela De Grassi(6), Lorella Postiferi(7), Monica Ghiretti(8), Silvia Lanzoni(9) Rosa Casinelli(9), Stefanich Alfio(10), Claudia Fantuzzi(11), Irene Del Gaudio(12), Daniela Germano(13).

(1) Televita SPA

(2) Microarea Caccia - Burlo

(3) Microarea Cittavecchia

(4) Microarea Giarizzole

(5) Microarea Grego

(6) Microarea Gretta

(13) Dipartimento di Prevenzione ASS1 "Triestina"

(7) Microarea Melara

(8) Microarea Ponziana

(9) Microarea S.Giovanni

(10) Microarea Valmaura

(11) Microarea Vaticano

(12) Microarea Zindis

Un caloroso ringraziamento va:

a tutte le persone con 65 anni e più che hanno partecipato all'indagine. Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze di questa fascia di popolazione all'interno della nostra provincia. Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste

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

ai Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Indice

	Pag.
i. Presentazione	1
ii. Prefazione	2
Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto	4
La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento	5
L'indagine 2012-2013 nelle Microaree dell'ASS1 "Triestina"	7
Profilo generale della popolazione anziana delle Microaree dell'ASS1 "Triestina"	10
Profilo generale della popolazione anziana dell'ASS1 "Triestina"	11
Profilo generale della popolazione anziana del Pool Nazionale	12
1 – BENESSERE E INDIPENDENZA	13
1.1 Caratteristiche socio-demografiche	14
1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più	21
1.2.1 Perché la popolazione con 65 anni e più è stata suddivisa in sottogruppi?	21
1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?	22
1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?	23
1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana di base e strumentali	26
1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL	26
1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL	28
1.4 Percezione dello stato di salute	31
1.5 Soddisfazione per la propria vita	39
1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra il pool delle Microaree, l'ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	42
2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE	44
2.1 Stili di vita : attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	44
2.1.1 Attività fisica	45
2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari	50
2.1.3 Consumo di alcol	52
2.1.4 Abitudine al fumo	57
2.2 Ipertensione arteriosa	62
2.3 Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili	64
2.4 Problemi di vista, udito e masticazione	69

2.4.1 Problemi di vista	70
2.4.2 Problemi di udito	72
2.4.3 Problemi di masticazione	74
2.4.3.4 Quante persone con 65 anni e più sono state dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?	76
2.5 Cadute	80
2.6 Sintomi di depressione	86
2.7 Rischio di isolamento	89
2.8 Visite del Medico di medicina generale	91
2.9 Sicurezza nell'uso dei farmaci	92
2.9.6 Farmaci e alcol	97
2.10 Vaccinazione antiinfluenzale	98
2.11 Protezione dalle ondate di calore	100
2.12 Aiuto nelle attività della vita quotidiana	102
2.13 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra il pool delle Microaree, l'ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	104
3 - PARTECIPAZIONE	105
3.1 Formazione e apprendimento	106
3.2 Lavoro	108
3.3 Attività sociali e comunitarie	109
3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività	111
3.5 Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra il pool delle Microaree, l'ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	116
4 – AMBIENTE DI VITA	117
4.1 Accessibilità dei servizi	118
4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?	119
4.1.3 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati?	122
4.2 Abitazione	124
4.3 Sicurezza dell'area di residenza	128
4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra il pool delle Microaree, l'ASS1 "Triestina" e i dati nazionali	130
SINTESI DEI PROBLEMI E IPOTESI DI INTERVENTO PER GLI OPERATORI	131
BIBLIOGRAFIA	141
SITOGRAFIA	145

Presentazione

La provincia di Trieste rappresenta un "anticipo" di ciò che sarà l'Italia del futuro? Di fatto è la provincia con il maggior indice di vecchiaia d'Italia, il 28% dei suoi abitanti (oltre 64.500 persone) ha più di 64 anni ed il 14% più di 74. Uno scenario che l'ISTAT prevede per l'intero territorio nazionale soltanto nel 2030.

Una popolazione "fragile" dunque, caratterizzata da situazioni peculiari, quali la frammentazione familiare, la solitudine, con abitudini di vita a rischio, in particolare l'abitudine al fumo e l'assunzione di alcolici. A questa situazione si contrappone certamente un relativo benessere economico, non tuttavia omogeneamente distribuito sul territorio, con la presenza di aree disagiate in cui importante appare anche la problematica del disagio sociale.

Queste caratteristiche della popolazione hanno indotto una politica di prevenzione lungimirante, che dal 1999 nella nostra provincia ha visto l'istituzione di una rete di assistenza territoriale unica in Italia, quella delle "microaree", nelle quali l'Azienda per i Servizi Sanitari ha attivato progetti di integrazione socio-sanitaria che hanno coinvolto la parte più debole della società, ponendosi in diretta collaborazione con i Comuni, l'ATER (ente gestore dell'edilizia pubblica residenziale) ed il privato sociale.

Con questo lavoro abbiamo cercato di misurare, verificare l'efficacia delle politiche messe in atto, conoscere i bisogni della popolazione ed il loro cambiamento nel tempo, al fine di fornire gli strumenti per affrontarli correttamente nel futuro.

Questo lavoro vuole rappresentare uno strumento di prevenzione per garantire la sanità del futuro. A partire dalla conoscenza di come si vive, delle abitudini alimentari, della composizione sociale, dello stato di salute e della disponibilità economica si costituisce quell'"immagine" di una popolazione su cui si deve poi cucire l'"abito" delle politiche che una società avanzata deve mettere in atto per garantire ad ogni suo componente una vita dignitosa e in salute.

dott. Valentino Patussi

Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina"

Prefazione

La provincia di Trieste è la più vecchia di Italia, con un indice di vecchiaia al 2012 del 245%¹; ha circa 232.000 abitanti, il 28% dei quali con più di 64 anni; il 5% degli ultra 64 enni (circa 3.000 persone) è istituzionalizzato.

Fin dal 1999 è stata terreno di sperimentazione di importanti progetti di integrazione socio – sanitaria fra l'ASS 1 Triestina, i Comuni, l'Ente gestore dell'Edilizia Pubblica Residenziale (ATER) ed il privato sociale, la cui massima espressione è stata raggiunta nelle “Microaree” e nelle zone ad esse limitrofe². All'interno delle 11 Microaree “storiche”, distribuite omogeneamente sul territorio e caratterizzate da un'importante presenza di edifici di edilizia popolare, risiedono 13.691 abitanti, il 31% dei quali (4.209 persone) ha più di 64 anni (dati al 01 febbraio 2013). Tali aree residenziali presentano importanti problematiche sanitarie e sociali e un'elevata concentrazione di anziani soli, cui conseguono importanti carichi assistenziali e costi diretti ed indiretti, in termini sia di spesa sanitaria che di Disability Adjusted Life Year (DALY, ovvero anni di vita in salute persi per morte prematura o anni vissuti con la malattia). In quelle aree, fra le altre azioni, è in corso un progetto che, a partire dalla conoscenza diretta di tutti gli abitanti, mira a mettere in campo servizi sempre più rispondenti alle necessità dei cittadini, anche attraverso la promozione di relazioni di vicinato e di comunità^{3 4}.

Soprattutto in un'epoca di contrazione delle risorse, è necessario che le politiche sociali e sanitarie si integrino e che, quindi, la programmazione degli interventi avvenga in maniera congiunta.

Una corretta programmazione congiunta, sociale e sanitaria, non può prescindere dal quadro conoscitivo della popolazione, dei bisogni della comunità, delle risorse (istituzionali e dei soggetti privati) e dei sistemi di offerta presenti sul territorio, analizzati nel profilo di comunità, e deve individuare strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione degli obiettivi fissati⁵.

A questo proposito, nell'ASS1 Triestina sono attivi, e ormai consolidati, i sistemi di sorveglianza PASSI (dal 2005), OKKIO e HBSC. PASSI D'Argento, avviato nel Luglio del 2012, si integra in questo quadro di sorveglianze di popolazione, al fine di raccogliere informazioni necessarie ad una corretta programmazione sia a livello di Azienda sanitaria, che per l'integrazione socio-sanitaria, che per le politiche a favore dell'invecchiamento attivo, rappresentando anche una delle azioni previste dai PDZ 2013-2015 di Trieste.

Le informazioni prodotte, tempestive, confrontabili e non ottenibili da altri sistemi, riguardano non solo lo stato di salute e la distribuzione dei fattori di rischio della popolazione target, ma agevolano l'identificazione di carenze organizzative la valutazione dell'efficacia delle iniziative promosse, permettendo così una programmazione adeguata.

¹ Indice di Vecchiaia 2012 ISTAT disponibile all'indirizzo:

http://noi-italia2013.istat.it/fileadmin/user_upload/allegati/S03I01M03p0_2012.xls

² Habitat Microaree disponibile all'indirizzo:

http://www.retecivica.trieste.it/habitat/default.asp?tabella_padre=sezioni&ids=2&tipo=blocchi_sezioni_2&pagina=- ultima consultazione 09/03/2014

³ Progetto "Microaree" - Salute e sviluppo di comunità; disponibile all'indirizzo

http://www.ass1.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=71&_dad=pass1&_schema=PASS1&act=2&id=3964; ultima consultazione 09/03/2014

⁴ Cogliati Dezza MG, Da Col P, Giretti M, Degrassi M, Spanò M, Fragiaco E, Pianca A, Altomare O, Paoletti F, Ianderca B, Rusgnach C, Rotelli F. *Il "Progetto Microaree" nei distretti di Trieste. Azioni innovative per una salute globale in una rivisitazione operativa delle cure primarie* Sistema Salute 2012; 56 (3): 374-387

⁵ Comune di Trieste. *Piano di Zona 2013-2015*; Disponibile all'indirizzo:

http://www.retecivica.trieste.it/new/admin/allegati_up/allegati/PDZ_2013-2015.pdf, modificato

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

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

La combinazione degli indicatori contenuti nel PDA permette di tracciare un profilo di salute della popolazione ultra 64enne e profili di rischio per condizioni specifiche, consentendo di identificare le aree che necessitano di maggiore intervento per le politiche a favore dell'invecchiamento attivo.

Nel 2012 l'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina" ha partecipato per la prima volta alla sorveglianza PASSI d'Argento, realizzando 502 interviste.

Da questa indagine, condotta sulla popolazione ultra 64enne dell'intera provincia, è emerso un quadro migliore rispetto alla media nazionale, per quanto attiene il benessere economico, l'accessibilità dei servizi socio-sanitari, la percezione della sicurezza nell'area di residenza, la partecipazione alla vita sociale, l'attenzione dei medici, in termini di frequenza di visite e di controllo della terapia farmacologica e una prevalenza di disturbi sensoriali più bassa. Critiche, invece, sono risultate la diffusione di informazioni per prevenire i rischi delle ondate di calore e le cadute, l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e la prevalenza di abitudini voluttuarie, soprattutto fumo e assunzione di alcol "a rischio".

Nel 2013 si è voluta focalizzare l'attenzione sulla popolazione anziana residente nelle Microaree, realizzando così una seconda indagine PASSI d'Argento nelle 11 microaree storiche della città (Cittavecchia, Giarizzole, Grego, Greta, Melara, Ponziana, S.Giovanni, Soncini, Valmaura, Vaticano, Zindis), con l'obiettivo di tracciare un profilo della comunità anziana residente in quelle aree, identificando eventuali disuguaglianze di salute, e di analizzarne i bisogni, ma anche di verificare l'effetto degli interventi e dei progetti di integrazione socio-sanitaria intrapresi fin dal 1999.

La numerosità del campione (467 persone), scelto con campionamento casuale, stratificato per sesso e classi di età e pesato sulla base della popolazione delle microaree, consente di inferire i risultati all'intera comunità target e non a singole microaree.

Ringrazio di cuore le cittadine e i cittadini per il tempo prezioso che ci hanno dedicato; le colleghe e i colleghi di Televita e delle microaree che, con il consueto impegno, l'entusiasmo e la professionalità che li contraddistinguono, hanno realizzato le interviste, valutando contestualmente i bisogni delle persone contattate e attivando i servizi, ove necessario; i medici di medicina generale; i direttori dei distretti sanitari; i responsabili infermieristici; i referenti di ambito sociale dei Comuni della Provincia di Trieste e tutte le altre persone che hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro.

Daniela Germano

Responsabile del Sistema di Sorveglianza PASSI D'Argento

Azienda per i Servizi Sanitari N°1 "Triestina"

Maggio 2014

Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto

Il rapporto aziendale “Salute e invecchiamento attivo nelle microaree della provincia di Trieste” presenta i risultati dell’indagine di sorveglianza di popolazione con 65 anni e più “PASSI d’Argento”, realizzata nel 2013 in un pool di 11 microaree dell’ ASS1 “Triestina”.

I destinatari principali del rapporto sono gli operatori che, a vario livello, sono coinvolti nella messa a regime del sistema di sorveglianza, ed i decisori.

Il rapporto ha l’obiettivo di:

- fornire una panoramica completa della sorveglianza di popolazione PASSI d’Argento, in modo da favorire la comprensione di obiettivi, metodi e principali aspetti innovativi del sistema.
- mettere a disposizione di tecnici e addetti ai lavori un documento di consultazione dei risultati dell’indagine PASSI d’Argento 2013 condotta in un pool di 11 microaree, in confronto con i risultati dell’indagine realizzata nell’intera ASS1 nel corso del 2012.

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

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

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

I risultati delle precedenti indagini PASSI d’Argento e i risultati dell’indagine nazionale 2012-2013 saranno disponibili online all’indirizzo:

<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/salute%20e%20invecchiamento%20attivo%20nell'ASS1%20Triestina%202012-2013.pdf>

La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento

Perché una sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più?

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

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

Cosa è stato fatto ad oggi?

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

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

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

Il percorso formativo si è articolato in incontri di formazione residenziale (a Roma, presso le sedi dell'ISS) e un percorso di formazione sul campo, all'interno del contesto professionale dei partecipanti. I coordinatori regionali, locali e gli intervistatori, inoltre, hanno costituito una comunità di pratica, grazie all'utilizzo di una

piattaforma web (moodle) (www.passidargento.it/moodle) alla quale hanno un accesso protetto e che consente loro di coordinarsi e collaborare nell'elaborazione cooperativa di contenuti e nello svolgimento dell'indagine.

Come funziona il sistema PASSI d'Argento?

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

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

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

La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più che possiedono un telefono e che non hanno gravi problematiche psico-fisiche. Sono definite "non eleggibili" le persone che, al momento della rilevazione, erano domiciliate fuori del comune di residenza, ospitate in Strutture Sanitarie Assistite, ricoverate in ospedale o residenti in carcere.

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

La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi, come per l'A.S.S. 1 "Triestina", anche a livello aziendale.

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

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista. È stata chiesta una valutazione sull'indagine PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico. Le operazioni previste dall'indagine PASSI d'Argento in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali). Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità degli intervistati. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per chiedere il consenso all'intervista e presentare gli obiettivi e i metodi dello studio. Prima dell'intervista, sia faccia a faccia sia telefonica, l'intervistatore ha indicato nuovamente gli obiettivi dello studio e le misure adottate per garantire la privacy. Dopo l'intervista, i dati nominativi delle persone selezionate sono stati

conservati per alcuni giorni in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore regionale dell'indagine, e quindi distrutti dopo la validazione del questionario. Nessun dato nominativo è rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

L'intervistatore effettua l'intervista attraverso CATI (Computer Assisted Telephone Interview) o questionari cartacei, con successiva immissione dei dati su un personal computer.

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

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

L'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina" ha aderito nel 2012 al sistema di sorveglianza, in assenza di una partecipazione regionale allo studio. Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati 37 operatori, di cui 29 nel 2012 (8 di Televita S.P.A., 12 operatori sanitari dei Distretti dell'A.S.S. 1 "Triestina" e 9 Assistenti Sociali delle UOT e degli Ambito dei Comuni della provincia di Trieste) e, nel 2013, altri 8 operatori sanitari delle Microaree dell'A.S.S.1.

Perché realizzare l'indagine nelle "Microaree" della provincia di Trieste?

La provincia di Trieste è una delle più anziane d'Italia: nel 2012 l'indice di vecchiaia era del 245% (Italia: 147%; FVG: 187%); 28% della popolazione (oltre 64.500 persone) ha più di 64 anni (14% più di 74 anni), configurando lo scenario che l'ISTAT prevede per l'Italia per il 2030. Il 5% delle persone con 65 anni e più vive in residenze per anziani.

Nel 2012 l'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina" ha partecipato per la prima volta alla sorveglianza, realizzando, fra Settembre e Ottobre 2012, 502 interviste. La numerosità del campione fornisce una rappresentatività aziendale dei risultati, consentendo di estendere le stime alla popolazione target.

Fin dal 1999 la provincia di Trieste è stata terreno di sperimentazione di importanti progetti di integrazione socio - sanitaria, che hanno coinvolto e tuttora coinvolgono l'ASS 1 Triestina, i Comuni, l'Ente gestore dell'Edilizia Pubblica Residenziale (attualmente denominato ATER) ed il privato sociale. Negli ultimi anni, i maggiori livelli di integrazione e di espressione sono stati raggiunti nelle "Microaree" e nelle zone ad esse limitrofe. Tali aree residenziali, caratterizzate da un'importante presenza di edifici di edilizia popolare, sono distribuite omogeneamente sul territorio; presentano importanti problematiche sanitarie e sociali e un'elevata concentrazione di anziani soli. In quelle aree è in corso un progetto che, a partire dalla conoscenza diretta di tutti gli abitanti, mira a mettere in campo servizi sempre più rispondenti alle necessità dei cittadini, anche attraverso la promozione di relazioni di vicinato e di comunità.

Nel 2013 è stata realizzata la seconda indagine PASSI d'Argento, che ha avuto quale oggetto le 11 microaree storiche della città (Cittavecchia, Giarizzole, Grego, Gretta, Melara, Ponziana, S.Giovanni, Soncini, Valmaura, Vaticano, Zindis). La numerosità del campione (467 persone), scelto con campionamento casuale, stratificato per sesso e classe di età e pesato sulla base della popolazione delle microaree, consente di inferire i risultati all'intera comunità target e non a singole microaree.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita da 4.209 persone con più di 64 anni (maschi=1.682; femmine=2.527), iscritte al 04/02/2013 nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell' Azienda Sanitaria n°1 "Tries tina", nelle 11 microaree storiche (Cittavecchia, Giarizzole, Grego, Gretta, Melara, Ponziana, S.Giovanni, Soncini, Valmaura, Vaticano, Zindis).

Dal 1 marzo al 31 luglio 2013 sono state intervistate 467 persone con più di 64 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Il campione è rappresentativo della popolazione di persone con 65 anni e più residenti nel pool delle microaree considerate.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 20 persone campionate (2,6%) non erano eleggibili per i motivi seguenti: impossibilità di reperire il numero telefonico (6 anziani), ospite in casa protetta (5 anziani), ricovero in ospedale per lungodegenti (2 casi) residente o domiciliato stabilmente altrove (6 casi), non conoscenza della lingua italiana (1 caso); durante l'indagine condotta nel 2012 sulla popolazione ultra 64enne dell'ASS1 (indicata d'ora in poi come "indagine PDA 2012 ASS1") la percentuale di non eleggibili era dello 1,7%, mentre la media nazionale (2012) era del 6,5%.

Il tasso di risposta ⁽⁶⁾ è risultato dello 86%, quello di sostituzione ⁽⁷⁾ del 14% e quello di rifiuto ⁽⁸⁾ dello 11% (i valori dell'indagine ASS1 2012 sono rispettivamente dello 87%, del 13% e del 12%, mentre quelli nazionali 2012 sono rispettivamente dello 89%, del 12% e del 10%).

Per l'indagine condotta nell'intera provincia di Trieste nel corso del 2012 ("indagine PDA 2012 ASS1"), la popolazione in studio era costituita da 65.727 residenti (maschi = 26.559; femmine = 39.168) con più di 64 anni iscritti al 31/05/2012 nelle liste dell'anagrafe sanitaria. Nel corso del 2012 sono state intervistate 502 persone.

A livello nazionale la popolazione in studio nel 2012 era costituita da 13.123.216 persone (maschi = 5.602.793; femmine = 7.520.423) con più di 64 anni residenti al 01/01/2012 in Italia (Dati ISTAT), iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle regioni. Nel corso del 2012 sono state intervistate 23.976 persone con più di 64 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle liste delle anagrafi sanitarie regionali.

⁶ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

⁷ Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

⁸ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

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

In base ai risultati del test della memoria, il 96% delle interviste è stato completato direttamente con l'anziano, mentre nel 4% è intervenuto il proxy (i valori dell'indagine ("indagine PDA 2012 ASS1" sono rispettivamente 92% e 8%, mentre a livello nazionale i dati sono rispettivamente del 77% e del 23%); solo nello 0,2% dei casi l'intervista si è conclusa con la raccolta dei dati socio - anagrafici dell'anziano campionato, per mancanza o indisponibilità del proxy. Meno dello 0,2% delle interviste non è stato completato.

Quale era la modalità di intervista?

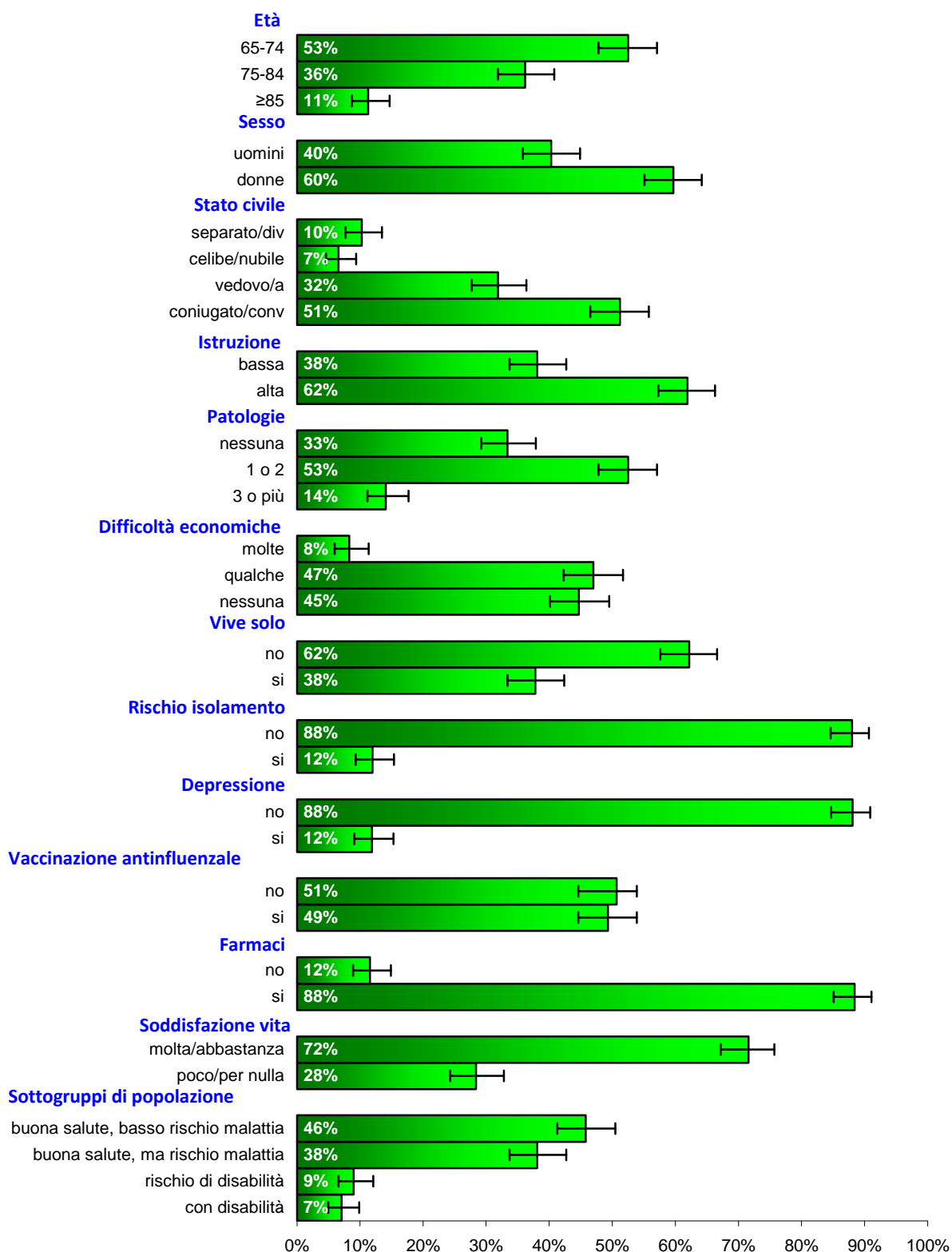
Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 18 operatori specificamente formati. La modalità di intervista è scelta sulla base delle necessità o eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato.

Nel 2013, le interviste telefoniche sono state lo 87% (n=407), mentre il 13% (60 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia. Nel 2012, nell'indagine realizzata nell'intera provincia di Trieste ("indagine PDA ASS 1 2012") le interviste telefoniche sono state il 97% (n=486), mentre il 3% (16 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia. Queste differenze nella modalità di intervista è dovuta al coinvolgimento nell'indagine degli operatori che abitualmente lavorano all'interno delle microaree. Questi ultimi, se da un lato hanno facilitato l'esecuzione delle interviste, in quanto figure già conosciute dai residenti delle microaree, dall'altro, hanno sfruttato l'occasione opportuna dell'intervista per conoscere situazioni di bisogno e, se necessario, attivare i servizi competenti.

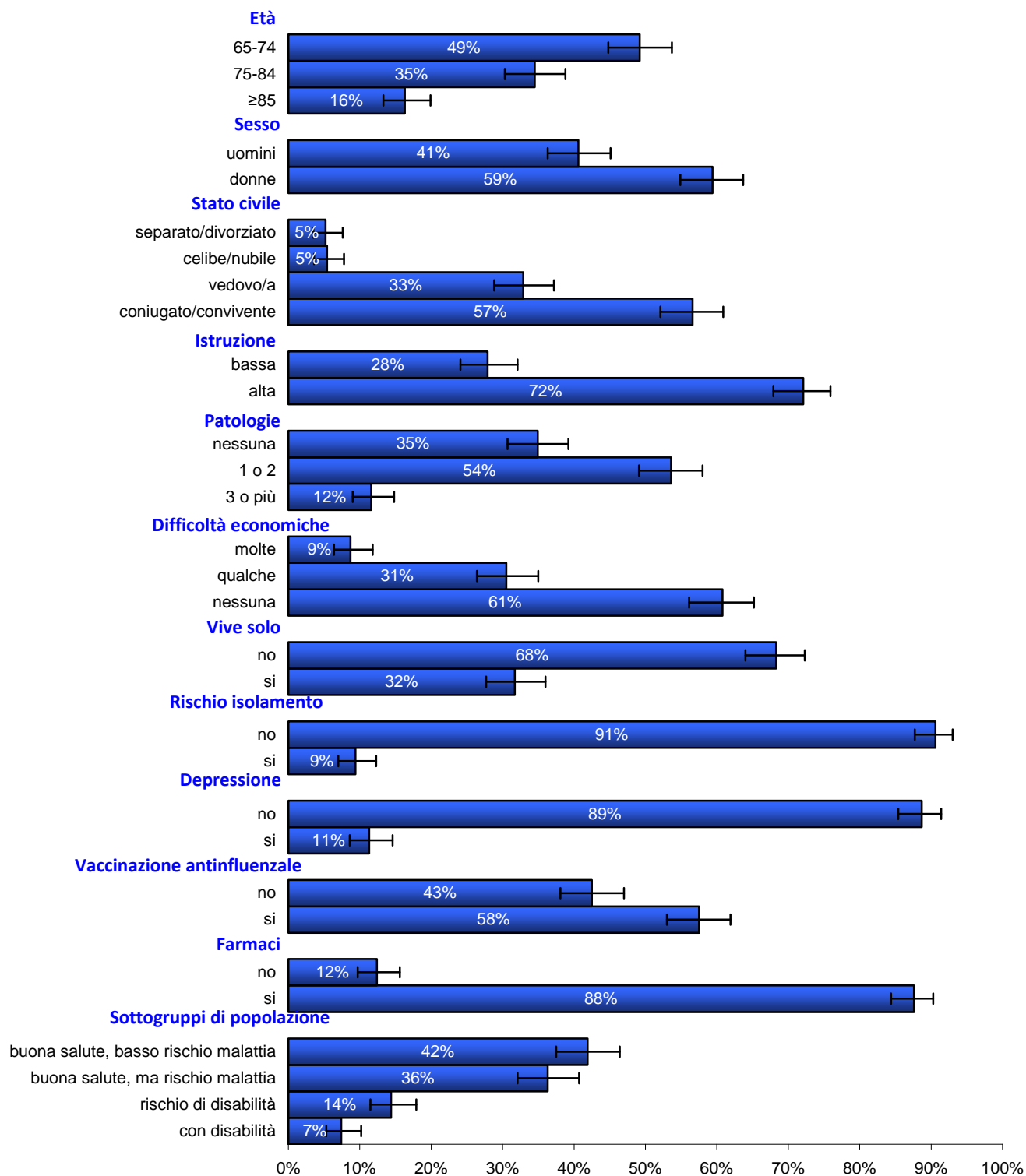
La durata dell'intervista è stata in media di 15 minuti se telefonica, 33 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l'operatore ha percorso in media 0 km per raggiungere l'anziano; in un solo caso ha percorso 3 km.

Profilo generale della popolazione anziana
Descrizione del campione del pool delle microaree
 Microaree PDA 2013 (n=467)



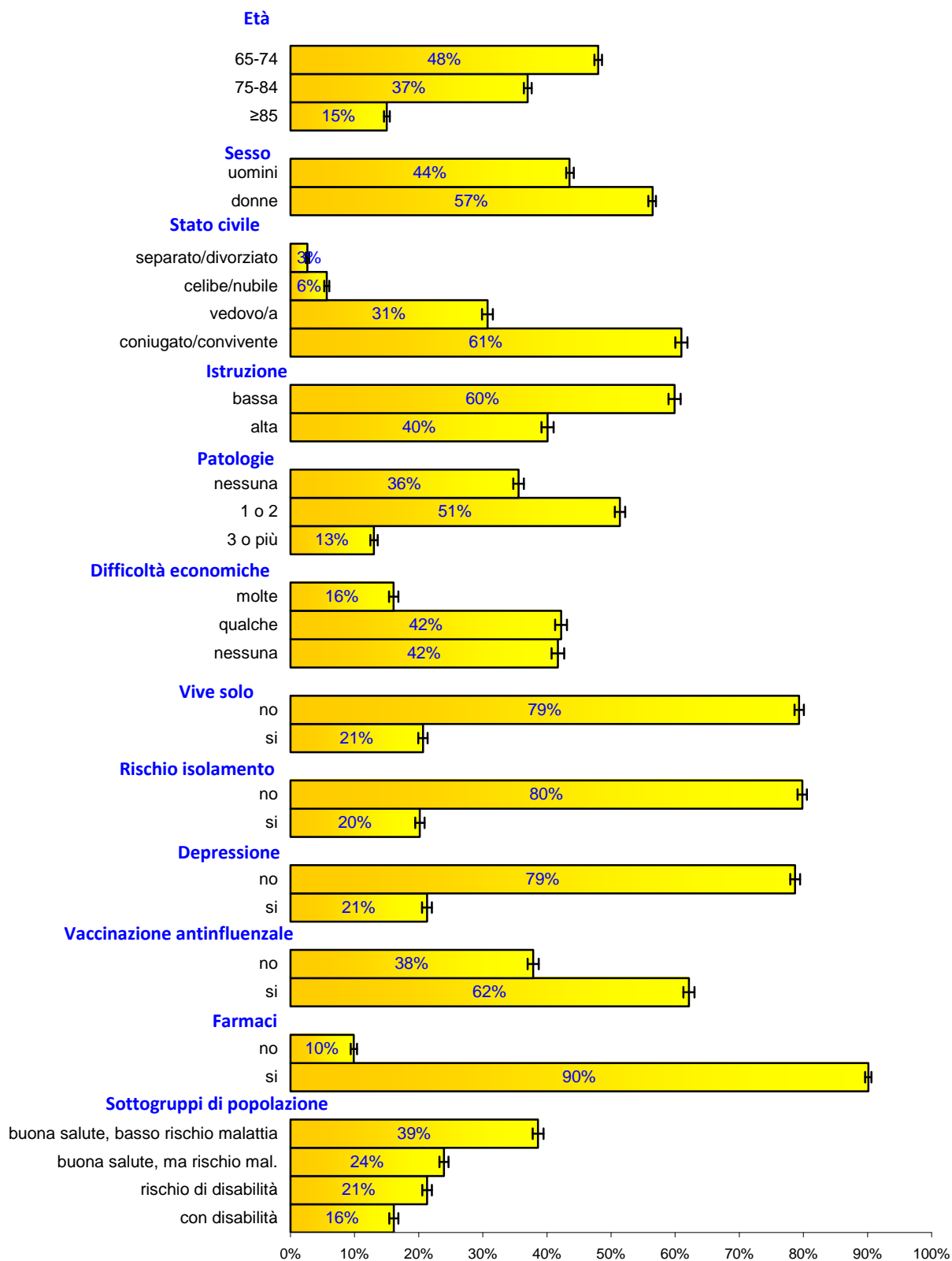
Profilo generale della popolazione anziana
Descrizione del campione aziendale
 ASS1 "Triestina" PDA 2012 (n=502)



Profilo generale della popolazione anziana

Descrizione del campione nazionale

Pool PDA 2012 (n=23.976)



1. Benessere e indipendenza

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Caratteristiche socio-demografiche

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

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

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

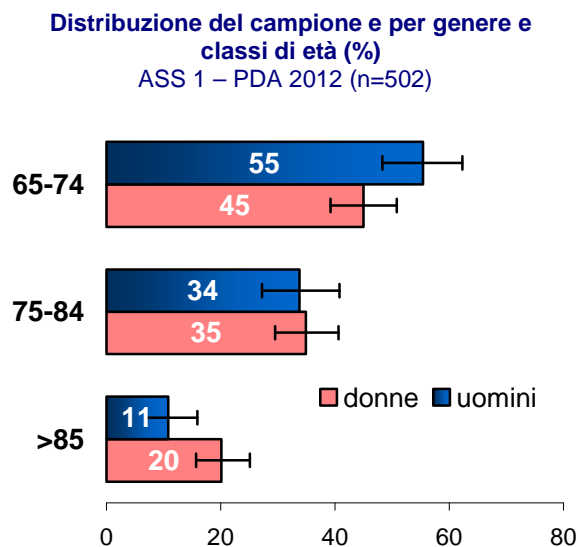
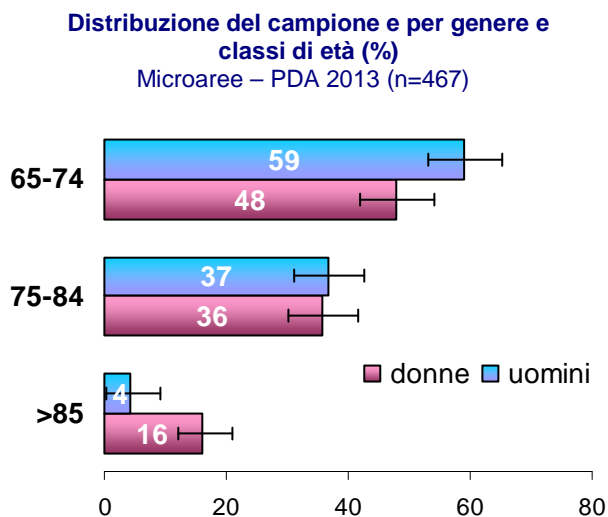
La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe sanitaria.

Per quanto riguarda la distribuzione per classi di età,

- il 53% appartiene alla fascia 65-74 anni;
- il 36% a quella 75-84 anni;
- lo 11% è composto da persone nella fascia con 85 o più anni.

In confronto alla popolazione ultra64enne dell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nella quale il 49% appartiene alla fascia 65-74 anni; il 35% a quella 75-84 anni; il 16% ha 85 o più anni, la popolazione delle microaree risulta più rappresentata nella classe di età più giovane, e tali differenze sono ascrivibili prevalentemente alla componente maschile. Le differenze rilevate, però, non sono significative dal punto di vista statistico.

Nelle microaree, l'età media è di 75,6 anni per le donne e di 72,9 anni fra gli uomini (i corrispondenti valori medi provinciali sono di 76,6 anni per le donne e di 74,7 anni fra gli uomini).



Le donne rappresentano complessivamente il 60% del campione (59% in quello provinciale del 2012).

- ◆ 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 15 su 100 tra gli uomini e 85 su 100 tra le donne: la percentuale di donne è maggiore di donne rispetto al campione provinciale del 2012, composto nella stessa fascia di età, dal 27% da uomini e dal 73% da donne) e la sua buona rappresentatività della popolazione generale per questi aspetti.

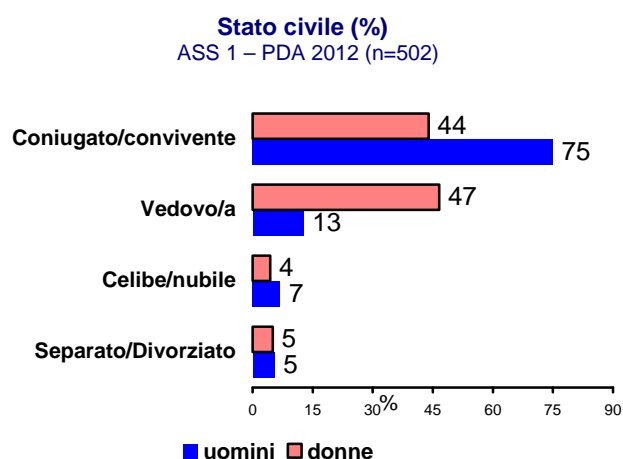
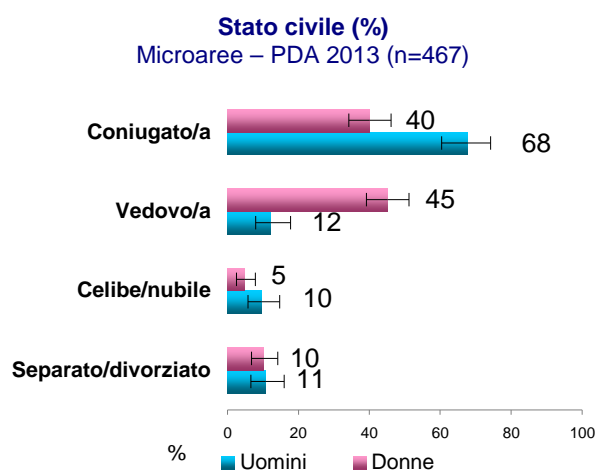
Il dato riflette il fenomeno di «femminilizzazione» della popolazione anziana, particolarmente evidente nelle classi di età più avanzate. Nelle microaree la percentuale di donne passa infatti dal 55% nella classe 65-74 anni al 59% in quella 75-84 e raggiunge ben lo 85% tra gli ultra 85enni. Tale fenomeno risulta più accentuato nelle microaree rispetto all'intera provincia (in cui la percentuale di donne passa dal 54% al 60% al 73% nelle tre classi di età considerate) e alla media nazionale, in cui la percentuale di donne passa dal 53% al 57% al 64% nelle tre classi di età considerate.

1.1.2 Qual è lo stato civile?

- ◆ Il 51% dell'intero campione è coniugato/ convivente, il 32% è vedovo, il 6% celibe/nubile e il 10% separato o divorziato. A livello provinciale (indagine PDA ASS1 2012) le percentuali sono rispettivamente del 57%, 33%, 5%, 5%.

- ◆ Il grafico sotto illustra lo stato civile nei 2 generi: sono evidenti le differenze soprattutto a carico dello stato di vedovanza, che riguarda quasi la metà delle intervistate (45%).

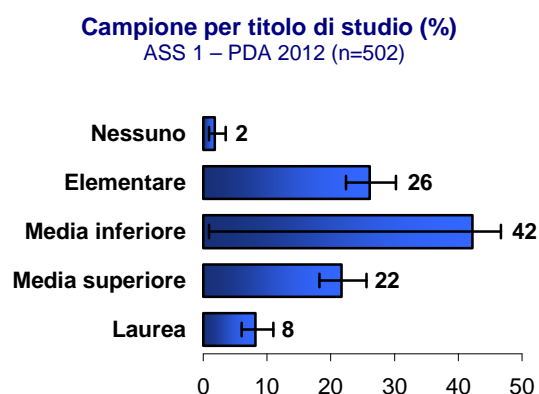
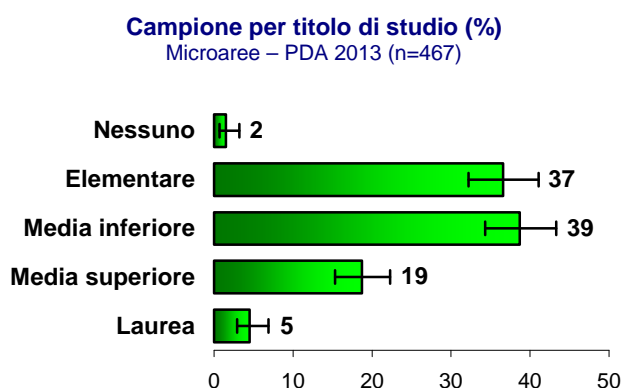
La vedovanza naturalmente cresce col crescere dell'età: fra le donne con più di 74 anni la percentuale di vedove raggiunge il 63 %, mentre fra gli uomini è del 18% (corrispondenti valori provinciali relativi all'indagine 2012: 65% e 22%).



1.1.3 Quale è il livello di istruzione?

- Il 2% del campione non ha alcun titolo di studio,
- più di uno su 3 ha la licenza elementare,
- il 39% la licenza media inferiore,
- uno su cinque la licenza media superiore
- il 5% è laureato.

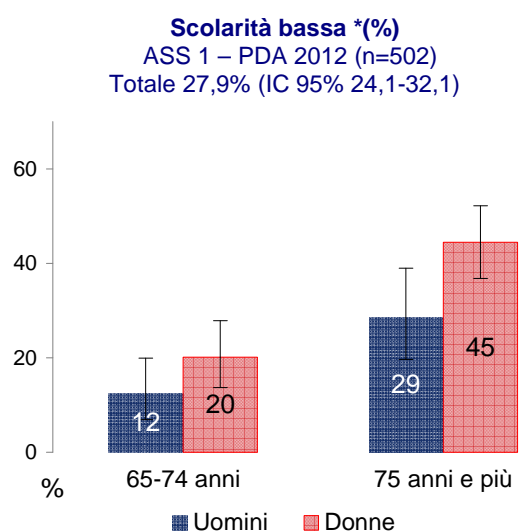
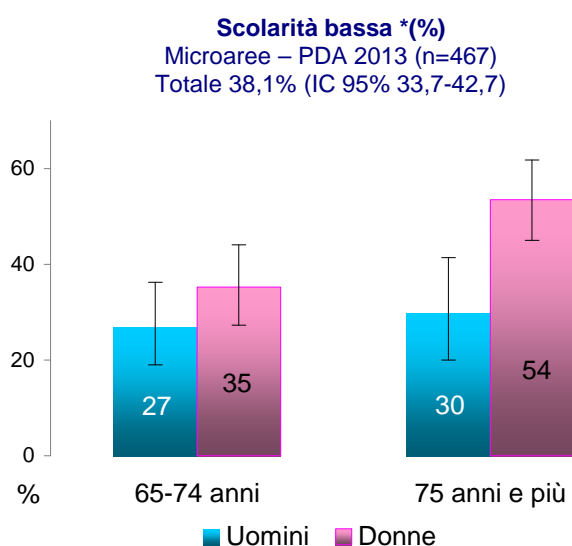
La percentuale di persone con titolo di studio elementare rilevato nel campione estratto dal pool delle microaree è più elevato di quello ricavato a livello provinciale (37% vs 26%). Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.



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

Nelle microaree il 62% degli intervistati ha livello di istruzione alto. Tale valore risulta più basso rispetto a quello rilevato nell'indagine provinciale, corrispondente al 72% (differenze significative dal punto di vista statistico), ma risulta comunque significativamente più elevato rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012), che corrisponde al 40%.

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



* nessun titolo di studio o licenza elementare

1.1.4 Con chi vivono?

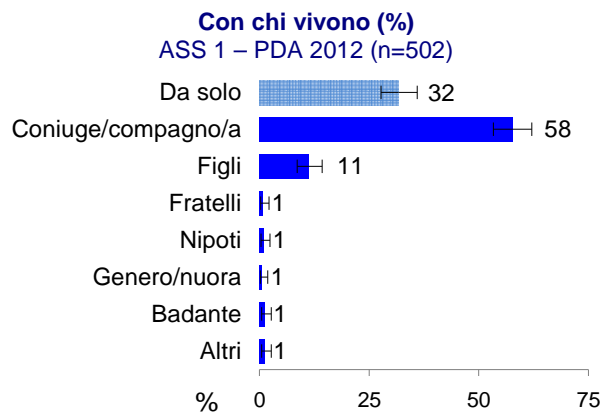
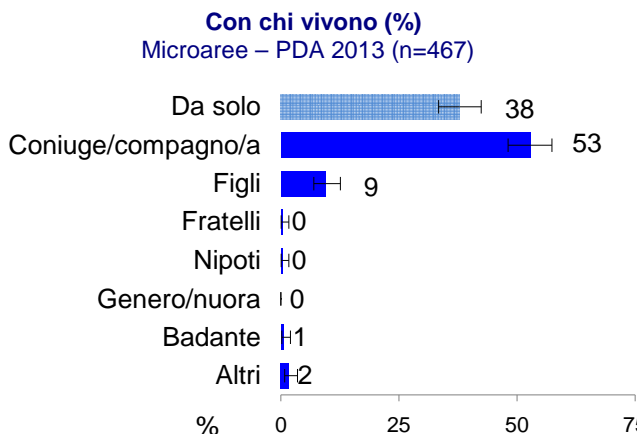
Tra le persone con 65 anni e più, il 38% (176 su 467) vive da solo.

Indipendentemente dalla convivenza con altre figure, oltre la metà (53%) vive con il coniuge;

il 9% vive con figli.

Risultano situazioni poco frequenti vivere con altre persone (2%), con una badante (1%); fratelli o sorelle; nipoti (meno dello 1%); nessuno vive con generi o nuore.

Le differenze rilevate rispetto all'indagine a livello provinciale (PDA 2012 ASS1) non risultano significative dal punto di vista statistico.



1.1.5 Quali sono le caratteristiche demografiche di chi vive solo?

Tra le 176 persone con 65 anni e più residenti nelle microaree, che vivono da sole,

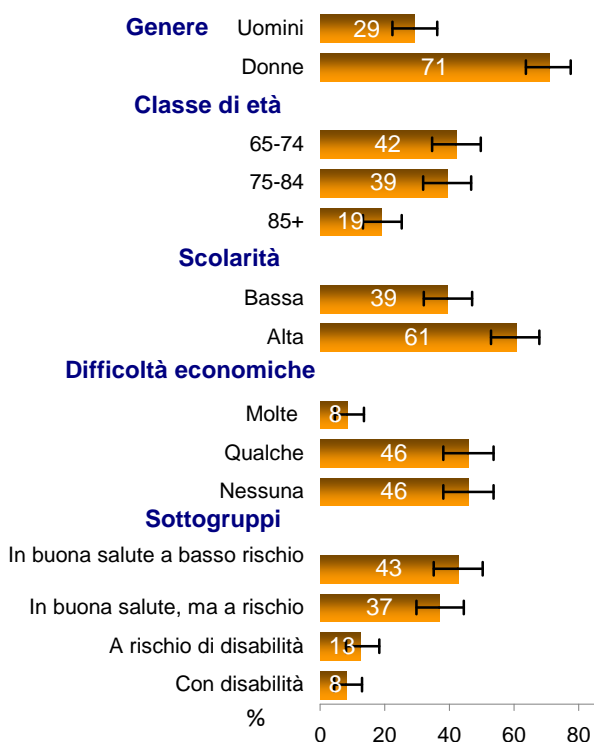
- quasi 3 su 4 sono donne;
- il 58% ha più di 74 anni, in particolare 39% ha un'età fra 75 e 84 anni e 19% ha 85 anni e più;
- circa 3 su 5 hanno livello di istruzione alto;
- oltre la metà ha difficoltà economiche (8% molte; 46% qualcuna);
- il 13% presenta un rischio di disabilità, mentre lo 8% ha una disabilità conclamata.

Le differenze rilevate sono significative per genere, classi di età, livello di istruzione, livello economico, sottogruppi di popolazione.

In confronto agli anziani che vivono da soli campionati nell'intera provincia (ASS 1 PDA 2012), fra gli ultra64enni soli residenti nelle microaree non si evidenziano differenze significative.

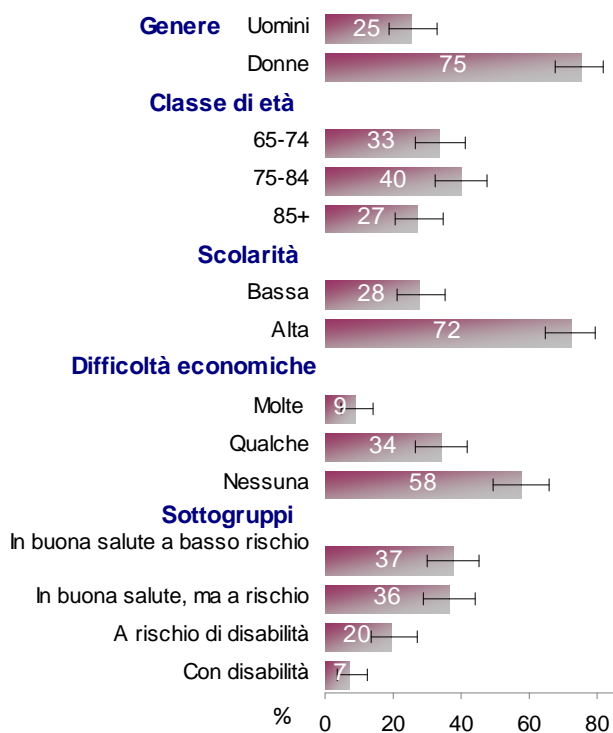
Caratteristiche socio demografiche degli ultra 64enni che vivono da soli (%)

Microaree – PDA 2013 (n=176)



Caratteristiche socio demografiche degli ultra 64enni che vivono da soli (%)

ASS 1 – PDA 2012 (n=159)



1.1.6 Come arrivano a fine mese?

Nelle microaree, il 45% delle persone intervistate riferiscono di non avere particolari difficoltà economiche:

- il 6% arriva a fine mese molto facilmente;
- 39% abbastanza facilmente;
- 47% riferisce qualche difficoltà;
- 8% arriva a fine mese con molte difficoltà.

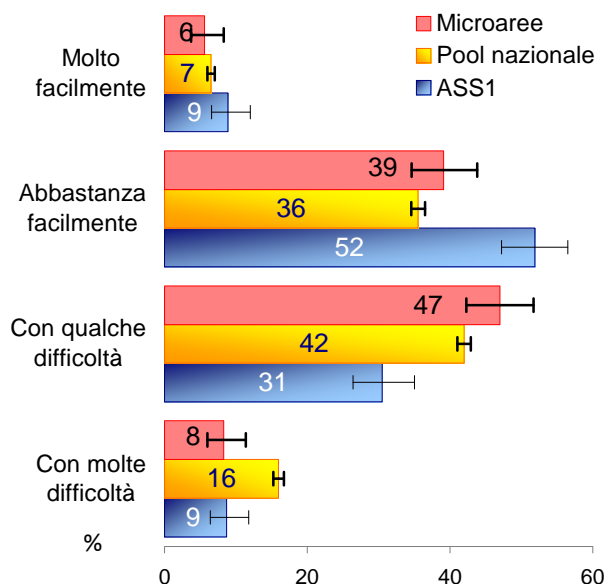
A livello provinciale (indagine PDA ASS1 2012), una percentuale più alta di intervistati (61%) riferisce di non avere particolari difficoltà economiche e le differenze sono significative dal punto di vista statistico. In particolare, rispetto all'intera provincia, nelle microaree è più alta la percentuale di intervistati che dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà (47% vs 31%), mentre è più bassa quella che vi arriva abbastanza facilmente (39% vs 52%: differenze significative statisticamente).

