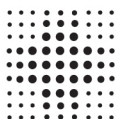


PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

81

**Salute e invecchiamento attivo
in Emilia-Romagna:
cosa ci dice la sorveglianza
PASSI d'Argento 2012-2013**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Redazione e impaginazione a cura di:

Giuliano Carrozzi, Lara Bolognesi, Letizia Sampaolo (*Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena*)

Nicoletta Bertozzi, Laura Sardonini (*Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Romagna – Ambito Cesena*)

Mauro Mirri (*Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna*)

Paola Angelini, Alba Carola Finarelli, Adriana Giannini, Rossana Mignani (*Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna*)

Stampa Centro Stampa Regione Emilia-Romagna - Bologna, marzo 2016

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani *Regione Emilia-Romagna*

Viale Aldo Moro, 21 40127 Bologna

e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/contributi>

Siti internet di riferimento della sorveglianza:

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

<http://www.ausl.mo.it/dsp/pdaer>



A cura di:

Giuliano Carrozzi, Nicoletta Bertozzi, Mauro Mirri, Lara Bolognesi, Letizia Sampaolo, Laura Sardonini, Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Rossana Mignani, Anna Rita Sacchi, Emilio Marchionni, Alma Nieddu, Anna Maria Ferrari, Vincenza Perlangeli, Natalina Collina, Paolo Pandolfi, Ivana Stefanelli, Cristina Raineri, Aldo De Togni, Iuliana Defta, Giuliano Silvi, Oscar Mingozi, Michela Morri (*Gruppo Tecnico Regionale PASSI d'Argento*)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Raffaele Fabrizio, Mauro Mirri (*Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna*)

Paola Angelini, Emanuela Bedeschi, Alba Carola Finarelli, Adriana Giannini, Rossana Mignani (*Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna*)

- a livello locale:

Coordinatori e Intervistatori

AUSL Piacenza	Anna Rita Sacchi, Eugenia Agnelli, Tiziana Bolzoni, Maria Grazie Bonelli, Maria Braga, Anna Bricchi, Maria Adele Ceresa, Cristina Corda, Paola Corsi, Giancarla Fantini, Maddalena Fava, Barbara Gaibazzi, Patrizia Ghezzi, Cristina Grisleri, Concetta La Corte, Lucia Mazzocchi, Ilaria Paraboschi, Maria Rita Prazzoli, Marica Veneziani
AUSL Parma	Alma Nieddu, Emilio Marchionni, Carlotta Adorni, Patrizia Adorni, Stefania Allegri, Roberta Brutti, Claudia Casoni, Francesca Casoni, Rosanna Coruzzi, Marisa Delnevo, Chiara Fornari, Maria Grazia Fico, Cecilia Lambruschi, Manuela Piazza, Elisa Scaramuzza, Barbara Spagnoli
AUSL Reggio Emilia	Anna Maria Ferrari, Laura Benegiamo, Pierangela Bruschi, Mirco Bulgarelli, Lucia Conidi, Giuseppina Crea, Marzia Curini, Silvia Fiaccadori, Daniela Gattei, Morena Martinelli, Marco Menozzi, Tiziana Mottola, Stefania Mozzanica, Francesca Muzzini, Giorgio Paoli, Vania Pazzi, Claudia Pedrelli, Catia Pellicciari, Paolo Pigozzi, Renato Raschi, Roberta Silvi
AUSL Modena	Giuliano Carrozzi, Lara Bolognesi, Letizia Sampaolo, Fabiana Aulopi, Federica Balestra, Luciana Borella, Simona Cati, Valentina Chiaravalle, Laura D'Ercole, Annalisa Del Monte, Sara Fallini, Marina Ingrassia, Graziana Lorenzi, Lucrezia Mattei, Patrizia Panini, Marcella Prandini, Chiara Raimondi, Roberta Savino, Luana Stabile, Assunta Truscelli, Carla Verderosa, Carla Xella, Alessandra Zini
AUSL Bologna	Paolo Pandolfi, Vincenza Perlangeli, Natalina Collina, Sara De Lisio, Silvana Amparbeng, Alberto Assi, Elisa Barbani, Gloria Belletti, Valerio Brecci, Alessandra Calzolari, Antonella Carafelli, Federica Castellazzi, Dacia Cappiello, Anna Cecchi, Alessandra Cenci, Sabrina Dal Boni, Marsilia Di Marco, Giuseppina Ferrara, Raffaella Ferraris, Gemma Ferraro, Daniele Irmici, Barbara Macchi, Simone Mini, Giorgio Morselli, Anna Nuzzolese, Marisa Padovan, Graziana Pastorelli, Ketty Pavanello, Gemma Pullano, Tina Russo, Monica Tartarini, Claudia Tonelli, Aldo Trotta, Giulia Turrini, Mara Vecchi, Fiorenza Zenucchi
AUSL Imola	Ivana Stefanelli, Cristina Raineri
AUSL Ferrara	Aldo De Togni, Iuliana Defta, Nadia Bertazzini, Enrico Cesari, Monica Faustini, Patrizio Fergnani, Tommaso Gradi, Camilla Lugli, Maria Mascellani, Silvia Morelli, Rita Poletti, Ornella Protti, Cinzia Roda, Laura Rossi, Cinzia Settimo
AUSL Romagna:	
- Ambito Ravenna	Giuliano Silvi, Cristina Raineri, Donatella Brambilla, Giacomo Conti, Francesca Gallegati, Annalina Licastro, Federica Marchi, Manuela Melandri, Rita Melette, Emanuela Montanari, Marinella Paganini, Lucia Paulazzo, Mascia Rambelli, Barbara Rocchi, Simona Travanti, Siria Spadoni
- Ambito Forlì	Oscar Mingozi, Emilia Biguzzi, Daniela Biondi, Antonio Bonoli, Loredana Casamenti, Elisabetta Cattani, Laura Crisci, Simona Fabbri, Roberta Farneti, Hermes Fuzzi, Maria Lamberti, Velia Leporati, Paola Orlati, Alessandra Sanna
- Ambito Cesena	Nicoletta Bertozzi, Laura Sardonini, Sabrina Guidi, Chiara Ceccarelli, Fadma Falcinelli, Franca Di Fulco, Alessandra Mazzavillani, Michela Montalti, Luciana Moretti, Mascia Sbaragli, Tecla Spiga
- Ambito Rimini	Michela Morri, Enza Di Gregorio, Giovanna Emiliani, Antonella Leoni, Francesca Zampieri

