



Salute e Invecchiamento Attivo in Toscana

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

Indagine 2012-2013



Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

Questa pubblicazione è disponibile online all'indirizzo:

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

altri siti regionali

Per informazioni sull'indagine PASSI d'Argento in Toscana scrivere a:

matilde.razzanelli@ars.toscana.it

francesco.profilo@ars.toscana.it

paolo.francesconi@ars.toscana.it

amedeo.baldi@usl1.toscana.it

Rapporto a cura di: Matilde Razzanelli

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Gruppo di coordinamento regionale:

Referente Istituzionale: Barbara Trambusti con Antonella Vassalle (Settore POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E LA SALUTE IN CARCERE)

Referente scientifico Paolo Francesconi (Agenzia Regionale di Sanità -Osservatorio di Epidemiologia) con Matilde Razzanelli (ARS) , Francesco Profili (ARS), Amedeo Baldi (ASL1)

Referenti locali e intervistatori:

- Fabiola Beninati (SdS Valdinievole), Emanuela Riccio, Maria Italia Miglietta
- Nilde Maraio (ASL 4 Prato), Alessandra Gualtieri, Teresa Ovidi
- Simone Montani (SdS Amiata Grossetana), Silvia Merlini, Roberta Lovari
- Silvia Cappelli (ASL 7 Siena), Riccardo Frazzetta
- Angela Giovani (Colline dell'Albegna), Mihaela Besu, Anna Rita Terramoccia
- Chiara Lorenzini (SdS Lunigiana & Zona distretto Apuane) Laura Micheli, Manuela Menapace, Elisa Menchini, Elisa Muri, Francesca Ferdani, Debora Mochi, Silvia Barella, Monica Trombella, Carolina Anna Mobilia, Sandro Rappelli, Lucia Rossi, Francesca del Bianco, Senada Bregasi, Shalini Formaini, Elisa Ricci, Elisa Moscatelli, Jessica Vinciguerra, Luigi Filippini, Valeria Pedrini, Bruno Bianchi, Antonella Cappè, Daniela Tesi, Maria Gianfrotta, Teresa Fazzi, Piera Brizzi, Giulia Cercagioli
- Donatella Cortini (ASL 8 Arezzo), Carla Caracoli, Rosette Sandroni, Paola Fani, Barbara Falugiani, Elisabetta Rossi, Filippo Polcri, Maria Luisa Gasperini, Angela Ganovelli
- Monica Marini (SdS Pistoiese), Deborah Martini, Barbara Begliomini, Maria Antonella Russo, Massimiliana Tellini
- Antonella Mazzanti (ASL 11 Empoli), Elisa Pistolesi, Francesco Rofi
- Eleonora Lepri (SdS Grossetana) Francesca Tuccio, Barbara Barbetti

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

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

Indice

Premessa	v
Destinatari e obiettivi del rapporto	vii
La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento	ix
L'indagine 2012-2013 in Toscana	xi
1 Benessere e indipendenza	1
1.1 Caratteristiche socio-demografiche	2
1.1.1 Come è distribuito il campione per genere e classe d'età? Quanto è rappresentativo della popolazione con 65 anni e più?	2
1.1.2 Qual è lo stato civile?	3
1.1.3 Quale è il livello di istruzione?	3
1.1.4 Con chi vivono?	3
1.1.5 Come arrivano a fine mese?	4
1.1.6 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?	4
1.1.7 Quanti percepiscono una pensione?	4
1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più	5
1.2.1 Perché la popolazione con 65 anni e più è stata suddivisa in sottogruppi?	5
1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?	5
1.2.3 Cosa sono le ADL/IADL?	7
1.2.4 Come è distribuita in Toscana la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?	7
1.2.5 Qual è la distribuzione dei sottogruppi in ciascuna classe di età?	8
1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?	8
1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana di base e strumentali	8
1.3.1 Quanti non sono autonomi nelle attività della vita quotidiana (IADL o ADL)?	8
1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL	9
1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL	10
1.4 Percezione dello stato di salute	12
1.4.1 Come percepiscono il proprio stato di salute le persone con 65 anni e più?	13
1.4.2 Come si sentono rispetto all'anno precedente?	14
1.4.3 In media quanti sono i giorni di cattiva salute (<i>unhealthy days</i>) percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?	15
1.4.4 Quante persone si sentono in cattiva salute o hanno limitazioni nelle attività abituali per più di 14 giorni sugli ultimi 30 ?	15
1.4.5 Quante persone hanno più di 20 <i>unhealthy days</i> per motivi fisici o psicologici?	16
1.5 Soddisfazione per la propria vita	16
1.5.1 Le persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono?	17
1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la Toscana e i dati di pool nazionale	17

2	Fattori di rischio, condizioni di salute e cure	19
2.1	Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	19
2.1.1	Attività fisica	19
2.1.2	Caratteristiche delle persone che svolgono un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile	21
2.1.3	Che tipologie di attività di svago o fisica svolgono gli anziani?	22
2.1.4	Quali attività domestiche svolgono gli anziani?	24
2.1.5	Stato nutrizionale e abitudini alimentari	26
2.1.6	Consumo di alcol	28
2.1.7	Abitudine al fumo	30
2.2	Ipertensione arteriosa	32
2.2.1	Quali sono le caratteristiche delle persone che soffrono di ipertensione?	33
2.3	Malattie croniche non trasmissibili	33
2.3.1	Qual è la prevalenza di patologie croniche nella popolazione con 65 anni e più?	33
2.3.2	Quali sono le caratteristiche delle persone che riferiscono 3 o più patologie croniche?	34
2.4	Problemi di vista, udito e masticazione	34
2.4.1	Problemi di vista	34
2.4.2	Problemi udito	35
2.4.3	Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di udito?	36
2.4.4	Problemi di masticazione	36
2.4.5	Quali sono le caratteristiche delle persone che hanno problemi di masticazione?	37
2.5	Cadute	38
2.5.1	Quante persone con 65 anni e più sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?	39
2.6	Sintomi di depressione	40
2.6.1	Quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?	41
2.7	Rischio di isolamento	42
2.7.1	Quante sono le persone a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?	43
2.8	Sicurezza nell'uso dei farmaci	43
2.8.1	Quante persone con 65 anni e più hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni?	44
2.8.2	Quanti tipi differenti di medicine prendono?	44
2.8.3	Quanti hanno rivisto la terapia farmacologica col MMG negli ultimi 30 giorni?	44
2.9	Aiuto nelle attività della vita quotidiana	45
2.9.1	Quante persone ricevono aiuto tra quelle che hanno limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Da chi lo ricevono?	45
2.9.2	Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?	46
2.9.3	L'indennità di accompagnamento	46
2.9.4	Accesso alle prestazioni per la non autosufficienza	46
2.10	Vaccinazione antinfluenzale	46
2.10.1	Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale? E quali sono le loro caratteristiche?	47
2.10.2	Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale?	48
2.11	Protezione dalle ondate di calore	48
2.11.1	Quante persone con 65 anni e più hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? E quali sono le loro caratteristiche?	48
2.11.2	Chi è che fornisce principalmente informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?	49

2.12 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra il campione toscano e i dati di pool nazionale	49
3 Partecipazione	53
3.1 Formazione e approfondimento	54
3.1.1 Quante persone con 65 anni e più partecipano a corsi di formazione?	54
3.2 Lavoro	55
3.2.1 Quante persone con 65 anni e più svolgono un lavoro retribuito?	55
3.3 Attività sociali comunitarie	55
3.3.1 Quante persone con 65 anni e più partecipano ad attività sociali?	56
3.3.2 Quanti anziani partecipano a gite o soggiorni organizzati?	56
3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività	57
3.4.1 Quanti sono complessivamente gli anziani che rappresentano una risorsa per la società?	57
3.4.2 Per CHI i nostri anziani rappresentano una risorsa?	57
3.4.3 Quali sono le caratteristiche degli anziani che aiutano familiari e amici con cui condividono l'abitazione?	58
3.4.4 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di supporto a persone che non convivono con loro?	58
3.4.5 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di aiuto alla collettività?	59
3.4.6 Cosa possiamo fare perché la persona con 65 anni e più possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita?	60
3.5 Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra Toscana e dati di pool nazionale	61
4 Ambiente di vita	63
4.1 Accessibilità ai servizi	64
4.1.1 Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?	64
4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi socio-sanitari?	65
4.1.3 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati?	66
4.2 Abitazione	67
4.2.1 Quanti vivono in un'abitazione propria e quanti in affitto?	67
4.2.2 Quali problemi hanno le abitazioni in cui vivono le persone con 65 anni e più?	67
4.2.3 Chi segnala maggiormente problemi dell'abitazione in cui vive?	68
4.2.4 La segnalazione di problemi dell'abitazione cambia in relazione alla sua proprietà?	68
4.3 Sicurezza nell'area di residenza	69
4.3.1 Quante persone si sentono sicure nell'area in cui vivono?	69
4.3.2 Quali persone si sentono maggiormente insicure nell'area in cui vivono?	69
4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra campione toscano e dati di pool nazionale	70
Bibliografia	73
Sitografia	75
Siti nazionali	75
Siti nazionali	77
Siti di approfondimento	78

Premessa

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

PASSI d'Argento permette anche di “misurare per agire”, sostenendo azioni concrete di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo. Il sistema PASSI d'Argento fornisce informazioni dettagliate su abitudini e stili di vita della popolazione con 65 anni e più, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI sulla popolazione con 18 - 69 anni. L'invecchiamento attivo è infatti, un processo che si costruisce ben prima dei 65 anni. In particolare, la sorveglianza di popolazione è un eccezionale strumento di governance per far fronte all'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche. I piani d'azione della Regione Europa per le malattie croniche non trasmissibili 2008-2013 e 2012-2016, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza (Risoluzione OMS, settembre 2011, punto 2a) come strumento capace di seguire nel tempo e fornire dati affidabili e tempestivi sui problemi di salute, i loro determinanti, la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, in particolare con informazioni “disaggregate sui determinanti sociali”. Inoltre, PASSI d'Argento è uno strumento interno al sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le informazioni prodotte dalla sorveglianza PASSI d'Argento permettono di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale e delle singole Regioni. L'utilizzazione dei dati di sorveglianza diventa essenziale per i livelli operativi – ad esempio le ASL, i Distretti o i grandi Comuni – laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione con 65 anni e più. Il sistema, incentrato sulle Regioni fin dalle fasi iniziali di sperimentazione, ha contribuito al monitoraggio Piano Nazionale della Prevenzione 2010–2013 offrendo elementi importanti per la valutazione delle attività di prevenzione.

Il sostegno fornito in questi anni dalle Regioni italiane e l'eccezionale partecipazione all'indagine 2012-2013 – che ha coinvolto 19 tra regioni e Province autonome – testimoniano la rilevanza dei temi trattati e l'interesse per l'approccio innovativo proposto dalla sorveglianza PASSI d'Argento. L'auspicio per gli anni a venire è che la sorveglianza diventi, a tutti i livelli, parte integrante del sistema. Solo in questo modo sarà possibile affrontare al meglio le opportunità offerte da una società che “progredisce in età”, prestando attenzione fin da ora al futuro delle generazioni più giovani.

Stefania Salmaso

Direttore del CNESPS

Responsabile scientifico del progetto di messa a regime della sorveglianza PASSI d'Argento

Destinatari e obiettivi del rapporto

Il rapporto regionale “PASSI¹ d’Argento” 2012-2013 presenta i risultati dell’indagine svolta nella regione Toscana. I destinatari principali del rapporto sono gli operatori che, a vario livello, sono coinvolti nella messa a regime del sistema di sorveglianza.

Il rapporto ha l’obiettivo di:

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

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) dello *healthy and active ageing*, che sollecita lo sviluppo di politiche e interventi nell’ambito dei tre pilastri dell’invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza. Il riferimento al modello dell’OMS come chiave di lettura dei risultati PASSI d’Argento risponde a un obiettivo specifico: sostenere la visione di invecchiamento attivo e fornire dati tempestivi e validi sui problemi oggetto di prevenzione e su alcuni indicatori che misurano la diffusione delle attività di prevenzione. Tuttavia, i fenomeni descritti in PASSI D’Argento non intendono essere esaustivi rispetto alle dimensioni definite dall’OMS.

Il rapporto, che ha una funzione di consultazione, sarà integrato da altre pubblicazioni pensate per specifici destinatari (decisori e amministratori del settore sanitario e sociale, mass media)

Le pubblicazioni -elaborate dagli operatori che a livello regionale gestiscono il sistema PASSI d’Argento- terranno conto di caratteristiche, bisogni informativi e ruolo dei destinatari. In questo modo, sarà possibile tradurre i dati di sorveglianza in messaggi efficaci per i potenziali utilizzatori.

I risultati dell’indagine 2012-2013 saranno disponibili online all’indirizzo:

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

¹Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

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, per motivi di genere, di origine etnica, di autonomia funzionale, ma anche per il modo in cui essi stessi 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 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/CCM² 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 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

²Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

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.

La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi 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 locale dell'indagine e quindi distrutti dopo la validazione del questionario. Nessun dato nominativo è rintracciabile nel supporto informatico della base dati.

L'intervistatore può effettuare l'intervista attraverso utilizzando il metodo 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 di qualità dei dati disponibili presso il sito (www.passidargento.it/dati).

L'indagine 2012-2013 in Toscana

La Regione Toscana ha aderito alla messa a regime del sistema PASSI d'Argento partecipando alla realizzazione dell'indagine 2012-2013, grazie al coordinamento dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana e all'adesione volontaria di 8 Zone-distretto o Società della salute (Apuane, Lunigiana, Pistoiese, Pratese, Valdinievole, Amiata grossetana, Colline dell'Albegna, Grossetana) e 3 Aziende sanitarie (Arezzo, Empoli, Siena). Per la realizzazione dell'indagine sono stati formati 60 operatori.

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

In Toscana sono state intervistate 3.037 persone con 65 anni e più, individuate con campionamento stratificato per classe di età e genere in ogni ASL o Zona Distretto partecipante all'indagine con una numerosità tale da assicurare una rappresentatività locale (almeno 320 soggetti intervistati).

Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra giugno e ottobre del 2012.

Il 25% delle persone contattate sono state escluse dal campione in quanto "non eligibili", vale a dire non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine perché:

- domiciliate fuori del comune di residenza (119 casi, 12% degli esclusi - 3% del campione contattato);
- decedute (172 casi, 17% - 4% del campione);
- rifiuto di rispondere da parte del proxy o irreperibilità del proxy nei casi di grave disabilità psicofisica dell'anziano (34 casi, 3% - 1% del campione)
- ricoverate in ospedale al momento dell'indagine (13 casi, 1.27% - 0,3% del campione);
- ospitate in RSA al momento dell'indagine (45 casi, 4% - 1% del campione);
- altro³ (218 casi, 62% - 16%).

Il tasso di risposta è stato pari all' 85,8% (88,5 a livello di pool nazionale). Le persone con 65 anni e più selezionate e sostituite sono state il 14% del campione (11% a livello nazionale). Il 12% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto di sostenere l'intervista, un ulteriore 2% riguardava persone che non era stato possibile rintracciare.

Le interviste sono state effettuate nel 94% dei casi telefonicamente e, tra questi, il 59% direttamente su supporto informatico (CATI). Questo metodo è stato utilizzato anche nel 21% delle interviste a domicilio.

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

Nella prima sezione del questionario era previsto un test della memoria per la valutazione del grado di orientamento spazio-temporale nell'anziano/a. Il test è costituito da 6 domande estratte dal *Mini Mental State Examination*. Nel caso in cui l'anziano/a non superi il test della memoria o sia impossibilitato fin dall'inizio a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici può essere richiesta la collaborazione di un "proxy", un familiare o una persona di fiducia dell'anziano, che conosca 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 Toscana l'intervento del proxy si è verificato nel 28% dei casi (n=849) e, in particolare, nel 26% (n=778) fin dall'inizio dell'intervista e nel 2% (n=61) dopo il test della memoria e dell'orientamento.

³Principalmente anziano irreperibile, non conoscenza lingua italiana

Quale era la modalità di intervista?

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

Le interviste telefoniche sono state il 94% (n=2.894), mentre il 6% (186 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia.

La durata dell'intervista è stata in media (mediana) di 20 minuti se telefonica, 25 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l'operatore ha svolto in media 11 km per raggiungere l'anziano.

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 hanno 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 *Health-Related Quality Of Life* – HRQOL (qualità della vita collegata allo stato di salute) è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale e diversi fattori ad esso correlati, tra cui: stato funzionale, stato socio-economico e grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, 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 (Salute in tutte le politiche) che, attraverso un approccio intersettoriale, intende agire sui determinanti sociali della salute cioè sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Ciò comporta il coinvolgimento e la responsabilizzazione di un'ampia gamma di settori, innanzitutto quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della politica sociale ai diversi livelli di governo (europeo, nazionale, regionale e locale) con l'obiettivo di contrastare in maniera efficace le disuguaglianze di salute.

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

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

1.1 Caratteristiche socio-demografiche

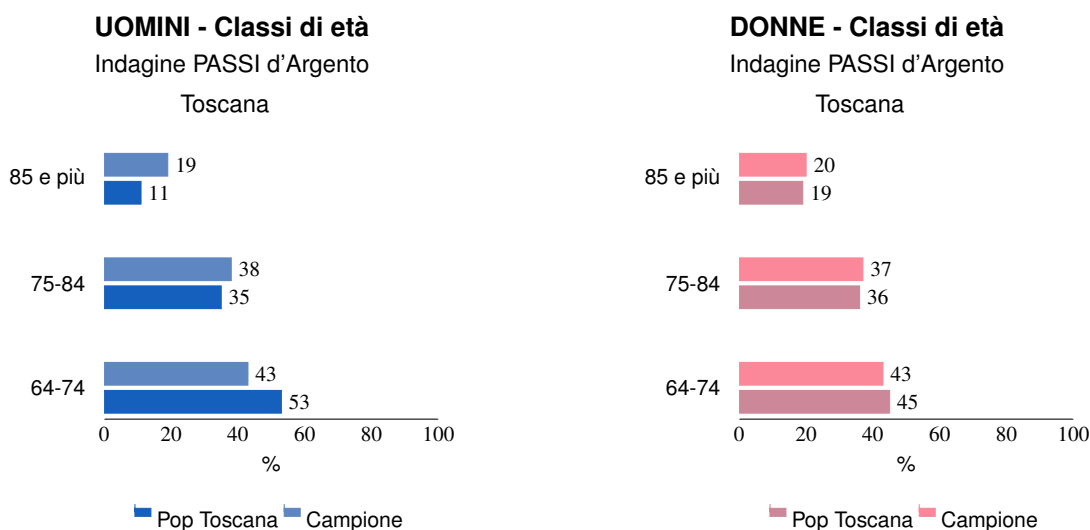
Protezione, salubrità e dignità delle persone sono anche frutto delle politiche sanitarie, sociali, finanziarie oltre che di protezione fisica e ambientale. La descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della popolazione fornisce quindi non solo l'immagine della situazione esistente ma consente anche di cogliere l'entità di differenze che hanno ricadute sulla salute soggettiva ed oggettiva delle persone.

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

Il 42,9% del campione è costituito da persone con età compresa tra 65 e 74 anni (48,7% nella popolazione della Toscana), il 37,5% da persone fra i 75 e gli 84 anni e il 19,7% ha 85 anni o più. Le donne rappresentano il 49,7% del campione: 49,8% nella classe di età 65-74 anni, 48,9% tra 75 e 84 anni, 50,92% con 85 anni e più. Dato il modello di campionamento, il dato non riflette direttamente il fenomeno di progressiva "femminilizzazione" della popolazione (in Toscana le donne sono il 57,7% della popolazione con più di 65 anni e, in particolare, il 53,5% tra 65 e 74 anni, il 58,3% di quella tra 75 e 84 anni e il 69,1% di quella con 85anni e più).

Dato il campionamento stratificato, l'età mediana del campione è per entrambi i generi di 76 anni e un numero comparabile di anziani intervistati per ciascun genere. Ciò ovviamente non rispecchia la distribuzione della popolazione reale, dove la proporzione di donne ultra85enni è superiore a quella di uomini di pari età (19% vs 9%).

Il sovracampionamento degli ultra85enni ha consentito di ottenere informazioni anche per questa classe di età ed è stato bilanciato in sede di analisi attraverso la pesatura dei risultati.

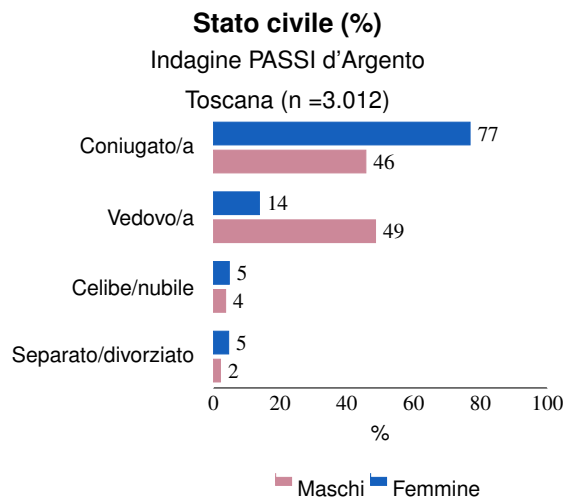


1.1.2 Qual è lo stato civile?

Complessivamente le persone coniugate sono il 59% e quelle in stato di vedovanza il 34%; coloro che non si sono mai sposati (4%) o sono separati/divorziati (3%) sono una minoranza.

Lo stato civile presenta evidenti differenze in relazione all'età: dopo i 74 anni sono più numerose le persone vedove (51% vs 15% tra i 65-74 anni) e meno frequenti quelle coniugate (43% vs 75%).

In relazione a ciò e alla femminilizzazione della popolazione più anziana, tra le donne non vi è significativa differenza di prevalenza tra le coniugate (46%) e le vedove (48%), mentre tra gli uomini i coniugati sono quasi 5,5 volte più frequenti dei vedovi (77% vs 14%).



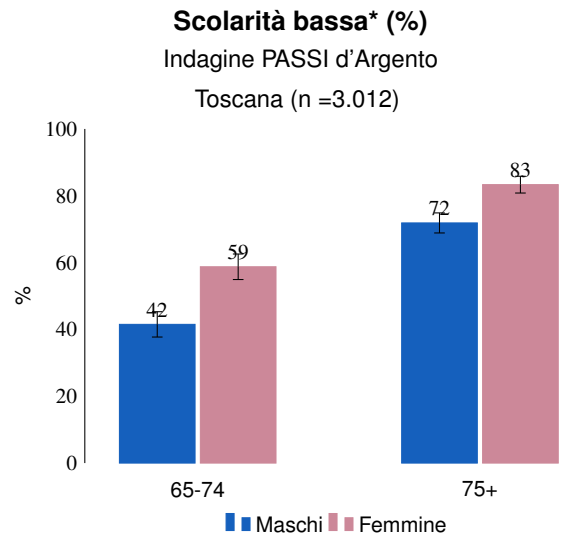
1.1.3 Quale è il livello di istruzione?

Tra le persone con 65 anni e più:

- 65 su 100 hanno un basso livello di scolarità: licenza elementare (60%) o nessun titolo di studio (5%).
- il 18% ha un diploma di scuola media inferiore;
- il 13% ha quello di scuola media superiore;
- il 4% è laureato.

La scolarità bassa è maggiormente diffusa:

- tra le persone più anziane (51% nella classe di età 65-74 e 79% dopo i 75 anni)
- tra le donne (72% vs 56% tra gli uomini).



* nessun titolo di studio o licenza elementare

1.1.4 Con chi vivono?

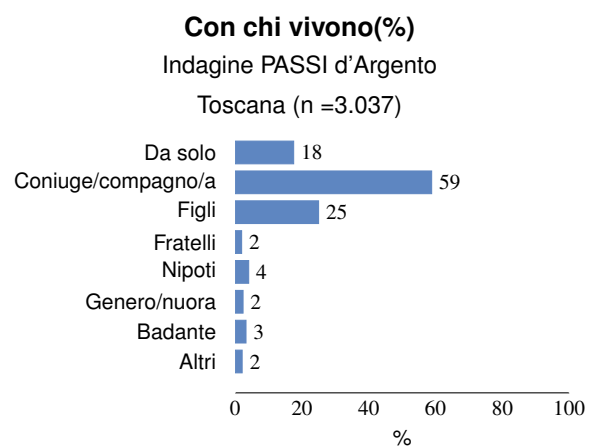
Tra le persone con 65 anni e più, circa 1 su 6 (17%) vive da sola.

Indipendentemente dalla convivenza con altre figure:

- oltre la metà (59%) vive con il coniuge;
- il 25% vive con figli.

Risultano situazioni poco frequenti vivere con:

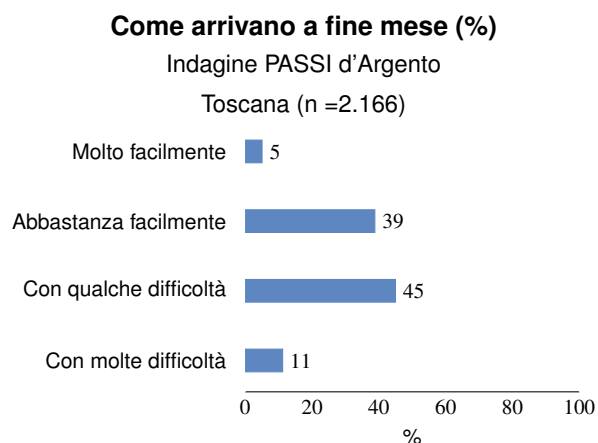
- una badante (3%);
- fratelli o sorelle (2%);
- generi/nuore (2%);
- nipoti (4%).



