



Risultati della sorveglianza “PASSI d’Argento”: salute e invecchiamento attivo nelle Marche

La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più



Regione Marche
Indagini 2014-2015 e 2016-2017



Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine:

Coordinatore regionale delle Sorveglianze Passi e Passi d'Argento:

Liana Spazzafumo PF Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR – Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Coordinatore del Progetto Passi d'Argento:

Francesca Polverini – Osservatorio Epidemiologico regionale - PF Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR - Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Referenti di Area Vasta – ASUR:

Marco Pompili (Area Vasta 1)

Marco Morbidoni (Area Vasta 2)

Rosanna Passatempo (Area Vasta 3)

Rossana Belfiglio (Area Vasta 4)

Massimo Baffoni (Area Vasta 5)

Referente Regionale delle Sorveglianze:

Fabio Filippetti PF Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro - Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Contributi alla stesura del report:

Francesca Polverini, Elisabetta Polimanti, Federica Carfagnini, Marco Pompili, Liana Spazzafumo.

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 regione Marche. Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste e i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita. Un ringraziamento particolare va a tutti gli intervistatori per il loro prezioso contributo dato alla realizzazione dell'indagine.

Luglio 2019

INDICE

Prefazione	3
Premessa	4
Introduzione	5
Note metodologiche della sorveglianza PASSI d'Argento	6
Invecchiamento attivo	8
Profilo socio-demografico degli anziani marchigiani	9
Benessere e Indipendenza	10
Autonomia nelle attività della vita quotidiana	12
Percezione dello stato di salute	14
Condizioni di salute e cure	16
Patologie croniche	16
Sicurezza nell'uso dei farmaci	18
Problemi di vista, udito e masticazione	20
Cadute	22
Sintomi di depressione	24
Abitudini e stili di vita	25
Consumo di alcol	26
Abitudine al fumo	28
Stato nutrizionale e abitudini alimentari	30
Attività fisica	32
Protezione dalle ondate di calore	34
Vaccinazione antinfluenzale	35
Partecipazione	36
Anziano risorsa	38
Isolamento sociale	39
Soddisfazione per la propria vita	40
Ambiente di vita	41
Abitazione	42
Accesso ai servizi	43
Indagine 2016-2017	44
Considerazioni finali	64
Bibliografia	66

Prefazione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, che riguarda da vicino il nostro Paese e costituisce un interesse prioritario per Servizio Sanitario Marchigiano.

Una società che invecchia ci pone di fronte a sfide importanti ed il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento vuole fornire una duplice risposta, mirata all'innovazione e all'azione.

Innovazione, in quanto l'attuale contesto demografico – caratterizzato dall'allungamento della speranza di vita e dal calo delle nascite – richiede una nuova visione della società e dei rapporti tra cittadini.

A questo proposito, il 2012 è stato proclamato "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni" e PASSI d'Argento vuole promuovere un nuovo approccio al fenomeno, a partire dalla definizione di invecchiamento attivo voluta dall'OMS.

Per la prima volta, grazie a PASSI d'Argento, è possibile "misurare" il contributo che le persone con 65 anni e più offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.

Azione, in quanto PASSI d'Argento permette di implementare azioni concrete volte alla promozione della salute e dell'invecchiamento attivo.

In particolare, le sorveglianze di popolazione sono un eccezionale strumento di *governance* per far fronte all'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche. Il nuovo Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale (PSSR) 2019-2021 è orientato alla gestione della fragilità e della cronicità.

I Piani d'Azione Globale dell'OMS, per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche non trasmissibili, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza (Risoluzione OMS, settembre 2011, punto 2a), come strumento in grado di 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, e di seguirne l'evoluzione nel tempo.

La Regione Marche, crede fermamente nell'importanza di continuare nel prossimo futuro la rilevazione PASSI d'Argento, alla luce sia dell'approccio innovativo proposto dalla sorveglianza, che la rende un importante strumento di pianificazione, progettazione e valutazione degli interventi rivolti alla popolazione anziana, sia della nuova cornice normativa, più chiara e solida, i cui atti principali sono:

- il DPCM del 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza) che ha introdotto la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dell'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica;
- il DPCM del 3 marzo 2017 (Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, tumori ed altre patologie) che ha inserito la sorveglianza PASSI e Passi d'Argento fra quelle a rilevanza nazionale, convertendole da attività progettuale, ad attività istituzionale "corrente" a livello regionale e locale;
- il Piano Nazionale della Prevenzione, che individua PASSI e Passi d'Argento come fonti utili per la costruzione di indicatori, volti alla prevenzione specifica della popolazione in generale ed in particolare di quella anziana.

Riteniamo quindi che sia indispensabile investire risorse per sostenere questa scelta, che rende possibile disporre annualmente di dati aggiornati sulla salute e i bisogni della popolazione anziana marchigiana, utili alla programmazione di interventi volti alla promozione di un invecchiamento sano ed attivo.

Auspichiamo pertanto, per il prossimo futuro, che la sorveglianza diventi parte integrante del Sistema, in modo da avere strumenti validi, per trasformare in opportunità le sfide poste da una società "ad età avanzata", prestando attenzione fin da ora al futuro delle generazioni più giovani.

Lucia Di Furia

Dirigente Servizio Sanità Regione Marche

Rodolfo Pasquini

Direttore Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Premessa

L'indagine PASSI d'Argento, rileva annualmente e in continuo, lo stato di salute della popolazione ultra 64enne. E' promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e dalle Regioni, con il supporto tecnico-scientifico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'obiettivo principale è quello di dare vita ad un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e sulla qualità della vita della popolazione anziana, centrato sulle esigenze delle realtà regionali e che fornisca informazioni tempestive e confrontabili tra le Regioni italiane, nell'ottica dell'invecchiamento attivo delle persone con 65 anni e più.

Attraverso tale sistema si intende mettere a disposizione dei decisori, informazioni utili per le scelte inerenti le politiche socio-sanitarie, volte a migliorare la qualità di vita della popolazione anziana.

Questo tipo di sorveglianza costituisce un approccio moderno cominciato in Italia nel 2007 con PASSI, una sorveglianza per la popolazione da 18 a 69 anni. PASSI d'Argento fornisce informazioni dettagliate su abitudini e stili di vita della popolazione ultra 64enne, completando così il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI. L'invecchiamento attivo, infatti, è un processo che si costruisce ben prima dei 65 anni.

Si tratta di prendere in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia e di seguirli, producendo in tempo utile un'informazione per gli amministratori, per chi opera nel sistema sanitario, per gli anziani stessi e per le loro famiglie, in maniera tale da offrire un'opportunità di promuovere la salute, prevenendo le malattie e migliorando l'assistenza a questo gruppo di popolazione.

Il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento permetterà di monitorare l'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate al progredire dell'età, di valutare l'efficacia degli interventi messi in atto dai servizi, dalle famiglie e dall'intera collettività e di indirizzare in maniera più mirata le politiche e le strategie di intervento, sia a livello nazionale, che delle singole Regioni.

Essendo uno strumento interno al sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, è fondamentale che i dati di sorveglianza abbiano una ricaduta a livello operativo e che vengano utilizzati dai soggetti preposti alla programmazione e realizzazione di interventi a favore della popolazione anziana, quali ASL, distretti e comuni.

L'indagine fornisce informazioni su dimensioni poco conosciute, ma di estrema importanza per il miglioramento e il mantenimento di una buona qualità della vita nelle persone ultra 64enni. I principali argomenti oggetto dell'indagine sono: gli stili di vita, l'autonomia funzionale, la percezione dello stato di salute, le patologie croniche, l'uso di farmaci, le cadute, i problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie, i sintomi di depressione e l'isolamento sociale. Vengono inoltre raccolte informazioni sul livello di partecipazione sociale, sul coinvolgimento degli anziani in attività socialmente utili o di volontariato, sul sostegno al contesto di vita familiare, sulla conoscenza e l'uso di programmi di intervento e di azioni mirate al sostegno dell'età anziana, sull'aiuto nelle attività della vita quotidiana.

Tutte le informazioni raccolte vengono utilizzate per descrivere meglio la popolazione anziana nelle sue componenti fondamentali (i 'pilastri del buon invecchiamento') che sono: essere risorsa per la famiglia e la collettività, partecipare alla vita sociale, rimanere in buona salute, usufruire di cure e tutele ed avere un reddito adeguato.

Liana Spazzafumo

Coordinatore regionale delle sorveglianze

Fabio Filippetti

Referente regionale delle sorveglianze

Introduzione

Perché una sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più?

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

La sorveglianza epidemiologica di popolazione PASSI d'Argento si propone come strumento per registrare i diversi bisogni di questa fascia di popolazione e, tempestivamente, indicarli ai decisori e ad 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).

Il rapporto regionale "Risultati della sorveglianza PASSI d'Argento: salute e invecchiamento attivo nelle Marche" presenta i risultati dell'indagine PASSI d'Argento relativi alle due rilevazioni condotte a livello regionale, nei bienni 2014-2015 e 2016-2017 e 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, addetti ai lavori e della popolazione, un documento di consultazione dei risultati delle indagini 2014-2015 e 2016-2017 condotta a livello regionale/locale.

Nelle pagine seguenti, i risultati della sorveglianza PASSI d'Argento sono presentati all'interno di 5 capitoli:

1. Benessere e indipendenza
2. Condizioni di salute e cure
3. Abitudini e stili di vita
4. Partecipazione ed anziano risorsa
5. Ambiente di vita

La scelta di dare rilievo agli aspetti che riguardano la partecipazione e l'ambiente di vita è in linea con un approccio intersettoriale al fenomeno dell'invecchiamento. Il sistema PASSI d'Argento fa esplicito riferimento al modello dell'OMS (dal 2002 in poi) dell'*Healthy and Active Ageing*, che sollecita lo sviluppo di politiche e interventi nell'ambito dei tre pilastri dell'invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza. Il riferimento al modello dell'OMS come chiave di lettura dei risultati PASSI d'Argento, risponde a un obiettivo specifico: sostenere la visione di invecchiamento attivo e fornire dati tempestivi e validi sui problemi oggetto di prevenzione e su alcuni indicatori che misurano la diffusione delle attività di prevenzione. Tuttavia, i fenomeni descritti in PASSI D'Argento non intendono essere esaustivi rispetto alle dimensioni definite dall'OMS. Nell'ultimo capitolo vengono presentati in forma più sintetica i dati relativi all'indagine 2016-2017, che sono risultati perlopiù sovrapponibili a quelli nazionali.

Note metodologiche della sorveglianza PASSI d'Argento

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;
- promuovere azioni e strategie d'intervento efficaci e monitorare gli interventi messi in atto.

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 risultano domiciliate fuori del comune di residenza, ospitate in Strutture Sanitarie Assistite, ricoverate in ospedale o residenti in carcere.

In ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere o mediante campionamento a cluster. Il campionamento viene effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie regionali o delle ASL aderenti. Si formano 6 strati, infatti per ciascuno dei due sessi vengono considerate le classi di età 65-74 anni, 75-84 e 85 anni e più. La rappresentatività è garantita a livello regionale, effettuando almeno 600 interviste l'anno e in alcuni casi anche a livello aziendale.

Le informazioni vengono raccolte tramite un questionario messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, standardizzato e validato a livello nazionale, diviso in 6 sezioni, dove sono presenti circa 80 domande a risposta multipla, che viene somministrato da personale opportunamente formato, tramite interviste telefoniche o faccia a faccia. La durata dell'intervista è circa 20 minuti per quella telefonica e di circa mezz'ora per quella faccia a faccia.

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 tramite lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle misure adottate dallo studio per garantire l'anonimato e la confidenzialità degli intervistati. La lettera contiene tutte le informazioni utili, compreso il nominativo ed il recapito telefonico del referente Aziendale a cui potersi rivolgere per chiedere ulteriori informazioni o per comunicare il proprio consenso o dissenso ad effettuare l'intervista. Analoga lettera viene inviata al Medico di Medicina Generale, che fornisce un supporto fondamentale alla buona riuscita dell'indagine, in quanto rappresenta una figura di riferimento a cui la persona sovente si rivolge per ricevere rassicurazioni e informazioni relativamente all'indagine.

Gli intervistatori contattano direttamente per telefono le persone selezionate per chiedere il consenso all'intervista e presentare gli obiettivi e i metodi dello studio. Le informazioni vengono trattate in forma anonima, quindi nessun dato nominativo è rintracciabile nel supporto informatico e non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato, in quanto i dati vengono analizzati in forma aggregata.

L'intervistatore effettua l'intervista attraverso modalità CATI (Computer Assisted Telephone Interview) o mediante questionari cartacei con successiva immissione dei dati su apposito Client.

Tutti i record vengono trasmessi criptati ad un database centralizzato in cui vengono eseguiti i controlli di qualità dei dati disponibili.

Le informazioni vengono raccolte in maniera tempestiva e sono confrontabili e non ottenibili da altri sistemi. Inoltre riguardano non solo lo stato di salute e la distribuzione dei fattori di rischio della popolazione target

ma consentono anche di identificare le carenze organizzative e le situazioni migliorabili, di verificare l'efficacia degli interventi promossi e quindi di programmare interventi correttivi e azioni di informazione, prevenzione e promozione della salute.

In questa pubblicazione vengono presentati i risultati della rilevazione 2014-2015 dello Studio PASSI d'Argento, integrati con i dati della rilevazione 2016-2017.

Metodi

Nella regione Marche, nel corso dell'indagine 2014-2015, sono state intervistate 1449 persone con 65 anni e più, individuate con campionamento casuale semplice, proporzionale per sesso ed età, ottenendo una rappresentatività complessiva a livello regionale. Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra gennaio 2014 e dicembre 2015. Nella prima sezione del questionario è previsto un test della memoria che permette di valutare l'orientamento spazio-temporale dell'anziano/a. Il test è costituito da 6 domande estratte dal Mini-Mental Test. Nel caso in cui l'anziano non superi il test della memoria o sia impossibilitato fin dall'inizio a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici, può essere intervistato con l'aiuto del "proxy", un familiare o una persona di fiducia dell'anziano che conosce le sue caratteristiche e abitudini e che supporta l'anziano nella conduzione dell'intervista (utilizzando una versione breve del questionario). Ciò consente di raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle compromesse condizioni di salute. La modalità di intervista (telefonica o faccia a faccia) è scelta sulla base delle necessità o eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato.

L'analisi è condotta utilizzando il metodo della pesatura, che serve a migliorare la precisione delle stime in termini di accuratezza, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interzonale.

I risultati vengono presentati per la gran parte sotto forma di prevalenze (percentuali e proporzioni), riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza (IC) solo per la variabile principale.

Struttura del rapporto

Gli argomenti trattati in questo rapporto sono stati suddivisi in cinque capitoli principali, a cui se ne aggiungono uno iniziale in cui viene tracciato il profilo socio-demografico degli anziani intervistati ed uno conclusivo in cui vengono presentati i dati raccolti nel biennio 2016-2017. Nel primo capitolo relativo a "Benessere e indipendenza", vengono trattati i temi che riguardano l'autonomia nelle attività della vita quotidiana e la salute percepita. Nel secondo capitolo, vengono presi in esame gli aspetti riguardanti le "Condizioni di salute e cure", quindi la diffusione delle principali patologie croniche, l'utilizzo dei farmaci, i problemi sensoriali (vista, udito e masticazione), le cadute e i sintomi di depressione. Nel terzo capitolo su "Abitudini e stili di vita" vengono analizzati fattori riguardanti la diffusione dei principali fattori di rischio comportamentali (alcol, fumo, alimentazione e peso, attività fisica) e aspetti inerenti l'ambito della prevenzione (ondate di calore e influenza stagionale). Nel quarto capitolo, centrale nell'impostazione del rapporto, vengono trattati i temi della "Partecipazione", anziano come risorsa, soddisfazione per la propria vita e isolamento sociale. Infine nel quinto capitolo riguardante l'"Ambiente di vita" vengono trattati i temi dell'abitazione, della sicurezza della zona in cui si vive e dell'accessibilità ai principali servizi.

Nella presentazione dei dati per ciascun argomento, si è scelto di mettere in evidenza soprattutto la distribuzione per classi di età (65-74, 75-84 e >=85), in quanto è importante mettere in risalto le notevoli differenze che si riscontrano all'interno della categoria "anziano". L'universo degli ultra 65enni è molto eterogeneo al suo interno ed è inappropriato trattare allo stesso modo la fascia più giovane (degli under 75) e quella dei cosiddetti "grandi vecchi" (gli ultra 85enni), in quanto troviamo complessivamente condizioni molto diverse tra loro. Per questo motivo ci è sembrato opportuno tenere nella giusta considerazione tali differenze, mettendo in evidenza, per ogni argomento, l'analisi per classi di età.

Invecchiamento attivo

Con “invecchiamento attivo” si intende l’invecchiare in buona salute e partecipare appieno alla vita della comunità. L’invecchiamento della popolazione costituisce “*un trionfo e una sfida*” per la società (OMS, 2002). Il generale aumento dell’aspettativa di vita è un’importante conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi sanitari. Tuttavia, più anni di vita non sempre corrispondono a una qualità di vita migliore. Da un lato, l’aumento delle patologie cronico degenerative legate all’invecchiamento, oltre ad incidere sulla qualità della vita delle persone, determina una crescita dei costi di cura e assistenza. Dall’altro, l’invecchiamento della popolazione fa nascere nuove sfide di carattere sociale, che richiedono risposte globali ed efficaci in tempi brevi. La strategia delineata dall’OMS e descritta nel piano “Q-Ageing”, mira a creare e rafforzare le condizioni per un invecchiamento attivo, le cui basi sono da costruire prima dell’età anziana, attraverso interventi sociosanitari volti:

- ✓ alla **Partecipazione** di tutti i soggetti alla vita sociale;
- ✓ al mantenimento della **Salute** intesa come benessere psicofisico;
- ✓ all’implementazione della **Sicurezza** della popolazione ultra 64enne, sia dal punto di vista fisico che socioeconomico.



Programma Q-Aging OMS 2002

Perché PASSI d'Argento?

Il Ministero della Salute, con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, ha promosso il progetto PASSI d'Argento, con il supporto tecnico-scientifico l'Istituto Superiore di Sanità. Attraverso indagini ripetute sullo stato di salute e sulla qualità della vita della popolazione ultra 64enne, il progetto intende sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione anziana, attivo su tutto il territorio nazionale, ma centrato sulle esigenze delle realtà regionali. PASSI d'Argento permetterà di monitorare l'evoluzione delle problematiche sociosanitarie legate al progredire dell'età e l'efficacia degli interventi messi in atto dai servizi, dalle famiglie e dall'intera collettività.

Una società che investe su queste tre aree contribuisce a rafforzare il messaggio che gli anziani non sono soltanto destinatari passivi dei sistemi sanitari e sociali, ma anche **risorsa per la società**.

PASSI d'Argento nelle Marche

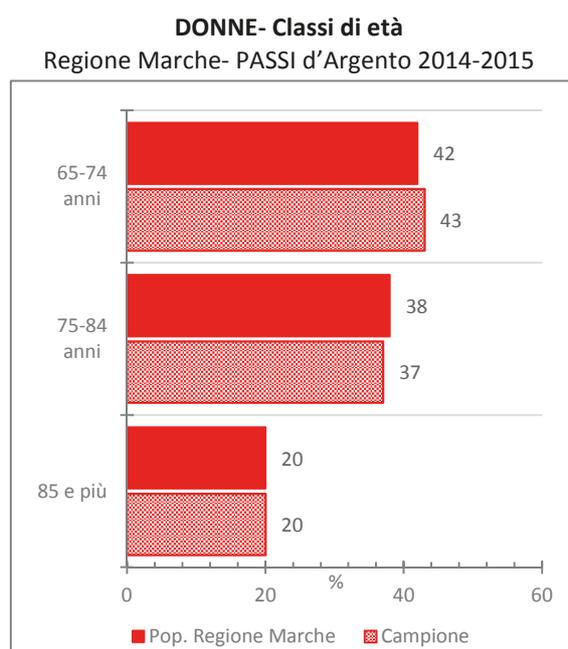
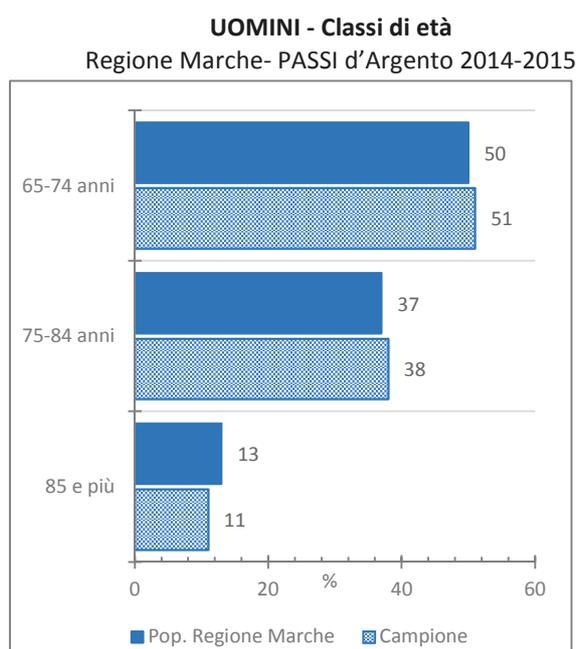
Nella regione Marche il 24% della popolazione ha più di 64 anni (con una media nazionale del 22%); su una popolazione di 1.531.753 persone, 375.511 sono ultra 64enni (Istat, 2018). Questo dato riflette il fenomeno dell'allungamento della vita media e la riduzione delle nascite che nella realtà marchigiana appare particolarmente rilevante. Nel biennio 2014-2015 è stato intervistato un campione di 1449 soggetti, estratto in maniera casuale dagli elenchi dell'anagrafe sanitaria e quindi rappresentativo della popolazione in studio. Le donne rappresentano il 69% del campione riflettendo un fenomeno di “femminilizzazione” della popolazione anziana che è risultata eterogenea per caratteristiche, potenzialità e bisogni sociosanitari.

Profilo socio-demografico degli anziani marchigiani

La descrizione delle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche della popolazione, oltre a fornire l'immagine della situazione esistente, consente anche di cogliere l'entità di differenze che hanno ricadute sulla salute soggettiva ed oggettiva delle persone. Rispetto alle variabili socio-economiche, considerando il livello di istruzione, il 47% degli anziani intervistati ha la licenza elementare (l'1,8% nessun titolo), il 22% un diploma di scuola media inferiore, il 22% un diploma di scuola media superiore e il 9% è laureato. Il 51% degli anziani riferisce difficoltà economiche (43,3% qualche, 8,1% molte), il 49% riferisce modeste difficoltà (5,2% nessuna, 43,4% poche). Il 78% è coniugato, mentre il 16% è vedovo. In prevalenza (78%) convivono con il proprio coniuge, il 25% con i figli e in una piccola percentuale di casi con altri familiari o con la badante.

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

Il 47% del nostro campione è costituito da persone con età compresa tra 65 e 74 anni, il 37% da persone fra i 75 e gli 84 anni e il 16% ha 85 anni o più. Le donne rappresentano il 57% del campione, con proporzioni decrescenti all'aumentare dell'età: 43% nella classe di età 65-74 anni, 37% tra 75 e 84 anni e 20% con 85 anni e più. Gli uomini, in confronto, sono il 43% del campione, di cui il 51% nella classe di età 65-74, il 38% tra 75 e 84 anni e l'11% ultra 85enni. L'età media del campione è 76,2 anni: 75,1 anni quella degli uomini e 76,9 anni quella delle donne. La distribuzione per classe di età del campione intervistato, analizzato separatamente per genere, conferma la diversa distribuzione per età nei 2 sessi; tra gli anziani intervistati, quelli con più di 85 anni sono l'11% degli uomini e il 20% delle donne. Il campione appare ben bilanciato, infatti la struttura per età e genere risulta sovrapponibile a quella della popolazione residente nella regione Marche (Istat, 2015).