Un sentito ringraziamento per la preziosa collaborazione, il tempo e l'attenzione generosamente dedicati: agli ultra 64enni che hanno preso parte all'indagine e alle persone che talvolta li hanno supportati durante l'intervista; ai Medici di Medicina Generale, ai Direttori Generali, ai Direttori Sanitari, ai Direttori dei Dipartimenti dell'Integrazione Socio-Sanitaria, ai Direttori di Distretto e ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL della Regione Emilia-Romagna; ai Sindaci e agli Assessori dei Comuni coinvolti; ai Direttori Generali delle Aziende Servizi alla Persona (ASP); agli intervistatori di PASSI d'Argento

*Ogni uomo vorrebbe vivere a lungo, ma nessuno desidera invecchiare.
(Jonathan Swift)*

L'Unione Europea ha celebrato nel 2012 l'anno dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni: la sfida lanciata per i prossimi anni è quella di migliorare in maniera sostanziale la qualità della vita della popolazione anziana, attraverso "un processo di ottimizzazione delle opportunità relative a salute, partecipazione e sicurezza". Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità questo processo interessa l'intero ciclo della vita e coinvolge, come aree principali nelle quali agire, la salute e il mantenimento dell'autonomia, la partecipazione sociale e la solidarietà tra le generazioni. La persona anziana è vista come una risorsa importante per la società, capace di adattarsi ai cambiamenti con nuova flessibilità. Un ruolo importante per l'invecchiamento attivo è dato dal sostegno alla partecipazione sociale delle persone anziane che può avvenire in diverse forme, quali ad esempio la promozione del volontariato, della cittadinanza attiva e lo sviluppo di reti sociali.