La situazione economica dichiarata dagli intervistati residenti nelle microaree si avvicina a quella nazionale, con l'unica differenza per coloro che dichiarano molte difficoltà economiche, che risultano essere la metà rispetto al pool nazionale (8% vs 16%: differenze significative).

Come arrivano a fine mese (%)

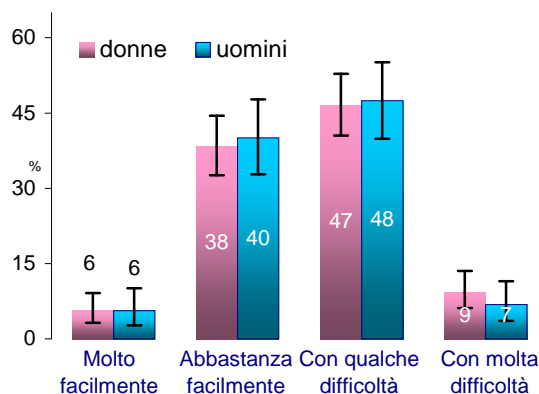
PDA 2012

Confronto Microaree (n=467) - ASS 1 (n=459) - Pool (n=18.388)

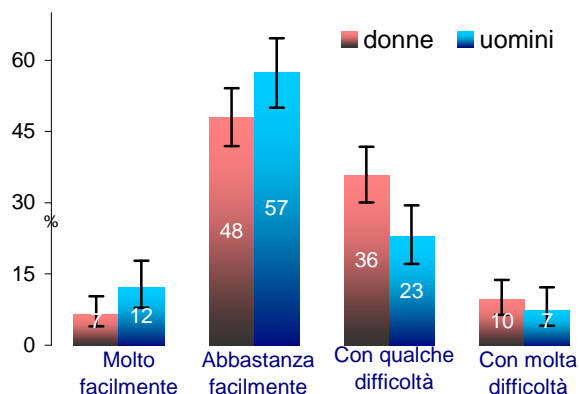


A differenza di quanto rilevato a livello dell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nelle microaree non si registrano differenze di genere fra le persone che dichiarano difficoltà economiche.

Come arrivano a fine mese per genere (%)
Microaree – PDA 2013 (n=467)



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



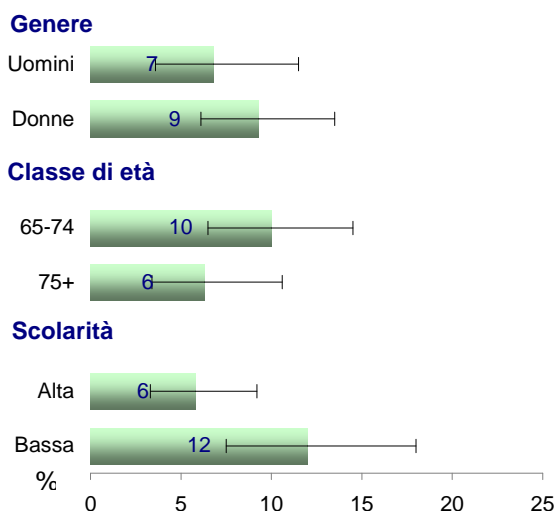
1.1.7 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?

PASSI d'Argento stima che fra le persone con 65 anni e più, nelle microaree dell'ASS1, il 55% arrivi a fine mese con difficoltà economiche ed il 45% vi arrivi senza.

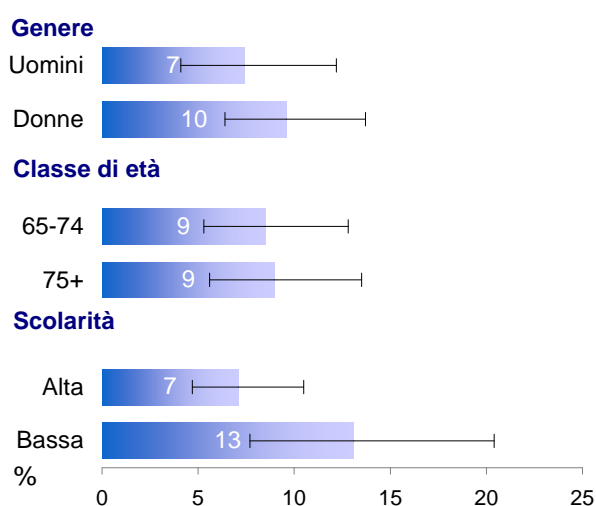
Fra le persone che riferiscono difficoltà economiche, lo 8% arriva a fine mese con molta difficoltà (9% a livello provinciale).

Vengono riferite molte difficoltà economiche soprattutto dalle persone con scolarità bassa (12%) rispetto a quelle con scolarità alta (6%), mentre non si rilevano differenze per genere ed età, come è stato già rilevato a livello provinciale.

Chi ha molte difficoltà economiche (%)
Microaree – PDA 2013 (n=467)
Totale =8,3 % (IC95% 6,0–11,4)



Chi ha molte difficoltà economiche (%)
ASS 1 – PDA 2012 (n=502)
Totale = 8,9% (IC95% 6,6 – 12,0)



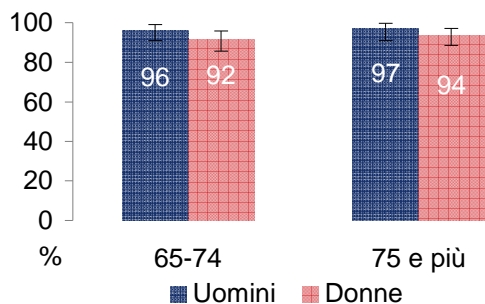
1.1.8 Quanti percepiscono una pensione?

Il 94% della popolazione con 65 anni e più riceve una pensione (97% degli uomini, quasi 93% delle donne). La disponibilità di pensione non cambia con l'età tra gli uomini, mentre risulta maggiore tra le donne con 75

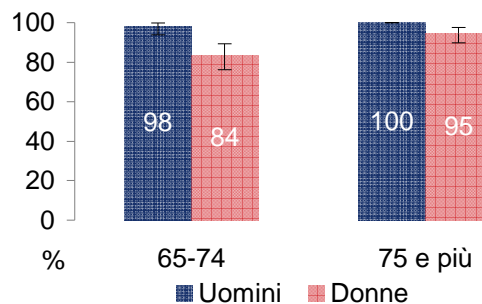
anni e più (94%) rispetto a quelle con 65-74anni (92%).

A livello provinciale (PDA ASS1 2012), riceve una pensione il 93% della popolazione con 65 anni e più (99% degli uomini, quasi 90% delle donne). Anche in questo caso, la disponibilità di pensione non cambia con l'età tra gli uomini, mentre risulta maggiore tra le donne con 75 anni e più (95%) rispetto a quelle con 65-74anni (84%), con differenze più evidenti rispetto a quanto rilevato nelle 11 microaree considerate.

Percepiscono una pensione (%)
Microaree – PDA 2013 (n=467)



Percepiscono una pensione (%)
ASS 1 – PDA 2012 (n=502)



1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più

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

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

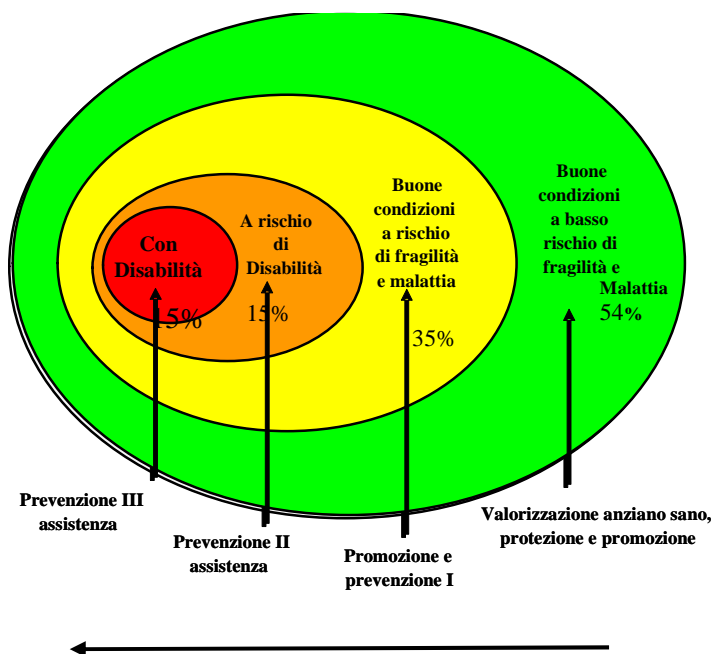
- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

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

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

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

I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento



1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?

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

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

Si sono così identificati 4 sottogruppi

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

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

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

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

3. A rischio di disabilità

- sono indipendenti in tutte le attività ADL
- hanno bisogno di aiuto in almeno due IADL

4. Con disabilità

- hanno bisogno di aiuto in una o più ADL.

1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?

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

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

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

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

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

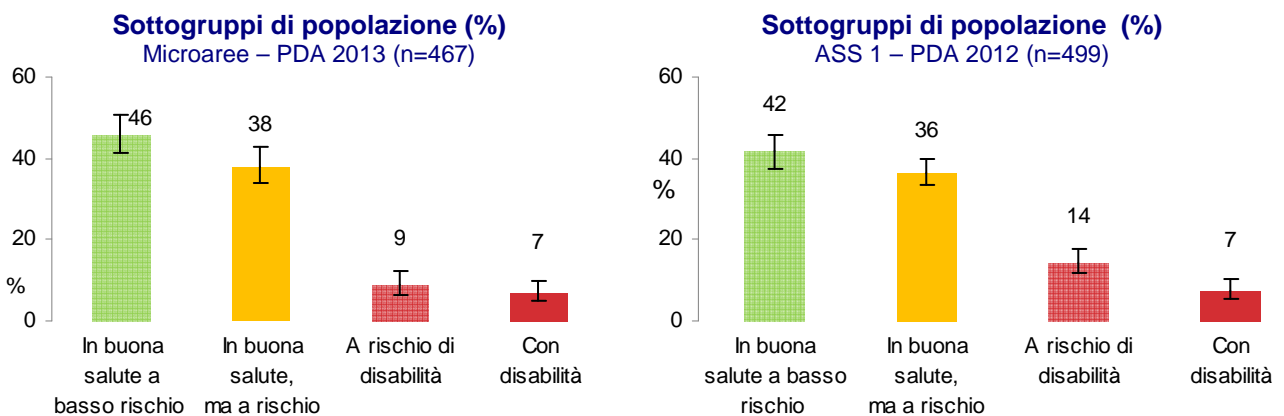
Sono state considerate sia le situazioni di non autonomia nelle sole ADL (la non autonomia in almeno 1 ADL è definita “disabilità”), sia la non autonomia “solo” nelle IADL.

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

1.2.4 Nelle microaree della ASS 1 “Triestina” come è distribuita la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?

- Il 46% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa.
- Il 38% è in buona salute, ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità.
- Il 9% è a rischio di disabilità.
- Il 7% risulta avere limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana ADL. In questo ultimo gruppo troviamo le persone che hanno particolare bisogno di assistenza.

A livello provinciale (ASS 1, PDA 2012) i valori rilevati sono rispettivamente 42%, 36%, 14% e 7%; le differenze rilevate non risultano significative statisticamente.



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

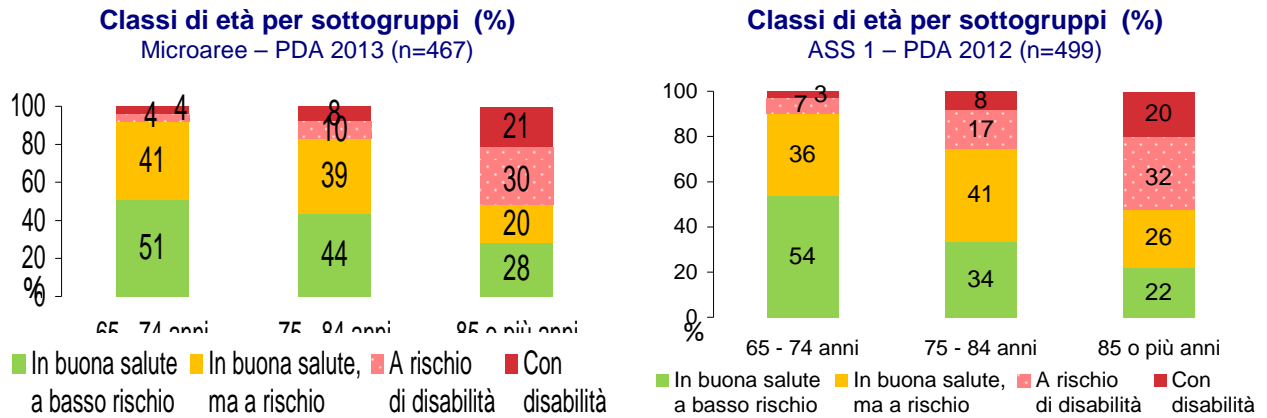
Nel pool delle microaree indagate:

- ◆ tra le persone di età compresa tra i 65 ed i 74 anni la maggioranza è in buona salute (92%), quelle con disabilità rappresentano solo il 4% e quelle a rischio di disabilità sono il 4%,
- ◆ tra le persone fra 75 e 84 anni, 83% è in buona salute, 10% è a rischio di disabilità e 8% è disabile.
- ◆ Dopo gli 84 anni le persone a rischio di disabilità (30%) e con disabilità (21%) rappresentano la metà delle persone in questa fascia di età.
- ◆ Le persone in buona salute ma a rischio sono il 41% tra i 65 ed i 74 anni, il 39% tra i 75-84 anni e il 20% dagli 85 in avanti.

Rispetto all'intera provincia (PDA ASS1 2012), nelle microaree risultano più elevate, nella classe 65-74 anni, la percentuale di persone in buona salute ma a rischio di malattia (41% vs 36%) e, in quella 75-84 anni, le persone in buona salute e basso rischio di malattia (44% vs 34%); più basse, invece, in tutte le classi di età, le percentuali di persone con disabilità e rischio di disabilità.

Nell'interpretare questo dato non va dimenticato che nelle microaree si ha una concentrazione di abitazioni di edilizia popolare e di anziani soli, con reddito basso, seguiti o conosciuti dai servizi sociali e sanitari. L'ipotesi più probabile è che le persone non più autosufficienti, prive di un supporto parentale, vengono trasferite in

residenze comunali in grado di garantire la necessaria assistenza.



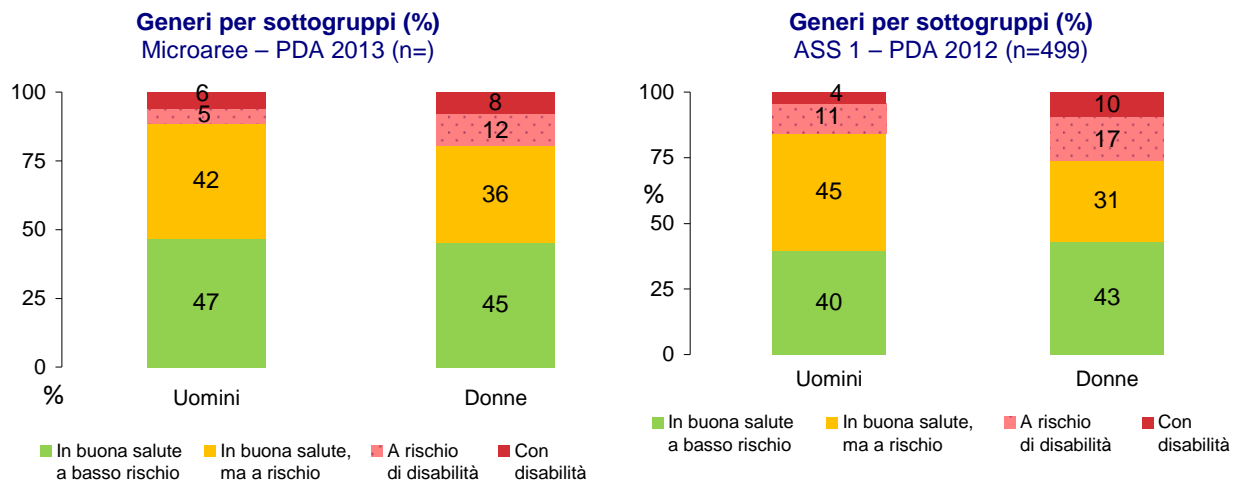
1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?

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 (8% vs 6% negli uomini) e a rischio di disabilità (12% vs 5% negli uomini).

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

A livello provinciale le differenze per genere nella distribuzione per sottogruppi risultano ancora più evidenti.



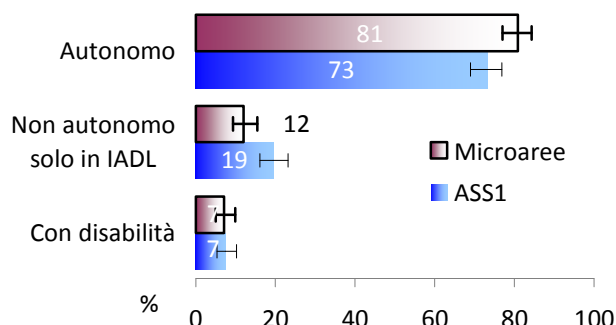
1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, di base e strumentali

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

Nelle microaree indagate, tra le persone con 65 anni e più:

- 81% (378 persone su 467) non hanno problemi a svolgere attività della vita quotidiana;
- il 12% presenta problemi di autonomia solo nelle IADL
- il 7% non è autonomo in almeno una ADL, indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL

Limitazioni nelle attività della vita quotidiana (%)
Confronto Microaree (n=467) - ASS 1 (n=499)



Rispetto alla popolazione aziendale (indagine PDA ASS1 2012), nelle microaree non si rilevano differenze nella percentuale di disabili, mentre risulta più alta la percentuale di persone autonome e, invece, più bassa quella di persone non autonome nelle sole IADL (differenze significative dal punto di vista statistico).

1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL

1.3.2.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL?

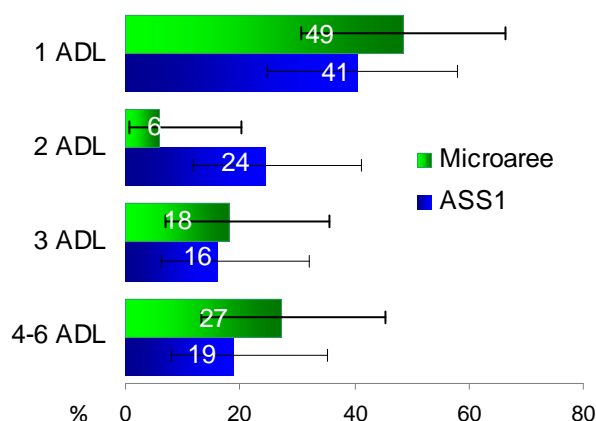
Nelle microaree indagate, le persone con disabilità, ovvero non autonome in 1 o più ADL sono il 7%.

Fra costoro, il 49% non è autonomo in 1 sola ADL, il 6% in 2 e il 18% in 3 ADL.

Il 27% non è autonomo in 4 o più ADL.

Rispetto all'intera provincia (PDA ASS1 2012), si evidenzia una percentuale più elevata di persone non autonome in 4 o più ADL e più bassa di non autonomi in 2 o più, ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

Distribuzione della frequenza delle dipendenza ADL nel gruppo con disabilità (%)
Confronto Microaree (n=33) - ASS1 (n=37)



1.3.2.2 Le persone con disabilità: distribuzione per età e sesso

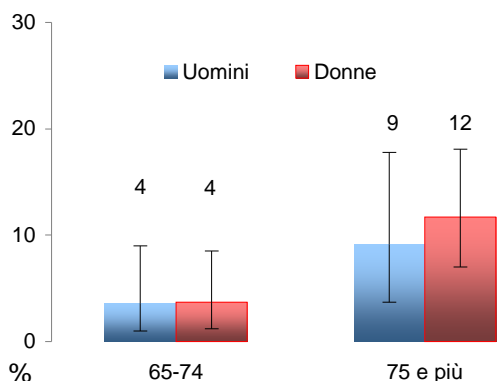
Le limitazioni nelle ADL aumentano con l'età (4% tra i 65-74 anni e 11% dai 75 anni in su).

Tra i 65 ed i 74 anni si presentano sia fra gli uomini che fra le donne nel 4%.

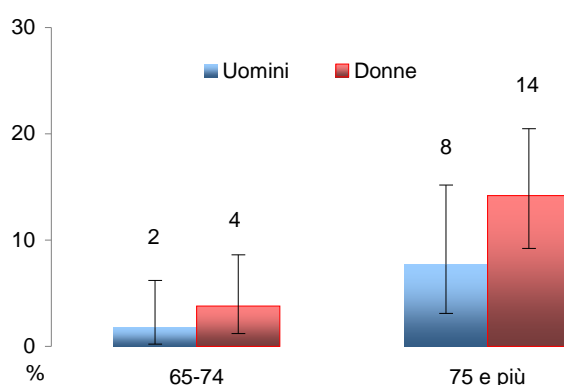
Dopo i 74 anni vengono invece registrate nel 12% delle donne e nel 9% degli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (6% vs 8%) nelle microaree dipende principalmente dalla prevalenza di donne nella classe di età più elevata. Va tuttavia segnalata, rispetto alla popolazione dell'intera provincia (PDA ASS1 2012) una maggiore prevalenza di disabilità fra i maschi, anche nella classe di età più giovane (differenze non significative dal punto di vista statistico).

Persone con disabilità per età e sesso (%)
Microaree – PDA 2013 (n=33)



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

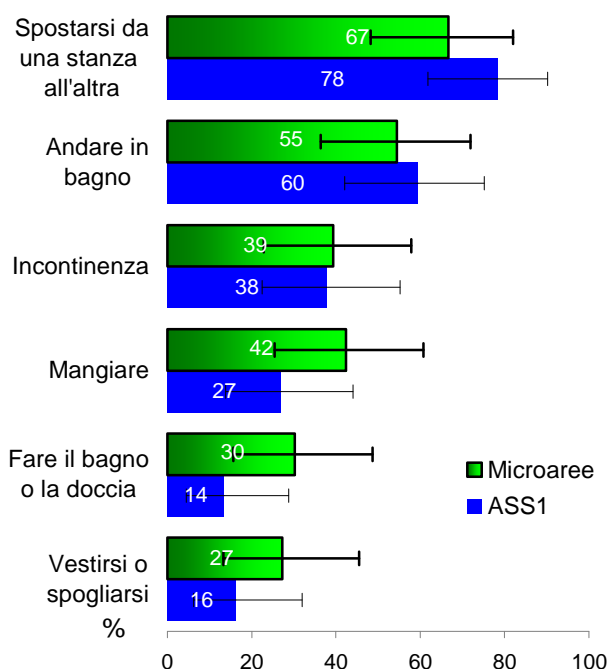


1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?

Tra le persone che presentano limitazioni nelle ADL:

- più di 2 su 3 (67%) hanno problemi a spostarsi da una stanza all'altra;
- più della metà (55%) non sono autonome nell'andare in bagno;
- il 42% non si alimenta autonomamente;
- il 39% ha problemi di incontinenza;
- il 30% non è autonomo nel fare il bagno o la doccia;
- il 27% è totalmente dipendente nel vestirsi o spogliarsi.
- Fra le persone con disabilità, rispetto all'intera provincia (PDA ASS1 2012), nelle microaree risultano più frequenti la mancata autonomia nell'alimentazione, nell'igiene personale e nel vestirsi o spogliarsi, anche se le differenze non sono significative dal punto di vista statistico.

Limitazioni per singole ADL tra le persone con disabilità (%)
Confronto Microaree (n=33) - ASS 1 (n=37)



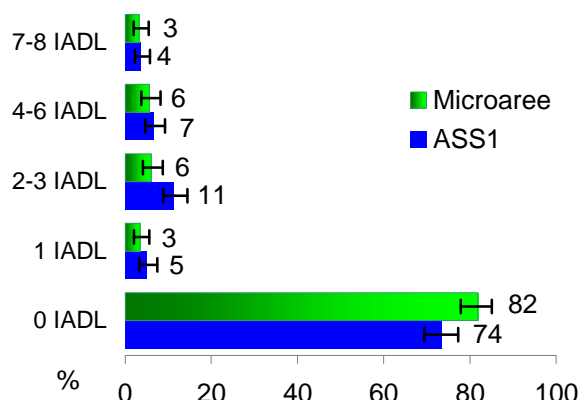
1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL

1.3.3.1 Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL?

Nelle microaree, complessivamente, il 18% delle persone con 65 anni e più presenta limitazioni nelle IADL.

- il 3% risulta non autonomo in 1 sola IADL;
- più del doppio (6%) ha limitazioni in 2 o 3 IADL;
- il 6% non è autonomo in un numero di IADL variabile tra 4 e 6;
- il 3% ha perso l'autonomia in 7-8 IADL.
- Rispetto alla popolazione delle microaree, in quella provinciale, la percentuale di ultra64enni con limitazione nelle IADL è più alta (27%) e le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico.

Distribuzione della frequenza delle dipendenze IADL nella popolazione totale %
Confronto Microaree (n=467) - ASS 1 (n=499)



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 lo 8% tra i 65-74 anni ed il 30% dai 75 anni in su (nell'intera ASS1 sono il 13% tra i 65-74 anni e meno della metà -40%- dai 75 anni in su).

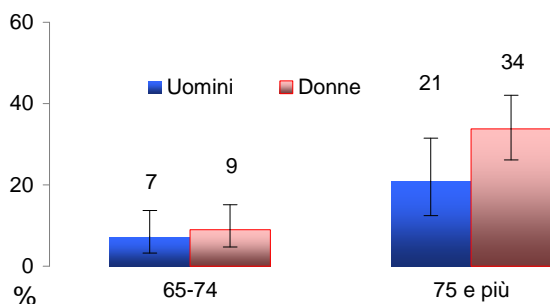
Tra i 65 ed i 74 anni costituiscono il 7% fra gli uomini e il 9% fra le donne.

Dopo i 74 anni invece rappresentano il 21% degli uomini e il 34% delle donne.

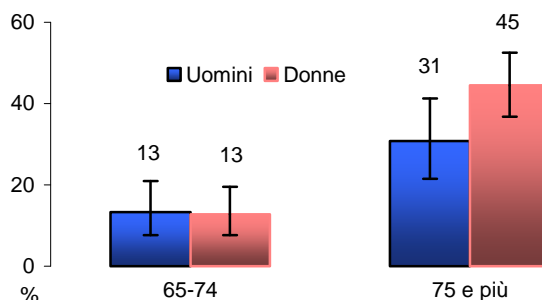
La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (13% vs 22%) nelle microaree dipende soprattutto dalla maggiore componente femminile dopo i 75 anni.

Nella popolazione ultra 64enne dell'intera provincia (PDA ASS1 2012) la prevalenza di non autonomia in 1 o più IADL per genere è più elevata (21% fra gli uomini e 30% fra le donne).

Persone con almeno 1 IADL non autonoma per età e sesso (%)
Microaree – PDA 2013 (n=467)



Persone con almeno 1 IADL non autonoma per età e sesso (%)
ASS 1 – PDA 2012 (n=502)



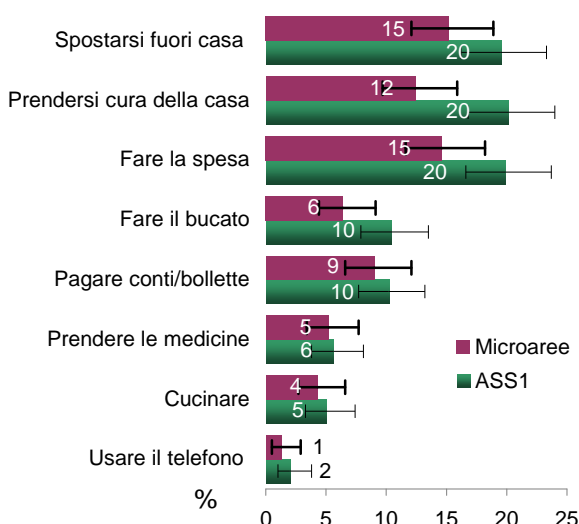
1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Fra le persone ultra 64enni, le attività che più frequentemente risultano compromesse sono spostarsi fuori casa, fare la spesa e prendersi cura della casa: ciascuna di queste abilità risulta compromessa in circa 15% delle persone ultra 64enni residenti nelle microaree e il 20% degli ultra 64enni residenti nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012). L'attività che risulta meno limitata è l'uso del telefono: 1 su 100 non lo utilizza in maniera autonoma.

Considerando solo le persone ultra 64enni che presentano almeno una limitazione IADL, fra i residenti nelle microaree risultano più elevate, in confronto con la corrispondente popolazione dell'intera ASS1, le percentuali di persone non autonome per gli spostamenti fuori casa, la spesa, pagamento delle bollette, assunzione dei farmaci e preparazione dei pasti, anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico.

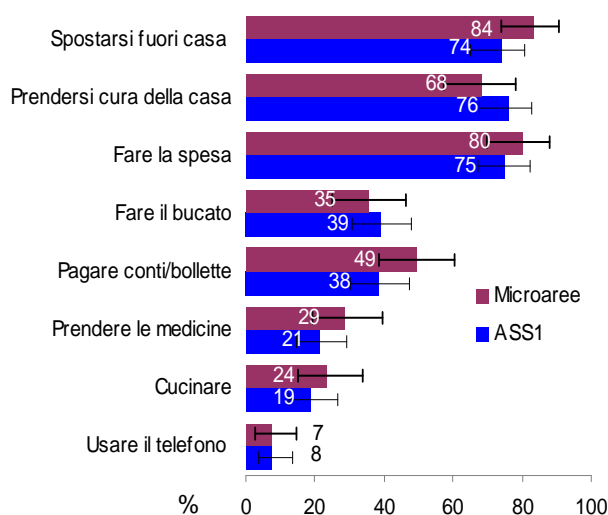
Limitazioni per singole IADL fra tutti gli ultra64enni (%)

Confronto Microaree (n=467) - ASS 1 (n=502)



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

Confronto Microaree (n=85) - ASS 1 (n=133)



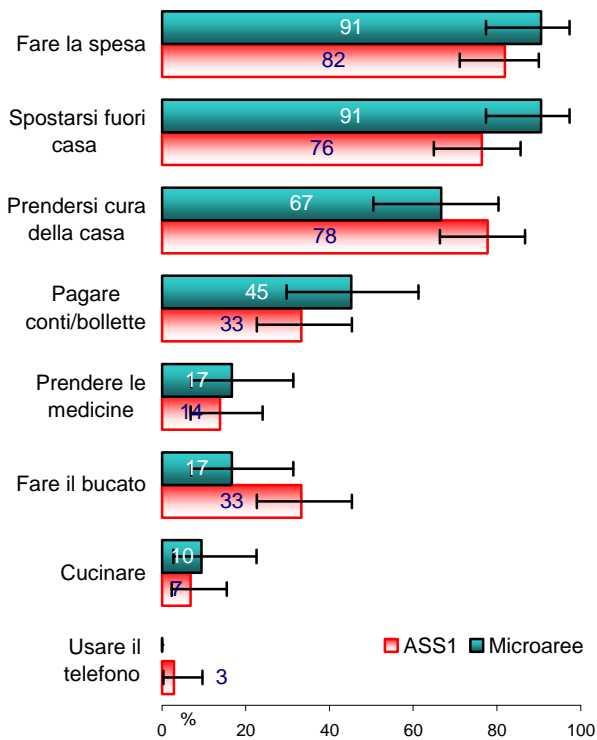
1.3.3.4 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse all'interno dei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità?

Tra le persone a rischio di disabilità e quelle con disabilità non cambiano le IADL più frequentemente compromesse ma, ovviamente, aumenta la loro diffusione.

Spostarsi fuori casa, fare la spesa e prendersi cura della casa sono le attività che più frequentemente **non** vengono svolte autonomamente sia dalle persone con rischio di disabilità che da quelle con disabilità.

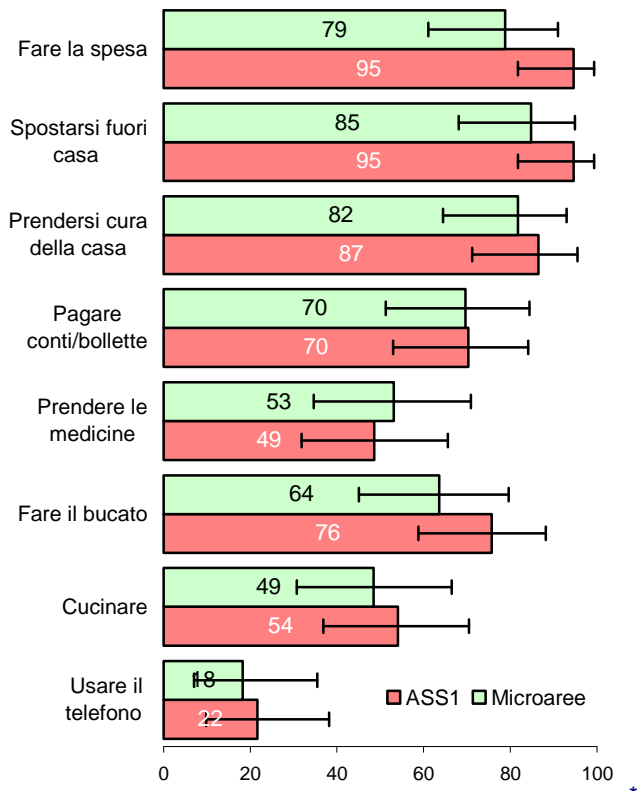
Non è in grado di prendere autonomamente le medicine 1 persona su 5 fra coloro che sono a rischio di disabilità ed 1 su 2 nel sottogruppo con disabilità. In questo sottogruppo, inoltre, 1 persona su 2 non è in grado di cucinare o riscaldare un pasto. L'attività che risulta meno limitata si conferma l'uso del telefono in entrambi i sottogruppi.

**Limitazioni per singole IADL (%)
tra le persone a rischio di disabilità***
PDA Confronto Microaree 2013 (n=75) ASS1 2012
(n=133)



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

**Limitazioni per singole IADL (%)
tra le persone con disabilità****
PDA Confronto Microaree 2013 (n=75) ASS1 2012 (n=133)



* con disabilità: limitazione in almeno 1 ADL

1.4 Percezione dello stato di salute

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

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

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

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

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

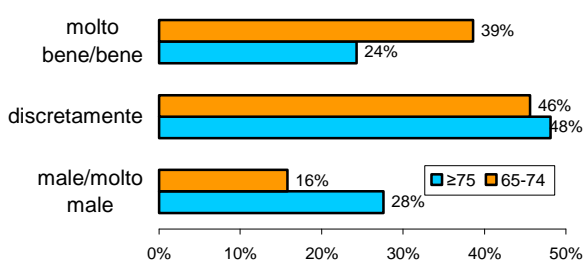
1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?

Complessivamente, nelle microaree:

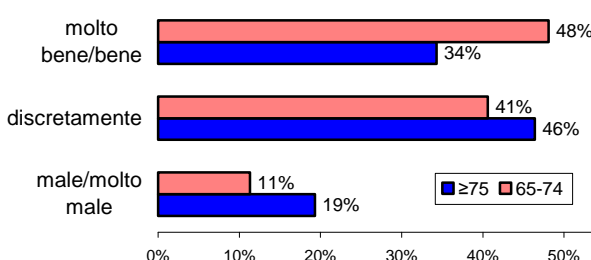
- Il 32% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene (39% nella classe 65-74 anni e 24% in quella con più di 75 anni);
- il 47% ha riferito di sentirsi discretamente e il
- 21% ha risposto in modo negativo (male/molto male), con differenze significative fra le 2 classi di età indagate (16% nella classe più giovane e 28% dopo i 75 anni).
- Nell'intera provincia le percentuali sono rispettivamente 41%, 44% e 15%. La differenza rilevata rispetto alle microaree nella percentuale di persone che dichiarano di sentirsi molto bene/bene è significativa dal punto di vista statistico.

Nelle microaree non sono state rilevate differenze di genere significative, per quanto riguarda lo stato di salute percepito, a differenza di quanto rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), in cui le donne hanno espresso una percezione peggiore della propria salute rispetto agli uomini.

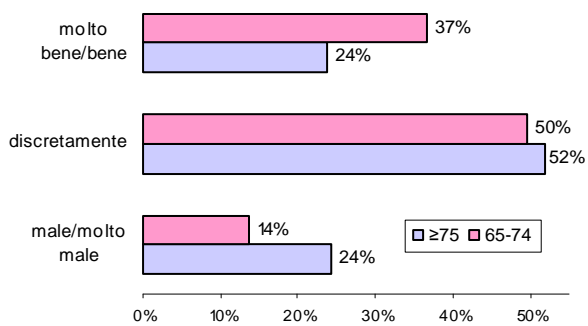
Percezione dello stato di salute per classi di età (%)
Microaree PDA 2013 (n=467)



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



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



La percezione dello stato di salute rilevata nel pool delle microaree risulta simile a quella rilevata nel pool nazionale di Passi D'Argento, in cui:

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

Risulta simile anche la distribuzione nelle 2 classi di età indagate.

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

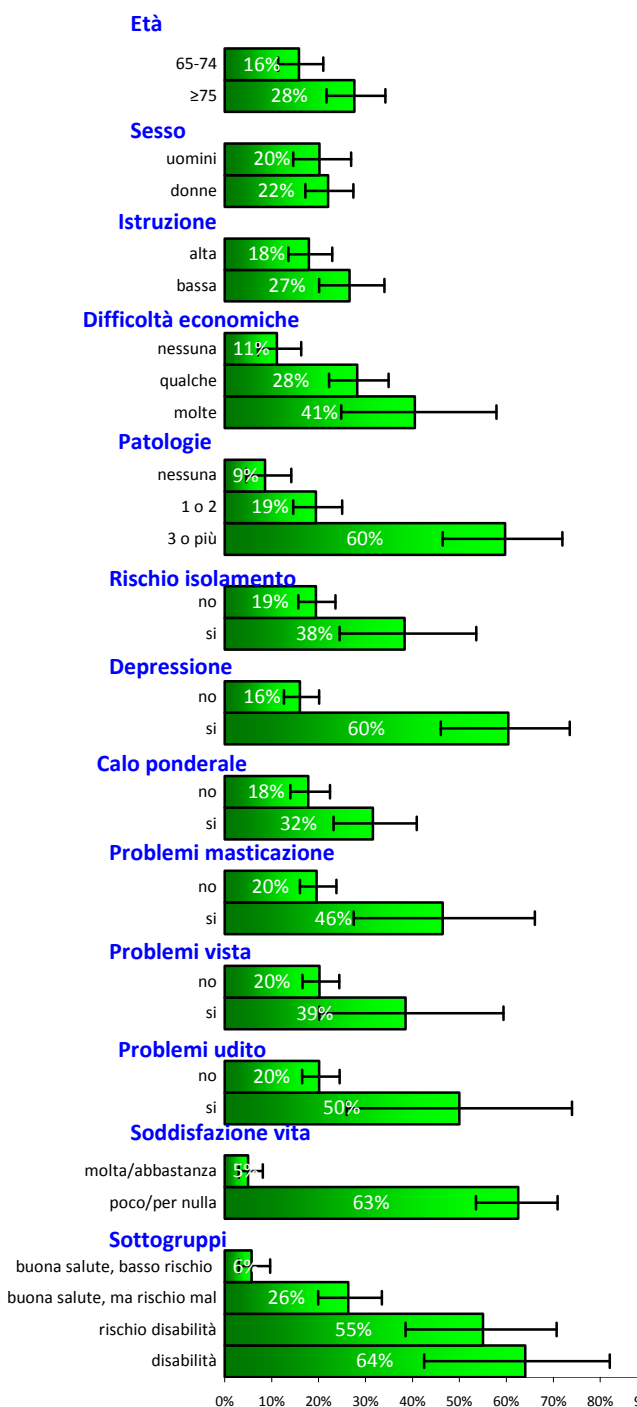
Nelle microaree, complessivamente, il 21% delle persone intervistate ha dichiarato di sentirsi male/molto male. Tale percentuale risulta più alta rispetto a quella rilevata a livello provinciale (PDA ASS1 2012), anche se le differenze non sono significative dal punto di vista statistico.

Come evidenzia il grafico sotto, la percezione negativa dello stato di salute risulta più frequente fra le persone con:

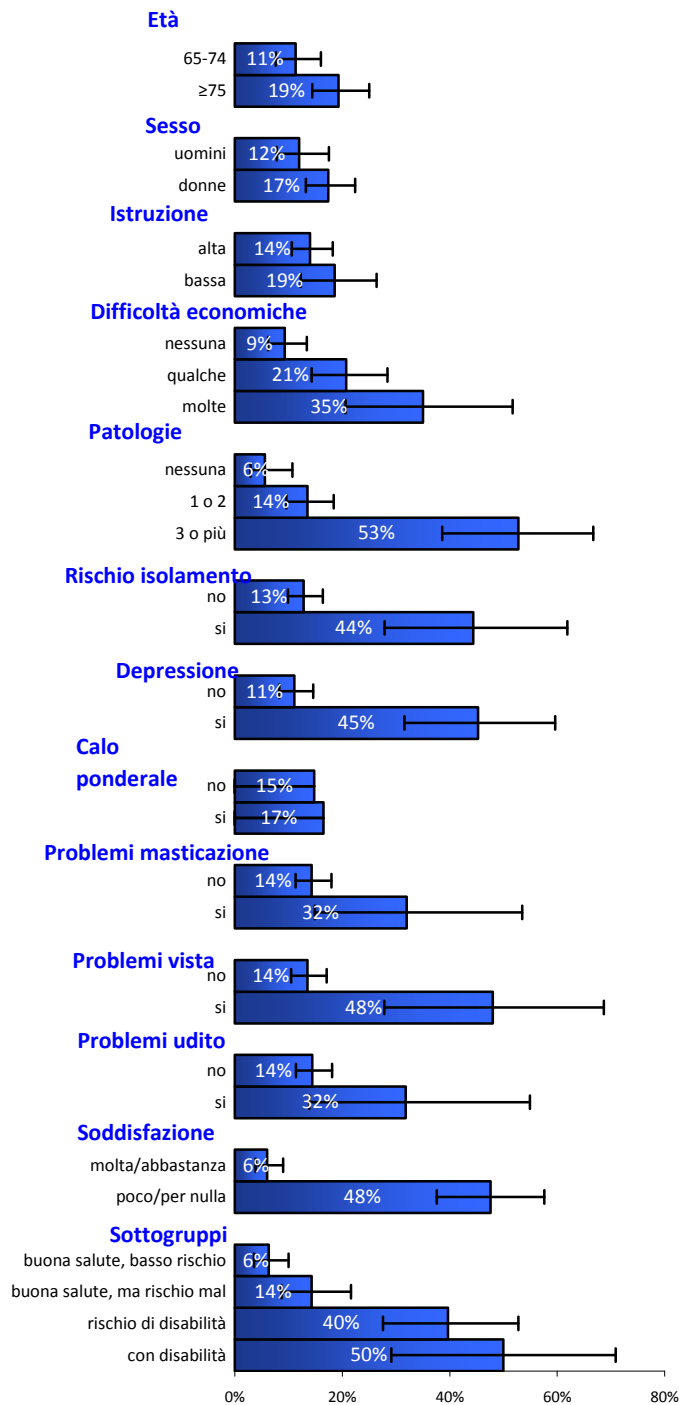
- ◆ età più avanzata;
- ◆ istruzione bassa;
- ◆ difficoltà economiche;
- ◆ presenza di 3 o più patologie;
- ◆ presenza di problemi sensoriali (vista, masticazione, udito);
- ◆ presenza di depressione e
- ◆ rischio di isolamento;
- ◆ scarso livello di soddisfazione per la propria vita,
- ◆ sottogruppi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

Tali caratteristiche, che ricalcano quanto già rilevato nella precedente indagine condotta nell'intera provincia (PDA ASS1 2012), nelle microaree risultano più evidenti.

Percezione negativa dello stato di salute (male/molto male) Caratteristiche Microaree PDA 2013 (n=467)
Totale= 21,3% (IC 95%: 17,7-25,4)



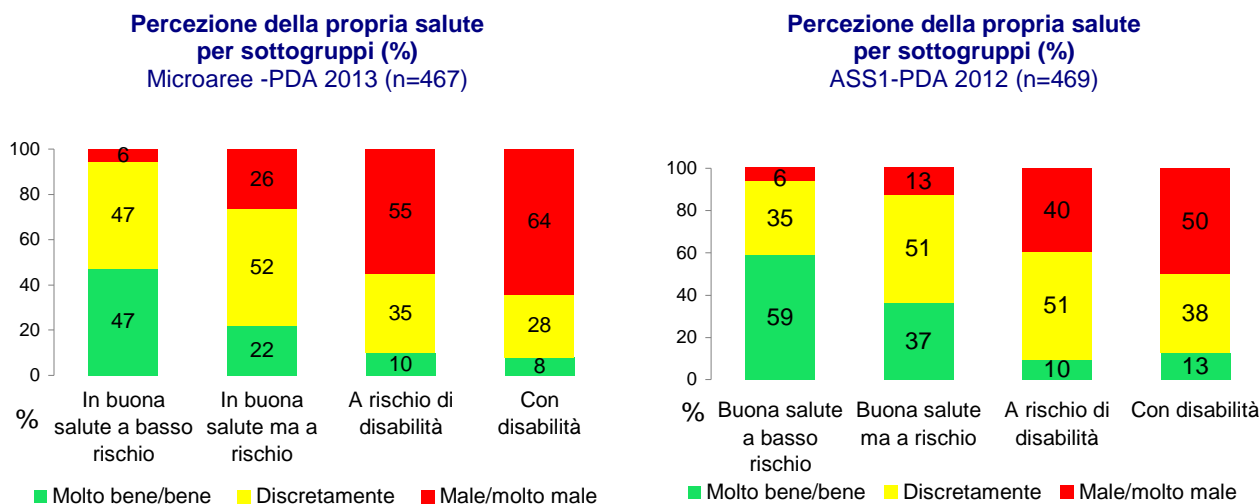
Percezione negativa dello stato di salute (male/molto male) Caratteristiche ASS 1 PDA 2012 (n=502)
Totale= 15,3% (IC 95%: 12,2-18,9)



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

- Riferisce di avere uno stato di salute buono o molto buono il 47% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia, il 22% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia, il 10% di quelle con segni di fragilità e lo 8% dei soggetti con disabilità.

Una percezione negativa della propria salute aumenta al peggioramento delle condizioni di salute, passando dal 6% dei soggetti in buone condizioni a basso rischio di malattia al 26% fra le persone in buona salute ma a rischio di malattia, al 55% fra le persone a rischio di disabilità fino al 64% fra quelli con disabilità (a livello provinciale tali percentuali sono più basse: 6%, 13%, 40%, 50%, rispettivamente).



1.4.4 Come si sentono rispetto all'anno precedente?

Il 13% delle persone con 65 anni e più si sente meglio rispetto ad un anno prima (2% molto meglio, 11% meglio), il 51% si sente allo stesso modo, il rimanente 36% si sente peggio (29% leggermente, 6% molto peggio). A livello provinciale (indagine PDA ASS1 2012) i valori sono, rispettivamente: 15%, 58% e 27%; le differenze rilevate non sono significative statisticamente.

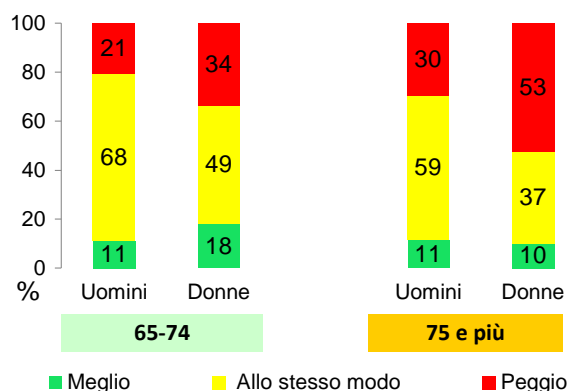
Come ci si sente rispetto all'anno precedente cambia in relazione all'età, ma anche al genere:

- si sentono peggio il 28% delle persone tra 65 e 74 anni e il 45% di quelle con 75 anni e più, ma con prevalenze maggiori nelle donne rispetto agli uomini.
- Anche dopo i 74 anni il 13% circa dice di sentirsi meglio rispetto all'anno precedente, con differenze di età e genere meno evidenti rispetto a chi dichiara un peggioramento.

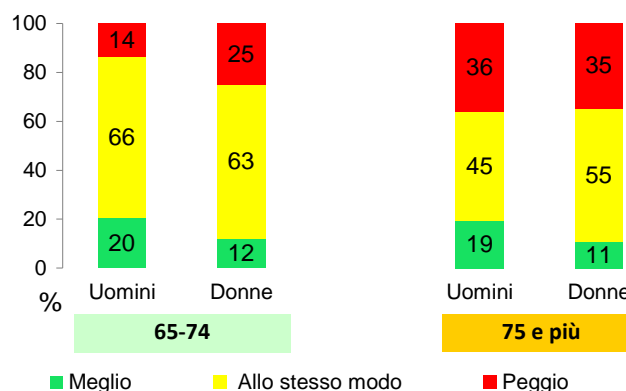
Ritiene peggiorata la propria salute rispetto all'anno precedente:

un quinto (20%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia; il 45% di quelle in buona salute, ma a rischio di malattia, il 68% di coloro che sono a rischio di disabilità ed il 56% delle persone con disabilità.

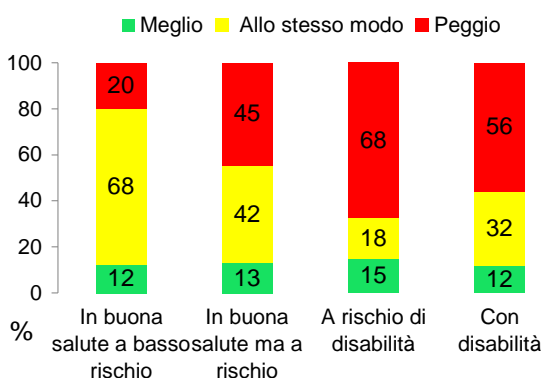
Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)
Microaree-PDA 2013 (n=451)



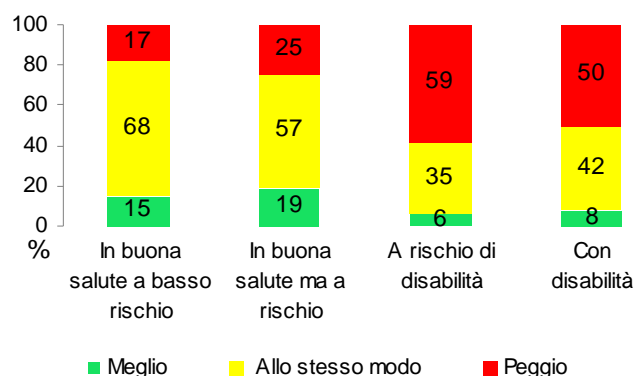
Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)
ASS1-PDA 2012 (n=472)



Come si sentono rispetto all'anno precedente per sottogruppi (%)
Microaree-PDA 2013 (n=451)



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



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

- La maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene (meno di 1 giorno in cattiva salute) per tutti gli ultimi 30 giorni (54% in buona salute fisica e 58% in buona salute psicologica). Tali percentuali, equivalenti a quelle dell'intera provincia (52% e 59% rispettivamente per salute fisica e mentale) risultano più elevate rispetto alla media nazionale, che corrispondono rispettivamente al 45% per la buona salute fisica ed al 54% per quella psicologica.
- La media dei giorni al mese in cattiva salute è 4,98 per motivi fisici e 4,3 per motivi psicologici, più alte rispetto alla media provinciale (indagine PDA ASS1 2012) che è di 4,6 giorni per motivi fisici e 3,85 per motivi psicologici, ma comunque più basse rispetto alla media nazionale, di 6,9 giorni per motivi fisici e 6,1 per motivi psicologici.
- Meno di un anziano su 7 ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (15%) e per motivi psicologici (12%), valori simili a quelli provinciali (rispettivamente 14% e 13%); a livello nazionale tale problema è stato dichiarato da circa 1 anziano su 5 sia per motivi fisici (21%) e per motivi psicologici (19%).