Benessere e Indipendenza

Per analizzare la capacità di vita autonoma nell'anziano, si è partiti da una definizione di salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale.

E' ormai nota l'utilità delle misure soggettive del benessere e della salute. Le percezioni e le valutazioni soggettive riguardanti la propria salute, influenzano il modo in cui le persone affrontano la vita e ricorrono ai servizi, possiedono un elevato valore informativo e sono correlati con lo stato funzionale ed il benessere generale della persona.

In particolare, il concetto di "qualità della vita" è in linea con le indicazioni dell'OMS, che definisce la salute come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia". La "qualità della vita collegata allo stato di salute" (Health Related Quality Of Life – HRQOL) è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale.

La 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, in quanto forniscono 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 e da 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.

La salute è intesa 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 per rispondere all'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, è stata valutata l'autonomia della popolazione anziana, rispetto alle attività della vita quotidiana, misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare, è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

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

Per ciascuna attività, è stato chiesto alla persona intervistata se fosse in grado di svolgerla "da solo/a, anche se con problemi", "solamente se aiutato/a", oppure se non riusciva a svolgerla. Nell'indagine PASSI d'Argento, in una ottica bio-psico-sociale, per la quale le abilità sono il risultato dell'interazione dell'individuo

con l'ambiente che lo circonda, la risposta "solamente se aiutato" non è stata considerata come una perdita di indipendenza per lo svolgimento di 3 delle 6 ADL (vestirsi, farsi il bagno o la doccia, essere continenti) e di 4 IADL su 8 (cucinare, fare il bucato, pagare conti o bollette, usare il telefono). L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita.

Nell'indagine PASSI d'Argento sono state prese in considerazione le condizioni di disabilità e di fragilità nell'anziano ed è stata anche valutata la diffusione della mancanza di autonomia nelle singole attività della vita quotidiana. La limitazione in una di tali attività comporta di per sé una condizione di bisogno, tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del tipo (ADL o IADL) e del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo.

Attività di base (ADL) e attività strumentali (IADL) della vita quotidiana

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: mangiare, vestirsi, farsi il bagno o la doccia, muoversi da una stanza all'altra, essere continenti (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni.

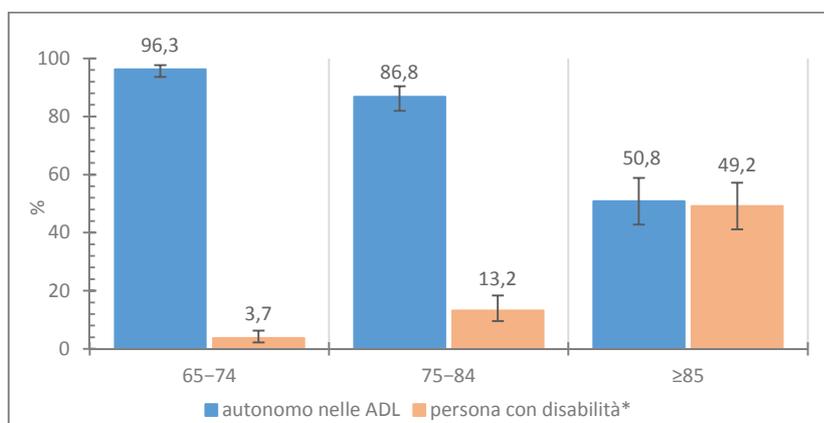
Le **IADL**, rispetto alle ADL, sono attività più complesse, dal punto di vista fisico e/o cognitivo e possono essere svolte anche al di fuori dell'ambiente domestico. Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto 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 grado di autonomia.

In letteratura vengono definiti disabili gli ultra 64enni che hanno difficoltà nello svolgere in maniera autonoma 1 o più ADL e PASSI d'Argento adotta questa definizione di disabilità. Inoltre, per quanto riguarda le attività strumentali, vengono considerati fragili, gli anziani che hanno bisogno di aiuto per svolgere 2 o più IADL, ma che sono completamente autonomi in tutte le funzioni fondamentali della vita quotidiana (ADL). Il 15% dei soggetti intervistati risulta disabile, presenta cioè limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana (ADL), in questo gruppo troviamo le persone che hanno particolare bisogno di assistenza.

Autonomia nelle attività della vita quotidiana

Gli anziani non autonomi in almeno una ADL sono in prevalenza donne, di età avanzata (49% tra chi ha 85 anni e più, 14% tra i 75-84 anni, 4% tra i 65-74 anni), con molte difficoltà economiche (14% vs 1% con nessuna difficoltà), con basso livello di istruzione (9% vs 4% con livello alto), con 2 o più patologie croniche (16% vs il 2% con nessuna patologia), socialmente isolati (19% vs il 3% di chi non è isolato) e con una percezione negativa del proprio stato di salute (17% vs il 4% di chi lo percepisce positivamente). Vivono soli nel 4% dei casi e percepiscono contributi solo nel 9% dei casi. Ricevono aiuto prevalentemente dai familiari (96%), da badanti (38%), dai servizi della Asl (16%) e nella quasi totalità dei casi valutano l'aiuto ricevuto buono (52%) o sufficiente (46%).

Grafico 1.1 Autonomia nelle ADL, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.

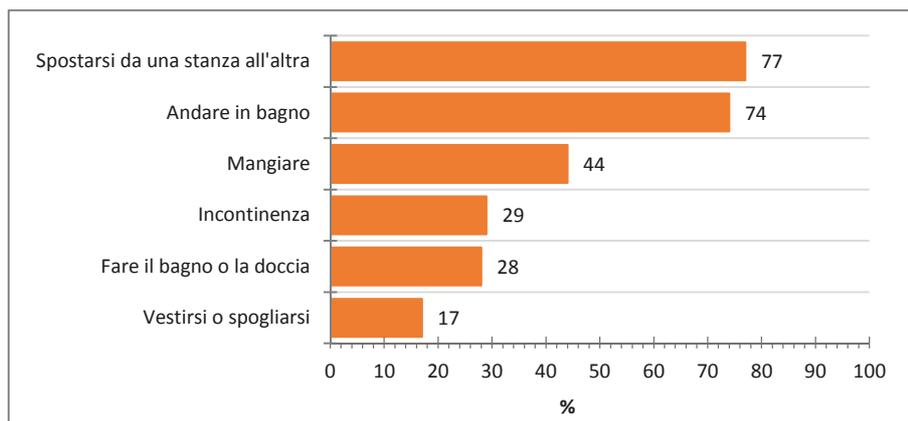


* anziani non autonomi in una o più ADL.

Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?

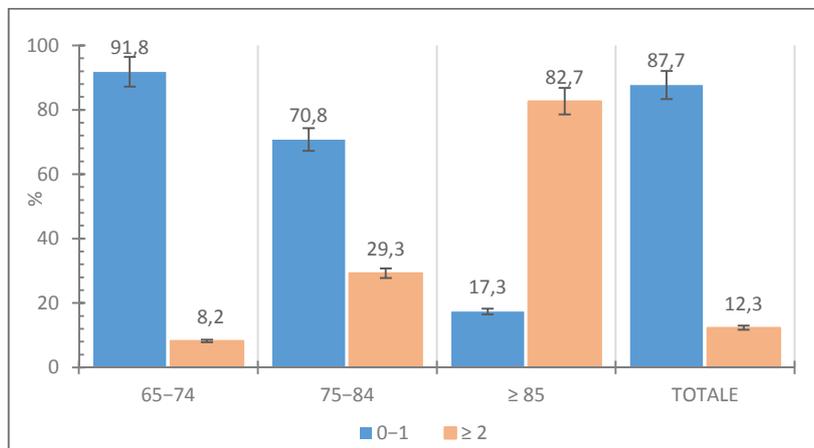
Negli anziani con disabilità, valutando le limitazioni per singole ADL, si rileva che il 77% ha problemi a spostarsi da una stanza all'altra, il 74% non è autonomo nell'andare in bagno, il 44% non si alimenta autonomamente, il 29% ha problemi di incontinenza, il 28% non è autonoma nel fare il bagno o la doccia, il 17% è dipendente nel vestirsi o spogliarsi.

Grafico 1.2 Limitazioni per singole ADL tra le persone con disabilità. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



La condizione di non autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana, riguarda più frequentemente le donne (20% vs il 16% degli uomini), di età avanzata (88% tra chi ha 85 anni e più, 42% tra i 75-84 anni, 13% tra i 65-74 anni), con molte difficoltà economiche (34% vs 9% con nessuna difficoltà), con basso livello di istruzione (25% vs 12% con livello alto), con 2 o più patologie croniche (35% vs il 8% con nessuna patologia), socialmente isolati (35% vs il 14% di chi non è isolato) e con una percezione negativa del proprio stato di salute (45% vs il 9% di chi lo percepisce positivamente). Percepiscono contributi solo nel 4% dei casi, ricevono aiuto prevalentemente dai familiari (95%), da badanti (20%), da conoscenti (8%), dai servizi della Asl (8%) e nella quasi totalità dei casi valutano l'aiuto ricevuto buono (76%) o sufficiente (23%).

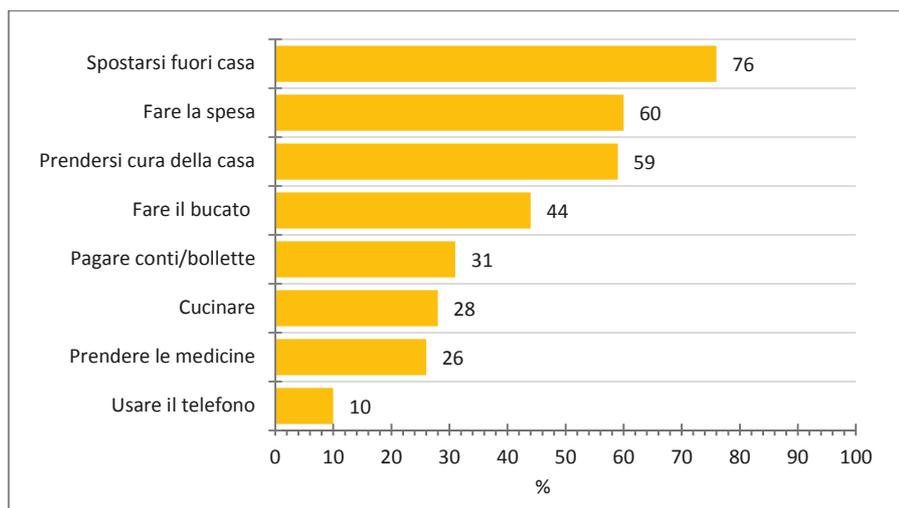
Grafico 1.3 Autonomia nelle IADL, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Nei soggetti valutati non autonomi in almeno una IADL, le attività strumentali che più frequentemente presentano limitazioni risultano essere: spostarsi fuori casa (76%), fare la spesa (60%), prendersi cura della casa (59%), fare il bucato (44%), pagare conti o bollette (31%), cucinare (28%), prendere la medicina (26%). L'attività strumentale per la quale viene maggiormente mantenuta l'autonomia è l'uso del telefono; tra le persone con problemi di autonomia nelle IADL solo 1 persona su 10 non lo utilizza in maniera autonoma.

Grafico 1.4 Limitazioni per singole IADL tra le persone con almeno 1 IADL non autonoma. Regione Marche, 2014-2015.



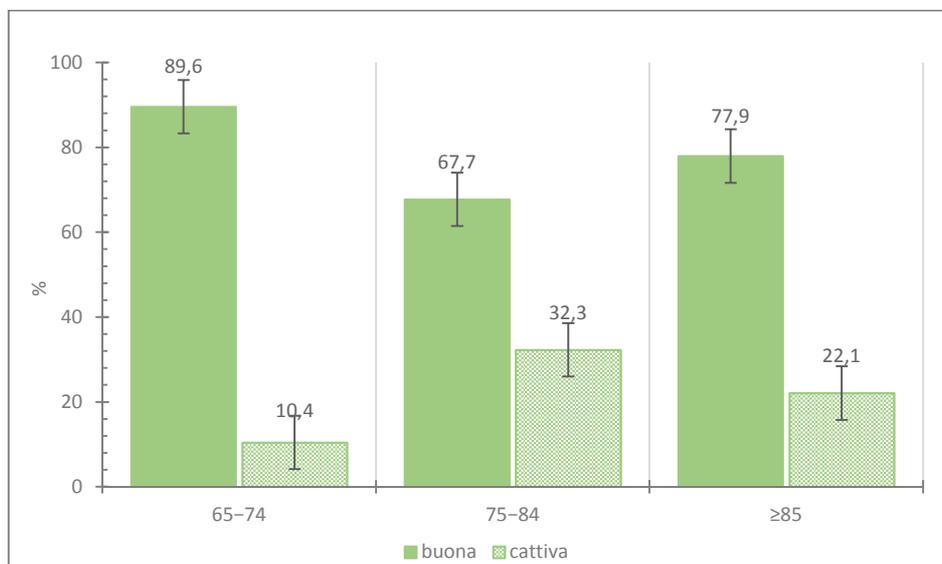
Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Una negativa percezione del proprio stato di salute, nelle persone con 65 anni e più, è correlata ad un maggior rischio di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

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

In tutta Europa, gli uomini hanno un migliore stato di salute percepito rispetto alle donne, i giovani migliore delle persone in età più avanzata, gli occupati 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.

Grafico 1.5 Percezione dello stato di salute negli anziani, per classe di età. Regione Marche, Passi d'Argento 2014-2015.



Il 39% degli anziani intervistati dichiara di sentirsi bene/molto bene, il 49% discretamente e il 12% male/molto male. Quindi, complessivamente, la percezione del proprio stato di salute è piuttosto positiva.

Il peggioramento avviene con l'avanzare dell'età: il 22% delle persone con 85 anni e più considera in modo negativo il proprio stato di salute (vs il 10% delle persone di 65-74 anni), ma anche in questa classe di età dei

più anziani, rimangono significativamente più numerosi (78%) coloro che ne danno un giudizio positivo (molto bene/bene/discretamente). Inoltre, i dati mostrano anche delle differenze di genere, le donne si sentono meno in salute degli uomini (male/molto male il 15% delle donne vs l'8% degli uomini), soprattutto nella fascia di età sopra i 75 anni.

Il numero medio di giorni in cattiva salute percepita, negli ultimi 30 giorni, aumenta con il progredire dell'età e nello specifico: nei soggetti di età compresa tra i 65-74 anni il numero medio di giorni in cattiva salute fisica è di 4,7 e nei soggetti con età maggiore di 74 anni è di 8,6 giorni. Il numero medio di giorni in cattiva salute psicologica è di 3,3 tra le persone nella classe di età 65-74 anni e di 5,7 giorni nei soggetti con 75 anni e più. Il numero medio di giorni con limitazioni nelle attività abituali, per cattiva salute fisica o psicologica è di 2,5 tra le persone con 65-74 anni e di 4,7 dopo i 74 anni.

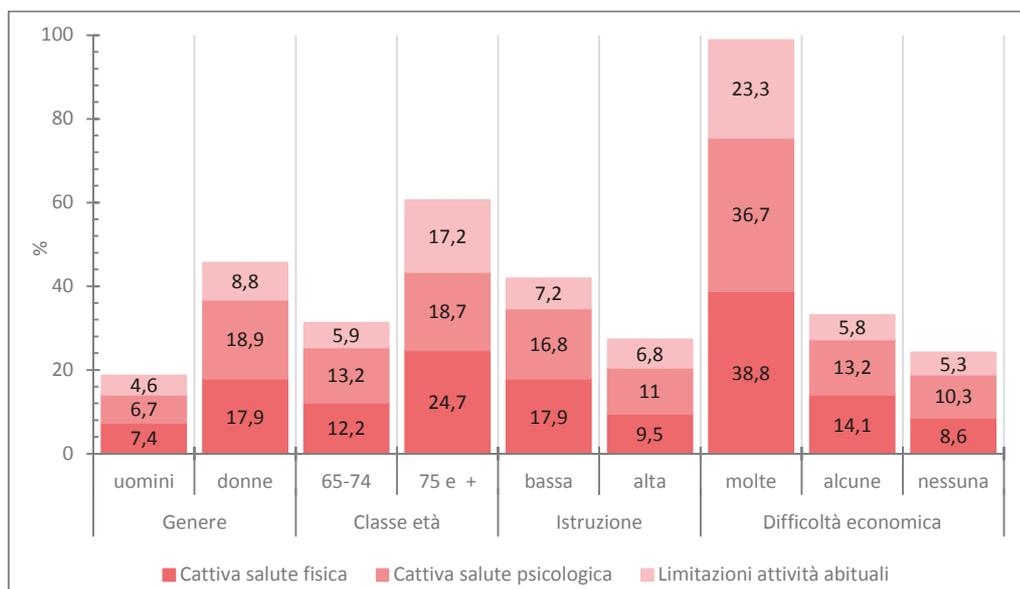
Quante persone si sentono in cattiva salute o hanno limitazioni nelle attività abituali per più di 14 giorni negli ultimi 30 giorni?

Negli ultimi 30 giorni, il 13% degli ultra 64enni non si è sentito bene per almeno 14 giorni, per motivi fisici, un altro 13% per motivi psicologici e il 7% di questi dichiara di non essere riuscito a fare le cose di tutti i giorni.

La proporzione di persone in cattiva salute (sia fisica che psichica) è maggiore, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e nelle persone con difficoltà economiche.

La limitazione delle attività abituali per motivi fisici o psicologici è maggiore nelle donne, nelle persone con età maggiore di 75 anni, con basso livello di istruzione e tra le persone con difficoltà economiche.

Grafico 1.7 Persone con 14 o più gg in cattiva salute o con limitazioni delle attività. Regione Marche, Passi d'Argento 2014-2015.



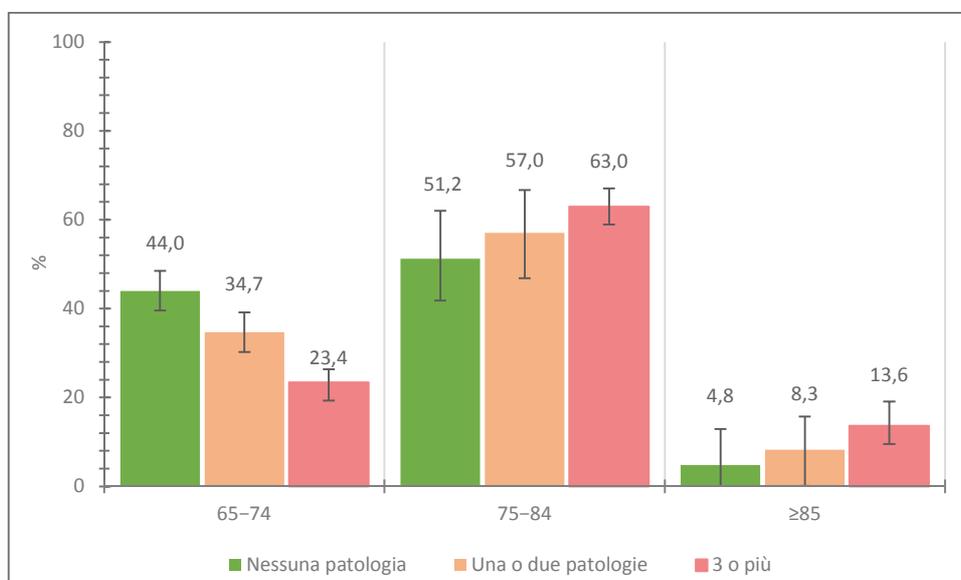
Condizioni di salute e cure

Patologie croniche

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

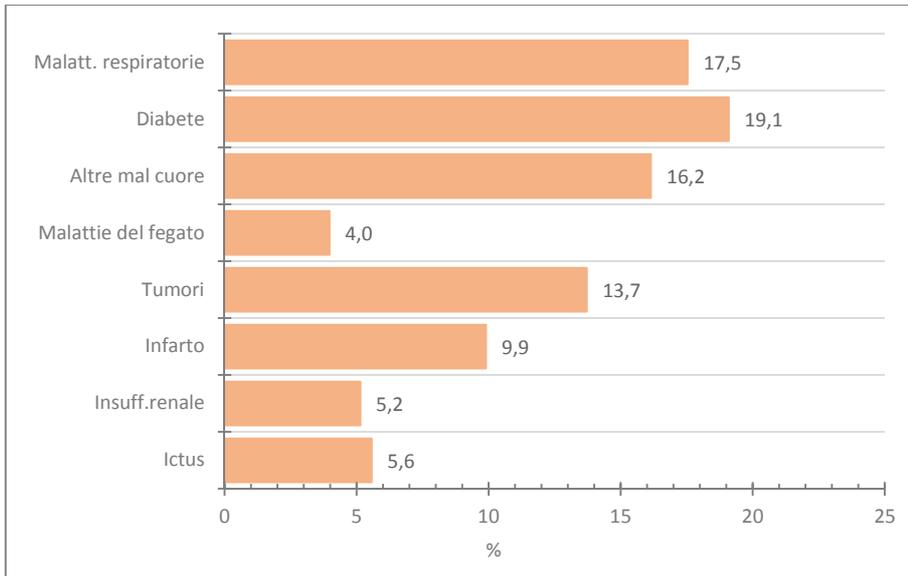
Nella regione Marche, il 57% della popolazione ultra 64enne riferisce almeno una patologia cronica e il 5% ne riferisce 3 o più. Il numero di patologie aumenta con l'età, infatti nella classe 65-74 anni la prevalenza di chi dichiara di non avere nessuna patologia è del 44% vs il 23% di chi dichiara 3 o più patologie, mentre nella classe 85 anni e più, la percentuale di chi dichiara nessuna patologia è pari al 5% vs il 14% di chi dichiara 3 o più patologie.

Grafico 2.1 Patologie croniche, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Circa il 55% delle persone intervistate dichiara di soffrire di ipertensione arteriosa sistolica, che risulta essere uno dei principali fattori di rischio per la popolazione con oltre 65 anni. Il 19% degli anziani intervistati riferisce una diagnosi di diabete, il 17% di malattie respiratorie, il 16% di altre malattie del cuore, il 14% di tumore e il 10% ha avuto almeno un infarto.

Grafico 2.2 Patologie croniche per tipologia. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



La percentuale di persone con 3 o più patologie croniche è più elevata tra le donne (6% vs 4% degli uomini) e tra le persone di 85 anni a più (14% vs 5% di quelle tra i 65 e i 74 anni).

Avere 3 o più patologie croniche è più frequente tra le persone:

- con livello di istruzione basso
- che hanno difficoltà economiche
- con disabilità.

La totalità degli anziani intervistati con 3 o più patologie croniche fa uso di farmaci (vs il 77% delle persone che non hanno patologie croniche).

Raccomandazioni

E' possibile prevenire o ritardare l'insorgenza di molte patologie croniche, adottando corretti stili di vita, come limitare il consumo di alcolici, non fumare, mangiare in modo sano e fare regolarmente attività fisica.

Pochi accorgimenti nello stile di vita possono farci ammalare di meno!