La strategia delineata dall'OMS richiede profondi mutamenti dei sistemi sanitari e sociali, chiamati a migliorare l'efficacia e l'efficienza delle loro azioni, anche attraverso il monitoraggio continuo di indicatori di qualità della vita e dei bisogni di salute della popolazione anziana. In questo contesto PASSI d'Argento si configura come un'importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi messi in atto, sia dalla rete dei servizi sociali e sanitari sia dall'intera società civile, in linea con le indicazioni strategiche dell'OMS. L'indagine condotta ha costituito un esempio concreto e positivo di integrazione sociale e sanitaria, sia a livello regionale sia locale.

Nel presente rapporto vengono presentati i risultati relativi all'indagine PASSI d'Argento 2012-2013, offrendo una lettura non solo sullo stato di salute e le condizioni di fragilità e disabilità della nostra popolazione anziana, ma anche sui fattori che condizionano il rimanere in buona salute e sulla possibilità di usufruire di cure e tutele assistenziali.

L'auspicio è che le informazioni raccolte possano, anche nelle realtà locali della nostra Regione, supportare la programmazione e la valutazione degli interventi sociali e sanitari attuati, volti a raggiungere un significativo miglioramento della qualità della vita delle persone anziane.

Antonio Brambilla

Direttore Servizio Assistenza Territoriale,
Regione Emilia-Romagna

Adriana Giannini

Direttore Servizio Prevenzione Collettiva
e Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

Indice

Prefazione	5
Sintesi.....	9
Premessa	13
La sorveglianza PASSI d'Argento	14
La sorveglianza PASSI d'Argento in Emilia-Romagna	17

Caratteristiche socio-demografiche generali

L'età.....	23
La speranza di vita.....	24
La qualità e la soddisfazione della vita	25
Lo stato civile	33
Il titolo di studio	34
La strategia dell'invecchiamento attivo.....	35

Capitolo 1. Essere risorsa e partecipazione sociale

L'essere una risorsa.....	39
Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione.....	46
Il rischio di isolamento sociale	49
La cultura e il tempo libero.....	51

Capitolo 2. Salute e benessere

Le condizioni di salute e il livello di autonomia	55
I sottogruppi di popolazione	57
Il bisogno di aiuto nello svolgimento delle attività della vita quotidiana	59
Aiuto alle persone con limitazioni nelle attività della vita quotidiana	62
Comportamenti e condizioni legati alla salute.....	64
L'alimentazione e lo stato nutrizionale.....	64
L'attività fisica	68
L'abitudine al fumo di sigaretta	73
Il consumo di alcol.....	76
I fattori fisici e sensoriali: vista, udito e masticazione.....	80
I problemi di vista	80
I problemi di udito	82
I problemi di masticazione.....	85

Le cadute.....	87
Le cadute nell'ultimo mese.....	87
Il luogo della caduta	89
Il ricovero per la caduta.....	90
La paura di cadere	90
Il consiglio sanitario su come evitare di cadere	92
L'uso delle misure di sicurezza	92
La salute mentale e i sintomi di depressione	94
L'ipertensione arteriosa	97
La prevalenza della malattie croniche non trasmissibili	99
Il diabete.....	102
I ricoveri in ospedale.....	106
I ricoveri in RSA	109
Il consumo di farmaci.....	111
L'ultima visita dal medico di famiglia	116

Capitolo 3. Sicurezza e ambiente di vita

L'accessibilità dei servizi.....	121
Il trasporto sociale.....	123
La condizione economica	126
Problemi connessi con l'abitazione	131
Ostacoli presenti nell'abitazione	133
Lavori in casa per agevolare gli spostamenti	135
La famiglia.....	136
Programmi di intervento sociale: la vaccinazione	137
Programmi di intervento sociale: le ondate di calore	141
Programmi di intervento sociale: la mammografia	144
Sicurezza del quartiere	146

Appendice metodologica

Monitoraggio	153
Campionamento.....	157
Utilizzo della pesatura.....	157

Bibliografia	161
--------------------	-----

Sintesi

Caratteristiche socio-demografiche generali

La riduzione della mortalità, prima infantile e poi adulta, avvenuta nel corso del secolo scorso, ha portato nei Paesi occidentali a un progressivo allungamento della vita media. Conseguentemente la quota di popolazione con 65 anni e più è notevolmente aumentata, soprattutto a favore delle donne.