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

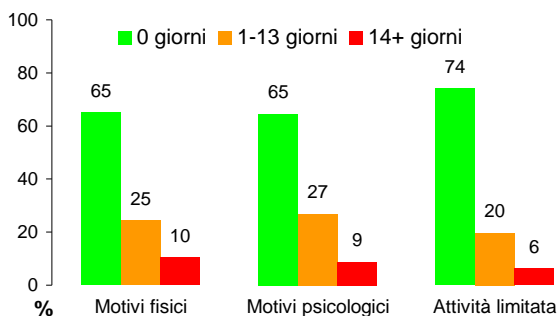
Nella classe di età 65-74 anni, rispetto all'intera provincia, nelle microaree percentuali più elevata di persone dichiarano di non essere aver avuto nemmeno un giorno in cattiva salute negli ultimi 30 giorni per motivi fisici (65% vs 58%) o psicologici (65% vs 63%), mentre nella classe con più di 75 anni sono più elevate le percentuali di persone che hanno dichiarato più di 14 giorni di cattiva salute nell'ultimo mese per motivi fisici (21% vs 18%), per motivi psicologici (17% vs 15%) e con limitazione delle abituali attività (15% vs 10%).

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

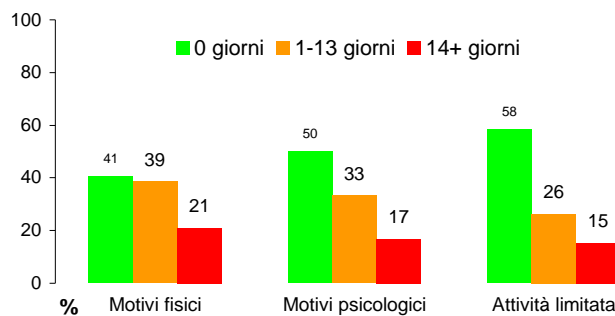
**Persone con 14 o più giorni di cattiva salute o con limitazione delle attività abituali
(negli ultimi 30 giorni) (%)**
Microaree-PDA 2013 (n=467)

	Cattiva salute fisica (%)	Cattiva salute psicologica (%)	Limitazione di attività abituali (%)
Popolazione con 65 anni e più	15	12	11
Genere			
uomini	8	7	6
donne	20	16	14
Classi di età			
65-74	10	9	6
75 e	21	17	15
Istruzione			
bassa	20	19	15
alta	12	8	8
Difficoltà economiche			
molte	54	41	31
alcune	16	15	13
nessuna	7	4	3

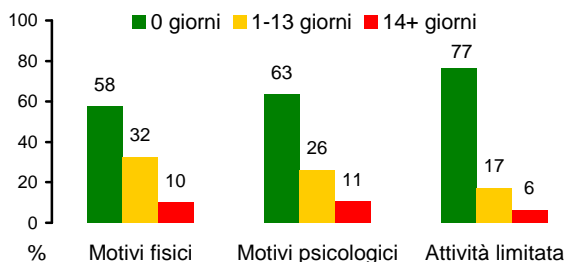
Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con attività limitata 65-74 anni (%)
Microaree PDA 2013 (n=240)



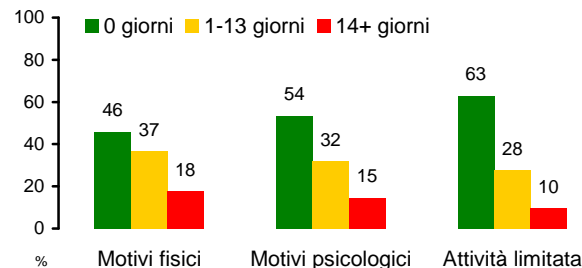
Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con attività limitata 75-anni e più (%)
Microaree PDA 2013 (n=210)



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



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



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

Nelle microaree il 16% degli intervistati ha dichiarato 20 o più giorni di cattiva salute per motivi fisici o psicologici negli ultimi 30 giorni.

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

- più anziane;
- donne,
- con 3 o più malattie,
- che assumono 4 o più farmaci,
- con molte difficoltà economiche,
- con istruzione bassa,
- con rischio di isolamento,
- con sintomi di depressione,
- con problemi sensoriali (vista, udito, masticazione),
- con calo ponderale negli ultimi 12 mesi,
- appartenenti ai sottogruppi a rischio di disabilità e con disabilità.

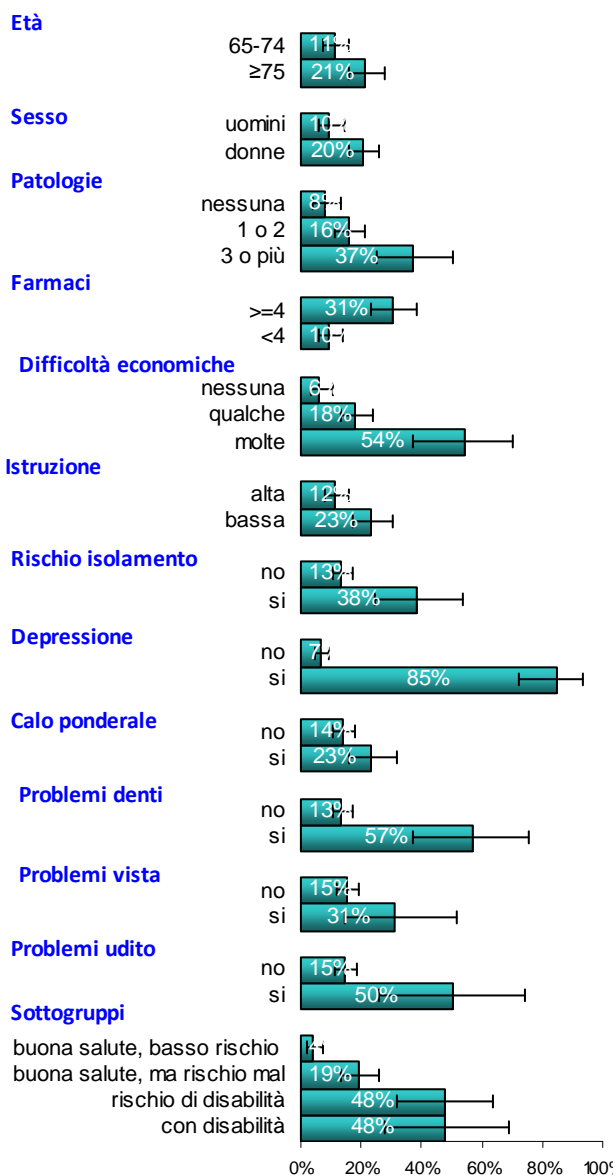
Tutte le differenze rilevate sono risultate significative dal punto di vista statistico.

Le caratteristiche delle persone che hanno avuto più di 20 giorni di malattia nell'ultimo mese rilevate nelle microaree ricalcano quelle rilevate nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012). Rispetto a quest'ultima nelle microaree le percentuali sono più elevate, fra coloro che dichiarano molte difficoltà economiche (54% vs 36%), sintomi di depressione (85% vs 71%), problemi di udito (50% vs 19%) e nel sottogruppo con

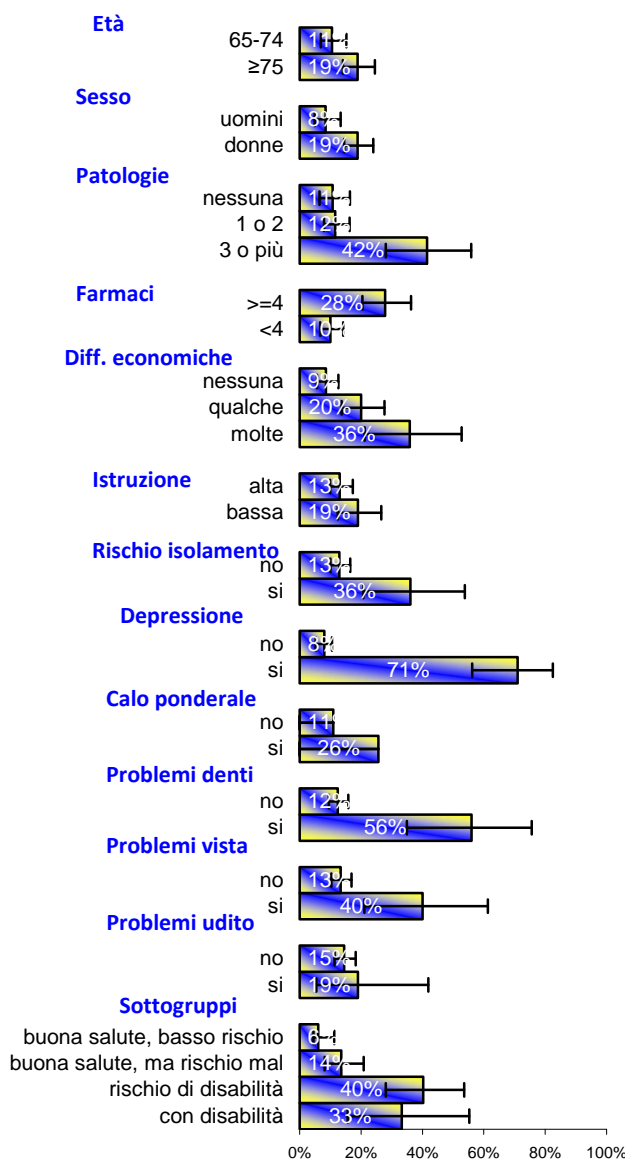
disabilità (48% vs 33%). Le differenze per difficoltà economiche e depressione sono significative dal punto di vista statistico.

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

20 o più giorni di unhealthy days
Caratteristiche (%)
 Microaree PDA 2013 (n=450)
Totale =16,0% (IC 95%: 12,8-19,8)



20 o più giorni di unhealthy days
Caratteristiche (%)
 ASS 1 PDA 2012 (n=470)
Totale =14,7% (IC 95%: 11,7-18,3)



1.5 Soddisfazione per la propria vita

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

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

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

Nelle microaree il 71% delle persone con 65 anni e più è soddisfatto della vita che conduce (13% molto, 59% abbastanza soddisfatte).

Il rimanente 28% non è soddisfatto (22% poco, 6% per nulla soddisfatto), soprattutto nel genere femminile (30% vs 25% degli uomini) e fra le persone più anziane, in entrambi i sessi.

Nella fascia di età 65-74 anni si dichiarano molto o abbastanza soddisfatte della vita che conducono il 77% delle persone. Dopo i 74 anni e più questo valore diminuisce, ma rimangono quasi 7 su 10 (65%) le persone soddisfatte della propria vita.

Si ritiene soddisfatto della propria vita:

- 92% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- 62% delle persone in buona salute ma a rischio;
- 38% delle persone con segni di disabilità;
- 24% delle persone con disabilità.

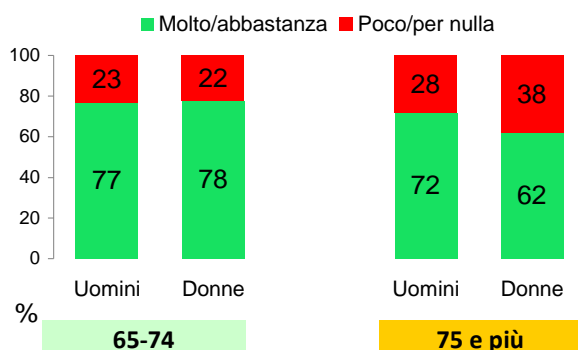
A livello provinciale (indagine PDA ASS1 2012) è soddisfatto della vita che conduce il 78% delle persone con 65 anni e più (86% tra i 65 e i 74 anni e 70% dopo i 74 anni).

Si ritiene soddisfatto della propria vita:

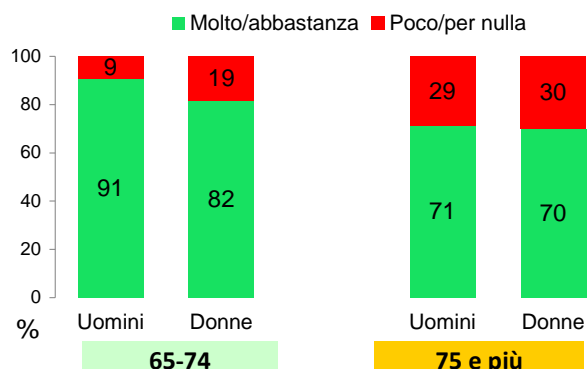
- 88% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- 79% delle persone in buona salute ma a rischio;
- 52% delle persone con segni di disabilità;
- 46% delle persone con disabilità.

Nel pool delle microaree la proporzione di persone che si dichiarano soddisfatte della propria vita risulta più bassa rispetto all'intera provincia (71% vs 78%), con differenze evidenti anche fra i sottogruppi di popolazione, ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

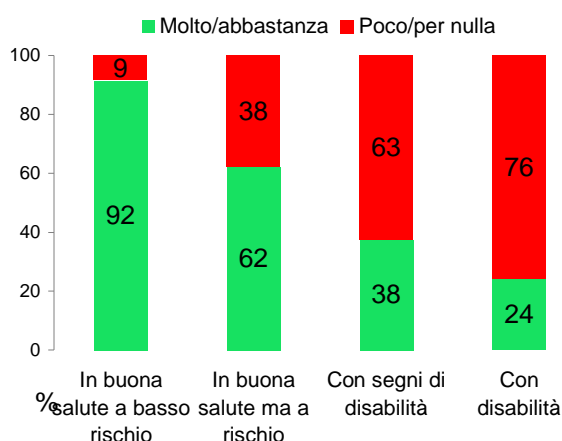
**Soddisfazione della vita
per classi d'età e sesso (%)**
Microaree PDA 2013 (n=451)



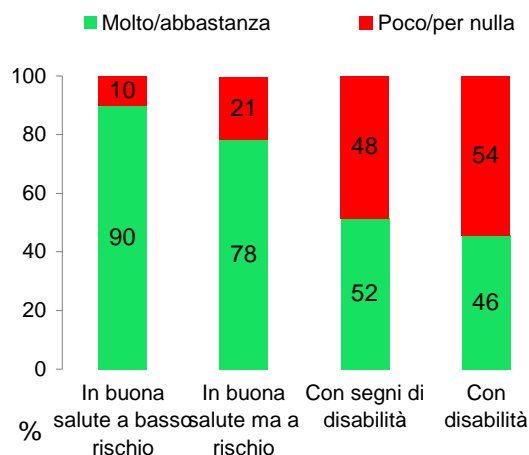
**Soddisfazione della vita
per classi d'età e sesso (%)**
ASS1-PDA 2012 (n=502)



**Soddisfazione della vita
per sottogruppi (%)**
Microaree PDA 2013 (n=451)



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



Conclusioni

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

Nelle microaree indagate il confronto del campione con la popolazione di riferimento complessiva indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione residente nell'insieme delle microaree stesse.

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

La composizione per sesso e classi di età all'interno delle microaree non si discosta significativamente da quella provinciale, anche se risulta più accentuato il fenomeno di "femminilizzazione" della popolazione (nelle microaree, nella classe di età con 85 e più anni le donne costituiscono lo 85%, mentre a livello provinciale il 73%). La percentuale di persone con 65 e più anni che vive sola è più elevata rispetto all'intera

provincia. Una percentuale significativamente più elevata di persone dichiara difficoltà economiche, mentre una percentuale significativamente più bassa ha livello di istruzione elevato.

La maggior parte delle persone intervistate ha riferito di sentirsi in buona salute, anche se la percentuale di persone che percepiscono positivamente la propria salute (soprattutto di coloro che dichiarano di sentirsi molto bene/bene) è risultata più bassa rispetto a quanto rilevato nell'intera provincia di Trieste durante l'indagine condotta nel 2012 (PDA ASS1 2012), avvicinandosi ai valori medi nazionali (Pool nazionale 2012) e le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

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

Circa 1 anziano su 6 ha dichiarato 20 o più giorni in cattiva salute fisica o psicologica negli ultimi 30 giorni (1 su 7 a livello provinciale).

Rispetto alla popolazione dell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree la percentuale di intervistati percepisce positivamente la propria salute risulta più bassa. Tale dato sembra essere confermato anche dal numero medio dei giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici leggermente più alto dichiarato nelle microaree rispetto a quello medio della provincia, che però rimane comunque più basso rispetto alla media nazionale.

La percentuale di persone con disabilità e con rischio di disabilità, valutate in base all'autosufficienza dichiarata nelle attività di base e in quelle strumentali della vita quotidiana (ADL e IADL), è più bassa nel pool delle 11 microaree storiche rispetto all'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012). Questo elemento probabilmente è legato, da un lato alla importante concentrazione, in quelle aree, di anziani soli con reddito basso che vivono in abitazioni popolari e, dall'altro alla presenza costante di operatori, sanitari e sociali, "di microarea" che da tempo vi operano e che favoriscono l'accoglienza delle persone non più autosufficienti, prive di supporto parentale, in adeguate strutture di accoglienza.

1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra le microaree dell'ASS1 "Triestina", l'ASS1 e i dati nazionali

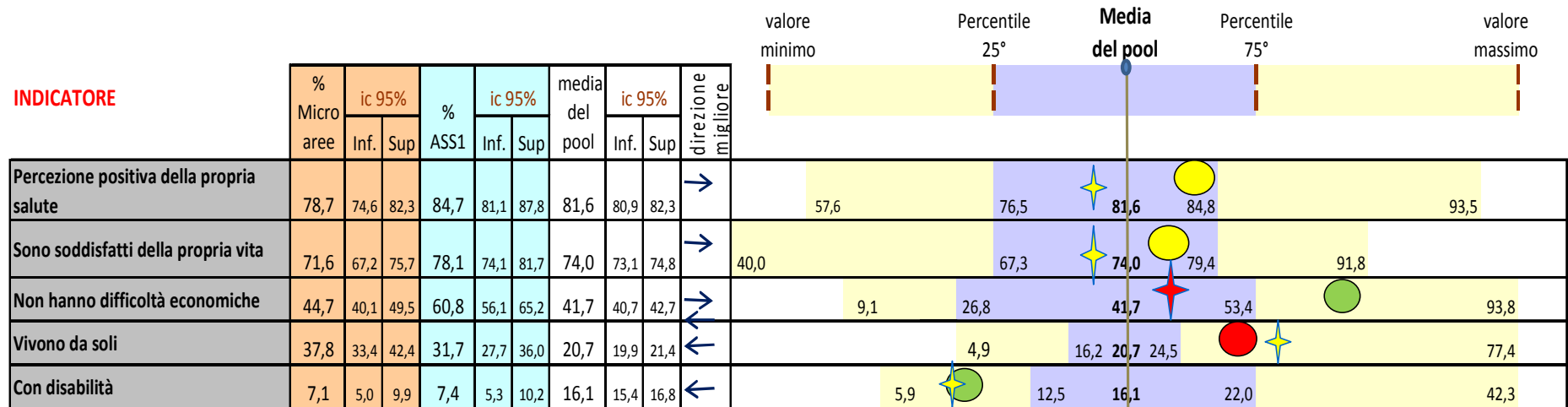
In salute pubblica e' sempre più frequente il ricorso ai profili di salute per rappresentare a colpo d'occhio lo stato di salute di un'intera popolazione o di una sua componente. Per quanto non esista un profilo di salute universalmente condiviso per le persone con 65 e più anni, abbiamo usato i risultati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

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

Per l'indagine 2012, a partire dai dati della sorveglianza PASSI d'Argento, abbiamo scelto alcuni aspetti dello stato di salute e della percezione dei servizi da parte degli anziani e li abbiamo confrontati con un valore di riferimento, corrispondente alla mediana, ossia al valore centrale tra i valori osservati nelle 116 ASL partecipanti all'indagine. Nella rappresentazione grafica che segue, abbiamo contrassegnato il valore dell'indicatore della nostra ASS 1 con un pallino colorato, il cui significato è spiegato nella legenda in calce; nell'area in azzurro è compreso il 50% dei valori dell'indicatore di tutte le ASL. E' chiaro che questo sistema di confronto non ha valore assoluto. Nel caso in cui infatti un' ASL avesse un pallino verde, e quindi un valore significativamente più alto del valore di riferimento, non deve interpretarsi come una situazione ideale, in quanto il valore rilevato deve essere messo in rapporto con il valore ottimale per quell'indicatore. Per esempio se nell' ASL il valore dell'indicatore "bevitori a rischio" è del 10%, seppure questo valore possa essere significativamente migliore del valore di riferimento, tuttavia indica che 10 anziani su 100 consumano alcol in quantità superiore a quella raccomandata e, di conseguenza, in termini assoluti, questa non è certo una situazione ottimale.

I valori corrispondenti rilevati nell'insieme delle microaree della provincia di Trieste sono contrassegnati con una stella, al fine di comparare quanto lì rilevato con i valori dell'intera provincia (indagine 2012) e con la media del pool nazionale 2012.

Benessere e indipendenza 1



Valore delle Microaree: giallo : non significativamente diverso dall'ASS1; rosso: significativamente peggiore dell'ASS1

LEGENDA



Valore ASS1 significativamente peggiore della media del pool nazionale



Valore ASS1 significativamente migliore della media del pool nazionale



Valore ASS1 non significativamente differente della media del pool nazionale

← Valore bassi=migliore indicatore

→ Valore alti=migliore indicatore

Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

2. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure

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

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

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

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

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

2.1 Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo

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

2.1.1 Attività fisica

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

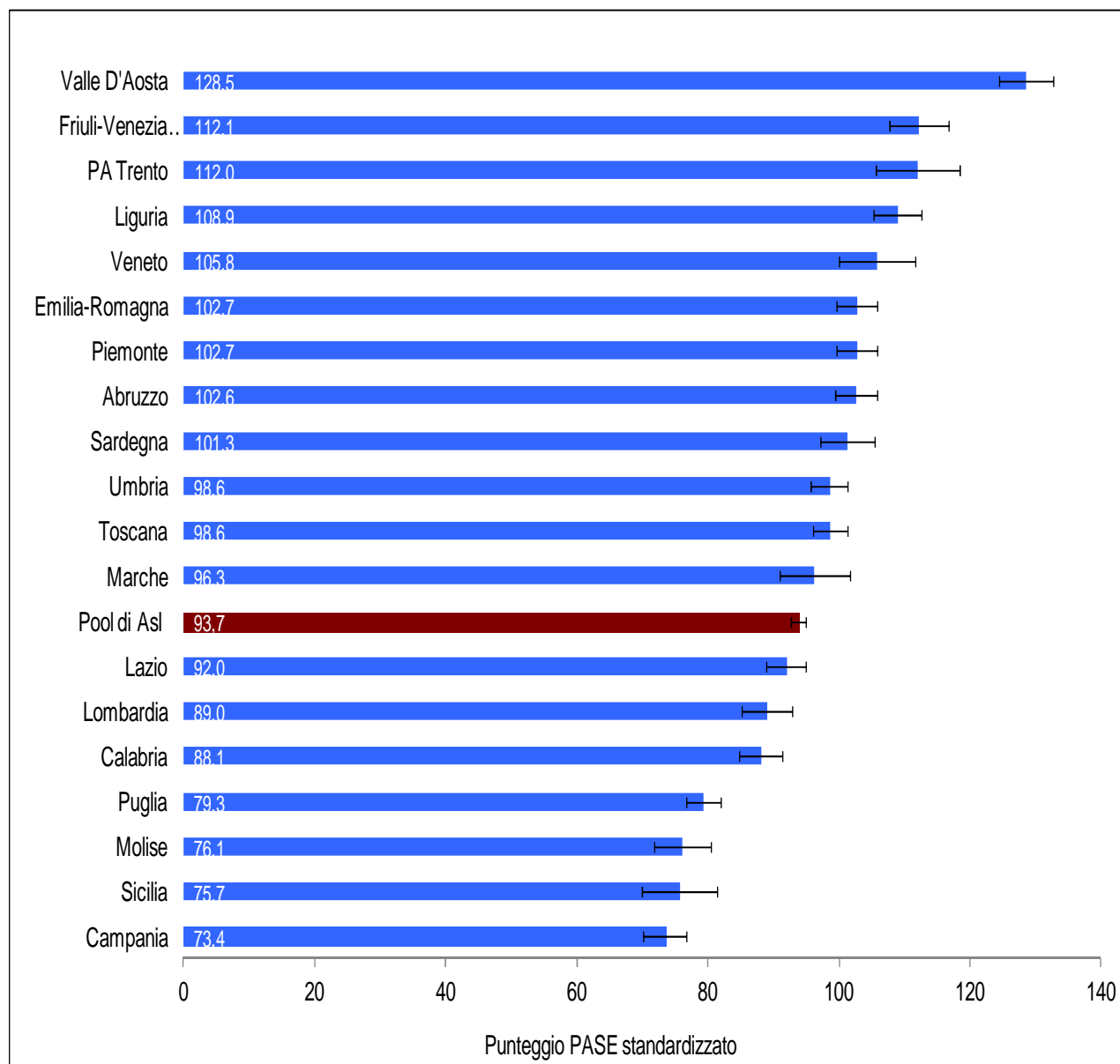
Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere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

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

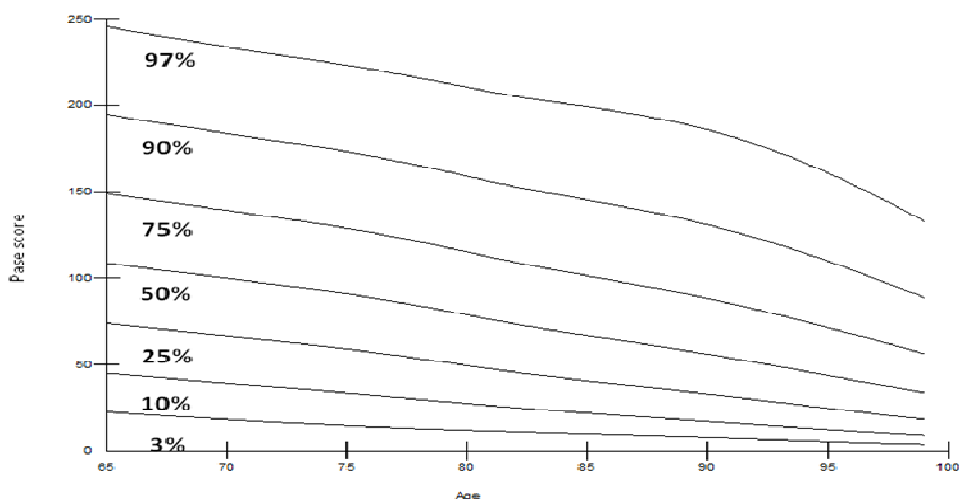
I dati raccolti a livello nazionale nell'indagine 2012 del PDA ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana. Il valore mediano è pari a 93,3 con range (1,4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori mediani della popolazione, calcolati per uomini e donne, sono statisticamente differenti (99 vs 90). La popolazione con 65 anni e più è molto eterogenea ed è importante tener conto delle note differenze tra uomini e donne e delle caratteristiche che si assumono con l'avanzare dell'età.

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

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



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



In mancanza di cut off (valori soglia) validi universalmente, per la comprensione del livello di attività fisica delle persone si forniscono delle informazioni che, per essere usate dal punto di vista operativo, devono essere integrate con altre. Per esempio, nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" il 6% delle donne fra 65 e 74 anni ha un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale 2012): queste persone hanno un livello di attività fisica certamente basso. E' necessario, tuttavia, avere altre fonti di informazione che permettano di stimare se si tratta di inattività fisica modificabile e in quale misura. Le tabelle seguenti mostra la percentuale di persone residenti nel pool delle microaree e di quelle residenti nell'ASS1, eleggibili alle analisi sull'attività fisica, che hanno un punteggio PASE al di sotto di alcuni valori percentili selezionati (50°, 25°, 10°), rilevati su I pool nazionale.

Gruppi di età	Campione di persone nel pool delle <u>microaree</u> dell' <u>ASS1</u> eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n (%)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
Uomini 65-74	104 (24,5%)	36,5%	17,3%	9,6%
Uomini 75-84	60 (14,1%)	35,0%	15,0%	5,0%
Uomini 85 e più	5 (1,2%)	20,0%	20,0%	0%
Donne 65-74	130 (30,6%)	<u>45,4%</u>	20,8%	6,2%
Donne 75-84	91 (21,4%)	44,0%	11,0%	0%
Donne 85 e più	35 (8,2%)	28,6%	0%	0%
Totale persone con 65 anni e più	425 (100%)	39,8%	15,3%	4,9%

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

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

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

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

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

Dall'analisi della tabella del pool delle microaree emerge come, fra le persone autonome nella deambulazione e che non hanno usufruito dell'aiuto del proxy per sostenere l'intervista (e che, pertanto sono eleggibili per l'analisi sull'attività fisica), complessivamente, quasi il 5% delle persone con 65 anni e più abbia un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile, risultando completamente sedentario.

In particolare, nella classe di età 65-74 anni, un livello insufficiente di inattività fisica è stato rilevato soprattutto nel genere maschile (9,6 % fra gli uomini rispetto al 6,2% rilevato nelle donne nella stessa fascia di età).

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

Rispetto all'intera ASS1, nelle microaree si rileva una percentuale più elevata di persone con livello insufficiente di attività fisica (5% vs 3% nell'ASS1 al di sotto del 10° percentile).

Le differenze più rilevanti, significative dal punto di vista statistico, riguardano le donne nella fascia di età 65-74 anni: la percentuale di persone al di sotto della mediana del pool (50° percentile) è del 45,4% nelle microaree vs il 24,4% nell'intera ASS1.

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

La stima viene fatta su tutta la popolazione, nella quale e' compresa anche la quota di persone con 65 anni e più che hanno difficoltà alla deambulazione e/o problemi cognitivi, alle quali bisogna comunque offrire un

programma che stimoli l'attività fisica, anche intesa come mobilitazione passiva.

Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina", al 05/03/2013 gli uomini nella classe 65-74 anni erano 1.023 e le donne 1.204 (nell'intera ASS 1 "Triestina", al 31/05/2012 gli uomini nella classe 65-74 anni erano 14.714 e le donne 17.581).

Misuriamo la dimensione reale del problema per i differenti percentili nel pool delle 11 microaree "storiche" dell'ASS1

Uomini

$1.023 \times 0,365 = 373$ (numero di persone 65-74 al di sotto del 50° percentile)

$1.023 \times 0,173 = 177$ (numero di persone 65-74 al di sotto del 25° percentile)

$1.023 \times 0,096 = 98$ (numero di persone 65-74 al di sotto del 10° percentile)

Donne

$1.204 \times 0,454 = 547$ (numero di persone 65-74 al di sotto del 50° percentile)

$1.204 \times 0,208 = 213$ (numero di persone 65-74 al di sotto del 25° percentile)

$1.204 \times 0,062 = 75$ (numero di persone 65-74 al di sotto del 10° percentile)

Nel pool delle microaree considerate dell'ASS1, il numero di persone con età tra i 65 e i 75 anni con valori di punteggio PASE inferiori al 10° percentile, e quindi con una situazione di sedentarietà, suscettibili di intervento finalizzato a stimolare l'attività fisica è di circa 173 persone, 98 uomini e 75 donne.

Nell'intera ASS1, il numero di persone con età tra i 65 e i 75 anni con valori di punteggio PASE inferiori al 10° percentile, suscettibili di analogo intervento è di circa 1408 persone, 986 uomini e 422 donne.

2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

Lo stato nutrizionale si misura abitualmente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto fra il peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC fra 25-29,9) o obeso (IMC \geq 30).

In PASSI d'Argento, questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato e non misurati direttamente, perciò non si può assegnare un valore assoluto alla distribuzione dello stato nutrizionale nella popolazione in studio.

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

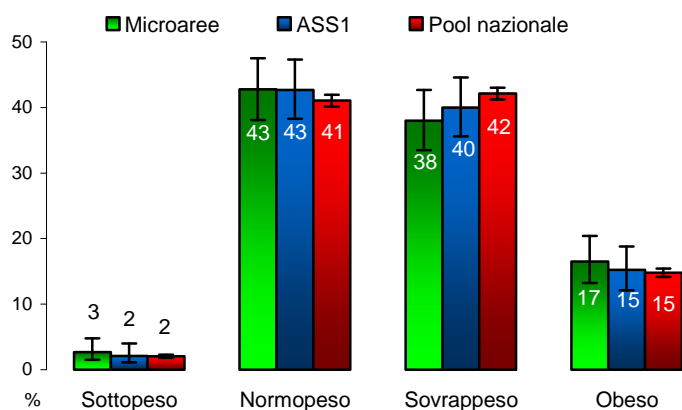
2.1.2.1 Qual è lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più?

Nel pool delle microaree

- Il 3% risulta sottopeso
- Il 43% normopeso ;
- il 38% in sovrappeso;
- il 17% obeso.

I dati rilevati non differiscono significativamente da quelli della provincia (PDA ASS 1 2012), né da quelli del Pool nazionale.

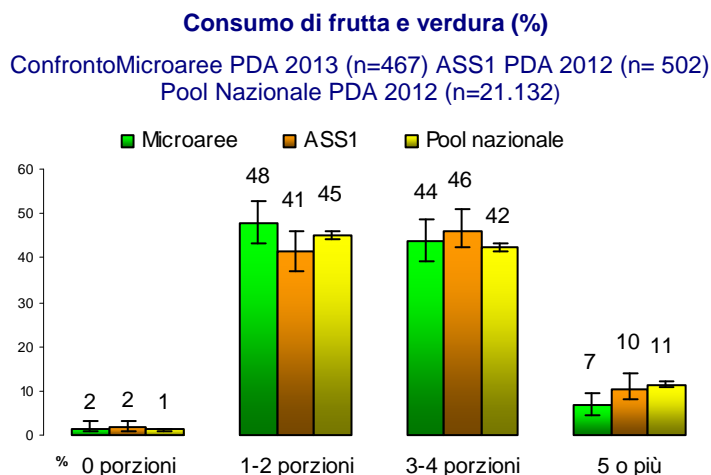
Stato nutrizionale (%)
Confronto Microaree PDA 2013 (n=442) ASS1 PDA 2012 (n= 502)
Pool Nazionale PDA 2012 (n=21.132)



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

- Gli ultra 64enni che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno sono il 7%; il 48% consuma solo 1-2 porzioni.

I dati del pool delle microaree sono in linea con quanto rilevato sia a livello aziendale che nel Pool nazionale 2012.

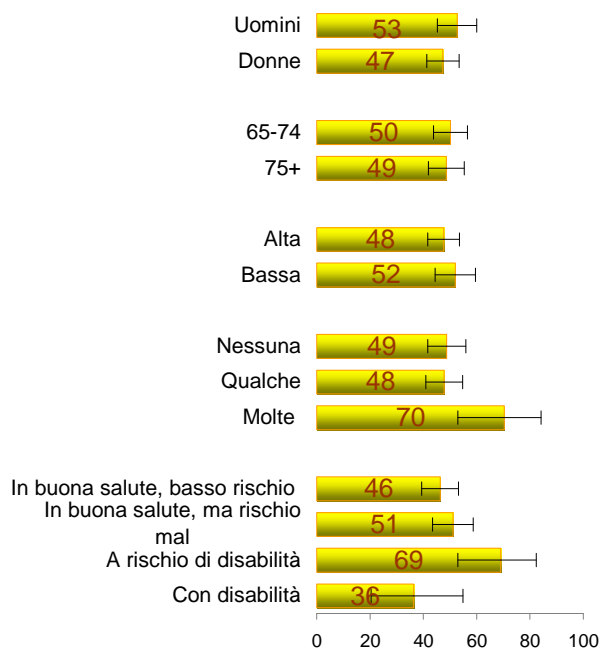


2.1.2.3 Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano meno di tre porzioni di frutta e verdura al giorno?

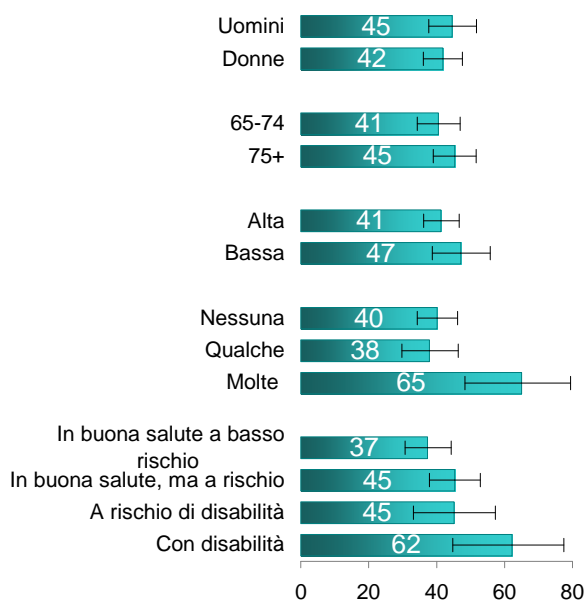
- Nelle microaree quasi metà della popolazione ultra 64enne riferisce un basso consumo giornaliero di frutta e verdura (meno di tre porzioni).
- Il basso consumo di frutta e verdura è più diffuso nelle persone
 - con molte difficoltà economiche e
 - nel sottogruppo a rischio di disabilità, anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico.

Rispetto alla popolazione provinciale (indagine PDA ASS1 2012), nelle microaree si rileva una percentuale più elevata di persone con basso consumo di frutta e verdura.

Basso consumo giornaliero frutta e verdura (%)
Microaree PDA 2013 (n=467)
Totale: 49,5% (I.C.95%: 44,8-54,1)



Basso consumo giornaliero frutta e verdura (%)
ASS1 PDA 2012 (n=502)
Totale: 42,9% (I.C.95%: 38,6-47,4)



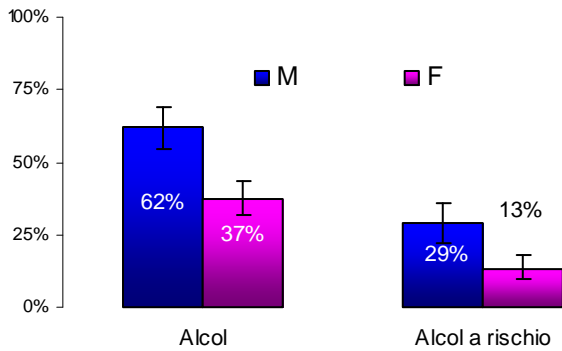
2.1.3 Consumo di alcol

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

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

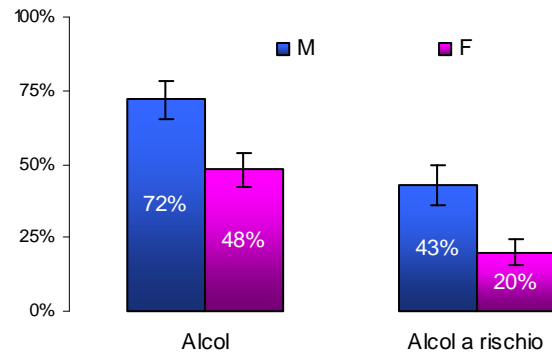
- Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina" consuma bevande alcoliche il 62% degli ultra 64enni maschi ed il 37% delle femmine. Il 29% dei maschi ed il 13% delle femmine con 65 anni e più consuma più di una unità alcolica al giorno (consumo a rischio).
- Tali percentuali sono più basse rispetto a quelle rilevate nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) sia per il consumo generale, dichiarato dal 72% dei maschi e dal 48% delle femmine, che per quello a rischio, che riguarda il 43% dei maschi ed il 20% delle femmine con 65 anni e più. Le differenze rilevate fra il pool delle microaree e l'intera provincia non risultano significative dal punto di vista statistico, eccetto che per la percentuale di uomini con consumo a rischio, al limite della significatività statistica.

Consumo di alcol e consumo di alcol a rischio, per genere* (%)
Microaree PDA 2013 (n=467)



*più di una unità alcolica al giorno

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



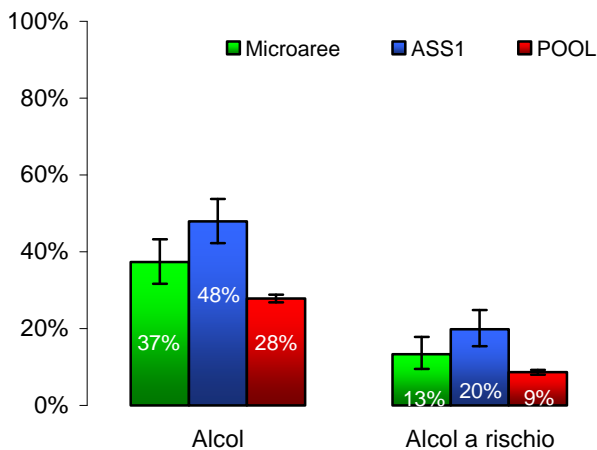
*più di una unità alcolica al giorno

Le percentuali rilevate a livello aziendale si discostano significativamente dalla media nazionale che, nel genere maschile, sono rispettivamente del 58% per il consumo alcolico e del 32% per il consumo a rischio e per le femmine rispettivamente del 28% e del 9%.

La situazione rilevata fra le persone ultra64enni ricalca quanto già evidenziato dal sistema di sorveglianza PASSI per la popolazione di età compresa fra 18-69 anni, relativamente al consumo di alcol, che risulta più elevato nella provincia di Trieste rispetto alla media nazionale.

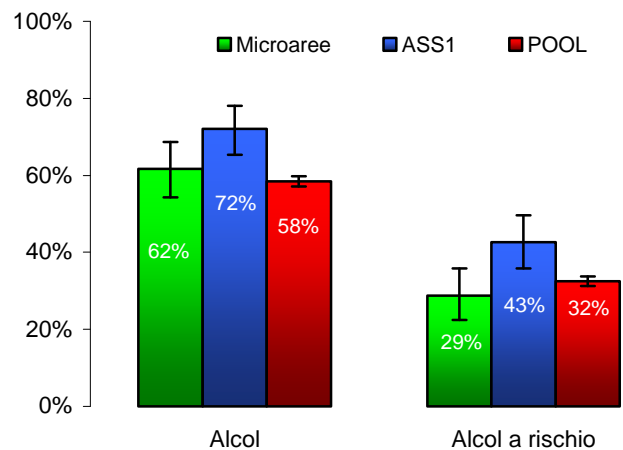
Consumo di alcol e consumo di alcol a rischio nel genere femminile

Confronto Microaree PDA 2013 (n=279) ASS1 PDA 2012 (n= 298) Pool Nazionale PDA 2012 (n=13.515)



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

Confronto Microaree PDA 2013 (n=188) ASS1 PDA 2012 (n= 204) Pool Nazionale PDA 2012 (n=10.448)

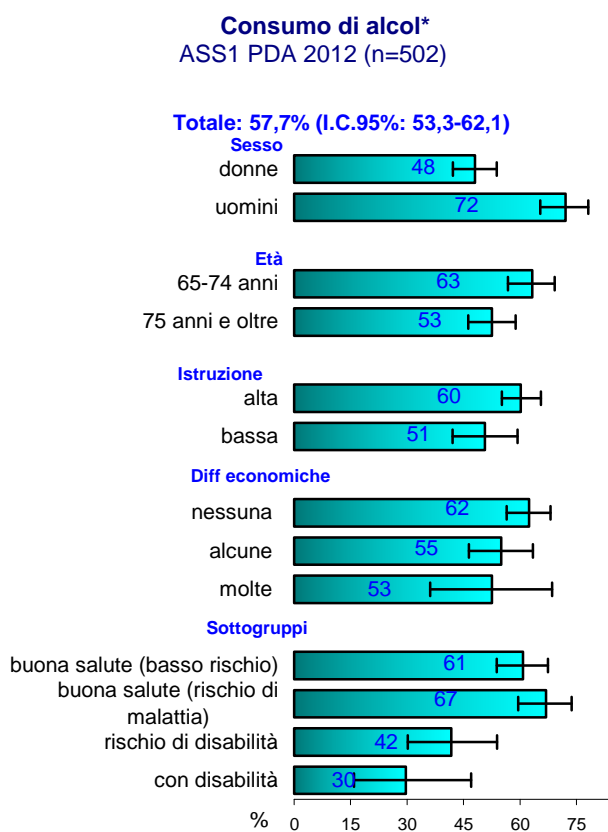
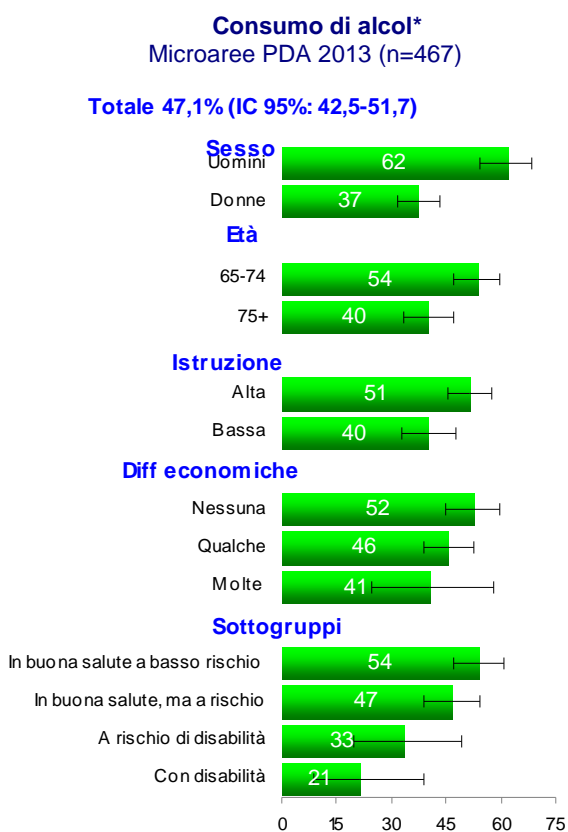


2.1.3.2 Quante persone con 65 anni e più consumano alcol e quali sono le loro caratteristiche?

- Nel pool delle microaree il 47% degli ultra 64enni consuma bevande alcoliche.
- L'abitudine al consumo di alcol è risultata più alta:
 - tra gli uomini rispetto alle donne (62% vs 37%);
 - nella classe d'età 65-74 anni (54% vs 40% dopo i 74 anni);
 - nelle persone con alto livello d'istruzione (51% vs 40%);
 - nelle persone con nessuna difficoltà economica (52%);
 - fra le persone in buona salute a basso rischio di malattia (54%).

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

Nella popolazione ultra 64enne residente nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) la percentuale di persone che consuma alcolici risulta significativamente più elevata rispetto al pool delle microaree, anche se non emergono particolari differenze nelle caratteristiche di coloro che hanno una maggiore abitudine al consumo.



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

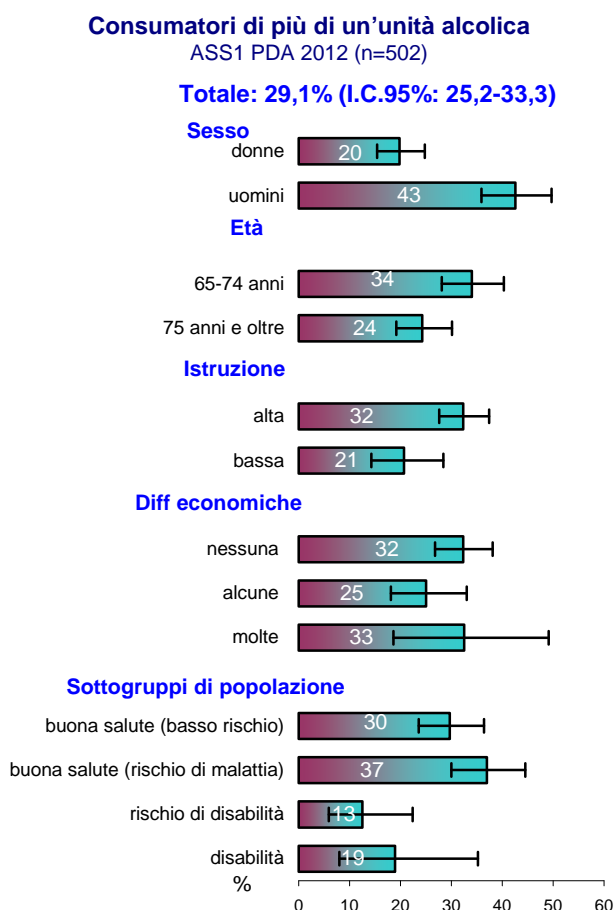
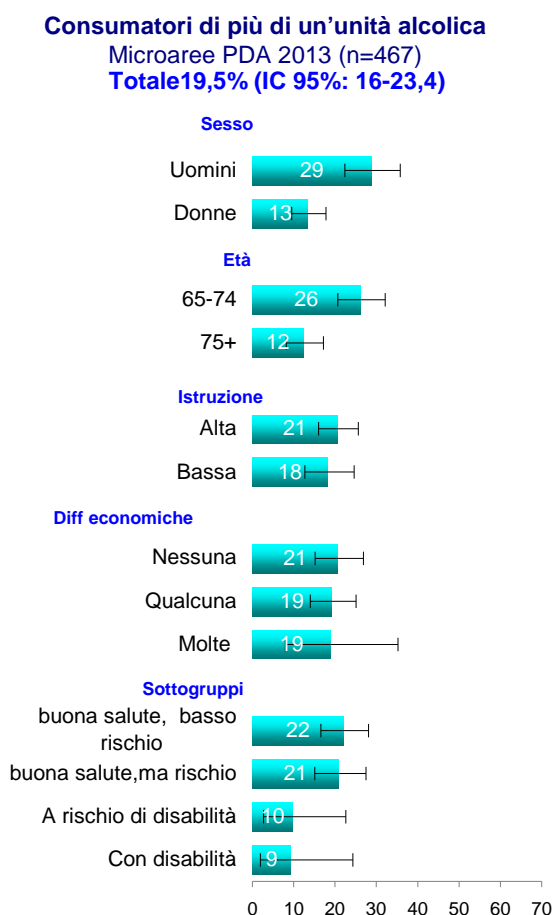
2.1.3.3 Quante persone con 65 anni e più sono bevitori a rischio, ovvero consumano più di una unità alcolica al giorno? E quali sono le loro caratteristiche?

Nel pool delle microaree quasi il 20% degli ultra 64enni intervistati consuma più di un'unità alcolica in una giornata tipo.

Si tratta di un'abitudine più frequente:

- negli uomini (29% vs 13% donne);
- tra le persone con meno di 75 anni (26% vs 12% dopo i 74 anni);
- nel sottogruppo di popolazione in buona salute a rischio di malattia (22%)
- tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (21%)

Nell'intera provincia (indagine PDA ASS 1 2012) ha riferito il consumo di più di un'unità alcolica in una giornata tipo una percentuale più elevata di ultra 64enni rispetto al pool delle microaree (29% vs 20%). La differenza rilevata è significativa dal punto di vista statistico.



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

Nel pool delle microaree ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario il 5% di tutti i bevitori campionati e il 9% dei bevitori "a rischio".

Nell'intera provincia (indagine PDA ASS 1 2012) ha ricevuto il consiglio il 3% di tutti i bevitori campionati e solo il 4% di quelli "a rischio", mentre nel pool nazionale ha riferito di aver ricevuto il consiglio lo 8% di tutti i bevitori e lo 11% dei bevitori "a rischio". Mentre le differenze rilevate fra pool delle microaree e intera provincia non risultano significative, lo sono quelle fra provincia e pool nazionale.

2.1.4 Abitudine al fumo

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

2.1.4.1 Come è distribuita l'abitudine al fumo?

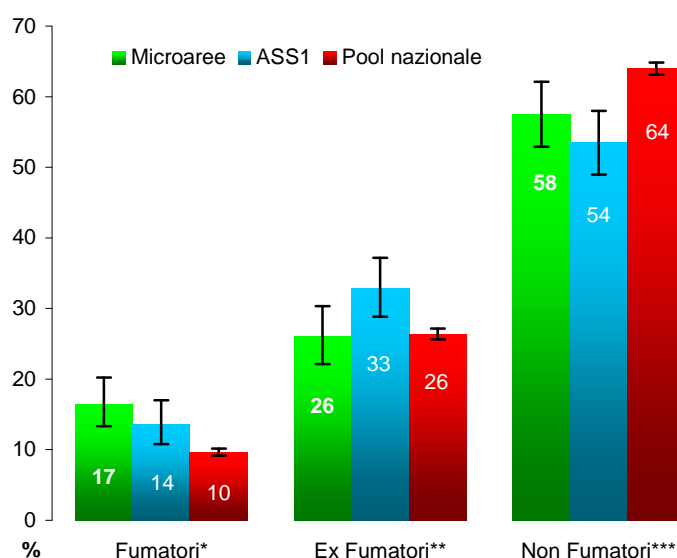
Nel pool delle microaree, fra gli ultra 64enni, si stima che:

- il 17% sia rappresentato da fumatori;
- il 26% da ex fumatori;
- il 58% da non fumatori.