Sicurezza nell'uso dei farmaci

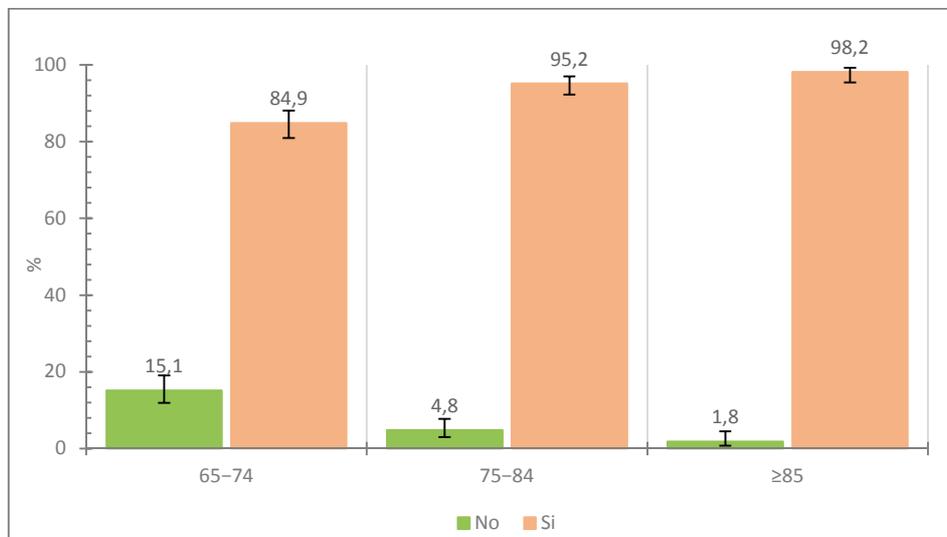
Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci. Sono più frequenti i casi di comorbidità e di polifarmacoterapia, con l'assunzione contemporanea di diversi farmaci nell'arco della stessa giornata.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

La revisione regolare della terapia da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone con 65 anni e più e 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 MMG.

Consumo farmaci

L'86% degli ultra65enne intervistati ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni. Il consumo di farmaci aumenta all'aumentare dell'età, passando dall'85% nella fascia 65-74 anni al 98% tra gli ultra 85enni.

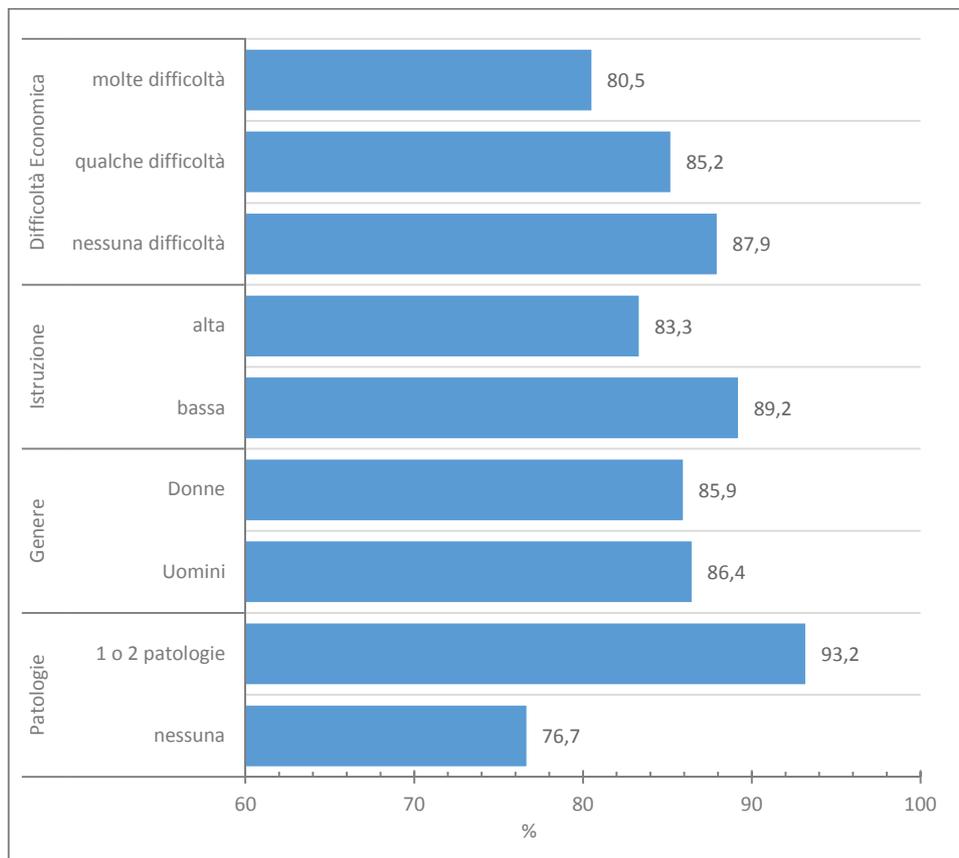
Grafico 2.3 Uso di farmaci, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Il 77% delle persone che non hanno nessuna patologia dichiarata di assumere farmaci, contro il 93% con una o due patologie. Da mettere in evidenza che un 7% di anziani che hanno una o due patologie, riferiscono di non assumerne.

Il consumo di farmaci sembra essere influenzato solo in minima parte dalle differenze di genere e in maniera leggermente più rilevante da differenze economiche e di istruzione. Infatti il ricorso ai farmaci è più frequente tra gli anziani senza difficoltà economiche (88% vs 80%) e con un livello di istruzione basso (89% vs 83% con istruzione alta). È importante mettere in evidenza che l'utilizzo di farmaci diminuisce all'aumentare delle difficoltà economiche.

Grafico 2.4 Consumo di farmaci per caratteristiche socio-demografiche. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Nel 38% dei casi la corretta assunzione della terapia farmacologica (tipo di farmaco, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni e 1 anziano su 5 (20%) ha riferito di non aver mai effettuato questo controllo con il proprio medico.

Il 40% di coloro che assumono da 4 o più farmaci ha effettuato il controllo con il MMG negli ultimi 30 giorni e tale percentuale è leggermente più alta nelle donne rispetto agli uomini (43% vs 37%).

Problemi di vista e udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione, 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. La maggior parte di queste sono prevenibili, per questo è importante potenziare i servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, in favore di chi è a rischio o già affetto da deficit visivo. La riduzione della capacità uditiva, o presbiacusia, è un fenomeno comune nell'invecchiamento e si stima che circa il 30 -35% della popolazione italiana compresa nella fascia di età 65 - 74 anni ne sia affetta 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 spesso non sono consapevoli. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie in presenza di una ridotta funzionalità renale, come è frequente nelle persone più anziane. La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà a comunicare con gli altri si ripercuotono negativamente sulla salute fisica, emotiva e sociale della persona, che presenta con maggiore frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e 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, che è semplice e poco dispendiosa, ed il suo trattamento, rappresentano quindi una importante priorità di salute pubblica.

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 difficoltà di accesso ai servizi, ma anche a causa del pregiudizio che gli anziani non possano trarre giovamento da misure preventive o da 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. 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. Esistono interventi di promozione e cura per i problemi di salute orale, di provata efficacia. Infine, problemi dentali possono determinare anche forme di disagio psicologico ed isolamento sociale. Occuparsi della salute orale favorisce il miglioramento della qualità della vita ed è particolarmente importante per gli anziani più fragili o disabili.

Problemi di vista

Il 6% degli anziani riferisce di aver problemi di vista. Questi sono più frequenti tra le persone con età superiore ai 74 anni (5% nella classe di età 65-74 vs 32% nella classe 85 e più), tra le donne (7% vs il 5% degli uomini), tra le persone con livello di istruzione basso (9% vs 4% con livello di istruzione alto), tra le persone che hanno difficoltà economiche (13% con molte difficoltà vs 6% con nessuna difficoltà), tra gli anziani non autonomi in 2 o più IADL (58% vs 42% di non autonomi in 0-1 IADL) e tra quelli che hanno riferito di essere caduti negli ultimi 30 giorni (16% vs 8% di quelli che non hanno subito cadute).

Problemi di udito

L'11% degli anziani riferisce di avere problemi di udito. La prevalenza aumenta con l'età, passando dal 9% tra i 65-74 anni al 34% nella classe 85 e più. È maggiore negli uomini, tra gli anziani con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Più di un terzo (36%) degli anziani che si trovano in una situazione di isolamento sociale presenta problemi uditivi, contro il 18% che non ne riferisce la presenza.

Problemi di masticazione

Nelle Marche il 7% degli anziani intervistati dichiara di avere problemi ai denti o alla masticazione.

La prevalenza aumenta con l'età, passando dal 6% tra i 65-74 anni al 27% nella classe 85 e più. È maggiore nelle donne, tra gli anziani con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Il 42% degli anziani ha fatto una visita dal dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista. Tra i motivi riferiti da chi non si reca dal dentista, il 10% dichiara difficoltà negli spostamenti e l'8% il costo troppo elevato.

Grafico 2.5 Problemi di vista negli anziani, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.

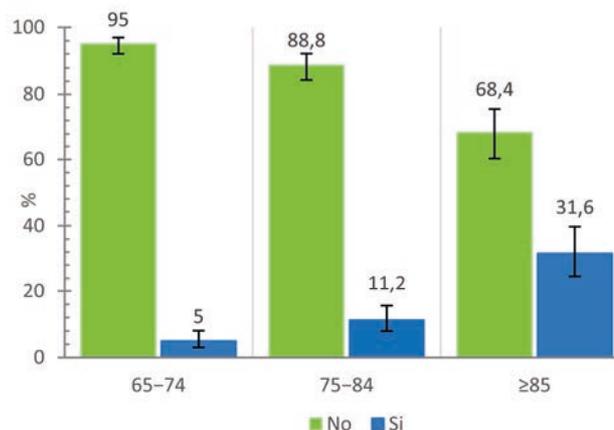


Grafico 2.6 Problemi di udito negli anziani, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.

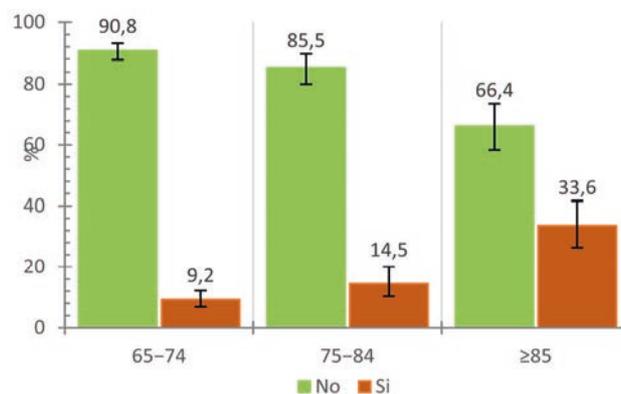
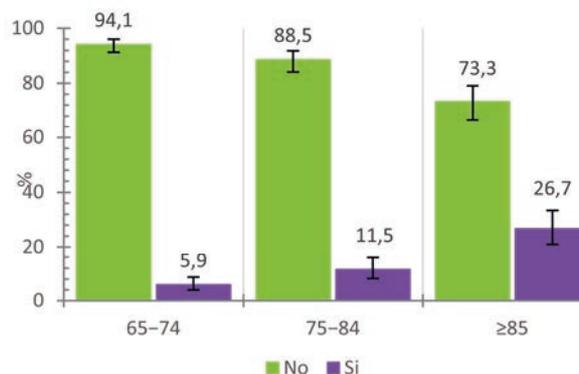


Grafico 2.7 Problemi ai denti negli anziani, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.

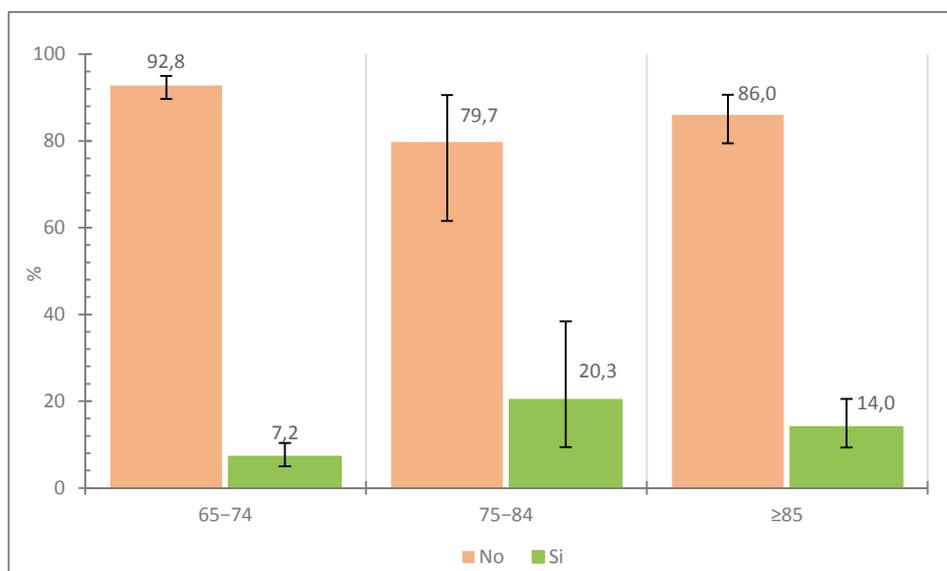


Cadute

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. Infatti, sulla base delle statistiche correnti, si può stimare che le cadute degli anziani ultra 65enni, siano responsabili dei due terzi di tutte le morti per incidente domestico.

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. Infatti l'insicurezza legata alla paura di cadere può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali, con progressivo isolamento sociale. Le cause delle cadute possono essere legate, sia alla presenza di patologie come quelle neurologiche o a problemi di ridotta autonomia negli spostamenti, sia a rischi connessi all'ambiente domestico come pavimenti e scalini sdruciolevoli, scarsa illuminazione, presenza di tappeti, ecc. Un altro aspetto importante legato alle cadute è l'assunzione inappropriata di alcune categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi e gli ipnotici o sedativi. Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio, creando le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole e promuovendo l'attività fisica.

Grafico 2.8 Cadute negli anziani per classe di età. Regione Marche, PASSI d' Argento 2014-2015.



Il 9% degli anziani intervistati hanno avuto una caduta negli ultimi 30 giorni e in circa il 70% dei casi questa è avvenuta in casa. La classe di età più colpita è quella 74-85 anni, in cui si ha una prevalenza di cadute pari al 20%.

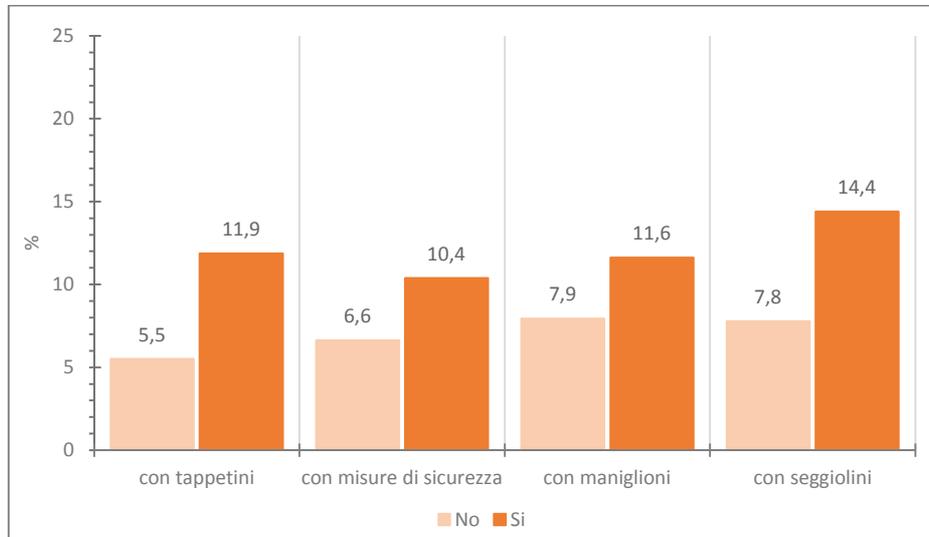
Cadono più frequentemente in casa le donne (10% vs il 7% degli uomini), gli anziani con più basso livello di istruzione (12% vs 6% di anziani con alta istruzione) e con difficoltà economiche (16% con molte difficoltà economiche vs il 7% con nessuna difficoltà economica).

Negli ultimi 30 giorni è caduto il 20% degli anziani con disabilità e il 16% di quelli con problemi di vista (vs l'8% di anziani senza problemi di vista).

Il 35% degli ultra 65enni intervistati dichiara di aver paura di cadere e la percentuale sale al 55% tra ultra 75enni.

Il 10% degli anziani caduti nell'ultimo mese usa regolarmente misure anticaduta in casa, soprattutto quelle per ridurre il rischio durante il bagno, quali seggiolini (14%), maniglioni (12%) e tappetini (12%).

Grafico 2.9 Persone cadute per misure di sicurezza in casa. Regione Marche, PASSI d' Argento 2014-2015.



Negli ultimi 12 mesi, il 29% degli anziani che hanno avuto una caduta, ha ricevuto consigli da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, su come evitare di cadere e il 6% non li ha ricevuti.

Raccomandazioni

Cadere è un problema serio dopo una certa età.

La maggior parte delle cadute avvengono in casa, ma con piccoli accorgimenti è possibile evitarle: eliminando tappeti e fili volanti, mettendo maniglie in vasca o doccia e tappetini antiscivolo.

Anche la paura di cadere è un limite per le attività di tutti i giorni!

Sintomi di depressione

La depressione è una condizione spesso associata a sofferenza psicofisica dell'individuo e a elevati livelli di disabilità. Riconoscere i sintomi della depressione non è facile, spesso questi si manifestano con perdita di interesse e piacere nello svolgimento delle attività abituali, sentirsi giù di morale o senza speranza, sensazione di tristezza e vuoto interiore, tendenza all'isolamento, disturbi del sonno e dell'appetito, difficoltà nella cura di sé, astenia e difficoltà di concentrazione. Il mancato riconoscimento di questi sintomi, incide sullo stato generale di salute e comporta un aumento dei costi per gli interventi da parte dei servizi socio-sanitari.

Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché, oltre a determinare un peggioramento della qualità della vita, si associa ad altre forme di patologia e causa un disagio molto rilevante sia a livello clinico che sociale, associandosi spesso, più che in altre età a tendenze suicidarie. Tuttavia in molti casi si riscontra una sottostima della necessità di curarsi sia da parte delle persone più anziane, che considerano il loro stato psicologico una necessaria conseguenza della loro storia di vita, sia da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione tipica dell'età avanzata.

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

L'indagine Passi Argento 2014-2015 mostra che, nella regione Marche l'11% degli intervistati presenta sintomi di depressione, che sono più diffusi: nella classe di età oltre i 74 anni, nelle donne, negli anziani con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche percepite.

Il 30% delle persone con 3 o 4 patologie croniche presenta sintomi di depressione (vs il 5% delle persone che non riferiscono la presenza di patologie croniche). Solo 2 anziani su 3 (67%) con sintomi di depressione si rivolge a qualcuno (sanitari o persone di fiducia) per chiedere aiuto.

Raccomandazioni

1 anziano su 3, con sintomi di depressione, NON chiede aiuto.

Quando tristezza e mancanza di motivazione continuano per settimane o mesi, è bene parlarne con persone di fiducia o con un operatore socio-sanitario.

Fare attività fisica, adeguata alla propria età ed al proprio stato di salute, aiuta a combattere e prevenire i sintomi di depressione.

Abitudini e stili di vita

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

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

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

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.

Raccomandazioni

Per **guadagnare salute** è importante tenersi in forma, limitare il consumo di vino e alcolici, non fumare e fare attenzione a ciò che si mangia. Non è mai troppo tardi per fare scelte di vita salutari.

Pochi accorgimenti ogni giorno possono farci vivere meglio!

Consumo di alcol

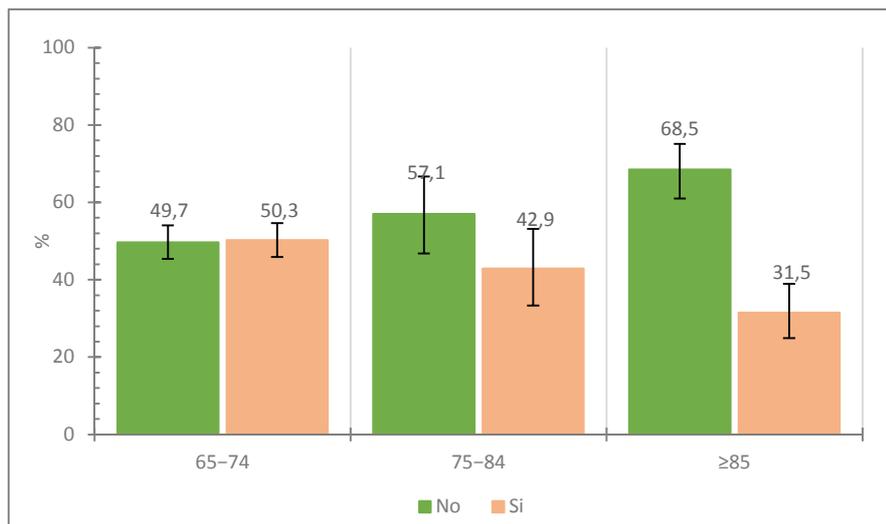
Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione ultra 65enne ha una maggiore vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità ai suoi effetti aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido. Questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati. A questo fenomeno si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato ed i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. A tutto ciò si deve aggiungere che l'alcol interferisce con l'uso dei farmaci che le persone anziane, molto spesso, assumono quotidianamente. Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le Linee Guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (UA- 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.

Figura 1.1 Parametri di consumo delle bevande alcoliche. Indagine PASSI d'Argento, 2014-2015.



Nella regione Marche il 49% degli anziani intervistati consuma bevande alcoliche ed il consumo si riduce con l'età, passando dal 50% della classe di età 65-74 anni, al 31% di quella delle persone con 85 anni e più. I dati indicano un consumo maggiore negli uomini rispetto alle donne (66% vs 36%).

Grafico 3.1 Consumo di alcol negli anziani, per classi di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Il 29% delle persone che consumano alcolici è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno. Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (45% vs 17% delle donne) e tra gli anziani con 65-74 anni (31% vs 16% di quelli con 85 anni e più). Essere bevitori a rischio è più frequente tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (31% vs 27%) e nei soggetti che non hanno difficoltà economiche (35% vs 9% di chi ha molte difficoltà economiche).

Solo il 6% dei consumatori a rischio ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol, da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.

Raccomandazioni

Dopo una certa età bere più di un bicchiere al giorno può causare problemi alla salute. E' importante bere con moderazione.

Limitare il consumo di alcol può farci vivere meglio!

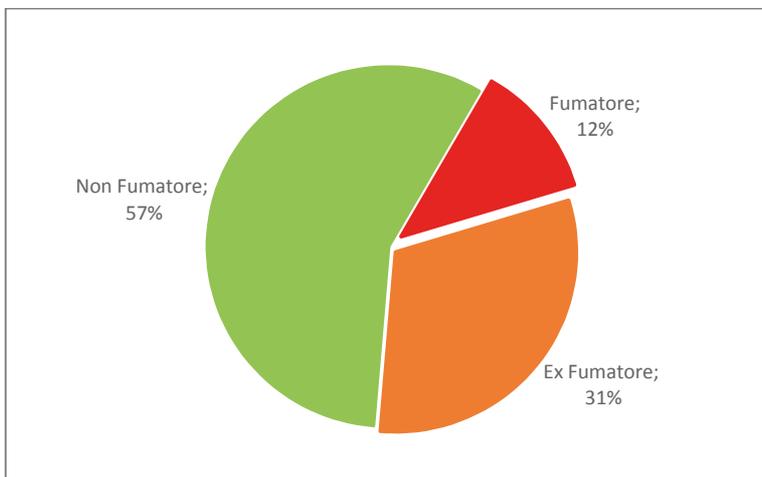
Abitudine al fumo

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, 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.