In Emilia-Romagna la speranza di vita alla nascita nel 2013 è risultata pari a 80 anni per gli uomini e a 85 per le donne. Nel tempo è cresciuta anche la speranza di vita a tutte le età: in Emilia-Romagna, ad esempio, gli uomini di 65 anni hanno guadagnato circa 4 anni di vita dal 1988 ad oggi, passando da circa 15 a 19 anni vita attesa, e le donne di pari età hanno incrementato la loro speranza di vita di circa 3 anni, passando da 19 anni a 22.

Il progressivo allungamento dell'età media e il conseguente invecchiamento della popolazione obbligano a interrogarsi sulle condizioni di salute in cui si vivono gli anni di vita guadagnati. La qualità della vita è, infatti, fortemente connessa con lo stato di salute, che assume un ruolo sempre più rilevante con il progredire dell'età, diventando tra le persone ultra 64enni un elemento prioritario.

Uno degli indicatori più usati a livello internazionale è la *speranza di vita libera da disabilità (Healthy Life Years, HLY)*, che esprime il numero di anni che una persona a una certa età può aspettarsi di vivere senza limitazioni importanti nello svolgere attività della vita quotidiana. In Emilia-Romagna a 65 anni sia gli uomini sia le donne hanno circa 10 anni di vita attesa senza limitazioni; dal momento che la speranza di vita complessiva a 65 anni è maggiore per le donne, queste hanno un carico di disabilità maggiore.

Il concetto di salute può essere interpretato anche secondo un'accezione più soggettiva, basata sulla percezione che le persone hanno della propria salute fisica e mentale. Secondo i dati PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna il 35% delle persone ultra 64enni riferisce di stare bene o molto bene, il 53% discretamente e il rimanente 12% male o molto male. Il 14% ha riferito di stare meglio rispetto l'anno precedente, il 51% allo stesso modo e il 35% peggio. Una quota non trascurabile (21%) ha riferito complessivamente 20 o più giorni in cattiva salute (*Unhealthy days*) per problemi fisici o psicologici. Così come la qualità della vita, anche la soddisfazione complessiva della propria vita può essere misurata unicamente su dati riferiti dai singoli individui. In Emilia-Romagna, la grande maggioranza delle persone con 65 anni e più (81%) è soddisfatta della propria vita (17% molto e 64% abbastanza), mentre il rimanente 19% non è soddisfatto.

Il quadro demografico dell'Emilia-Romagna e degli altri Paesi occidentali impone un cambio di prospettiva nel concepire la vecchiaia, da vedere non più come un problema che grava sul sistema socio-sanitario e previdenziale, ma come una risorsa per il ruolo attivo svolto all'interno della società da parte degli ultra 64enni (famiglia, attività di volontariato, ecc). In questa ottica risulta fondamentale salvaguardare nella popolazione di 65 anni e oltre la capacità di restare indipendenti e in buona salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottolinea questo principio nel concetto di invecchiamento sano e attivo, definito come il processo per cui si ottimizzano le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza degli anziani al fine di migliorarne la qualità di vita.

Nel quadro socio-demografico si inserisce anche lo stato civile e il livello d'istruzione della popolazione ultra 64enne. Secondo i dati PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna il 59% degli ultra 64enni è coniugato, il 32% vedovo, il 6% celibe/nubile e il restante 3% separato o divorziato. Nelle classi d'età più avanzate, come atteso, è presente una quota maggiore di persone con titolo di studio basso (nessun titolo di studio o licenza elementare): si passa dal 48% nella fascia 65-74 anni al 70% in quella 75 e più.

Capitolo 1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale

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. Nella sorveglianza PASSI d'Argento 2012-13 è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne, in termini di accudimento e aiuto a persone conviventi, non conviventi e all'intera collettività. In Emilia-Romagna più di un terzo (37%) degli ultra 64enni intervistati rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività, in quanto accudisce o aiuta spesso conviventi, non conviventi o fa frequentemente attività di volontariato.

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 Emilia-Romagna il 28% delle persone con 65 anni ed oltre partecipa in una settimana normale ad attività con altre persone, per esempio va al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso sedi di partiti politici e di associazioni; il 4% ha partecipato nell'ultimo anno a corsi di formazione per adulti, come di inglese e computer, o all'Università della Terza età. Il 17% della popolazione ultra 64enne regionale è invece a rischio di isolamento sociale, in quanto non partecipa a incontri collettivi, non frequenta altre persone o non telefona a qualcuno, anche solo per fare una chiacchierata.