Rispetto alla popolazione provinciale (indagine PDA ASS1 2012) nelle microaree la percentuale di fumatori è più alta (17% vs 14%) e quella di ex fumatori è più bassa (26% vs 33%), pur in assenza di differenze significative statisticamente.

Tali percentuali si discostano significativamente dalla media nazionale per i fumatori (10%) e per gli ex fumatori (26%) e per i non fumatori (64%).

Abitudine al fumo
Confronto Microaree PDA 2013 (n=467) ASS1 PDA 2012 (n= 502)
Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.498)



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

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

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

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

Nel pool delle microaree, l'abitudine al fumo è risultata più alta:

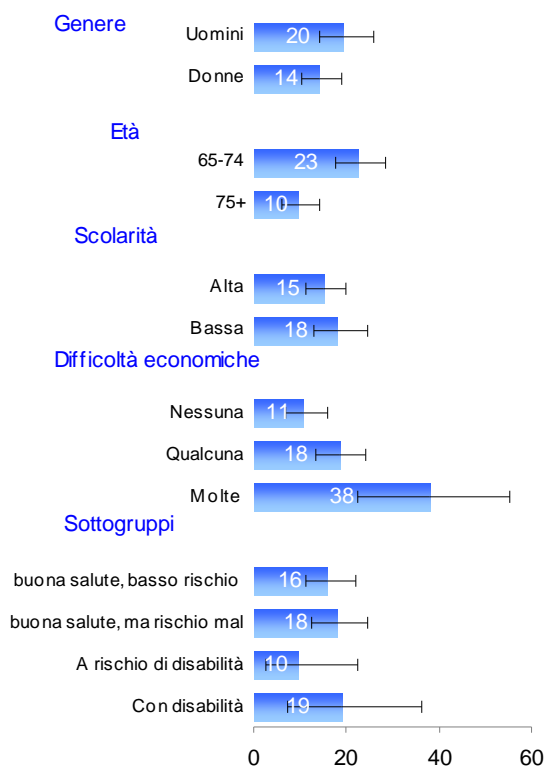
- nella classe d'età 65-74 anni (23%);
- nelle persone con molte difficoltà economiche (38%);
- nelle persone con basso livello d'istruzione (18%).
- Non si rilevano differenze fra i sottogruppi di popolazione.

La percentuale di fumatori rilevata nel pool delle microaree è più alta rispetto a quella provinciale (indagine PDA ASS1 2012)

Il numero medio di sigarette fumate al giorno dagli ultra 64enni è 14,37 (15,3 gli uomini e 13,5 le donne), più elevato rispetto alla media provinciale, che corrisponde a 12,25 (15,1 gli uomini e 10 le donne) e alla media nazionale (Pool PDA 2012), che corrisponde a 11,89 (12,9 per gli uomini e 10,59 per le donne).

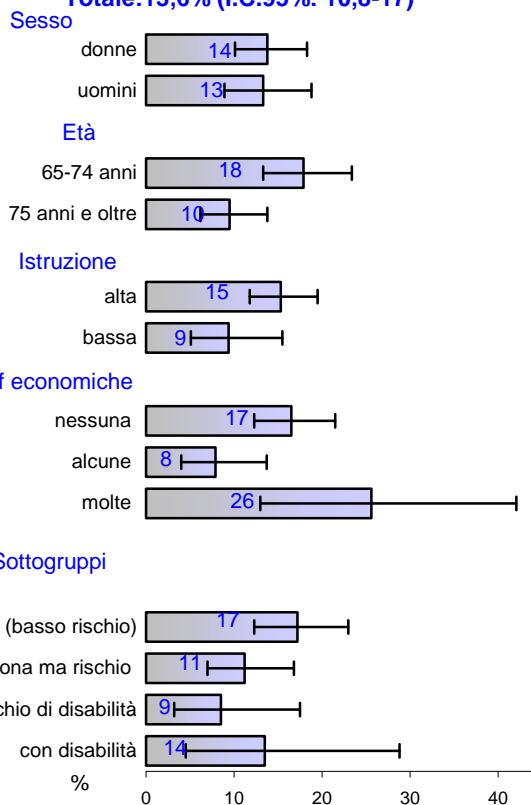
Caratteristiche dei fumatori* %
Microaree PDA 2013 (n=467)

Totale 16,5 (I.C. 95%: 13,3-20,2)



Caratteristiche dei fumatori* %
ASS1 PDA 2012 (n=502)

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



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

2.1.4.3 Forti fumatori

Il 72% dei fumatori ultra 64enni (75 persone) fumano più di 10 sigarette al giorno.

Il 35% dei fumatori possono essere considerati forti fumatori, perché fumano più di 20 sigarette al giorno.

Nel pool delle microaree la prevalenza di forti fumatori ultra 64enni risulta più elevata rispetto a quella provinciale (indagine PDA ASS1 2012), che corrisponde al 25%, ma le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico.

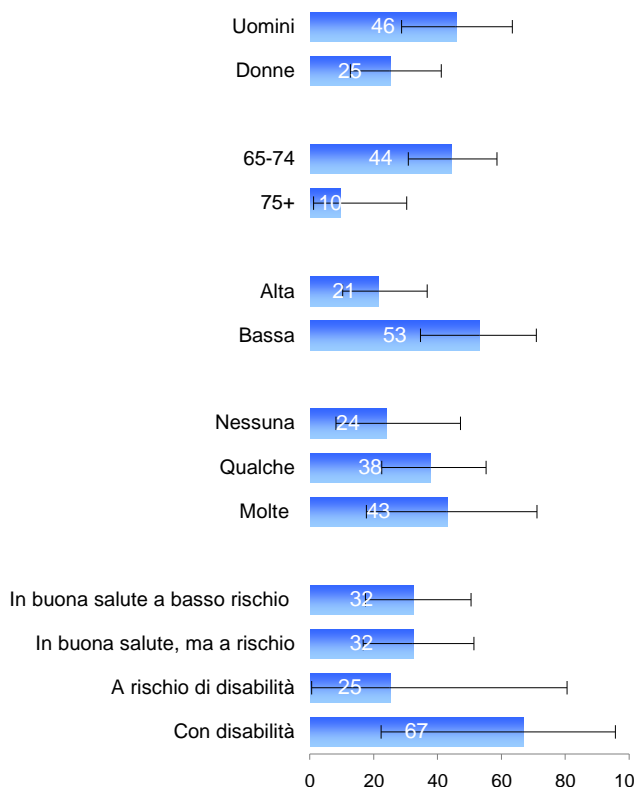
Percentuali più elevate di forti fumatori si trovano:

- fra gli uomini (46%);
- nella classe di età 65-74 anni (44%);
- fra le persone con livello di istruzione basso (53%);
- fra le persone con molte difficoltà economiche (43%);
- nel sottogruppo con disabilità (67%).

Anche nell'intera provincia fumano di più gli uomini, le persone nella classe 65-74 anni, quelle con molte difficoltà economiche, mentre non si rilevano fumatori fra le persone con disabilità.

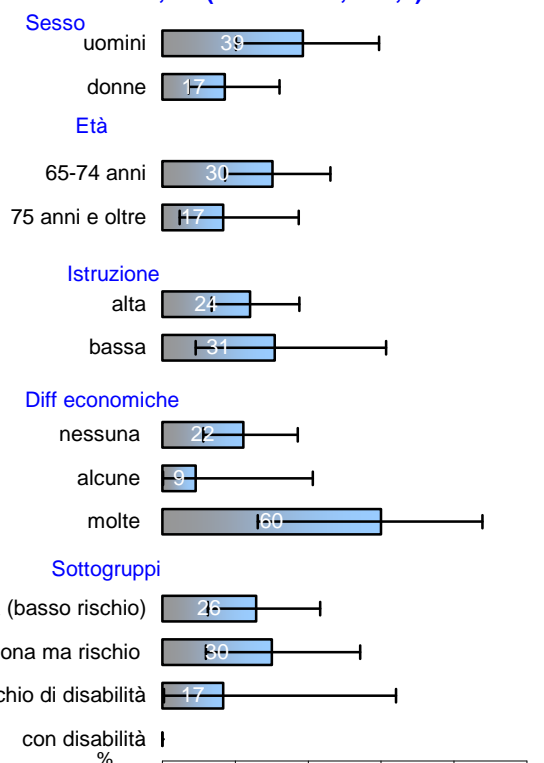
Caratteristiche dei forti fumatori* %
Microaree PDA 2013 (N=26)

Totale 34,7 (I.C.95%: 24,0-46,5)



Caratteristiche dei forti fumatori* %
ASS 1 PDA 2012 (N=67)

Totale 25,4% (I.C.95%: 15,5-37,5)



*forte fumatore: persona che fuma più di 20 sigarette al giorno

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

Nel pool delle microaree lo 84% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario (72% a livello della provincia e 71% a livello nazionale).

Conclusioni

Attività fisica

Una regolare attività fisica previene e/o contribuisce a migliorare il trattamento di molte malattie croniche, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute. Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (Physical Activity Score in Elderly: PASE) che tiene conto delle diverse esigenze e delle diverse attività (sportive, ricreative e domestiche) della popolazione anziana. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

Sulla base del punteggio PASE, nelle microaree dell'ASS1 triestina il 5% della popolazione con più di 64 anni (10% fra gli uomini e 6% fra le donne) risulta completamente sedentario (al di sotto del 10° perc entile del pool nazionale) e il 40% è al di sotto della mediana del pool nazionale.

In particolare, ha un'attività al di sotto della mediana del pool quasi 1 donna su 2 nella fascia di età 65-74 anni, valore significativamente più elevato rispetto a quella dell'intera ASS1 (1 donna su 4).

I risultati indicano la necessità di intraprendere interventi specifici volti a stimolare un'attività fisica regolare su tutta la popolazione anziana residente nelle microaree ed in particolare su quella quota di persone di età compresa fra i 65 e i 74 anni completamente sedentarie che, nel pool delle microaree si stima essere di 173 persone (98 maschi e 75 femmine), che hanno un livello di attività fisica inferiore al 10°percentile del pool nazionale.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, più di un ultra 64enne su due presenta un eccesso ponderale (38% sovrappeso, 17% obese), analogamente a quanto rilevato nell'intera provincia di Trieste.

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

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: più della metà ne assume 3 o più porzioni, ma solo una piccola quota (7%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. Fra le persone con molte difficoltà economiche, oltre il 70% riferisce un basso consumo giornaliero di frutta e verdura.

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

Alcol

Quasi il 50% degli intervistati dichiara di bere alcol. Si stima che poco meno di un ultra 64enne su cinque abbia abitudini a consumare più *di una unità alcolica* al giorno. Tali percentuali sono più basse di quanto rilevato a livello provinciale (differenze significative statisticamente). I dati mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dai loro pazienti, associati al consumo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio (9%) riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Anche se rispetto all'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree l'attenzione degli operatori sanitari sembra maggiore, questa rimane un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Fumo

Si stima che circa un ultra 64enne su sei sia classificabile come fumatore; in particolare, le prevalenze più alte si riscontrano nella fascia 65-74 anni e fra le persone che dichiarano molte difficoltà economiche.

Più di 8 fumatori su dieci hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon livello di attenzione al problema, da parte degli operatori sanitari, addirittura più elevato rispetto a quanto rilevato nell'intera provincia.

Il 35% dei fumatori può essere considerato un forte fumatore.

Tra gli ultra 64 enni che hanno smesso di fumare da meno di 12 mesi (5 persone) nessuno ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

2.2 Ipertensione arteriosa

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

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

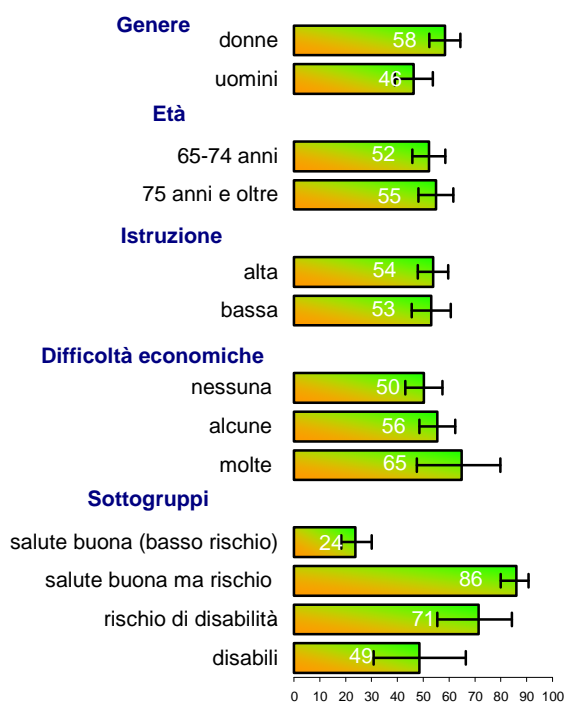
- Si stima che nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" oltre la metà della popolazione ultra 64enne sia ipertesa.
- L'ipertensione arteriosa risulta più diffusa fra:
 - le donne (58% vs 47% uomini);
 - le persone con molte difficoltà economiche
 - nel sottogruppo in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa (86%) e, con minor frequenza, nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità.
- Le differenze rilevate fra il sottogruppo in buona salute, con basso rischio di malattia e gli altri sottogruppi risultano significative dal punto di vista statistico.

La prevalenza e le caratteristiche delle persone ipertese rilevate nel pool delle microaree ricalcano quelle dell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012).

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

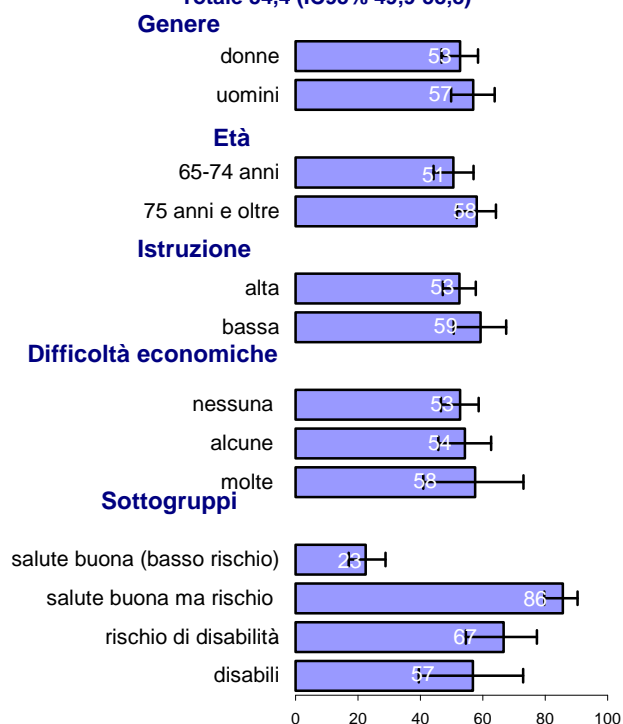
Iperensione arteriosa
Prevalenza
Microaree-PDA 2013 (n=467)

Totale 53,3 (IC95% 48,9-58,1)



Iperensione arteriosa
Prevalenza
ASS 1-PDA 2012 (n=502)

Totale 54,4 (IC95% 49,9-58,8)



2.3 Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili

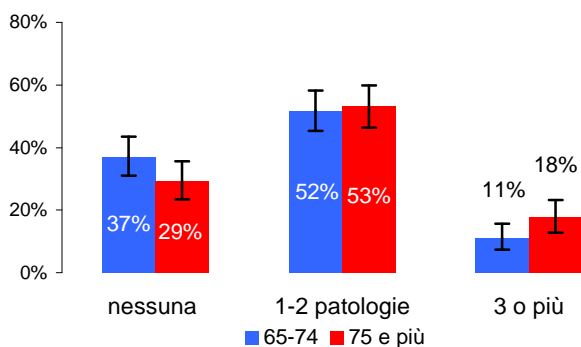
L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative, come quelle cardio-cerebrovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici.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

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

- Nel pool delle microaree dell'ASS 1 Triestina, complessivamente, il 67% degli anziani intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia, senza differenze significative per genere; poco più della metà ne ha 1-2. La percentuale di anziani con almeno 3 malattie è più elevata negli ultra74 enni (18% nella classe con più di 74 anni vs 11% fra i 65 ed i 74 anni); non si rilevano importanti differenze per genere. Nell'ASS1, complessivamente, il 65% degli anziani intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia, mentre nel Pool nazionale lo ha dichiarato il 64% degli intervistati.

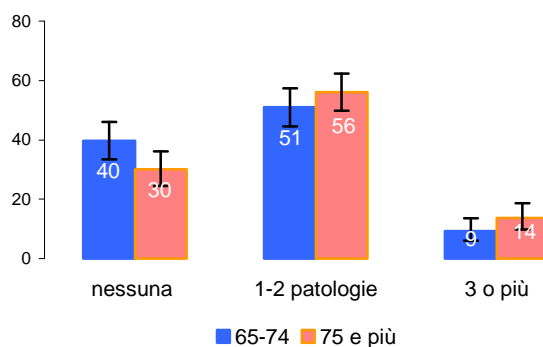
Numero di patologie croniche dichiarate per classi di età (%)

Microaree-PDA 2013 (n=467)



Numero di patologie croniche dichiarate per classi di età (%)

ASS 1 PDA 2012 (n=502)



Si stima che, nella popolazione ultra 64enne residente nel pool delle microaree:

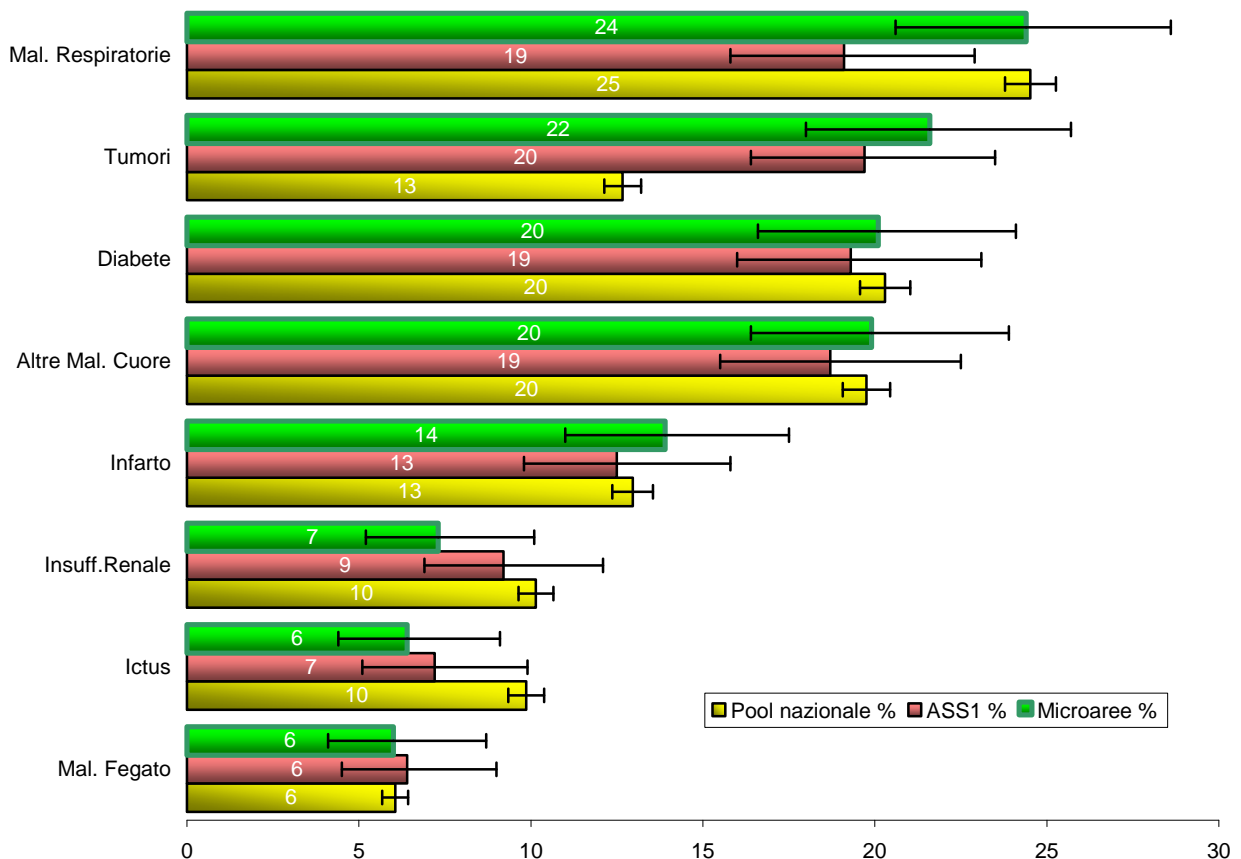
- 1 anziano su 4 abbia malattia respiratoria;
- più di 1 anziano su 5 presenti un tumore;
- 1/5 abbia diabete;
- 1 su 5 abbia una malattia cardiaca non ischemica;
- 1 su 7 un pregresso infarto del miocardio;
- il 7% soffra di insufficienza renale e
- il 6% presenti esiti di un ictus;
- il 6% abbia una malattia di fegato.

Rispetto all'intera provincia di Trieste, nel pool delle microaree si rileva una prevalenza più alta di malattie respiratorie, tumori, diabete, malattie cardiache non ischemiche, pur in assenza di differenze significative statisticamente.

Insufficienza renale ed ictus sono stati dichiarati da percentuali più basse di intervistati (differenze non significative).

La prevalenza di patologia tumorale riferita dalla popolazione anziana del pool delle microaree e dell'ASS1, significativamente più elevata rispetto a quella della media nazionale (Pool PDA 2012), trova riscontro in quanto è emerso anche in indagini realizzate utilizzando i dati dei registri tumori e che evidenziano una prevalenza di patologia tumorale più elevata nell'intera popolazione della provincia di Trieste rispetto al Pool del Nord Est.

Distribuzione delle patologie croniche dichiarate (considerate indipendentemente)
 Confronto Microaree PDA 2013 (n=467) ASS1 - PDA 2012 (n=502) - Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.976)

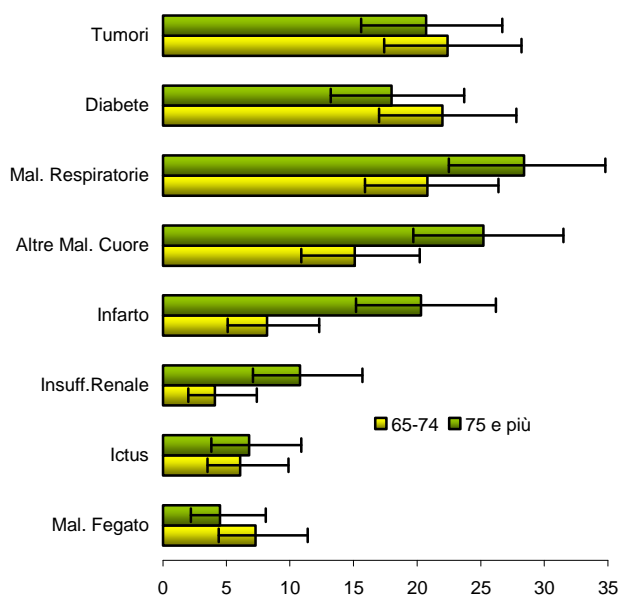


Come evidenziano i grafici seguenti, per quasi tutte le malattie considerate, si rilevano prevalenze più alte fra gli uomini, rispetto alle donne, e fra le persone con più di 74 anni, rispetto a quelle più giovani, anche se le differenze rilevate, fatta eccezione per l'infarto cardiaco, non sono significative statisticamente.

Rispetto all'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nelle microaree sembra maggiore la prevalenza di malattie respiratorie, altre malattie cardiache ed infarto nella classe di età più anziana, ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

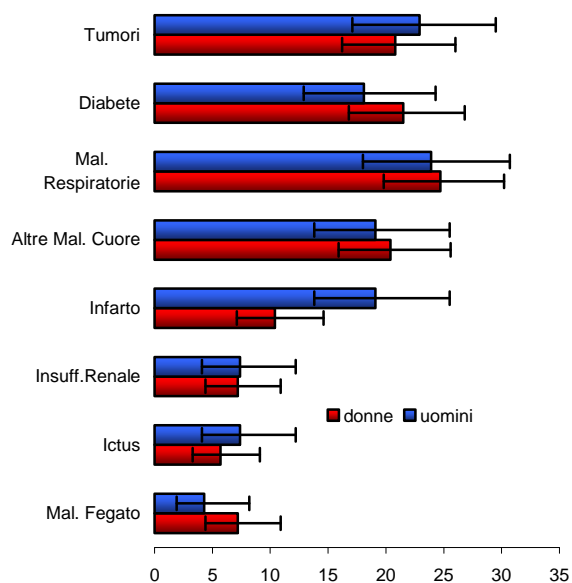
Distribuzione delle patologie dichiarate per classi di età

Microaree PDA 2013 (n=467)



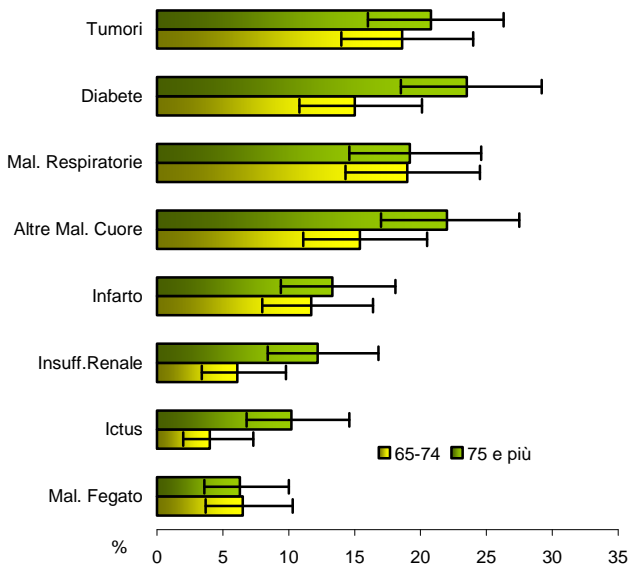
Distribuzione delle patologie dichiarate per genere

Microaree PDA 2013 (n=467)



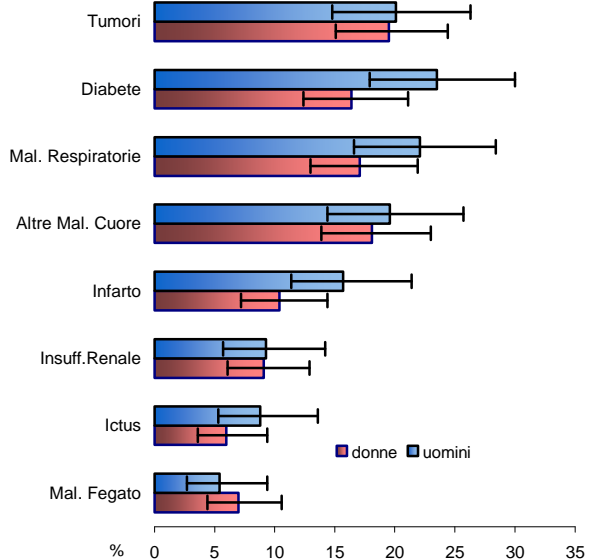
Distribuzione delle patologie dichiarate per classi di età

ASS1 PDA 2012 (n=502)



Distribuzione delle patologie dichiarate per genere

ASS1 PDA 2012 (n=502)



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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" si stima che il 14% degli ultra 64enni abbia 3 o più patologie croniche.

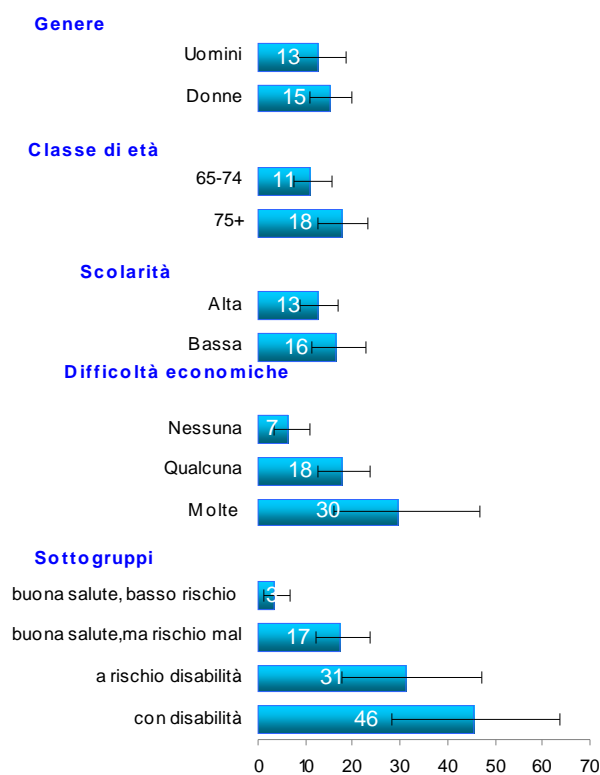
- La percentuale di persone con 3 o più patologie croniche è più elevata tra le donne (15% vs 13%) e tra le persone con più di 74 anni (18% vs 11%).
- Avere tre o più patologie croniche è più frequente tra:
 - le persone con livello di istruzione più basso
 - le persone che hanno molte difficoltà economiche
 - le persone a rischio di disabilità e con disabilità.

Rispetto all'intera provincia, nelle microaree si rilevano percentuali più elevate di persone con 3 o più patologie croniche (14% vs 12%), soprattutto fra le coloro che hanno molte difficoltà economiche (30% vs 23%) e fra le persone con e disabilità (46% vs 35%) e rischio di disabilità (31% vs 17%), ma le differenze rilevate non risultano significative da un punto di vista statistico.

La quasi totalità (99%) delle persone con 3 o più patologie croniche fa uso di farmaci (vs il 75% tra le persone che non hanno patologie croniche), ricalcando quanto rilevato a livello dell'intera provincia di Trieste (98% vs 76%).

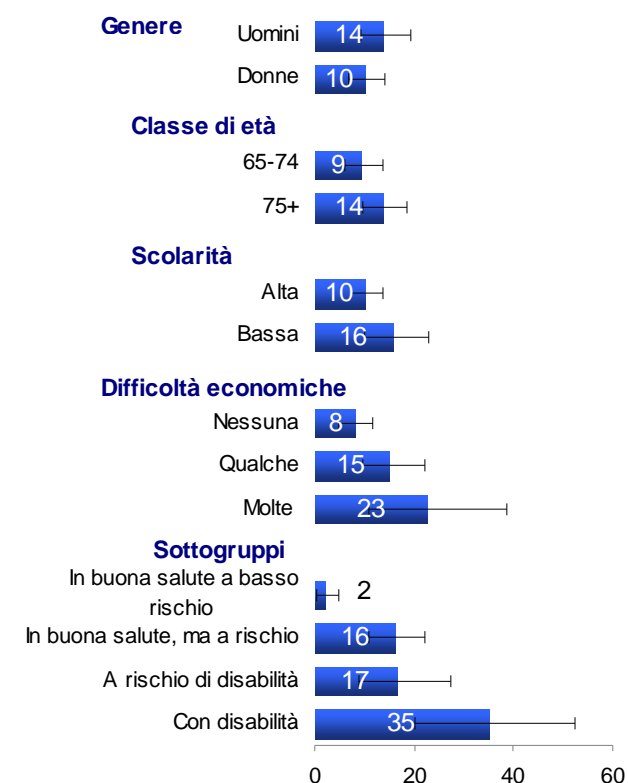
Persone che riferiscono 3 o più patologie croniche (%)
Microaree PDA 2013 (n=467)

Totale 14,1 (IC95% 11,2-17,7)



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

Totale 11,6 (IC95% 9,0-14,8)



Conclusioni

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio intermedi per patologie cardio e cerebrovascolari. Nelle microaree dell'ASS1 "Triestina", coerentemente con l'intera provincia, interessa più di un anziano su due.

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" si stima che circa 7 anziani su 10 abbiano almeno 1 patologia e che quasi la metà ne abbia 1 o 2.

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

Va segnalata una prevalenza significativamente maggiore, rispetto al Pool nazionale, di patologie neoplastiche e, limitatamente all'intera popolazione dell'ASS1 (dato non confermato nel pool delle microaree), piccole, ma significative, differenze di prevalenza di malattia respiratoria dichiarata.

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

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

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

2.4 Problemi di vista, udito e masticazione

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

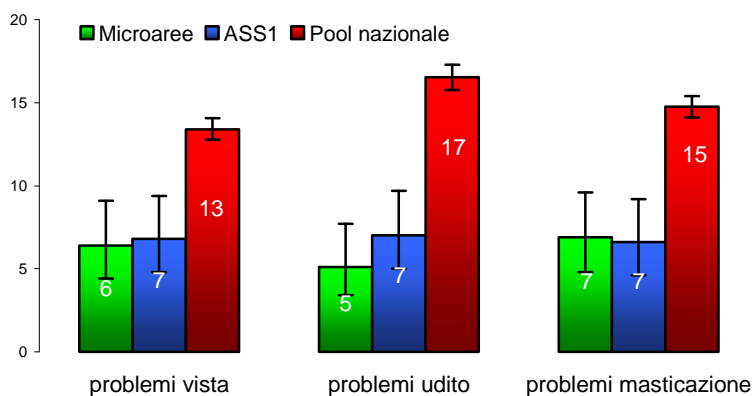
Nelle microaree dell'ASS1 "Triestina", si stima che complessivamente fra gli ultra 64enni:

- Il 6% abbia problemi di vista; di udito e di masticazione

Come evidenzia il grafico, le percentuali rilevate sia nel pool delle microaree che a livello aziendale (indagine PDA ASS1 2012) sono inferiori (differenze significative statisticamente) di quelle rilevate nel Pool nazionale, che corrispondono a:

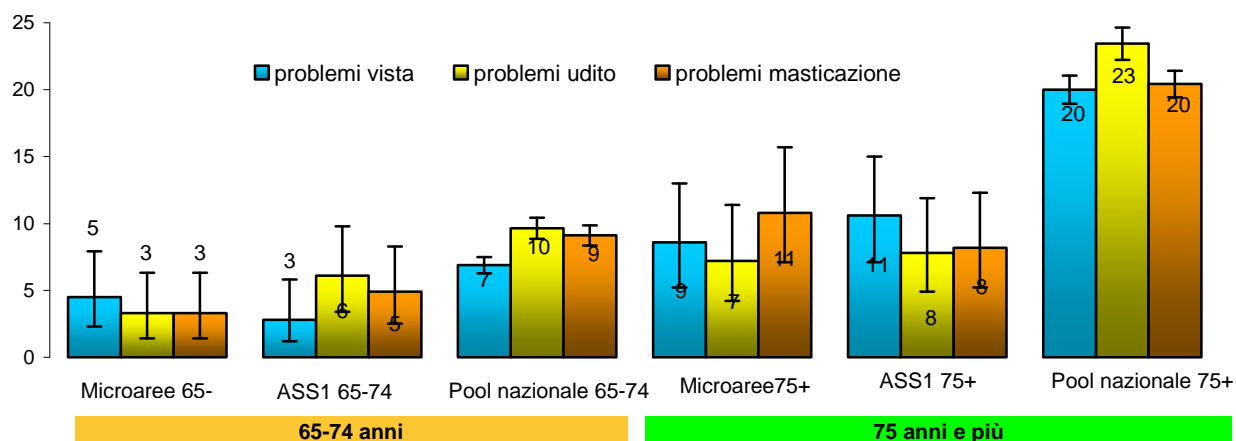
- 13% per problemi di vista;
- 17% per problemi di udito;
- 15% per i problemi di masticazione.

Prevalenza dei disturbi sensoriali nella popolazione ultra 64enne
Confronto Microaree PDA 2013 (n=467) ASS1 PDA 2012 (n= 502)
Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.813)



Come evidenzia il grafico sotto, confrontando la distribuzione dei problemi sensoriali per fasce di età nella popolazione del pool delle microaree, dell'intera ASS 1 e nel Pool nazionale, non emergono differenze significative fra microaree e provincia. Nella fascia con più di 74 anni tutti i problemi sensoriali hanno una prevalenza significativamente inferiore, sia nel pool delle microaree che dell'intera ASS 1, rispetto a quanto rilevato a livello nazionale.

Distribuzione dei problemi sensoriali per fasce di età (%)
Confronto Microaree PDA2013 (n=467) ASS1 PDA 2012 (n= 502) Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.813)



2.4.1 Problemi di vista

L'OMS stima che, a livello mondiale, circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni: con l'invecchiamento della popolazione tale percentuale è destinata ad aumentare (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il *National Eye Institute*, le principali patologie oculari correlate all'età (NIH, 2004). La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. Il sistema PASSI d'Argento permette di stimare la proporzione di anziani con problemi di vista e di fare confronti a livello nazionale e soprattutto locale (ASL e Regioni). Nell'indagine 2013 condotta nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina", poco più del 6% delle persone con 65 anni e più ha riferito di avere problemi di vista, in particolare di non vedere da vicino anche usando gli occhiali.

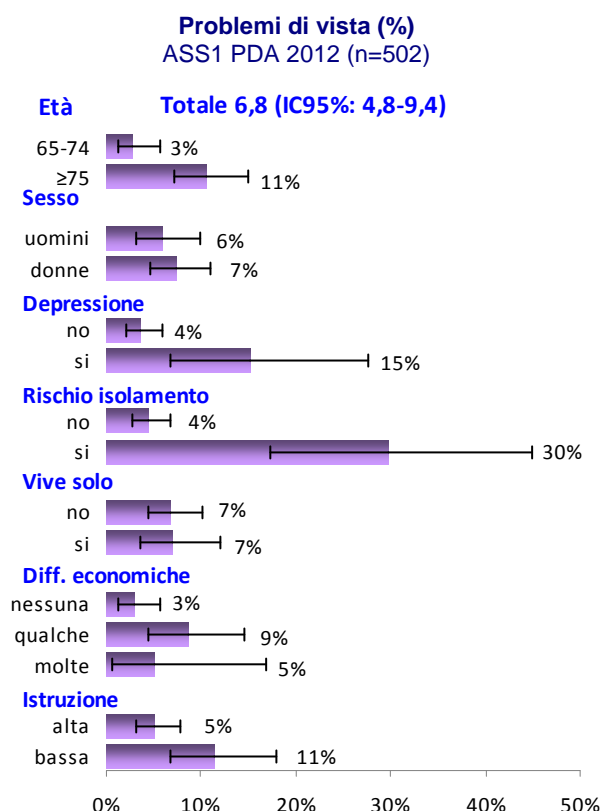
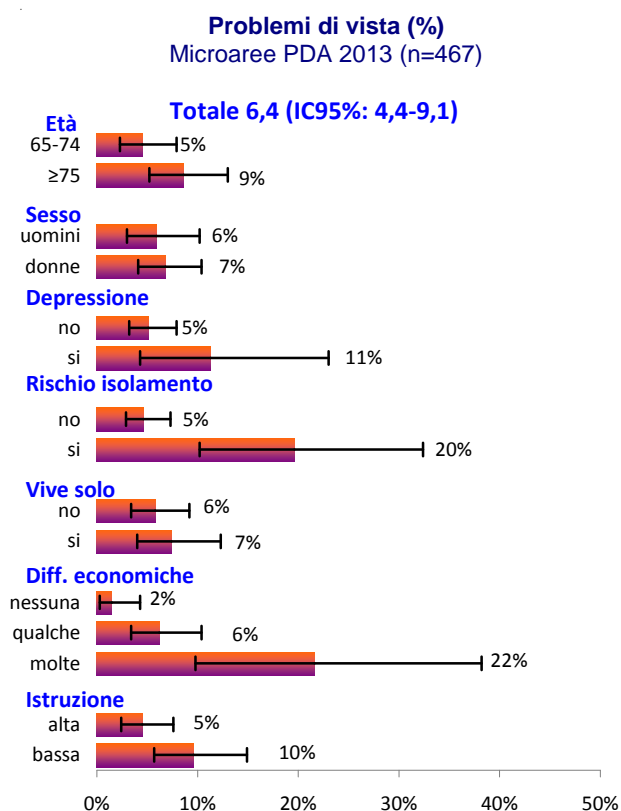
2.4.1.1 Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di vista?

I problemi di vista sono più frequenti

- ◆ fra gli ultra74enni;
- ◆ fra le persone con molte difficoltà economiche (differenze significative da un punto di vista statistico);
- ◆ con basso livello di istruzione;
- ◆ fra le persone con sintomi di depressione e

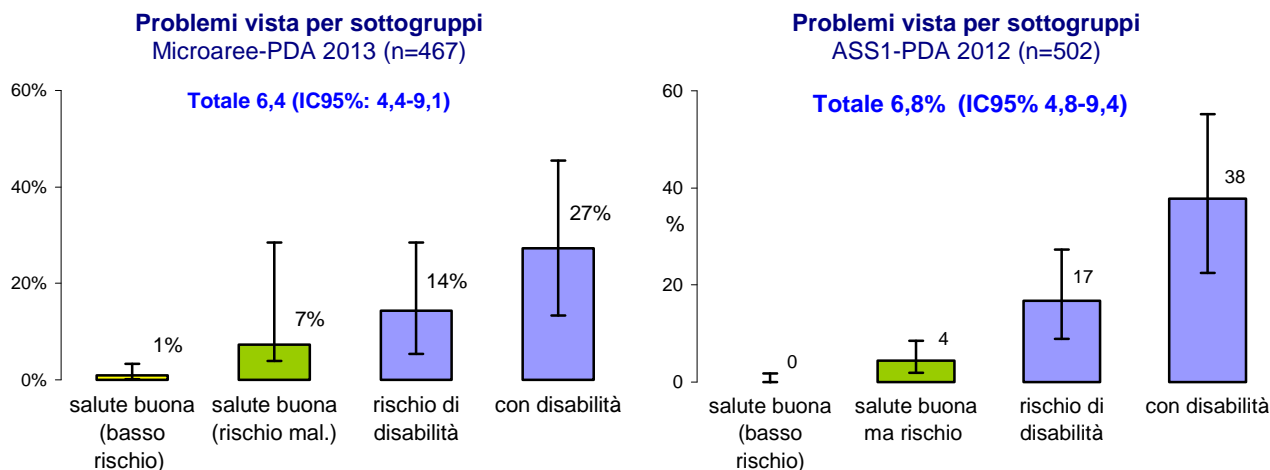
- ◆ fra le persone con rischio di isolamento.

Rispetto all'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree la percentuale di persone con molte difficoltà economiche che dichiara problemi di vista è più elevata (22% vs 5%), ma le differenze rilevate non sono significative da un punto di vista statistico.



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

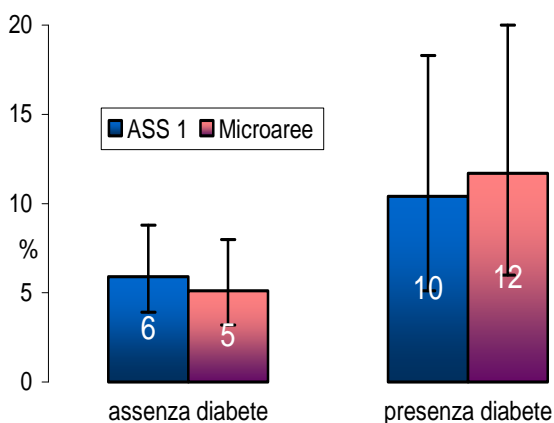
Considerando i sottogruppi di popolazione, si evidenzia un trend crescente di problemi di vista, passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio al sottogruppo con disabilità. All'interno di quest'ultimo riferisce problemi di vista circa 1 persona su 4. La distribuzione dei problemi di vista nei sottogruppi rilevata nel pool delle microaree non differisce da quella dell'intera provincia di Trieste (Indagine PDA ASS1 2012).



Fra le persone affette da diabete e fra quelle affette da ipertensione è stata rilevata una percentuale più elevata di problemi di vista, rispetto a quelle senza diabete e senza ipertensione; le differenze rilevate, tuttavia, non sono significative dal punto di vista statistico e ricalcano quanto rilevato nell'intera ASS1 (Indagine PDA ASS1 2012).

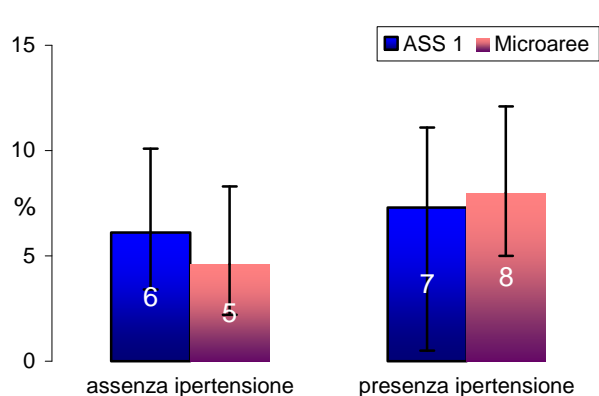
Distribuzione problemi di vista fra le persone senza e con diabete

Confronto ASS1 PDA 2012 (n=502) microaree (n=467)



Distribuzione problemi di vista fra le persone senza e con ipertensione

Confronto ASS1 PDA 2012 (n=502) microaree (n=467)



2.4.2 Problemi di udito

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

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

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

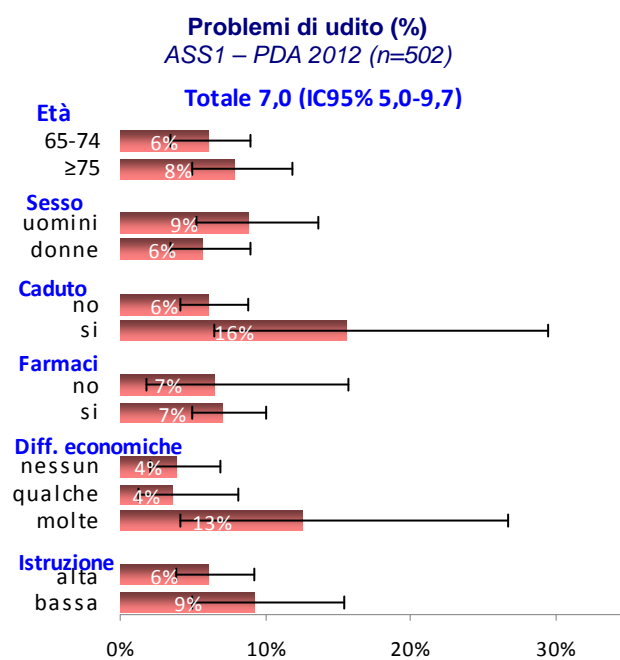
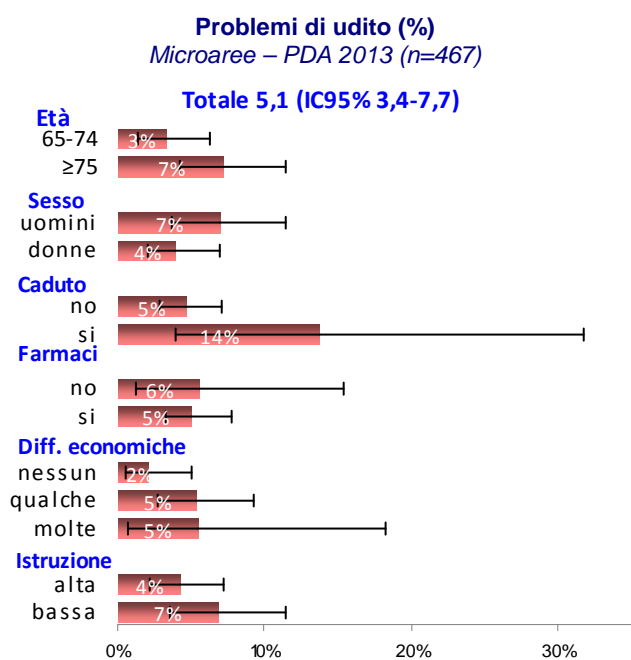
Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" il 5% degli ultra 64enni riferisce di avere problemi di udito; questi sono più frequenti fra le persone:

- ◆ più anziane;
- ◆ uomini;
- ◆ con difficoltà economiche (molte, qualcuna);
- ◆ con livello di istruzione più basso;

- ◆ che sono cadute negli ultimi 30 giorni.

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

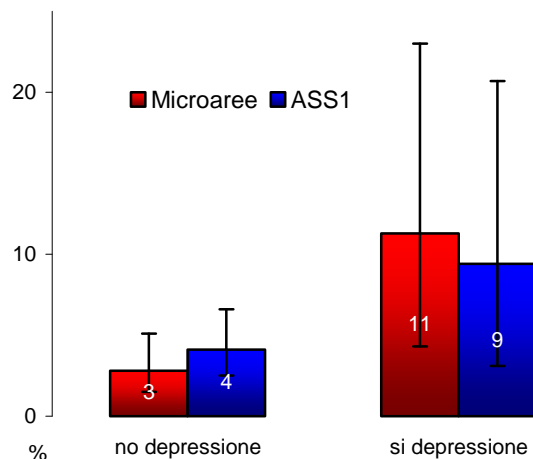
Rispetto all'intera ASS1, fra gli ultra 64enni residenti nel pool di microaree la prevalenza di problemi di udito è più bassa (5% vs 7%), ma le differenze rilevate non sono significative da un punto di vista statistico.



La percentuale di persone con problemi di udito è più alta fra coloro che sono a rischio di isolamento e fra le persone che hanno sintomi di depressione (differenze non significative dal punto di vista statistico). Rispetto all'intera ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) non si rilevano differenze significative.

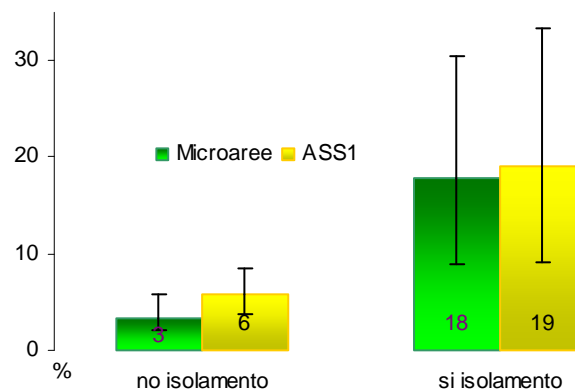
Distribuzione problemi di udito fra le persone con e senza sintomi di depressione

Confronto ASS1 PDA 2012 (n=502) microaree (n=467)



Distribuzione problemi di udito fra le persone con e senza rischio di isolamento

Confronto ASS1 PDA 2012 (n=502) microaree (n=467)



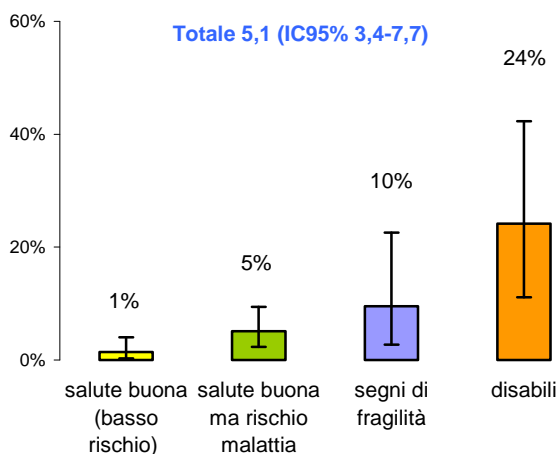
2.4.2.2 Distribuzione dei problemi di udito all'interno dei sottogruppi di popolazione

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

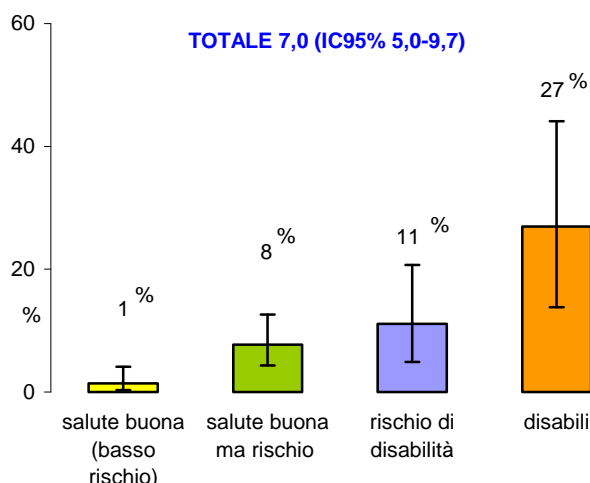
All'interno di quest'ultimo sottogruppo riferisce problemi di udito più di 1 persona su 4.