PASSI d'Argento monitora l'abitudine al fumo attraverso i seguenti indicatori specifici (espressi in forma di prevalenza):

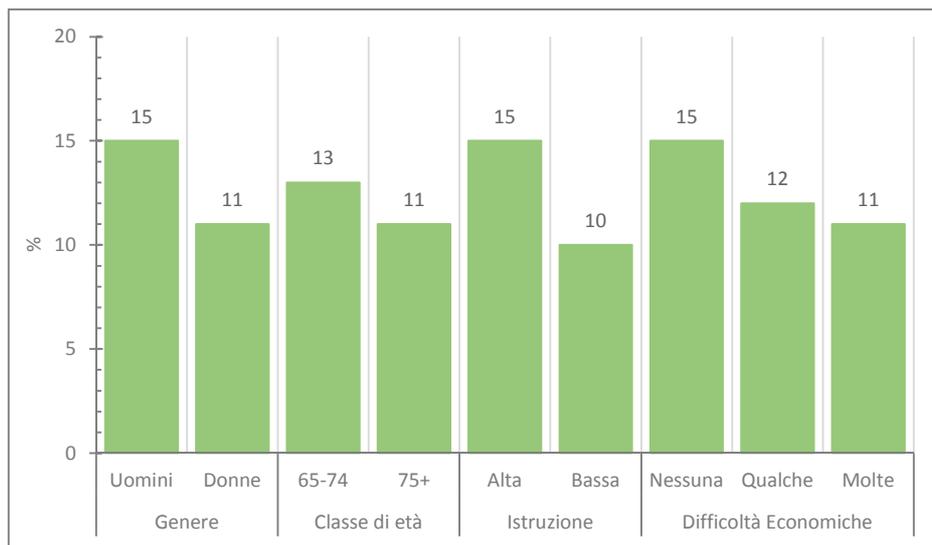
- **Fumatore**: chi dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 1 anno.
- **Ex-fumatore**: chi dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di non essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 1 anno.
- **Non fumatore**: chi dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette e di non essere attualmente fumatore.

Grafico 3.2 Abitudine al fumo. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Le persone con 65 anni e più che fumano sono il 12% contro il 57% che non ha mai fumato. Di questi circa il 62% sono considerati forti fumatori ovvero fumano più di 10 sigarette al giorno. Il 31% degli anziani intervistati è un ex-fumatore. Tra le donne i fumatori sono l'11% vs il 15% degli uomini, mentre gli ex-fumatori sono il 16% tra le donne vs il 55% tra gli uomini.

Grafico 3.3 Prevalenza di fumatori, per caratteristiche socio-demografiche. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Essere fumatori è più frequente:

- nella classe di età 65-74 anni
- nei soggetti di sesso maschile
- nelle persone con un alto livello di istruzione
- nelle persone che non hanno nessuna difficoltà economica.

Raccomandazioni

Il fumo fa male a tutte le età, ma con l'avanzare degli anni questa abitudine è ancora più dannosa, perché aumenta il rischio di malattie al cuore e ai polmoni.

Anche dopo molti anni, vale ancora la pena smettere di fumare!

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute in ogni fase della vita e in particolare oltre i 64 anni l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, influenzando negativamente sulla qualità della vita. In letteratura è dimostrata la relazione tra sovrappeso/obesità e l'insorgenza di patologie croniche. Si calcola infatti che il 44% dei casi di diabete ed il 23% delle malattie ischemiche del cuore siano attribuibili all'eccesso ponderale; riguardo poi la patologia tumorale, il World Cancer Research Fund International documenta la relazione causale tra sovrappeso/obesità e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene. L'Institute of Health Metrics and Evaluation ha evidenziato che in Italia, nel 2016, tra i fattori di rischio più importanti associati al maggior numero di decessi e casi di disabilità, una scorretta alimentazione occupa il terzo posto, mentre l'eccesso ponderale il quarto. L'OMS stima che ogni anno circa 3,4 milioni di persone muoiono per cause legate ad un eccesso ponderale.

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). Sulla base di questo indice le persone vengono classificate in 4 categorie: sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC ≥ 30). In PASSI d'Argento poiché questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato e non misurati direttamente, la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta sottostimata. Per contrastare il fenomeno dell'eccesso ponderale risulta fondamentale promuovere interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali e monitorare i risultati nel tempo.

Le abitudini alimentari hanno un impatto notevole sulla salute di una popolazione. L'OMS stima che complessivamente lo scarso consumo di frutta e verdura sia responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% di ictus cerebrale e che a livello globale circa 16 milioni di anni di vita aggiustati per disabilità (DALYS)¹ e 1,7 milioni di morti siano attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura.

Inoltre, si stima che il 14% dei decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura.

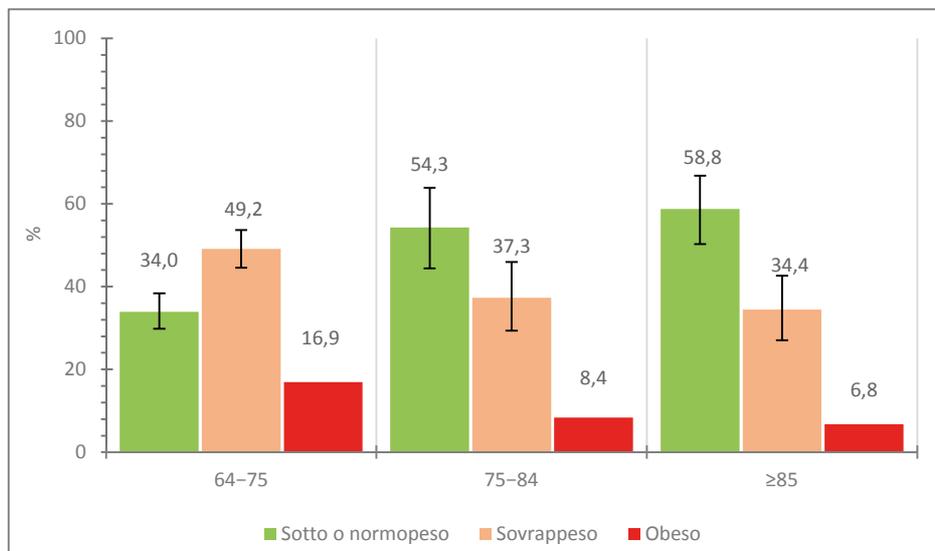
Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti, utili a proteggersi da queste ed altre patologie.

E' necessario realizzare interventi per aumentare il consumo di frutta e verdura, attraverso strategie mirate ad incrementarne l'accessibilità, anche mediante la promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali, nelle scuole e in occasione di convegni e incontri pubblici. In accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno (*five-a-day*) di frutta o verdura (corrispondenti a circa 400 grammi) per essere efficaci nella prevenzione delle malattie croniche, PASSI d'Argento misura il consumo di questi alimenti.

¹ Il DALY è un indicatore complesso che combina gli anni di vita persi per morti premature con gli anni di vita vissuti con disabilità

Nella regione Marche la percentuale di ultra 64enni in eccesso ponderale (sovrappeso e obesi) è pari al 64%. Il 35% risulta normopeso, il 48% in sovrappeso, il 16% obeso e l'1% è sottopeso. Soprattutto la condizione di sovrappeso interessa più frequentemente gli uomini rispetto alle donne (58% vs 39%), i più giovane (il 49% nella classe 65-74 anni vs il 34% nella classe 85 anni e più), gli anziani con più basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Circa la metà degli anziani con 2 o più patologie croniche è in sovrappeso.

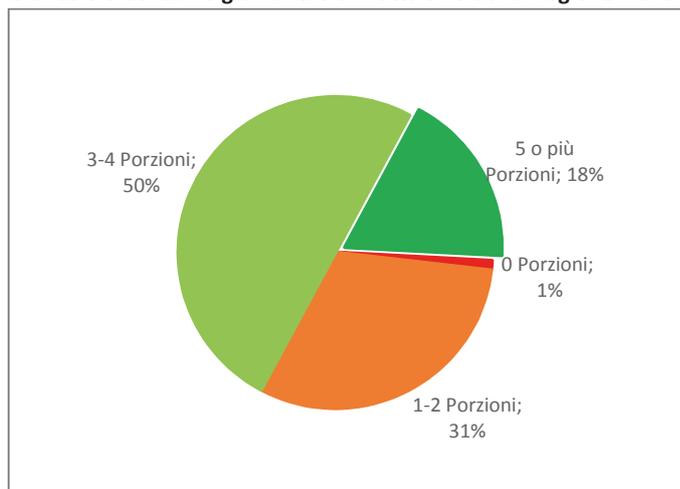
Grafico 3.4 Stato nutrizionale, per classi di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Il 18% degli ultra 64enni consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five-a-day”) come raccomandate dalle linee guida, mentre il 31% ne consuma solo 1-2 porzioni al giorno.

Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019), è più frequente nelle donne che negli uomini (70% donne vs 66% uomini) e tra le persone di 65-74 anni (69% vs 61% delle persone ultra 75enni). Consumare almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno è più frequente tra le persone con livello di istruzione alto e quelle che non hanno difficoltà economiche.

Grafico 3.5 Consumo giornaliero di frutta e verdura. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Raccomandazioni

E' importante mangiare almeno **5 porzioni di frutta e verdura** al giorno e fare attenzione al peso per mantenersi in buona salute e prevenire molte malattie.

Mangiare bene e mantenersi in forma aiuta a vivere meglio!

Attività fisica

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; le raccomandazioni dell'OMS per l'attività fisica degli anziani prevedono almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità, come la camminata veloce. Se la mobilità è ridotta si raccomanda l'attività fisica per tre o più giorni alla settimana per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute e se le condizioni di salute non consentono il livello di attività fisica previsto, si raccomanda di adottare uno stile di vita attivo adeguato alla particolare situazione soggettiva.

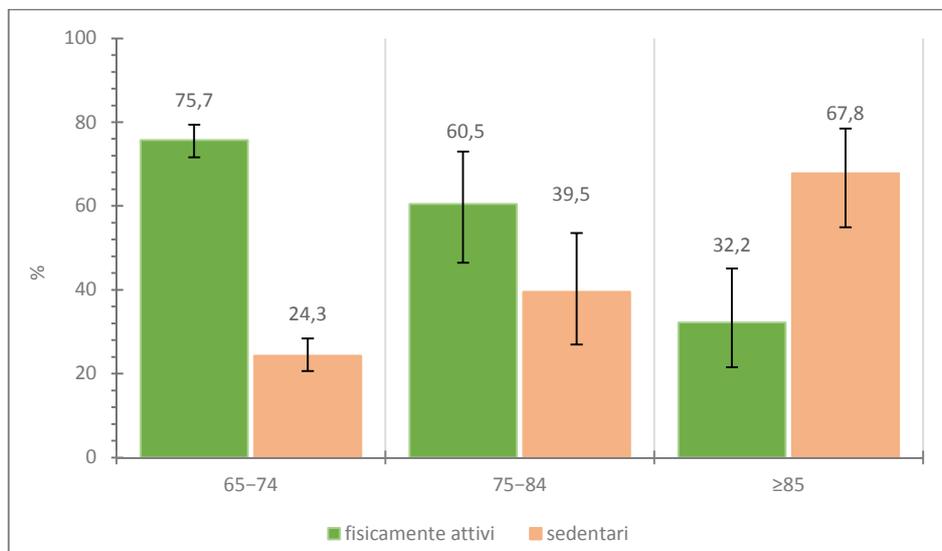
Per attività fisica si intende qualunque movimento che comporta dispendio di energia, come le attività che fanno parte della vita quotidiana (camminare, fare i lavori domestici, fare giardinaggio, ballare, fare le scale, portare a spasso il cane, ecc). Ci sono evidenze scientifiche di molteplici benefici per la salute derivanti dallo svolgimento regolare di uno stile di vita attivo quali: la riduzione della mortalità per tutte le cause e di quella correlata a patologie cardiovascolari sia nella popolazione generale, sia in persone con fattori di rischio coronarici e nei cardiopatici. Inoltre chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro. Essere attivi a un livello pari o superiore al minimo raccomandato per gli anziani, è risultato associato a un guadagno in termini di aspettativa di vita di 3,4 - 4,5 anni. I rischi per la salute derivati dal condurre uno stile di vita sedentario sono stati provati da studi scientifici prodotti nel corso degli anni. Alcune stime indicano che in Italia la sedentarietà causa il 9% delle malattie cardio-vascolari, l'11% del diabete di tipo II, il 16% dei casi di cancro al seno, il 16% dei casi di cancro al colon, il 15% dei casi di morte prematura.

Nell'indagine PASSI d'Argento, per raccogliere informazioni confrontabili sul livello di attività fisica, viene utilizzato il questionario PASE (*Physical Activity Score in Elderly*), un indice validato a livello internazionale e utilizzato per la rilevazione del livello di attività fisica negli anziani. L'indicatore PASE prende in esame l'attività fisica abituale praticata dagli anziani distinta in categorie: svago e attività fisica strutturata, casalinghe/sociali, lavorative. Per ogni intervistato il PASE restituisce un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta nei 7 giorni precedenti l'intervista, della sua intensità e del tempo dedicatovi. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i singoli punteggi calcolati per le singole attività pesate e viene espresso in termini di valore mediano e *range*. Nella distribuzione del punteggio viene identificato come valore di riferimento il 25° percentile (spostato al 40° nella rilevazione 2016-2017), al di sotto del quale il livello di attività fisica viene considerato insufficiente o migliorabile. Valori più bassi del PASE *score* indicano un minore livello di attività fisica e vengono classificati come "meno attivi" gli anziani con punteggio pari o al di sotto di tale valore.

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 il soggetto) per effettuare l'intervista.

In accordo con quanto noto in letteratura, sono rilevabili valori più bassi del PASE score (quindi un minore livello di attività fisica), in coloro che dichiarano sintomi di depressione, problemi sensoriali (vista e udito), consumo di un maggior numero di medicinali e limitazione nelle IADL.

Grafico 3.6 Livello di attività fisica, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Nella regione Marche il 26% dei soggetti ultra64enni intervistati dichiara di essere poco attivo e il 33% di aver ricevuto il consiglio, da parte del medico, di effettuare un'attività fisica regolare.

Risultano più attivi fisicamente gli anziani con età tra i 65-74 anni, senza difficoltà economiche e con più alto livello di istruzione. Il fatto di vivere soli e di essere socialmente isolati incide negativamente sul livello di attività fisica.

Praticare attività fisica dipende da molteplici fattori individuali e collettivi. Il sistema sanitario può svolgere un ruolo di promozione per migliorare l'adesione della popolazione ad uno stile di vita attivo. Nella promozione dell'attività fisica un ruolo di primo piano lo potrebbero avere i professionisti della salute che operano nell'ambito delle cure primarie, fornendo indicazioni sull'importanza dell'esercizio fisico, per rafforzare la motivazione a modificare comportamenti sedentari consolidati.

Raccomandazioni

Praticare una regolare attività fisica protegge da molte malattie, aiuta a prevenire le cadute e aumenta il benessere psicologico

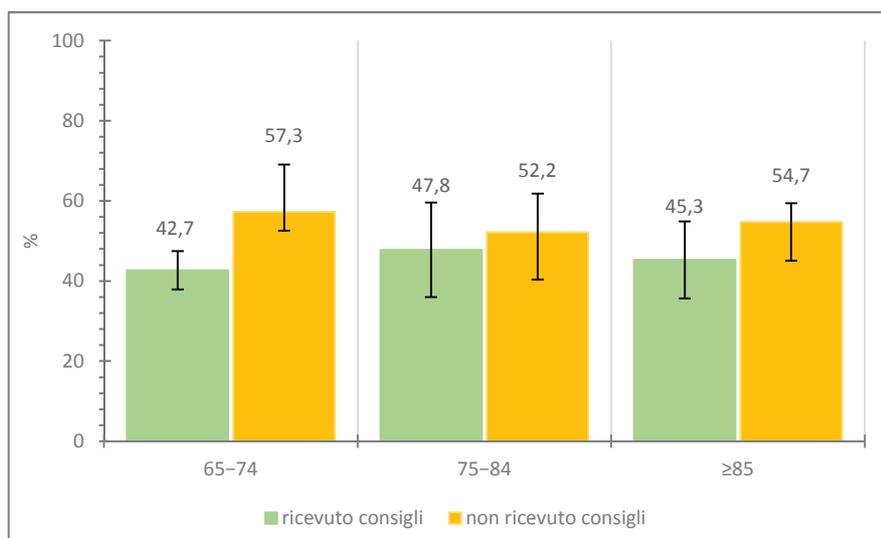
Mantenersi attivi migliora la qualità della vita!

Protezione dalle ondate di calore

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

La percentuale di persone che hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo è del 43% ed è più alta tra: le donne, le persone con età tra i 75-84 anni, che hanno molte difficoltà economiche e a rischio di disabilità. I mezzi di informazione di massa (televisione, radio, giornali, internet) sono risultati la modalità principale per veicolare informazioni o consigli per proteggersi dalle ondate di calore; infatti hanno raggiunto il 38% delle persone, mentre il 18% ha ricevuto informazioni o consigli dal MMG e il 7% ha ricevuto informazioni o consigli da altre persone. Nessuno ha ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo attraverso opuscoli e manifesti.

Grafico 3.7 Consigli per proteggersi dal caldo, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Raccomandazioni

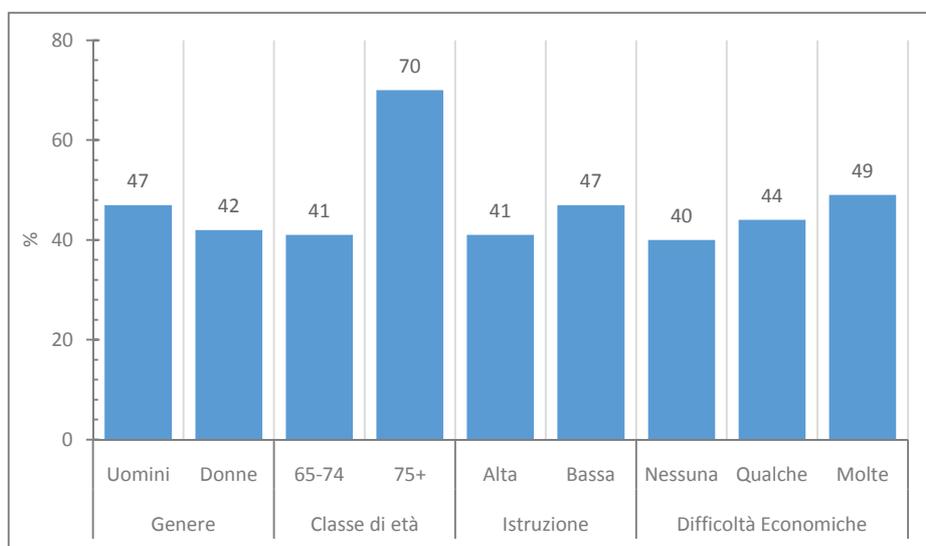
Le temperature estive molto elevate possono comportare rischi per la salute di tutti.
Chiedi al tuo medico consigli su come proteggerti!

Vaccinazione antinfluenzale

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

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenta 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.). La vaccinazione antinfluenzale è stata effettuata da circa il 44% delle persone con 65 anni e più mentre il 56% non si è sottoposta a vaccinazione antinfluenzale. Tale percentuale è più alta tra gli uomini, tra i più anziani, con livello di istruzione basso, con maggiori difficoltà economiche, in buona salute e a basso rischio di disabilità.

Grafico 3.8 Vaccinazione antinfluenzale, caratteristiche socio-demografiche. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Tra le persone che non hanno effettuato la vaccinazione, il 56% ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi, di cui il 38% è stato consigliato dal proprio MMG, mentre il 44% non ha ricevuto il consiglio.

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, con l'obiettivo di incoraggiare i responsabili politici e tutti i gruppi di interesse ad agire, di creare migliori opportunità per l'invecchiamento attivo e di rafforzare la solidarietà tra le generazioni. In questo quadro è stato concepito dalla Commissione Europea delle Nazioni Unite per l'Europa (UNECE)², l'Indice di Invecchiamento Attivo (AAI), 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. È 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

²L'Invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, come è stato riconosciuto dal Piano di Azione Internazionale sull'Invecchiamento (MIPAA) delle Nazioni Unite, adottato dalla Seconda Assemblea Mondiale sull'invecchiamento di Madrid nel 2002. L'MIPAA rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari Paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione. L'UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) è responsabile per l'attuazione di MIPAA in Europa; nel 2012 ha adottato la dichiarazione di Vienna che descrive quattro obiettivi prioritari per i paesi UNECE, da raggiungere entro la fine del terzo ciclo (2017): (i) incoraggiare e mantenere una più lunga attività lavorativa; (ii) promuovere la partecipazione, la non discriminazione e l'inclusione sociale delle persone anziane; (iii) promuovere e salvaguardare la dignità, la salute e l'indipendenza nella maggiore età e (iv) mantenere e rafforzare la solidarietà intergenerazionale. L'AAI è uno strumento importante per essere utilizzato per valutare e controllare l'attuazione delle MIPAA.

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 volontariato, o adattare i sistemi fiscali in modo che venga riconosciuta l'assistenza informale fornita dalle persone anziane (es. baby-sitter). Tutto questo crea le condizioni ottimali affinché le persone più avanti in età rappresentino una risorsa per la collettività e ciò 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 è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne, in termini di accudimento e aiuto a congiunti, figli, fratelli/sorelle, genitori, nipoti o amici, attraverso due domande, una riferita a persone conviventi e una a persone non conviventi. Per documentare il supporto fornito alla collettività è stato chiesto agli anziani se nei 12 mesi precedenti avessero svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole, inoltre è stata valutata la frequenza a corsi di cultura e formazione e l'eventuale attività lavorativa retribuita. Con l'aspettativa di vita in aumento in tutta Europa, anche l'età di pensionamento è in aumento, come dimostrano le recenti riforme apportate al sistema pensionistico anche nel nostro Paese. Il coinvolgimento degli anziani in attività lavorative retribuite, oltre ad influenzare positivamente la loro salute e il loro benessere, aiuta a promuovere la loro partecipazione attiva nella comunità di appartenenza, contribuendo così alla costituzione di un vero e proprio capitale sociale. Il 7% del campione ha dichiarato di svolgere un lavoro retribuito. Sono in maggior misura uomini che appartengono alla classe di età più giovane, con livello di istruzione più alto, con meno difficoltà economiche, in buona salute e che non percepiscono una pensione (10% vs 7%). 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. In una settimana tipo, il 28% 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 gli anziani con meno di 75 anni, uomini, con un alto livello di istruzione ed in buone condizioni di salute. Negli ultimi 12 mesi, circa il 21% degli intervistati ha partecipato, con altre persone, a gite o soggiorni organizzati. Si tratta soprattutto di donne, di età più giovane, con livello di istruzione più alto e con nessuna difficoltà economica; solo il 6% ha partecipato a corsi di cultura e formazione.

Anziano risorsa

Circa il 40% della popolazione ultra 64enne rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Si prendono cura dei propri familiari, assistono persone care o altri anziani (attraverso il volontariato presso scuole, parrocchie, ospedali o altro). L'essere risorsa è una caratteristica maggiormente diffusa tra le donne (49% vs 27% degli uomini).

Grafico 4.1 Anziano come risorsa, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.