1.1.5 Come arrivano a fine mese?

In Toscana la maggior parte delle persone con 65 anni e più percepisce di arrivare a fine mese:

- senza difficoltà nel 44% dei casi (5% molto facilmente, 39% abbastanza facilmente);
- con difficoltà nel 56% (45% con qualche difficoltà, 11% con molte difficoltà).



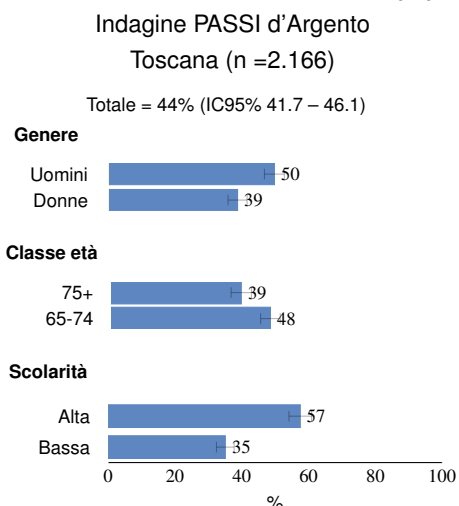
1.1.6 Come si distribuiscono le difficoltà economiche?

In Toscana PASSI d'Argento stima che la popolazione con 65 anni e più sia costituita dal 56% di persone che arrivano a fine mese con difficoltà economiche e dal 44% di persone che vi arrivano senza.

L'assenza di difficoltà economiche viene riferita con maggiore frequenza da persone con scolarità alta (57%) rispetto a quelle con scolarità bassa (nessun titolo di studio o licenza elementare) (35%).

Il genere femminile risulta svantaggiato rispetto a quello maschile e i più anziani rispetto alla classe d'età più giovane.

Senza difficoltà economiche (%)

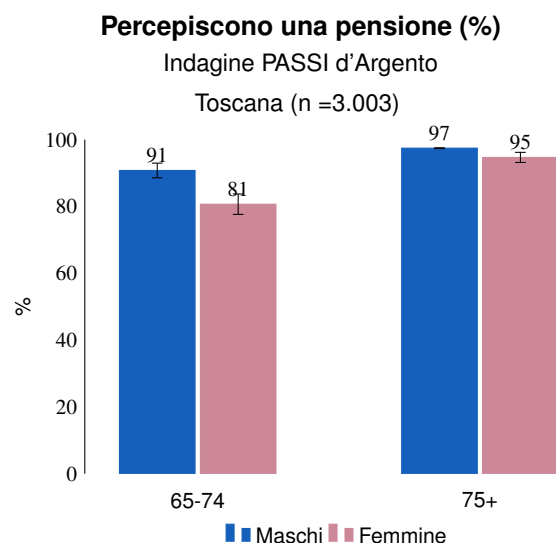


1.1.7 Quanti percepiscono una pensione?

Il 91% della popolazione con 65 anni e più riceve una pensione (93% negli uomini, 88% nelle donne).

Sia negli uomini che nelle donne i più anziani percepiscono più frequentemente una pensione.

In entrambe le fasce d'età, le donne sono svantaggiate rispetto agli uomini, anche se il divario diminuisce tra i più anziani.



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 (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 suddividendola in quattro sottogruppi di persone:

- in buone condizioni;
- in buone condizioni ma a rischio ;
- 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 65 anni e più è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è essenziale per la programmazione e valutazione delle strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile. In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità (vedi figura), alle azioni di valorizzazione e protezione 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 (vedi riquadro più in basso);
- 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, vedi pagina 20) 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.

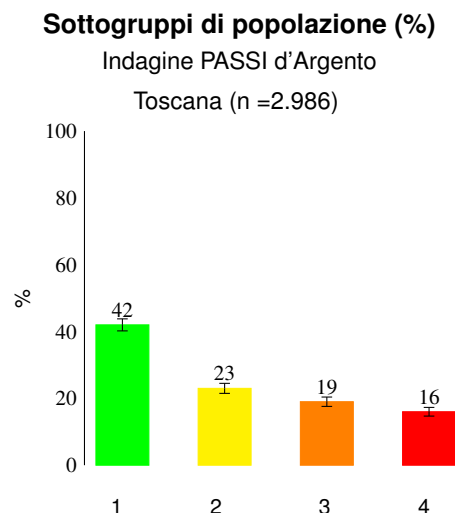
Per ciascuna attività, è stato chiesto alla persona intervistata se era in grado di svolgerla "da solo/a, anche se con problemi", "solamente se aiutato/a", oppure se non riusciva a svolgerla. Nell'indagine PASSI d'Argento, in un'ottica bio-psico-sociale, per la quale le abilità sono il risultato dell'interazione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

Sono state prese in considerazione le persone con situazioni di non autonomia nelle ADL (definite persone con disabilità) indipendentemente dalla presenza e dal numero di limitazioni nelle IADL e anche le persone con situazioni di non autonomia "solo" nelle IADL. È stata anche valutata la diffusione della mancanza di autonomia nelle singole 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 tipo (IADL o ADL) e del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo, per cui sono state valutate anche il numero di ADL e/o IADL presentate dalle persone con disabilità e da quelle con limitazioni solo nelle IADL.

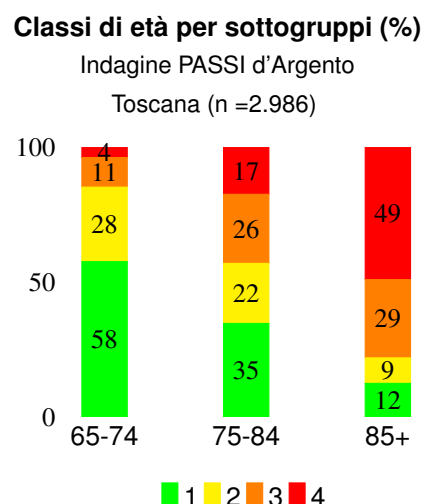
1.2.4 Come è distribuita in Toscana la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?

- Il 42% delle persone risulta **in buone condizioni** (Gruppo 1).
- Il 23% è **in buone condizioni ma a rischio** (Gruppo 2).
- Il 19% è a **rischio di disabilità nelle attività di base, e ha già perso l'autonomia in almeno due IADL** (Gruppo 3).
- Il 16% risulta **avere limitazioni in una o più ADL** (Gruppo 4). In questo ultimo gruppo troviamo le persone che hanno particolare bisogno di assistenza.



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

- Tra le persone di età compresa tra i 65 ed i 74 anni la maggioranza è in buona salute (58%) e quelle con disabilità rappresentano solo il 4%.
- Le persone in buona salute ma a rischio sono il 28% tra i 65 ed i 74 anni, il 22% tra i 75 e gli 84 anni e il 9% dagli 85 in avanti.
- Dopo gli 84 anni persone a rischio di disabilità (29%) e con disabilità (49%) rappresentano la maggioranza delle persone
- Le persone in buona salute e a basso rischio costituiscono il 35% di quelle tra 75 e 84 anni e il 12% di quelle con 85 anni e più.

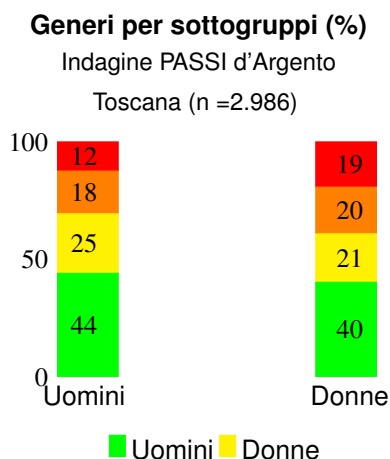


1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?

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

Tra le donne sono più numerose le persone con disabilità (19% vs 12% negli uomini). Permangono differenze, sebbene non significative, nel sottogruppo a rischio di disabilità (20% vs 18% negli uomini).

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

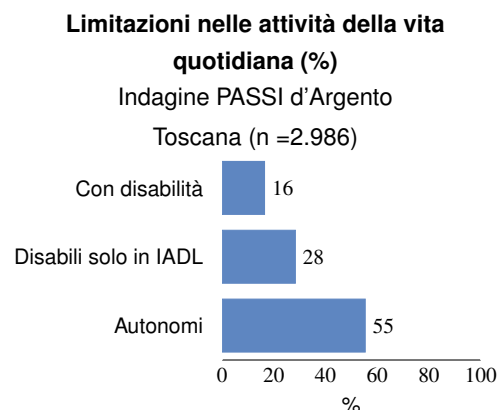


1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana di base e strumentali

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

In Toscana tra le persone con 65 anni e più:

- oltre 1 su 2 (55%) non hanno problemi a svolgere attività della vita quotidiana;
- il 28% presenta problemi di autonomia nelle IADL, ma non nelle ADL;
- il 16% non è autonomo in almeno una ADL, indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL (queste persone costituiscono il sottogruppo 4: persone con disabilità).



1.3.2 Attività di base della vita quotidiana ADL

Come si distribuiscono le dipendenze nelle ADL nella popolazione?

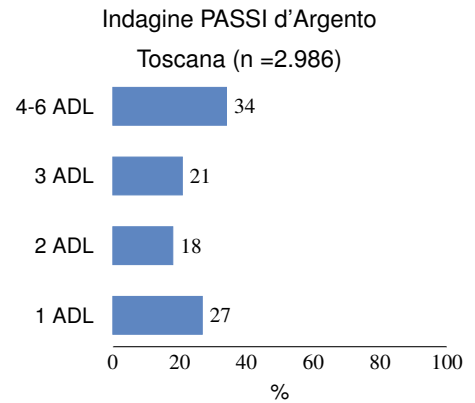
In Toscana le persone con 65 anni e più non autonome in 1 o più ADL, ovvero quelle con disabilità, sono il 16%.

Tra queste persone:

- il 27% non è autonomo in 1 ADL;
- il 18% in 2 ADL;
- il 21% in 3 ADL;
- il 34% non è autonomo in 4 o più ADL.

Nella popolazione con 65 anni e più residente a domicilio questa distribuzione corrisponde ad una prevalenza di circa il 4% per le persone con mancanza di autonomia in 1 ADL e di circa il 6% per quelle non autonome in 4 o più ADL.

Anziani per numero di ADL non autonome (%)



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

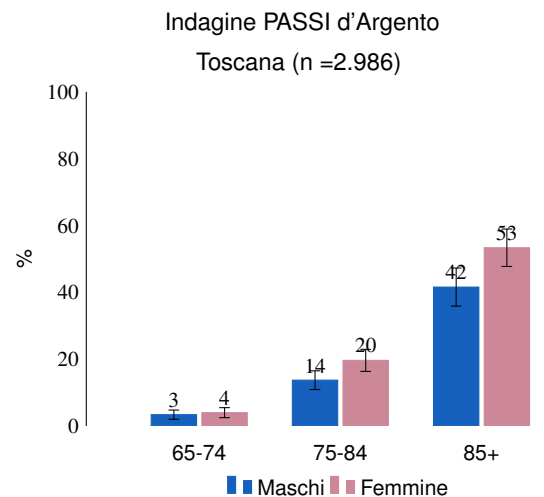
Le limitazioni nelle ADL aumentano con l'età (4% tra i 65 e i 74 anni e 17% dai 75 agli 84 anni, 49% negli over 85).

Tra i 65 ed i 74 anni la prevalenza di disabilità si attesta tra il 3 e il 4%, senza differenze significative tra i generi.

All'avanzare dell'età le divergenze di genere aumentano a sfavore delle donne. Tra i 75-84enni la percentuale di anziani disabili uomini è del 14% circa, mentre nelle donne è del 20%. Dopo gli 85 anni il 42% degli uomini e oltre la metà delle donne (53%) versano in condizioni di disabilità.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (12% vs 19%) in Toscana dipende principalmente dalla maggiore presenza femminile dopo i 75 anni.

Persone con disabilità per età e sesso (%)

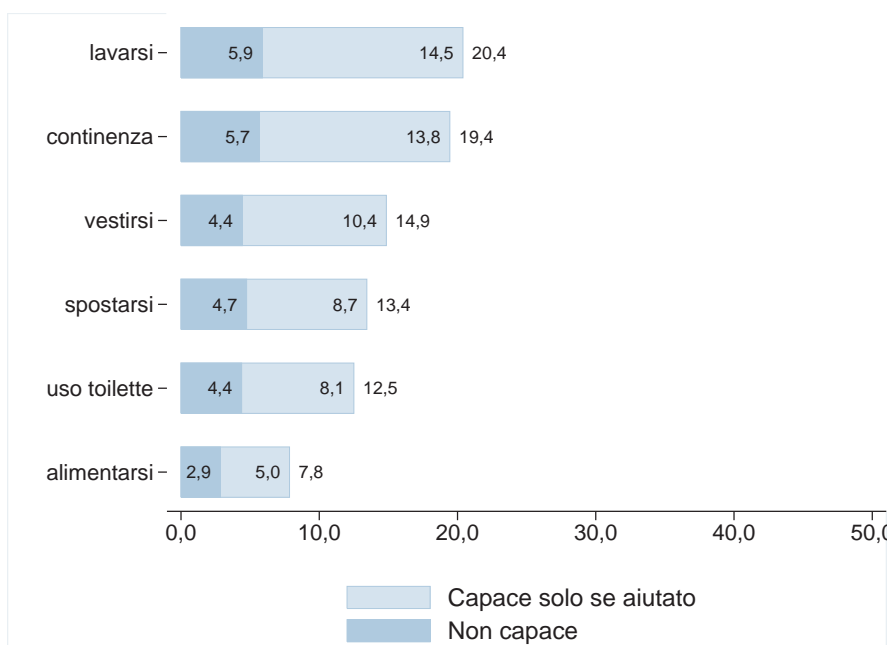


Quali sono le ADL più frequentemente compromesse nella popolazione anziana?

Circa il 20% degli anziani ha perso la capacità di lavarsi da solo. Vestirsi e spostarsi da una stanza all'altra sono le altre difficoltà più diffuse che riguardano rispettivamente quasi il 15% ed oltre il 13% degli anziani.

Oltre il 19% della popolazione anziana ha problemi continui di incontinenza o usa il catetere.

Limitazioni nelle singole ADL (%)



1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana IADL

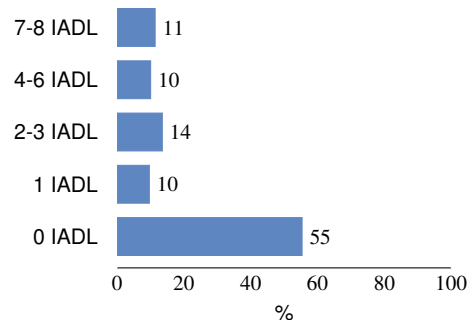
Come si distribuiscono le dipendenze nelle IADL?

In Toscana le persone con 65 anni o più non autonome in 1 o più IADL sono il 45%, quasi equamente distribuiti tra i diversi livelli di gravità.

Tra le persone che hanno problemi anche nelle ADL, ovvero tra quelle con disabilità, questa distribuzione di frequenza è molto diversa: coloro che sono autonomi in tutte le IADL sono una eccezione (meno dell'1%), quelli che hanno problemi in 7-8 IADL oltre la metà (68%)

Anziani per numero di IADL non autonome (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.986)



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

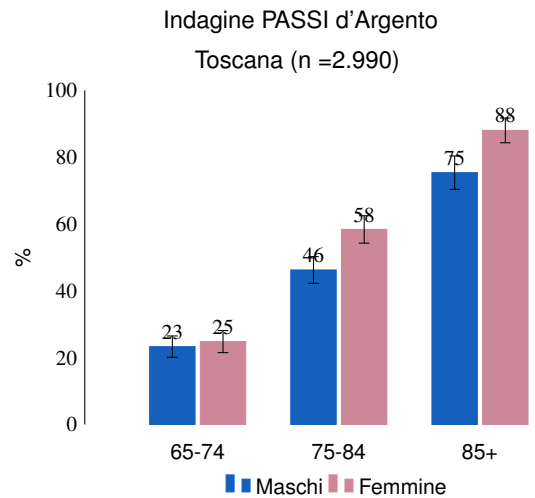
Le persone non autonome in 1 o più IADL aumentano con l'età: rappresentano il 24% tra i 65-74 anni, oltre la metà (54%) dai 75 agli 84 anni e l'83% oltre gli 85 anni.

Tra i 65 ed i 74 anni costituiscono il 23% degli uomini e il 25% delle donne.

Tra i 75 e gli 84 anni risultano nel 46% degli uomini il 58% delle donne.

Tra gli ultra85enni hanno perso l'abilità in almeno una IADL l'88% delle donne e il 75% degli uomini. La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne (38% vs 49%) dipende quindi soprattutto dalla maggiore componente femminile dopo i 75 anni.

Persone con almeno 1 IADL non autonoma per età e genere (%)

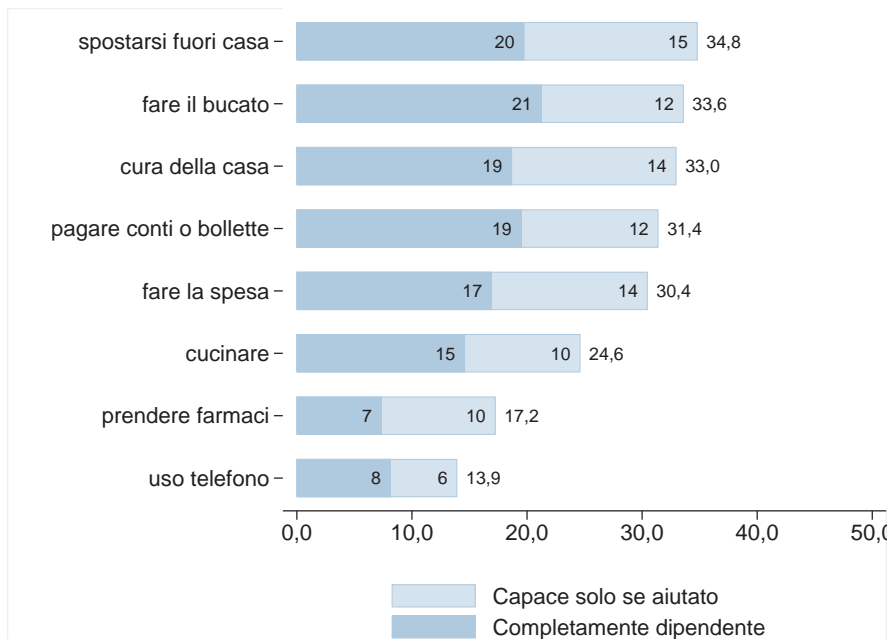


Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Sono diverse le attività che mettono in difficoltà una notevole proporzione di anziani: circa il 30% di loro dichiara infatti di non essere capace di svolgere autonomamente una serie di compiti domestici, quali la pulizia della casa, il bucato, la spesa quotidiana, nonché il pagamento di conti o bollette o gli spostamenti fuori dalla loro abitazione con mezzi pubblici o auto. Un quarto degli anziani dichiara di aver bisogno almeno di aiuto a prepararsi o riscaldarsi i pasti e il 17% ha bisogno di qualcuno che li supporti nell'uso dei farmaci.

Meno di due su 10 hanno perso invece la capacità di usare il telefono.

Limitazioni per singole IADL (%)

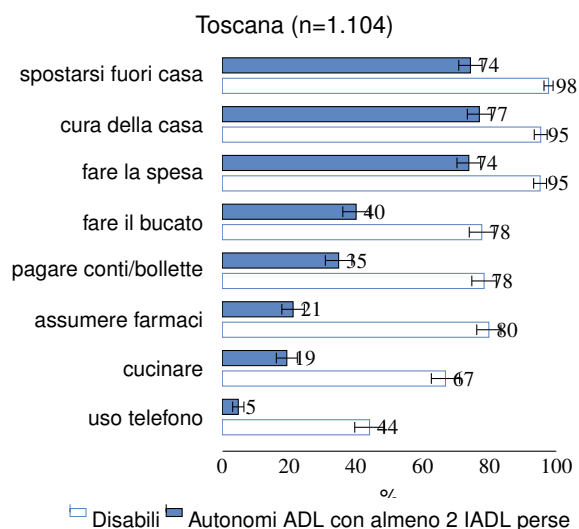


Tra le persone a rischio di disabilità (autonomi nelle ADL, con almeno 2 IADL perse) e quelle con disabilità non cambiano le IADL più frequentemente compromesse ma, ovviamente, aumenta la loro diffusione.

Spostarsi fuori casa, prendersi cura della casa e fare la spesa non vengono svolte autonomamente da oltre 9 persone su 10 tra quelle con disabilità e più di 7 su 10 tra quelle a rischio di disabilità.

L'attività che risulta meno limitata si conferma l'uso del telefono: su 100 persone, coloro che non lo utilizzano in maniera autonoma sono 5 tra quelle a rischio di disabilità e 44 tra quelle con disabilità).

Limitazioni nelle IADL tra le persone disabili nelle ADL o nelle IADL(%)



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 degli *Healthy Days* (giorni in salute), 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 *Health Related Quality Of Life -HRQOL* (qualità della vita relativa alla salute) è stato gradualmente inglobato in diversi sistemi di sorveglianza e di indagine di popolazione grazie alla sua associazione con gli effetti della presenza negli individui di patologie croniche o degli stessi determinanti e fattori di rischio di malattia.

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

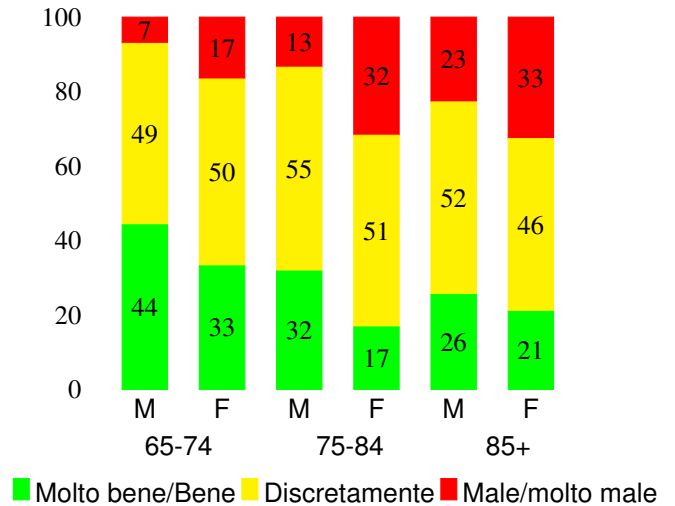
PASSI d'Argento indaga anche la variazione della salute percepita rispetto all'anno precedente, informazione che assume particolare interesse nelle persone di età avanzata.

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

- Il 31% delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (5% molto bene, 26% bene), il 50% discretamente e il rimanente 18% in modo negativo (16% male, 2% molto male).
- La percezione peggiora con l'età: il 26% degli ultra75enni (vs il 12% dei 65-74enni) considera in modo negativo il proprio stato di salute, ma la maggior parte della popolazione dichiara di stare molto bene o bene (23% degli ultra75enni, 38% dei 65-74enni) o discretamente.
- In Toscana si osservano differenze di genere nella percezione del proprio stato di salute fino alla classe di età più avanzata (85+) quando, sebbene il sentirsi bene o molto bene sia sempre più diffuso negli uomini (25% vs 21%), le differenze cessano di essere significative.
- Riferiscono di avere uno stato di salute buono o molto buono il 45% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia, il 21% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia, il 16% di quelle con disabilità nelle IADL e il 9% dei soggetti con disabilità.
- Una percezione negativa della propria salute interessa solo il 6% dei soggetti in buone condizioni a basso rischio e il 56% di quelli con disabilità.

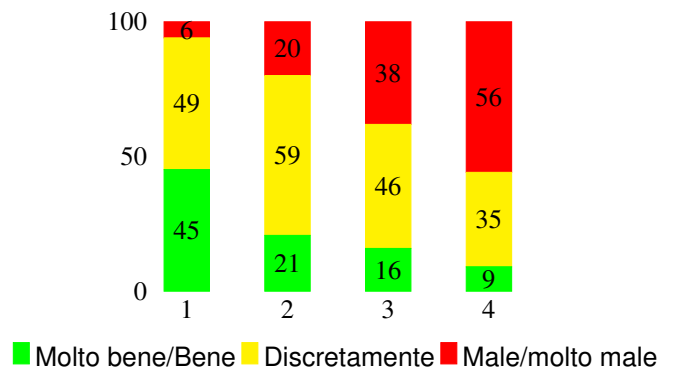
Percezione della propria salute per classi d'età e genere (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.251)



Percezione della salute per sottogruppi (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.202)



1.4.2 Come si sentono rispetto all'anno precedente?

Il 13% delle persone con 65 anni e più si sente meglio rispetto ad un anno prima (3% molto meglio, 10% meglio), il 52% si sente allo stesso modo, il rimanente 35% si sente peggio (27% leggermente, 8% molto peggio).