La distribuzione dei problemi di udito rilevata nei sottogruppi fra i residenti ultra 64enni nel pool delle microaree non differisce da quella dell'intera popolazione ultra64enne dell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012).

Problemi udito per sottogruppi
Microaree – PDA 2013 (n=467)



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



2.4.3 Problemi di masticazione

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

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

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

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

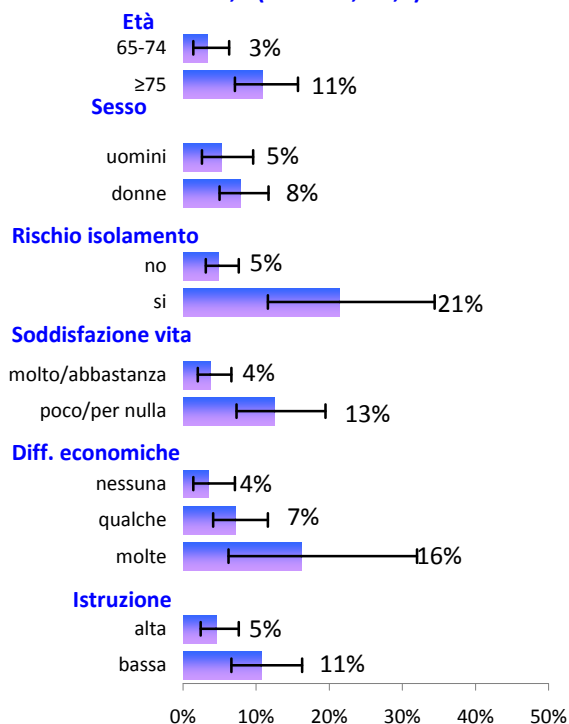
Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina" quasi 7% degli ultra 64enni riferisce di avere problemi di masticazione; questi sono più frequenti fra le persone:

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

Le caratteristiche della popolazione anziana con problemi di masticazione rilevate nel pool delle microaree risultano sovrapponibili a quelle dell'intera ASS1.

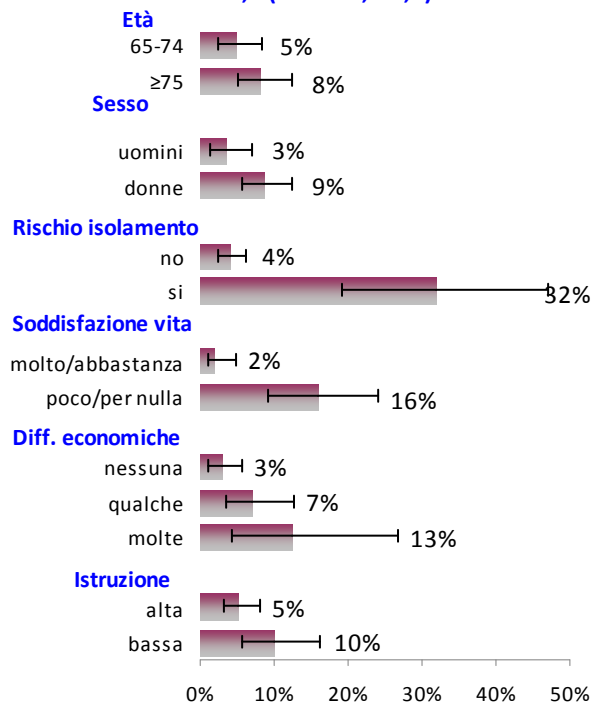
Problemi di masticazione
Microaree- PDA 2013 (n=467)

Totale 6,9 (IC95% 4,8-9,6)



Problemi di masticazione
ASS1- PDA 2012 (n=502)

Totale 6,6 (IC95% 4,6-9,2)

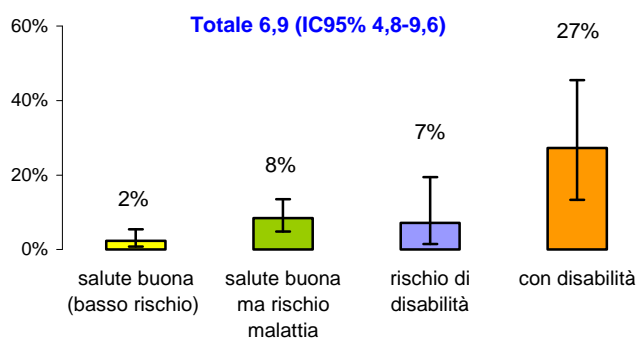


2.4.3.2 Distribuzione dei problemi di masticazione fra i sottogruppi di popolazione

Considerando i sottogruppi di popolazione, si evidenzia un trend crescente di problemi di masticazione passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio a quello con disabilità. All'interno di quest'ultimo sottogruppo, riferisce problemi di masticazione più di 1 persona su 4 (1 su 3 nell'omologo sottogruppo dell'intera ASS1).

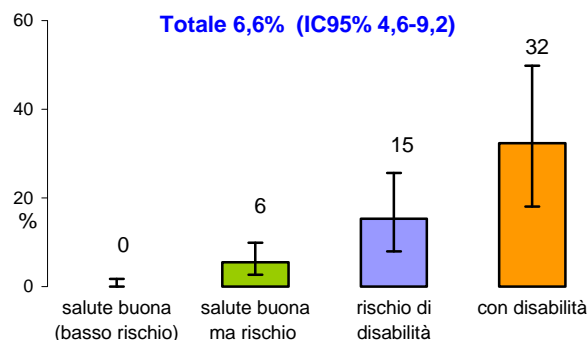
Problemi masticazione per sottogruppi
Microaree- PDA 2013 (n=467)

Totale 6,9 (IC95% 4,8-9,6)



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

Totale 6,6 (IC95% 4,6-9,2)

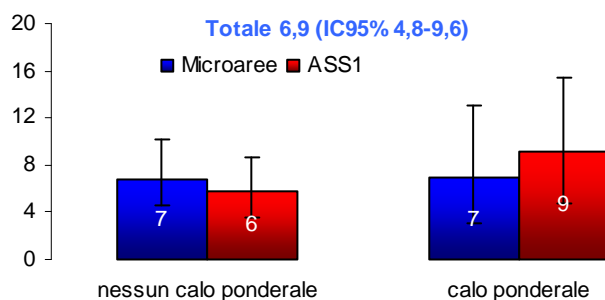


2.4.3.3 Distribuzione dei problemi di masticazione fra le persone che riferiscono calo ponderale negli ultimi 12 mesi

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina", fra le persone che hanno dichiarato di aver perso peso negli ultimi 12 mesi, i problemi di masticazione non sono risultati più frequenti rispetto a coloro che non hanno dichiarato un calo ponderale. Anche rispetto all'intera ASS1 non sono state rilevate differenze significative.

Distribuzione problemi di masticazione fra le persone per calo ponderale negli ultimi 12 mesi
Confronto ASS1 PDA 2012 (n=502) microaree (n=467)



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

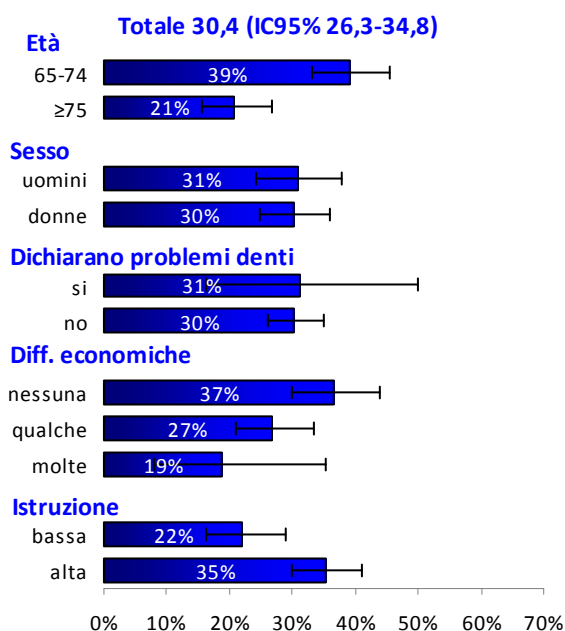
Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina", meno di 1/3 degli intervistati è stato dal dentista negli ultimi 12 mesi.

Il ricorso al dentista è più basso:

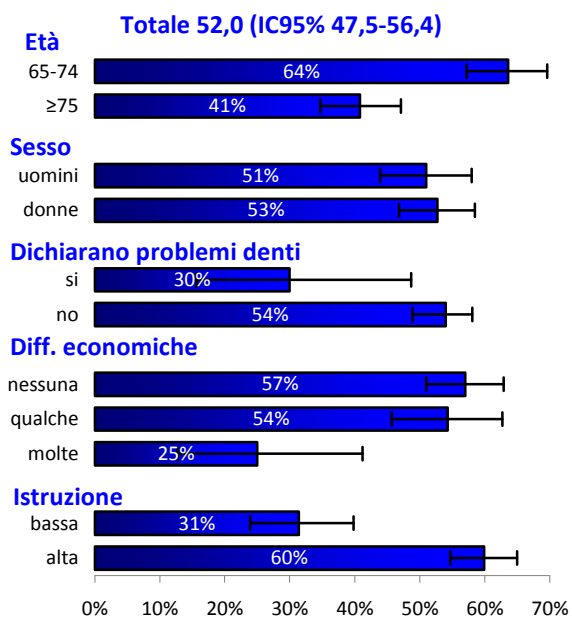
- ◆ fra gli ultra 74 enni (1 su 5);
- ◆ fra le persone che dichiarano molte difficoltà economiche (1 su 5);
- ◆ fra le persone con livello di istruzione più basso (1 su 5);
- ◆ fra le persone che dichiarano problemi di masticazione solo 1 su 3 si è rivolto al dentista.

La percentuale di anziani residenti nel pool delle microaree dell'ASS 1 che è stata visitata dal dentista negli ultimi 12 mesi è più bassa rispetto a quella dell'intera ASS1 (30% vs 52%: differenze significative da un punto di vista statistico), avvicinandosi a quanto rilevato a livello nazionale (Pool nazionale PDA 2012: 37%). Le differenze rilevate rispetto all'ASS1 sono significative dal punto di vista statistico.

Caratteristiche degli anziani visitati dal dentista negli ultimi 12 mesi (%)
Microaree- PDA 2013 (n=467)



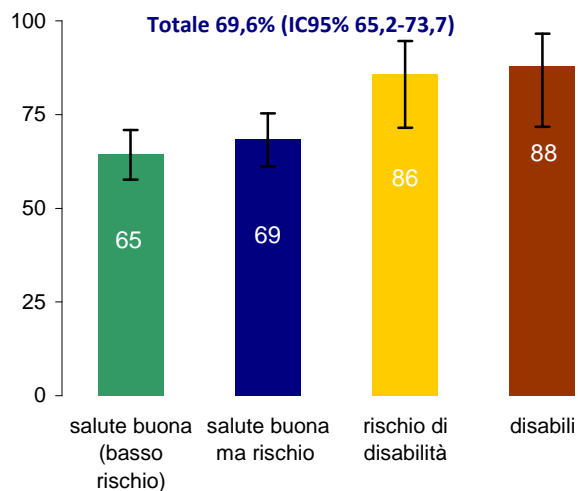
Caratteristiche degli anziani visitati dal dentista negli ultimi 12 mesi (%)
ASS1 PDA 2012 (n=502)



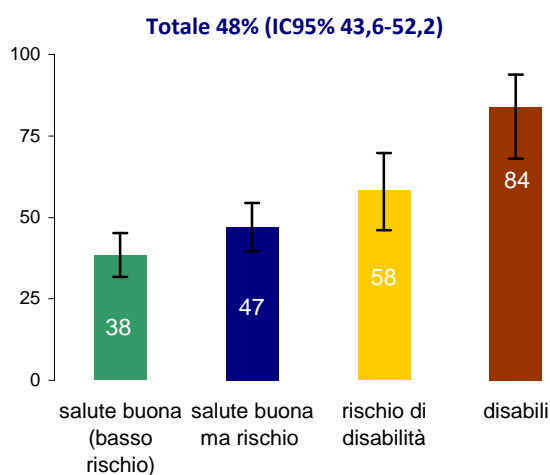
Considerando i sottogruppi di popolazione, è evidente, passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio a quello con disabilità, un trend crescente nella percentuale di persone che non sono state visitate dal dentista negli ultimi 12 mesi. In particolare, all'interno del sottogruppo con disabilità non si è rivolto al dentista quasi il 90%.

Rispetto all'intera ASS1, nella popolazione anziana residente nel pool delle microaree si rilevano percentuali più elevate di persone nei sottogruppi in buona salute, senza rischio di malattia, in buona salute a rischio di malattia e nel sottogruppo a rischio di disabilità che non sono state visitate dal dentista negli ultimi 12 mesi. Le differenze rilevate risultano significative da un punto di vista statistico.

Anziani che non sono andati dal dentista negli ultimi 12 mesi per sottogruppi
Microaree- PDA 2013 (n=467)



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



2.4.3.5 Perché le persone non si recano dal dentista?

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

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

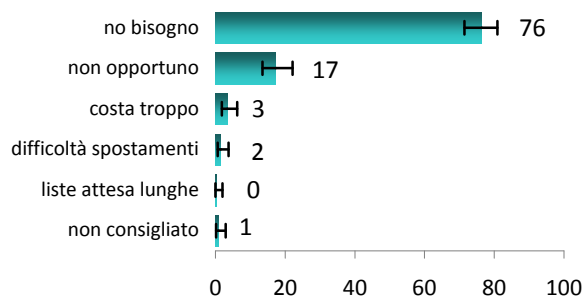
Nell'intera ASS1 (indagine PDA ASS 1 2012) la distribuzione delle motivazioni addotte per il mancato ricorso al dentista sono le stesse, senza differenze di rilievo.

Distribuzione delle motivazioni di mancato ricorso al dentista
Microaree PDA 2013 (n=467)

Visitato dal dentista



motivo del mancato ricorso

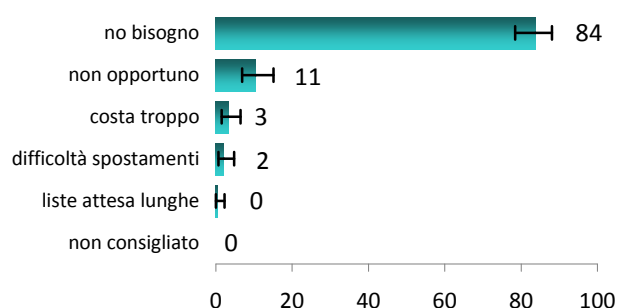


Distribuzione delle motivazioni di mancato ricorso al dentista
ASS1 PDA 2012 (n=500)

Visitato dal dentista



motivo del mancato ricorso



Conclusioni

Vista

Si stima che il 6% degli ultra 64enni abbia problemi di vista.

I problemi di vista sono più rappresentati fra le persone più anziane, le donne ed in presenza di alcune condizioni patologiche, quali diabete ed ipertensione. Si rilevano più frequentemente, inoltre, fra le persone con sintomi di depressione e rischio di isolamento.

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

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

Udito

Si stima che il 5% degli ultra 64enni abbia problemi di udito. I problemi di udito sono più frequenti fra le persone più anziane, nel genere maschile, tra coloro che riferiscono di essere caduti negli ultimi 30 giorni. La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà di comunicazione con gli altri hanno un effetto rilevante sulla attività fisica e psicologica dell'anziano, che più frequentemente presenta sintomi di depressione e isolamento sociale. La diagnosi e cura della presbiacusia contribuiscono alla riduzione delle complicanze legate alla progressiva riduzione della capacità uditiva e, perciò, della disabilità.

Masticazione

I problemi di masticazione, che si stima riguardino il 7% degli ultra 64enni risultano associati ad età più avanzata, genere femminile, e sono maggiori in presenza di difficoltà economiche e basso livello di istruzione; inoltre spesso sono associati a calo ponderale.

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

Fra le persone con problemi di masticazione, solo il 30% si è rivolto al dentista negli ultimi 12 mesi. Tale percentuale risulta significativamente più bassa fra gli anziani residenti nelle microaree rispetto a quelli dell'intera ASS1, ma le motivazioni addotte a spiegare il mancato ricorso non differiscono fra le 2 aree indagate e non farebbero ipotizzare una problematica di accessibilità alle cure.

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

2.5 Cadute

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

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

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

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" il 6% degli intervistati con più di 64 anni ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni.

Le cadute sono state riferite con maggior frequenza dalle persone:

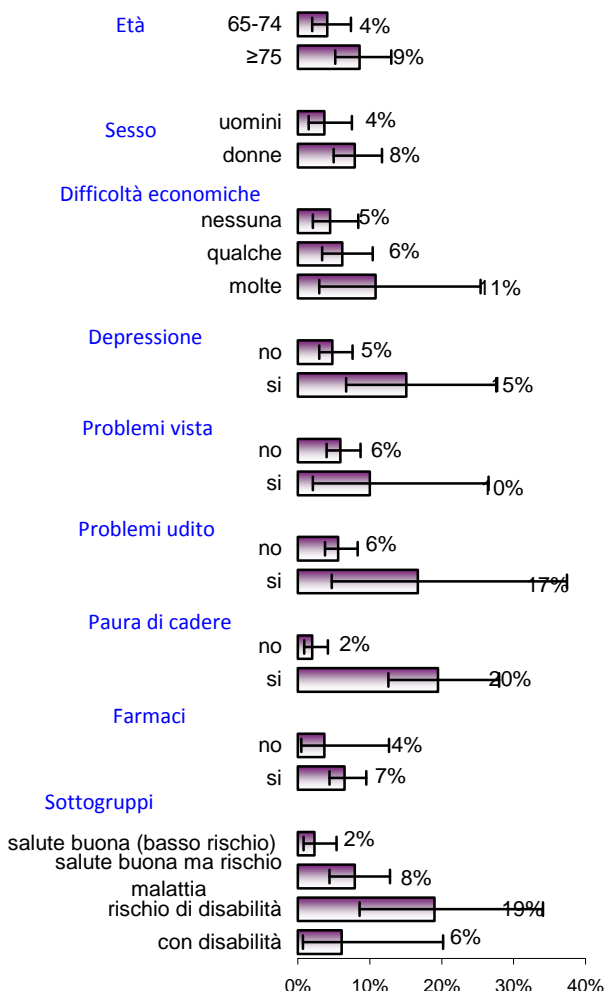
- più anziane;
- donne;
- con maggiori difficoltà economiche (2 volte più frequentemente rispetto a coloro che dichiarano nessuna difficoltà economiche)
- con depressione (3 volte più frequentemente rispetto a coloro che non hanno sintomi di depressione);
- con problemi di vista e udito (circa il doppio rispetto a chi non ha problemi sensoriali);
- che hanno paura di cadere (10 volte più frequentemente);
- nel sottogruppo con disabilità.

Nel pool delle microaree la percentuale di persone che hanno riferito di essere cadute negli ultimi 30 giorni è più bassa rispetto a quella dell'intera ASS1 (9%) e del Pool nazionale (11%), ma le differenze non sono statisticamente significative.

Le caratteristiche delle persone cadute negli ultimi 30 giorni residenti nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) sono paragonabili a quelle rilevate nelle microaree, anche se risultano più accentuate le differenze rilevate per status economico: nell'intera provincia, infatti, le persone con molte difficoltà economiche hanno dichiarato di essere cadute 4 volte più frequentemente di quelle senza difficoltà economiche (23% vs 6%).

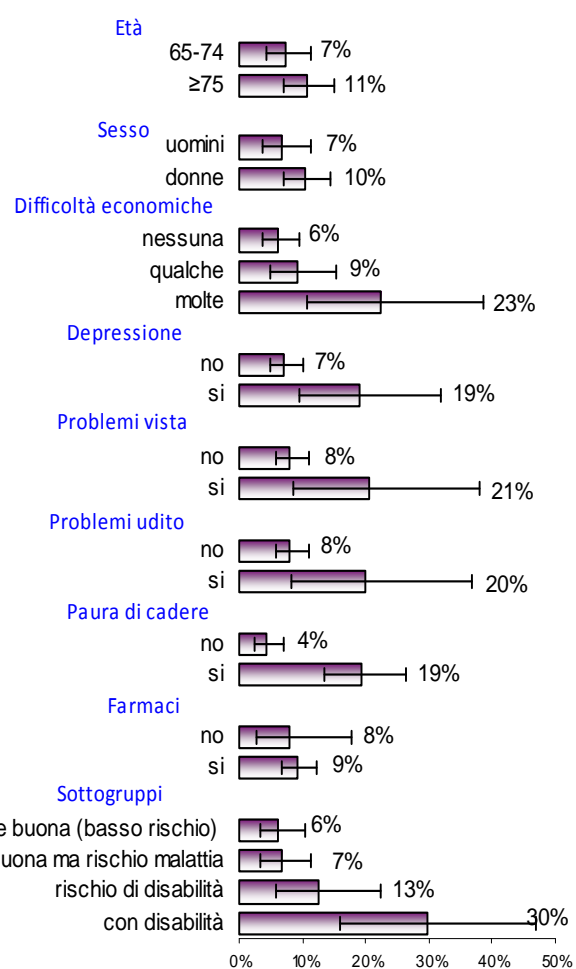
Persone con più di 64 anni che sono cadute negli ultimi 30 giorni

Microaree PDA 2013 (n=467)
Totale 6,2%(IC 95%: 4,3-8,9)



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

PDA ASS1 (n=502)
Totale 9,0%(IC 95%: 6,7-11,9)



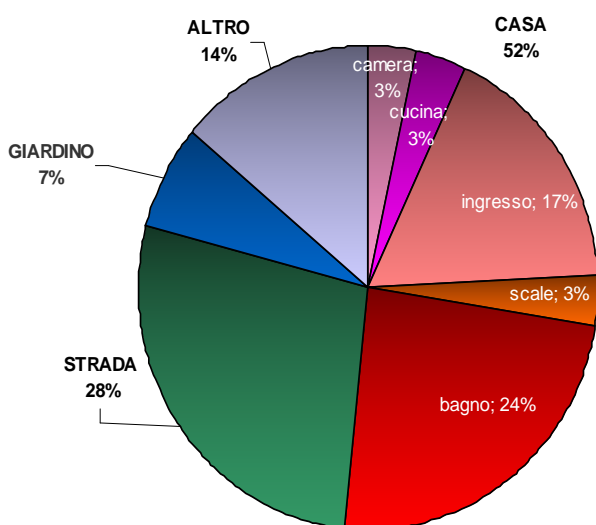
2.5.2 Dove si sono verificate le cadute

Oltre metà delle cadute sono avvenute in casa, soprattutto in bagno (20%) ed ingresso (17%). La distribuzione dei luoghi in cui si sono verificate le cadute fra gli anziani residenti nel pool delle microaree risulta diverso rispetto a quanto rilevato fra i residenti dell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), fra i quali prevalgono le cadute in camera, cucina ed ingresso, mentre solo il 2% è avvenuto in bagno.

Fra i residenti nel pool delle microaree le cadute in casa sono più frequenti fra le persone con più di 74 anni (63% vs 30% fra i 65-74enni) e nel genere femminile (55% vs 43% negli uomini), ma le differenze non risultano significative. Anche fra i residenti dell'intera provincia le cadute in casa sono più frequenti fra le persone con più di 74 anni (70% vs 33% fra 65-74 anni) e nel genere femminile (58% vs 50% negli uomini), con differenze significative per classi di età.

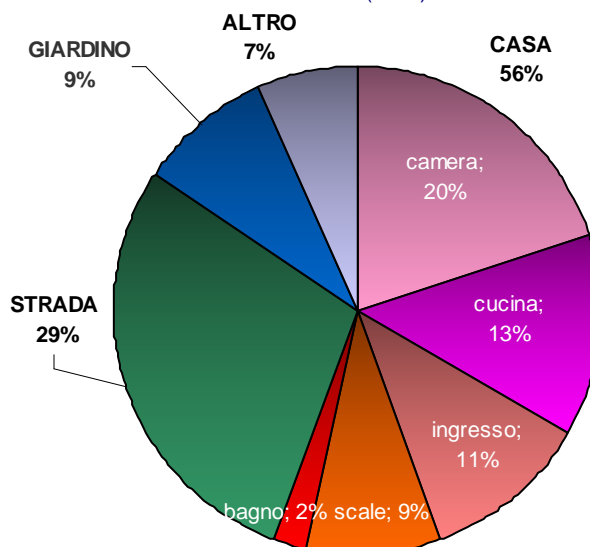
Luoghi dove si sono verificate le cadute

Microaree PDA 2013 (n=29)



Luoghi dove si sono verificate le cadute

ASS1 PDA 2012 (n=45)



2.5.3 Quanti sono stati ricoverati in seguito ad una caduta?

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

- Nel pool di microaree dell'ASS1 Triestina, il 17% di coloro che hanno dichiarato di essere caduti negli ultimi 30 giorni è stato ricoverato per più di un giorno, a causa della caduta. Tale percentuale è più alta di quella rilevata nell'intera ASS1 (4%), avvicinandosi a quanto registrato nel Pool nazionale (14%), ma le differenze rilevate non sono statisticamente significative.

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

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

- Nel pool di microaree dell'ASS 1, il 64% degli intervistati con più di 64 anni usa dispositivi di sicurezza per la vasca da bagno o la doccia, analogamente a quanto rilevato a livello di ASS1 e di Pool nazionale 2012 (65%).
- L'uso dei dispositivi aumenta significativamente nella classe di età più anziana. A livello nazionale, differenze significative sono state rilevate anche per genere.

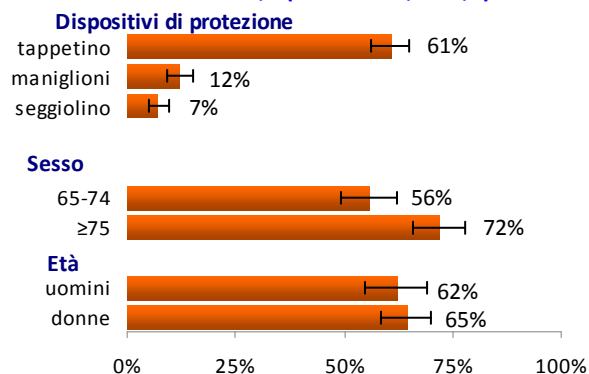
Il dispositivo più diffuso è il tappetino antiscivolo, mentre i maniglioni sono utilizzati da un ultra 64-enne su 8 ed il seggiolino da meno del 10%.

La percentuale di ultra 64enni che dichiara di usare maniglioni (17%) e seggiolino (13%) è più elevata a livello

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

Microaree PDA 2013 (n=467)

Totale: 63,6 (IC 95%: 59,0-67,9)

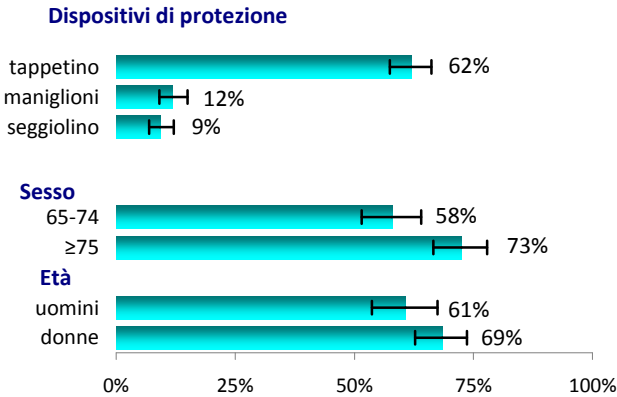


nazionale rispetto all'ASS1 ed alle microaree (differenze significative dal punto di vista statistico).

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

ASS1-PDA 2012 (n=502)

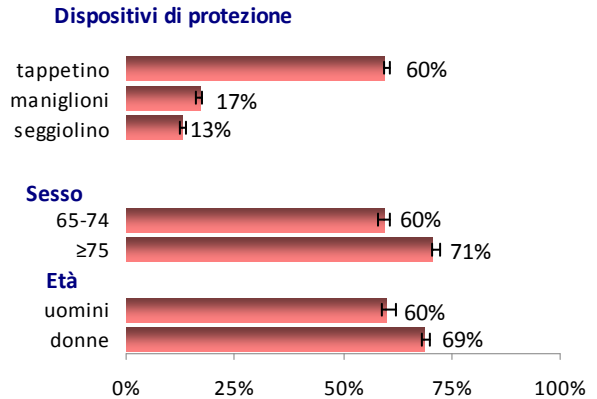
Totale: 65,3 (IC 95%: 61,0-69,5)



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

Pool PDA 2012 (n=23.751)

Totale: 65,4 (IC 95%: 64,5-66,3)



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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina",

- solo il 14% degli intervistati con più di 64 anni ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da un sanitario su come evitare di cadere.

Il consiglio è stato dato più spesso:

- alle persone più anziane (2 volte più frequentemente);
- alle donne (quasi 3 volte più spesso);
- a chi è già caduto (quasi 5 volte più spesso);
- a chi ha paura di cadere (6 volte più spesso);
- alle persone meno istruite;
- alle persone con disabilità.

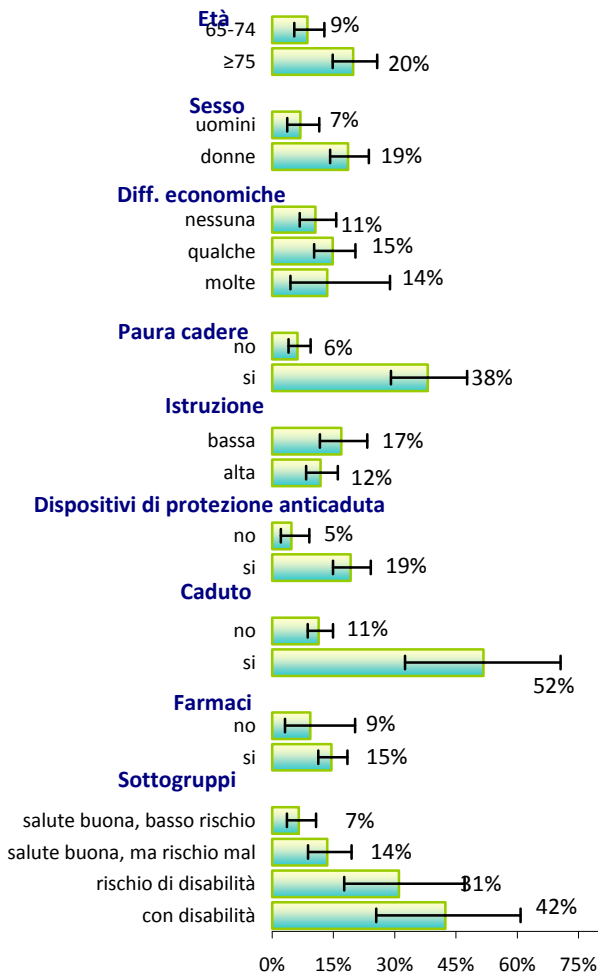
Nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) una percentuale più bassa di ultra 64enni ha dichiarato di aver ricevuto consigli per evitare le cadute rispetto ai residenti nelle microaree (10% vs 14% nelle microaree , differenza non significativa statisticamente) e alla media nazionale (pool nazionale PDA 2012: 16%; differenza significativa); le categorie che hanno ricevuto più spesso consigli sono le stesse sia a livello di microarea che a livello di provincia che a livello nazionale.

Da rilevare, tuttavia, che nelle microaree risultano più elevate, rispetto all'intera provincia, la percentuale di persone che hanno ricevuto consigli su come evitare di cadere fra coloro che sono già caduti (doppia rispetto all'ASS1) e fra coloro che hanno paura di cadere (38% vs 23%), anche se le differenze non risultano significative da un punto di vista statistico.

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

Microaree PDA 2013(n=467)

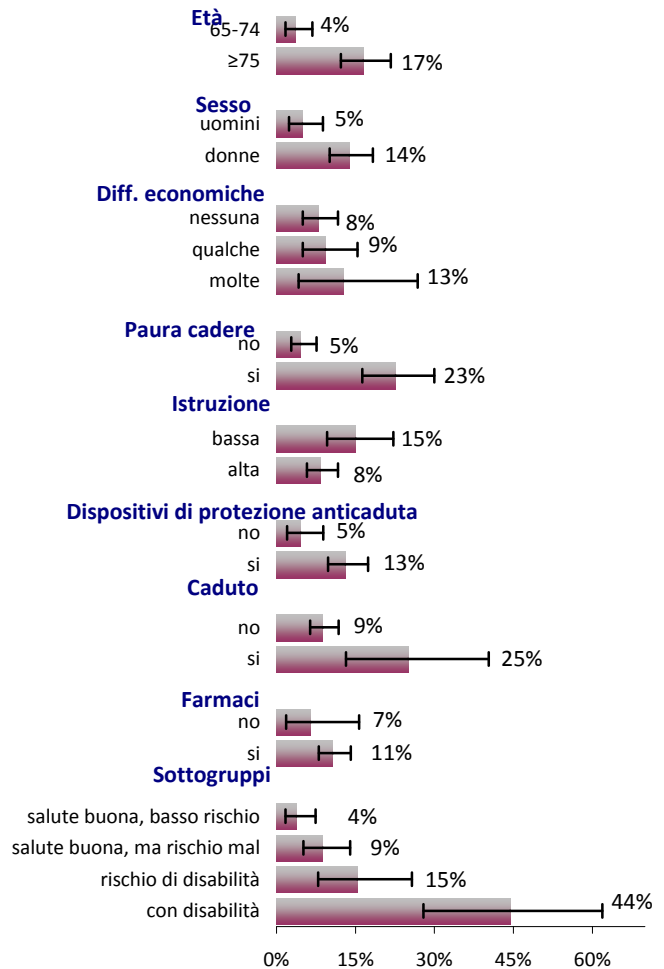
Totale 13,9%(IC 95%: 11,0-17,5)



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

ASS 1 PDA 2012 (n=502)

Totale 10,2%(IC 95%: 7,7-13,2)



Conclusioni

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

Nella maggior parte dei casi si verificano in ambiente domestico, ma la distribuzione dei luoghi dove si sono verificate le cadute fra gli anziani residenti nel pool delle microaree risulta completamente diverso a quanto rilevato nell'intera provincia, concentrandosi in bagno (24% vs 2% ASS1) e contraendosi in camera (3% vs 20% ASS1) e cucina (3% vs 13% ASS1).

Questo elemento va probabilmente interpretato considerando che le microaree concentrano per lo più abitazioni di edilizia popolare, di non recente costruzione, spesso non in buone condizioni e con barriere architettoniche, se si considera l'età della popolazione sulla quale è stata realizzata la nostra indagine.

Alcune condizioni, come descritto in letteratura, sono risultate associate ad un aumento di cadute, come la presenza di un problema sensoriale (vista, udito) o un numero crescente di farmaci assunti. La paura di cadere, in particolare, aumenta di oltre 6 volte il rischio di cadere.

Nelle microaree quasi 1 persona su 6 è stata ricoverata in seguito alla caduta avvenuta nei 30 giorni precedenti. Tale percentuale è più elevata, pur in assenza di differenze significative dal punto di vista statistico, rispetto a quanto rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), che corrisponde a 1 persona su 25.

Per interpretare questo dato bisogna ricordare che PASSI D'Argento non fornisce informazioni sulle cadute con esito più grave e che hanno richiesto tempi di ospedalizzazione più lunghi.

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

L'attenzione degli operatori al problema delle cadute è ancora molto scarsa e, dai dati, sembra che i consigli per evitare di cadere vengano dati per lo più in seguito ad un evento (52% fra coloro che sono caduti vs 11% di coloro che non sono caduti) o che l'attenzione si concentri nelle fasce di popolazione più fragili, che sono quelle nelle quali anche l'uso dei dispositivi è maggiore.

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

2.6 Sintomi di depressione

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

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

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

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" sintomi di depressione sono stati individuati in circa il 12% delle persone intervistate.

Questi sintomi sono risultati più diffusi:

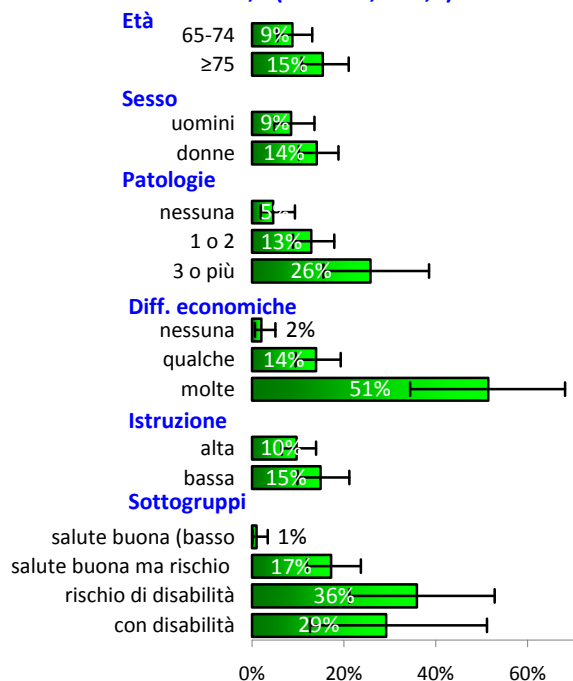
- nelle donne;
 - fra gli ultra 74enni;
 - nelle persone con basso livello d'istruzione;
 - nelle persone con molte difficoltà economiche (51%);
 - nelle persone con tre o più patologie croniche (26%);
 - fra le persone con disabilità e a rischio di disabilità.
- La percentuale di persone con sintomi di depressione individuate nelle microaree non differisce da quella rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), mentre risulta significativamente più bassa rispetto alla media nazionale (Pool PDA 2012: 21%).

Rispetto all'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree si rilevano percentuali più elevate di persone con sintomi di depressione fra le persone con molte difficoltà economiche (51% vs 38%), ma le differenze non sono significative dal punto di vista statistico.

Sintomi di depressione* (%)

Microaree - PDA 2013 (n=447)

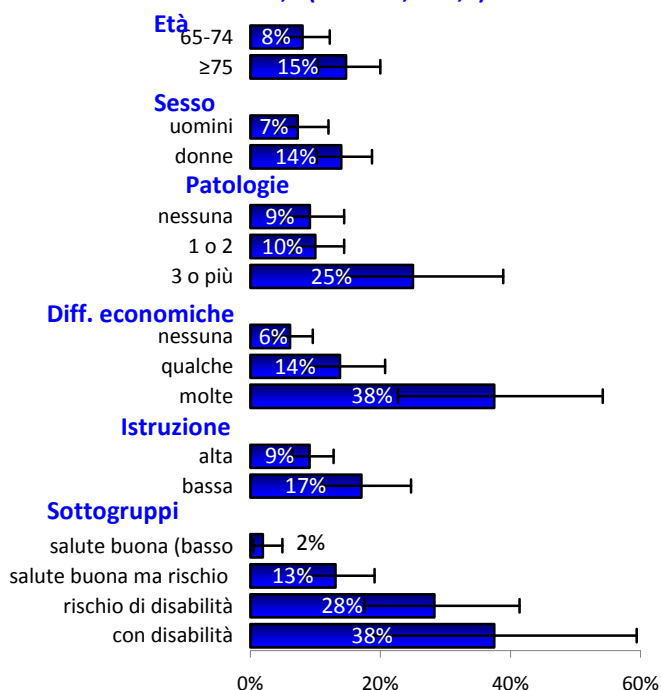
Totale 11,9 (IC95% 9,1-15,3)



Sintomi di depressione* (%)

ASS 1 - PDA 2012 (n=468)

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



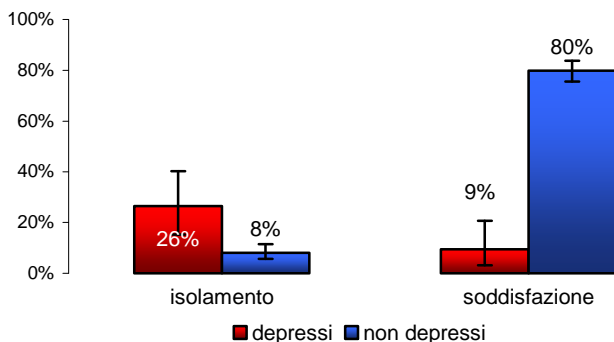
*Persone con 65 anni e più e punteggio => 3 del Patient Health Questionnaire (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depressa o senza speranza.

Nel pool di microaree, le persone con sintomi di depressione presentano un rischio di isolamento più alto (26% vs 8%) e dichiarano un livello di soddisfazione per la propria vita significativamente più basso rispetto alle persone senza sintomi di depressione (9% vs 80%). Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

Rispetto all'intera provincia, fra le persone residenti nel pool delle microaree che presentano sintomi di depressione è più elevato il rischio di isolamento (26% vs 15%) e più bassa la soddisfazione per la propria vita (9% vs 30%).

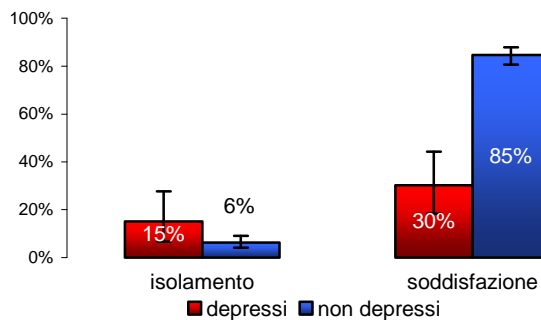
Rischio di isolamento e soddisfazione della vita dichiarato fra le persone con e senza sintomi di depressione

Microaree PDA 2013 (n=447)



Rischio di isolamento e soddisfazione della vita dichiarato fra le persone con e senza sintomi di depressione

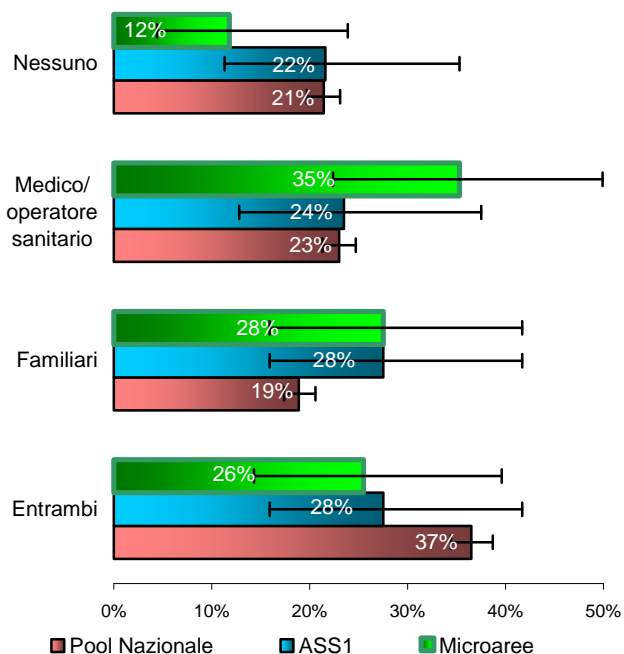
ASS 1 PDA2012 (n=469)



2.6.2 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

- Nel pool delle microaree, lo 88% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (35%), a familiari/amici (28%) o ad entrambi (26%).
- Il 12% delle persone con sintomi di depressione non si sono rivolte a nessuno per parlare dei propri sintomi. Fra queste non sono state rilevate differenze per livello di istruzione né per livello economico.
- A livello dell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012 e nel pool nazionale 2012, circa il 79% delle persone con sintomi di depressione si è rivolta a figure di riferimento, in particolare a medici/operatori sanitari (24%), a familiari/amici (28%) o ad entrambi.

Figure a cui si sono rivolte gli anziani con sintomi di depressione
Confronto Microaree PDA 2013 (n=467) ASS1 PDA 2012 (n=51)-
Pool Nazionale PDA 2012 (n=3.407)



Conclusioni

Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina" si stima che il 12% degli anziani abbia sintomi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone con 3 o più patologie. Fra le persone con sintomi di depressione, 1 su 4 è a rischio di isolamento.

Più di una persona su dieci con sintomi di depressione non ne ha parlato con nessuno.

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

2.7 Rischio di isolamento

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

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

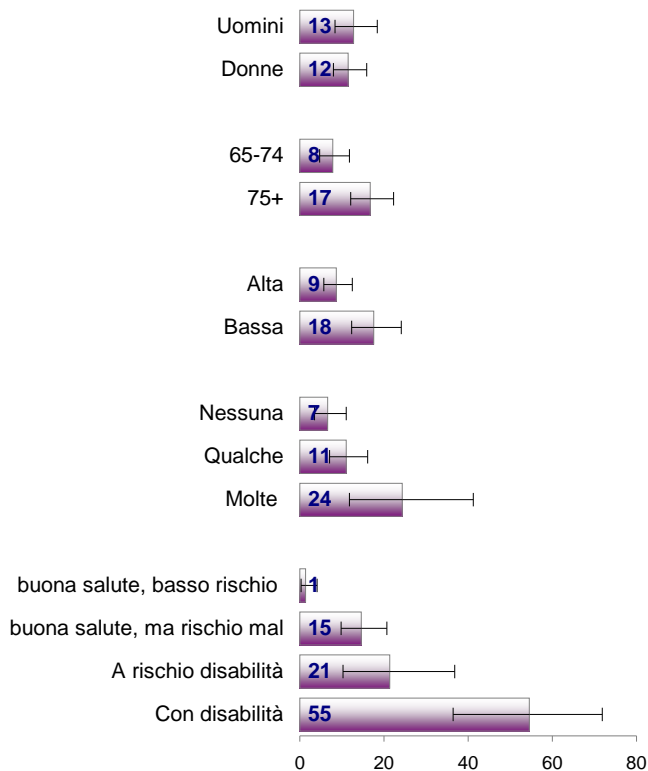
Nel pool delle microaree dell'ASS1 Triestina si stima che il 12% degli anziani sia a rischio di isolamento sociale.

Tale condizione è risultata più frequente fra:

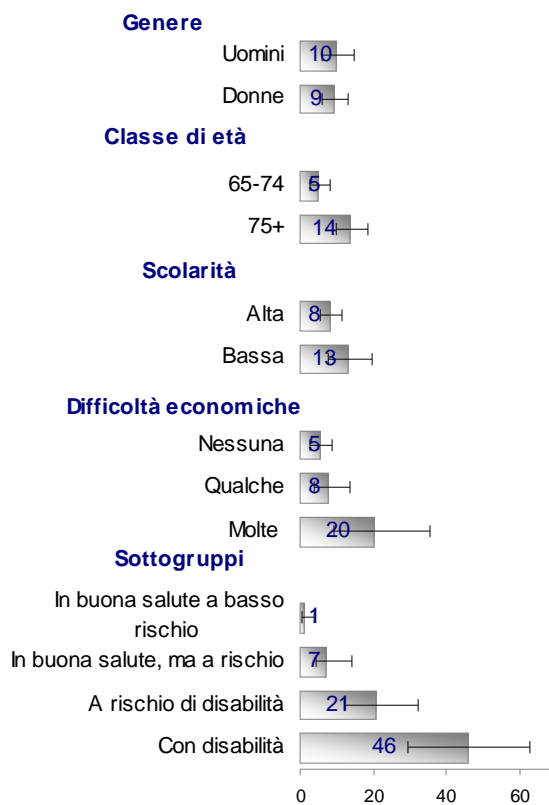
- le persone più anziane;
- con scolarità bassa;
- con molte difficoltà economiche;
- cresce, passando dal sottogruppo in buona salute e senza rischio di malattia cronica a quello con disabilità: in quest'ultimo, infatti, è a rischio di isolamento sociale più di una persona su due (55%).

Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) è a rischio di isolamento sociale una percentuale inferiore di anziani (9%), rispetto al pool delle microaree, ma le differenze rilevate rispetto alle microaree non sono significative statisticamente.

Persone a rischio di isolamento sociale
 Microaree PDA 2013 (n=447)
 Tot 12,0% (IC95% 9,3-15,4)



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



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

2.8 Visite del Medico di Medicina Generale

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

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

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

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina", il 65% degli anziani intervistati ha dichiarato di avere almeno 1 patologia cronica fra quelle indagate da PASSI D'Argento (diabete, infarto o ischemia cardiaca o coronaropatia, altre malattie cardiache, ictus o ischemia cerebrale, malattia respiratoria cronica, insufficienza renale, tumori, cirrosi o malattie croniche di fegato).

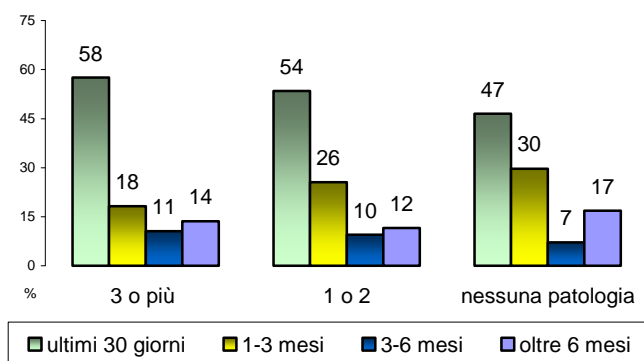
Complessivamente:

- ◆ il 51% degli anziani intervistati è stato visitato dal proprio medico di medicina generale negli ultimi 30 giorni;
- ◆ il 26% tra 1 e tre mesi prima dell'intervista,
- ◆ il 9% tra 3 e 6 mesi prima ed
- ◆ il 14% oltre 6 mesi prima dell'intervista.

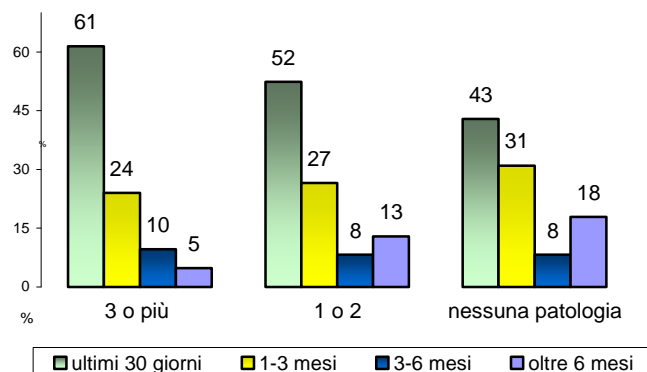
Nell'indagine condotta sull'intera provincia (PDA ASS1 2012), le percentuali rilevate sono sovrapponibili a quelle delle microaree (rispettivamente 50%, 28%, 8% e 13%), mentre nel Pool nazionale sono rispettivamente 50%; 21%; 11%; 18%.

Come si evince dal grafico sotto, fra coloro che hanno dichiarato di avere 3 o più patologie, più di 1 persona su 2 (58%) è stata visitata negli ultimi 30 giorni (61% a livello della provincia di Trieste), 1 su 5 (18%) tra 1 e 3 mesi prima dell'intervista (1 su 4 nella provincia), 1 su 10 (11%) tra 3 e 6 mesi prima dell'intervista sia nelle microaree che nell'intera provincia e 1 su 7 (14%) da più di 6 mesi quasi (5% a livello provinciale). Nelle microaree la percentuale di persone con 3 o più patologie visitate da più di 6 mesi è tripla rispetto a quella dell'ASS1 (14% vs 5%).

Distribuzione dell'ultima visita dal medico di famiglia per numero di patologie dichiarate
Microaree 2013 (n=467)



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



2.9 Sicurezza nell'uso dei farmaci

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

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

Nel pool delle microaree, lo 88% degli intervistati fa uso di medicine. La stessa percentuale è stata rilevata sull'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012).

Il numero medio di farmaci assunti quotidianamente è di 3,5 (3,3 a livello di ASS 1 e 3,8 a livello nazionale).

Fra le persone che assumono farmaci (n=413) il 6% dichiara di aver bisogno di aiuto per l'assunzione e, di essi, lo riceve il 100%. Anche nell'intera ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) il 6% dichiara di aver bisogno di aiuto per l'assunzione e, di essi, lo riceve il 100%, mentre a livello nazionale (pool PDA 2012) ha bisogno di aiuto per le medicine il 16%; di essi lo riceve il 99,56%.