Capitolo 2. Salute e benessere

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali, come ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, aspetti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali. Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione ultra 64enne non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi. Con il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento si è sperimentata una suddivisione della popolazione con 65 anni e oltre in quattro sottogruppi, valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana, strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living* – IADL) e funzionali (*Activities of Daily Living* - ADL), e considerando la frequenza di alcune problematiche di salute, stili di vita e problemi socioeconomici.

In Emilia-Romagna il 48% è in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa e il 24% è in buona salute, ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità. Il 16% è a rischio di disabilità, in quanto svolge tutte le attività funzionali della vita quotidiana (ADL) ma non è in grado di praticare da solo almeno due delle attività strumentali (IADL). Circa un sesto, invece, ha qualche forma di disabilità (12%) ossia non è autonomo in almeno una delle attività funzionali (ADL).

Tra le persone ultra 64enni emiliano-romagnole a rischio o con disabilità, la quasi totalità (99,6%) riceve aiuto da qualcuno per le attività che non riesce a fare da solo: il 90% riceve aiuto dai familiari e più di un terzo (36%) è assistito da persone individuate e pagate in proprio, come ad esempio badanti. Controllare le malattie croniche e correggere i disturbi neuro-sensoriali sono aspetti essenziali per limitare le implicazioni per la fragilità e favorire l'invecchiamento attivo. Accanto a ciò è fondamentale prevenire gli effetti negativi dei determinati comportamentali: adottare stili di vita sani è importante in tutti gli stadi della vita delle persone.

In Emilia-Romagna circa due terzi (61%) degli ultra 64enni è in eccesso ponderale e solo il 13% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno come raccomandato. Il 53% consuma alcol in una giornata tipo e il 24% lo fa in modo potenzialmente rischioso per la salute. L'11% fuma e il 35% risulta inattivo. Per quanto riguarda, invece, i disturbi neuro-sensoriali, il 7% degli intervistati ha riferito di avere problemi di vista; tra questi il 7% non indossa gli occhiali. L'11% ha riferito difficoltà uditive e tra questi la quasi totalità (97%) non porta la protesi acustica. L'8% degli intervistati ha riferito di avere problemi di masticazione, tra questi solo il 54% non usa la protesi dentaria e il 68% non è andato dal dentista.

L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria"; 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.

In Emilia-Romagna il 10% degli ultra 64enni è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista, di questi il 6% è stato ricoverato per più di un giorno. Quasi la metà (48%) delle cadute è avvenuta in luoghi interni alla casa, come cucina, bagno, camera da letto, ingresso e scale, il 30% in strada e il 10% in giardino. Il 41% ha, invece, paura di cadere, percentuale che sale al 63% tra chi è già caduto nell'ultimo mese. Solo una piccola minoranza (9%) ha ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da parte di un medico o operatore sanitario su come prevenire le cadute, anche tra chi ha vissuto questa esperienza traumatica (23%). Due terzi circa (65%) usa misure di sicurezza per la doccia o la vasca da bagno, in particolare il 56% fa uso del tappetino antiscivolo, il 26% del maniglione e il 19% dei seggiolini.

La depressione è una patologia psichiatrica che può determinare elevati livelli di disabilità, con notevoli costi diretti e indiretti per l'intera società. Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave. 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. In Emilia-Romagna il 16% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione. La grande maggioranza (78%) si è rivolto a qualcuno per questa problematica: il 21% a un medico o altro operatore sanitario, il 18% a familiari e amici e il 38% a entrambi (medici/operatori sanitari e amici/familiari); il restante 22% non si è rivolto a nessuno.

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologia cardio-cerebrovascolare e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità; in Emilia-Romagna più della metà (56%) delle persone ultra 64enni ha riferito di soffrirne.