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

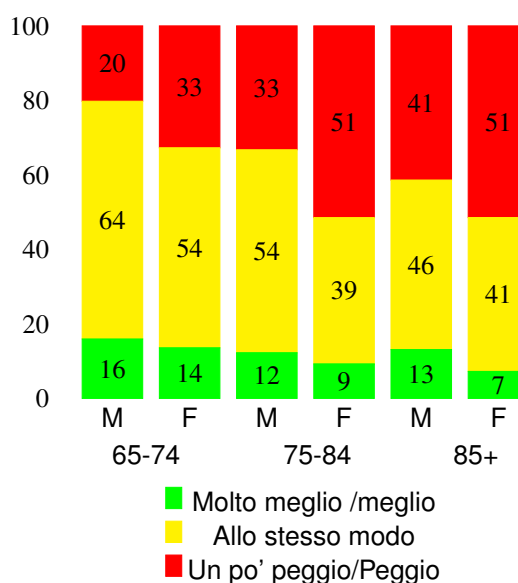
- L'aumento significativo della percentuale di anziani che si sentono peggio si verifica nel passaggio tra i 65-74 anni (27% di anziani che si sentono peggio o leggermente peggio) e le fasce d'età successive (rispettivamente 44% e 47%)
- Le donne dichiarano di sentirsi peggio o molto peggio molto più spesso degli uomini in tutte le fasce d'età.
- Anche dopo i 74 anni 1 persona su 10 dice di sentirsi meglio rispetto all'anno precedente, con differenze di età e genere meno evidenti rispetto a chi dichiara un peggioramento .
- Dopo gli 85 anni la percentuale di persone che dichiarano di stare peggio rispetto all'anno precedente aumenta principalmente nei maschi, mentre resta costante tra le donne.

Ritiene peggiorata la propria salute rispetto all'anno precedente:

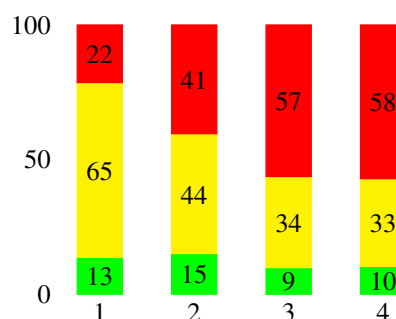
- meno di un quarto (22%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- quasi il 60% delle persone con disabilità.

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

Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)
Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.252)



Come si sentono rispetto all'anno precedente per sottogruppi (%)
Toscana (n =2.203)

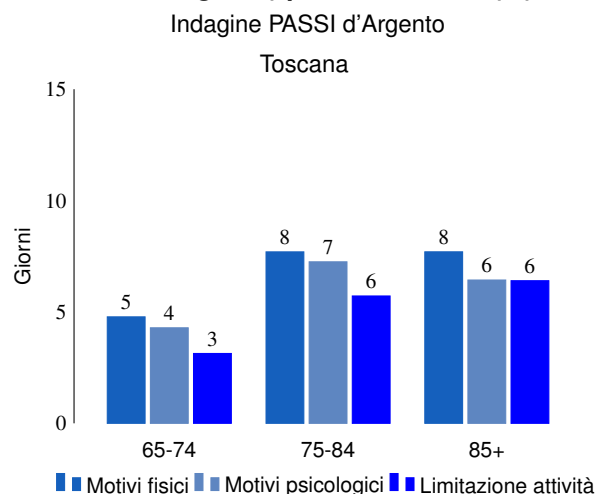


1.4.3 In media quanti sono i giorni di cattiva salute (unhealthy days) percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

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

- il numero medio di giorni in cattiva salute fisica è 5 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni, 8 tra coloro con 75 anni e più;
- mediamente i giorni in cattiva salute psicologica sono 4 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni, 7 tra coloro con 75 anni e più, mentre risultano mediamente meno (6 giorni) dopo gli 85 anni);
- per quanto riguarda i giorni con limitazioni di attività per cattiva salute fisica o psicologica, il numero medio è 3 tra le persone con 65-74 anni e 6 dopo i 74 anni.

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



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

Tra le persone con 65 anni e più, 2 su 10 non si sono sentiti bene per almeno 14 giorni sugli ultimi 30 per motivi fisici e quasi altrettanti (19%) per motivi psicologici; per queste ragioni il 14% non è riuscito a fare le cose di tutti i giorni.

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

Persone con 14 o più giorni di cattiva salute o con limitazione delle attività abituali

(negli ultimi 30 giorni)

(%)

Indagine PASSI d'Argento

Regione Toscana

		Cattiva salute fisica	Cattiva salute psicologica	Limitazione nelle attività abituali
		%	%	%
	popolazione	20	19	14
genere	2-Donne	25	24	19
	1-Uomini	12	11	9
Classe d'età	75 o più anni	26	25	20
	65 - 74 anni	15	14	10
livello di istruzione	2 - alta	13	13	10
	1 - bassa	24	22	17
difficoltà economiche	3-Nessuna	11	11	7
	2-Qualche difficoltà	23	21	17
	1-Molte difficoltà	41	38	29

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

Sommando i giorni di cattiva salute fisica e quelli di cattiva salute psicologica, il 21% della popolazione con 65 anni e più risulta avere più di 20 giorni dell'ultimo mese passati in cattiva salute.

Questa proporzione è maggiore tra le donne, tra le persone con bassa scolarità e tra quelle con difficoltà economiche (molte difficoltà: 43%)

20 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici (negli ultimi 30 giorni)(%)

Indagine PASSI d'Argento

Regione Toscana

Variabili socio-anagrafiche	%	IC 95%	
popolazione 65+	21	19	23
genere			
2-Donne	27	24	29
1-Uomini	13	11	15
classe d'età			
75 o più anni	27	24	30
65 - 74 anni	16	14	18
2 - alta	15	12	17
livello di istruzione			
1 - bassa	25	22	27
3-Nessuna	11	9	13
difficoltà economiche			
2-Qualche difficoltà	24	21	27
1-Molte difficoltà	43	36	49

1.5 Soddisfazione per la propria vita

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

Negli ultimi anni, è stata attribuita grande importanza alle misure soggettive di felicità e soddisfazione per la propria vita. Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano, infatti, il modo in cui le persone affrontano la vita e, per questo motivo, possiedono un elevato valore informativo.

La felicità nell'accezione originale è intesa e misurata, da alcuni decenni, come "soddisfazione della vita". PASSI d'Argento l'ha rilevata come soddisfazione complessiva della vita condotta da un individuo ricorrendo ad una sola domanda con 4 possibili risposte su un intervallo temporale non specificato.

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

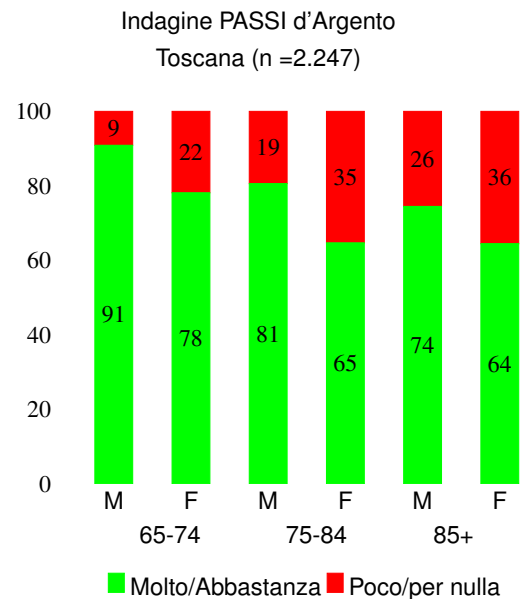
Il 78% delle persone con 65 anni e più si dichiara soddisfatto della vita che conduce (12% molto, 66% abbastanza soddisfatte).

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

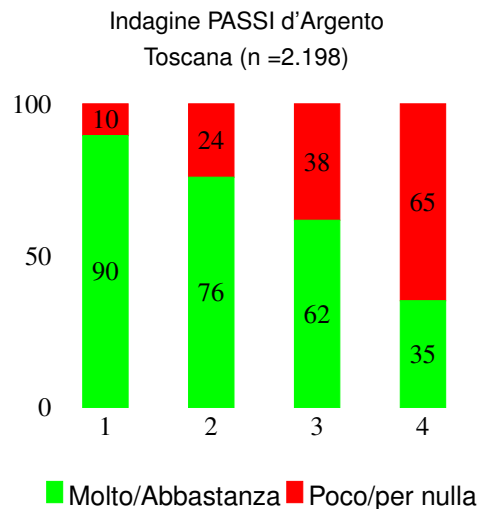
L'84% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della vita che conduce. Tra le persone con 75 anni e più questo valore diminuisce ma rimangono 7 su 10 (70%) le persone soddisfatte della propria vita.

La percentuale di persone poco o per niente soddisfatte della vita che conducono è maggiore tra le donne (28% contro 14%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i generi.

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



Soddisfazione della vita per sottogruppi (%)



Si ritiene soddisfatto della propria vita:

- circa il 90% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- circa 3 su 4 (76%) fra le persone in buona salute ma a rischio;
- il 62% delle persone con segni di disabilità;
- circa 1 su 3 (35%) fra le persone con disabilità.

1.6 Indicatori che descrivono il benessere e l'indipendenza: un confronto tra la Toscana e i dati di pool nazionale

In salute pubblica é 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.

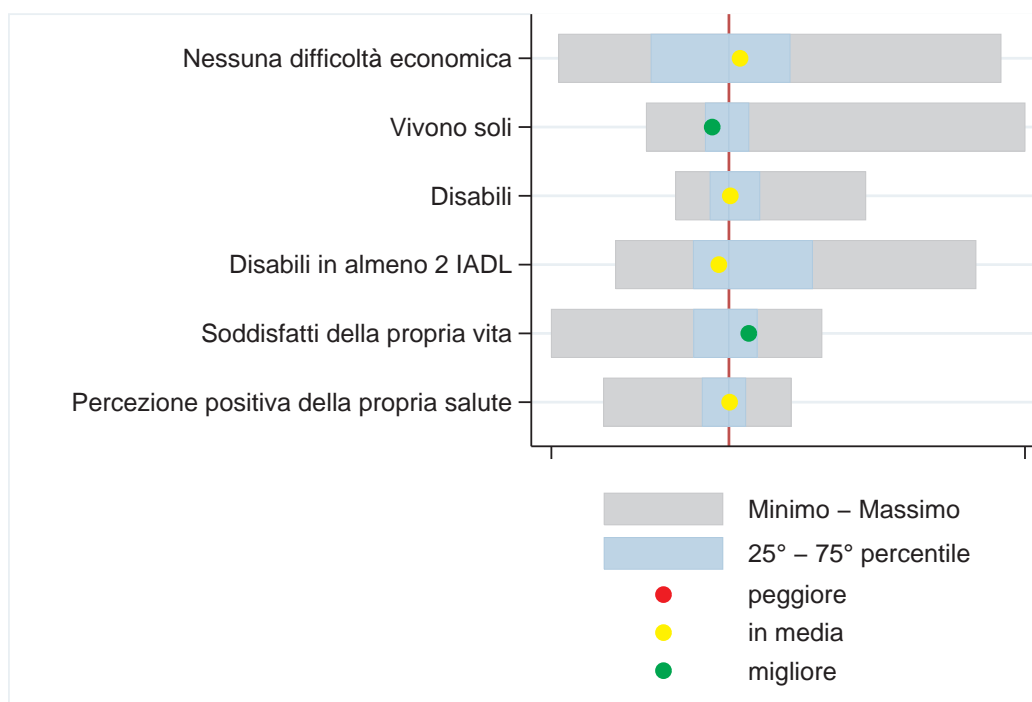
Per quanto non esista un profilo di salute universalmente condiviso per le persone con 65 e più anni, abbiamo riassunto l'informazione raccolta nei vari ambiti attraverso alcuni indicatori significativi.

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, grafici che permettono 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.

Il confronto fa emergere una Toscana con anziani mediamente più soddisfatti della propria vita e che vivono soli meno frequentemente. Lo stesso non si può dire relativamente alla percezione positiva della propria salute.

La prevalenza di disabilità è confrontabile a quella del pool nazionale e anche la disabilità nelle IADL, sebbene il valore medio sia lievemente inferiore rispetto a quello della media nazionale.



Indicatore	Direzione migliore	Dati di pool			Dati regionali	
		Media pool	Int conf 95% inf - sup	Percentili min(25°-75°)max	Media regionale	Int conf 95% inf - sup
Percezione positiva della propria salute	⇒	81,6	80.9-82.3	57.6(76.5-84.8)93.5	81,7	80.1-83.4
Soddisfatti della propria vita	⇒	74,0	73.1-74.8	40(67.3-79.4)91.8	77,8	76-79.6
Disabili in almeno 2 IADL	⇐	36,9	36-37.8	15.2(30.1-52.9)84.2	35,0	33.2-36.7
Disabili	⇐	16,1	15.4-16.8	5.9(12.5-22)42.3	16,4	15-17.7
Vivono soli	⇐	20,7	19.9-21.4	4.9(16.2-24.5)77.4	17,5	16.1-18.9
Nessuna difficoltà economica	⇒	41,7	40.7-42.7	9.1(26.8-53.4)93.8	43,8	41.7-46

Fattori di rischio, condizioni di salute e cure

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

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

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

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

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

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

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto se si considera l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronicodegenerative.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità).

Per questo motivo, la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

2.1.1 Attività fisica

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

Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età.

Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (**Physical Activity Score in Elderly: PASE**) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana e considera le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), i lavori di casa pesanti o il

giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato uno punteggio che tiene conto del tempo (*h/d*) dedicato all'attività o della sola partecipazione (*yes/no*) e del tipo di attività, più o meno intensa. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

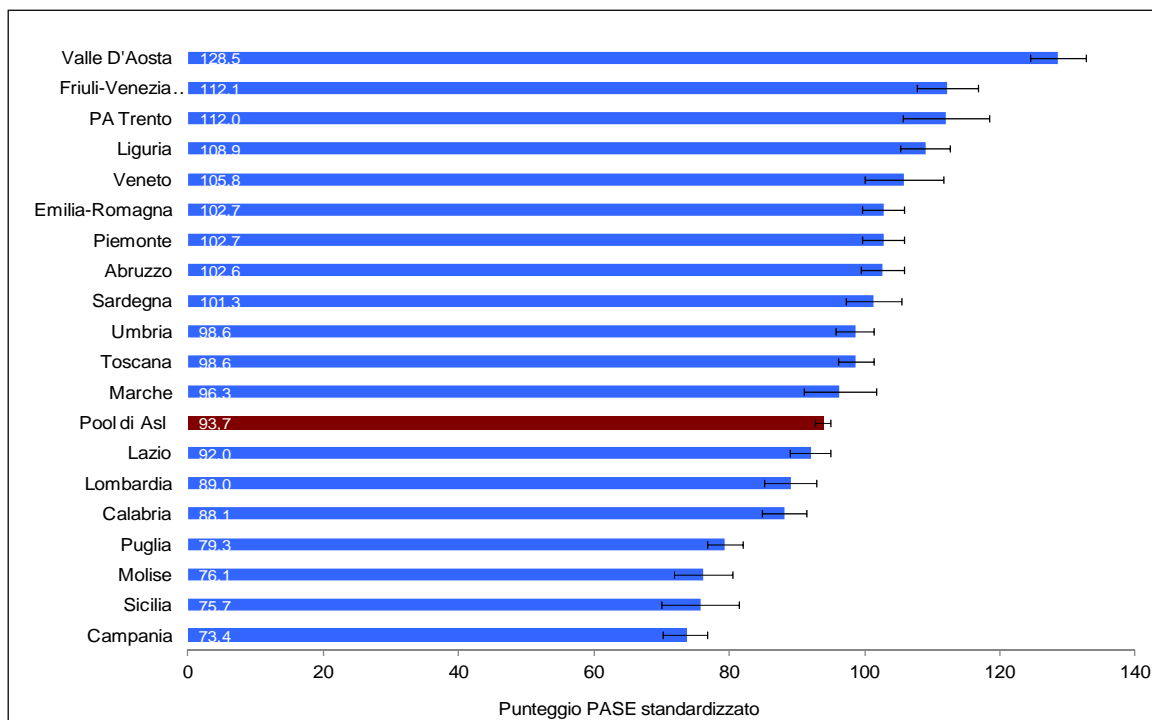
Sono stati definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxy (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con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

I dati raccolti nell'indagine 2012 del PDA ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana.

Il valore mediano è pari a 93,3 con range (1,4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori medi 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.

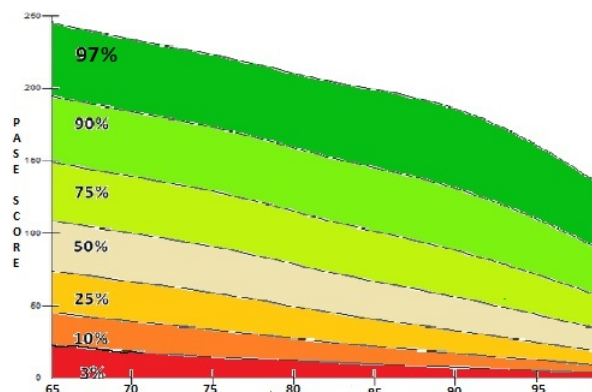
Quante sono le persone con 65 o più anni attive fisicamente?



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.

In mancanza di 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.



In Toscana le persone che svolgono veramente un basso livello di attività fisica sono un pò meno che nel pool nazionale, fatta eccezione che per gli uomini ultra85enni che svolgono poca attività fisica in percentuale maggiore rispetto agli uomini della stessa fascia d'età del pool nazionale.

La tabella seguente mostra la percentuale di persone della nostra regione, eleggibili alle analisi sull'attività fisica¹, che hanno un punteggio PASE al di sotto di alcuni valori percentili selezionati (50°, 25°, 10°) rilevati sul pool nazionale.

	Campione toscano eleggibili alle analisi sull'attività fisica		% di anziani al di sotto delle diverse soglie percentili del pool nazionale**		
	Numerosità	% eleggibili nello strato	10° percentile	25° percentile	50° percentile
F65-74	555 (100%)	85,6	7 (13.1)	18.2 (24.5)	46.7 (50.3)
M65-74	511 (100%)	78,1	7.8 (14.8)	20.9 (27.7)	45 (50)
F75-84	361 (100%)	64,9	2.8 (24.6)	15.5 (35.1)	41.3 (55.6)
M75-84	364 (100%)	62,5	8 (29.2)	23.1 (40.5)	47 (58.9)
F85+	84 (100%)	27,6	7.1 (63.2)	7.1 (63.2)	45.2 (79.6)
M85+	103 (100%)	35,2	16.5 (55.6)	27.2 (60.8)	45.6 (72.7)

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

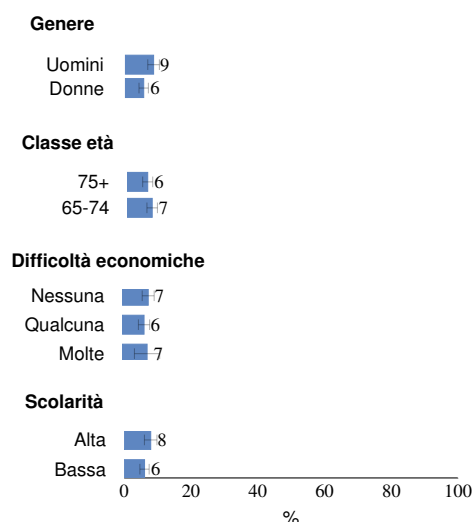
** totale dati raccolti nell'indagine PDA 2012/2013

2.1.2 Caratteristiche delle persone che svolgono un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile

Non ci sono rilevanti differenze né demografiche né socioeconomiche nella percentuale di persone che svolgono poca attività fisica.

È invece evidente che chi, pur deambulante e cognitivamente integro, ha perso l'autonomia in almeno 1 ADL svolge meno attività.

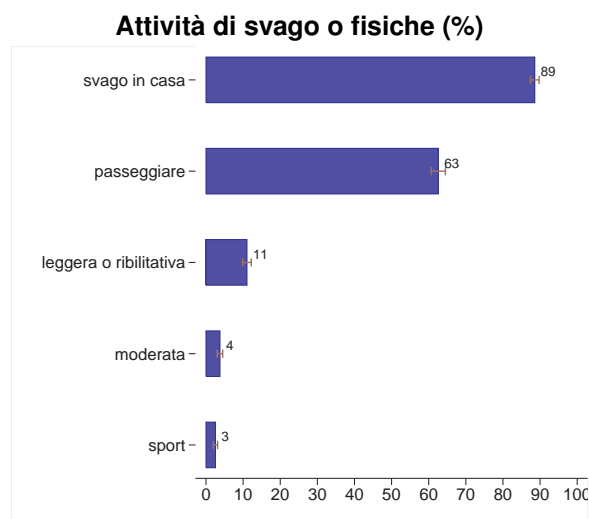
Tra i soggetti non disabili, l'inattività fisica è significativamente più frequente nelle persone con 3 o più patologie croniche che in quelle con meno malattie (20% vs 11%).



¹Cioè al netto dei disabili nella deambulazione e anziani con problemi cognitivi

2.1.3 Che tipologie di attività di svago o fisica svolgono gli anziani?

Quasi tutti gli anziani svolgono attività di svago in casa, come leggere, guardare la TV, fare lavoretti manuali o giocare a carte. I più anziani svolgono queste attività, leggermente meno dei 65-74enni (84% - 93%) e, sebbene vi sia una diminuzione della percentuale di anziani che svolge questa tipologia di attività al peggiorare delle condizioni di salute (dal 96% nel sottogruppo 1 al 92% nel sottogruppo 3), solo i disabili nelle ADL le svolgono in percentuale marcatamente più bassa (59%). Le variabili socioeconomiche influiscono sia dal punto di vista economico (96% tra i soggetti con nessuna difficoltà vs 90% nei soggetti con molte difficoltà) che della scolarizzazione (93% alta vs 86% bassa).



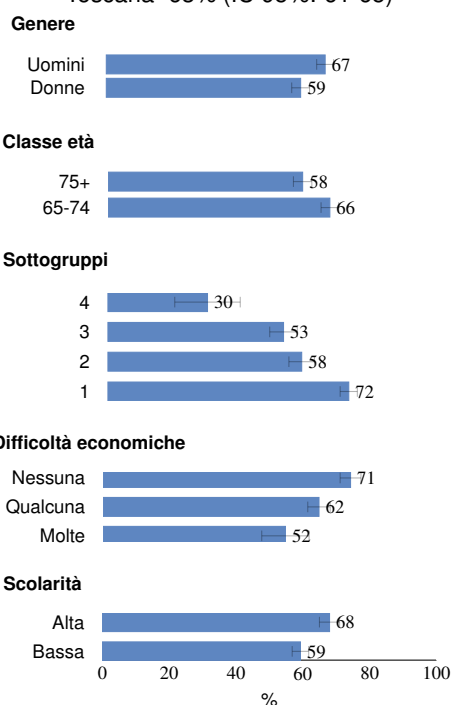
Attività lievemente più impegnative dal punto di vista fisico, come passeggiare o andare in bicicletta vengono svolte dal 63% degli anziani. Gli uomini praticano queste attività più delle donne e i più giovani le praticano più dei più anziani. Il grado di salute influenza molto questa tipologia di attività e si riscontra una grande variabilità tra le persone con disabilità, e al fatto che a coloro che non erano in grado di spostarsi da una stanza all'altra non è stato chiesto se svolgevano attività fisiche di diverse dalla ginnastica riabilitativa. Le variabili socioeconomiche influiscono anche sullo svolgimento di questo tipo di attività: le persone con molte difficoltà economiche le svolgono nel 52% dei casi vs il 62% di chi ne ha qualcuna e il 71% di chi non ne ha, e le persone con scolarità alta fanno più spesso attività di quelle con scolarità bassa (68% vs 59%).

Attività fisica leggera, come ginnastica dolce o riabilitativa o attività di svago come la pesca o le bocce, vengono svolte dall'11% degli anziani. Gli uomini, le persone più giovani e quelle in migliori condizioni di salute le svolgono più frequentemente. Non si riscontrano differenze per livello economico, ma permangono le differenze per scolarità: le persone con livello di istruzione più alto svolgono questo tipo di attività significativamente più spesso delle persone con livello più basso.

Lo svolgimento di attività fisica moderata, come il ballo o la caccia, piuttosto che praticare un vero e proprio sport, sia esso aerobico (nuoto, corsa, ciclismo ecc.) o con attrezzi, è invece assai meno diffuso tra gli anziani: queste attività sono praticate rispettivamente da poco più e poco meno di 3 anziani su 100. Come per le altre attività di carattere prettamente fisico, sono gli uomini e le persone più giovani a praticarle di più e, ad esclusione che per le persone con disabilità, non ci sono differenze significative per condizione di salute. Dal punto di vista delle variabili socioeconomiche, si riscontrano differenze significative a favore delle classi più avvantaggiate (senza difficoltà economiche e con maggiore scolarizzazione) solo per le attività prettamente sportive.