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

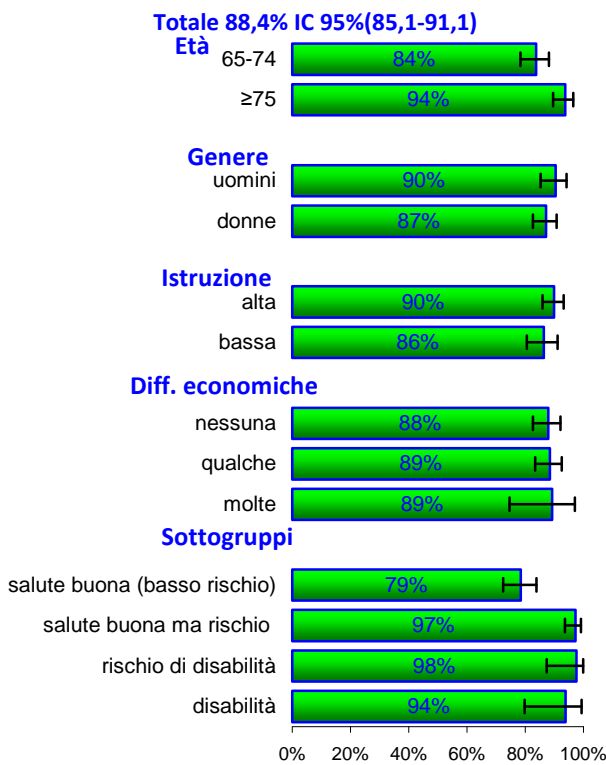
Nel pool delle microaree dell'ASS1, lo 88% degli intervistati fa uso di medicine.

Come si evince dal grafico sotto, non si evidenziano differenze di rilievo per genere, età, livello di istruzione, difficoltà economiche; nel sottogruppo di popolazione in buona salute, con basso rischio di malattia, una percentuale più bassa di persone assume farmaci rispetto agli altri sottogruppi.

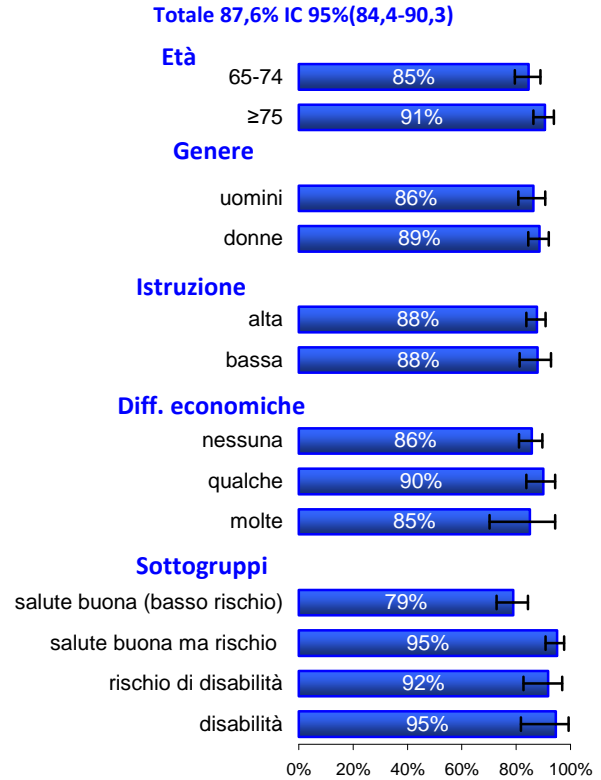
La situazione rilevata nel pool delle microaree rispetto all'assunzione di farmaci ricalca quella della provincia di Trieste (indagine PDA ASS1 2012).

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

Uso dei farmaci negli ultimi 7 giorni (%)
Microaree PDA2012 (n=467)



Uso dei farmaci negli ultimi 7 giorni (%)
ASS 1 PDA2012 (n=502)



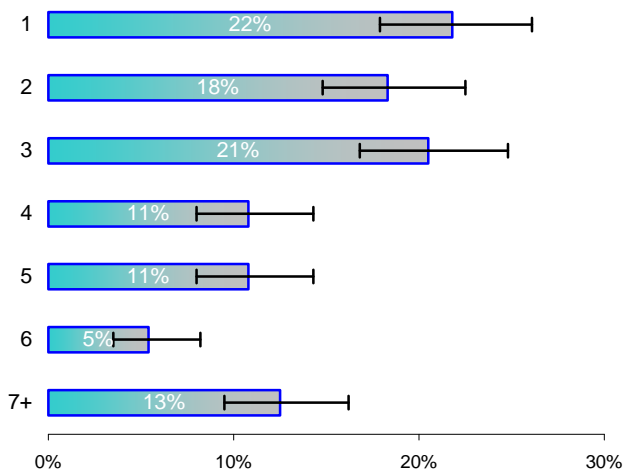
2.9.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

- Fra coloro che assumono farmaci, il 61% ha dichiarato di assumere da 1 a 3 tipi di farmaci, mentre il 39% ne assume 4 o più.

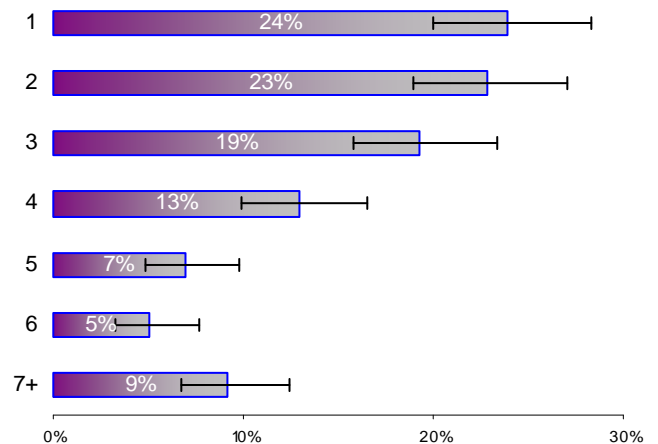
Il 13% ha dichiarato di assumere 7 o più farmaci.

A livello dell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) la percentuale di persone che assume 4 o più farmaci è più bassa rispetto alle microaree (il 66% assume da 1 a 3 farmaci, il 34% ne assume 4 o più e il 9% ne assume 7 o più).

Numero di farmaci diversi assunti per giorno (%)
Microaree PDA2012 (n=413)



Numero di farmaci diversi assunti per giorno (%)
ASS 1 PDA2012 (n=435)



2.9.3 Chi assume almeno 4 farmaci al giorno?

Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina", fra le persone ultra 64enni che assumono farmaci, il 39% assume almeno 4 medicine al giorno.

Tale percentuale, che non differisce significativamente da quella rilevata durante l'indagine condotta sulla popolazione dell'ASS 1 nel 2012, risulta inferiore rispetto alla media nazionale (Pool nazionale 2012: 45%; differenze statisticamente significative).

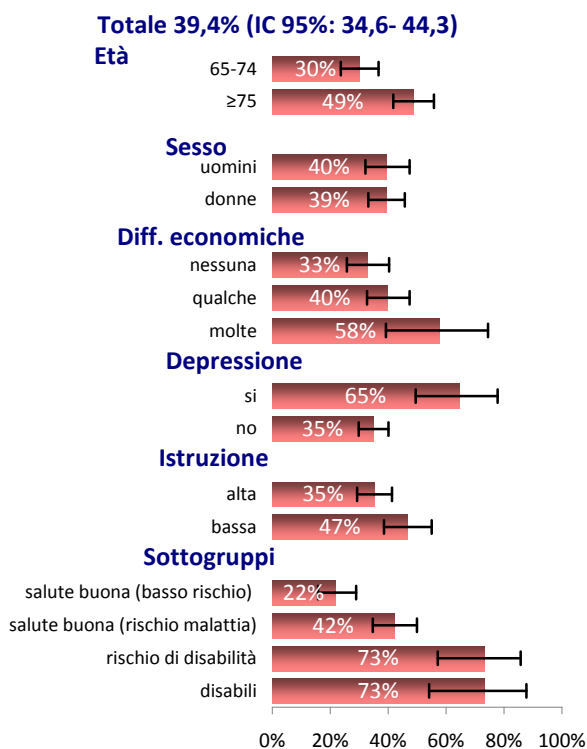
Nel pool delle microaree, la percentuale di persone che assume 4 o più farmaci al dì è maggiore:

- ◆ fra gli ultra 74 enni (49% vs 30% nella classe 65-74: differenze significative).;
- ◆ fra le persone con molte difficoltà economiche (si osserva un trend al crescere delle difficoltà economiche);
- ◆ fra le persone con sintomi di depressione (65% vs 35% fra i non depressi: differenze significative);
- ◆ fra le persone con livello di istruzione più basso (47% vs 35% fra le persone con istruzione alta);
- ◆ nei sottogruppi con disabilità e rischio di disabilità (73%).

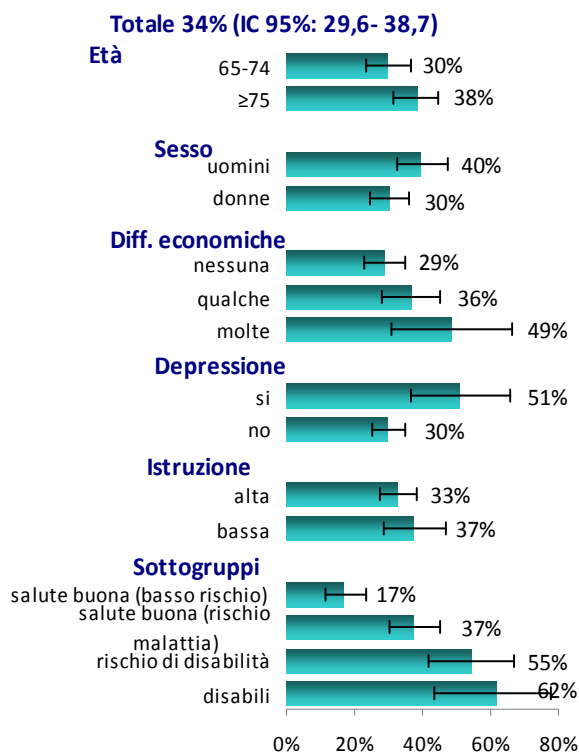
Rispetto a quanto rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree si rilevano percentuali più alte di persone che assumono 4 o più farmaci fra gli ultra74enni, chi ha molte difficoltà economiche, sintomi di depressione, livello di istruzione basso e nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità.

Le differenze rilevate, però, non risultano significative dal punto di vista statistico, eccetto l'età, che è al limite della significatività statistica.

Caratteristiche degli anziani che assumono 4 o più farmaci al giorno (%)
Microaree PDA2012 (n=413)



Caratteristiche degli anziani che assumono 4 o più farmaci al giorno (%)
ASS 1 PDA 2012 (n=435)



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

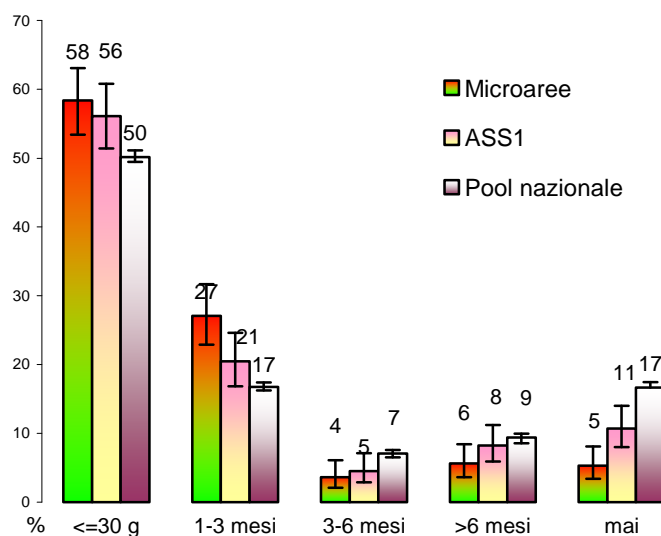
La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni in quasi 6 anziani su 10 (58%); in altri 3/10 (27%) il controllo è stato fatto da meno di tre mesi. Per il 4% degli anziani la terapia è stata controllata fra 3 e 6 mesi prima e nel 6% il controllo risale a più di 6 mesi prima.

Il 5% ha dichiarato che la terapia non è stata controllata mai.

Nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) sono state rilevate percentuali simili di persone che hanno dichiarato il controllo della terapia negli ultimi 30 giorni e fra 1 e 3 mesi, mentre

Percentuale di anziani che hanno dichiarato il controllo della terapia dal medico nei periodi indicati

Confronto Microaree PDA 2013 (n=413) PDA 2012 ASS1 (n=440)- Pool PDA 2012 (n=20.918)



coloro che hanno dichiarato di non aver mai controllato la terapia col curante è il doppio rispetto alle microaree. Nel pool nazionale PDA 2012 il controllo della terapia negli ultimi 30 giorni è stato dichiarato dal 50% degli intervistati. Le differenze risultano significative sia rispetto all'intera ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) che alle microaree.

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

Fra gli anziani che assumono farmaci, si stima che il controllo della corretta assunzione delle medicine da parte del medico curante risalga a più di 6 mesi prima per il 6% degli anziani nelle microaree rispetto allo 8% dell' ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) e al 9% della media nazionale (Pool PDA 2012)

Nel pool delle microaree dell'ASS 1 è risultato che il controllo della terapia è stato fatto da più di 6 mesi soprattutto:

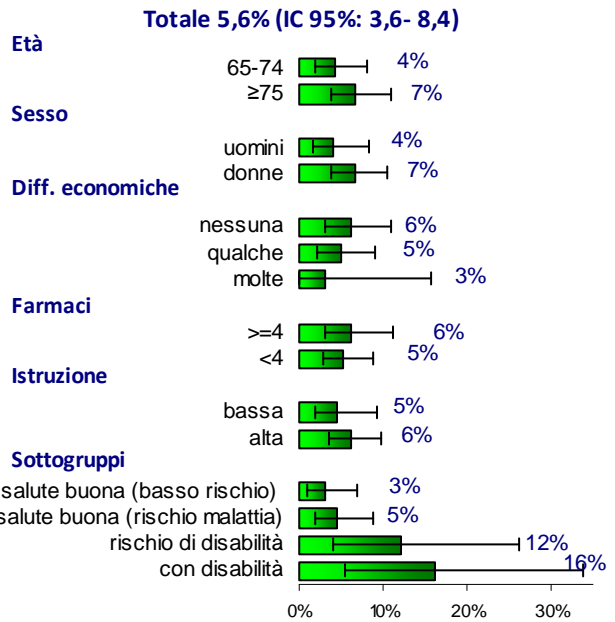
- nei sottogruppi di popolazione a rischio di disabilità e con disabilità conclamata: si osserva un trend passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio di malattia (3% dei casi in cui il controllo risale a più di 6 mesi prima) a quello con disabilità (16%).

Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) la terapia è stata controllata da più di 6 mesi soprattutto fra le persone che prendono meno di 4 farmaci e fra quelle che hanno molte difficoltà economiche.

Nel Pool nazionale 2012, invece, il controllo da oltre 6 mesi è risultato più frequente fra coloro che assumono meno di 4 farmaci, fra le persone senza difficoltà economiche, con istruzione alta e salute buona.

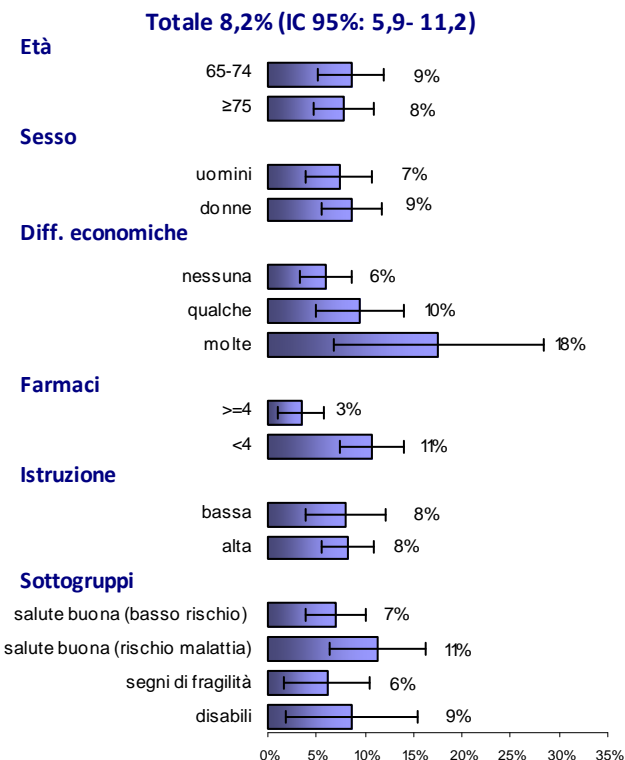
Caratteristiche degli anziani per i quali il controllo della corretta assunzione dei farmaci è avvenuto da più di 6 mesi (%)

Microaree PDA 2013 (n=413)



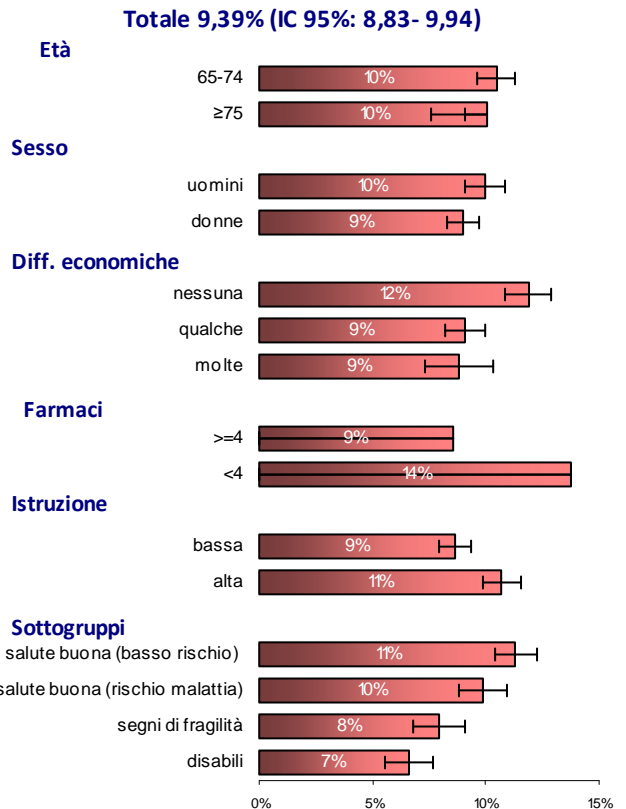
Caratteristiche degli anziani per i quali il controllo della corretta assunzione dei farmaci è avvenuto da più di 6 mesi (%)

ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=440)



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

Pool PDA 2012 (n=21.551)



2.9.6 Farmaci ed alcol

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

Nel pool delle microaree si stima che, fra gli anziani che assumono farmaci, il 46% beve alcol.

Fra gli anziani che assumono farmaci, il 18% ha una modalità di assunzione che può essere considerata a rischio.

Fra coloro che hanno un'assunzione di alcol "a rischio", il 66% prende meno di 4 medicine al giorno e il restante 34%, 4 o più.

Rispetto a quanto rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), fra gli ultra64enni che assumono farmaci, residenti nelle microaree sono più basse sia la percentuale di persone che beve alcol (46% vs 59% nell'ASS1) che quella che beve alcol a rischio (18% vs 29%), con differenze significative dal punto di vista statistico.

Fra coloro che hanno un'assunzione di alcol "a rischio" nell'ASS1, il 71% (indagine PDA ASS1 2012), prende meno di 4 medicine al giorno e il restante 29%, 4 o più.

Conclusioni

L'attenzione alle persone anziane da parte dei medici di medicina generale è soddisfacente, anche se con margini di miglioramento per la frequenza delle visite in quegli anziani che hanno riferito 3 o più delle patologie indagate nel questionario e di essere stati visitati più di sei mesi prima, che nelle microaree sono il triplo di quelle rilevate nell'indagine condotta sulla popolazione anziana dell'intera ASS1 nel 2012.

Si stima che lo 85% degli anziani che assumono farmaci abbia controllato negli ultimi 3 mesi insieme al medico di medicina generale la correttezza della terapia farmacologica (per tipologia di farmaci ed orari di assunzione); nel 60% dei casi il controllo è avvenuto negli ultimi 30 giorni, il che denota una discreta attenzione alla problematica, complessivamente maggiore nel pool delle microaree rispetto all'intera ASS1, in cui la corretta assunzione della della terapia è stata verificata nell'80% negli ultimi 3 mesi.

Tuttavia, si stima che nel 6% degli anziani il controllo della corretta assunzione dei farmaci sia avvenuto da più di sei mesi, anche fra coloro che assumono 4 o più farmaci.

Secondo studi internazionali, il 6,5% di tutti i ricoveri ospedalieri è provocato da effetti avversi dei farmaci, più di metà dei quali sono considerati prevenibili; inoltre, 14% dei pazienti definiti come particolarmente vulnerabili agli eventi avversi dei farmaci a causa dell'età, di patologie o di co-prescrizioni aveva ricevuto nell'anno precedente prescrizioni ad alto rischio.

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

2.10 Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

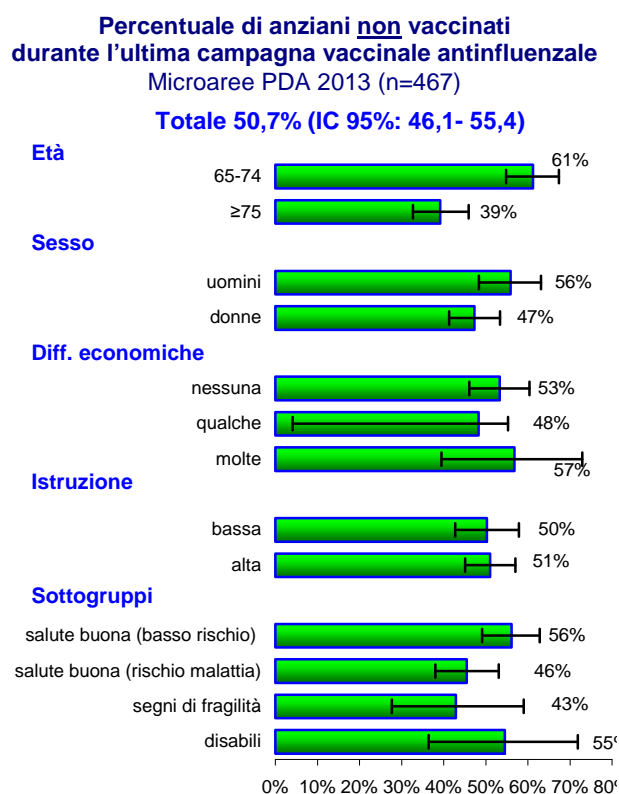
L'aumento dei livelli di copertura vaccinale nella popolazione con 65 anni e più richiede la messa in atto di strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, ecc.).

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina", solo il 49% degli anziani è stato vaccinato durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (2012 - 2013); a livello di tutta l'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012), durante la campagna 2011-2012, è stato vaccinato il 58% degli anziani, mentre nel Pool nazionale si stima che sia stato vaccinato il 62% degli ultra 64enni.

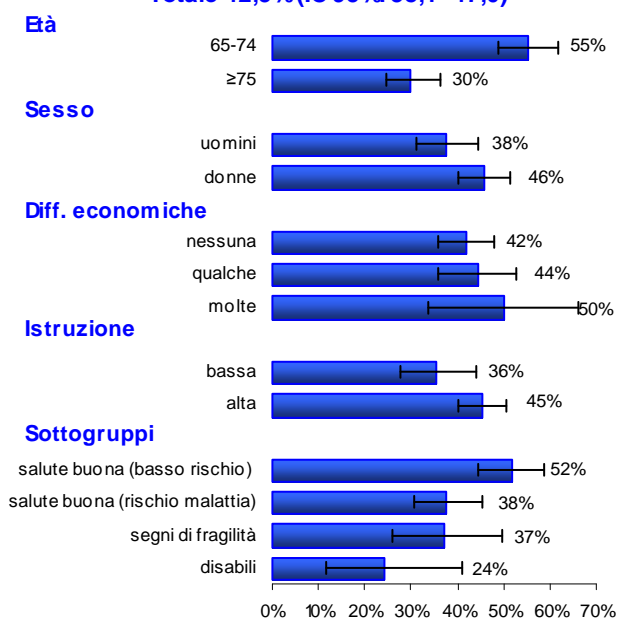
Non risultano vaccinate quasi 2 persone su 5 fra gli ultra 74enni, anche se le percentuali più alte di non vaccinati si ritrovano nella classe 65-74 anni (più di 3 su 5; differenza significativa statisticamente) e fra gli uomini (più di 1 su 2).

Rispetto all'ASS1, nel pool di microaree, percentuali più elevate di non vaccinati si ritrovano fra le persone più fragili, ovvero quelle con più di 74 anni, nei sottogruppi con salute buona ma rischio di malattia, rischio di disabilità e con disabilità e con livello di istruzione basso.



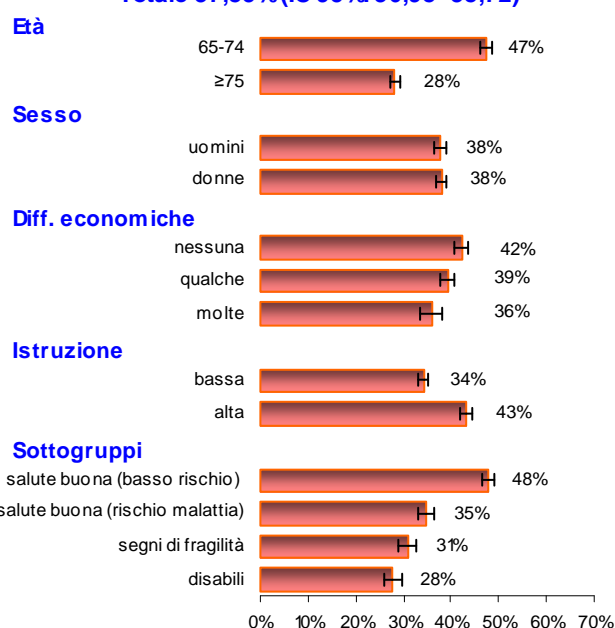
Percentuale di anziani non vaccinati durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale PDA 2012 ASS1 (n=499)

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



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

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



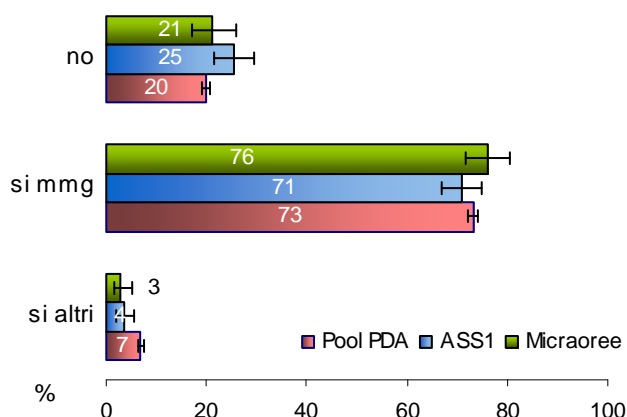
2.10.2 Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale?

Si stima che, nel pool delle microaree, il 76% degli anziani abbia ricevuto dal proprio medico il consiglio di eseguire la vaccinazione, quasi il 3% lo abbia ricevuto da altri, mentre il 21% degli anziani riferisce di non aver ricevuto alcun consiglio.

Nell'intera ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) le percentuali rilevate sono rispettivamente del 71%, del 4% e 25%, mentre a livello nazionale (Pool PDA 2012) 73%, del 7% e 20%.

Nel pool delle microaree, fra le 237 persone con 65 anni e più che non hanno effettuato la vaccinazione, il 65% dichiara di non aver ricevuto il consiglio dal proprio medico (64% a livello di ASS1).

Percentuale di anziani che hanno ricevuto il consiglio di eseguire la vaccinazione antinfluenzale Confronto Microaree PDA 2013 (n=467) ASS1 PDA 2012 (n=488) Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.298)



Conclusioni

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

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.

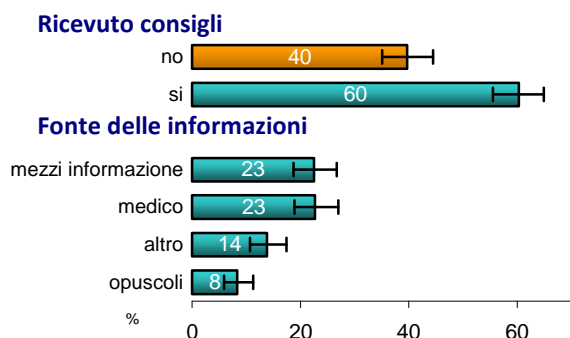
Nelle microaree dell'ASS1 il 60% degli intervistati ha ricevuto consigli su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo.

La fonte delle informazioni è rappresentata nel 23% dei casi sia dai mezzi di informazione che dal medico di famiglia; nel 14% il consiglio è stato dato da altre figure e nello 8% da opuscoli.

Per quanto riguarda le fonti di informazione, rispetto all'ASS1, nel pool delle microaree una percentuale più elevata di anziani ha ricevuto consigli dal proprio medico, mentre risulta inferiore la percentuale di anziani che dichiara di aver appreso informazioni dai mezzi di informazione (differenze significative dal punto di vista statistico). Nel pool PDA nazionale 2012, complessivamente, una percentuale più elevata di anziani ha ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore (67%); le differenze risultano significative.

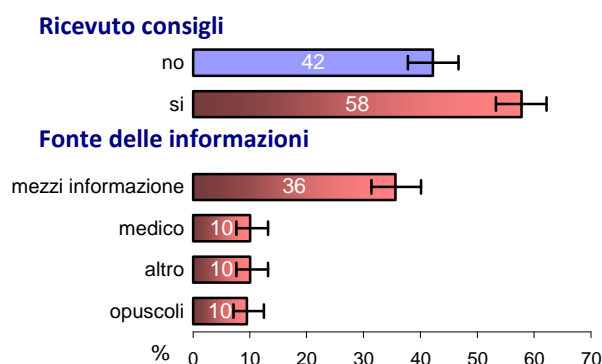
Persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore e distribuzione delle fonti di informazione

Microaree PDA 2013 (n=436)



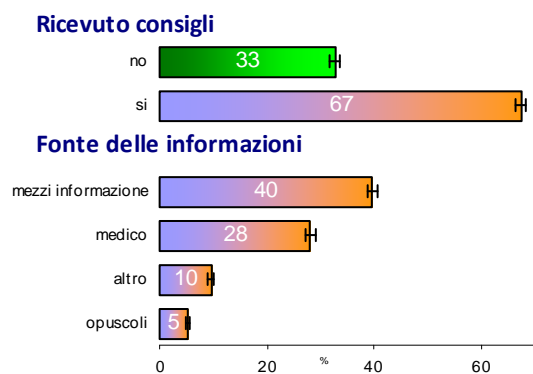
Persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore e distribuzione delle fonti di informazione

ASS1 PDA 2012 (n=486)



Persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore e distribuzione delle fonti di informazione

Pool Nazionale PDA 2012 (n=23.372)



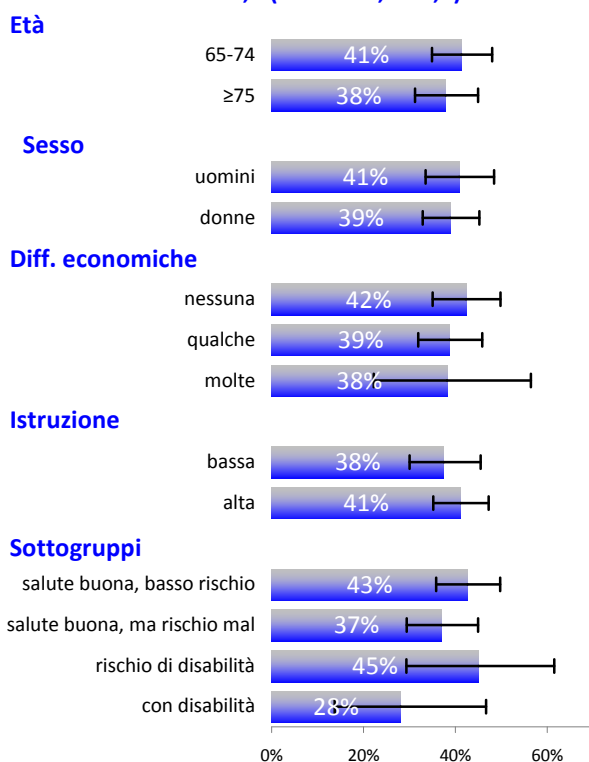
2.11.1 Chi non ha ricevuto consigli per le ondate di calore?

Nel pool delle microaree dell'ASS1 "Triestina" circa 2 anziani su 5 non hanno ricevuto consigli su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo, senza peculiari differenze di età, genere, livello economico, grado di istruzione, sottogruppi di popolazione fra coloro che non hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore.

I dati rilevati nelle microaree ricalcano quanto rilevato sia a livello di ASS1 che a livello nazionale.

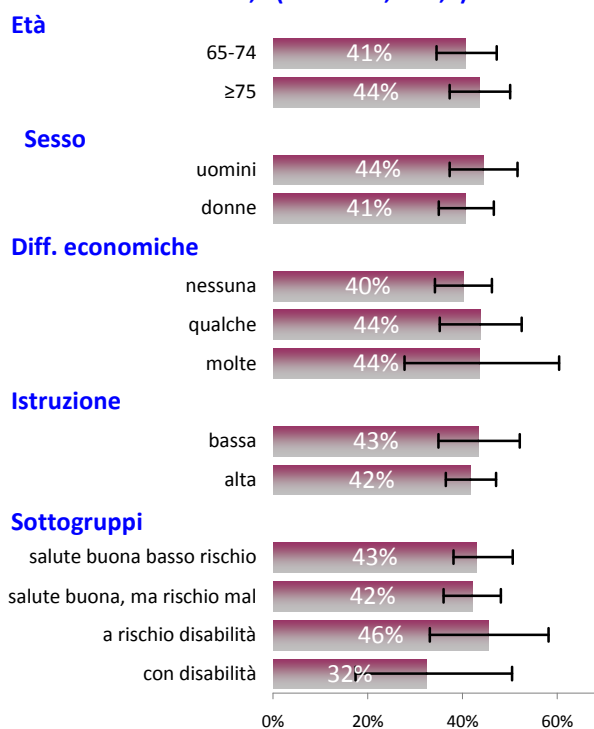
Anziani che non hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore Microaree PDA 2013 (n=436)

Totale 39,7 (IC95% 35,1-44,5)



Anziani che non hanno ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore ASS1 PDA 2012 (n=486)

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



Conclusioni

La percentuale non trascurabile di anziani che non ha recepito il consiglio su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo e l'assenza di caratteristiche peculiari fra classi di età, generi, socio-economiche, culturali, fra i sottogruppi di popolazione suggerisce la necessità di intensificare la diffusione delle informazioni e, contemporaneamente, sperimentare modalità informative più adeguate al target di riferimento.

2.12 Aiuto nelle attività della vita quotidiana

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 riceve aiuto la quasi totalità (99%) di coloro presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Tra coloro che ne hanno bisogno, 63 persone su 74 ricevono aiuto dai familiari.

Badanti (ovvero persone individuate e pagate in proprio) assistono oltre 1/3 (36%) delle persone con 65 anni e più con disabilità, ma anche il 24% di quelli con mancanza di autonomia nelle sole IADL.

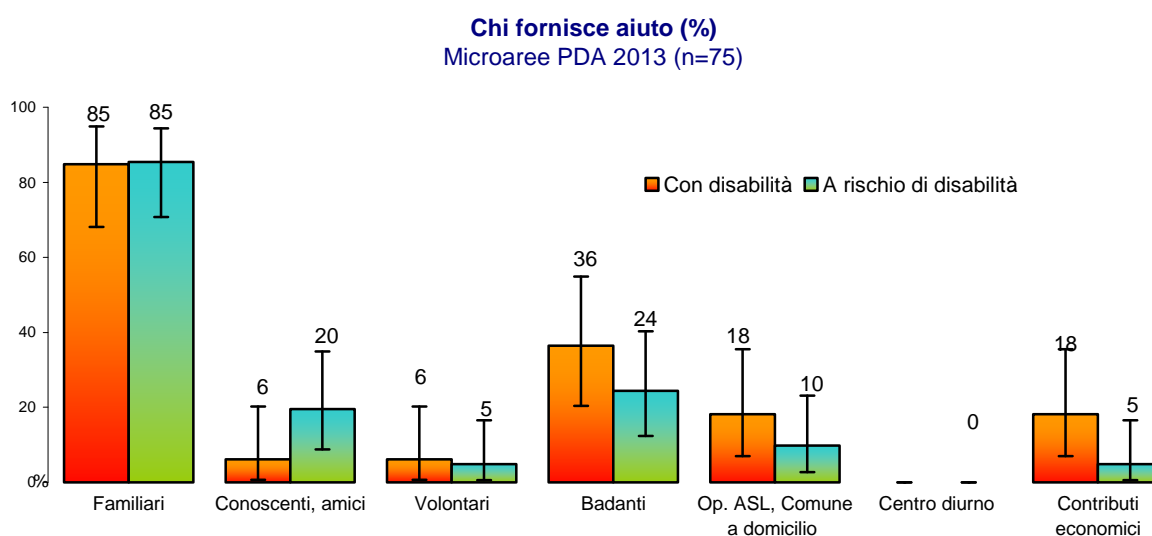
Conoscenti supportano complessivamente il 14% delle persone con problemi di autonomia nelle attività della vita quotidiana (6% delle persone con disabilità e 20% fra quelle a rischio di disabilità).

Tra le persone con limitazioni nelle attività della vita quotidiana, poco meno del 14% dichiara di ricevere aiuto da operatori del servizi pubblico (ASS1 o Comune), rispettivamente il 18% di quelli con disabilità e 10% coloro che sono a rischio di disabilità.

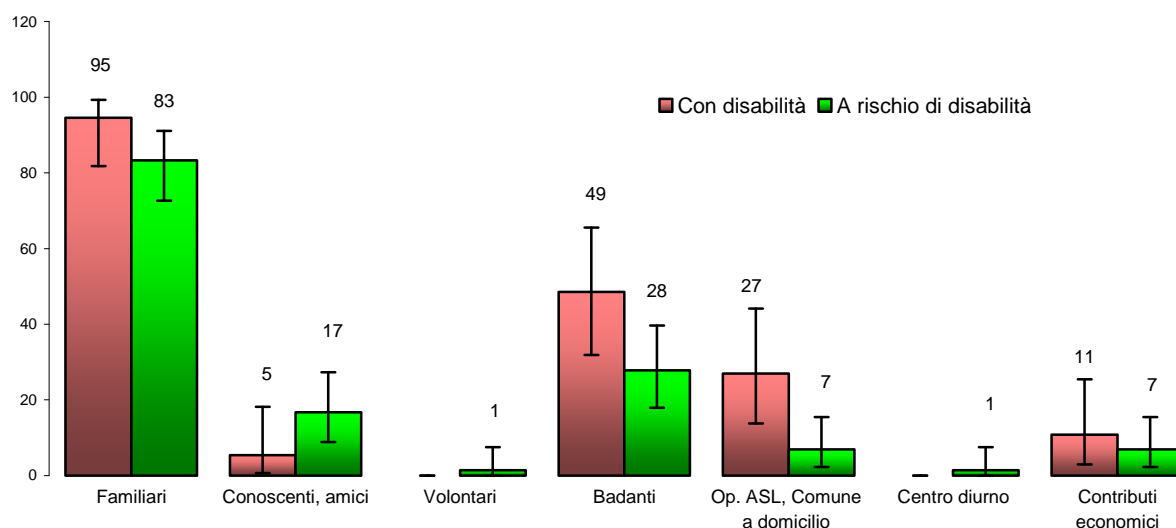
Contributi economici vengono riferiti dal 18% delle persone con disabilità e dal 5% di quelle con difficoltà nelle IADL.

Nessuno è assistito da un centro diurno.

Nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) riceve aiuto il 100% delle persone non autonome per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Queste, in particolare quelle con disabilità conclamata, ricevono più frequentemente aiuto da familiari, badanti e operatori dei servizi pubblici (ASS1/Comune), mentre risulta più bassa rispetto alle microaree la percentuale di persone che percepisce contributi economici. Nessuna delle differenze rilevate risulta significativa da un punto di vista statistico.



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



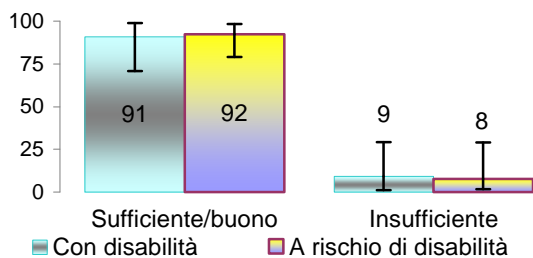
2.12.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

Il giudizio sull'aiuto ricevuto è stato espresso dal 66% delle persone con disabilità e dallo 95% di quelle con problemi nelle sole IADL (56% e 80% nell'ASS1).

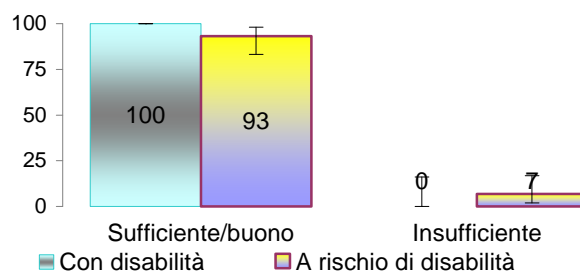
Tra coloro che hanno espresso la propria opinione, il giudizio è stato prevalentemente positivo (sufficiente/buono), in particolare:

- 91% nel sottogruppo con disabilità e
- 92% nel sottogruppo a rischio di disabilità.
- Nell'ASS1, fra coloro che hanno risposto, ha espresso giudizio positivo rispetto all'aiuto ricevuto il 100% delle persone con disabilità e il 93% dei quelli a rischio di disabilità.

Giudizio per l'aiuto ricevuto (%)
Microaree PDA 2013 (n=61)

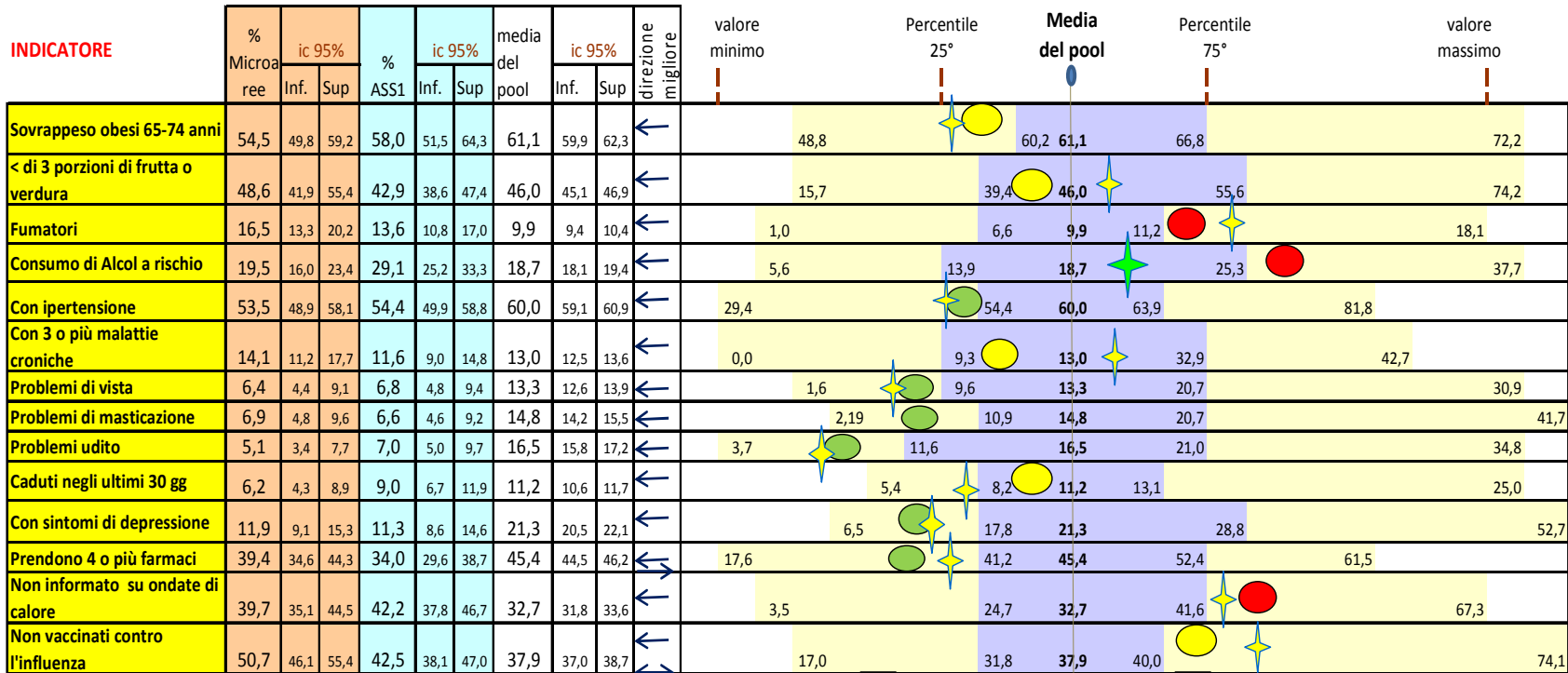


Giudizio per l'aiuto ricevuto (%)
ASS 1 PDA2012 (n=79)



FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

2.13 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra il pool delle microaree, l'ASS1 "Triestina" e i dati nazionali



Valore delle Microaree: giallo : non significativamente diverso; rosso: significativamente peggiore; verde: significativamente migliore dell'ASS1



Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale



Valore significativamente migliore della media del pool nazionale



Valore non significativamente differente della media del pool nazionale

← Valore bassi=migliore indicatore

→ Valore alti=migliore indicatore

Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

3. Partecipazione

Insieme all'aumento del numero di persone con 65 e più anni, previsto nei prossimi decenni in Italia e nel resto del mondo, cresce anche l'interesse per il contributo che questa fascia di popolazione può dare a tutta la società. Non a caso l'anno 2012 è stato proclamato Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo (1), con l'intento di incoraggiare i responsabili politici e tutti i gruppi di interesse ad agire, con l'obiettivo di creare migliori opportunità per l'invecchiamento attivo e rafforzare la solidarietà tra le generazioni. In questo quadro è stato concepito dalla Commissione Europea delle Nazioni Unite per Europa (UNECE)⁹, l'indice di invecchiamento attivo (AAI) (2), strumento che permette di misurare e promuovere, nell'ambito degli Stati membri dell'Unione Europea (UE), il potenziale inutilizzato della popolazione anziana. L'indice misura la performance di invecchiamento attivo in quattro distinti ambiti

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

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

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

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

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

⁹L'Invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, come è stato riconosciuto dal Piano di Azione Internazionale sull'Invecchiamento (MIPAA) delle Nazioni Unite, adottato dalla Seconda Assemblea Mondiale sull'invecchiamento di Madrid nel 2002. L'MIPAA rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari Paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione. L' UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) è responsabile per l'attuazione di MIPAA in Europa; nel 2012 ha adottato la dichiarazione di Vienna che descrive quattro obiettivi prioritari per i paesi UNECE, da raggiungere entro la fine del terzo ciclo (2017): (i) incoraggiare e mantenere una più lunga attività lavorativa; (ii) promuovere la partecipazione, la non discriminazione e l'inclusione sociale delle persone anziane; (iii) promuovere e salvaguardare la dignità, la salute e l'indipendenza nella maggiore età e (iv) mantenere e rafforzare la solidarietà intergenerazionale. L'AAI è uno strumento importante per essere utilizzato per valutare e controllare l'attuazione delle MIPAA.

attivo.

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

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

3.1 Formazione e apprendimento

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

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1, il 6% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver partecipato negli ultimi 12 mesi ad un corso (Inglese, cucina, computer, università della terza età).

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

- persone più giovani (8% vs 4% degli ultra 74enni);
- persone con scolarità alta (9% vs 1% con scolarità bassa, differenza significativa da un punto di vista statistico);
- persone senza difficoltà economiche;
- sottogruppi in buona salute.

Nelle microaree la percentuale di anziani che hanno partecipato negli ultimi 12 mesi ad un corso è più bassa di quella rilevata nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012), ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

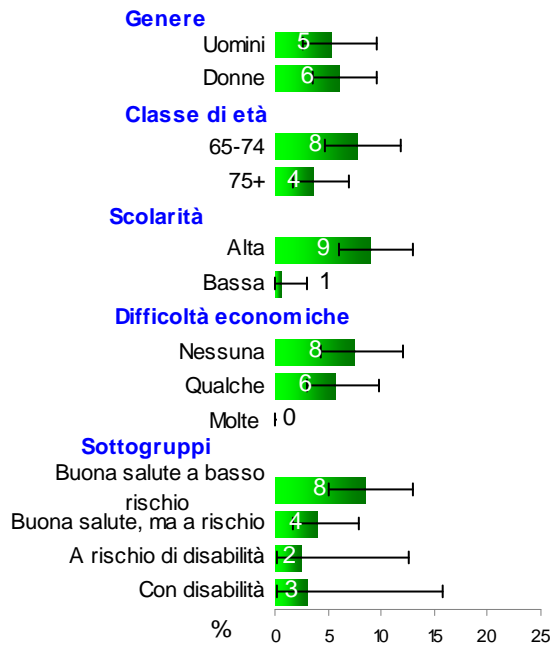
Nel Pool nazionale ha frequentato un corso di formazione il 3,8% (IC95%: 3,2-4,3).

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

Caratteristiche-

Microaree PDA 2013 (n=467)

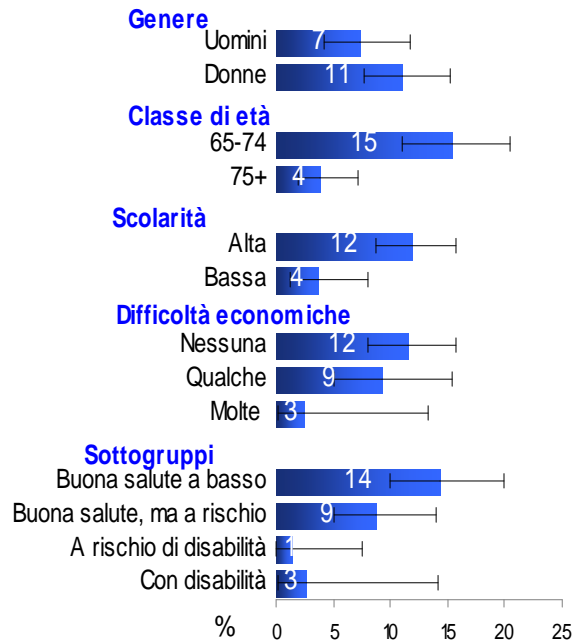
Totale 5,8% (IC 95% 3,9-8,4)



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

ASS1 PDA 2012 (n=502)

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



3.2 Lavoro

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

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1, il 5% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver svolto negli ultimi 12 mesi un lavoro per cui è stato pagato.

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

- uomini (9% vs. 3% donne);
- persone più giovani (7% vs 3% ultra 74enni);
- persone con scolarità alta (6% vs 3% scolarità bassa);
- persone senza difficoltà economiche;
- sottogruppi in buona salute.

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

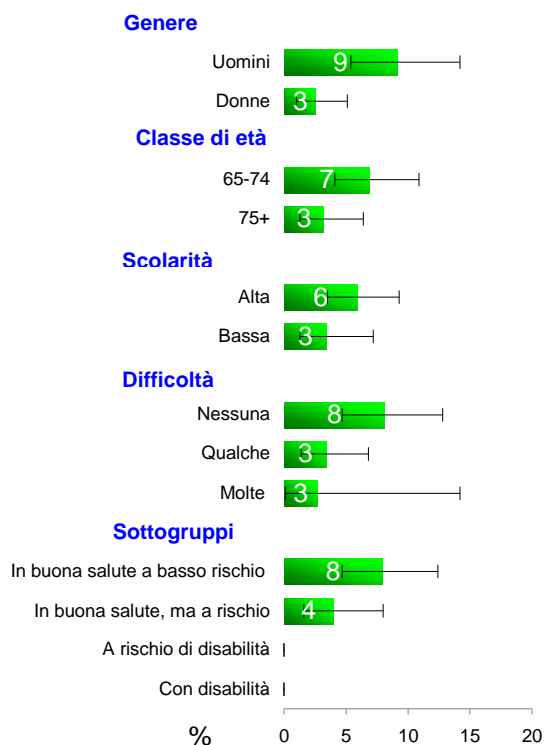
Nell'ASS1 ha svolto un lavoro pagato quasi il 6%, mentre nel Pool nazionale il 5% delle persone ultra64enni.