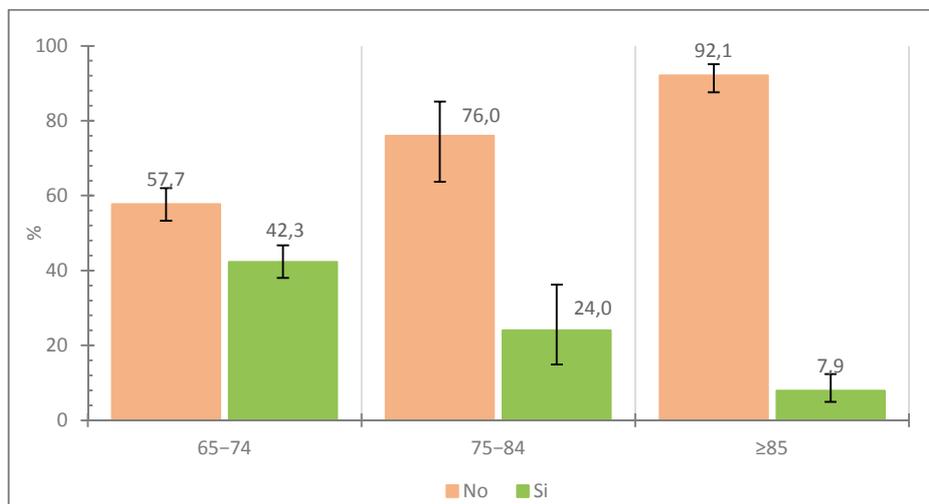
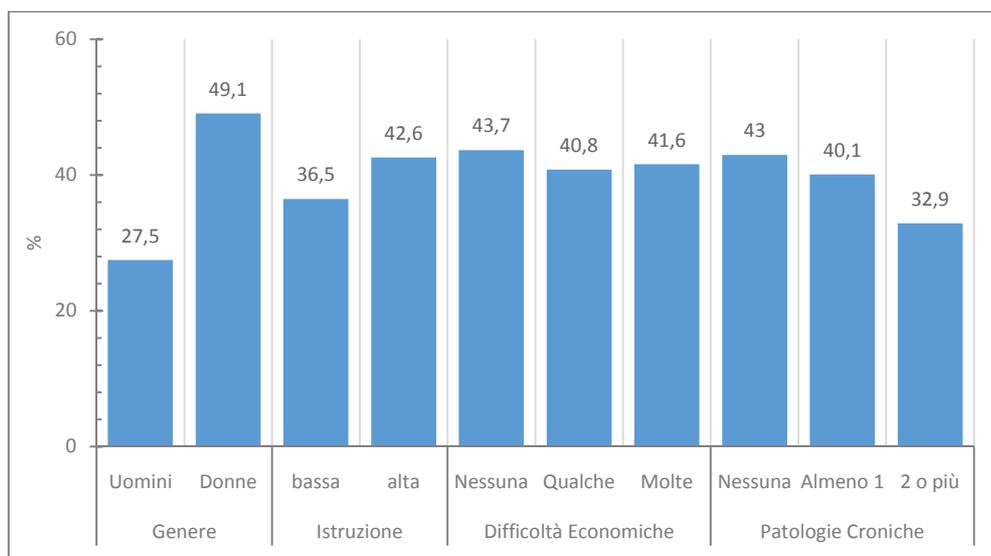


Grafico 4.2 Anziano come risorsa, per caratteristiche socio-demografiche e patologie. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Il supporto fornito dagli ultra 64enni all'interno della propria famiglia rappresenta un ruolo di sostegno e un'efficace misura di promozione alla qualità della vita, come per esempio in una "settimana tipo" i nonni si occupano quasi tutti i giorni dei nipoti.

Il concetto di ultra 64enne come risorsa presuppone una visione positiva della persona, in continuo sviluppo e capace di partecipare alla vita sociale, favorendo la propria crescita individuale e collettiva.

La società deve riconoscere e valorizzare questo ruolo, non solo quando la persona ultra 64enne è in buona salute, ma anche quando è a rischio di disabilità.

Isolamento sociale

L'assenza o la scarsità di relazioni sociali costituisce un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con l'aumentare dell'età l'isolamento sociale risulta strettamente correlato con la salute, influenzando il declino delle capacità cognitive, un maggior ricorso a ospedalizzazione, un maggior rischio di cadute e di condizioni di malnutrizione e un aumento della mortalità.

L'indagine PASSI d'Argento prende in considerazione la partecipazione ad incontri collettivi e il vedersi con altre persone o anche solo telefonare a qualcuno, per fare quattro chiacchiere. Sono considerate a rischio di isolamento sociale gli anziani che in una settimana "normale" non hanno svolto nessuna di queste attività.

Nelle Marche gli anziani a rischio di isolamento sociale sono risultati il 19% e sono in prevalenza uomini (19%), con basso livello di istruzione (26% vs il 13% di quelle con alto livello di istruzione) e con molte difficoltà economiche (22% vs il 14% di chi riferisce nessuna difficoltà economica).

Grafico 4.3 Isolamento negli anziani, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.

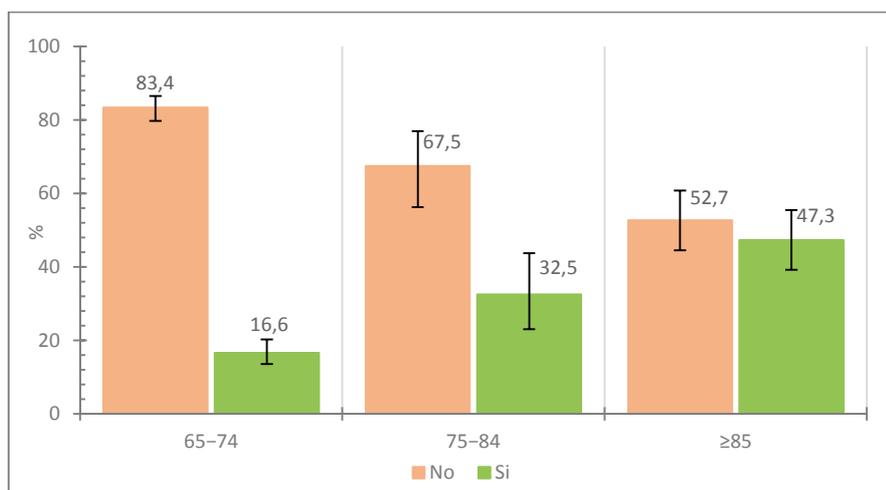
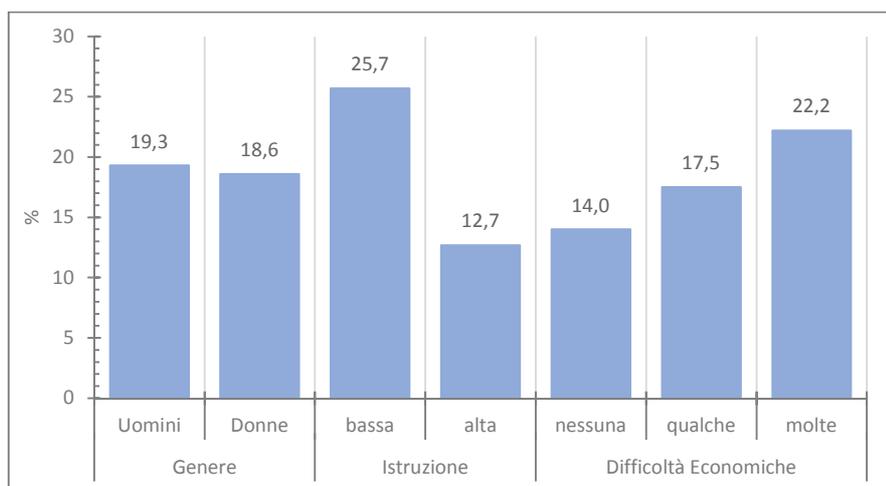


Grafico 4.4 Isolamento sociale per caratteristiche socio-demografiche. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



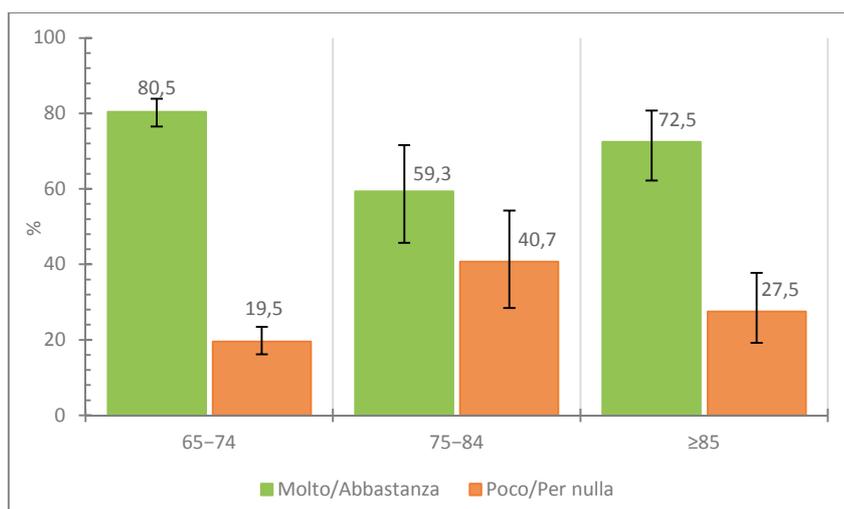
Soddisfazione per la propria vita

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" e PASSI d'Argento l'ha rilevata come soddisfazione complessiva della vita condotta da un individuo, ricorrendo ad una sola domanda ("Quanto è soddisfatto/a della vita che conduce?"), con 4 possibili risposte ("molto", "abbastanza", "poco", "per nulla") su un intervallo temporale non specificato.

Complessivamente il 79% delle persone ultra 64enne si dichiara soddisfatto della vita che conduce (10% molto, 69% abbastanza soddisfatto). Il rimanente 21% riferisce di non sentirsi soddisfatto (il 17% poco e il 4% per nulla soddisfatto).

Grafico 4.5 Soddisfazione per la propria vita, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Tra le persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni, l'80% si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della vita che conduce. Mentre questo valore diminuisce tra le persone con 75 anni e più; tuttavia sono circa 6 su 10 (66%) gli anziani soddisfatti della propria vita. La percentuale di persone poco o per nulla soddisfatte della vita che conducono è maggiore tra le donne (26% vs il 15% degli uomini) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi.

Raccomandazioni

Avere un'attitudine positiva nei confronti della vita e mantenere buone relazioni sociali aiuta a rimanere in buona salute.

Si può avere una vita gratificante a qualunque età!

Ambiente di vita

I due aspetti principali che caratterizzano un ambiente di vita adeguato ai bisogni dell'individuo, in particolare se anziano, sono l'abitazione di residenza e l'accessibilità ai servizi principali (sia socio-sanitari, che di pubblica utilità). Per rispondere ai bisogni e ai diritti delle persone che vanno avanti con l'età è importante che vengano tutelati il diritto e l'accesso alle cure, che sia facilitato l'accesso ai servizi socio-sanitari e che i contesti di vita, sia le abitazioni, che i quartieri in cui vivono, siano sicuri e adatti a favorire l'autonomia e la socialità.

È importante che le persone anziane non abbiano difficoltà a raggiungere lo studio del medico di famiglia, o i servizi della Asl, ma neppure la farmacia o i servizi commerciali di generi alimentari o di prima necessità. È importante che le condizioni di accesso ai servizi sociosanitari siano facilitate e garantite e che non debbano dipendere dalla disponibilità economica.

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 della politica OMS *Salute 2020* ("Creare comunità in grado di rispondere alle sfide e ambienti favorevoli alla salute"). 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.

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, che favorisca l'autonomia ma anche la partecipazione alle attività sociali, 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, i fattori ambientali legati all'edilizia e la 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 indaga molti di questi aspetti: alcune caratteristiche dell'abitazione, la percezione della sicurezza del quartiere e l'accessibilità ai servizi socio-sanitari.

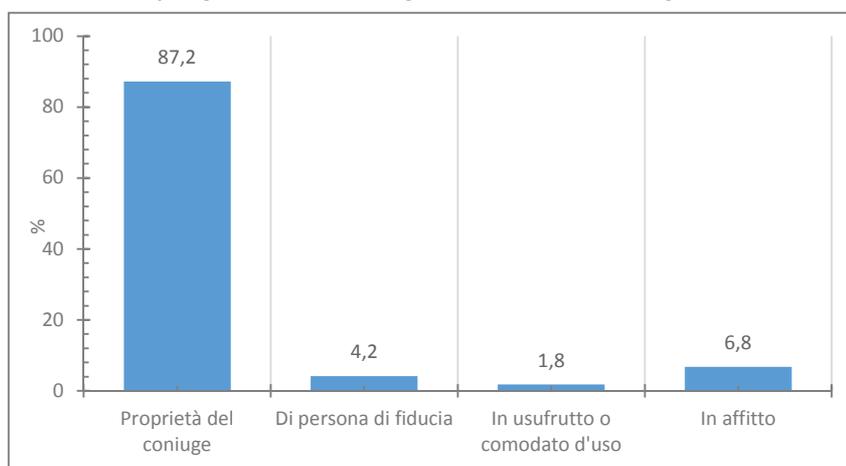
L'accessibilità dei servizi socio-sanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione con 65 anni e più, e operare per migliorarla rientra anche nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze.

Abitazione

PASSI d'Argento ha raccolto informazioni riguardanti l'abitazione di residenza e l'area ad essa 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.

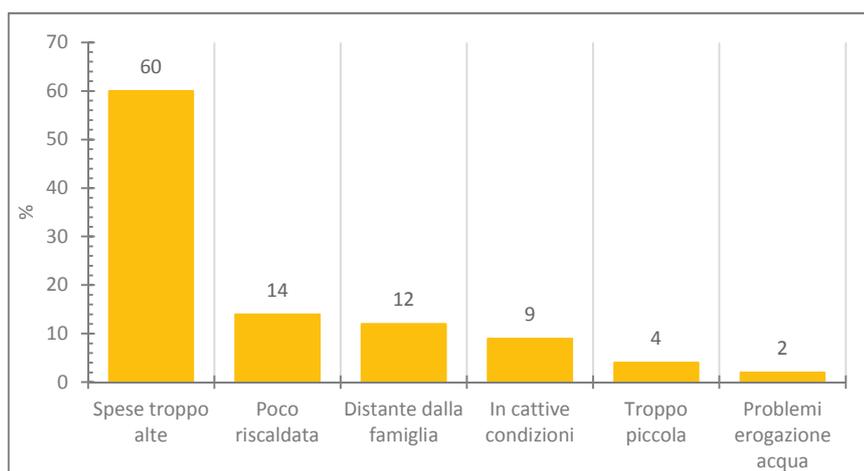
L'87% degli ultra 64enni intervistati vive in casa propria o del coniuge. Questa condizione risulta essere più comune tra le donne (88%), tra le persone con alto livello di istruzione (89%) e senza difficoltà economiche (93%). Il 7% paga un affitto, situazione che arriva a coinvolgere l'9% tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche. La quota di anziani che vivono in case di persone di fiducia aumenta considerevolmente oltre i 75 anni.

Grafico 5.1 Tipologia di abitazione. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Complessivamente circa 7 anziani su 10 riferiscono problemi nell'abitazione: il 52% un problema e il 21% almeno due. Tra i problemi dell'abitazione, le spese troppo alte rappresentano il problema più diffuso essendo riferito da oltre la metà (60%) degli intervistati e il 14% lamenta un riscaldamento insufficiente. Il 19% degli anziani intervistati non si sente sicuro nella zona in cui vive.

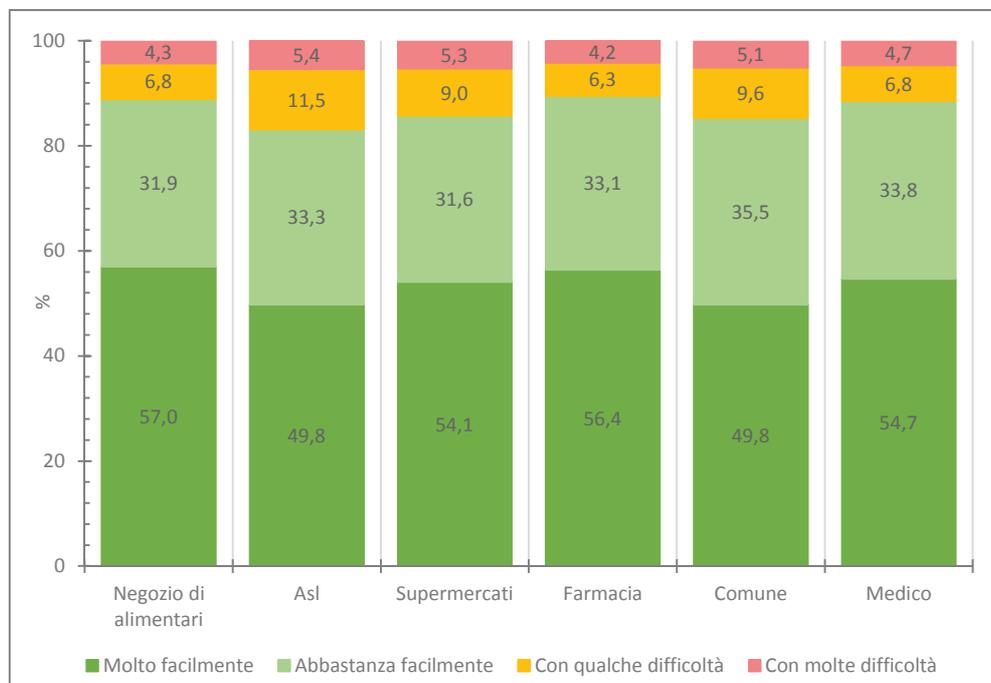
Grafico 5.2 Tipologia di problemi nell'abitazione. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



Accesso ai servizi

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.

Grafico 5.3 Accesso alle principali tipologie di servizi. Regione Marche, PASSI d'Argento 2014-2015.



I servizi più importanti vengono raggiunti facilmente da circa 8 anziani su 10 e i restanti 2 hanno difficoltà di accesso ad uno dei servizi elencati. Gli intervistati che riferiscono di avere difficoltà (molte/qualche difficoltà) nel raggiungere i servizi principali risultano essere: il 17% per i servizi della ASL, il 15% per i servizi del Comune, il 14% per i supermercati e i centri commerciali, l'11% per il Medico di famiglia, l'11% per i negozi di generi alimentari e il 10% per la farmacia.

Complessivamente, circa la metà degli anziani intervistati, dichiara di raggiungere "molto facilmente" tutti i servizi presi in considerazione.

Indipendentemente dal tipo di servizio preso in considerazione, la difficoltà di accesso sono segnalate con frequenza maggiore dalle donne, dagli ultra 74enni, dagli anziani con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Indagine 2016-2017

Nella Marche, la prima indagine regionale PASSI d'Argento è iniziata nel 2014, dopo due sperimentazioni avvenute a livello locale negli anni precedenti. Le regioni del pool nazionale hanno intrapreso la rilevazione su scala regionale nel 2016, di conseguenza per il biennio 2014-2015 le Marche non hanno dati di confronto con altre regioni italiane. Tuttavia, dalle analisi fatte sui dati delle rilevazioni svolte negli anni precedenti, quelli marchigiani sono risultati perlopiù sovrapponibili ai dati di altre regioni e a quelli nazionali.

A partire dalla rilevazione 2016-2017, il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, è stato realizzato in modo continuativo. Questa modalità garantisce una maggiore sostenibilità della rilevazione, inoltre, come già avvenuto per la sorveglianza PASSI (sulla popolazione 18-69 anni) consente di ottenere stime più affidabili anche su livelli territoriali di più piccole dimensioni, osservare la stagionalità di alcuni fenomeni, elaborare i dati anche attraverso serie storiche.

Nella regione Marche per poter avere la rappresentatività campionaria a livello regionale, è necessario raccogliere 600 interviste annue. Nel biennio 2016-2017 sono state raccolte 490 interviste, a causa di una serie di eventi imprevedibili, tra i quali il sisma del 2016, che hanno sovraccaricato di lavoro aggiuntivo i servizi solitamente preposti alla conduzione delle interviste, determinando l'impossibilità di raggiungere la numerosità campionaria necessaria.

Tuttavia, nonostante l'ampiezza degli intervalli di confidenza delle stime dei vari parametri, che impedisce di poter fare affermazioni ampiamente attendibili sui risultati emersi, ci sentiamo confortati dal fatto che la gran parte dei risultati si sono mostrati sovrapponibili a quelli nazionali. Questo ci induce a ritenere che, anche per il biennio 2016-2017, possiamo disporre di un quadro sufficientemente informativo della condizione della popolazione ultra 64enne nelle Marche.

Va precisato che alcune delle definizioni utilizzate nelle precedenti indagini sono state riviste ed aggiornate. Ad esempio la definizione di sedentarietà è variata, in quanto è stato cambiato il percentile di riferimento per individuare i soggetti poco attivi (dal 25° al 40°) e questo ha reso non confrontabili i dati relativi a questi temi. Inoltre eventuali rilevanti differenze emerse rispetto al biennio precedente, vanno interpretate con cautela, data anche la diversa numerosità del campione in studio.

La rilevazione nella regione Marche sta proseguendo per gli anni 2018-2019, quindi per il prossimo anno potremo disporre di un campione consistente, riferito al quadriennio 2016-2019, che ci consentirà di avere stime solide e risultati ancora più attendibili.

Di seguito vengono presentati i risultati della rilevazione 2016-2017, relativi agli aspetti dell'indagine che sono stati valutati come maggiormente affidabili.

Autonomia nelle attività della vita quotidiana

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita. Il livello dell'autonomia dell'anziano, come già visto, viene individuato utilizzando la scala delle ADL (Activity of Daily Living) e la scala delle IADL (Instrumental Activity of Daily Living), che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere le funzioni fondamentali della vita quotidiana e le funzioni complesse che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma.

Nell'indagine PASSI d'Argento 2016-2017, si dà maggiore risalto alla condizione di fragilità nell'anziano.

Nonostante ad oggi, a livello internazionale non si sia raggiunta una definizione univoca di fragilità nell'anziano, alcuni fattori sono riconosciuti come associati a una maggiore vulnerabilità, sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale.

Viene definito anziano fragile la persona non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono- IADL), ma che ha completa autonomia nello svolgimento delle attività principali della vita quotidiana (ADL).

La prevenzione efficace della fragilità nell'anziano richiede conoscenze sui fattori di rischio e la possibilità di poter quantificare e identificare il target di intervento che richiede attenzioni, preventive e assistenziali, e risorse che devono essere oggetto di programmazione sanitaria sia a livello centrale sia a quello locale.

E' prioritario intervenire sulla condizione di pre-fragilità, per fare in modo che non evolva in fragilità ed infine in disabilità, con conseguente aggravio assistenziale a carico della famiglia e complessivamente del sistema socio-sanitario.

Nella Regione Marche, nel biennio 2016-2017, il 16% (15% dato nazionale) degli ultra 64enni presenta una qualche forma di disabilità in almeno una tra le attività funzionali della vita quotidiana (ADL) e il 99% di questi riceve una qualche forma di aiuto, in prevalenza da familiari (99%) e da personale a pagamento, come le badanti (48%). La maggioranza valuta positivamente l'aiuto ricevuto (il 54% buono, il 35% sufficiente).