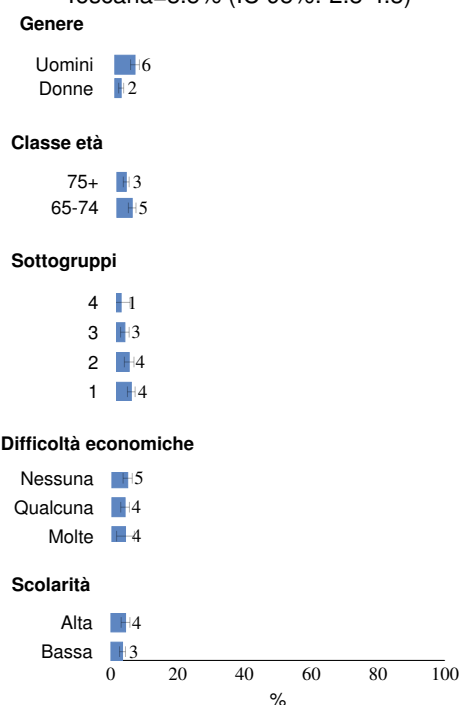
Anziani che hanno svaghi con impegno fisico lieve (%)

Toscana=63% (IC 95%: 61-65)



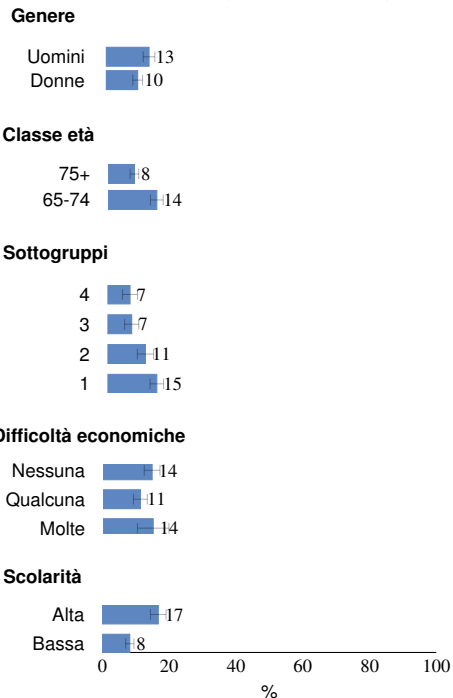
Anziani che svolgono attività fisica moderata (%)

Toscana=3.5% (IC 95%: 2.8-4.3)



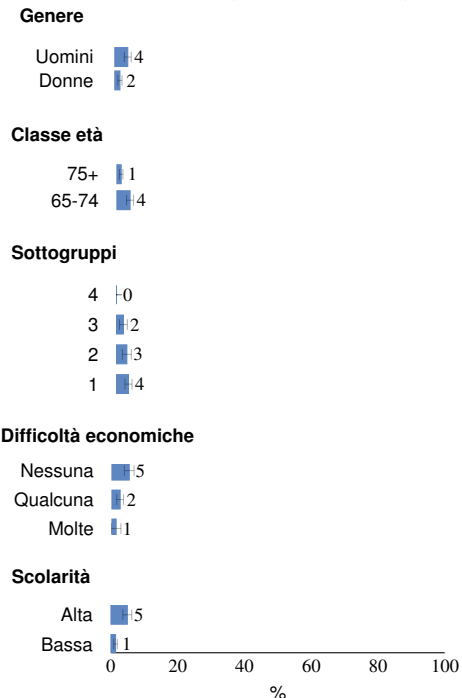
Anziani che svolgono attività fisica leggera (%)

Toscana=13% (IC 95%: 11-14)



Anziani che svolgono qualche sport (%)

Toscana=2.8% (IC 95%: 2.2-3.6)



Quanti anziani toscani conoscono l'Attività fisica adattata?

Dei 2916 anziani che hanno risposto alla domanda, solo il 7% dichiara di sapere cos'è l'Attività Fisica Adattata - AFA (numero assoluto stimato: 57.430), con una percentuale che decresce dall'8,4% dei 65-74enni, al 6,1% dei 75-84enni, fino al 4,2% degli ultra85enni.

Tra coloro che la conoscono, quasi il 68% non ha mai frequentato un corso, il 14,3% (0,9% della popolazione) lo sta frequentando attualmente e il 18% (1,2% della popolazione) lo ha frequentato in passato.

A livello di popolazione quindi, si stima che 10.278 anziani abbiano frequentato un corso di AFA nel passato e che 8.191 lo frequentassero al momento dell'intervista (teniamo conto in ogni caso che parte delle interviste sono state realizzate durante il periodo estivo).

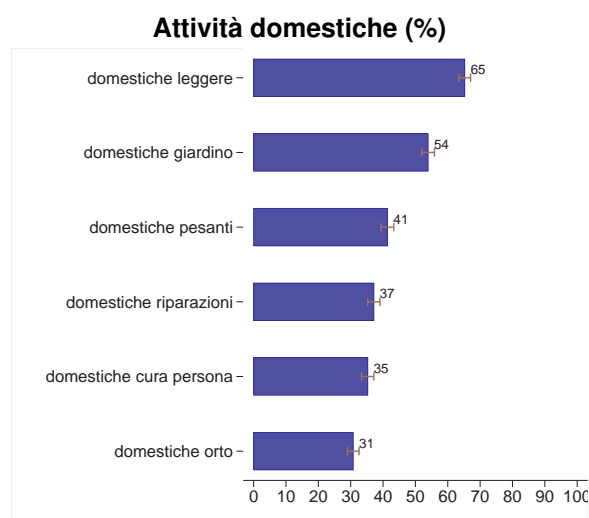
Di coloro che non frequentano attualmente i corsi e rispondono alla domanda sul perché non frequentano tali corsi, il 38,2% li evita per motivi socio-caratteriali (non ne ha voglia, non ne ha bisogno, si vergogna ecc.):

- il 27,3% ha problemi di carattere logistico nel frequentarli,
- il 19,6% li evita per problemi sanitari (il medico li ha sconsigliati, hanno mal di schiena, sono stati male, sono allettati o disabili),
- il 12% non è adeguatamente informato sulle modalità per accedervi,
- solo il 3% dichiara ostacoli di carattere economico.

2.1.4 Quali attività domestiche svolgono gli anziani?

Le attività che si svolgono nell'ambito domestico sono più diffuse nella popolazione anziana. Le più diffuse sono le attività domestiche leggere, come spolverare o lavare i piatti (svolte dal 65% degli anziani), subito seguite dalle attività di giardinaggio (54% degli anziani).

Tutte le attività considerate vengono svolte più frequentemente da persone più giovani e in migliori condizioni di salute, anche se la differenziazione tra i gruppi varia al variare della tipologia di attività.



C'è una discreta differenziazione di genere nella tipologia di attività svolta:

- le donne svolgono più frequentemente degli uomini le attività domestiche in senso stretto, dal lavare i piatti (leggere) alla pulizia dei pavimenti (pesanti), le attività di cura di altre persone e quelle di giardinaggio;
- gli uomini, invece, si dedicano a piccole riparazioni e lavori nell'orto.

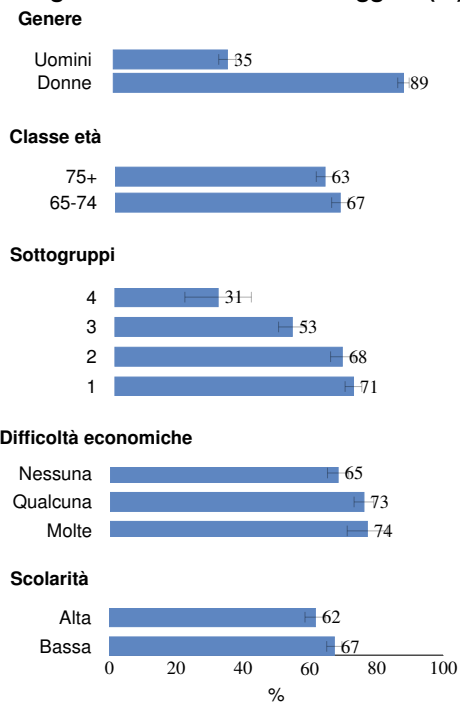
Dal punto di vista delle variabili socioeconomiche questo fattore influisce sull'interpretazione dei dati sulla distribuzione della pratica delle singole attività per variabili socioeconomiche: le donne, infatti, hanno mediamente un livello di istruzione inferiore e maggiori difficoltà economiche.

Alla luce di ciò, il fatto che le attività domestiche leggere siano svolte più spesso da persone con più problemi economici perde di significatività aggiustando il dato per genere, e risultano dedicarsi in proporzione maggiore ai lavori domestici le persone con un livello di istruzione più alto.

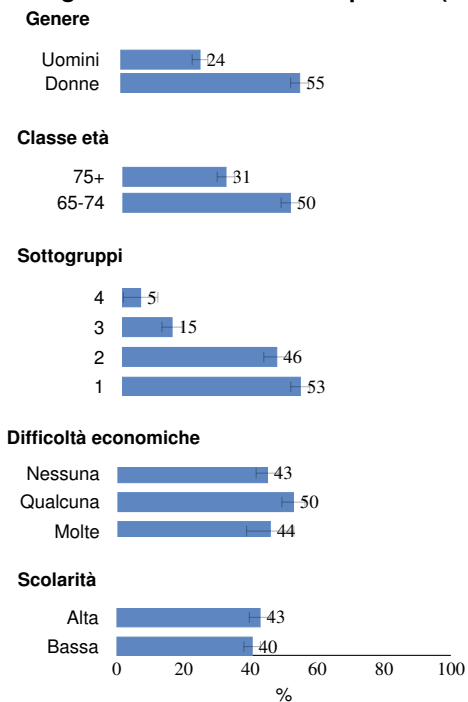
Aggiustando per genere anche il dato sulle attività domestiche pesanti, così come per le riparazioni, chi ha un livello maggiore di istruzione svolge più spesso questo tipo di attività, mentre si conferma la non significatività delle differenze per difficoltà economiche.

Per quanto riguarda l'orticoltura, attività prettamente maschile, viene fatta significativamente di più da chi ha un basso livello di istruzione, mentre non sono significative le difficoltà economiche.

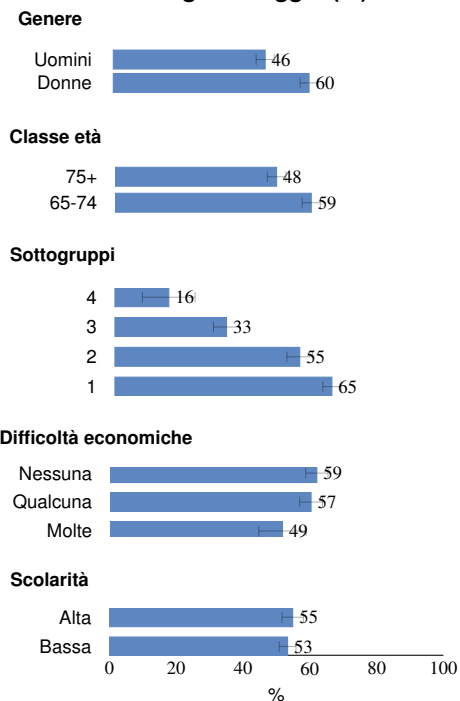
Svaghi e attività domestiche leggere (%)



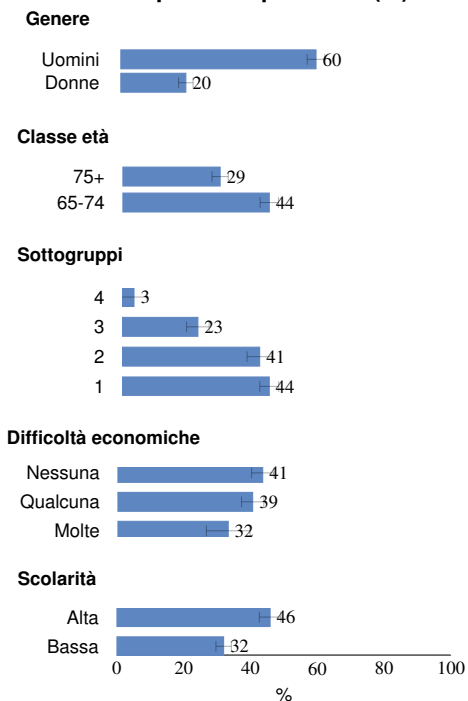
Svolgono attività domestiche pesanti (%)

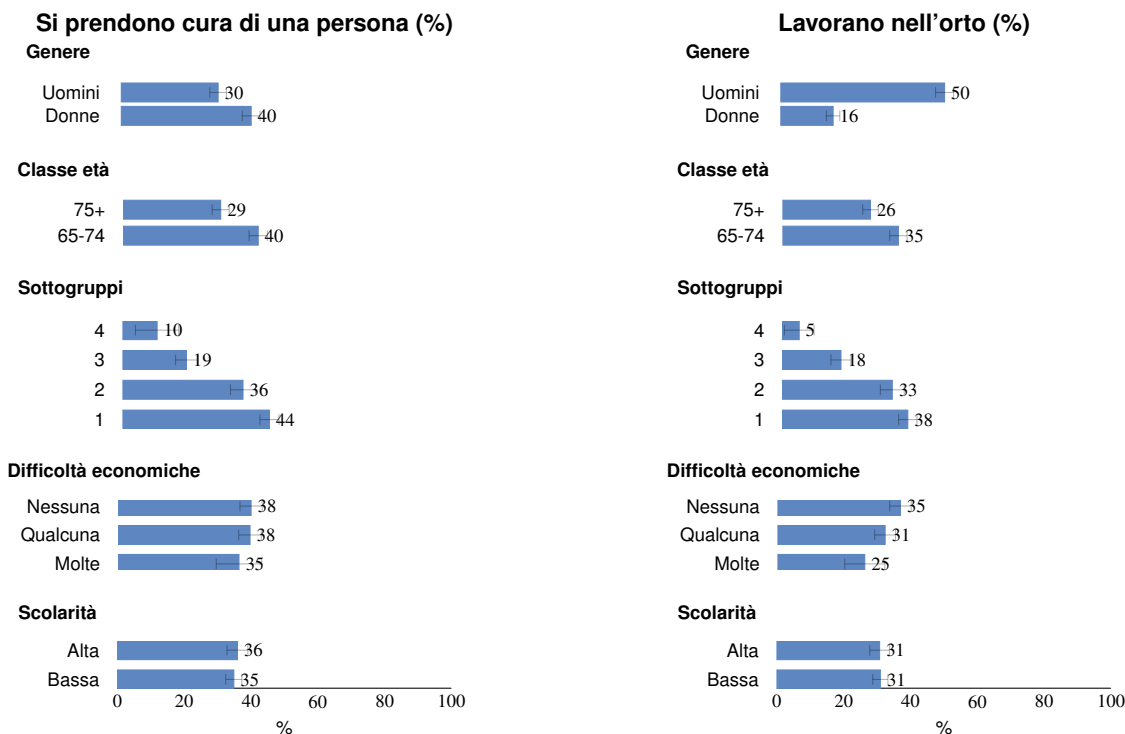


Fanno giardinaggio (%)



Fanno piccole riparazioni (%)





2.1.5 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 dovuti 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'aggravarsi di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

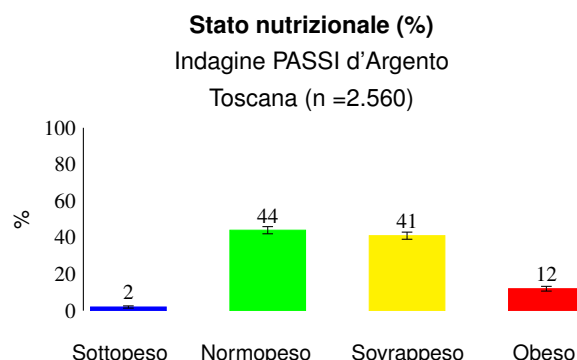
Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC sotto 18,5), normopeso (IMC fra 18,5 e 24,9), sovrappeso (IMC fra 25 e 29,9), obeso (IMC maggiore o uguale a 30). In PASSI d'Argento, poiché questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato e non misurati direttamente, 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, lo scarso consumo di frutta e verdura complessivamente è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% degli ictus cerebrali. 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, PASSI d'Argento misura il consumo di questi alimenti.

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

Il 44% risulta normopeso, il 41% in sovrappeso, il 12% obeso. Il 2% è sottopeso.
Le persone in eccesso ponderale, cioè in sovrappeso e obese, sono il 54% della popolazione anziana.



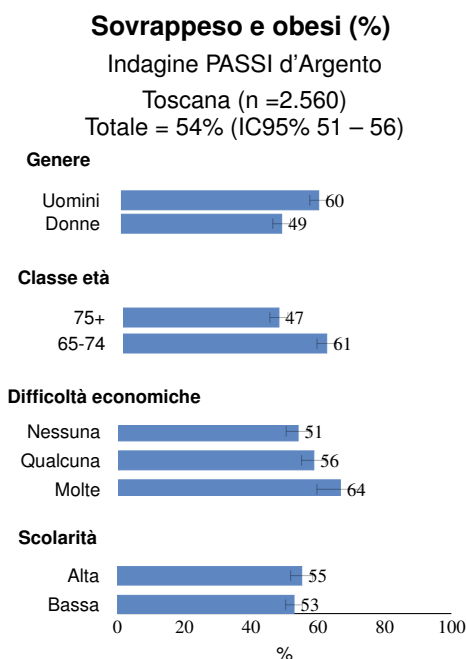
Quali sono le caratteristiche delle persone sovrappeso o obese tra gli anziani?

L'essere in sovrappeso o obesi tra gli ultra65enni toscani è particolarmente diffuso tra:

- gli uomini,
- i soggetti della classe d'età più giovane

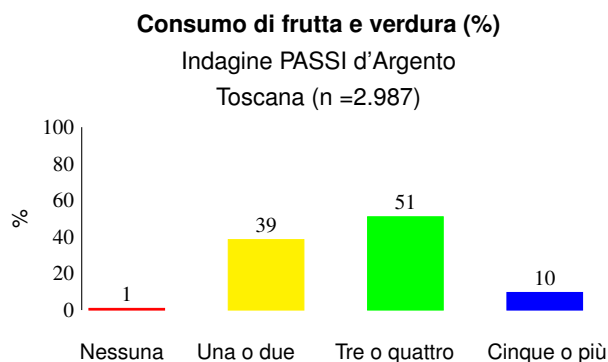
Gli uomini sono più frequentemente in sovrappeso anche tenendo conto della fascia d'età: 65% vs 57% tra i 65-74enni e 54% vs 42% tra gli ultra74enni.

Dal punto di vista socioeconomico, la differenza si riscontra tra persone con nessun problema economico vs chi ne ha molti, mentre non ci sono differenze per livello di scolarità.



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

- Le persone con 65 anni e più che consumano almeno le 5 porzioni di frutta e verdura (*five a day*) raccomandate al giorno sono circa il 10%;
- il 40% ne consuma meno di tre porzioni al giorno.



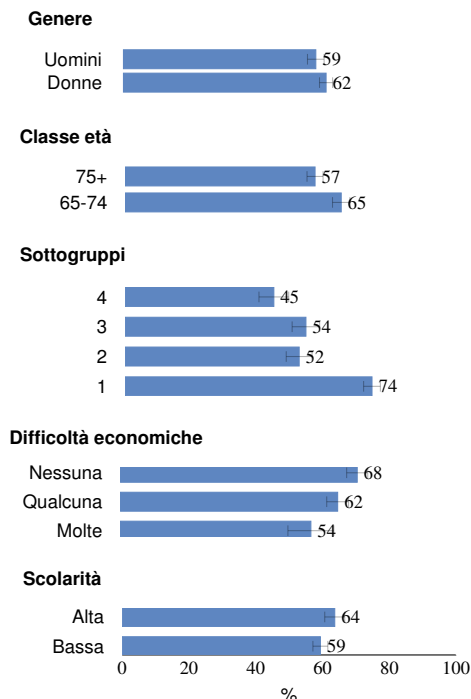
Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno non è un'abitudine significativamente diversa tra i generi (59% uomini vs 62% donne), mentre i 65-74enni risultano consumare almeno queste quantità più frequentemente delle persone più anziane (57% vs 65%);
- dal punto di vista del consumo di almeno tre porzioni di frutta e verdura è evidente una differenza nettissima tra persone in salute e a basso rischio e quelle con disabilità [gruppo 1 (74%) vs 4 (45%)]^a.
- Dal punto di vista socioeconomico, consumare almeno 3 porzioni di frutta e verdura è più frequente tra:
 - le persone con livello di istruzione alto, anche se non in modo significativo;
 - le persone che non hanno difficoltà economiche vs coloro che ne hanno molte; non è invece significativa la differenza di questi due gruppi rispetto alla categoria intermedia.

^aDa notare che le buone abitudini alimentari concorrono alla definizione del basso rischio.

Persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n = 1.789)



2.1.6 Consumo di alcol

Distribuzione del consumo di alcol per età e genere

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in 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, quindi, 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 ridurre 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.

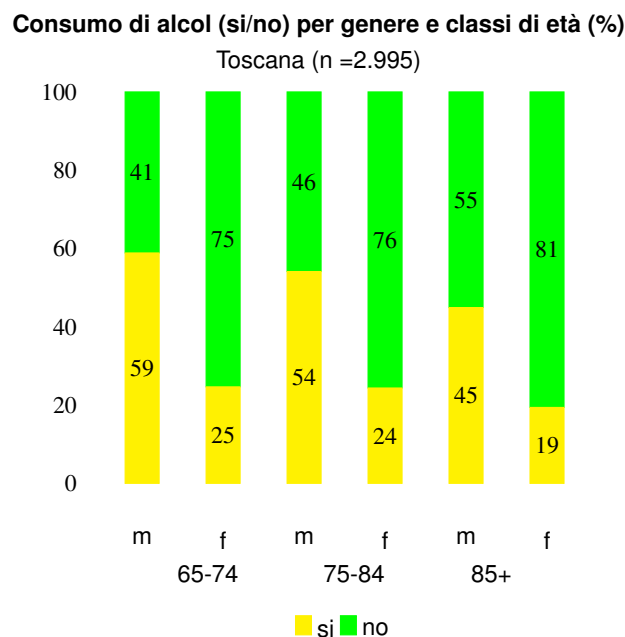
Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le Linee Guida dell'Istituto nazionale per la ricerca sugli alimenti e la nutrizione (INRAN), in accordo con le indicazioni

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 corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore 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.

Distribuzione del consumo di alcol per età e genere

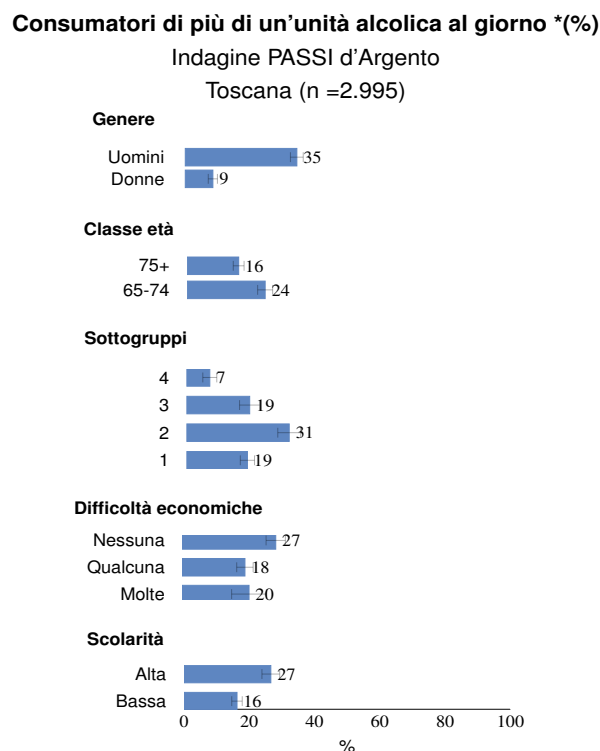
- Il 37% delle persone dichiarano di consumare alcolici.
- Il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (55% vs 24%).
- Considerando l'età, la percentuale dei consumatori passa da 59% nella classe di età 65-74 anni al 45% in quella delle persone con 85 anni e più nei maschi e dal 25% al 19% nelle femmine.



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

- Il 55% delle persone che consumano alcolici è un bevitore a rischio, cioè consuma più di una unità alcolica al giorno.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (35% vs 9%) e tra le persone della fascia d'età più giovane (24% vs 16%).
- Essere bevitori a rischio è più frequente tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (27% vs 16%) e nei soggetti che non hanno difficoltà economiche.
- Il 31% delle persone in buone condizioni, ma a rischio (sottogruppo 2) consuma alcol.

* Le persone con 65 anni e più che consumano più di un'unità alcolica al giorno sono definite a rischio .