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

Caratteristiche-

Microaree PDA 2013 (n=467)

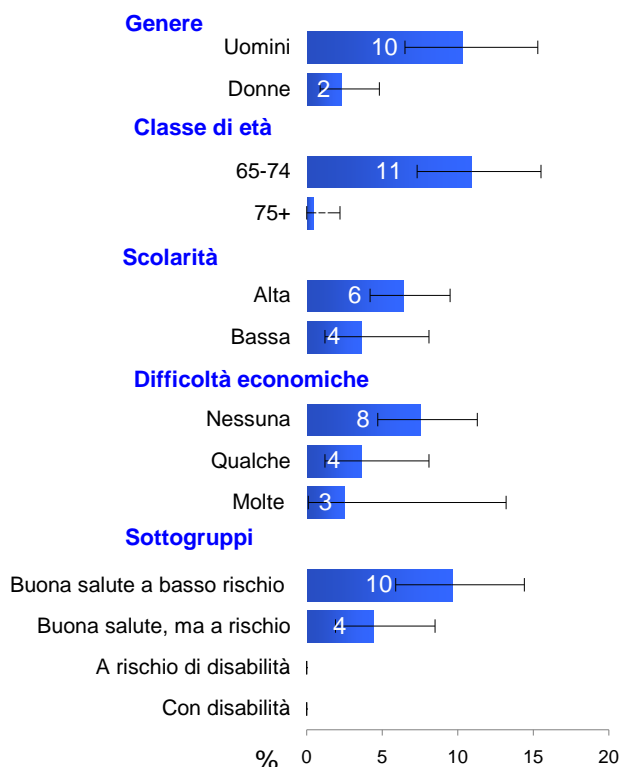
Totale 5,2% (IC 95% 3,4-7,7)



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

ASS1 PDA 2012 (n=502)

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



3.3 Attività sociali e comunitarie

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

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1, il 20% circa degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver partecipato nell'ultima settimana ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia.

Le attività sociali sono risultate più frequenti fra:

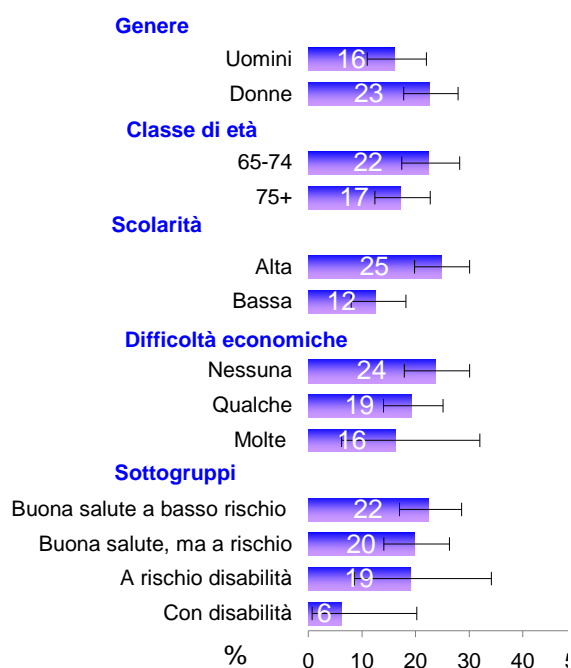
- donne (23% vs.16% uomini);
- persone più giovani (22% vs 17%);
- persone con scolarità alta (25% vs 12% scolarità bassa, differenza significativa statisticamente);
- persone senza difficoltà economiche (si rileva un gradiente);
- sottogruppi di popolazione in buona salute (si evidenzia un trend).

Nell'ASS1 e nel pool nazionale ha fatto attività sociali quasi il 28% degli intervistati, percentuale significativamente più alta rispetto a quella rilevata nel pool delle microaree.

Anziani che hanno dichiarato di aver partecipato nell'ultima settimana ad attività con altre persone – Caratteristiche-

Microaree PDA 2013 (n=467)

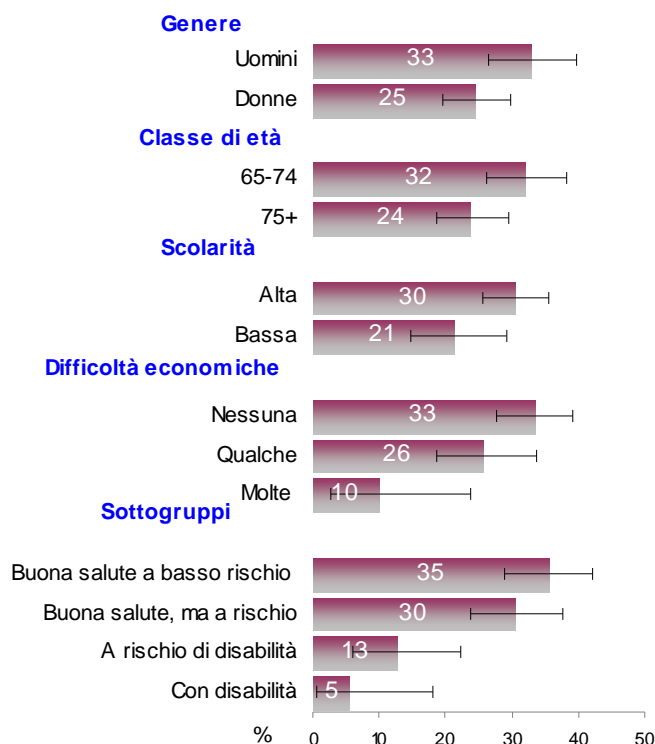
Totale 19,9% (IC 95% 16,4-23,9)



Anziani che hanno dichiarato di aver partecipato nell'ultima settimana ad attività con altre persone – Caratteristiche-

ASS1 PDA 2012 (n=502)

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



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

Nel pool delle microaree dell'ASS1, quasi il 17% degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di aver partecipato negli ultimi 12 mesi a gite o soggiorni organizzati.

Tale partecipazione è risultata più frequente fra le persone:

- di genere femminile (18% vs 15%);
- più giovani (18% vs 14%);
- con scolarità alta (19% vs 11%);
- senza difficoltà economiche (si rileva un gradiente);
- sottogruppi di popolazione in buona salute (si rileva un trend).

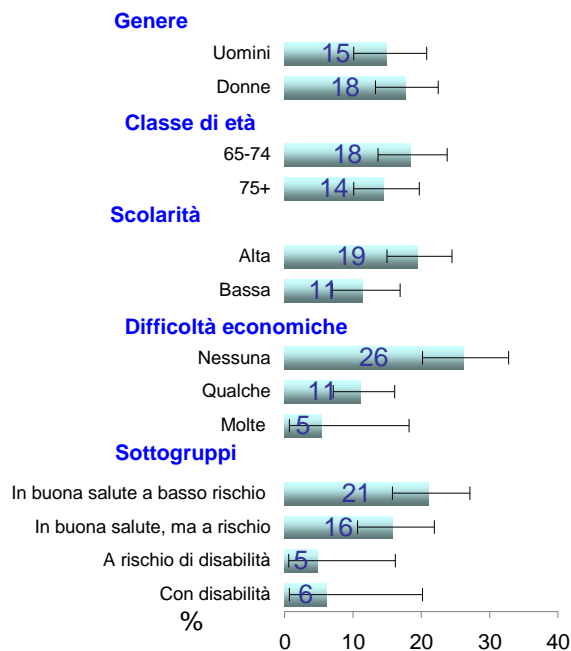
Le differenze rilevate per difficoltà economiche sono risultate significative.

Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) una percentuale più elevata di ultra 64enni ha partecipato a gite o soggiorni negli ultimi 12 mesi, ma la differenze non risultano significative statisticamente.

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

Caratteristiche
ASS1 PDA 2012 (n=502)

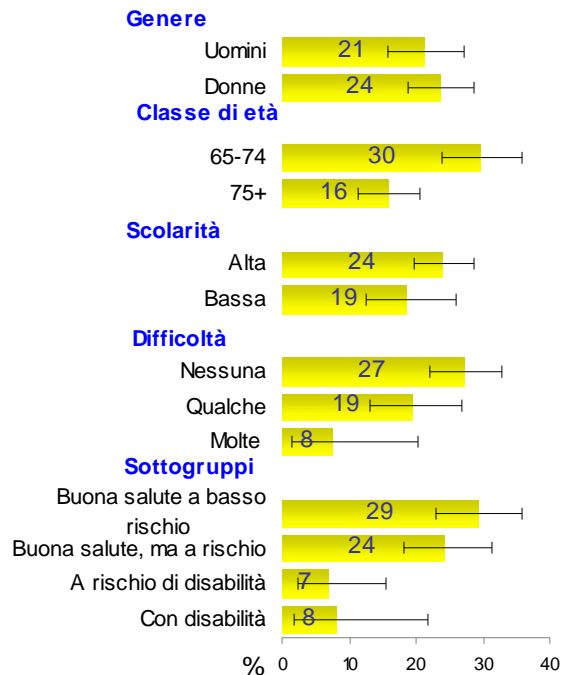
Totale 16,5% (IC 95% 13,3-20,2)



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

Caratteristiche
Microaree PDA 2013 (n=467)

Totale 22,5% (IC 95% 19,0-81,0)



3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività

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

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

3.4.1 Per chi i nostri anziani rappresentano una risorsa?

Nel pool delle microaree dell'ASS1 Triestina, il 33% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per gli altri.

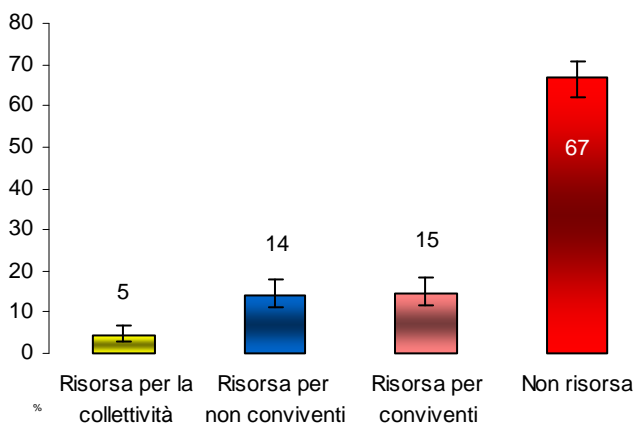
In particolare:

- il 15% di essi ha rappresentato una risorsa per le persone conviventi, perché negli ultimi 12 mesi ha accudito e aiutato coniuge, figli o altri conviventi;
- Il 14% negli ultimi 12 mesi ha aiutato e accudito figli, nipoti, parenti, amici non conviventi, rappresentando una risorsa per persone non conviventi;
- il 5% negli ultimi 12 mesi ha fatto attività di volontariato e perciò rappresenta una risorsa per la collettività.

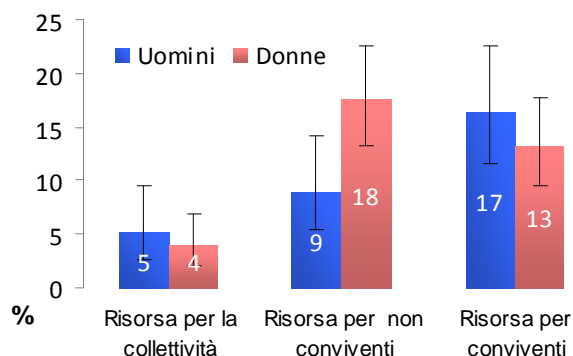
Il 67% non rappresenta una risorsa per gli altri.

Gli uomini rappresentano una risorsa più frequentemente per i conviventi, mentre le donne lo sono di più per i non conviventi; il volontariato è stato fatto più spesso dagli uomini, anche se le differenze rilevate non sono significative. Non sono state riscontrate differenze di rilievo rispetto all'indagine condotta nel 2012 nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012).

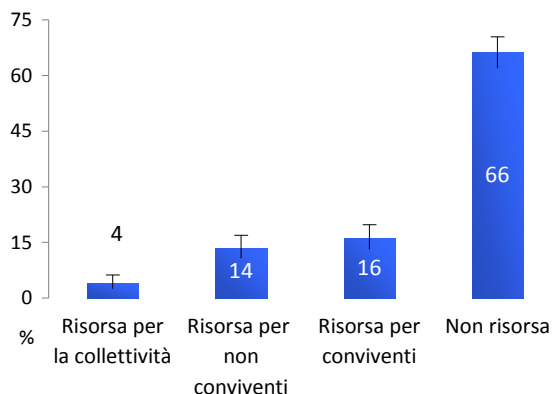
Distribuzione dell'essere risorsa fra gli ultra 64enni
Microaree PDA2013 (n=467)



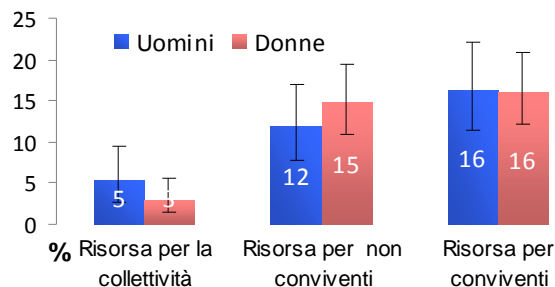
Distribuzione degli anziani risorsa per genere e tipo di risorsa
Microaree PDA2013 (n=155)



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



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



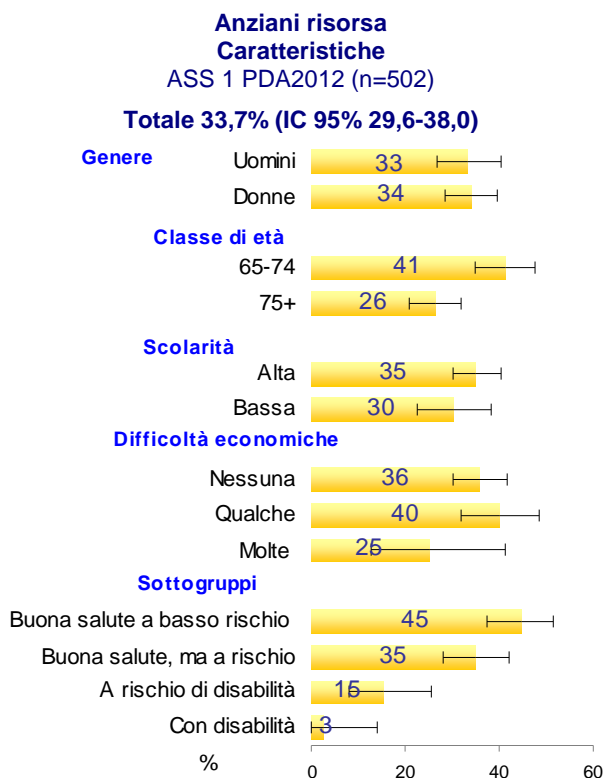
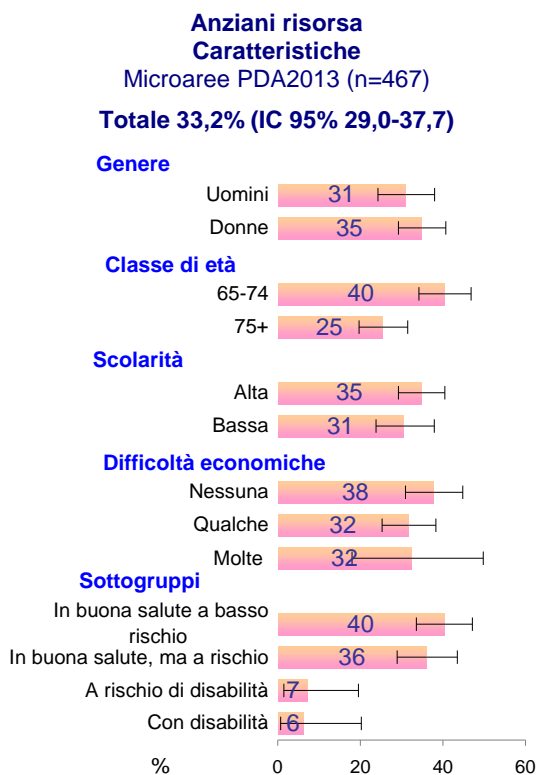
3.4.2 Quali sono le caratteristiche degli anziani che rappresentano una risorsa per la società?

Nel pool delle microaree, il 33% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per gli altri.

Non sono state rilevate differenze per genere, livello di scolarità e status economico, mentre costituiscono maggiormente una risorsa le persone più giovani e quelle in buona salute e basso rischio di malattia.

Per quanto riguarda i sottogruppi di popolazione, passando dal sottogruppo in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa a quello con disabilità si rileva un gradiente: va comunque evidenziato come nel sottogruppo con disabilità rappresenta una risorsa per gli altri, il 6% delle persone intervistate.

Nell'ASS1 la percentuale di pultra64enni che rappresentano una risorsa per gli altri non differisce da quella rilevata nel pool delle microaree.



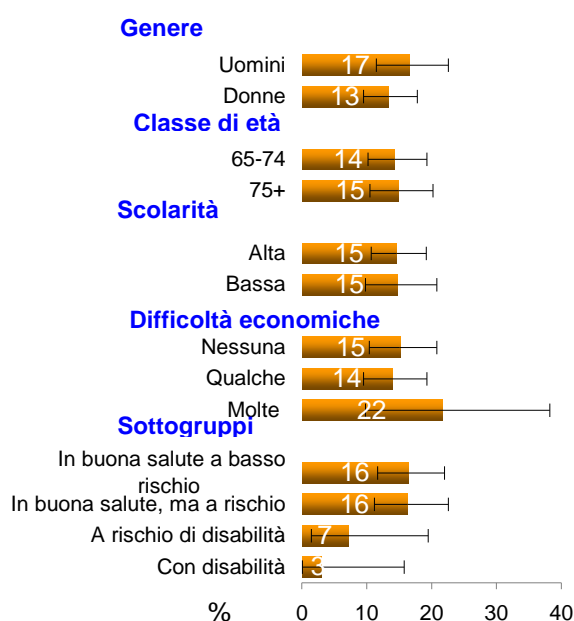
3.4.3 Quali sono le caratteristiche degli anziani che aiutano familiari e amici con cui condividono l'abitazione?

Nel pool delle microaree, il 15% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per i conviventi perché ha prestato aiuto e assistenza alle persone conviventi nei 12 mesi precedenti.

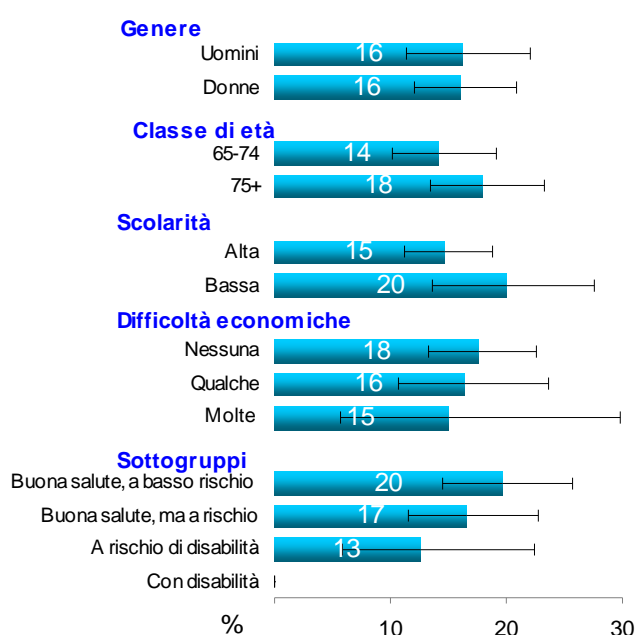
Non sono state rilevate differenze per classi di età e scolarità, mentre costituiscono maggiormente una risorsa per la famiglia le persone di genere maschile, con molte difficoltà economiche e in buona salute a basso rischio di malattia (differenze non significative da un punto di vista statistico).

Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) il 16% degli ultra64enni intervistati rappresenta una risorsa per i conviventi.

Ultra 64enni risorsa per i conviventi - Caratteristiche -
Microaree PDA2013 (n=467)
Totale 14,6% (IC 95% 11,6-18,2)



Ultra 64enni risorsa per i conviventi - Caratteristiche -
ASS1 PDA 2012 (n=502)
Totale 16,1% (IC 95% 13,1-19,7)



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

Nel pool delle microaree dell'ASS1, 14% degli ultra64enni ha accudito e aiutato nipoti, figli, familiari o amici non conviventi nei 12 mesi precedenti, rappresentando così una risorsa per le persone non conviventi.

Costituiscono maggiormente una risorsa per i non conviventi:

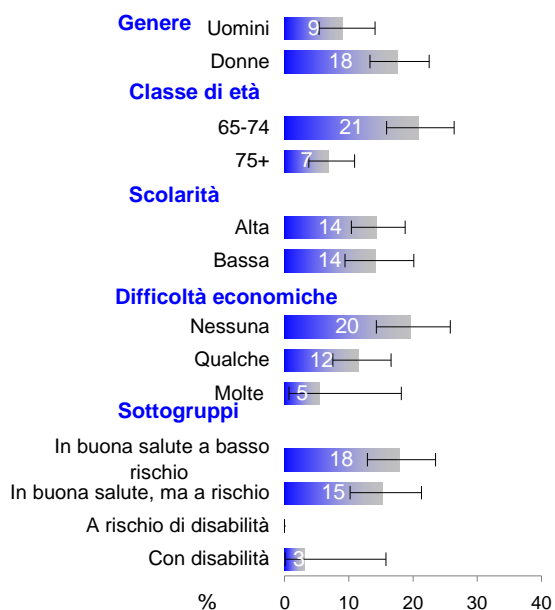
- le donne,
- le persone sotto i 75 anni (21% vs 7% sopra i 75 anni);
- quelle senza difficoltà economica;
- le persone in buona salute e a basso rischio di malattia.

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

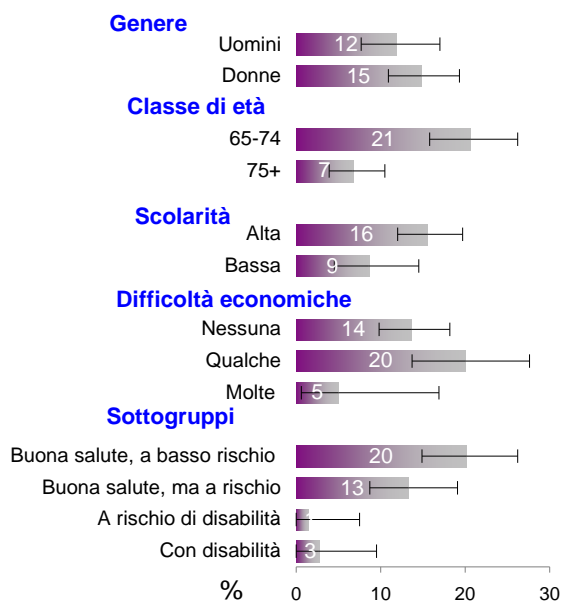
Le differenze rilevate per classe di età risultano significative.

Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) rappresenta una risorsa per i non conviventi poco meno del 14% degli ultra64enni intervistati.

Ultra 64enni risorsa per i non conviventi – Caratteristiche
 Microaree PDA2013 (n=467)
Totale 14,1% (IC 95% 11,2-17,7)



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



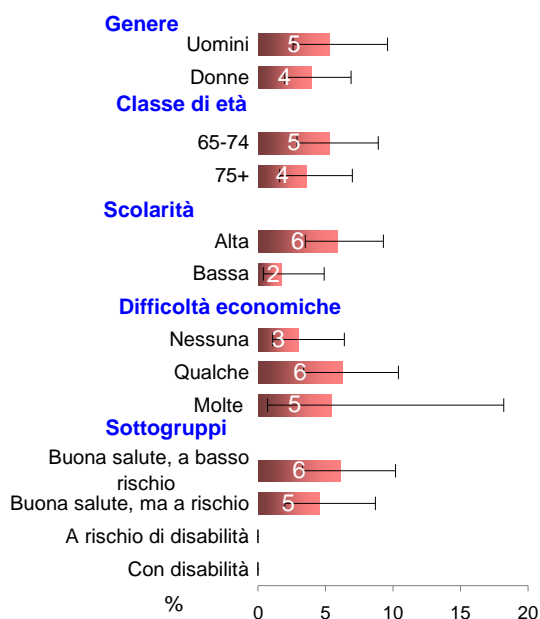
3.4.5 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di aiuto alla collettività?

Nel pool delle microaree quasi il 5% degli ultra 64enni ha fatto una attività di volontariato (a favore di disabili, bambini, o presso ospedali, parrocchie o scuole) nei 12 mesi precedenti l'intervista, rappresentando così una risorsa per la collettività.

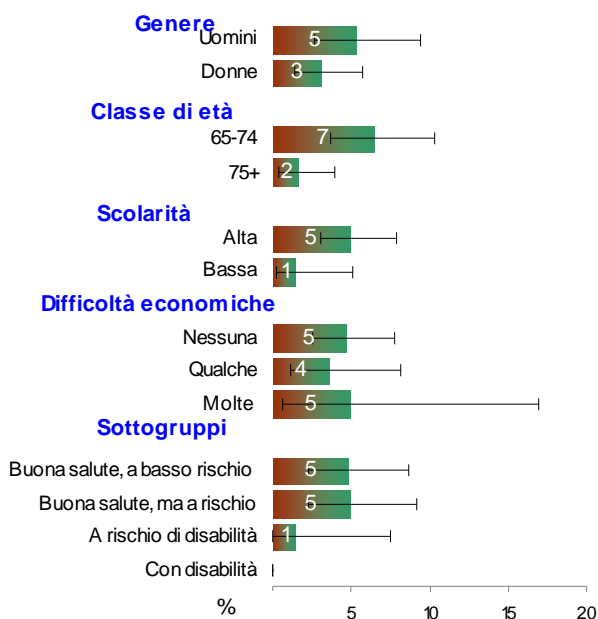
Attività di volontariato sono state svolte più spesso dalle persone più giovani, con livello di scolarità più elevato, in buona salute.

Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) ha svolto attività di volontariato il 4% degli ultra 64 enni intervistati.

Ultra 64enni che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività di volontariato - Caratteristiche -
 Microaree PDA2013 (n=467)
Totale 4,5% (IC 95% 2,9-6,9)

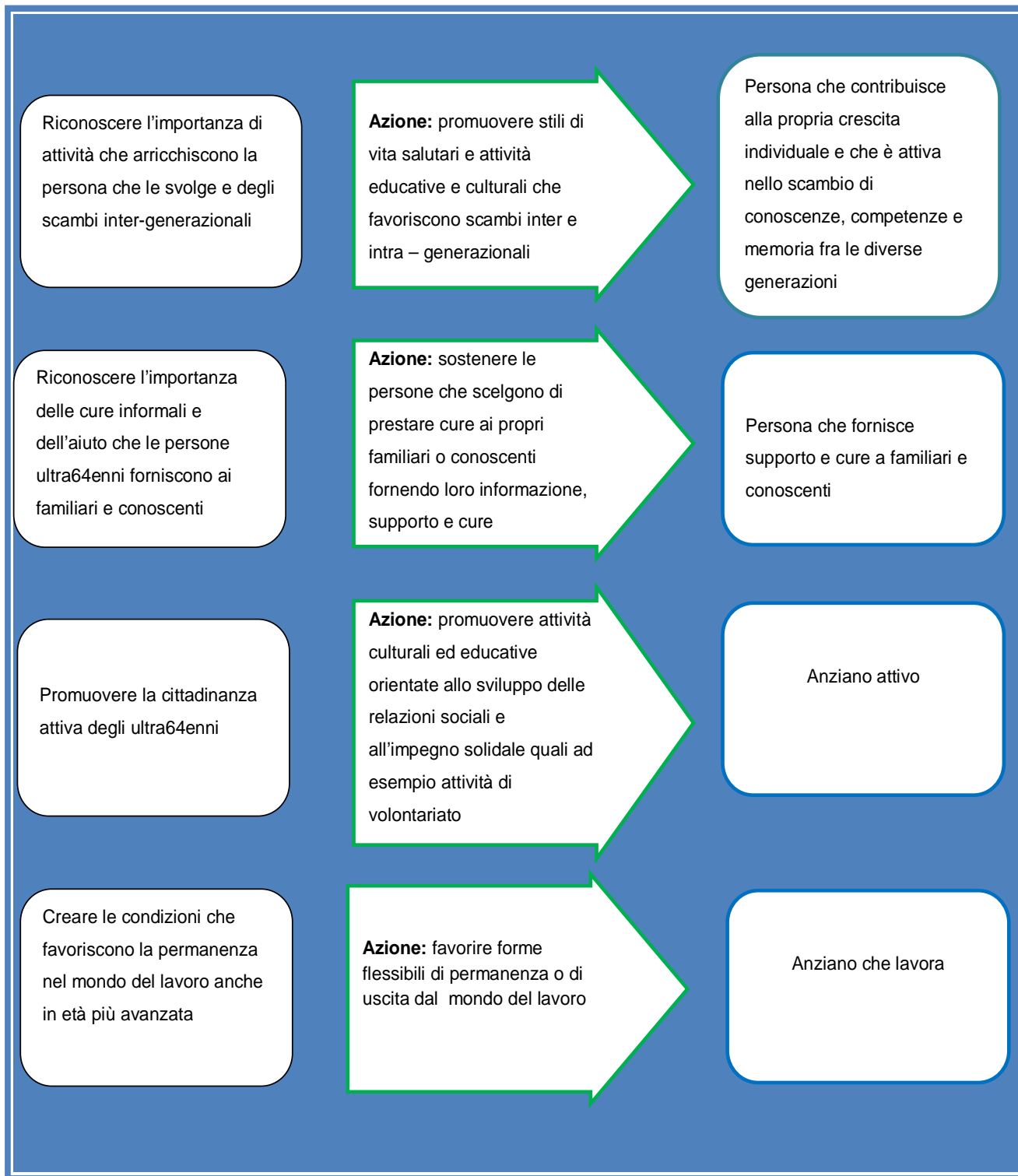


Ultra 64enni che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività di volontariato - Caratteristiche -
 ASS1 PDA 2012 (n=502)
Totale 4% (IC 95% 2,5-6,2)



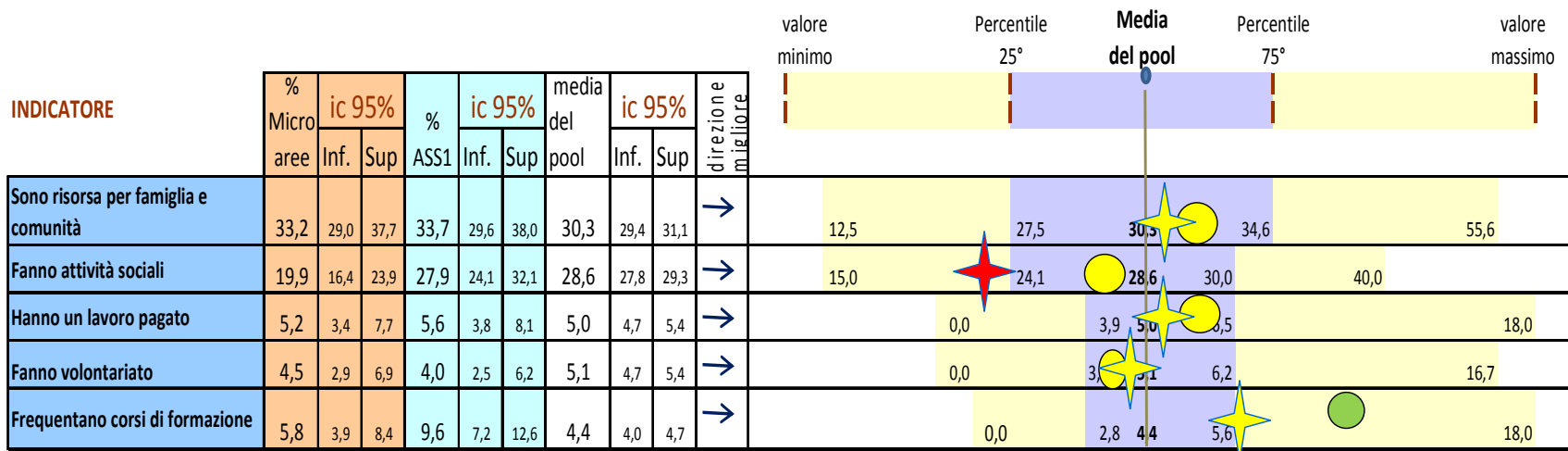
3.4.6 Cosa possiamo fare perchè la persona con 65 anni e più possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita?

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



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

Partecipazione ed essere risorsa



Valore delle Microaree: giallo : non significativamente diverso; rosso: significativamente peggiore; verde: significativamente migliore dell'ASS1

LEGENDA



Valore significativamente peggiore della media del pool nazionale



Valore significativamente migliore della media del pool nazionale



Valore non significativamente differente della media del pool nazionale

← Valore bassi=migliore indicatore

→ Valore alti=migliore indicatore

Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si vince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

4. Ambiente di vita

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

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

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

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

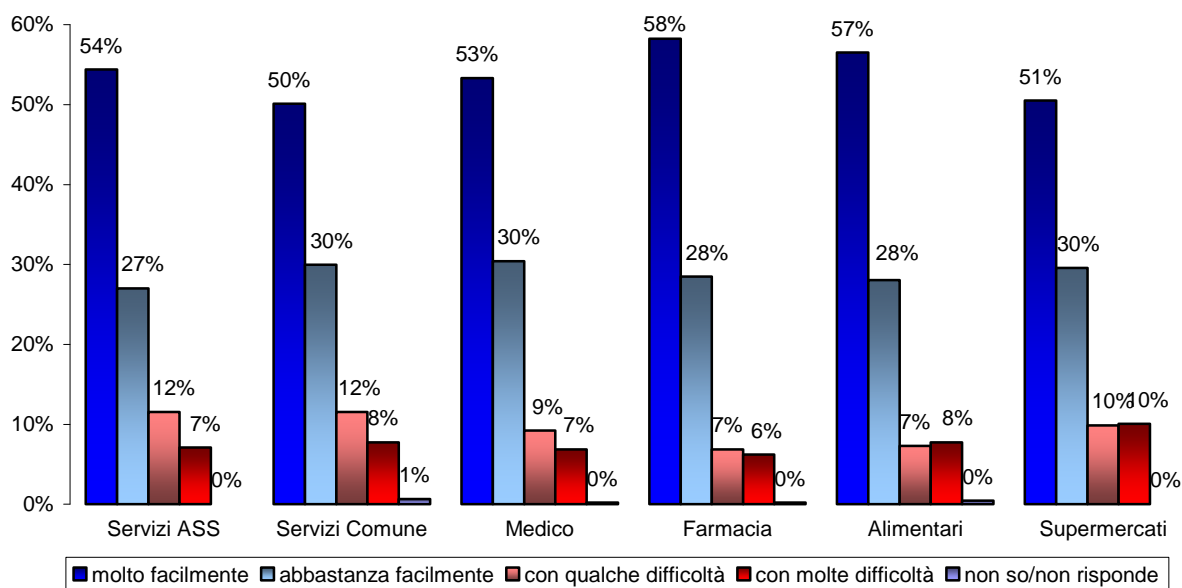
Per le persone anziane, il sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale, fattori ambientali legati all'edilizia e la sicurezza fanno parte degli aspetti più rilevanti per la realizzazione di un ambiente favorevole alla salute. La "sicurezza fisica" è uno degli indicatori utilizzati nel 2012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

4.1 Accessibilità dei servizi

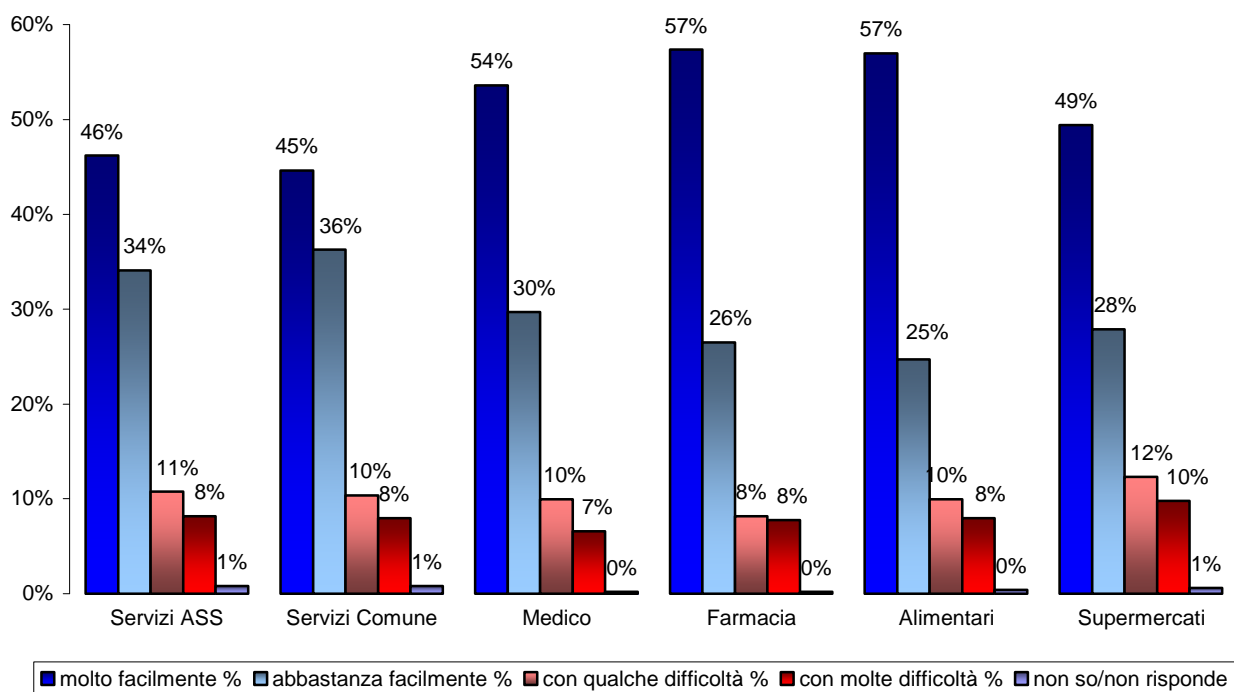
4.1.1 Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?

Nel pool delle microaree dell'ASS 1 "Triestina", circa 4 anziani intervistati su 5 hanno dichiarato di riuscire a raggiungere con facilità (molto o abbastanza facilmente) i diversi servizi socio sanitari, socio- assistenziali e quelli commerciali, elencati nel grafico sottostante. Rispetto all'indagine PDA condotta nell'ASS1 nel 2012, nel pool delle microaree si rilevano percentuali più elevate di ultra64enni che dichiarano di raggiungere molto facilmente i servizi sanitari e quelli comunali, anche se le differenze rilevate non risultano significative da un punto di vista statistico.

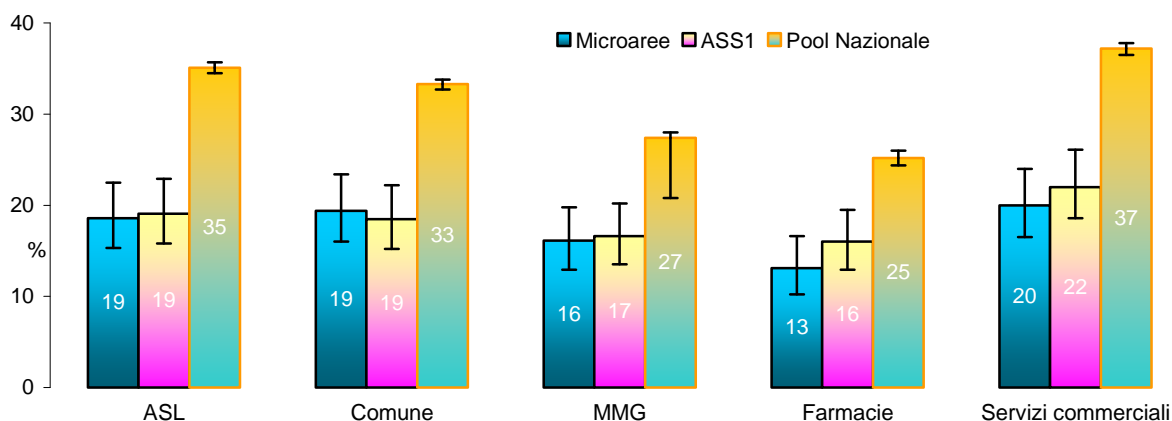
Livello di difficoltà dichiarato per raggiungere i servizi indicati
Microaree – PDA 2013 (n=467)



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



Difficoltà di accesso ai servizi
 Confronto PDA Microaree 2013 (n=467) ASS1 2012 (n=502)- Pool nazionale 2012 (n= 23.799)



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

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

- servizi della Azienda Sanitaria: 1 su 5;
- servizi del Comune: 1 su 5;
- medico di medicina generale: più di 1 su 6;
- farmacie: 1 su 7;
- supermercati: più di uno su 5;
- alimentari: quasi uno su 5.

Mentre non si rilevano importanti differenze rispetto all'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), una percentuale più bassa di persone intervistate ha dichiarato difficoltà a raggiungere i servizi di pubblica utilità rispetto al Pool nazionale 2012. Le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico.

4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?

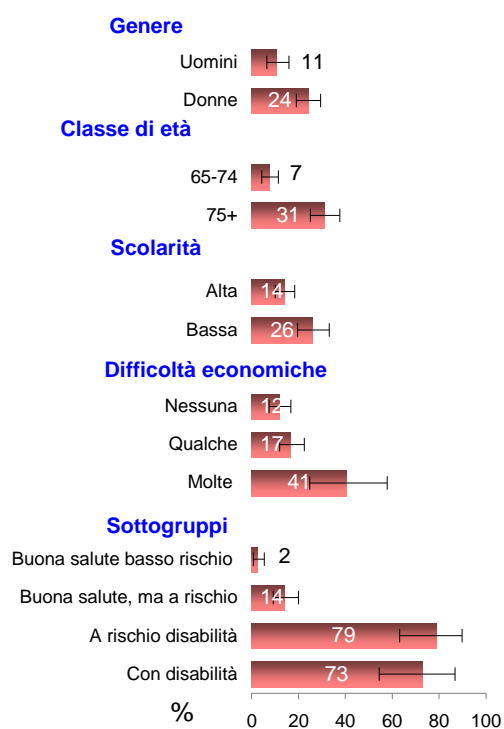
Nei grafici riportati sotto vengono descritte nel dettaglio le caratteristiche degli anziani residenti nel pool delle microaree che hanno dichiarato difficoltà a raggiungere i diversi servizi socio-assistenziali e socio-sanitari ed il confronto con quanto rilevato durante l'indagine condotta sull'intera popolazione provinciale nel 2012 (indagine PDA ASS1 2012).

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

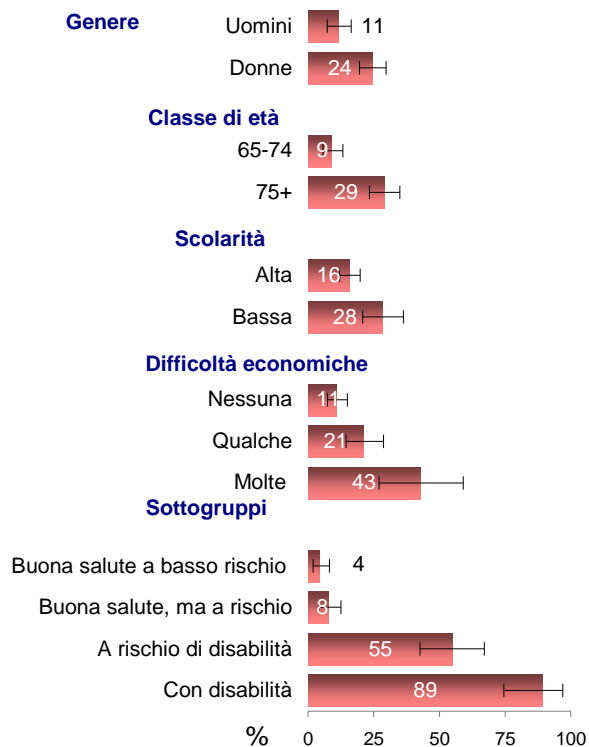
- dalle donne rispetto agli uomini;
- dalle persone con 75 anni e più, rispetto a quelle tra 65 e 74 anni;
- dalle persone con scolarità bassa, rispetto a quelle con scolarità alta;
- dalle persone con difficoltà economiche, rispetto a quelle che non le dichiarano;
- dalle persone a "rischio di" o "con" disabilità, rispetto a quelle in buona salute.

Rispetto all'ASS1, nelle microaree percentuali più basse di persone appartenenti al sottogruppo con disabilità dichiarano molte difficoltà a raggiungere i servizi dell'ASS1, il medico di medicina generale, la farmacia ed i servizi comunali; per contro, aumenta la percentuale di persone nel sottogruppo a rischio di disabilità che dichiara molta difficoltà a raggiungere gli stessi servizi.

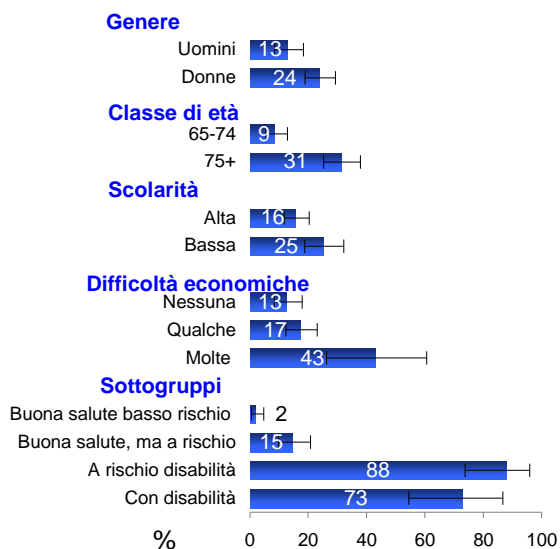
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i servizi ASL
 Microaree – PDA 2013 (n=467)
 Totale: 18,6 (IC95%: 15,3-22,5)



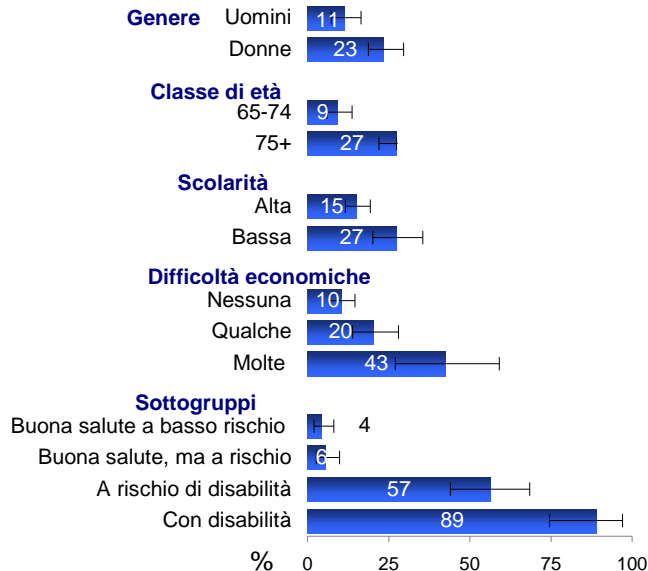
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i servizi ASL
 ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=498)
 Totale: 19,1 (IC95%: 15,8-22,9)



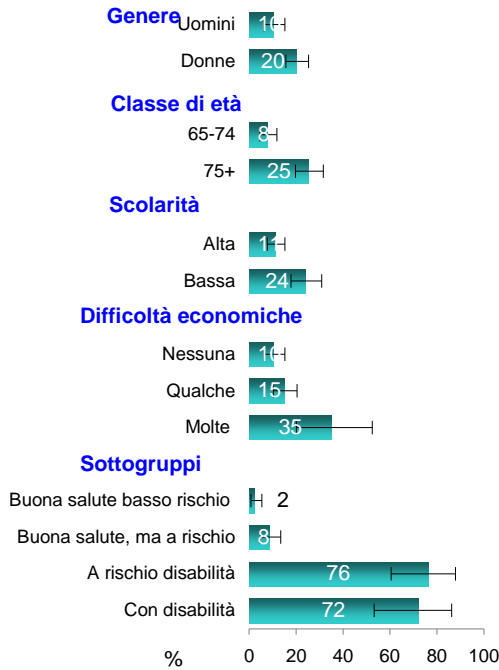
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i servizi del Comune
 Microaree – PDA 2013 (n=464)
 Totale: 19,4 (IC95%: 16,0-23,4)



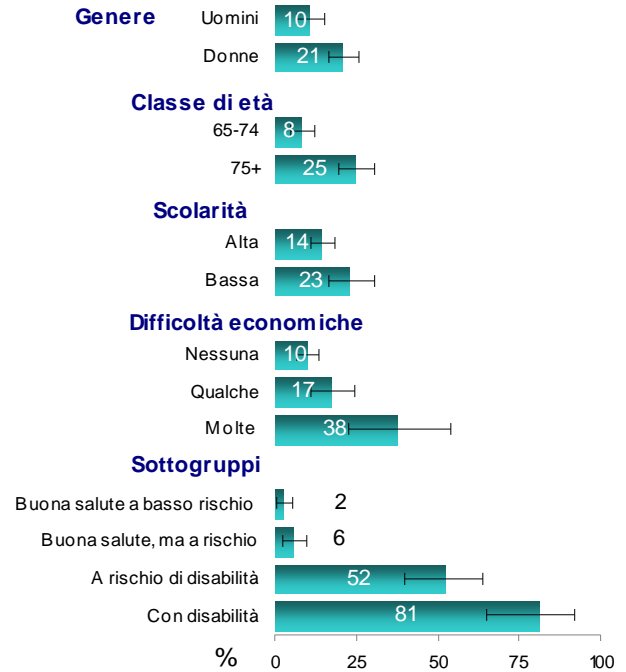
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i servizi del Comune
 ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=498)
 Totale: 18,5 (IC95%: 15,2-22,2)



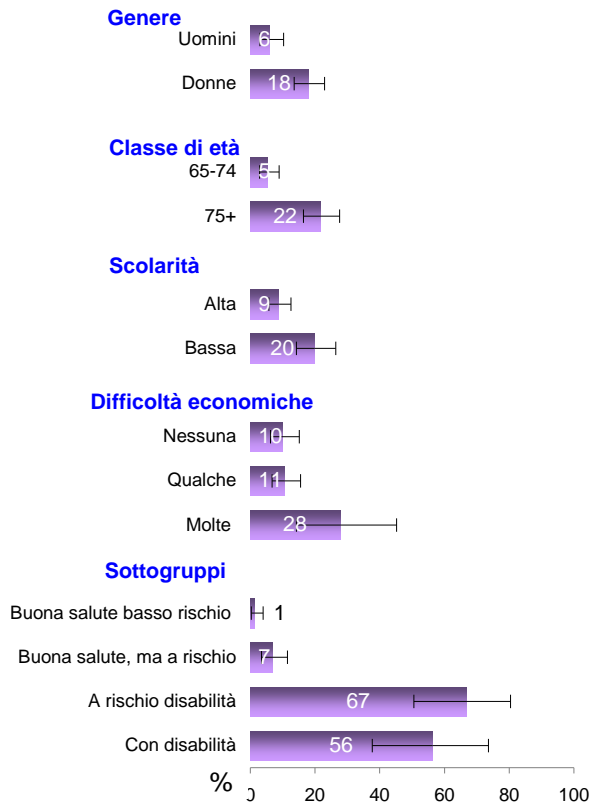
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere il medico di medicina generale
 Microaree – PDA 2013 (n=466)
 Totale: 16,1 (IC95%: 12,9-19,8)



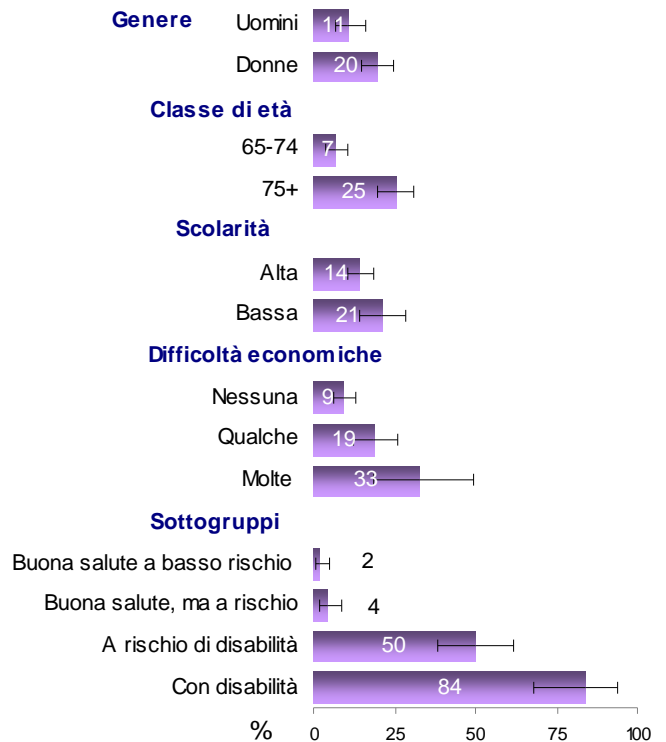
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere il medico di medicina generale
 ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=501)
 Totale: 16,6 (IC95%: 13,5-20,2)



Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere la farmacia
 Microaree - PDA 2013 (n=466)
 Totale: 13,1 (IC95%: 10,2-16,6)



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



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

Nel pool delle microaree dell'ASS1, complessivamente il 20% degli ultra 64enni intervistati (93 persone) dichiara di avere difficoltà a raggiungere gli esercizi commerciali; il 5% di essi ha difficoltà a raggiungere solo i supermercati ed i centri commerciali, mentre il 15% ha difficoltà a raggiungere sia i supermercati che i negozi di alimentari.