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico di malattie cronicodegenerative, come quelle cerebro-cardiovascolari, diabete, Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. In Emilia-Romagna il 60% delle persone con 65 anni e oltre soffre di almeno una patologia cronica, percentuale che sale al 70% dopo gli 80 anni. In particolare, il 19% soffre di patologie cardiache croniche, il 19% di malattie respiratorie croniche, il 10% di insufficienza renale e il 15% di diabete. Il 15% ha avuto, invece, un tumore e il 9% un ictus o un'ischemia cardiaca.

Al crescere con l'età aumenta il bisogno di assistenza sanitaria e di conseguenza anche la quota di persone che vengono ricoverate in ospedale o in strutture residenziali di tipo socio-sanitario.

Secondo i dati PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna, un quinto circa delle persone ultra 64enni (18%) è stato ricoverato in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno e il 2%, che al momento dell'intervista era al domicilio, è stato ospitato nell'ultimo anno in una struttura di accoglienza diversa dall'ospedale, come ad esempio una RSA (residenza Sanitaria Assistenziale), una casa protetta o una casa di riposo. Due quinti circa (40%) si è, invece, recato dal medico di Famiglia per una visita nell'ultimo mese, il 18% tra 1-3 mesi fa, il 13% tra 3-6 mesi e il 29% più di 6 mesi fa. La frequenza del ricorso al medico di Famiglia cresce all'aumentare del numero di patologie croniche.

Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci. La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate alle persone con 65 anni e più. La periodica verifica da parte del medico di medicina generale della corretta assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute.

In Emilia-Romagna la quasi totalità (91%) delle persone ultra 64enni ha assunto farmaci nell'ultima settimana, di questi il 14% ha bisogno di aiuto per prenderli; al 40% è stata verificata dal medico di famiglia la loro corretta assunzione.

Capitolo 3. Sicurezza e ambiente di vita

La facilità di accesso ai servizi è un aspetto fondamentale per una società che intende garantire ai suoi cittadini pari opportunità di raggiungimento di uno standard minimo di benessere. In Emilia-Romagna, il 29% delle persone ultra 64enni ha difficoltà a raggiungere almeno uno dei servizi socio-sanitari o di distribuzione alimentare. Il 6% ha avuto, invece, la necessità negli ultimi 12 mesi di un servizio di trasporto sociale; di questi, però, poco più della metà (58%) ne ha veramente usufruito. I principali motivi di ricorso al trasporto sociale sono legati principalmente al trasporto per visite o esami medici (93%). Le motivazioni per cui non si è ricorso a questo servizio nonostante la necessità sono diversi: il principale è l'essersi organizzati in altro modo (52%), a cui segue il non sapere come fare (27%), la non conoscenza del servizio (9%), la non disponibilità del servizio (6%) e un costo troppo elevato (5%).

Le politiche favorevoli a un invecchiamento attivo devono inserirsi in un insieme più vasto di azioni volte a ridurre la povertà in ogni età. Il rischio di malattia e di disabilità è maggiore tra le persone con difficoltà economiche in tutte le età, soprattutto in quelle più avanzate. In Emilia-Romagna circa un terzo (34%) delle persone con 65 anni e più ha riferito qualche difficoltà e una persona su dieci (10%) molte difficoltà. Il 6% ha, invece, svolto un lavoro retribuito nell'ultimo anno.

La proprietà dell'abitazione rappresenta la principale componente di ricchezza delle famiglie italiane. In Emilia-Romagna il 78% degli ultra 64enni vive in un'abitazione propria o del coniuge, il 12% abita in case di persona di fiducia o in usufrutto o comodato d'uso e il 10% paga un affitto. Il 67% presenta problemi connessi all'abitazione: il più frequente è quello relativo alle spese troppo alte (53%), seguito dalla distanza dai familiari (19%).

Circa un terzo (32%) ha dichiarato la presenza di ostacoli nella propria abitazione: quelli più diffusi sono legati all'accesso all'abitazione (64%) e alla presenza di scale o gradini interni (46%). Tra coloro con grossi problemi di deambulazione circa uno su quattro (27%) presenta nella propria abitazione ostacoli che limitano la sua mobilità. Solo una piccola quota di persone (5%) riferisce di aver fatto dei lavori in casa per agevolare gli spostamenti; tra chi ha problemi di deambulazione la quota sale al 18%.