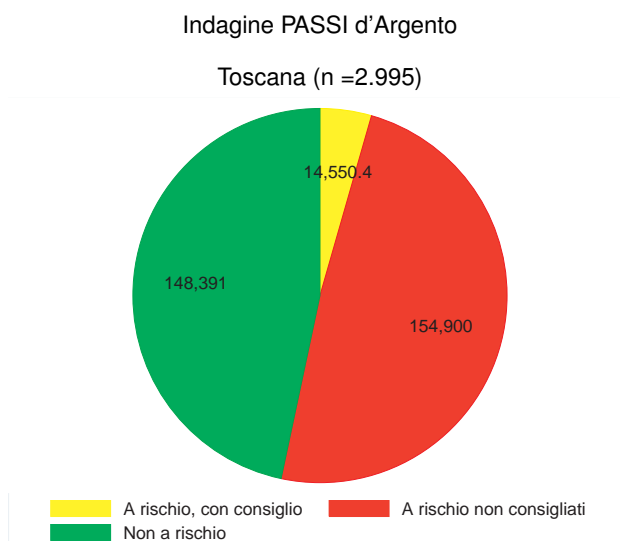


Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione della Toscana si stima che:

- Il totale delle persone con 65 anni e più che consumano alcol è di circa 317.840 persone (37% degli intervistati).
- di queste, 148.391 non sono consumatori a rischio, mentre 169.450 (53%) sono consumatori a rischio.
- Tra i consumatori a rischio solo il 9% (n=14.550) ha ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario; 154.900 consumatori a rischio (91% dei consumatori a rischio) dichiarano di non aver ricevuto alcun consiglio.

Consumatori di alcol non a rischio e a rischio, con e senza consiglio di smettere di bere



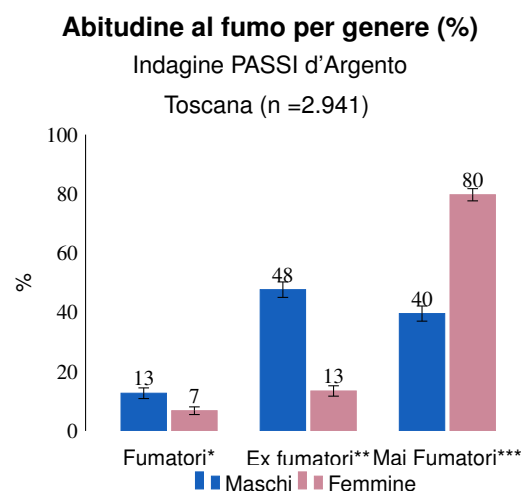
2.1.7 Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (*DALY - disability-adjusted life year*).

Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Le persone con 65 anni e più che fumano sono il 9%. Di questi circa il 64% fumano più di 10 sigarette al giorno (forti fumatori).
- Le persone con 65 anni e più che non hanno mai fumato sono il 63%.
- La maggior parte dei maschi ultra64enni (61%) ha fumato nella propria vita vs il 20% delle femmine.



*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

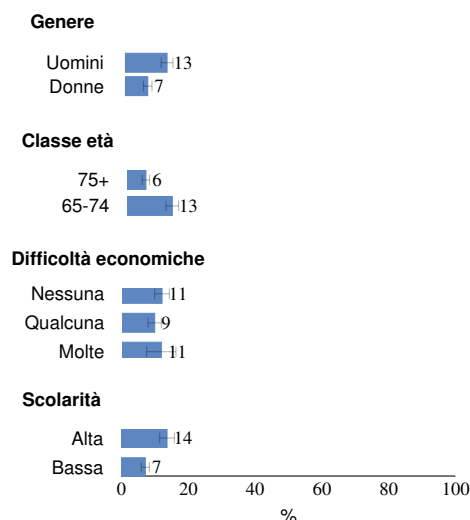
** Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e non fuma al momento

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

L'abitudine al fumo è più frequente negli uomini (13% vs 7%) e nella fascia d'età più giovane (13% vs 5%).

Le persone in buone condizioni ma a rischio fumano più degli altri sottogruppi di popolazione.

Dal punto di vista delle variabili socioeconomiche, fumano di più le persone con un livello di istruzione più alto, mentre non sono significative le differenze per difficoltà economiche.

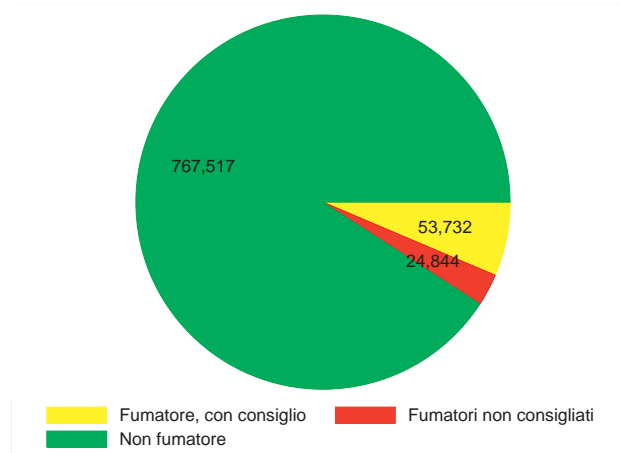


Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione toscana si stima che:

- il totale delle persone con 65 anni e più che fumano è di 78.856 persone (9% degli intervistati);
- tra i fumatori 53.732 (68%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario, mentre 24.844 (31.6%) non lo hanno ricevuto;
- tra le 13.572 persone che hanno smesso da meno di 12 mesi, 5.728 persone (42%) dichiarano di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico.

Fumatori* con e senza consiglio di smettere di fumare (proiezione in numeri assoluti)
Toscana (n =2.997)



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 è tradizionalmente 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 sisto-diastolica, 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?

Il 56% degli intervistati riferisce di soffrire di ipertensione.

Pare che le donne siano leggermente più affette da questo problema rispetto agli uomini e che la prevalenza di malattia aumenti all'aumentare dell'età.

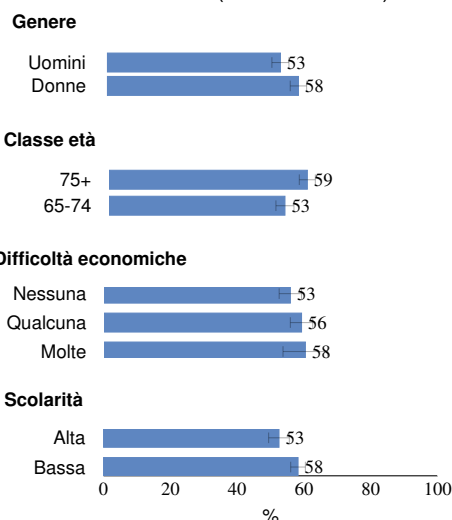
Le persone con bassa scolarità dichiarano più frequentemente di essere affette da ipertensione, mentre non riscontrano significative differenze per livello di difficoltà economica dichiarata.

Persone con ipertensione (%)

Indagine PASSI d'Argento

Toscana (n =3.028)

Totale = 56% (IC95% 54 – 59)



2.3 Malattie croniche non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronicdegenerative, come quelle cerebro-cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici.

Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità, vale a dire la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche, per le quali, tuttavia, esistono misure di prevenzione efficaci in grado di prevenirle o ridurre la disabilità ad esse associata.

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

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

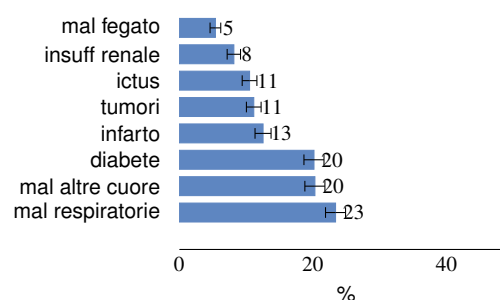
Tra gli ultra64enni in Toscana, le malattie più diffuse sono quelle respiratorie, quelle cardiache e il diabete, con una prevalenza intorno al 20% (vedi grafico).

Il 62% delle persone con 65 anni e più ha almeno 1 patologia cronica tra quelle descritte, il 49% ne ha almeno 2.

Prevalenza malattie croniche (%)

Indagine PASSI d'Argento

Toscana (n=3.023)



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

Le persone che presentano 3 o più patologie croniche sono il 12% degli ultra65enni, pari a 107.579 persone.

Non si riscontra una differenza significativa tra i generi, mentre la percentuale di persone con 3 o più patologie croniche è molto più elevata tra gli ultra74enni (18% vs 6%). Il 33% delle persone disabili (sottogruppo 4) ha 3 o più patologie croniche.

La prevalenza di persone con 3 o più patologie croniche aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche e al diminuire della scolarizzazione.

Persone con 3 o più patologie croniche (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =3.015)
Totale = 12.4% (IC95% 11.2 – 13.6)

Genere

Uomini 12
Donne 13

Classe età

75+ 18
65-74 6

Sottogruppi

4 33
3 16
2 14
1 2

Difficoltà economiche

Nessuna 5
Qualcuna 10
Molte 21

Scolarità

Alta 7
Bassa 15

0 20 40 60 80 100
%

2.4 Problemi di vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la qualità della 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 specialmente tra le persone fragili e con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

2.4.1 Problemi di vista

L'OMS stima che, a livello mondiale, circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultra-cinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali.

Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il National Eye Institute, le principali patologie oculari correlate all'età (NIH, 2004).

La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica

che contempra la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia.

Il sistema PASSI d'Argento permette di stimare la proporzione di anziani con problemi di vista e di fare confronti a livello nazionale e soprattutto locale (ASL e Regioni).

Nell'indagine 2012-2013 condotta nella nostra Regione il 12% delle persone con 65 anni e più (pari a 103.835 anziani) ha riferito di avere problemi di vista, in particolare di non vedere da vicino neanche usando gli occhiali.

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

I problemi di vista sono più frequenti tra:

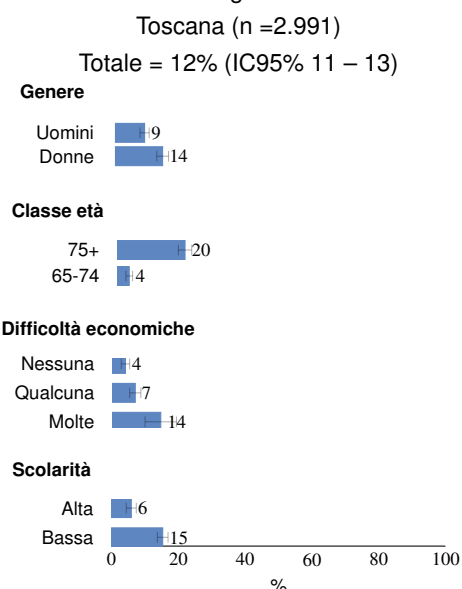
- le persone con più di 74 anni
- le donne
- le persone con disabilità

Le difficoltà economiche e la bassa scolarizzazione sono condizioni che più frequentemente si associano a questo tipo di problema.

I problemi di vista sono più frequenti tra coloro che hanno riferito di essere caduti negli ultimi 30 giorni, rispetto agli altri non caduti (rispettivamente il 23% vs il 11%).

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

Persone con problemi di vista* (%) Indagine PASSI d'Argento



2.4.2 Problemi 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% per le persone con 75 anni e più.

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

In particolare, risulta di grande rilevanza per l'anziano l'accesso ai servizi diagnostici audiologici, ai fini della prevenzione delle complicanze che questo deficit sensoriale può comportare.

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

Il 15% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di udito (n=132.238).

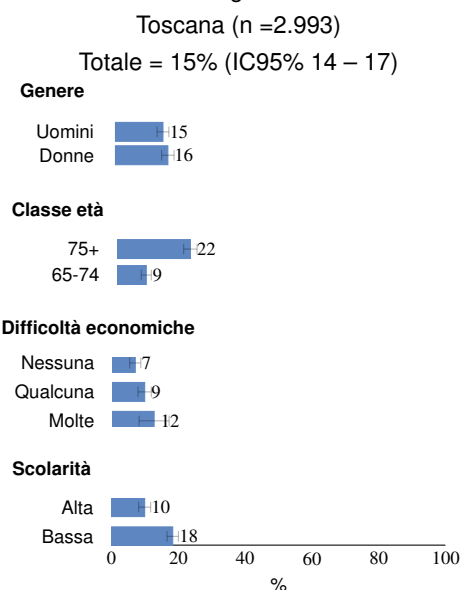
Le persone della fascia d'età più anziana sono più frequentemente affetti da problemi di udito, così come le persone con disabilità, dove il 40% dei soggetti presenta questo problema. Non irrilevante la presenza di difficoltà di udito anche nei 2 sottogruppi a rischio.

Le difficoltà economiche non sembrano significativamente incidere sulla prevalenza di difficoltà di udito, se non nel confronto tra quelli che hanno molte difficoltà rispetto a chi non ne ha nessuna, mentre è significativamente maggiore la presenza di deficit uditivi nelle persone con scolarità inferiore.

I problemi di udito sono più frequenti tra le persone che si trovano in una condizione di isolamento sociale rispetto a chi invece è più integrato e partecipa (29% vs 11%).

Gli anziani che riportano una caduta nell'ultimo anno hanno riferito molto più spesso anche problemi di udito: 23% vs 15%.

Persone con problemi di udito* (%) Indagine PASSI d'Argento



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

2.4.4 Problemi di masticazione

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

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

Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e anche perdita di peso. Infine, la mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima.

Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale. Inoltre, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di interventi di promozione della salute orale. La prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita ed è particolarmente importante per gli anziani più fragili o disabili in quanto previene problemi di salute collegati alla malnutrizione e alla perdita di peso. Alcuni fattori di rischio comportamentali come l'abitudine al fumo e il consumo di alcol sono associati a gravi patologie come il cancro del cavo orale.

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

In Toscana il 12% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di masticazione (n=103.358). I problemi di masticazione sono più frequenti fra le donne e fra le persone più anziane. Tenendo conto contemporaneamente sia del genere che dell'età, permane una differenza tra i generi quasi significativa in questo ambito: nella fascia d'età più anziana, il 20% delle donne ha problemi di masticazione vs il 15% degli uomini.

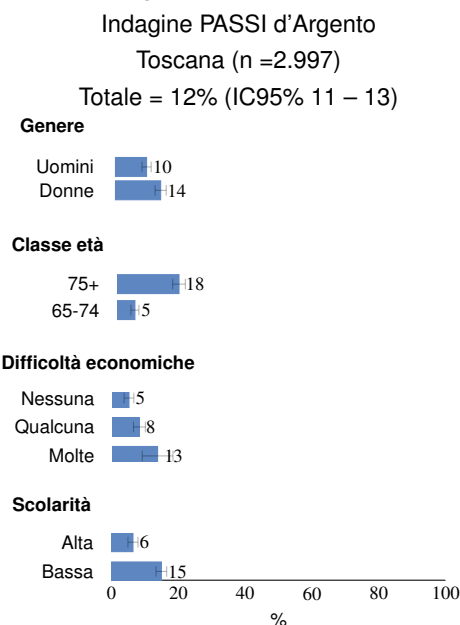
Le persone con disabilità sono significativamente più affette da problemi di masticazione.

Aumentano le persone con problemi masticatori all'aumentare delle difficoltà economiche e al diminuire della scolarizzazione.

Inoltre i problemi di masticazione sono più frequenti fra:

- coloro che dichiarano una **perdita di peso** negli ultimi 12 mesi (19% vs 10%);
- coloro che versano in condizioni di **isolamento sociale** (26% vs 7%);
- in chi riporta un **basso consumo di frutta e verdura** (16% vs 9%);
- chi **non** è andato dal dentista nell'ultimo anno (14% vs 7%).

Persone con problemi di masticazione* (%)

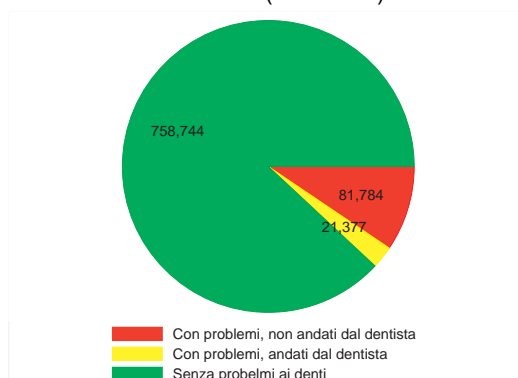


* Le persone con 65 anni e più che dichiarano di non poter mangiare cibi difficili da masticare (con l'esclusione di coloro che masticano bene solo se usano la dentiera).

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

Persone con problemi di masticazione andati e non andati dal dentista (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.979)



Riferendo la nostra osservazione alla popolazione Toscana (vedi figura a pagina 37) si stima che:

- Il totale delle persone con 65 anni e più che hanno problemi di masticazione è di 103.358 persone (12% degli intervistati).
- Tra le persone con problemi di masticazione, solo 21.337 (21%) hanno riferito di aver visto il dentista nell'ultimo anno.

Tra coloro che hanno problemi di masticazione, coloro che non sono mai andati dal dentista nell'ultimo anno, sono un po' più fra le donne e fra i più anziani, ma non in modo significativo. Significativa è invece la prevalenza tra questi di persone con disabilità e la bassa scolarità.

Nel complesso, chi dichiara problemi ai denti ha visto il dentista nell'ultimo anno in percentuale significativamente inferiore a chi non ne dichiara (21% vs 36%).

Perché gli anziani non si recano dal dentista

Tra coloro che non sono mai stati dal dentista nell'ultimo anno, la maggior parte ritiene di non averne necessità (80%) o che non sia opportuno (12%).

Il costo è ritenuto un ostacolo da una porzione molto piccola degli anziani intervistati: il 6% di quelli che dichiarano problemi di masticazione e il 4% di chi non ne dichiara.

È invece significativamente maggiore tra gli anziani con problemi di masticazione la percentuale di anziani che tra i motivi del non recarsi dal dentista indica una difficoltà a raggiungerlo.

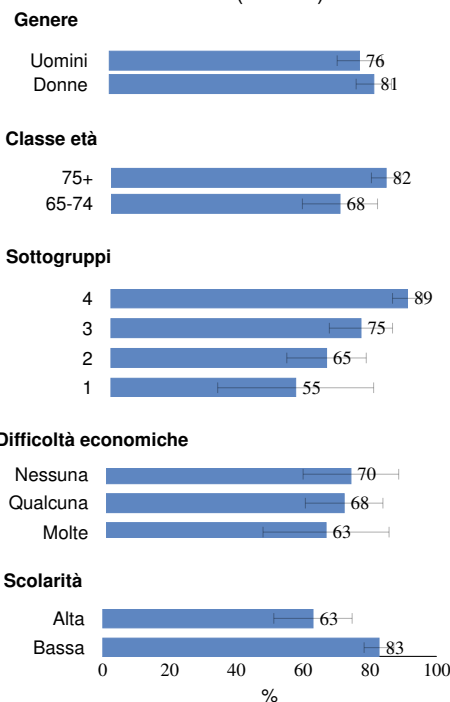
La lunghezza delle liste di attesa e la mancanza di consiglio sono invece veramente poco rappresentate come motivazioni di mancato controllo dentistico.

Rispetto ai non disabili, le persone con disabilità hanno il 64% di probabilità in meno di andare dal dentista, anche per chi, tra questi, ha problemi ai denti.

Il 9% delle persone disabili dichiara di non essersi recato dal dentista per difficoltà negli spostamenti.

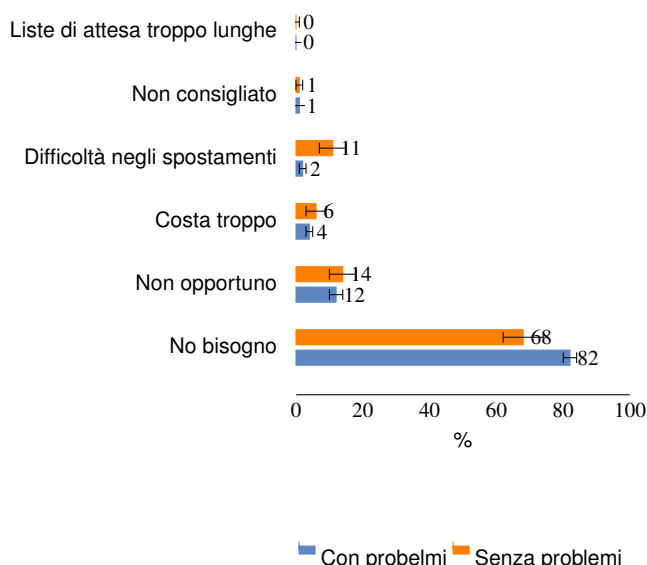
Persone con problemi di masticazione* che non sono andate dal dentista nell'ultimo anno (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =292)



Motivo del non recarsi dal dentista tra chi ha o non ha problemi di masticazione (%)

Indagine PASSI d'Argento Toscana (n=1.942)



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 cadute 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?

Si stima, che nei 30 giorni precedenti alla rilevazione, in Toscana siano caduti 74.459 anziani, pari al 9% degli ultra64enni.

Si stima che tali cadute abbiano dato origine in Toscana a quasi 10.000 ricoveri di oltre un giorno.

La prevalenza delle cadute aumenta con il crescere dell'età: nella fascia d'età più anziana cadono quasi il doppio delle persone che in quella più giovane (11% vs 6%).

È caduto negli ultimi 30 giorni il 18% delle persone con disabilità e il 12% di quelle con disabilità nelle IADL.

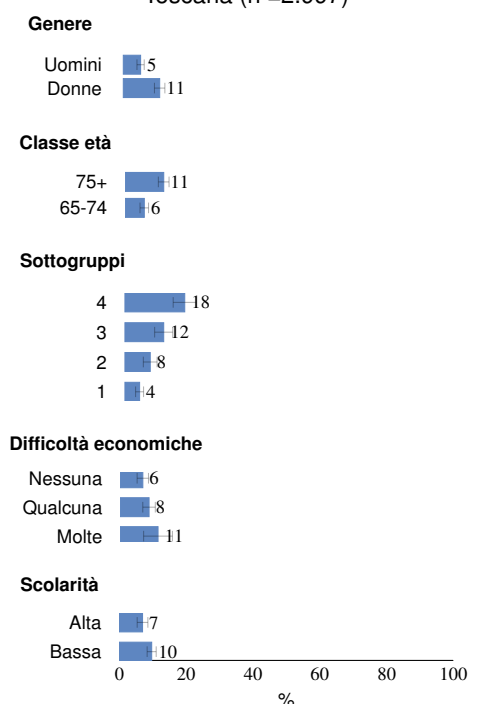
È caduto il 17% delle persone con problemi di vista (vs il 7% delle persone che non riferiscono problemi di vista).

La maggior parte delle cadute sono avvenute in casa (61%), mentre in strada si è verificato il 15% delle cadute.

In circa il 13% dei casi gli anziani caduti sono stati ricoverati per oltre un giorno in ospedale, per un totale stimato nella regione di circa 10.000 ricoveri.

Ha paura di cadere il 64% delle persone già cadute fra 65 e 74 anni (vs il 79% delle persone con 75 anni e più). Sono meno quelli che hanno paura di cadere tra coloro che non sono ancora caduti, anche se la percentuale di questi raddoppia all'avanzare dell'età: 21% negli ultra65enni vs 44% negli over 74.

Cadute negli ultimi 30 giorni (%) Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.997)



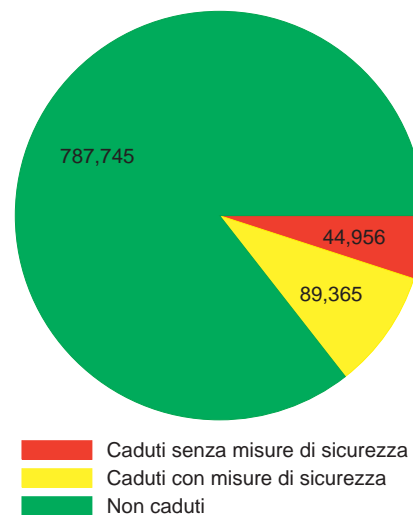
Quante persone con 65 anni e più sono cadute e nella loro abitazione non usano precauzioni anti-caduta?

Riferendo la nostra osservazione alla popolazione toscana, si stima che negli ultimi 30 giorni precedenti all'intervista siano caduti 74.459 anziani (9% degli intervistati). Tra le persone cadute il 10% (n=44.956) non usa misure anti-caduta in casa.

Solo il 16% degli intervistati dichiara di aver ricevuto consigli da parte di un medico o di un altro operatore su come evitare di cadere.

Persone non cadute e stima di utilizzo di misure di sicurezza tra i caduti (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.979)



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 Questionario sulla salute del paziente): un test validato e molto utilizzato a livello internazionale e nazionale, che è caratterizzato da elevata sensibilità. Esso rappresenta un valido strumento per lo screening dei sintomi di depressione anche tra le persone con 65 anni e più.

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

Il 19% degli anziani riferisce sintomi depressivi (n=116.413)^a.

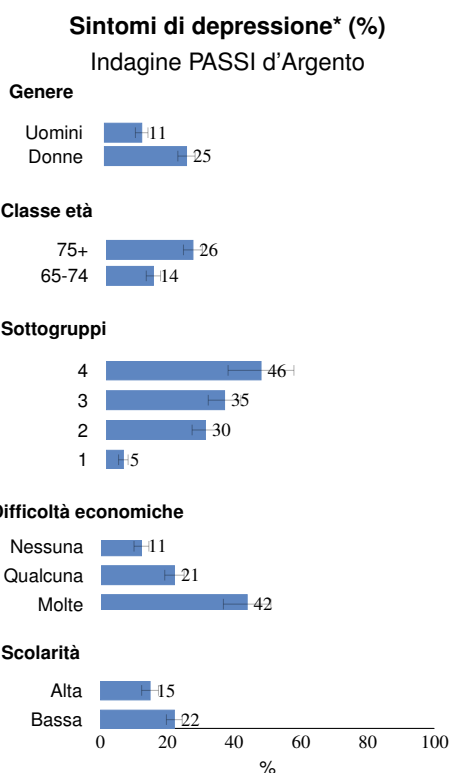
Questi sintomi sono più diffusi tra le persone più anziane e tra le donne. Tenendo conto di età e genere contemporaneamente, vediamo che comunque le donne manifestano sintomi depressivi con una prevalenza più che doppia rispetto agli uomini a parità di età (65-74 anni, donne 18% vs uomini 8%; 75+ donne 33% vs uomini 16%).