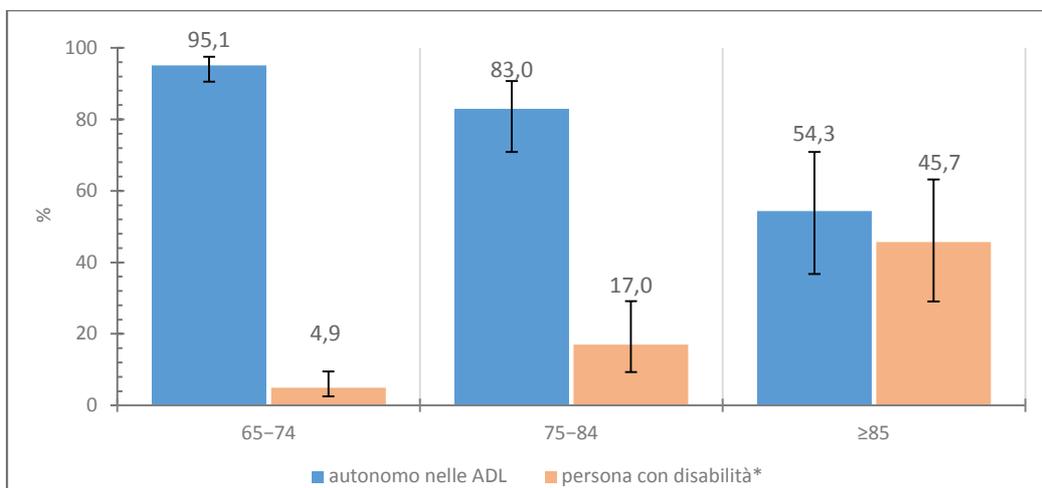
Il 23% (21% dato nazionale) degli anziani intervistati si trova in condizione di fragilità e anche tra questi, la quasi totalità riceve aiuto, in prevalenza da familiari (99%) e da personale a pagamento (19%). Un 5-7% di anziani disabili o fragili riceve aiuto da parte di conoscenti o amici. La gran parte valuta positivamente l'aiuto ricevuto (il 62% buono, il 64% sufficiente). E' importante sottolineare che in alcuni casi l'anziano rappresenta una risorsa, non solo quando è in buona salute, ma anche quando è fragile o disabile.

I dati relativi al biennio 2016-2017, riguardanti la condizione di autonomia nelle IADL, vengono presentati con un dettaglio maggiore rispetto a quelli relativi al 2014-2015. Gli anziani vengono suddivisi in tre categorie di fragilità, anziché in due (autonomi, non autonomi in 1 IADL e non autonomi in 2-8 IADL) ed è importante valutare con la dovuta cautela le eventuali differenze emerse rispetto al biennio precedente.

Autonomia nelle ADL

Gli anziani non autonomi in almeno una ADL sono in prevalenza donne, di età avanzata, con basso livello di istruzione, con 2 o più patologie croniche, in condizione di isolamento sociale e con una percezione negativa del proprio stato di salute. Vivono soli nel 5% dei casi e soltanto una minima parte percepisce contributi. Ricevono aiuto prevalentemente dai familiari (96%), da badanti (38%), dai servizi della Asl (16%) e nella quasi totalità dei casi valutano l'aiuto ricevuto buono (52%) o sufficiente (46%).

Gráfico 6.1 Autonomia nelle ADL, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.

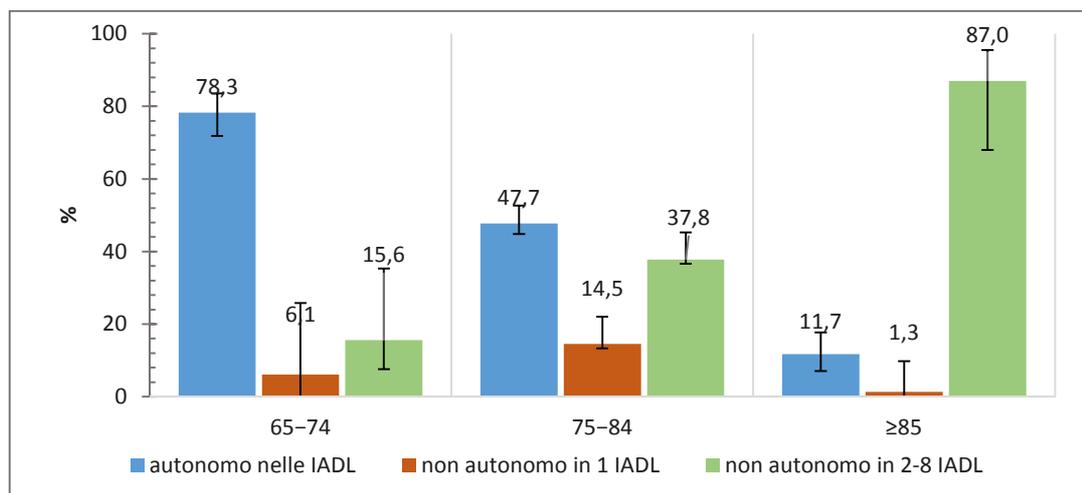


* anziani che presentano un deficit completo in una o più ADL

Autonomia nelle IADL

Gli anziani non autonomi in almeno una IADL sono più frequentemente le donne, di età avanzata, con molte difficoltà economiche, con basso livello di istruzione, con 2 o più patologie croniche, socialmente isolati e con una percezione negativa del proprio stato di salute. Percepiscono contributi solo nel 4% dei casi, ricevono aiuto prevalentemente dai familiari (95%), da badanti (20%), da conoscenti (8%), dai servizi della Asl (8%) e nella quasi totalità dei casi valutano l'aiuto ricevuto buono (76%) o sufficiente (23%).

Gráfico 6.2 Autonomia nelle IADL, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.

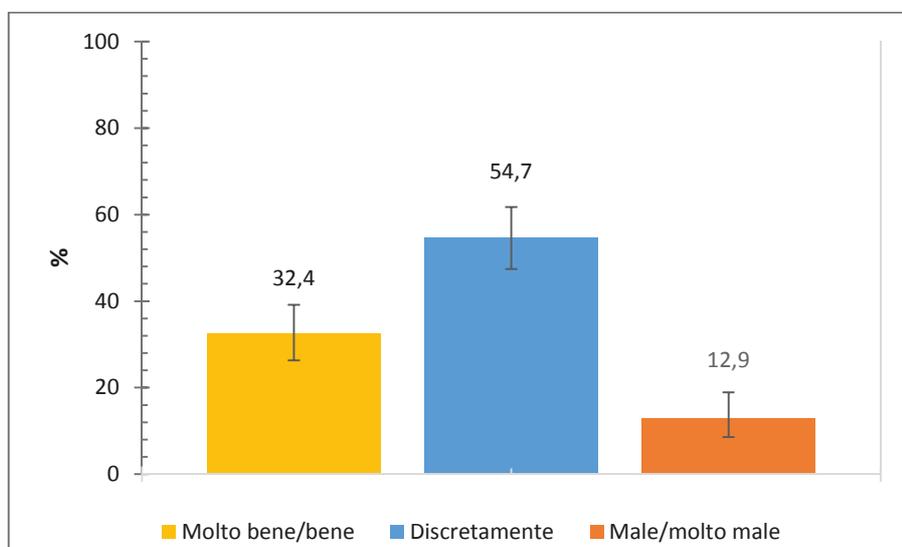


Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita, in modo particolare tra gli anziani, in quanto una cattiva percezione è talvolta correlata ad un maggiore rischio di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute, sia fisica che psicologica definiti comunemente “*unhealthy days*” può considerarsi un indicatore “quantitativo” che dà conto della gravità dei problemi di salute, nella sua accezione più ampia, e dunque della qualità di vita dell’intervistato.

Grafico 6.3 Percezione dello stato di salute negli anziani. Regione Marche, PASSI d’Argento 2016-2017.



Nella regione Marche l’87% degli anziani intervistati giudica positivamente il proprio stato di salute (il 55% dichiara di sentirsi “discretamente” e il 32% “bene/molto bene”) e il restante 13% ne dà un giudizio negativo, (riferendo che la propria salute va “male/molto male”). La percentuale è maggiore negli uomini (95% vs l’81% delle donne) e peggiora con l’età, infatti gli anziani di età 65-74 anni ne danno un giudizio molto più positivo (91%) rispetto agli over 85 anni (87%).

Complessivamente, hanno una migliore percezione della salute le persone: con nessuna difficoltà economica, con istruzione alta, con nessuna patologia, che non vivono sole, ma in compagnia di familiari o amici.

A livello di pool nazionale, circa 1 anziano su 2 dichiara di sentirsi “discretamente”, il 37% “bene/ molto bene” e il 13% “male/molto male”.

Nella regione Marche, considerando gli ultimi 30 giorni, il numero medio di giorni in cattiva salute è pari a 9,2 (8,1 la media nazionale), quelli in cattiva salute fisica 6,3 (5,4 la media nazionale), in cattiva salute psicologica 5,4 (4,6 la media nazionale) e il numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane è pari a 2,3 (3,6 la media nazionale).

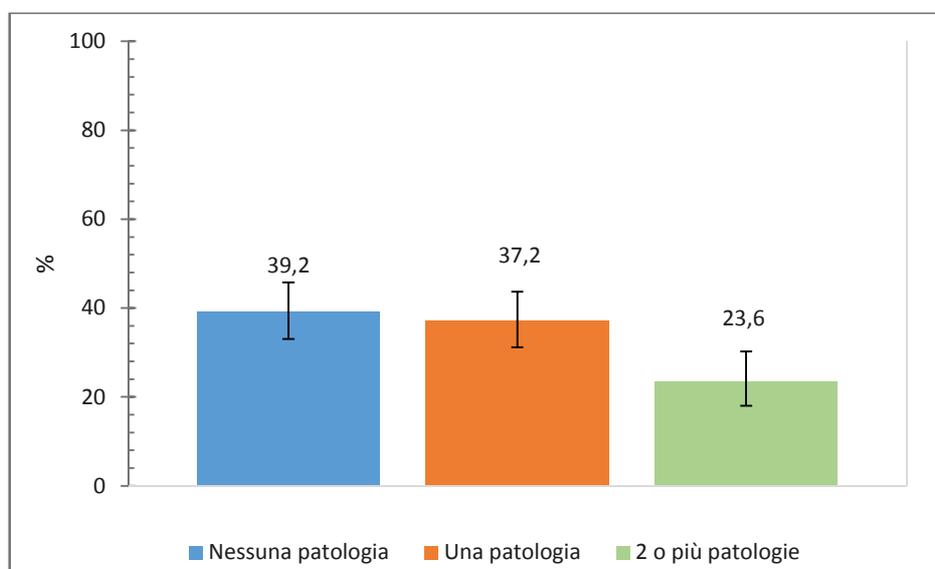
Patologie croniche

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, fanno emergere le patologie cronicodegenerative come una priorità sanitaria. Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti per molte di queste patologie si conoscono misure preventive efficaci, fra queste c'è l'adozione di uno stile di vita sano (che include regolare attività fisica, avere una corretta alimentazione ed evitare il fumo) e l'adesione a misure di prevenzione, quali le indagini cliniche per la diagnosi precoce, come nel caso degli screening per il tumore del seno, della cervice uterina e del colon retto, del diabete e della depressione.

Tra gli intervistati ultra 65enni il 61% (60% valore del pool nazionale) riferisce di avere almeno una patologia cronica (il 37% una patologia e il 24% due o più patologie) e questa percentuale sale al 70% negli ultra 85enni. In particolare, nelle Marche, il 33% soffre di patologie cerebrovascolari, il 17% di malattie respiratorie croniche, il 16% di diabete, il 13% di tumori e il 12% di insufficienza renale. Il 13% ha avuto un infarto e l'8% un ictus.

Anche a livello nazionale, 6 anziani su 10 riferiscono di soffrire di almeno una patologia cronica, tra cui, insufficienza renale, bronchite cronica, insufficienza respiratoria, ictus, diabete, tumori (comprese leucemie e linfomi) e cirrosi.

Grafico 6.4 Numero di patologie croniche. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



La coesistenza di più patologie (comorbidità) in età avanzata, è una condizione molto frequente nell'epoca attuale, che rende il paziente anziano un "paziente complesso" e che comporta nuovi bisogni di salute.

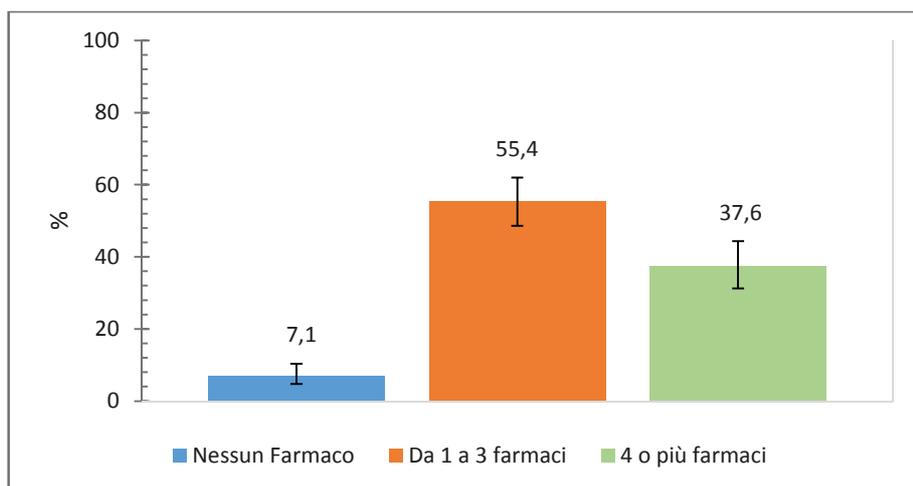
Nella popolazione ultra 64enne è frequente il fenomeno della pluripatologia, infatti 24% (25% valore del pool nazionale) soffre di 2 o più patologie. Questo fenomeno è maggiore nelle persone ultra85enni e con una bassa istruzione.

Consumo di farmaci

Nella popolazione anziana, l'uso regolare di farmaci (e spesso di più farmaci contemporaneamente) è frequente, perché si ha un'alta prevalenza di patologie croniche e di multimorbilità. I farmaci contribuiscono a migliorare la qualità e la durata della vita, ma possono anche avere effetti negativi. In queste circostanze è molto importante un uso consapevole dei farmaci e una *compliance* al piano terapeutico, da parte del paziente. Cruciale per questo il ruolo del medico di medicina generale, non solo per la scelta appropriata e per l'utilizzo efficiente dei farmaci a beneficio del paziente ma anche per il monitoraggio e l'adesione al piano terapeutico, soprattutto nei pazienti anziani. Passi d'Argento rileva l'uso dei farmaci fra gli anziani con alcune domande che si riferiscono al loro consumo nella settimana precedente l'intervista.

Nelle Marche, sul totale della popolazione intervistata, il 90% dichiara di assumere farmaci e il consumo aumenta all'aumentare dell'età (87% nella fascia 65-74 anni e 100% gli ultra85enni).

Grafico 6.5 Uso di farmaci. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



L'86% degli anziani intervistati dichiara di assumere farmaci nonostante non abbia nessuna patologia e il 4% degli anziani che hanno almeno una patologia non li assume.

Il 38% riferisce di aver consumato almeno 4 diversi farmaci nella settimana precedente l'intervista, in linea con il dato nazionale. Il 55% degli intervistati assume da 1 a 3 farmaci diversi al giorno e il 38% ne assume 4 o più, ma solo il 63% riferisce di aver controllato l'uso dei farmaci prescritti (compreso il dosaggio, l'orario e i giorni di assunzione) con il proprio medico curante negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista.

Anche a livello nazionale i dati mostrano che 9 anziani su 10 fanno uso di farmaci, più di 1 su 3 riferisce di consumarne almeno 4 tipologie diverse.

L'assunzione di farmaci cresce con l'età ed è più frequente fra le persone con bassa istruzione e con qualche difficoltà economica.

Problemi di vista, udito e masticazione

Nella regione Marche, nel biennio 2016-2017, circa il 10% degli intervistati ultra 64enni riferisce di avere problemi di vista (in linea con il dato nazionale), i quali condizionano lo svolgimento di attività quotidiane e costituiscono un importante fattore di rischio per le cadute.

La quota di persone con problemi di vista cresce con l'età ed è maggiore fra quelle con bassa istruzione e tra coloro che hanno molte difficoltà economiche. Tra gli anziani intervistati con un problema di vista, il 56% è socialmente isolato, il 45% ha sintomi depressivi e il 20% è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Anche i problemi di udito vengono indagati attraverso una domanda che non fa riferimento ad alcuna diagnosi medica, ma semplicemente rileva la percezione del singolo di avere un deficit di udito tale da rendere difficoltoso fare quattro chiacchiere con qualcuno. Dai dati 2016-2017, fra gli ultra 65enni residenti nelle Marche il 15% riferisce un problema di udito (non risolto o non risolvibile con il ricorso all'apparecchio acustico), in linea con il dato nazionale.

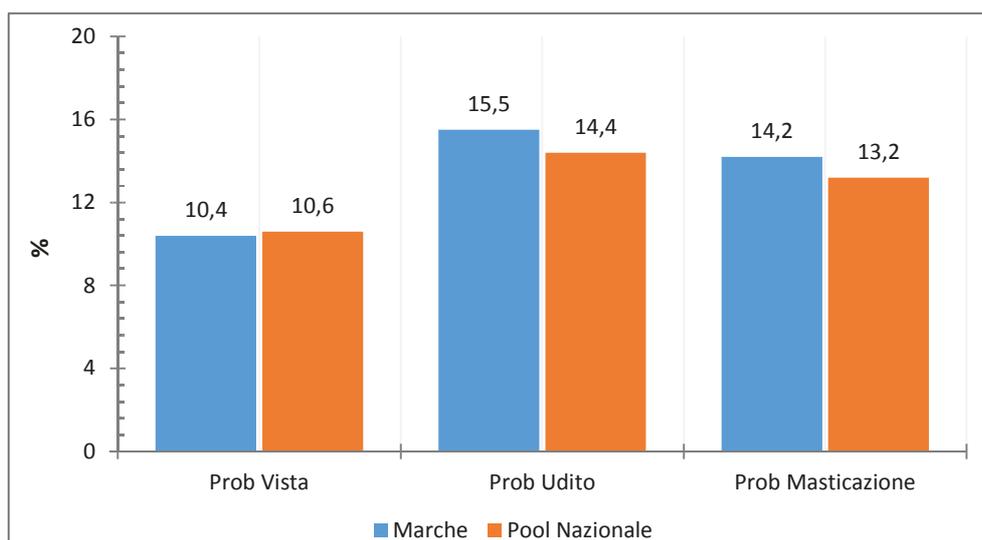
La prevalenza di anziani con problemi di udito è maggiore fra coloro che hanno una bassa istruzione e molte difficoltà economiche. Fra le persone con un problema di udito il 60% è socialmente isolato, il 30% ha sintomi depressivi e il 19% è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Circa il 14% degli intervistati, riferisce di avere problemi di masticazione e non riesce a mangiare cibi difficili (una difficoltà non risolta o non risolvibile con l'uso della dentiera) e la quota di persone con problemi di masticazione è maggiore fra le persone con bassa istruzione, in linea con il dato nazionale. Il 44% degli anziani con problemi di masticazione ha fatto una visita dal dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista e i motivi del non ricorso al dentista sono principalmente: pensare di non averne bisogno (69%), non ritenerlo opportuno (17%), costo troppo elevato (6%) e difficoltà negli spostamenti (7%).

Il 33% degli anziani intervistati ricorre alla dentiera per risolvere le proprie difficoltà a masticare cibi difficili.

Il gradiente geografico è rilevante: nelle Regioni meridionali c'è una quota da 2 a 3 volte più alta di persone con problemi di vista, udito e masticazione, rispetto a quanto si osserva fra i residenti nel Nord Italia.

Grafico 6.6 Problemi sensoriali. Confronto regione Marche e Pool nazionale, PASSI d'Argento 2016-2017.



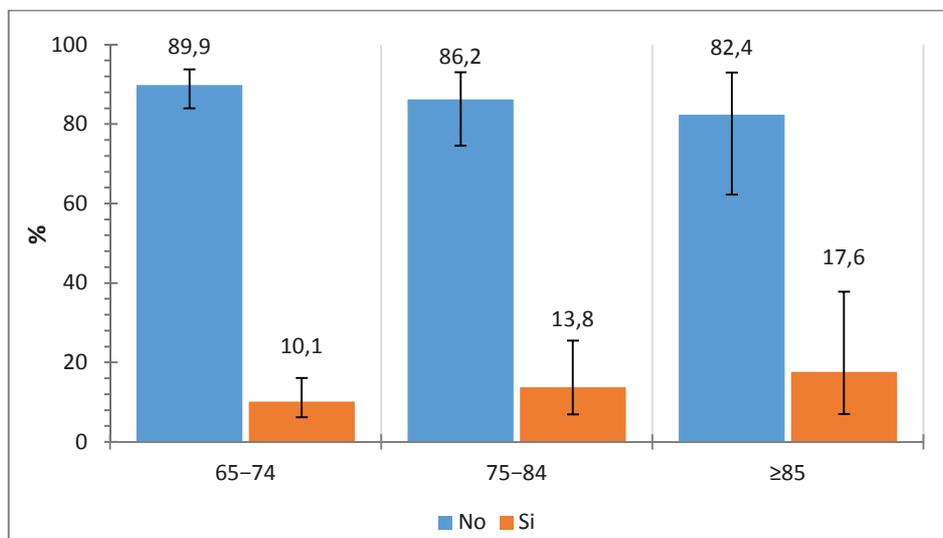
Cadute

Il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e per la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona, perché anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. L'OMS ha indicato le cadute degli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio per le cadute (quali ad esempio l'uso inappropriato di farmaci), a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole alle persone più anziane e a promuovere l'attività fisica.

Nella regione Marche, nel biennio 2016-2017, il 13% (9% il dato nazionale) dichiara di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista e l'11% (18% il dato nazionale) è stato ricoverato in ospedale per almeno un giorno. Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età (pari al 10% fra il 65-74enni raggiunge il 18% fra gli ultra 85enni), fra le donne (15% vs 10% negli uomini) e tra le persone con bassa istruzione (16% vs 8% di chi ha un'alta istruzione). La caduta incute timore: circa 4 intervistati su 10 hanno paura di cadere e questo dato è in linea con quello nazionale. Il 58% degli anziani che hanno già subito una caduta ha paura che l'evento si ripeta e la paura di cadere è più frequente fra le donne e fra chi vive solo (51%). La caduta è associata al malessere psicologico e la prevalenza di persone con sintomi depressivi fra le persone che hanno subito una caduta negli ultimi 30 giorni è pari al 28%.

Grafico 6.7 Cadute negli anziani per classi di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Nella regione Marche il 73% delle cadute avvengono in casa e solo il 20% degli intervistati dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio su come evitare le cadute da parte del medico o di un operatore sanitario. Tuttavia, complessivamente, solo il 54% degli intervistati ricorre all'uso di almeno uno dei diversi presidi anticaduta (come seggiolini, maniglioni, tappetini, ecc.).

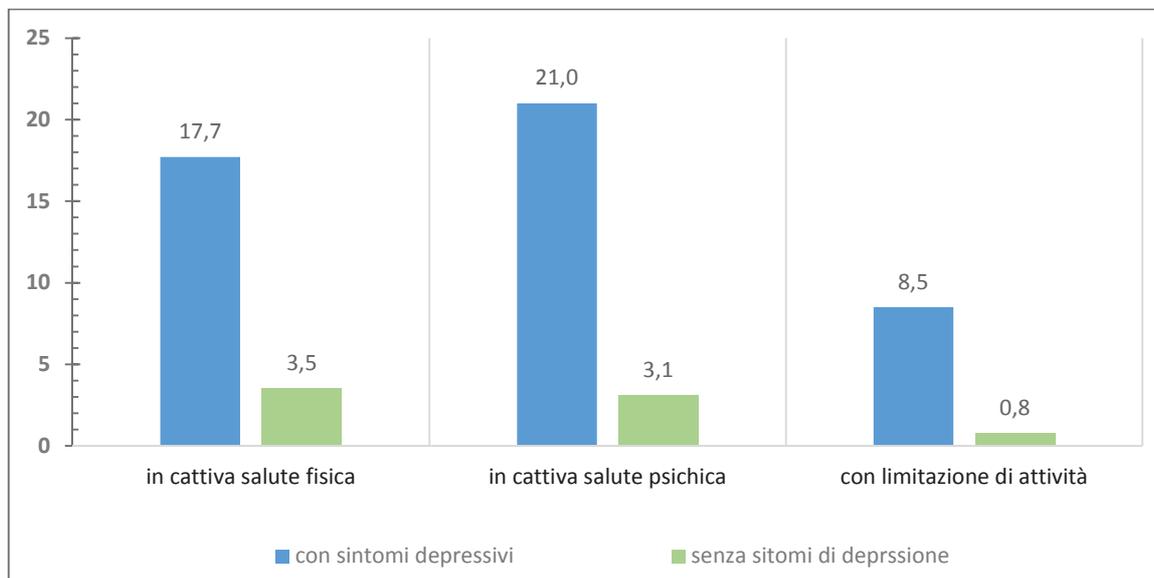
Sintomi di depressione

Dai dati Passi d'Argento 2016-2017 si stima che 13 anziani su 100 soffrano di sintomi depressivi e percepiscano compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 21 giorni nel mese precedente l'intervista (17 giorni il dato nazionale). Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche la salute fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 18 giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (vs i 4 giorni riferiti dalle persone libere da sintomi depressivi) e circa 9 vissuti con limitazione delle attività quotidiane abituali (vs meno di 1 giorno riferito da persone libere da sintomi depressivi). Nel complesso la percezione della propria salute risulta compromessa e la gran parte di loro riferisce di sentirsi "male o molto male" o appena "discretamente". Questi sintomi sono più frequenti all'avanzare dell'età, fra le donne, fra gli anziani con difficoltà economiche e con un basso livello di istruzione.