Nell'ASS1, complessivamente dichiara di avere difficoltà a raggiungere gli esercizi commerciali il 22% degli ultra 64enni intervistati (110 persone); il 4% solo i supermercati ed i centri commerciali, mentre il 18% sia i supermercati che i negozi di alimentari.

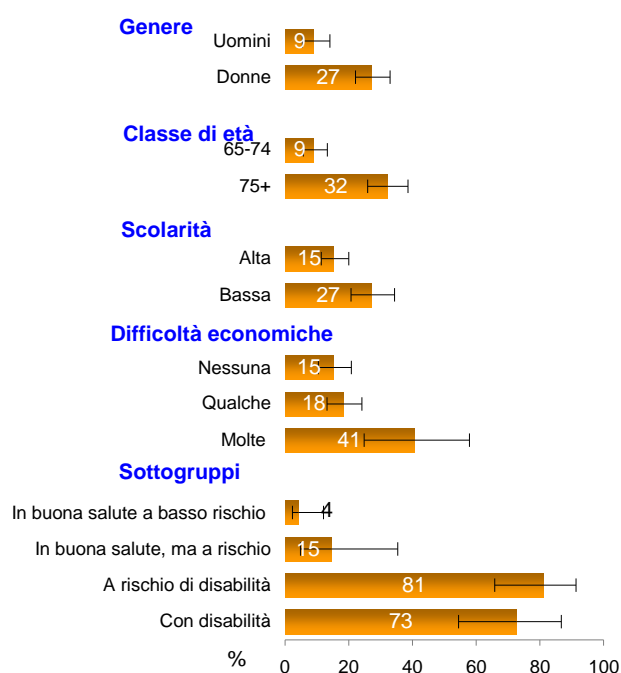
I grafici che seguono illustrano le caratteristiche delle persone svantaggiate nell'accesso ai supermercati/centri commerciali e ai negozi di generi alimentari residenti nel pool delle microaree considerate e nell'intera ASS1.

Le difficoltà vengono riferite soprattutto:

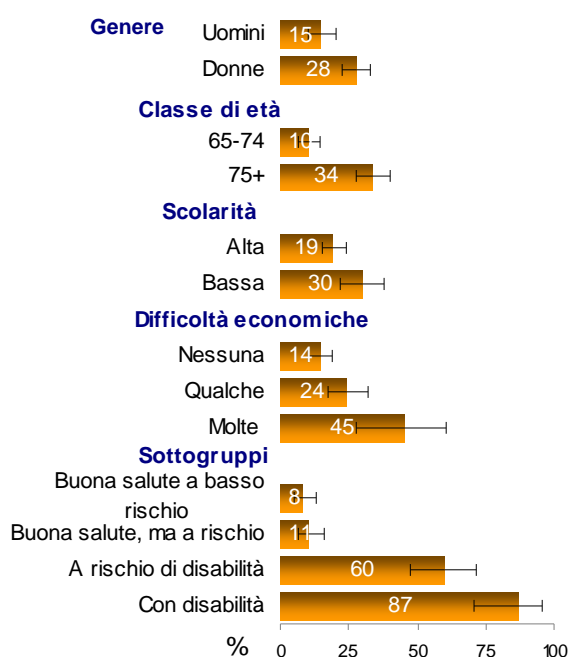
- dalle donne (27% vs 9% uomini per i supermercati e 20% vs 8% per i negozi di alimentari);
- dalle persone con più di 75 anni (32% vs 9% nella classe 65-74 anni per i supermercati e 28% vs 8% per i negozi di alimentari);
- dalle persone con istruzione bassa (rispettivamente per i supermercati: 27% vs 15% e per i negozi di alimentari: 23% vs 10%);
- dalle persone con molte difficoltà economiche (poco meno di 1 persona su 2 per entrambe le tipologie di esercizi commerciali);
- fra le persone con disabilità conclamata, ma soprattutto fra quelle con rischio di disabilità.

Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i supermercati
Microaree - PDA 2013 (n=467)
Totale: 19,9 (IC95%:16,4-23,9)



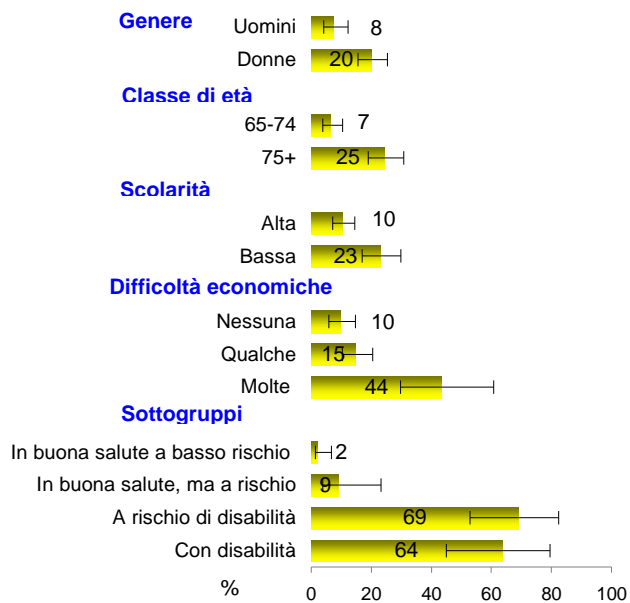
Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i supermercati
ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=500)
Totale: 22,2 (IC95%: 18,7-26,2)



Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i negozi di alimentari

Microaree - PDA 2013 (n=465)

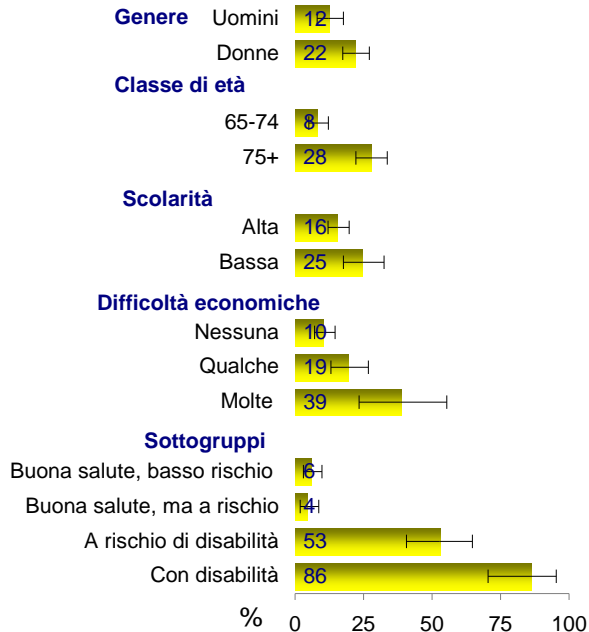
Totale: 15,1 (IC95%: 12,0-18,7)



Anziani che hanno dichiarato qualche/molte difficoltà a raggiungere i negozi di alimentari

ASS 1 Triestina - PDA 2012 (n=499)

Totale: 18,0 (IC95%: 14,8-21,7)



4.2 Abitazione

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

Nel pool delle microaree dell'ASS1 il 43% delle persone con 65 anni e più (201 persone su 644) vivono in casa propria o del coniuge, condizione più frequente tra le persone con livello di scolarità alto (48%) e senza difficoltà economiche (62%).

Il 53% paga un affitto e, tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche, tale percentuale arriva allo 81%.

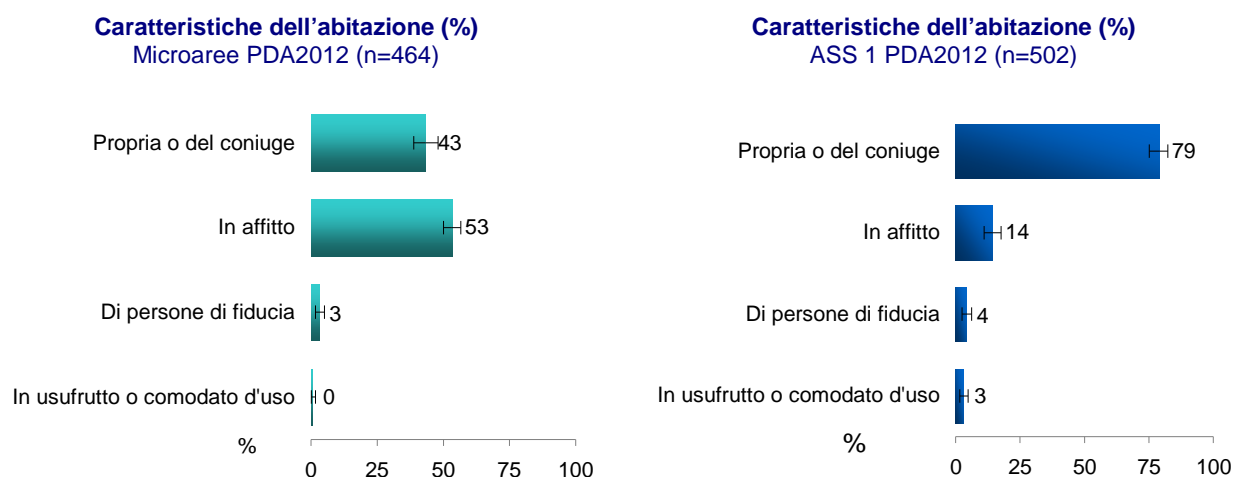
Poco numerose sono le persone con 65 anni e più che vivono in case di persona di fiducia o in abitazioni in usufrutto o comodato d'uso (3%). La quota di queste categorie di persone, però, raddoppia (6% complessivamente) dopo gli 85 anni.

Nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012) oltre il 79% degli ultra 64enni vive in casa propria o del coniuge (in particolare le persone con livello di scolarità alto 82% e senza difficoltà economiche); il 14% paga un affitto (28% tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche); 4% vivono in case di persona di fiducia e 3% in abitazioni in usufrutto o comodato d'uso, senza variazioni dopo gli 85 anni.

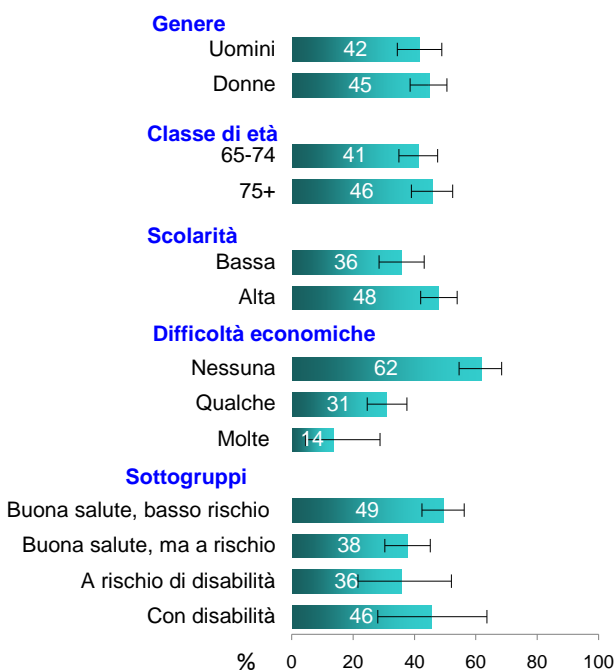
Le differenze rilevate fra il pool delle microaree e l'intera popolazione provinciale risultano significative dal punto di vista statistico

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

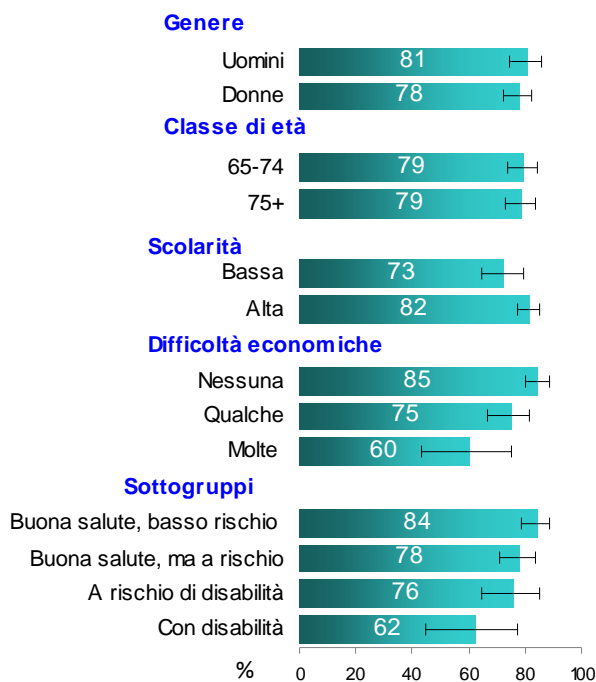
Una percentuale più bassa di persone che vivono in un'abitazione di proprietà si rileva fra le persone con molte difficoltà economiche, con un trend per status economico dichiarato, particolarmente evidente nel pool delle microaree.



Persone che vivono in abitazione propria
 Microaree PDA2012 (n=464)
Totale: 43,3 (IC95%: 3,8-48,0)



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



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

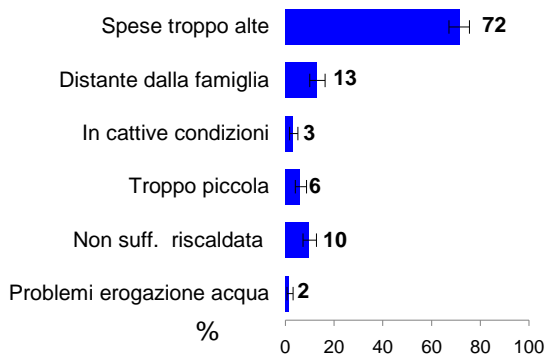
Nel pool delle microaree dell'ASS1 Triestina, lo 80% degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato almeno un problema legato all'abitazione (anche nell'intera provincia lo ha dichiarato lo 80% degli ultra 64enni intervistati).

La problematica segnalata in prevalenza è rappresentata dalle spese troppo alte (72%), sia per gli appartamenti di proprietà sia per quelli in affitto.

Altre problematiche di rilievo, sono la distanza dai familiari (13%) e il riscaldamento insufficiente (10%); seguono le dimensioni considerate ridotte (6%), le cattive condizioni dell'abitazione (3%).

Rispetto a quanto rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree una percentuale doppia di anziani riferisce un riscaldamento insufficiente, e una percentuale più bassa riferisce distanza eccessiva dai familiari (13% vs 24%) e cattive condizioni dell'abitazione (3% vs 10%). Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

Problemi dell'abitazione (%)
 Microaree PDA2012 (n=374)



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



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

Complessivamente, 8 persone con 65 anni e più su 10 riferiscono problemi nell'abitazione: il 62% 1 problema e il 18% almeno 2 (nell'intera provincia le percentuali sono rispettivamente 51% e 29%)

Fra le persone che hanno segnalato la presenza di problemi nell'abitazione non si rilevano differenze per genere, età, scolarità e stato di salute della popolazione, le persone con difficoltà economiche segnalano la presenza di problemi nelle abitazione con frequenza significativamente maggiore rispetto a quelle senza difficoltà economiche.

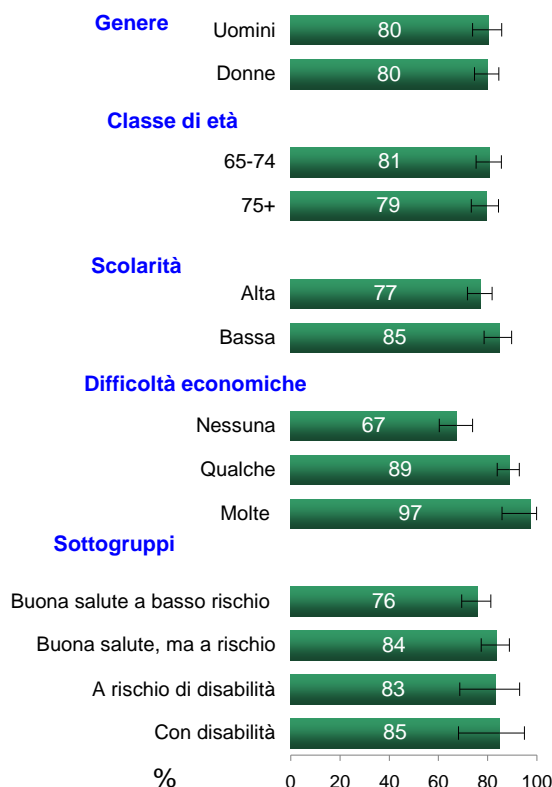
Escludendo dall'analisi le spese troppo alte, riferisce problemi nell'abitazione poco più di ¼ (26%) degli ultra 64enni residenti nel pool delle microaree e poco più di un terzo (38%) di quelli residenti nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012).

Anche in questo caso, le persone con difficoltà economiche segnalano la presenza di problemi nell'abitazione con frequenza significativamente maggiore rispetto a quelle che senza difficoltà economiche (nessuna difficoltà: 22%, qualche:25%, molte difficoltà: 43%); tale dato è confermato anche nell'intera ASS1 (nessuna difficoltà: 33%, qualche difficoltà: 38%, molte: 58%).

Nel Pool nazionale 75% dichiara problemi legati all'abitazione.

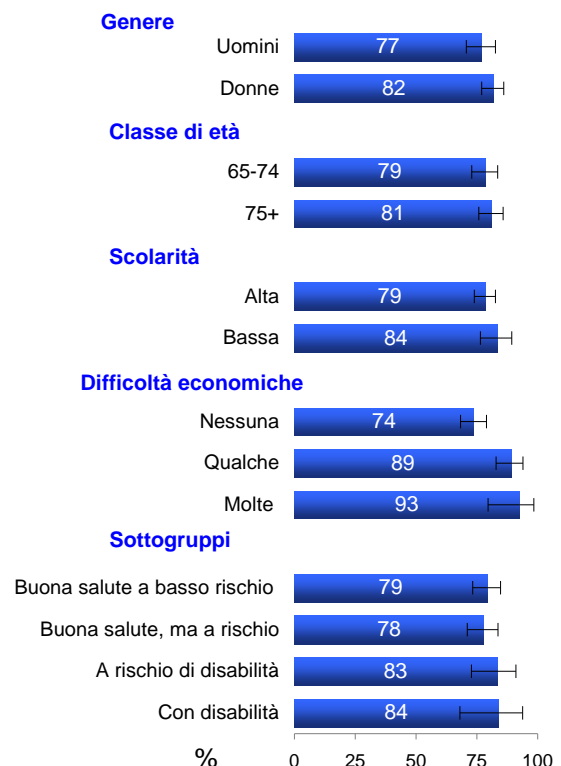
Persone con problemi dell'abitazione (%)
Microaree PDA2012 (n=467)

Totale = 80,1% (IC95% 76,1 – 83,6)



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

Totale = 79,9% (IC95% 76,0 – 83,2)



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

Nel pool delle microaree, lo status di proprietario/a dell'abitazione cambia la frequenza complessiva di segnalazione di problemi dell'abitazione, a differenza di quanto è stato rilevato nell'intera provincia (indagine PDA ASS1 2012).

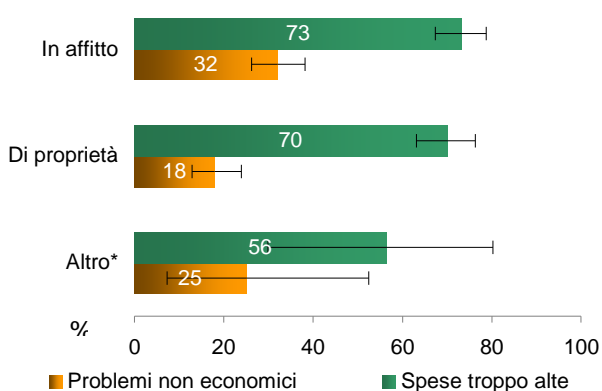
Escludendo dall'analisi i problemi di tipo economico ("spese troppo alte") la presenza di problemi nell'abitazione viene segnalata con frequenza diversa, in relazione alla proprietà o meno dell'abitazione:

- persone in affitto 32%;
- persone in casa di proprietà 18%;
- persone in usufrutto/comodato d'uso o in abitazione di persone di fiducia 25%.

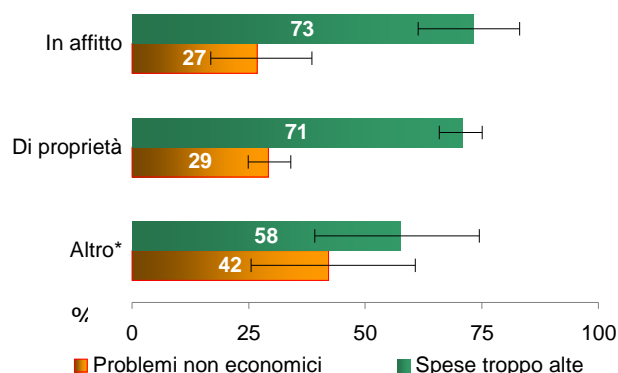
Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

Nell'intera provincia i corrispondenti valori 27% per gli anziani in affitto, 29% per quelli in casa di proprietà e 42% per le persone in usufrutto.

Proprietà dell'abitazione e segnalazioni di problemi (%)
Microaree PDA2012 (n=464)



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



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

4.3 Sicurezza nell'area di residenza

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

Quasi lo 88% degli ultra64enni residenti nel territorio del pool delle microaree dell'ASS1 considera sicuro il quartiere in cui vive.

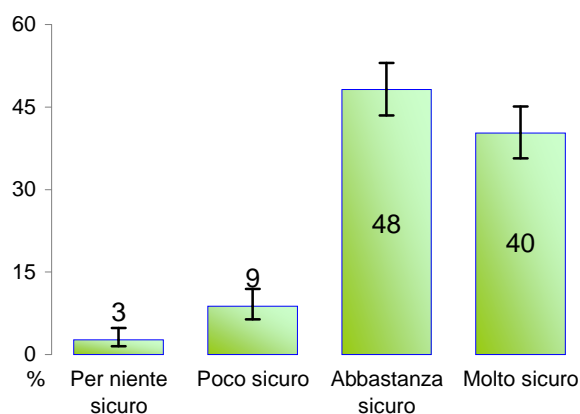
In particolare, il 40% lo considera molto sicuro e l'altro 48% lo ritiene abbastanza sicuro.

Il 9% ritiene la propria area di residenza poco sicura, mentre il 3% la considera per niente sicura.

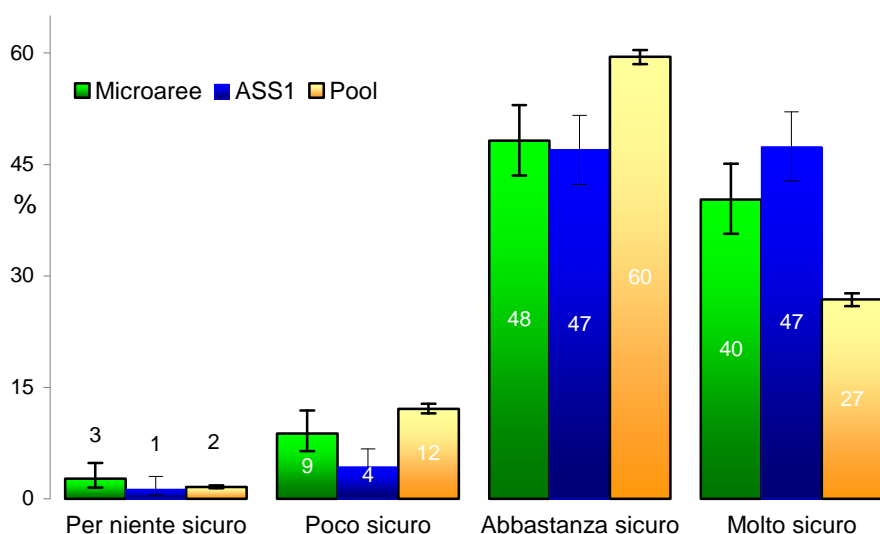
La percentuale di anziani residenti nel pool delle microaree che considera sicuro il quartiere in cui vive risulta inferiore rispetto a quella registrata nell'intera provincia, che corrisponde al 95%; le differenze rilevate risultano significative da un punto di vista statistico.

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

Percezione della sicurezza nel quartiere di residenza
Microaree PDA2012 (n=444)



Percezione della sicurezza nel quartiere di residenza
Confronto Microaree PDA 2013 (n=444) ASS1 PDA 2012 (n=502) Pool Nazionale PDA 2012 (n=)

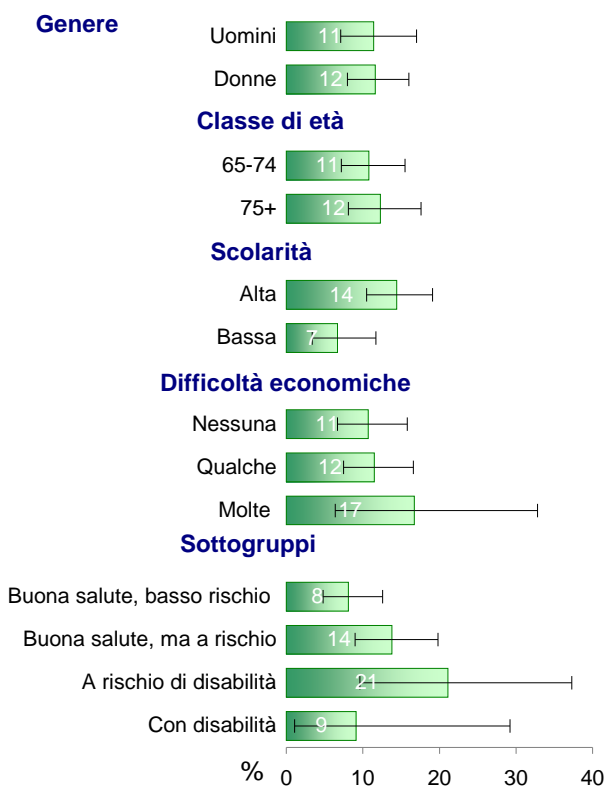


4.3.2 Quali persone si sentono maggiormente insicure nell'area in cui vivono?

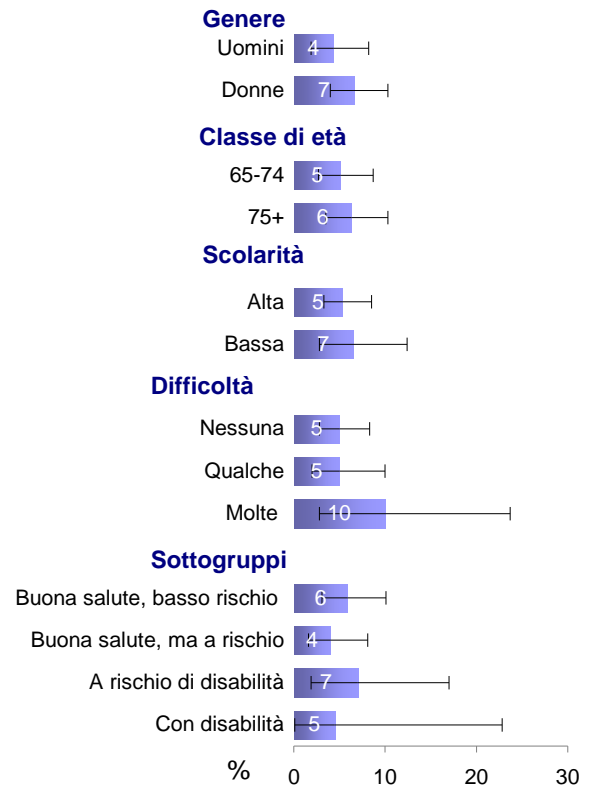
La percezione di vivere in un quartiere poco sicuro è maggiore per le persone con scolarità alta, fra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche e nei sottogruppi in buona salute, ma a rischio di malattia e in quello a rischio di disabilità, mentre non si rilevano differenze per genere e classi di età; le differenze rilevate non risultano significative. Nell'intera ASS1 meno del 6% ha la percezione di vivere in un quartiere poco sicuro.

Nel pool delle microaree, la sensazione di scarsa sicurezza dell'area in cui si vive è maggiore per le persone che vivono in affitto, rispetto a quelli che vivono in casa di proprietà (16% vs 7%) e le differenze rilevate sono al limite della significatività statistica. Nell'intera ASS1 la sensazione di sicurezza, invece, non cambia in relazione all'abitare in casa di proprietà o in affitto.

Ultra 64enni che considerano il quartiere in cui vivono poco/per niente sicuro – Caratteristiche -
Microaree PDA 2013 (n=444)
Totale 11,5% (IC 95% 8,7-14,9)

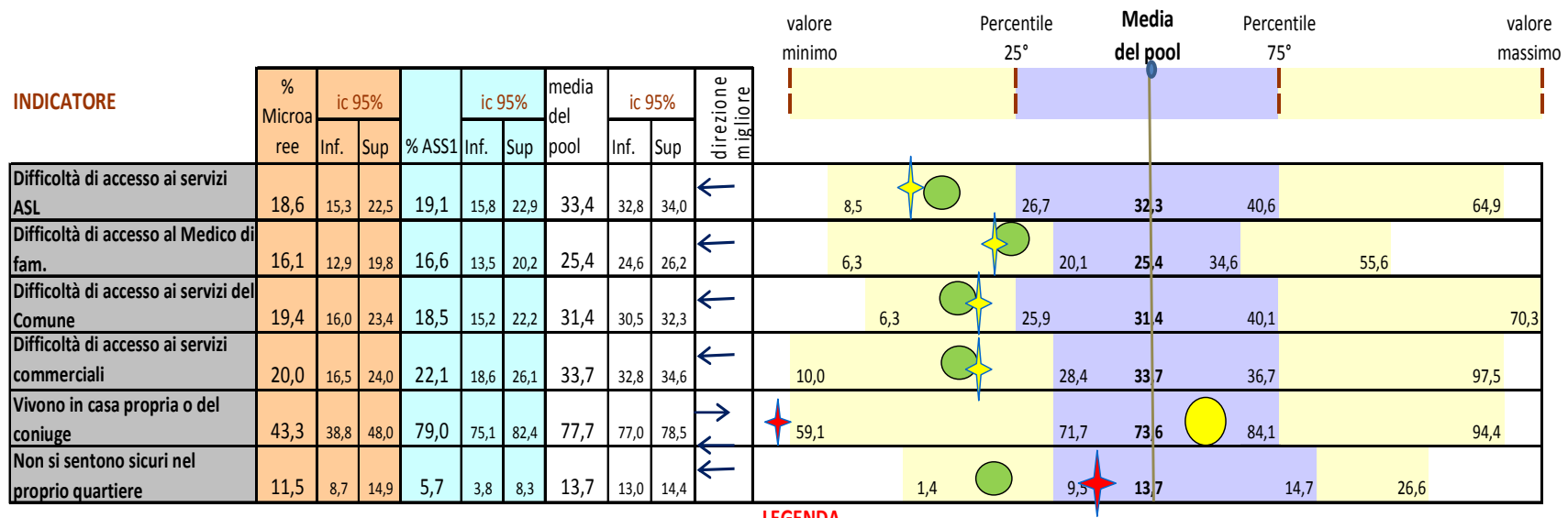


Ultra 64enni che considerano il quartiere in cui vivono poco/per niente sicuro – Caratteristiche -
ASS 1 Triestina – PDA 2012 (n=460)
Totale 5,7% (IC 95% 3,8-8,3)



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

Ambiente di vita



LEGENDA

- Valore delle Microaree: giallo : non significativamente diverso; rosso: significativamente peggiore; verde: significativamente migliore dell'ASS1
- Valore ASS 1 significativamente peggiore della media del pool nazionale
- Valore ASS 1 significativamente migliore della media del pool nazionale
- Valore ASS 1 non significativamente differente della media del pool nazionale
- ← Valore bassi=migliore indicatore
- Valore alti=migliore indicatore

Con la "spine chart" come questa si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori. Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del pool nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore per l'ASL o la regione cui si riferisce il rapporto viene indicato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (indicati) del valore medio del pool nazionale e quelli del valore locale (regionale o aziendale). Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è. Attenzione: non basta, per una certa regione o azienda, avere un pallino verde per escludere che l'aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Sintesi dei problemi e ipotesi di intervento per gli operatori

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

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

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

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

Caratteristiche socio - demografiche	
<p>Protezione, salubrità e dignità delle persone sono anche frutto delle politiche sanitarie, sociali, finanziarie, oltre che di protezione fisica e ambientale.</p> <p>Le caratteristiche demografiche, sociali ed economiche di una popolazione, oltre a fornire l'immagine della situazione esistente, consentono anche di cogliere l'entità di differenze che hanno ricadute sulla salute soggettiva ed oggettiva delle persone.</p>	
Problema	Ipotesi di intervento per operatori
<p>Distribuzione per classi di età:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 53% appartiene alla fascia 65-74 anni ◆ 36% a quella 75-84anni ◆ 11% ha 85 anni e più. ◆ Età media: donne 75,6; uomini 72,9; <p>Distribuzione per genere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 60% genere femminile; <p>Diversa distribuzione per età dei 2 sessi, che riflette il</p>	<p>I dati desunti dall'indagine PASSI D'Argento confermano che la popolazione residente nelle microaree risulta più fragile dal punto di vista demografico e socio- economico rispetto alla corrispondente popolazione anziana dell'intera provincia valutata nel 2012 (indagine ASS1 PDA 2012),</p>

<p>fenomeno della “femminilizzazione della popolazione anziana” (le femmine passano infatti dal 55% del campione nella fascia 65-74 anni al 59% in quella 75-84 anni allo 85% in quella con 85 e più anni), più accentuato rispetto a quello della corrispondente popolazione anziana dell’intera provincia (indagine ASS1 PDA 2012).</p> <p>Status economico</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 55% riferisce difficoltà economiche: 47% alcune, 8% molte (nell’ASS1 2012 il 40% degli anziani intervistati riferiva difficoltà economiche: 39% alcune, 9% molte). <p>Scolarità</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 38% ha livello di istruzione “basso”, vs 28% della corrispondente popolazione dell’ASS1 2012. <p>38% Vive solo; fra costoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 3 su 4 sono donne ◆ 1 su 5 ha più di 85 anni ◆ 1 su 2 ha difficoltà economiche ◆ 8% sono disabili e 13% sono a rischio di disabilità. 	<p>sottolineando l’importanza di proseguire e implementare le attività ed i progetti intrapresi e le attività di integrazione socio sanitaria.</p>
---	--

Benessere percepito	
<p>Indicatori negativi dello stato di salute percepito sono correlati a rischio aumentato di declino delle condizioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.</p>	
Problema	Ipotesi di intervento per operatori
<p>Il 21% degli intervistati percepisce negativamente la propria salute; tale condizione risulta maggiormente rappresentata fra le persone:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ con maggiori difficoltà economiche (2 su 5) ◆ che presentano sintomi di depressione (2 su 3) ◆ con 3 o più patologie croniche (2 su 3) ◆ che hanno problema di vista (2 su 5) ◆ che hanno problema di udito (1 su 2) ◆ che hanno problema di masticazione (1 su 2) ◆ che sono a rischio di isolamento (quasi 2 su 5). <p>1 persona su 6 ha dichiarato 20 o più giorni in cattiva salute fisica o psichica.</p> <p>Rispetto all’intera provincia (indagine PDA ASS1 2012), nel pool delle microaree la percentuale di persone che percepisce positivamente la propria salute (molto bene/bene) è più bassa (32% vs 41%: differenze significative dal punto di vista statistico)</p>	<p>Valutare sistematicamente nelle persone anziane la presenza di deficit sensoriali, di depressione e la presenza di calo ponderale e consigliare di eseguire visite specialistiche per la correzione delle condizioni suddette.</p> <p>Aumentare le occasioni di socializzazione.</p>

Fattori comportamentali di rischio

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

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Fra gli intervistati delle microaree:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Fuma più di 1 su 6 (nell'intera provincia nel 2012: 1 su 7) ◆ Alcol a rischio: 29% fra i maschi e 13% fra le femmine (nell'ASS1: 48% fra i maschi e 20% fra le femmine) ◆ Inattivo fisicamente: 5 su 100 fra tutti gli ultra 64enni (nell'ASS1: 3 su 100); nella fascia 65-74 anni risultano completamente sedentari 10% dei maschi e 6% delle femmine (nell'ASS1 2012 7% dei maschi e 2% delle femmine fra 65 e 74 anni) ◆ Eccesso ponderale: 1 su 2 (38% sovrappeso, 17% obesi); nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012, 40% sovrappeso, 15% obesi) ◆ Basso consumo di frutta e verdura: 50% degli anziani intervistati (70% fra le persone con molte difficoltà economiche). Solo il 7% degli intervistati assume "five a day". <p>Nell'ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) ha un basso consumo di frutta e verdura il 43% (65% fra quelli con molte difficoltà economiche); assume five a day il 10%.</p>	<p>- Valutazione anamnestica sistematica dei fattori comportamentali di rischio e promozione dei comportamenti corretti.</p> <p><u>Fumo</u>: eseguire il counselling breve (mmg) ed inviare, se possibile, i fumatori con patologie cardiovascolari o diabete ai centri antifumo per eventuale presa in carico.</p> <p><u>Alcol</u>: informare sui possibili effetti collaterali e le interazioni farmacologiche e raccomandare la sospensione e/o la riduzione dell'introito.</p> <p><u>Attività fisica</u>: informare sugli effetti benefici ed intraprendere interventi specifici volti a stimolare l'attività fisica regolare in tutta la popolazione anziana, ma soprattutto fra gli uomini e le donne fra i 65 ed i 74 anni; la presenza di barriere architettoniche (ad esempio l'assenza di ascensore all'interno dei caseggiati) può rappresentare un ostacolo per il movimento e la socializzazione per le persone anziane, in parte correggibile ove possibile, se possibile, assegnando gli appartamenti di edilizia popolare e/ o adeguando le strutture sulla base delle esigenze o delle caratteristiche dell'utenza.</p> <p><u>Eccesso ponderale</u>: realizzare interventi multisettoriali per promuovere una corretta alimentazione accompagnata da attività fisica costante;</p> <p><u>Consumo di frutta e verdura</u>: intensificare i consigli, soprattutto a persone con diabete, eccesso ponderale, stipsi, etc; favorire acquisti agevolati presso i supermercati zonali o gli acquisti "di caseggiato".</p>

Problemi sensoriali

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

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

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Problemi di vista: 6%; ◆ problemi di udito: 5%; ◆ problemi di masticazione: 7%, in particolare dopo i 75 anni (11%); il 7% di coloro che hanno perso peso negli ultimi 12 mesi ha problemi di masticazione, anche se le differenze rispetto a coloro che non hanno perso peso non sono significative. ◆ Fra le persone che dichiarano problemi di masticazione, solo 1 su 3 si è rivolto al dentista. <p>Nell'intera ASS1 (indagine PDA ASS1 2012) ha un disturbo sensoriale il 7% della popolazione con più di 64 anni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrivere visite oculistiche periodiche, anche al fine di diagnosticare precocemente glaucoma, degenerazione maculare senile e cataratta, e visite oculistiche fra anziani con diabete o ipertensione; - Consigliare visite audiometriche e utilizzo di protesi acustiche. - Indagare la capacità masticatoria degli anziani durante le occasioni di contatto (screening con scheda GOHAI e/o scheda di valutazione del cavo orale dell'anziano, già utilizzata nel 2011 da personale infermieristico e medico dell'ASS1 per il progetto ISNAI di valutazione dello stato nutrizionale dell'anziano istituzionalizzato^{1011 12}). Consigliare valutazioni odontoiatriche e corretto utilizzo delle protesi odontoiatriche. Organizzare percorsi agevolati diagnostico-terapeutici per la popolazione anziana presso le strutture odontoiatriche pubbliche e realizzare progetti di odontoiatria sociale.

¹⁰ Rapporto ISNAI (Indagine sullo Stato Nutrizionale dell'Anziano Istituzionalizzato) Giugno 2011, a cura di Tominz R, Germano CD, Bovenzi M, Dipartimento di Prevenzione dell'ASS1 Triestina

¹¹ Germano CD, Tominz R, Di Lenarda R, Bovenzi M. *Salute orale e malnutrizione nell'anziano: l'evidenza chiama all'azione*, atti XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica (Roma 12-15 Ottobre 2011)

¹² Tominz R, Germano CD, Bovenzi M, Situlin R : *Screening dello stato nutrizionale degli ospiti di strutture residenziali per anziani* atti XXXV Congresso Annuale Associazione Italiana di Epidemiologia (Torino, 7-9 Novembre 2011)

Cadute negli ultimi 30 giorni

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

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Il 6% degli intervistati è caduto (9% nella popolazione anziana dell' ASS1, secondo l'indagine PDA ASS1 2012);</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ di questi il 52% è caduto in casa, in particolare gli ultra 74enni (2 volte di più delle persone fra 65 e 74 anni) e le donne. ◆ Per quanto riguarda le cadute in casa, la distribuzione degli ambienti di caduta risulta completamente diversa rispetto a quanto rilevato nell'intera ASS1: nel pool delle microaree la maggior parte delle cadute si è verificato in bagno (24% di tutti gli ambienti vs 2% dell'ASS1), mentre solo il 3% è avvenuta in camera e in cucina (rispettivamente 20% e 13% nell'ASS1). ◆ Il 17% di coloro che sono caduti sono stati ricoverati per più di un giorno a causa della caduta (nell'ASS1 è stato ricoverato il 4% delle persone cadute) <p>Solo 14% degli ultra 64enni ha ricevuto consigli per prevenire le cadute (10% nell'ASS1);</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ i consigli sono stati dati più spesso in seguito ad una caduta (5 volte più spesso). 	<p>PASSI D'Argento indaga solo le cadute negli ultimi 30 giorni, e perciò non fornisce informazioni sulle cadute con esito più grave e che hanno richiesto tempi di ospedalizzazione medi- lunghi o un ricovero in strutture riabilitative.</p> <p>Tutti gli operatori sanitari dovrebbero sfruttare le occasioni opportune per erogare consigli su come evitare di cadere.</p> <p>L'elevata percentuale di cadute in bagno fa ipotizzare la presenza di problemi strutturali, in particolare la presenza di vasca da bagno, piuttosto che di doccia: andrebbe valutato il livello di sicurezza dei bagni ed avviata la ristrutturazione e/ o conversione dell'impianto vasca/doccia.</p>

Depressione

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

Problema	Ipotesi di intervento
Il 12% degli intervistati, soprattutto donne, persone con molte difficoltà economiche, persone nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità conclamata, ha sintomi di depressione. Di questi, 1 su 8 non ne ha parlato con nessuno (1 su 5 nell'ASS1).	- Screening sistematico dei sintomi di depressione nei pazienti anziani (ad esempio utilizzando Patient Health Questionnaire-2, usato nel PDA), da parte del medico di medicina generale, ed invio allo specialista per la diagnosi ed il trattamento nei casi positivi.

Rischio di isolamento

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

Problema	Ipotesi di intervento
Il 12% degli intervistati, soprattutto persone con molte difficoltà economiche, più anziane, persone nei sottogruppi con rischio di disabilità e con disabilità conclamata, è a rischio di isolamento sociale (9% nell'ASS1).	Continuare a promuovere all'interno dei condomini e dei quartieri delle microaree iniziative che favoriscano la socializzazione ed il coinvolgimento delle persone anziane sole. Offrire alle persone anziane sole interventi di telesoccorso o telecontrollo.

Attenzione ed assistenza da parte del medico di medicina generale

Visite e Farmaci

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

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Circa il 67% degli ultra 64enni ha almeno una patologia cronica, circa il 15% ne ha 3 o più.</p> <p>Visite</p> <ul style="list-style-type: none">◆ il 14% degli intervistati è stato visitato più di 6 mesi prima dell'intervista.◆ Di questi il 12% ha 1-2 patologie, mentre il 14% ne ha 3 o più (rispettivamente 13% e 5% a livello dell'ASS1) <p>Farmaci</p> <p>Lo 88% degli intervistati fa uso di medicine, con percentuali più alte fra ultra 74enni (94%), uomini, persone con salute buona, ma a rischio di malattia, persone con rischio di disabilità e con disabilità conclamata.</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Il 39% di essi assume 4 o più farmaci al giorno;◆ Per il 6% degli anziani che assumono farmaci il controllo della terapia risale a più di 6 mesi prima (8% in ASS1).◆ Di essi il 6% assume 4 o più farmaci al di'. <p>Farmaci e alcol</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Fra gli anziani che assumono farmaci il 49% beve alcol (59% nell'ASS1).◆ Di essi, il 18% ha un'assunzione di alcol "a rischio" (29% in ASS1).◆ Fra coloro che hanno un'assunzione di alcol "a rischio", il 66% prende meno di 4 medicine al giorno e il restante 34% più di 4 (rispettivamente 71% e 29% nell'ASS1).	<ul style="list-style-type: none">◆ Promuovere visite più frequenti negli anziani con comorbidità ed eventualmente valutazioni congiunte multidisciplinari (MMG, ADI, geriatra, etc.).◆ Utilizzare ogni occasione opportuna per controllare la correttezza della terapia e avvalersi di schemi orari per facilitare l'adesione alle raccomandazioni.◆ Avvalersi delle altre figure professionali (infermieri, fisioterapisti, operatori delle microaree) per il controllo della corretta assunzione dei farmaci.◆ Informarsi sistematicamente sull'introito di unità alcoliche dei propri pazienti anziani e raccomandare di evitare o ridurre l'assunzione di alcol, sia al fine di ridurre gli effetti collaterali, sia per prevenire il fenomeno delle cadute.

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Nel pool delle microaree, il 51% degli ultra 64enni non è stato vaccinato durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (39% fra gli ultra 74enni). Nell'ASS1 non è stato vaccinato durante l'ultima campagna antinfluenzale il 43% degli ultra 64enni (30% degli ultra 75enni).</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Il 76% riferisce di aver avuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio medico (71% nell'ASS1).◆ Il 21% non ha ricevuto il consiglio da nessuno (25% nell'ASS1).◆ Fra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione, il 65% dichiara di non aver ricevuto il consiglio dal proprio medico (64% nell'ASS1).	<p>Incrementare la promozione della vaccinazione antinfluenzale delle persone anziane e dei loro caregiver da parte di tutti gli operatori sanitari durante le occasioni opportune.</p> <p>Valutare l'opportunità di adottare nuove strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, vaccinazioni nei locali delle microaree, etc.).</p>

Ondate di calore

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

Problema	Ipotesi di intervento
<p>Il 40% degli ultra 64enni non ha ricevuto consigli su come proteggersi durante i giorni in cui fa troppo caldo (42% nell'ASS1).</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Non sono state rilevate caratteristiche peculiari socio-economiche, culturali, per sottogruppi di popolazione fra coloro che non hanno ricevuto consigli.	<p>Intensificare la diffusione delle informazioni e, contemporaneamente, sperimentare modalità informative più adeguate al target di riferimento.</p>

Sottogruppi della popolazione a rischio di disabilità e con disabilità e

Aiuto nelle Attività della vita quotidiana

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

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none">◆ Il 9% della popolazione è a rischio di disabilità (almeno 2 limitazioni nelle IADL)◆ Il 7% ha una disabilità conclamata (almeno 1 limitazione nelle ADL) <p>Nell'intera ASS1 il 14% è a rischio di disabilità e il 7% ha una disabilità conclamata.</p> <ul style="list-style-type: none">◆ La maggioranza delle persone con disabilità (85%) e di quelle a rischio di disabilità che vivono a casa propria riceve aiuto dai familiari.	<p>Promuovere la correzione dei fattori comportamentali di rischio al fine di prevenire o migliorare la gestione delle malattie croniche.</p> <p>Favorire la domiciliarità, anche attraverso contributi economici o l'incremento dell'assistenza domiciliare.</p> <p>Promuovere politiche di supporto per le famiglie che gestiscono anziani con disabilità che vivono a domicilio.</p>

Partecipazione ed essere risorsa

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

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none">◆ Solo il 33% degli intervistati è una risorsa in ambito familiare o sociale.◆ Solo il 20% ha partecipato ad attività sociali nell'ultima settimana (28% nell'ASS1)	<p>Promozione da parte dei sindaci, delle organizzazioni della società civile e delle associazioni di politiche volte allo studio della problematica e alla individuazione di modalità per creare nuovi spazi di valorizzazione delle persone con 65 anni e più.</p>

Ambiente di vita e Accessibilità dei servizi

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

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

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

Problema	Ipotesi di intervento
<ul style="list-style-type: none">• Il 15-20% circa degli anziani intervistati dichiara di avere difficoltà (molta/ abbastanza) di accesso ai servizi di pubblica utilità (sanitari, sociali e commerciali). <p>Indipendentemente dal tipo di servizio preso in considerazione, difficoltà di accesso sono segnalate con frequenza significativamente maggiore dalle donne, dalle persone più anziane, con scolarità più bassa, con molte difficoltà economiche, a "rischio di" o "con" disabilità.</p> <ul style="list-style-type: none">• Il 53% degli anziani intervistati paga un affitto e, tra le persone con molte difficoltà economiche, la percentuale arriva allo 81% (fra gli ultra 64enni dell'ASS1 paga l'affitto il 14%; fra quelli con molte difficoltà economiche lo paga il 28%).• Lo 80% degli anziani intervistati dichiara problemi legati all'abitazione (fra costoro, nel 72% si tratta di spese troppo alte).• Il 12% degli anziani residenti nel pool delle microaree non considera sicuro il quartiere in cui vive (5% nell'ASS1).	<p>Favorire l'accessibilità dei servizi, sia attraverso interventi di edilizia sociale, sia attraverso servizi di trasporto a favore di persone anziane o con disabilità.</p>

Bibliografia

Cap. 1 – BENESSERE E INDIPENDENZA

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

Cap. 2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

- Klavestrand J, Vingard E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2009;19(3):300-312.
- Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401-15.
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(7):643-51.
- Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K. Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. *Geriatrics and Gerontology International* 2008;8(3):143- 51.
- Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now!. *European Journal of Public Health* 2010; 20(6):617-618.
- Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- World Health Organization. *Report on the global Tobacco epidemic, 2013*. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/ ; 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. *Ageing Mental Health*. 2011;15(4):467-74.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral

- health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008 56(4):711–7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284537>; ultima consultazione 24/09/13.
- Programma Nazionale Linee Guida. *Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
 - Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2009; VII(1):118-136.
 - Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41:1284-1292.
 - Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.
 - Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzano E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509–518.
 - Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf; ultima consultazione 24/09/13.

Cap. 3 – PARTECIPAZIONE

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

Cap. 4 – AMBIENTE DI VITA

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

Sitografia

SITI NAZIONALI

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

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT

- Previsioni della Popolazione Anni 2011-2065. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html?lingua=ita>, ultima consultazione 02/10/2013.
- Disabilità in cifre. 2011. Consultato il 31 agosto 2012. Disponibile all'indirizzo: www.disabilitaincifre.it/descrizioni/lista_met.asp?cod_met=2 ; 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 02/10/2013.

CCM Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) è un organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze Disponibile all'indirizzo <http://www.ccm-network.it/> ultima consultazione 02/10/2013