Sono inoltre più frequenti sintomi depressivi:

- nelle persone con livello di istruzione basso;
- nelle persone che hanno molte difficoltà economiche;
- nelle persone con disabilità;
- nelle persone con 3 più patologie croniche (38% vs l'11% delle persone che non riferiscono patologie).

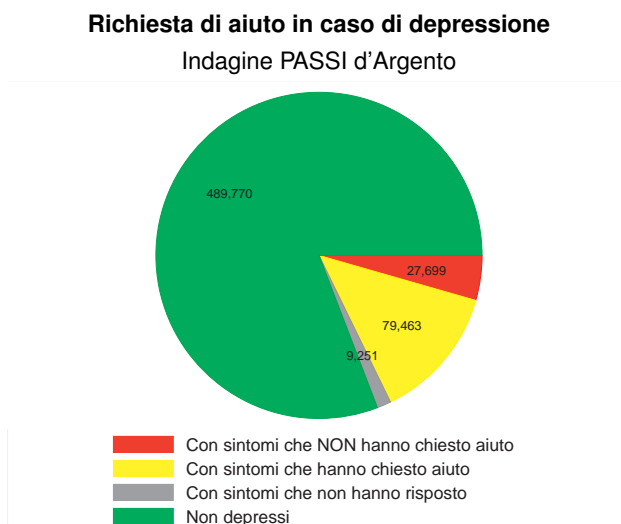
^aLa percentuale è calcolata solo su coloro che hanno risposto alle domande necessarie a determinare questa categoria: sono circa il 30% degli intervistati coloro per cui non è possibile attribuire questa caratteristica

* Persone con 65 anni e più e punteggio maggiore o uguale 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



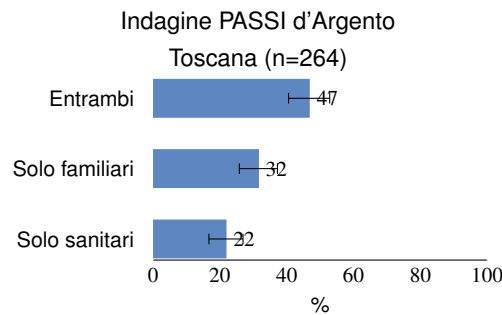
Quante sono le persone con 65 anni e più che presentano sintomi di depressione e non fanno ricorso ad alcuno?

Tra coloro che riferiscono una sintomatologia depressiva, 27.699 (24%) non hanno fatto ricorso ad alcuno.



Tra coloro che chiedono aiuto (68%), la maggior parte delle persone chiede aiuto sia a personale sanitario che a familiari (47%), quasi 1 su 4 chiede aiuto solo a familiari e quasi 1 su 7 solo a personale sanitario.

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



2.7 Rischio di isolamento

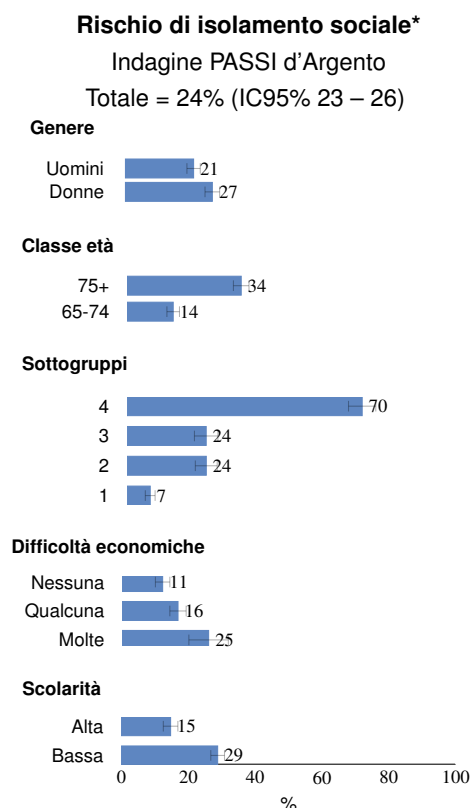
L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale che comprende sia aspetti di natura "strutturale" quali, ad esempio, il vivere soli e la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura "funzionale" come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere. L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità, costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età l'isolamento sociale risulta in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità.

Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché ad una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione e l'abuso alcolico o il rischio di caduta. Nell'indagine PASSI d'Argento è stata valutata la partecipazione a incontri collettivi e l'incontrare altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere. Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale non svolgevano nessuna di queste attività.

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

Il 24% è a rischio di isolamento sociale.

- Il rischio di isolamento sociale è più frequente tra le persone con 75 anni e più e tra le donne.
- L'isolamento tra è parimenti diffuso tra uomini e donne (13% vs 14% non significative) nella fascia tra i 65-74enni, mentre negli ultra74enni le donne sono significativamente più a rischio di isolamento rispetto agli uomini (30% vs 37%)
- Il 29% delle persone con livello di istruzione basso (nessuna istruzione o elementare) e a rischio di isolamento sociale (vs il 15% delle persone con istruzione superiore), questo vale anche vale per un quarto delle persone con molte difficoltà economiche.
- Il 70% delle persone con disabilità è a rischio di isolamento.



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

2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci

Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci. Sono più frequenti i casi di comorbilità e di polifarmacoterapia, con l'assunzione contemporanea di diversi farmaci nell'arco della stessa giornata. La polifarmacoterapia aumenta il rischio di prescrizioni inappropriate e reazioni avverse. Essa, inoltre, può determinare una ridotta efficacia dei farmaci a causa della minore compliance.

La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone con 65 anni e più. La periodica verifica da parte del medico di medicina generale (MMG) della corretta assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute.

Nella sorveglianza PASSI d'Argento sono state raccolte informazioni sui farmaci assunti e sull'eventuale controllo dell'uso dei farmaci da parte del medico di medicina generale.

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

Quasi il 90% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni. Questa percentuale è maggiore tra:

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

Uso dei farmaci negli ultimi 7 giorni

Indagine PASSI d'Argento

Totale = 89% (IC95% 88 – 90)

Genere



Classe età



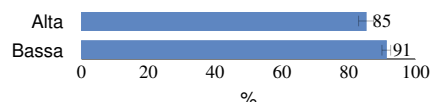
Sottogruppi



Difficoltà economiche



Scolarità



2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

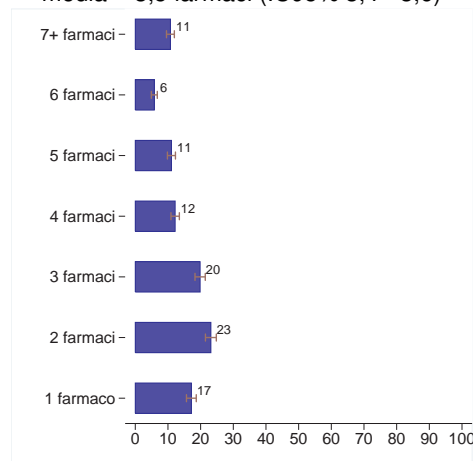
Fra coloro che assumono farmaci, il 60% ha dichiarato di assumere da 1 a 3 tipi di farmaci, mentre il 40% assume 4 farmaci o più.

Il 19% ha riferito di avere bisogno di aiuto: sono soprattutto persone con 75 anni e più e con basso livello di istruzione.

Numero di farmaci diversi assunti per giorno (%)

Indagine PASSI d'Argento

media = 3,5 farmaci (IC95% 3,4 - 3,6)



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

La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni per il 55% degli intervistati.

Il 21% ha riferito che questo controllo è avvenuto da 1 a 3 mesi prima, l' 8% da 3 a 6 mesi prima, il 10% più di 6 mesi prima.

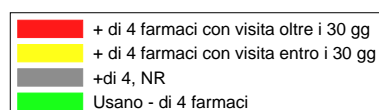
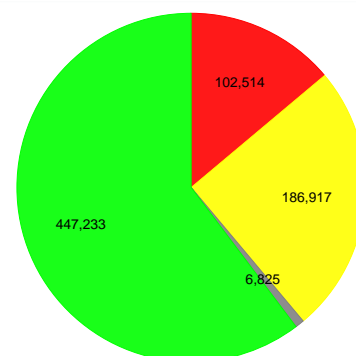
Nel 6% dei casi gli anziani dichiarano di non aver mai fatto controlli. Il 30% di questi dichiara di prendere almeno 4 diversi farmaci.

Tra coloro che prendono farmaci, oltre il 60% ne prende più di 4 (stima di popolazione 296.256 persone). Tra questi:

- il 63% (pari a 186.917 persone) ha effettuato il controllo dei farmaci col MMG negli ultimi 30 giorni
- la percentuale di coloro che controllano spesso i farmaci con il MMG è leggermente più alta (non significativamente) negli uomini rispetto alle donne tra i 65-74enni (32% vs 27%). Negli over 74 le percentuali si rovesciano a favore delle donne, sempre in modo non significativo (donne: 50% vs uomini: 46%).

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

Toscana n=2.535



2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana

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

Riceve aiuto quasi la totalità (91%) di coloro che presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

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

Le badanti (persone individuate e pagate in proprio) assistono più di un terzo (38%) delle persone con 65 anni e più con disabilità, ma anche il 17% di quelli con mancanza di autonomia nelle sole IADL.

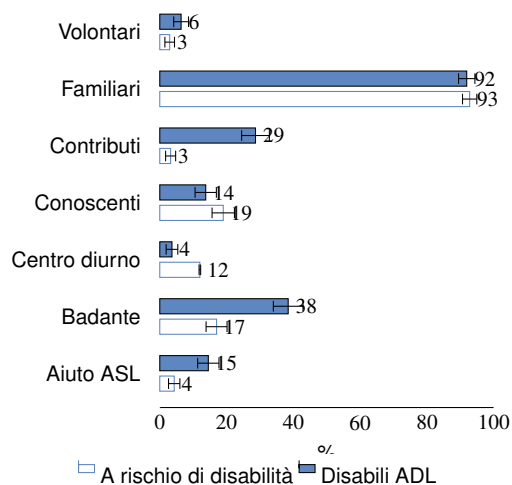
Conoscenti supportano circa un quinto (19%) delle persone con problemi di autonomia nelle IADL, e il 14% dei non autosufficienti.

Tra le persone con problemi nelle ADL il 14% dichiara di ricevere aiuto da operatori del servizio pubblico (es ASL o Comune) e il 4% di essere assistito presso un centro diurno.

Contributi economici vengono riferiti da quasi un terzo (29%) delle persone con disabilità e dal 3% di quelle con difficoltà nelle IADL.

Chi fornisce aiuto (%)

Toscana (n=1.104)

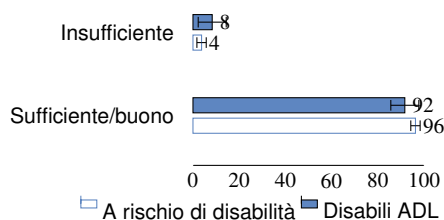


2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

Il giudizio sull'aiuto ricevuto è stato espresso da quasi 1/5 delle persone con disabilità e da 3/4 di quelle con problemi nelle sole IADL. Tra coloro che hanno espresso la propria opinione, il giudizio è stato prevalentemente positivo (sufficiente/buono):

- 92% tra coloro con limitazioni nelle ADL,
- 96% tra coloro che hanno limitazioni solo nelle IADL.

Giudizio per l'aiuto ricevuto (%)



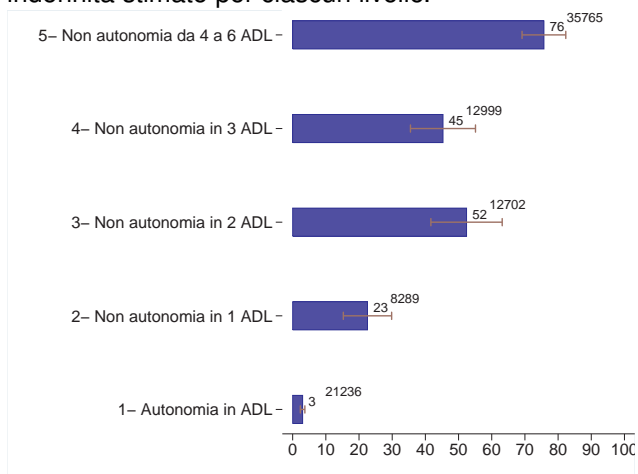
2.9.3 L'indennità di accompagnamento

“L'indennità di accompagnamento è stata istituita con una legge del 1980 e spetta agli invalidi civili totali, cioè a coloro che hanno ottenuto il riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100%. Questa indennità viene concessa se, a causa della minorazione fisica o psichica, l'invalido si trova nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisogna di una assistenza continua.²”

In base a quanto dichiarato dagli intervistati, si stima che in Toscana ricevano un'indennità di accompagnamento l'11% degli anziani (90.992).

Tra le persone che hanno perso almeno una delle ADL (sottogruppo 4) l'indennità è ricevuta dal 51% degli anziani.

Nel grafico sottostante vediamo la percentuale di anziani che dichiarano di ricevere l'indennità di accompagnamento per livello di disabilità e il numero di indennità stimato per ciascun livello.



Anziani con indennità (%)

Toscana (n =2.956)

Totale = 10.7% (IC95% 9.8 - 11.8)

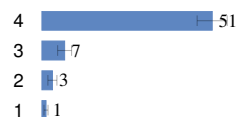
Genere



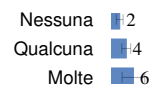
Classe età



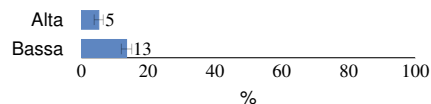
Sottogruppi



Difficoltà economiche



Scolarità



2.9.4 Accesso alle prestazioni per la non autosufficienza

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

²Fonte: http://www.dirittierisposte.it/Schede/Persono/Salute/indennita_di_accompagnamento_id1128374_art.aspx

in presenza di alcune patologie croniche molto frequenti in età anziana, come le patologie dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori.

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi. La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mira a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali. Nel nostro Paese, la vaccinazione contro l'influenza per i gruppi a rischio è stata prevista nel Piano sanitario nazionale fin dal 1998-2000, e nel Piano nazionale prevenzione Vaccini fin dal 1999-2000.

Il Ministero della salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio. Per le persone con 65 anni e più sono previsti programmi di immunizzazione universale. L'aumento dei livelli di copertura vaccinale nella popolazione con 65 anni e più, richiede la messa in atto di strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, ecc.).

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

La percentuale di persone che non si sono sottoposte alla vaccinazione è pari al 36%. La proporzione di chi

non si sottomette a vaccino diminuisce all'aumentare dell'età e al peggiorare della condizione di salute e funzionale. Non sono evidenti differenze significative

di genere o per grado di difficoltà economiche, mentre pare che le persone con un livello di scolarizzazione più basso si vaccinino di più.

Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione, il 24% dichiara di aver ricevuto il consiglio di vaccinarsi dal proprio MMG vs il 76% di chi si è vaccinato.

Persone che NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (%)

Toscana (n =2.966)

Totale = 36% (IC95% 34 - 38)

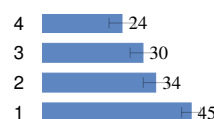
Genere



Classe età



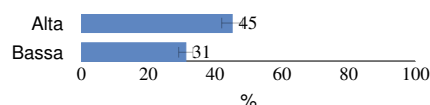
Sottogruppi



Difficoltà economiche



Scolarità



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

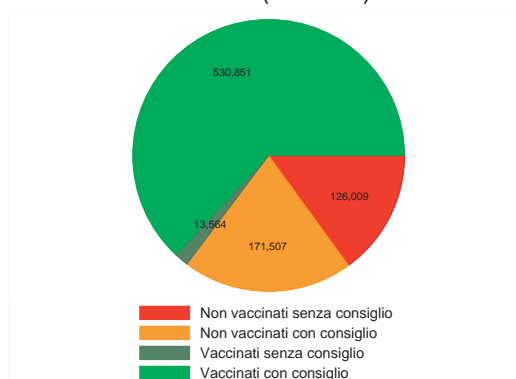
La vaccinazione antinfluenzale è effettuata dal 64% delle persone con 65 anni e più (544.415 persone).

Tra coloro che non hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (297.516 persone):

- il 42% (pari a 126.009 persone) non ha ricevuto il consiglio di effettuarla,
- il 58% (pari a 171.507 persone) ha ricevuto il consiglio di effettuarla.

Nel 97% dei casi, il consiglio è stato fornito dal proprio MMG.

Consiglio di vaccinarsi (%)
Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.997)



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.

È compito dei servizi socio-sanitari favorire la messa in atto di misure preventive strutturali e, soprattutto, comportamentali anche attraverso la diffusione di informazioni e consigli su questo argomento.

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

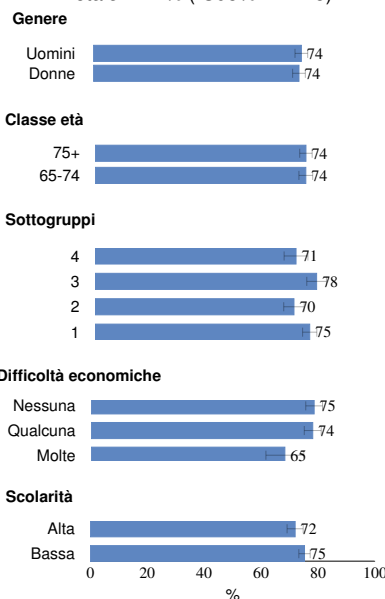
La percentuale di persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo è del 74%.

Non ci sono differenze significative nell'informazione della popolazione anziana, se non riguardo ai soggetti con molte difficoltà economiche che hanno ricevuto informazioni in percentuale minore rispetto agli altri.

Solo un quarto degli ultra64enni non ha ricevuto alcun consiglio.

Ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.930)
Totale = 74% (IC95% 72 - 75)

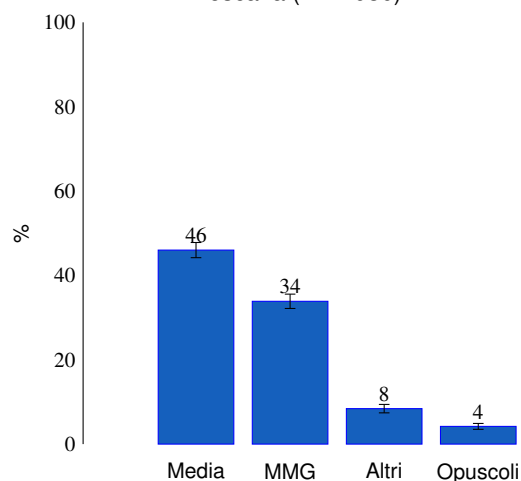


2.11.2 Chi è che fornisce principalmente informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?

Tra coloro che sono stati informati la maggior parte delle persone (46% - quasi 400.000 anziani) ha dichiarato di aver ricevuto informazioni tramite mezzi di informazione di massa (radio/TV, giornali, internet). Il 34% ha ricevuto informazioni o consigli dall'MMG. L' 8% ha ricevuto informazioni o consigli da altre persone, diverse dall'MMG. Solo il 4% ha ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo attraverso opuscoli e manifesti.

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

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.930)



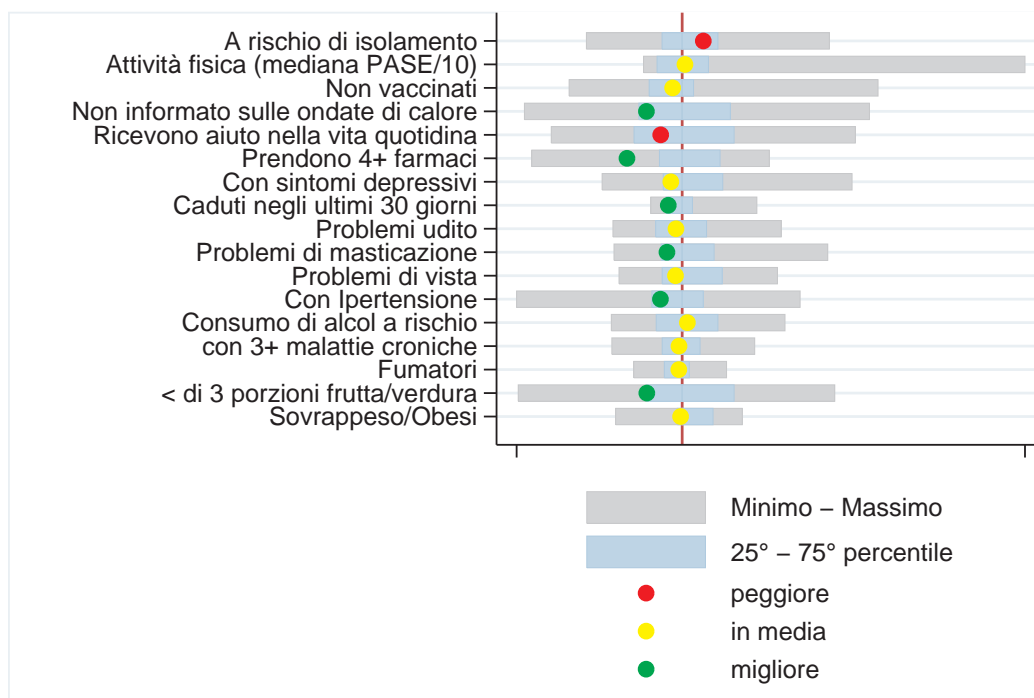
2.12 Indicatori che descrivono fattori di rischio e condizioni di salute: un confronto tra il campione toscano e i dati di pool nazionale

Sotto il profilo dei fattori di rischio i cittadini toscani risultano in linea con il pool nazionale, fatta eccezione per il maggior consumo di adeguate porzioni di frutta e verdura e la minore prevalenza dichiarata di ipertensione.

La prevalenza di anziani con problemi sensoriali non corretti (difficoltà di vista con gli occhiali, di udito con apparecchio acustico, di masticazione con dentiera) è significativamente inferiore a quella del pool nazionale, fatta eccezione per le persone con problemi di vista che risultano invece in linea. È da notare come nel campione regionale le persone con disabilità siano particolarmente esposte a questo tipo di limitazione, con conseguente aggravamento della condizione di non autosufficienza e di isolamento sociale.

La percentuale di anziani con 3 o più malattie croniche (esclusa l'ipertensione) è in linea con il pool nazionale, così come la prevalenza di persone con sintomi depressivi, ma risultano decisamente meno quelli che prendono più di 4 farmaci contemporaneamente e, quindi, sono meno le persone a rischio di prescrizioni inappropriate e reazioni avverse.

Significativamente peggiori della media di pool sono invece gli indicatori sull'aiuto nella vita quotidiana e il rischio di isolamento sociale, che probabilmente fanno il paio con i valori inferiori alla media nazionale degli indicatori sulla partecipazione sociale (vedi pagina 61).



Indicatore	Direzione migliore	Dati di pool			Dati regionali	
		Media pool	Int conf 95% inf - sup	Percentili min(25°-75°)max	Media regionale	Int conf 95% inf - sup
Sovrappeso/Obesi	⇐	61,1	59.9-62.3	48.8(60.2-66.8)72.2	60,8	58-63.7
< di 3 porzioni frutta/verdura	⇐	46,0	45.1-46.9	15.7(39.4-55.6)74.2	39,5	37.7-41.3
Fumatori	⇐	9,9	9.4-10.4	1(6.6-11.2)18.1	9,3	8.2-10.4
con 3+ malattie croniche	⇐	13,0	12.5-13.6	0(9.3-16.3)26.4	12,4	11.2-13.6
Consumo di alcol a rischio	⇐	18,7	18.1-19.4	5.6(13.9-25.3)37.7	19,7	18.3-21.1
Con Ipertensione	⇐	60,0	59.1-60.9	29.4(54.4-63.9)81.8	56,0	54.2-57.8
Problemi di vista	⇐	13,3	12.6-13.9	1.6(9.6-20.7)30.9	12,1	10.9-13.2
Problemi di mastica-zione	⇐	14,8	14.2-15.5	2.2(10.9-20.7)41.7	12,0	10.8-13.2
Problemi udito	⇐	16,5	15.8-17.2	3.7(11.6-21)34.8	15,4	14.1-16.7
Caduti negli ultimi 30 giorni	⇐	11,2	10.6-11.7	5.4(8.2-13.1)25	8,6	7.6-9.7
Con sintomi de-pressivi	⇐	21,3	20.5-22.1	6.5(17.8-28.8)52.7	19,2	17.5-20.9
Prendono 4+ far-maci	⇐	45,4	44.5-46.2	17.6(41.2-52.4)61.5	35,2	33.4-37
Ricevono aiu-to nella vita quotidiana	⇒	51,3	50.3-52.2	27.1(42.4-60.9)83.3	47,3	45.5-49.1
Non informato sulle ondate di calore	⇐	32,7	31.8-33.6	3.5(24.7-41.6)67.3	26,1	24.5-27.7
Non vaccinati	⇐	37,9	37-38.7	17(31.8-40)74.1	36,1	34.4-37.9
Attività fisica (me-diana PASE/10)	⇒	7,1	.-	0(2.5-12)70.5	76,6	.-
A rischio di isola-mento	⇐	20,2	19.4-20.9	2.5(16.5-26.8)47.4	24,1	22.6-25.7

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, la Commissione europea delle Nazioni unite per l'Europa (UNECE), l'indice di invecchiamento attivo (AAI - *Active Aging Index*) (2), strumento che permette di misurare e promuovere nell'ambito degli Stati membri dell'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'Unione europea 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 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 volontario, o adattare i sistemi fiscali in modo che venga riconosciuta l'assistenza informale fornita dalle persone anziane (es. baby-sitter).