Il 43% di anziani con sintomi di depressione si rivolge a qualcuno per ricevere aiuto (il 30% si rivolge ad un medico o ad un altro operatore sanitario, il 4% parla con i familiari o amici e l'8% si rivolge ad entrambi), ma una quota molto rilevante non si rivolge a nessuno.

Il 29% delle persone con 2 o più patologie croniche presenta sintomi depressivi vs il 6% di chi non soffre di alcuna patologia ed è più frequente tra le persone che vivono sole piuttosto che tra chi convive con qualcuno (20% vs 11%), incidendo in maniera significativa sia sulla salute psicologica che sulla salute fisica della persona in questione.

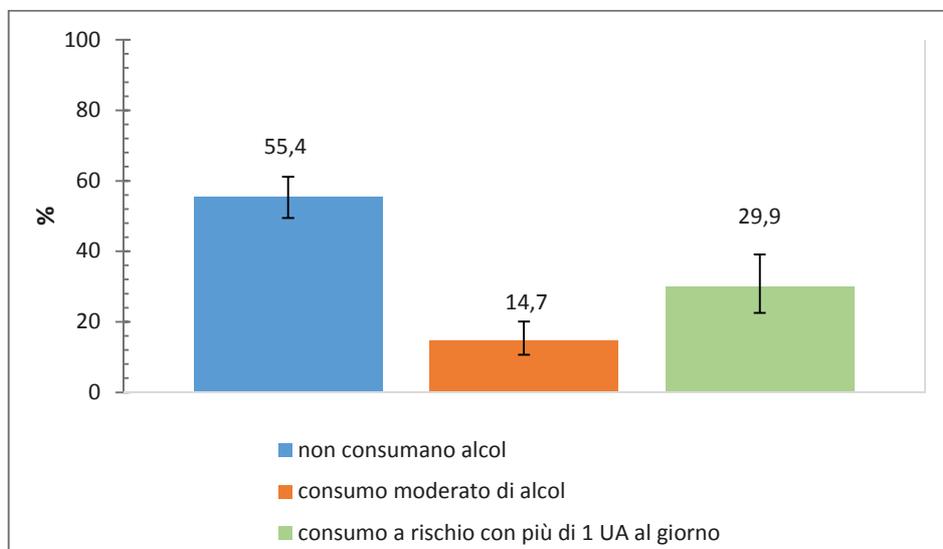
Grafico 6.8 Media dei giorni in cattiva salute, per presenza di sintomi depressivi. Regione Marche. PASSI d'Argento 2016-2017.



Consumo di alcol

Nelle Marche, nel biennio 2016-2017, il 45% delle persone di 65 anni e oltre, dichiara di consumare abitualmente bevande alcoliche, il 15% riferisce un consumo moderato e il 30% un consumo “a rischio” per la salute, poiché bevono mediamente più di 1 unità alcolica (UA) al giorno. Inoltre il 20% degli anziani intervistati riferisce di consumare più di 2 UA al giorno e il 10% di consumarne più di 3.

Grafico 6.9 Consumo di alcol negli anziani. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Il consumo di alcol è molto più frequente fra gli uomini (23% vs 9% fra le donne), si riduce con l'età ed è più frequente tra chi ha un più alto livello di istruzione e minori difficoltà economiche, in linea con il dato nazionale.

Solo il 12% dei consumatori di alcol a maggior rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno dal medico o da un altro operatore sanitario (10% il dato nazionale).

In Italia circa 4 anziani su 10, dichiarano di consumare abitualmente bevande alcoliche e il 19% dichiara un consumo moderato e il 18% un consumo “a rischio” per la loro salute.

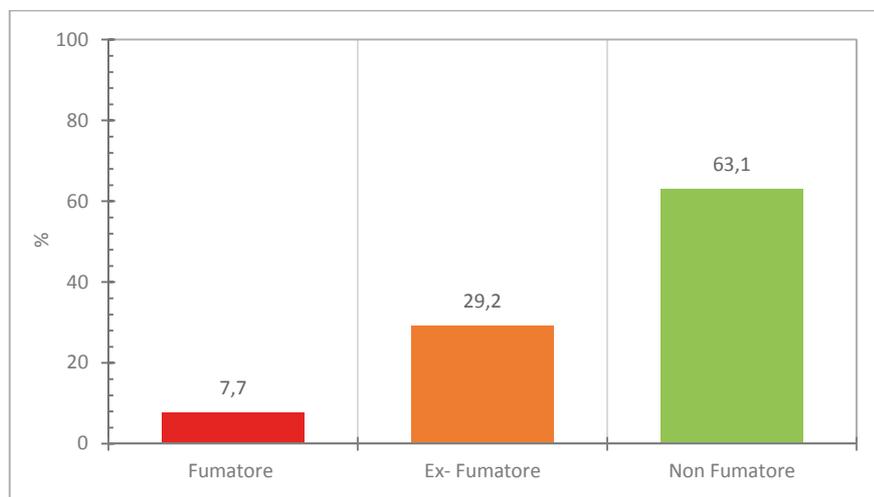
Il consumo di alcol, e con esso anche il consumo di alcol oltre i limiti ritenuti a rischio per la salute, è mediamente più frequente al Nord rispetto al Sud Italia (23% nel Nord, 20% nel Centro e 13% nel Sud-Isole).

Un numero rilevante di persone assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, ad esempio il 20% degli anziani con problemi legati al fegato, lo consuma (27% il dato nazionale).

Abitudine al fumo

Il dato sull'abitudine al fumo in Passi d'Argento viene raccolto attraverso 4 domande: la presenza dell'abitudine al fumo, con riferimento all'intero corso della vita e al momento dell'indagine, il numero di sigarette fumate e il fatto di aver ricevuto o meno il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

Grafico 6.10 Prevalenza del fumo. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Nella regione Marche, l'8% degli ultra 64enni fumano e il 63% non ha mai fumato. Di questi il 4% sono considerati dei forti fumatori, ovvero per definizione, fumano più di 10 sigarette al giorno. La percentuale dei fumatori è più alta (10%) tra gli anziani della classe 65-74 anni, mentre nella classe 75-84 è pari al 7% e tra gli ultra 85enni è del 3%.

I fumatori sono in prevalenza uomini (12% vs il 4% delle donne), come anche gli ex-fumatori (17% tra le donne vs il 46% tra gli uomini) e l'abitudine al fumo di sigaretta è più frequente tra gli anziani con una bassa istruzione. Il consumo medio giornaliero è di circa 10 sigarette. Il 75% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da parte del medico o di altri operatori sanitari nei 12 mesi precedenti l'intervista (66% il dato nazionale).

In Italia, la maggioranza degli ultra 64enni non fuma (63%) o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma una persona su 10 è ancora fumatore (10%). Con l'aumento dell'età la percentuale di fumatori diminuisce, passando dal 14% nella classe di età 65-74 anni al 3% in quella over 85. Il fumo di sigaretta è più frequente fra gli uomini (13% vs 7% nelle donne) e tra chi riferisce difficoltà economiche (14% fra coloro che hanno molte difficoltà economiche vs 9% di chi non ne ha).

Il consumo medio giornaliero è di circa 11 sigarette, tuttavia quasi 2 fumatori su 10 ne consumano più di un pacchetto al giorno.

Il 66% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Stato nutrizionale

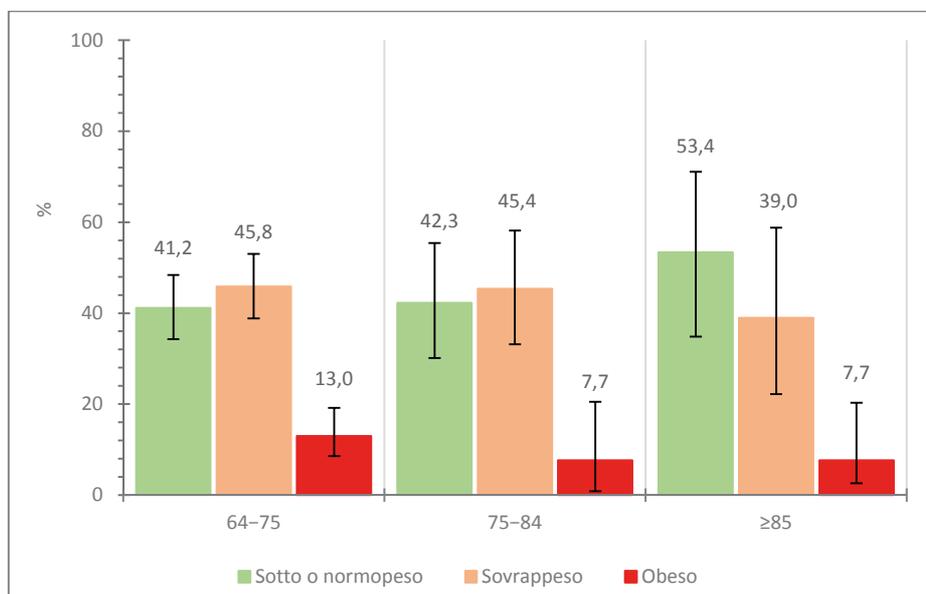
Lo stato nutrizionale, si misura comunemente attraverso l'Indice di Massa Corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri). Sulla base di questo indice le persone vengono classificate in 4 categorie: sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Nella regione Marche, i dati 2016-2017 evidenziano che il 43% degli ultra 65enni intervistati sono normopeso il 45% in sovrappeso e il 12% obesi. A livello nazionale le percentuali sono pari al 42% di normopeso, al 43% in sovrappeso, 14% di obesi. L'eccesso ponderale, in particolare l'obesità, risulta più frequente nelle donne (14% in linea con il dato nazionale), diminuisce con l'avanzare dell'età ed è più frequente fra le persone con molte difficoltà economiche (12%) e con un basso livello di istruzione (14%), con valori leggermente più bassi rispetto a quelli nazionali.

La condizione di sovrappeso, risulta più frequente fra gli uomini, di età più giovane, con molte difficoltà economiche e basso livello di istruzione. L'obesità è più frequente fra le persone con patologie croniche, raggiungendo il 22% fra le persone con 2 o più patologie, mentre a livello nazionale la percentuale di anziani obesi con patologie croniche è pari al 20%.

Se all'aumentare dell'età si riduce la quota di anziani in eccesso ponderale, aumenta progressivamente la quota di anziani che perdono peso indipendentemente dalla loro volontà che è pari al 4%, mentre in Italia è pari all'8%.

Grafico 6.11 Stato nutrizionale, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Abitudini alimentari

L'OMS dichiara che con 600 gr di frutta e verdura al giorno si eviterebbero oltre 135 mila decessi, l'11% degli ictus e 1/3 delle malattie coronariche. Frutta e verdura, inoltre, possono ridurre il rischio di stress, tumori e diabete di tipo 2.

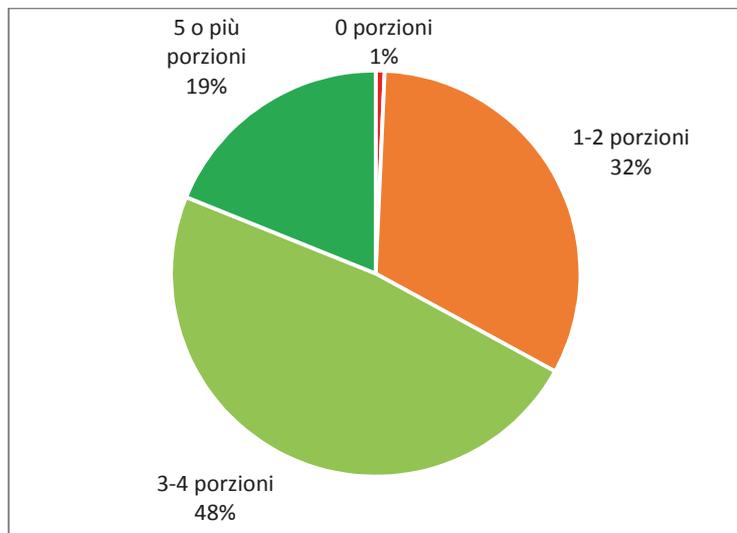
Nelle Marche, nel biennio 2016-2017, fra le persone con 65 anni o più il consumo medio giornaliero di frutta e verdura non raggiunge la quantità indicata dalle linee guida per una corretta alimentazione. Infatti 3 persone su 10 non consumano più di 2 porzioni al giorno di frutta e verdura, 5 persone su 10 ne consumano 3-4 porzioni e solo 2 su 10 arrivano a consumare le 5 porzioni al giorno (*five a day*), come raccomandato.

In Italia, nello stesso biennio, 4 persone su 10 non consumano più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, una quota analoga ne consuma 3-4 porzioni, solo 1 persona su 10 consuma almeno 5 porzioni al giorno.

Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019), è più frequente tra gli uomini, tra le persone di 65-74 anni, con livello di istruzione alto, che non hanno difficoltà economiche e tra coloro che hanno almeno una patologia cronica (73% vs il 71% di chi non ne ha nessuna).

I problemi di masticazione riguardano una quota di ultra 64enni contenuta pari a circa il 14%, e rappresentano, fra le condizioni di salute indagate, una tra quelle più frequentemente associate allo scarso consumo di frutta e verdura.

Grafico 6.12 Consumo giornaliero di frutta e verdura. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Attività fisica

Muoversi quotidianamente produce effetti positivi sulla salute fisica e psichica delle persone, mentre una scarsa attività fisica favorisce l'insorgenza delle malattie più frequenti.

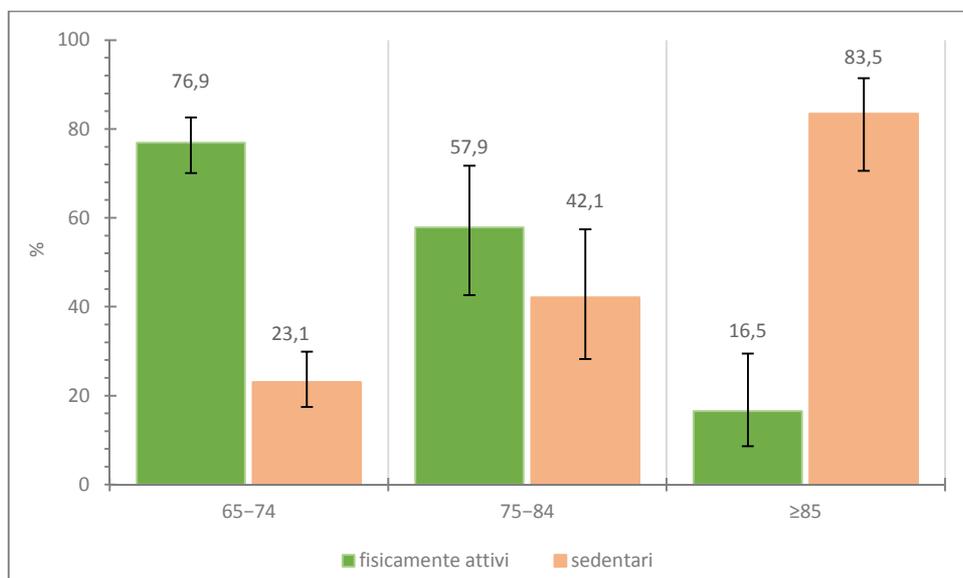
Le attività comunemente svolte dalle persone di 65 anni e oltre sono passeggiare, fare giardinaggio, cura dell'orto, fare attività domestiche o piccole riparazioni e prendersi cura di un'altra persona, senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative, che pure vengono prese in considerazione.

Per identificare i soggetti fisicamente attivi è stato utilizzato il punteggio PASE (*Physical Activity Score in Elderly*), ma a differenza della rilevazione 2014-2015, in cui il percentile preso come riferimento per individuare i soggetti attivi era stato il 25°, nell'indagine 2016-2017 è stato spostato al 40°. Questo spostamento ha avuto l'effetto di far aumentare la prevalenza di anziani considerati fisicamente attivi, rispetto al biennio precedente.

Nelle Marche il 34% dei soggetti ultra64enni intervistati risulta sedentario e il 66% attivo o parzialmente attivo (a livello nazionale il 39% di anziani risulta sedentario e il 61% attivo o parzialmente attivo). Il 42% dichiara di aver ricevuto il consiglio da parte del medico di effettuare un'attività fisica regolare (28% il dato nazionale).

Risultano più attivi fisicamente gli anziani con età tra i 65-74 anni (77%), senza difficoltà economiche e con più alto livello di istruzione. Il fatto di vivere soli e di essere socialmente isolati incide negativamente sul livello di attività fisica, come anche le condizioni di salute, infatti il 73% degli anziani fisicamente attivi riferisce di non avere patologie croniche, mentre il 65% che ha 2 o più patologie, svolge meno attività fisica.

Grafico 6.13 Livello di attività fisica, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.

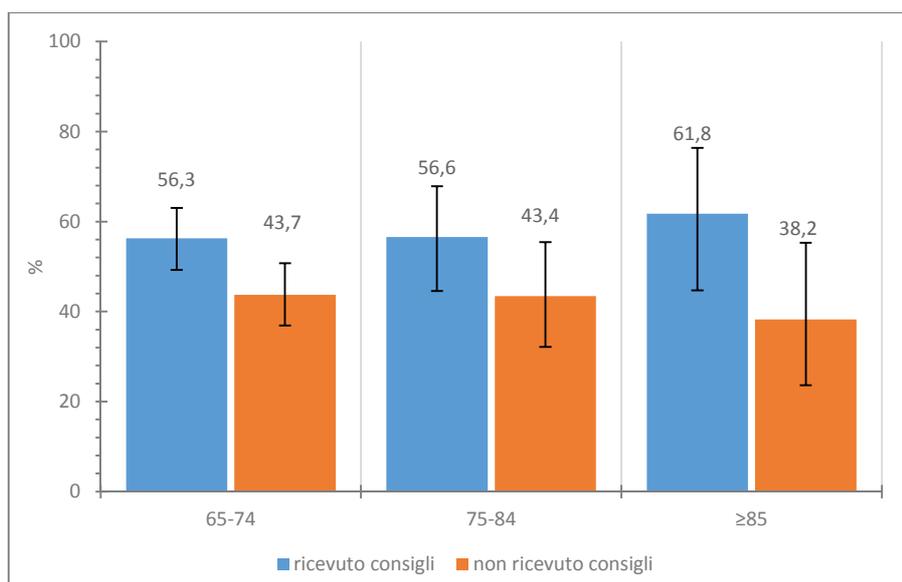


Protezione dalle ondate di calore

Gli effetti delle ondate di calore sulla salute si manifestano quando il sistema di regolazione della temperatura corporea non riesce a disperdere il calore eccessivo e questo aumenta fino a danneggiare diversi organi vitali, compreso il cervello. L'ondata di calore dell'estate 2003 ha provocato, in Italia, la morte di ottomila anziani, si trattava principalmente di persone sole, di età superiore a 75 anni e con patologie concomitanti.

L'indagine PASSI d'Argento 2016-2017, rileva che nelle Marche, il 57% degli anziani intervistati riferisce che durante l'ultima estate il suo medico, o un altro operatore sanitario, gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore. Sono in prevalenza ultra 85enni (62%), donne (62%), persone che non hanno difficoltà economiche (61%), con un'alta istruzione (59%) e con patologie croniche (47%). I mezzi di informazione di massa (televisione, radio, giornali, internet) sono risultati la modalità principale per veicolare informazioni o consigli per proteggersi dalle ondate di calore, seguiti dai consigli del MMG o di altre persone.

Grafico 6.14 Ricevuto consigli per proteggersi dal caldo, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Vaccinazione antinfluenzale

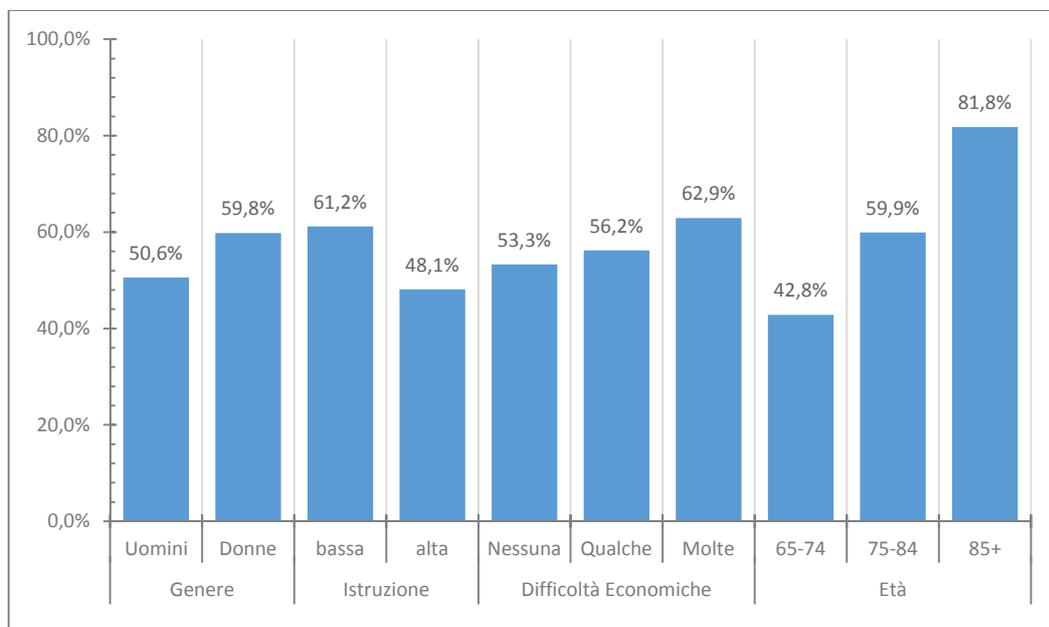
Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio. Tuttavia, i dati rilevati durante la campagna vaccinale, per la stagione 2016-2017 mostrano che la copertura vaccinale in Italia, non ha raggiunto i livelli raccomandati, in quanto pari al 55%, nonostante sia stata del 60% tra gli ultra 85enni. Nelle Marche, la percentuale delle persone vaccinate è pari al 56% e tra gli ultra 85enni sale all'82%.

Il 63% di anziani affetti da una patologia cronica è vaccinato. Il ricorso alla vaccinazione è del 68% tra chi è affetto da patologie cardiocerebrovascolari e del 62% tra coloro che hanno un tumore.

L'80% delle persone intervistate riferisce di aver ricevuto il consiglio a vaccinarsi dal proprio medico di famiglia e/o da altre persone.