¹ L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, come è stato riconosciuto dal Piano di azione internazionale sull'invecchiamento (MIPAA - *Madrid International Plan of Action on Ageing*) 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'United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) 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'*Active Aging Index* è uno strumento importante per valutare e controllare l'attuazione del MIPAA.

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. 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 approfondimento

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.

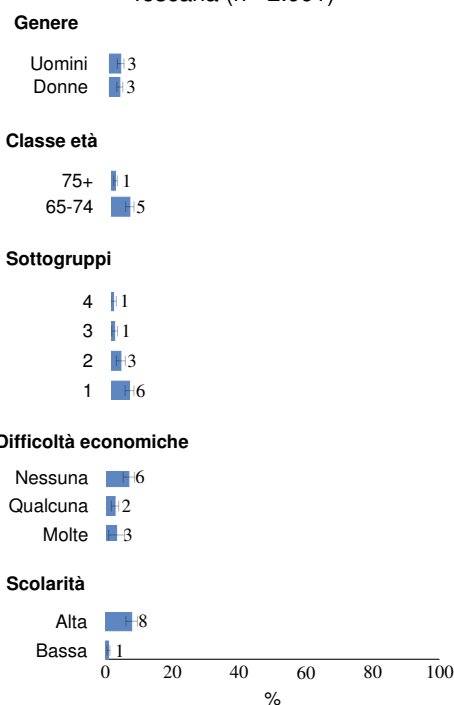
3.1.1 Quante persone con 65 anni e più partecipano a corsi di formazione?

Solo il 3% (Intervallo di Confidenza: 3-4) del nostro campione ha dichiarato di avere frequentato corsi di formazione.

Questa attività viene svolta in maggior percentuale da:

- persone appartenenti alla classe di età più giovane, senza differenze di genere;
- persone con livello di istruzione più alto;
- persone con nessuna o poche difficoltà economiche;
- persone in buona salute.

Partecipazione a corsi (%) Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.991)



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.

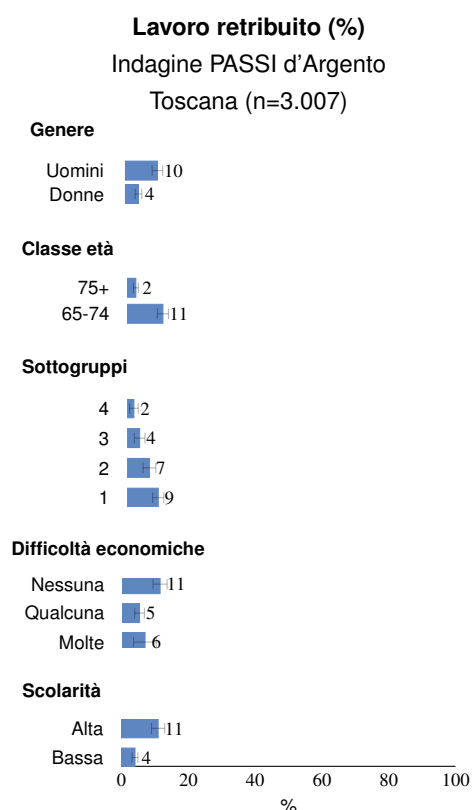
3.2.1 Quante persone con 65 anni e più svolgono un lavoro retribuito?

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.

Il 6% del campione (IC: 5-7) ha dichiarato di svolgere un lavoro retribuito.

Sono in maggior misura uomini, appartenenti alla classe di età più giovane, con livello di istruzione più alto, con meno difficoltà economiche, in buona salute sia a rischio che non.

L'84% degli anziani lavoratori percepisce anche una pensione, mentre il restante 16% si sostenta solo col proprio lavoro.



3.3 Attività sociali comunitarie

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

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

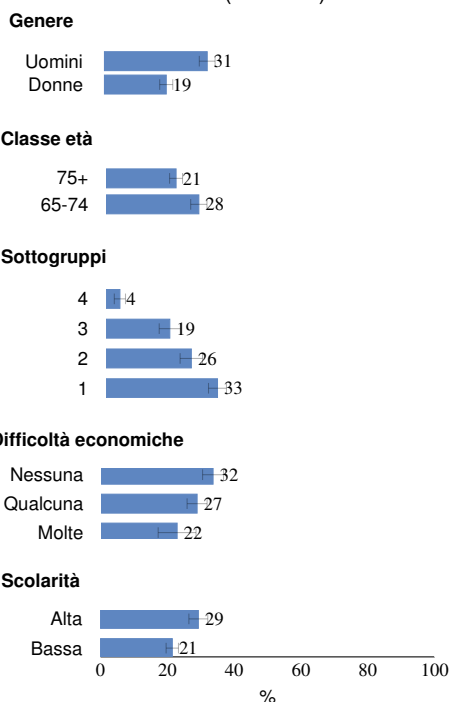
In una settimana tipo, il 24% (IC: 23-26) degli intervistati ha riferito di frequentare il centro anziani o i circoli o la parrocchia o le sedi di partiti politici e di associazioni

La partecipazione è maggiore tra le persone:

- con meno di 75 anni
- di genere maschile
- con un alto livello di istruzione

Chiaramente lo stato di salute influisce pesantemente sulla capacità di partecipare ad attività sociali comunitarie: notiamo infatti una diminuzione della prevalenza di anziani attivi in questo senso al peggiorare delle condizioni di salute.

Partecipazione ad attività sociali
Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n=2.991)



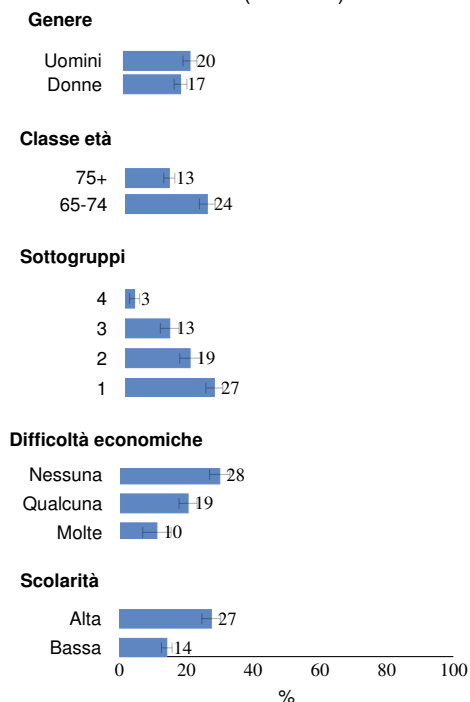
3.3.2 Quanti anziani partecipano a gite o soggiorni organizzati?

Negli ultimi 12 mesi, circa il 19% (I.C. 17-20) degli intervistati, ha partecipato, con altre persone, a gite o soggiorni organizzati.

Si tratta in ugual misura di donne e uomini, di età più giovane, con livello di istruzione più alto, con meno difficoltà economiche.

Anche qui si osserva un diminuire progressivo e significativo della prevalenza di persone che vanno in gita al peggiorare delle condizioni di salute.

Partecipazione a gite e soggiorni organizzati
Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n=2.991)



3.4 Essere una risorsa per famiglia, conoscenti e collettività

Nell'indagine PASSI d'Argento 2012 è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra64enne, 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.

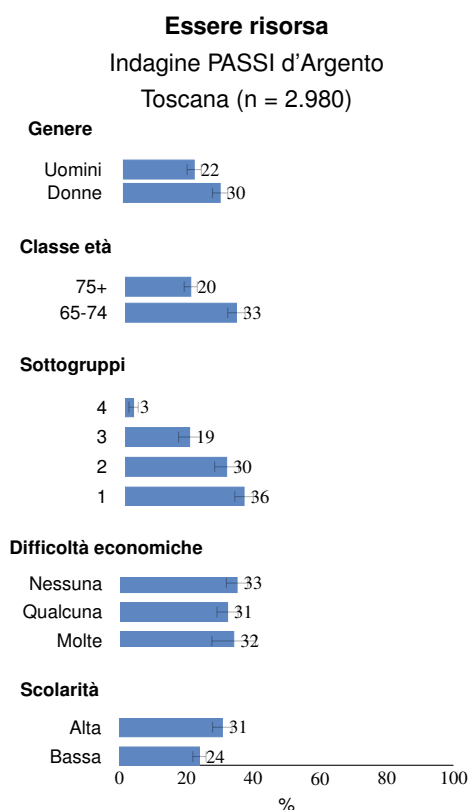
3.4.1 Quanti sono complessivamente gli anziani che rappresentano una risorsa per la società?

Il 26% (IC: 24-28) delle persone con 65 anni e più intervistate rappresenta una risorsa per conviventi, non conviventi o per la collettività.

Si tratta soprattutto di persone :

- di sesso femminile,
- con meno di 75 anni,
- con livello d'istruzione alto,
- in buona salute sia a rischio che non.

Non si riscontrano differenze per difficoltà economica nella disponibilità ad essere risorsa.



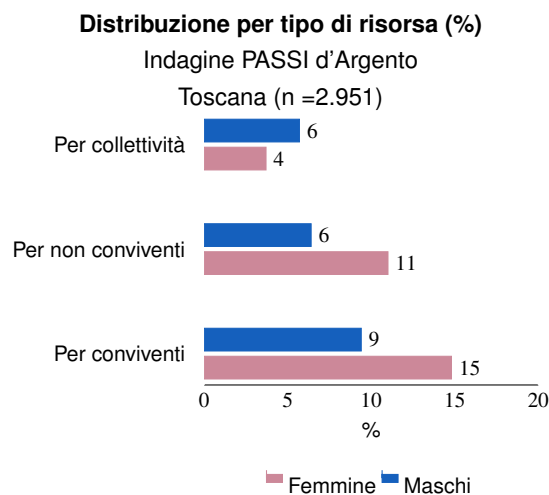
3.4.2 Per CHI i nostri anziani rappresentano una risorsa?

Il 12% del campione intervistato (IC: 11-14) è una risorsa per le persone che vivono sotto lo stesso tetto.

Il 9% (IC: 8-10) è di supporto e aiuto per figli, fratelli/sorelle, nipoti o amici non conviventi.

In entrambi i casi le donne sono in proporzione maggiore.

Il 4% (IC: 4-5) svolge attività di volontariato in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro. La maggior proporzione di uomini in questo tipo di attività non raggiunge comunque il livello di significatività.



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

Si stima che circa 107.342 persone con 65 e più anni, residenti nella nostra regione, rappresentino una risorsa per i conviventi; la proporzione più alta si registra tra le donne e tra le persone della classe di età più giovane.

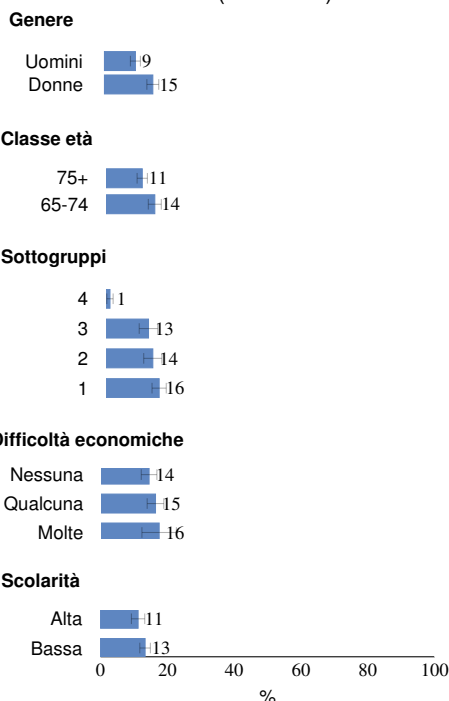
Le donne che aiutano i familiari conviventi sono significativamente più degli uomini in questa fascia d'età (18% vs 10%), mentre non è significativa la differenza (seppur presente) nella classe di età superiore.

Livello di istruzione, disponibilità economica e condizioni di salute non determinano differenze significative, se non, chiaramente, per quanto riguarda gli anziani con disabilità.

Essere risorsa per i conviventi

Indagine PASSI d'Argento

Toscana (n = 2.132)



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

Si stima che circa 78.938 persone con 65 e più anni, residenti nella nostra regione, rappresentino una risorsa per i non conviventi; la proporzione più alta si registra tra coloro che hanno le seguenti caratteristiche:

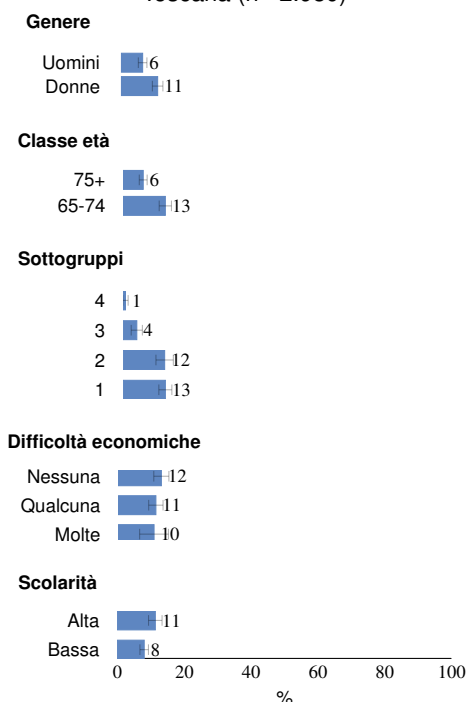
- sono donne,
- età inferiore ai 75 anni,
- sono in buone condizioni di salute a prescindere dal livello di rischio (sottogruppi 1 e 2),
- livello d'istruzione alto.

La scolarità e il livello di istruzione non determinano differenze significative.

Essere risorsa per i non conviventi

Indagine PASSI d'Argento

Toscana (n = 2.980)

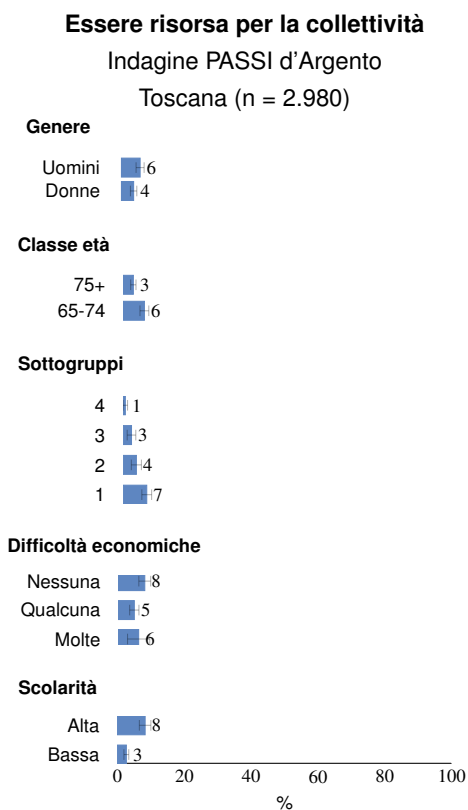


3.4.5 Quali sono le caratteristiche degli anziani che sono di aiuto alla collettività?

Si stima che circa 38.978 persone con 65 e più anni, residenti nella nostra regione, siano una risorsa per la collettività, cioè svolgono attività di volontariato in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro; la proporzione più alta si registra in coloro che hanno le seguenti caratteristiche:

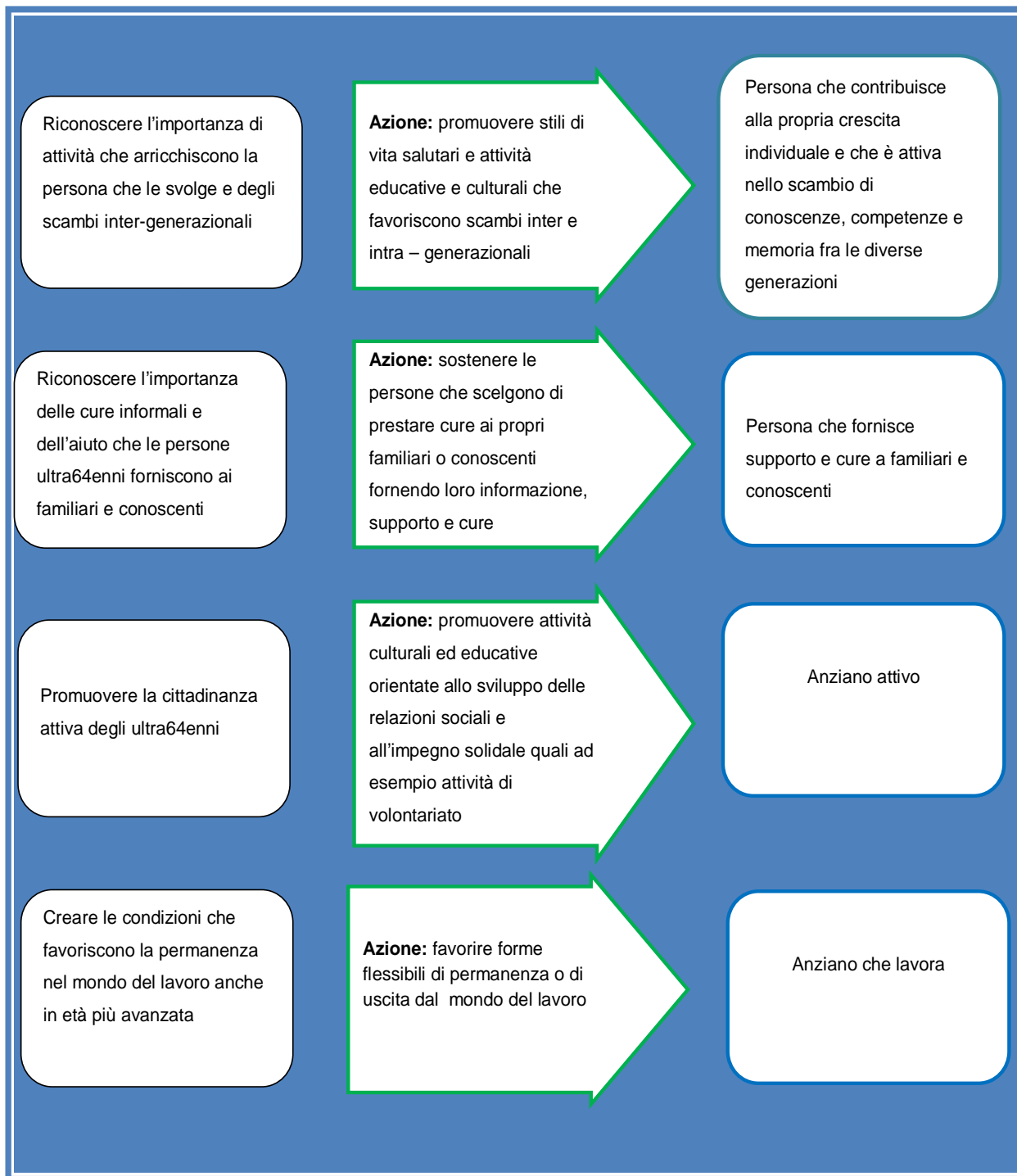
- età inferiore ai 75 anni,
- livello d'istruzione alto.

Non si riscontrano differenze statisticamente significative per genere, né per livello di difficoltà economica.



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

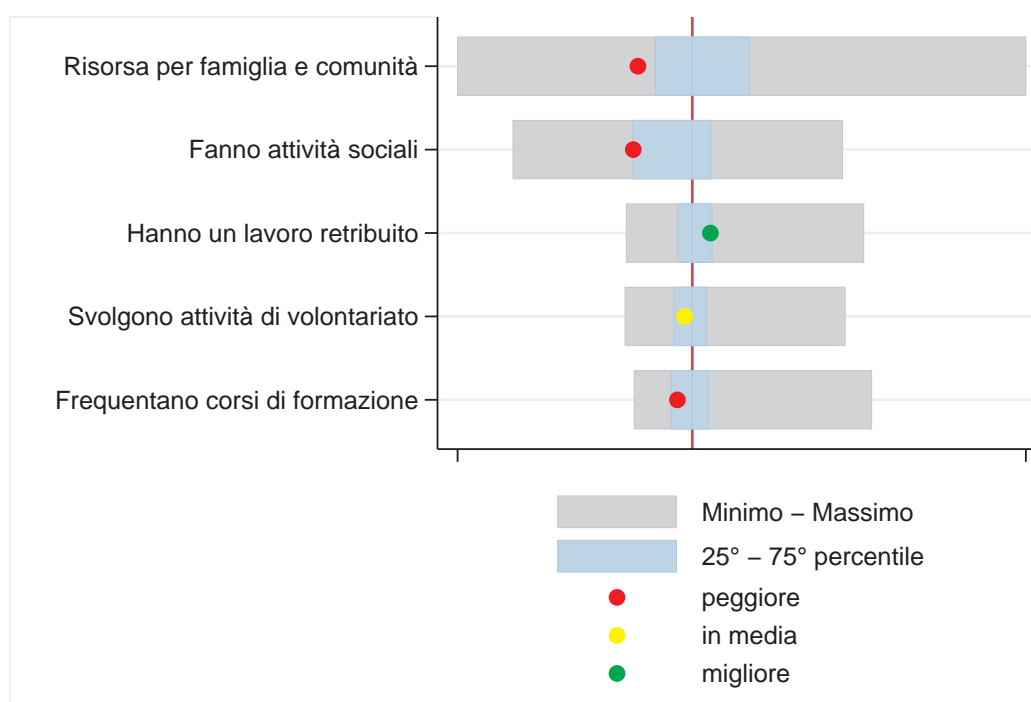
Il modello rappresenta una sintesi delle azioni che possono essere intraprese da parte della società civile per favorire l'essere risorsa dei propri anziani:



3.5 Indicatori che descrivono la partecipazione e l'essere risorsa: un confronto tra Toscana e dati di pool nazionale

La popolazione della Toscana mostra una percentuale di anziani che lavorano superiore alla media nazionale, mentre è significativamente inferiore la percentuale di anziani che fungono da risorsa per la famiglia e la comunità o impegnati in attività sociali.

Coerente alla media di pool è invece la percentuale di anziani impegnati in attività di volontariato o in corsi di formazione.



Indicatore	Direzione migliore	Dati di pool			Dati regionali	
		Media pool	Int conf 95% inf - sup	Percentili min (25°-75°) max	Media regionale	Int conf 95% inf - sup
Frequentano corsi di formazione	⇒	4,4	4-4.7	0(2.8-5.6)18	3,3	2.6-4
Svolgono attività di volontariato	⇒	5,1	4.7-5.4	0(3.7-6.2)16.7	4,5	3.8-5.3
Hanno un lavoro retribuito	⇒	5,0	4.7-5.4	0(3.9-6.5)18	6,4	5.5-7.3
Fanno attività sociali	⇒	28,6	27.8-29.3	15(24.1-30)40	24,1	22.6-25.7
Risorsa per famiglia e comunità	⇒	30,3	29.4-31.1	12.5(27.5-34.6)55.6	26,2	24.5-27.8

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".

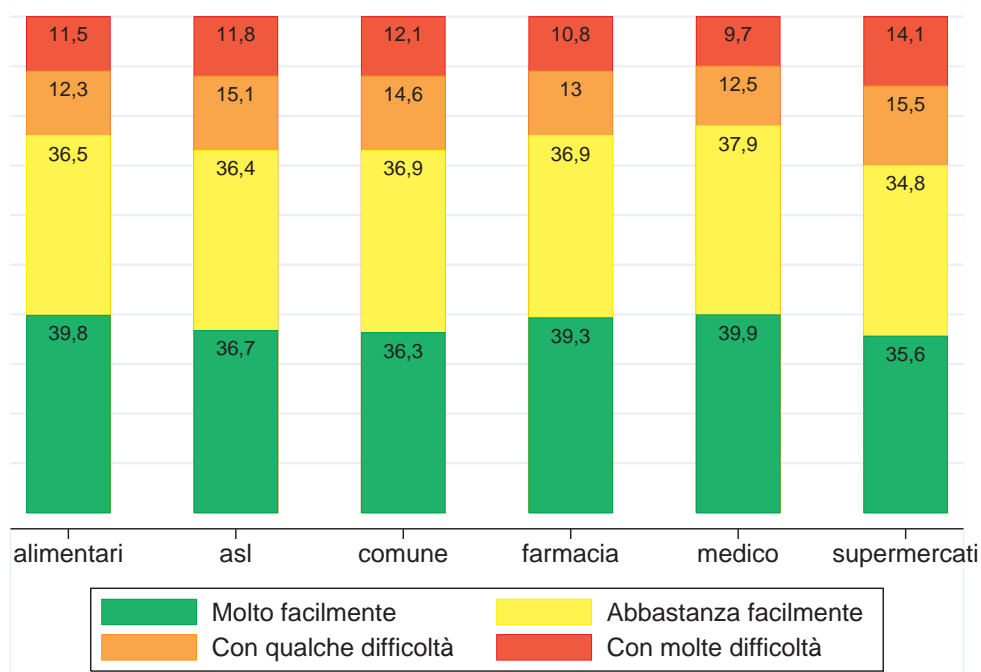
L'obiettivo del piano europeo è quello di portare un numero sempre maggiore di comunità a impegnarsi nel processo di elaborazione di strategie mirate a rendersi maggiormente a misura di anziano, dal momento che importanti decisioni che influenzano l'ambiente di vita vengono spesso assunte a livello locale. 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, e operare per migliorarla rientra anche nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze. PASSI d'Argento ha esplorato la fruibilità dei servizi sanitari (servizi della ASL, medico di famiglia, farmacia), sociali (servizi del comune) e utili alle necessità della vita quotidiana (negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali) e le difficoltà incontrate per raggiungerli. Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento e la sicurezza sono assicurate sia dentro le abitazioni che al di fuori, è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita.

Con l'avanzare dell'età, e quindi del tempo che si trascorre nella propria abitazione, disporre di un alloggio sicuro e confortevole diventa ancora più importante per una buona qualità della vita. Per le persone anziane, il sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale, fattori ambientali legati all'edilizia e alla sicurezza fanno parte degli aspetti più rilevanti per la realizzazione di un ambiente favorevole alla salute e la "sicurezza fisica" è uno degli indicatori utilizzati nel 2012 dall'Unione europea per la creazione dell'indice di invecchiamento attivo.

PASSI d'Argento ha raccolto informazioni riguardanti l'alloggio di residenza e l'area ad esso circostante. In particolare sono state indagate le condizioni di godimento dell'alloggio (es: proprietà, affitto), possibili fonti di preoccupazione legate alle condizioni abitative e la sensazione di sicurezza nell'area di residenza.

4.1 Accessibilità ai servizi

4.1.1 Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?



Le persone con 65 anni e più che esprimono difficoltà a raggiungere i servizi risultano essere

- il 30% per i supermercati e i centri commerciali,
- il 28% per i servizi del Comune,
- il 27% per i servizi della ASL,
- il 24% per la farmacia,
- il 24% per i negozi di generi alimentari,
- il 22% per il medico di famiglia,

Quindi, anche se almeno 7/8 persone su 10 raggiungono facilmente i servizi più importanti, almeno 2/3 su 10 hanno difficoltà di accesso ad uno di essi.

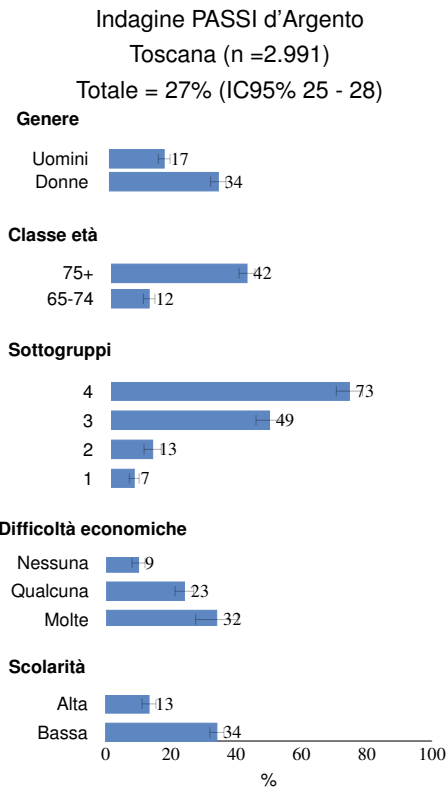
Per i servizi socio-sanitari, le difficoltà a raggiungere medico sono significativamente meno frequenti di quelle segnalate per raggiungere i servizi della ASL e del Comune.

Per i servizi commerciali, la difficoltà a raggiungere i negozi di generi alimentari o le farmacie è significativamente meno diffusa di quella per raggiungere supermercati e centri commerciali.

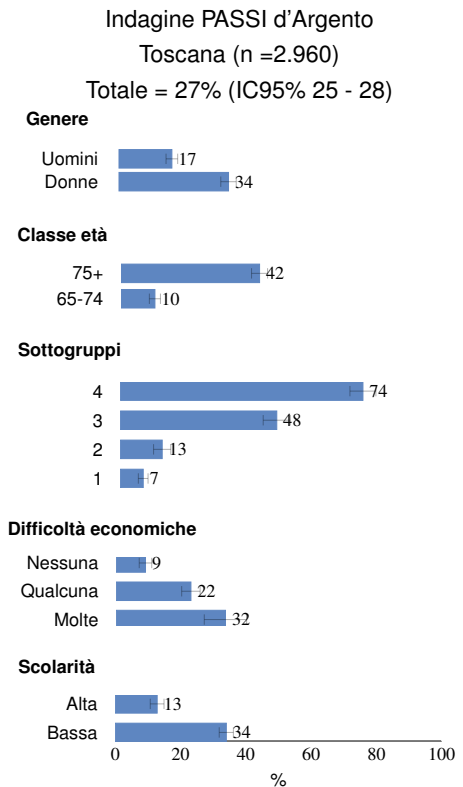
Il 40% degli intervistati dichiara di raggiungere "molto facilmente" il medico di famiglia, modalità che registra il valore più basso (36%) per l'accesso ai supermercati.

4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?

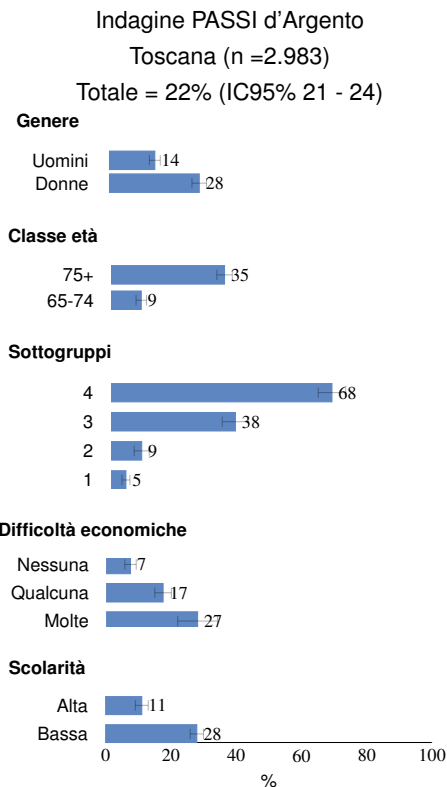
Raggiungono con difficoltà i servizi della ASL (%)



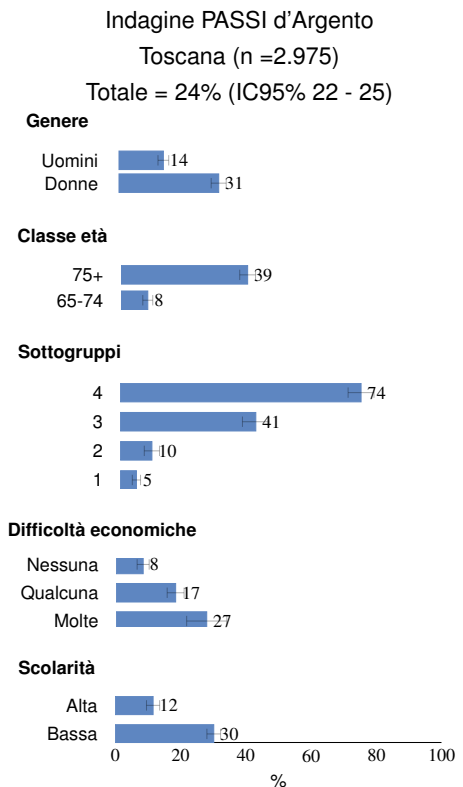
Raggiungono con difficoltà i servizi del Comune (%)



Raggiungono con difficoltà l'MMG (%)



Raggiungono con difficoltà la farmacia (%)



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

- dalle donne rispetto agli uomini;
- dalle persone con 75 anni e più rispetto a quelle tra 65 e 74 anni;
- dalle persone senza titolo di studio o con scolarità elementare rispetto agli altri titoli di studio;
- dalle persone con difficoltà economiche rispetto a quelle che non ne riferiscono;
- dalle persone a “rischio di” o “con” disabilità, rispetto a quelle in buone condizioni (sottogruppi 3-4).

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

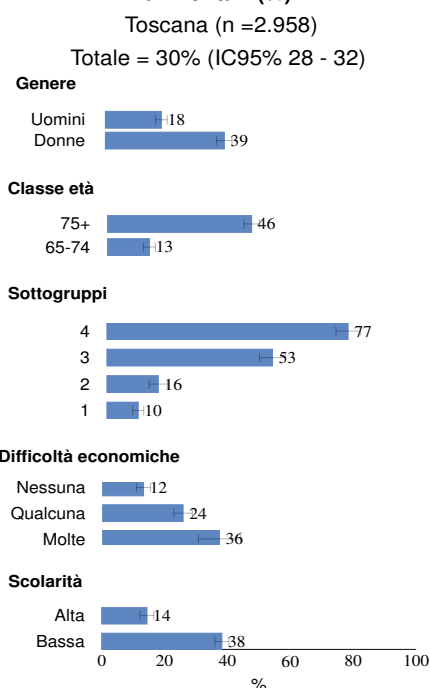
Il 30% della popolazione con 65 anni e più riferisce difficoltà a raggiungere negozi di generi alimentari e/o supermercati.

Anche la difficoltà di accesso ai servizi commerciali considerati nell'indagine riguarda in particolar modo:

- le donne (39%);
- i più “anziani” (75 anni e più: 46%);
- le persone con scolarità bassa (38%);
- le persone con difficoltà economiche (qualche 24%; molte 36%);
- le persone a “rischio di” o “con” disabilità (rispettivamente 53 e 77%).

Questi gruppi di popolazione appaiono svantaggiati nell'accesso ai negozi di generi alimentari e ai supermercati/centri commerciali, anche quando considerati separatamente, anche se in generale gli alimentari pongono problemi di accesso ad una percentuale più bassa di popolazione.

Persone con problemi accesso ai supermercati e/o alimentari (%)



4.2 Abitazione

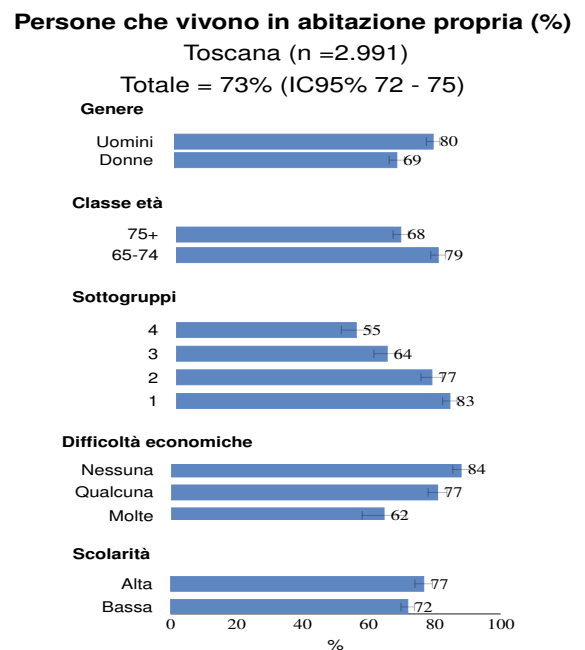
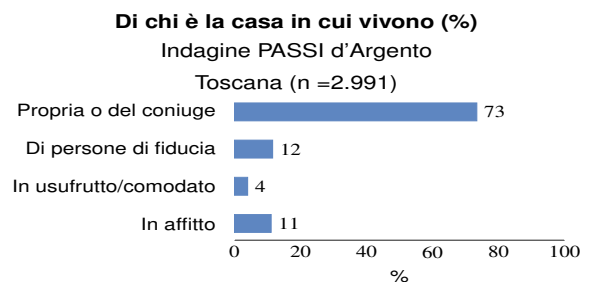
4.2.1 Quanti vivono in un'abitazione propria e quanti in affitto?

Quasi 3 persone su 4 con 65 anni (73%) vivono in casa propria o del coniuge, condizione ancora più frequente tra le persone con livello di scolarità alto (77%) o senza difficoltà economiche (84%).

Poco più di 1 anziano su 10 paga un affitto, situazione che arriva a coinvolgere quasi una persona su 4 (26%) tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche.

Poco numerose sono le persone con 65 anni e più che vivono in case di persona di fiducia (12%) o in abitazioni in usufrutto o comodato d'uso (4%).

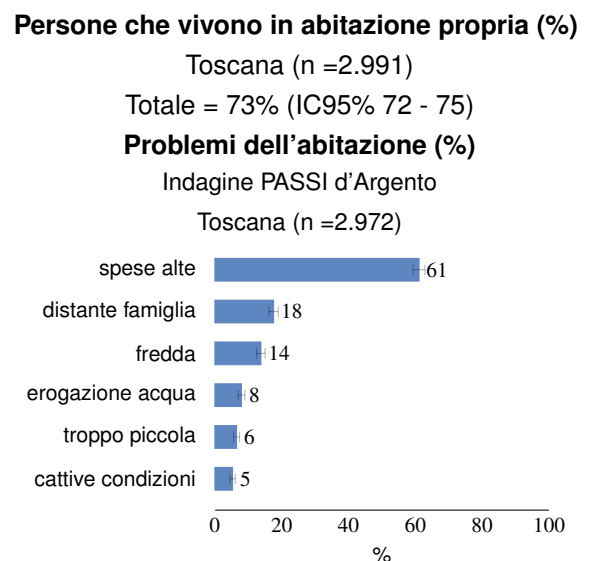
La quota di queste 2 categorie di persone però raddoppia (34% complessivamente) dopo gli 85 anni.



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

Tra i problemi dell'abitazione, le spese troppo alte rappresentano il problema più diffuso essendo riferito da oltre la metà (63%) delle persone con 65 anni e più. Il 17% lamenta eccessiva distanza dalla famiglia. Gli altri problemi abitativi indagati vengono riferiti ciascuno da meno del 15% delle persone con 65 anni e più:

- riscaldamento insufficiente (14%)
- cattive condizioni (5%)
- dimensione insufficiente (6%)
- problemi di erogazione dell'acqua (8%)



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

Complessivamente più di 7 persone su 10 con 65 anni e più riferiscono problemi nell'abitazione: il 45% 1 problema e il 29% almeno 2.

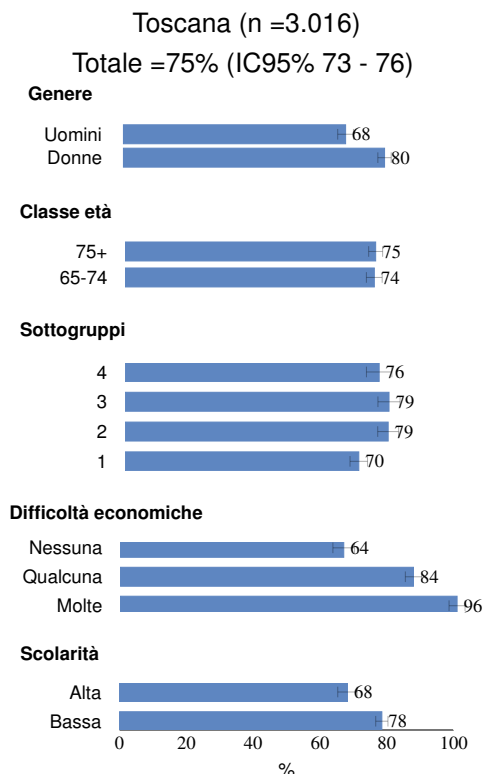
I problemi dell'abitazione vengono segnalati con frequenza significativamente maggiore dalle donne e dalle persone con qualche problema di salute, mentre non si riscontrano differenze per classe di età.

Un 10% di differenza si rileva anche tra soggetti con scolarità alta rispetto a chi ha una bassa scolarità, ma soprattutto si riscontra un significativo aumento della prevalenza di persone con problemi nell'abitazione al peggiorare della percezione del proprio stato economico.

Quando non viene presa in considerazione la segnalazione di spese troppo alte, le persone con 65 anni e più che riferiscono problemi nell'abitazione risultano poco più di un terzo (39%).

In questo caso si osserva una frequenza di segnalazione significativamente maggiore per le donne e per le persone con difficoltà economiche (nessuna difficoltà: 37%, qualche: 42%, molte: 54%)

Persone con problemi nell'abitazione (%)

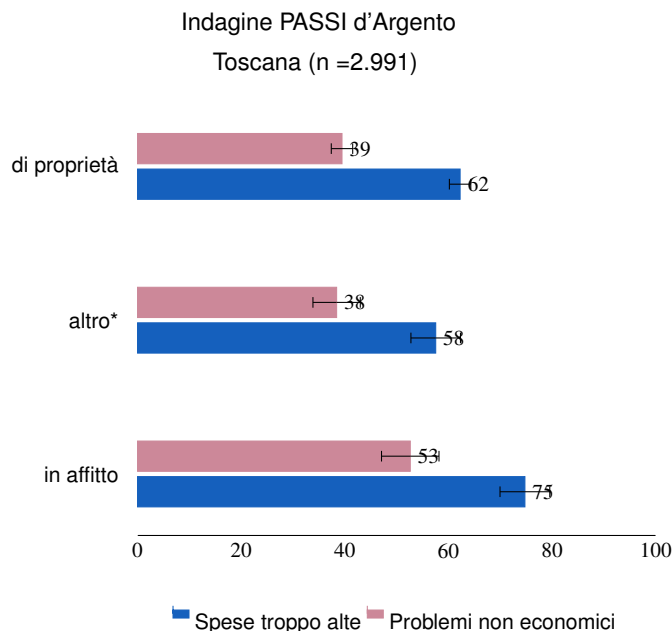


4.2.4 La segnalazione di problemi dell'abitazione cambia in relazione alla sua proprietà?

Le persone in affitto segnalano significativamente più spesso problemi (85%) rispetto a quelle in usufrutto (69%) o che abitano in case di proprietà (75%).

Considerando separatamente i problemi di tipo economico ("spese troppo alte"), vediamo come l'essere in affitto esponga più frequentemente sia a problemi di tipo non economico, che al' avere spese troppo alte, mentre il vivere in casa di proprietà o in usufrutto siano condizioni comparabili rispetto al presentarsi di problemi.

Proprietà dell'abitazione e segnalazioni di problemi (%)



* 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?

In Toscana oltre il 90% delle persone con 65 e più anni si sente sicura nell'area in cui vive:

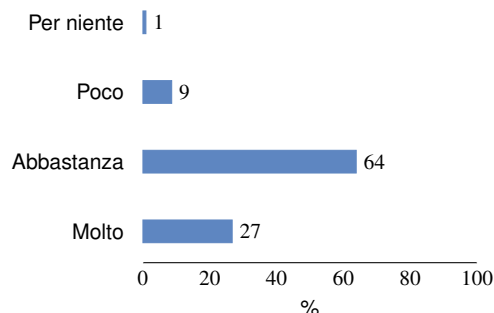
- il 27% molto sicura
- il 64% abbastanza sicura

È 1 anziano su 10, quindi, dichiara di non sentirsi sicuro nella zona in cui vive:

- il 9% poco sicure
- l'1% per niente sicure

Sicurezza nella zona in cui vivono (%)

Indagine PASSI d'Argento
Toscana (n =2.174)



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

La mancanza di sicurezza nell'area in cui si vive non cambia in relazione a genere, età, scolarità e stato di salute.

Seppure in maniera non statisticamente significativa, la sensazione di insicurezza aumenta in presenza di una condizione di disabilità (15%), mentre è significativamente più alta la percentuale di persone con maggiori difficoltà economiche che vive in zone dove si sente poco sicura.

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

Mancanza di sicurezza* nell'area in cui si vive(%)

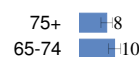
Toscana (n =2.174)

Totale =9.5% (IC95% 8.2 - 10.7)

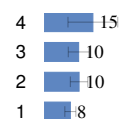
Genere



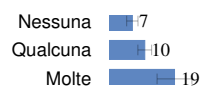
Classe età



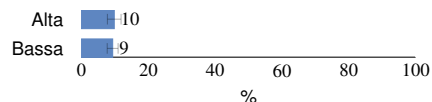
Sottogruppi



Difficoltà economiche



Scolarità



* si sentono "poco" o "per niente" sicure

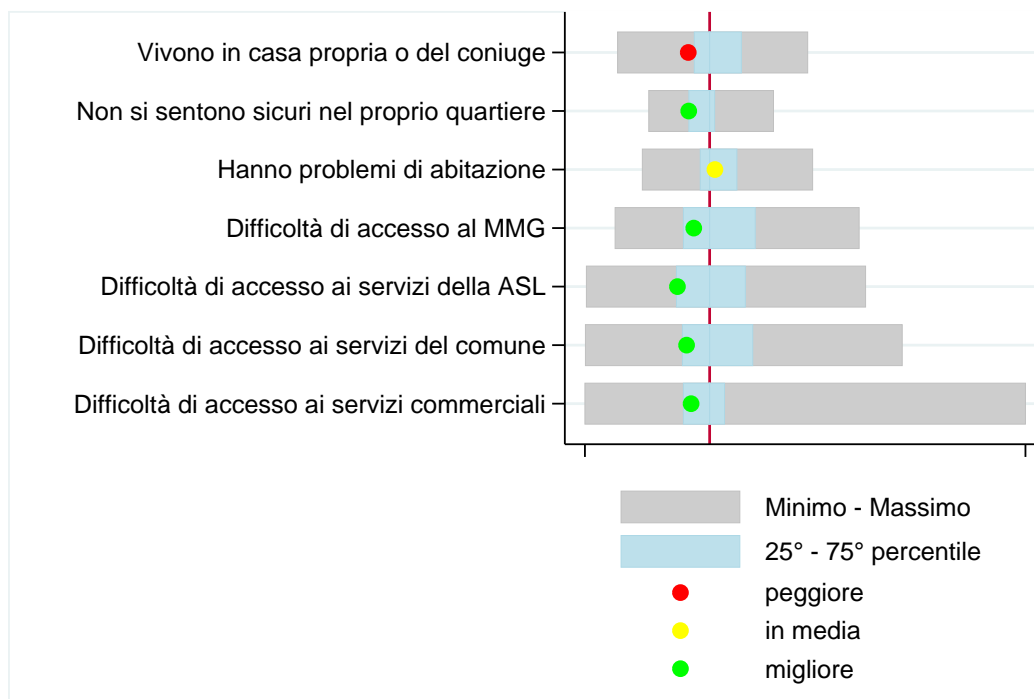
4.4 Indicatori che descrivono l'ambiente di vita e l'accessibilità ai servizi: un confronto tra campione toscano e dati di pool nazionale

L'ambiente di vita in Toscana sembra essere mediamente migliore di quello riscontrato nel pool nazionale.

L'accessibilità dei servizi è significativamente meno difficile per i nostri cittadini, così come essi dichiarano più frequentemente di sentirsi più sicuri nel proprio quartiere.

Vivono meno spesso in casa propria o del coniuge (74% dei casi vs 78% nel pool nazionale), ma notiamo che un ulteriore 16% di anziani vive in casa di persone di fiducia o in usufrutto, riducendosi così al solo 11% la percentuale di anziani gravati da spese di affitto.

In media con il pool nazionale è invece la percentuale di anziani che dichiara di avere problemi relativi all'abitazione in cui vive.



Indicatore	Direzione migliore	Dati di pool			Dati regionali	
		Media pool	Int conf 95% inf - sup	Percentili min(25°-75°)max	Media regionale	Int conf 95% inf - sup
Difficoltà di accesso ai servizi commerciali	⇐	33,7	32.8-34.6	8.5(28.4-36.7)97.5	29,9	28.3-31.6
Difficoltà di accesso ai servizi del comune	⇐	31,4	30.5-32.3	6.3(25.9-40.1)70.3	26,7	25.1-28.4
Difficoltà di accesso ai servizi della ASL	⇐	33,4	32.8-34	8.5(26.7-40.6)64.9	26,9	25.3-28.5
Difficoltà di accesso al MMG	⇐	25,4	24.6-26.2	6.3(20.1-34.6)55.6	22,2	20.7-23.7
Hanno problemi di abitazione	⇐	73,6	72.8-74.4	60(71.7-79.1)94.4	74,7	73.1-76.2
Non si sentono sicuri nel proprio quartiere	⇐	13,7	13-14.4	1.4(9.5-14.7)26.6	9,5	8.2-10.7
Vivono in casa propria o del coniuge	⇒	77,7	77-78.5	59.1(74.6-84.1)97.5	73,4	71.8-75

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. Aging Mental Health. 2011;15(4):467-74.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. Journal of the American Geriatrics Society 2008 56(4):711–7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284537>; ultima consultazione 24/09/13.
- Programma Nazionale Linee Guida. Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry 2009; VII(1):118-136.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Medical Care 2003; 41:1284-1292.
- Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2009;65(6):1342-52.
- Sergi G, De Rui M, Sarti S, 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