La percentuale è più alta tra le donne, gli anziani con 85anni e più, con livello di istruzione basso e con molte difficoltà economiche

Grafico 6.15 Vaccinazione antinfluenzale, caratteristiche socio-demografiche. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



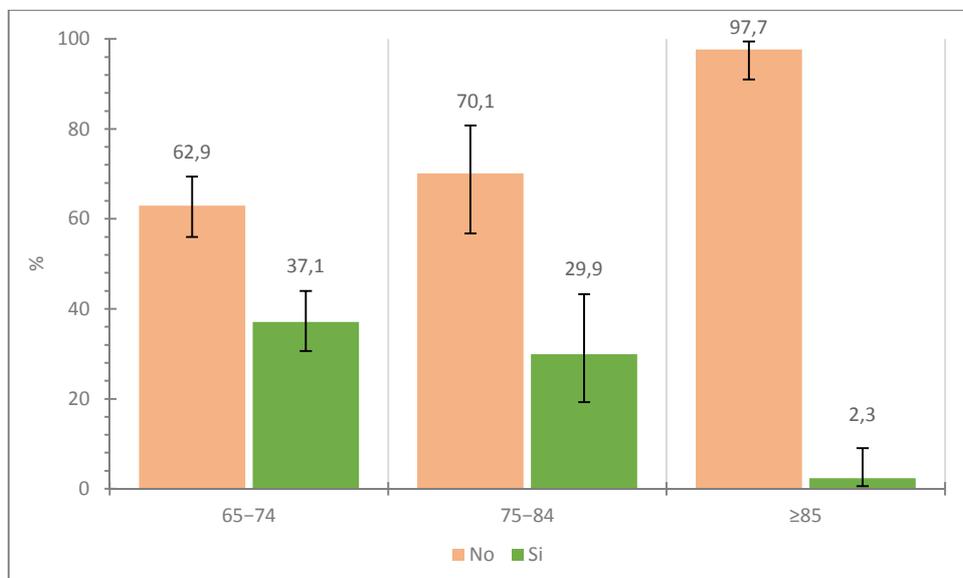
Anziano risorsa

L'anziano "risorsa" viene identificato come colui che partecipa ad attività sociali per mantenere la salute fisica e mentale, accrescere la qualità delle relazioni interpersonali e migliorare la qualità della propria vita, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e allo stesso tempo rappresentando una risorsa per l'intera collettività.

Passi d'Argento "misura" il contributo che gli ultra 65enni offrono alla società fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità, attraverso due domande che indagano se l'intervistato nei 12 mesi precedenti abbia accudito o fornito aiuto a parenti o amici, conviventi o non conviventi. Quasi 3 anziani su 10 rappresentano una risorsa per i propri familiari o per la collettività e sono più frequentemente donne (31%), di età compresa tra 65-74 anni (37%) e che riferiscono qualche difficoltà economica (31%).

Tra gli anziani che sono considerati come una risorsa, l'8% si prende cura di familiari o amici con cui non vive e il 23% si prende cura di congiunti. Il 7% partecipa ad attività di volontariato, il 17% partecipa ad eventi sociali, come gite o soggiorni organizzati e il 4% frequenta corsi di formazione, come corsi di inglese, cucina, uso del computer, o percorsi presso le università della terza età.

Grafico 6.16 Anziano come risorsa, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



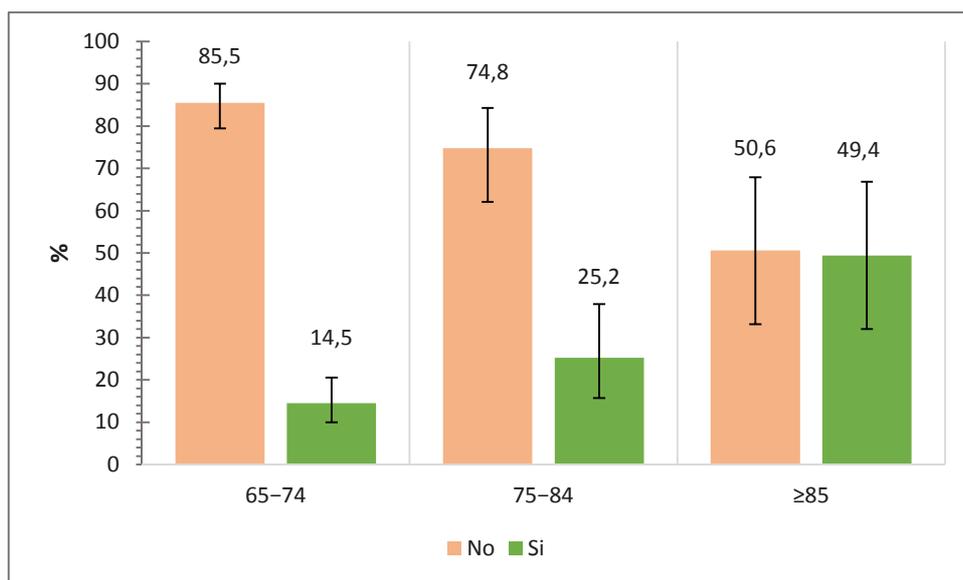
Isolamento sociale

L'isolamento sociale può incidere notevolmente sulla qualità della vita; oltre a condizionare gli aspetti della vita di relazione, può compromettere le attività quotidiane e il soddisfacimento delle principali necessità.

Nel biennio 2016-2017, nelle Marche, si stima che circa il 24% degli ultra 65enni vive in una condizione di isolamento sociale (20% il dato nazionale); in particolare, il 27% del campione dichiara che, nel corso di una settimana normale, non ha avuto contatti, anche solo telefonici, con altre persone (22% il dato nazionale) e il 74%, non partecipa ad incontri collettivi presso punti di aggregazione come il centro anziani, il circolo, la parrocchia o le sedi di partiti politici e di associazioni (70% il dato nazionale).

La condizione di isolamento sociale è più frequente fra le donne, tra i più anziani, con un basso livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche. Tra le donne il 27% è a rischio di isolamento sociale, mentre tra gli uomini lo è circa il 21% e il 34% degli anziani riferisce di avere difficoltà nel relazionarsi con gli altri a causa di problemi di salute, quindi ricoveri o a causa di gravi cadute avvenute in casa.

Grafico 6.17 Isolamento sociale, per classe di età. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.

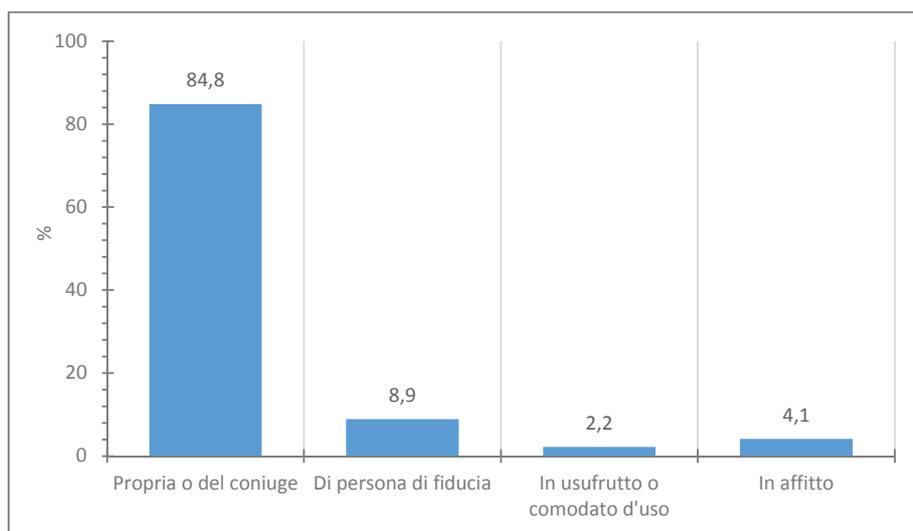


Abitazione

Per rispondere ai bisogni e ai diritti delle persone che vanno avanti con l'età è importante la loro tutela nei diversi contesti di vita, siano essi le abitazioni o i quartieri in cui vivono. Le abitazioni devono essere adatte ai loro bisogni individuali, senza barriere architettoniche, che consentano libertà di movimento in totale sicurezza, con riscaldamento e condizioni igienico sanitarie adeguate ed è fondamentale che si sentano sicure nel proprio quartiere, per affrontare con serenità e in autonomia la necessità di uscire di casa.

L'85% degli ultra 64enni intervistati vive in casa propria o del coniuge. Questa condizione risulta essere più comune tra le donne, tra gli anziani con alto livello di istruzione e tra coloro che non hanno difficoltà economiche. La quota di anziani che vivono in casa propria diminuisce con l'età (il 92% tra gli anziani di 65-74 anni vs il 62% tra gli anziani di oltre gli 85 anni) e il 4% paga un affitto. Il 29% degli anziani abita con i propri figli, il 5% con la badante, la stessa percentuale con i nipoti, ed il 2% con i propri fratelli e/o sorelle.

Grafico 6.18 Tipologia di abitazione. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Complessivamente circa 6 anziani su 10 riferiscono problemi nell'abitazione: il 46% un problema e il 16% almeno due. Tra i problemi dell'abitazione, quello più diffuso è relativo alle spese troppo alte, riferito dal 55% degli anziani e a seguire l'eccessiva distanza dai propri familiari (12%). Il 9% riferisce insufficiente riscaldamento in inverno, il 3% problemi strutturali e cattive condizioni dell'abitazione, il 2% una casa troppo piccola e l'1% irregolarità nell'erogazione dell'acqua.

Il 19% degli anziani intervistati non si sente sicuro nella zona in cui vive, la percepisce poco o per niente sicura (16% il dato nazionale). Non vi sono differenze significative per genere, età o istruzione ma solo per difficoltà economiche, infatti il 37% degli anziani che non si sentono al sicuro nel proprio quartiere hanno molte difficoltà economiche vs il 12% di chi non ha difficoltà economiche.

Accesso ai servizi

Passi d'Argento esplora la fruibilità dei servizi sanitari quali Asl, medico di famiglia e dei servizi sociali come i Servizi del Comune, ma anche servizi pubblici utili alle necessità della vita quotidiana come le farmacie e i punti vendita di genere alimentari (negozi, supermercati o centri commerciali) e approfondisce le difficoltà incontrate dagli anziani per raggiungerli.

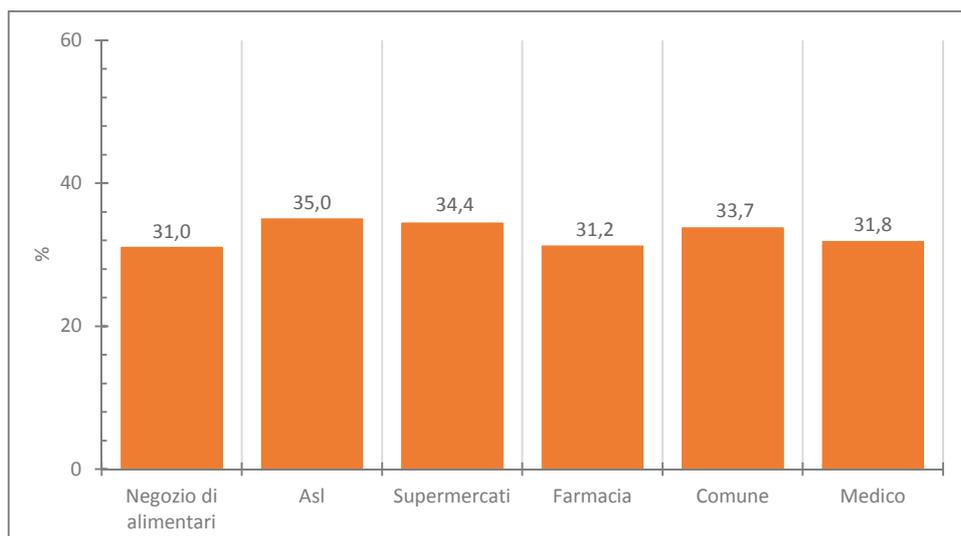
Più di 1 anziano intervistato su 3 riferisce di avere difficoltà di accesso (molte/qualche difficoltà) ai servizi sanitari (Asl o medico di famiglia) o ai servizi sociali del Comune o ancora ai servizi utili per la vita quotidiana (come farmacie o negozi/supermercati per generi alimentari). In particolare, il 35% riferisce di avere difficoltà di accesso a raggiungere i servizi della Asl, il 32% a raggiungere il proprio medico di famiglia, il 34% riporta difficoltà a raggiungere i servizi sociali del Comune, il 31% a raggiungere la farmacia più vicina o i negozi di generi alimentari e il 34% supermercati o centri commerciali.

La quota di anziani che riferisce difficoltà di accesso ai servizi aumenta all'aumentare dell'età. Il 76% degli ultra 85enni riferisce di avere difficoltà a raggiungere almeno uno tra servizi sanitari, sociali o di pubblica utilità e questa condizione è più alta tra le donne (circa il 40%) e tra le persone con un più basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

L'analisi geografica per regione di residenza mostra un chiaro gradiente da Nord a Sud Italia, gli anziani residenti nelle regioni meridionali e insulari più frequentemente di altri denunciano difficoltà di accesso sia ai servizi sanitari e sociali, che utili per la vita quotidiana.

Il 20% degli anziani intervistati può essere considerata a "rischio di isolamento sociale", infatti il 70% non partecipa ad alcuna attività sociale (frequentazione di centri anziani, parrocchie, sedi di partito o circoli /associazioni) e il 22% non incontra altre persone, né le sente anche solo al telefono per fare quattro chiacchiere. Tra le persone con difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari tale quota sale al 34%.

Grafico 6.19 Difficoltà di accesso alle tipologie di servizi principali. Regione Marche, PASSI d'Argento 2016-2017.



Considerazioni finali

PASSI d'Argento ha fornito una descrizione della popolazione ultra 64enne che vive a casa, delineandone la condizione in termini di stato di salute, autonomia e qualità della vita e considerando non solo la persona in sé, ma anche come parte integrante del tessuto sociale. Sono stati presi in considerazione importanti aspetti relativi a partecipazione, salute e sicurezza, in quanto elementi individuati dall'OMS come pilastri di un invecchiamento attivo.

Gli operatori sociosanitari, ma anche i decisori politici, le associazioni, le famiglie e gli stessi cittadini, attraverso PASSI d'Argento hanno così a disposizione informazioni preziose sulla popolazione ultra 64enne che vanno, per esempio, dalla percezione della propria salute a quella dei servizi ricevuti, dalla diffusione di diversi fattori di rischio per la salute a quella dei problemi funzionali di vista, udito e masticazione, dalle necessità di aiuto quotidiano al rischio di isolamento.

La popolazione ultra 64enne risulta molto eterogenea per caratteristiche, potenzialità e bisogni. I risultati ottenuti evidenziano inoltre l'importanza di un'integrazione dei servizi dell'area sociale e di quella sanitaria per utilizzare i risultati, ovvero per la messa in campo di interventi capaci di fornire risposte integrate.

La differente diffusione dei rischi e delle condizioni indagate da PASSI d'Argento, forniscono già elementi utili ad identificare le priorità, a modulare la pianificazione e a progettare attività mirate.

PASSI d'Argento ha dimostrato come la stessa popolazione ultra 64enne, nella sua eterogeneità di caratteristiche e bisogni sociosanitari, non costituisca solo un target passivo dei sistemi sanitari e sociali, ma rivesta un importante ruolo nel sostegno della famiglia e della società, rappresentando inoltre una risorsa essenziale di informazioni e suggerimenti nella programmazione di interventi ad essa rivolti.

La messa a regime di una sorveglianza della popolazione ultra 64enne, ha l'obiettivo di monitorare tempestivamente e a basso costo l'evoluzione delle problematiche sociosanitarie e l'efficacia degli interventi messi in atto per limitare l'influenza di tutti i determinanti che provocano o aggravano quelle situazioni, che fanno scivolare l'anziano da una condizione di buona salute verso una condizione di fragilità e di disabilità.

In molte delle condizioni indagate emergono disuguaglianze legate oltre che all'età anche al basso livello di istruzione e alle maggiori difficoltà economiche percepite; ciò impone la realizzazione di percorsi dedicati, che possano facilitare l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali per queste categorie più a rischio.

L'aumento delle malattie cronico - degenerative ha messo in luce l'importanza dei comportamenti che influiscono sullo stato di salute della popolazione.

Nella popolazione anziana, per sua natura più fragile e predisposta all'insorgenza di patologie, riveste particolare importanza agire sistematicamente per limitare l'influenza di tutti i determinanti che possono provarle o aggravarle, facendo scivolare l'anziano verso la fragilità o la disabilità.

L'attenzione degli operatori socio-sanitari ma anche delle famiglie e delle associazioni che si occupano di anziani, dovrà focalizzarsi quindi sui diversi gruppi di fattori di rischio:

- comportamentali (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica)
- fisici e bio-medici (problemi di vista, udito e masticazione)
- sociali (indicatori di rischio di isolamento).

La diffusione di alcuni di questi rischi, indicata dai risultati di PASSI d'Argento, può dare utili indicazioni per identificare le priorità, pianificare e progettare attività mirate.

A tale proposito, va sottolineato che sarebbe molto importante promuovere l'integrazione socio assistenziale tra la rete dei servizi istituzionali, il terzo settore e il volontariato, allo scopo di utilizzare al meglio le risorse disponibili per realizzare programmi mirati alle esigenze del singolo individuo e coerenti con il contesto socio ambientale.

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

Per una società che invecchia mantenere la popolazione anziana in una buona salute al proprio domicilio è una scelta prioritaria e strategica, e PASSI d'Argento si è dimostrato uno strumento utile per sostenerla.

Bibliografia

- Beaglehole R, Bonita R. Alcohol: a global health priority. *The Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2173-4.
- 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.
- 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.
- 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.
- Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2009; VII(1):118-136.
- Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59: 342-345.
- Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
- 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 12/07/2019.
- Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis*. 2005 Jan;2(1):A14.
- Consiglio dell'Unione europea. Progetto di conclusioni del Consiglio sugli aspetti transfrontalieri della politica in materia di alcol - Contrastare il consumo nocivo di alcol. Dicembre 2017 <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14082-2017-INIT/it/pdf>.
- Costa, G., Spadea, T., & Cardano, M. (2004). Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione*. anno 28 supplemento (3) maggio-giugno.
- Covotta A, Gagliardi M, Berardi A, Maggi G, Pierelli F, Mollica R, Sansoni J, Galeoto G. Physical Activity Scale for the Elderly: Translation, Cultural Adaptation, and Validation of the Italian Version. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2018 Aug 8.
- D'Argenio P, Minardi V, Mirante N., Confronto tra due test per la sorveglianza dei sintomi depressivi nella popolazione. *Inserito BEN Notiziario ISS*. 2013 Gen; 26 (1):i-iii.

- De Mei B, Cadeddu C, Luzi P, Spinelli A (Ed.). Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Roma: Istituto superiore di sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/9). http://old.iss.it/binary/publ/cont/18_9_web_rev.pdf.
- De Girolamo G. et al "Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari. Il progetto ESEMeD – WMH" *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Suppl al n.4 vol 14, ottobre-dicembre 2005.
- Ding D. Surveillance of global physical activity: progress, evidence, and future directions. *Lancet Glob Health*. 2018 Oct;6(10):e1046-e1047.
- Donini e Lorenzo Carbone Maria Salvatore "Rischio nutrizionale negli anziani: manuale di valutazione e gestione per il caregiver", 2012 http://uniroma1.scialim.it/359/Rischio_nutrizionale_negli_anziani.html.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. 2018. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies.
- Eurostat. "Sustainable development in the European Union. Monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context. Statistical books, 2018 edition".
- Even C, Weintraub D. Case for and against specificity of depression in Alzheimer's disease. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64(4):358-366.
- Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*; 59(3): 255- 263; 2004.
- García-Esquinas Esther, Rahi Berna, Peres Karine, Colpo Marco Dartigues, Jean-François, Bandinelli Stefania, Fear Catherine, Rodríguez-Artalejo Fernando; Consumption of fruit and vegetables and risk of frailty: a dose-response analysis of 3 prospective cohorts of community-dwelling older adults, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 104, Issue 1, 1 July 2016, Pages 132–142.
- Gellert C. et al., Impact of smoking and quitting on cardiovascular outcomes and risk advancement periods among older adults. *Eur J Epidemiol*. 2013.
- Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*; 11(5): 338-43; Jun 2010.
- 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.
- Haider S, Grabovac I, Dorner TE. Fulfillment of physical activity guidelines in the general population and frailty status in the elderly population: a correlation study of data from 11 European countries. *Wien Klin Wochenschr*. 2018 Nov 12.

- Helm DT. The measurement of happiness *American Journal on Mental Retardation*. 2000 Sep;105(5):326-35.
- Istat. “Rapporto SDGs 2019. Informazioni statistiche per l’Agenda 2030 in Italia”, 2019.
- Istat. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1.1.2017). 03.05.2018 https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf ultima consultazione 12/03/19.
- Istat (2017) - L’evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte. Anni 2003-2014.
- 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 12/07/19.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
- Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*; 31:721-727; 1983.
- Kevin D. Shield, Margaret Rylett and Jürgen Rehm. Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. Copenhagen, 2016.
- 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.
- Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *British Journal of Ophthalmology* 2002;86:716–722.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41:1284-1292.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-185.
- Longo M, Bellastella G, Maiorino MI, Meier JJ, Esposito K, Giugliano D. Diabetes and Aging: From Treatment Goals to Pharmacologic Therapy. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019
- Manthorpe J, Iliffe S. Suicide in later life: public health and practitioner perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:1230-8.
- Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011;129:126-42.

- Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf, 12/07/19.
- Muscari A, Bianchi G, Forti P, Giovagnoli M, Magalotti D, Pandolfi P, Zoli M; Pianoro Study Group. Physical Activity and Other Determinants of Survival in the Oldest Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Feb;65(2):402-406.
- Nash SH, Liao LM, Harris TB, Freedman ND. Cigarette Smoking and Mortality in Adults Aged 70 Years and Older: Results From the NIH-AARP Cohort. *Am J Prev Med.* 2017 Mar;52(3):276-283.
- 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 22/07/19.
- Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.
- Oswald F, Wahl HW. Housing and health in later life. *Rev Environ Health* 2004;19(3-4):223-52.
- 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.
- Ramage-Morin PL. Successful aging in health care institutions. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2006; 16(Suppl.): 47-56.
- Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly, *BMC Health Services Research - BMC series – open, inclusive and trusted*, 2018-18:24.
- Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”, anno 2017 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2724_allegato.pdf
- Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ.* 2011 Sep 28;343:d5219. doi: 10.1136/bmj.d5219.
- Sallis JF, Bull F, Guthold R, et al. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet* 2016; 388: 1325-36.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano nazionale alcol e salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto superiore di sanità; 2018. (Rapporti Istisan 18/2).

- Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now!. *European Journal of Public Health* 2010; 20(6):617-618.
- Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509–518.
- Shields M. Community belonging and self-perceived health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2008; 19(2): 51-60.
- Smith P, Frank J. When aspirations and achievements don't meet. A longitudinal examination of the differential effect of education and occupational attainment on declines in self-rated health among Canadian labour force participants. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34(4): 827-34.
- The impact of dietary factors on indices of chronic disease in older people: A systematic review, *The journal of nutrition, health & aging*, February 2018, Volume 22, Issue 2, pp 282–296.
- 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.
- 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.
- World Health Organization (WHO) "Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of non-communicable diseases", 2018,. https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en/.
- WHO. The global action plan on physical activity 2018–2030. 2018. <http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa/action-plan>.
- World Health Organization Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva; 2017 https://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
- 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 12/07/19.
- World Health Organization Mental health action plan 2013-2020. Geneva, 2013 https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.
- 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 22/07/19.
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/>
- 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; u.c. 12/07/19.