Ancora oggi in Italia il benessere delle persone ultra 64enni rimane legato all'ambiente familiare in cui vivono: la famiglia continua a svolgere la primaria azione di cura e di assistenza, rappresentando l'elemento essenziale per una qualità di vita soddisfacente. In Emilia-Romagna oltre la metà (59%) degli ultra 64enni vive con il coniuge/compagno e un quinto (20%) con i figli; è poco diffusa la convivenza con una badante (4%), fratelli/sorelle (3%) o altre persone (2%). Circa un quarto (23%), invece, vive da solo.

Gli interventi di prevenzione assumono un importante ruolo in questa fascia di popolazione particolarmente a rischio per le condizioni di salute. In Emilia-Romagna il 64% delle persone ultra 64enni ha dichiarato di essersi vaccinato contro l'influenza nella campagna vaccinale 2011-2012; questa percentuale sale al 71% tra coloro che soffrono di patologie croniche. Oltre tre persone su quattro (78%) ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi contro l'influenza; il 75% lo ha avuto dal medico di Medicina Generale. Il 62% ha dichiarato, invece, di aver ricevuto consigli per la prevenzione delle ondate di calore: il 20% dal medico di famiglia, il 10% da altre persone, l'8% tramite opuscoli e il 43% attraverso radio, TV o giornali.

A partire dal 2010 la Regione Emilia-Romagna ha ampliato il programma di screening per il tumore alla mammella alle donne di 45-49 anni e a quelle di 70-74 anni. Tra le 70-74enni il 71% ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva negli ultimi due anni: la maggior parte (66%) ha eseguito l'esame gratuitamente, all'interno di un programma di screening organizzato, mentre una piccola quota (5%) fuori dai programmi, pagando il ticket o l'intero costo.

Il benessere di una collettività è certamente correlato al clima di serenità e al senso di sicurezza degli individui che ne fanno parte. La percezione delle famiglie relativa alla tranquillità nella zona di residenza condiziona la qualità della vita complessiva. In Emilia-Romagna il 29% degli ultra 64enni ritiene che il quartiere o area in cui vive sia molto sicuro e il 57% abbastanza; al contrario il 12% lo giudica poco tranquillo e il 2% per niente.

Premessa

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

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

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

Stefania Salmaso

*Già Direttore del CNESPS e
responsabile scientifico del progetto di
messa a regime della sorveglianza PASSI d'Argento*

La sorveglianza PASSI d'Argento

Perché una sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più?

L'invecchiamento è un processo che interessa tutti gli individui. Il modo in cui ciascuno di noi invecchia dipende da caratteristiche individuali e fattori genetici, ma è fortemente influenzato anche da fattori sociali, dagli stili di vita e, più in generale, dalle opportunità di salute offerte dal proprio contesto di vita. Le persone con 65 anni e più costituiscono quindi, un gruppo eterogeneo, ad esempio, per motivi di genere, origine etnica, disabilità, 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 lavorative e hanno un fondamentale ruolo all'interno della loro famiglia e della comunità in cui vivono.

La sorveglianza PASSI d'Argento ha l'obiettivo di registrare i diversi bisogni di questa fascia di popolazione e di indicarli tempestivamente a decisori e altri gruppi di interesse. Grazie all'uso di una metodologia standardizzata, offre la possibilità di 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).

Come nasce la sorveglianza PASSI d'Argento?

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

In seguito, tra marzo 2012 e gennaio 2013 sono state effettuate oltre 24.000 interviste in tutte le regioni italiane ad eccezione di Basilicata e della Provincia Autonoma di Bolzano che non hanno partecipato alla sorveglianza.

La raccolta dati ha coinvolto circa 1.000 operatori opportunamente formati. La formazione, elemento centrale del sistema di sorveglianza, risponde all'esigenza primaria di standardizzare le procedure nei diversi contesti regionali e locali in modo da favorire:

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

Il percorso formativo si è articolato in incontri di formazione residenziale (a Roma, presso la sede dell'ISS) e un percorso di formazione sul campo, all'interno del contesto professionale dei partecipanti. I coordinatori regionali, locali e gli intervistatori, inoltre hanno costituito una comunità di pratica grazie all'utilizzo di una piattaforma web (moodle) (www.passidargento.it/moodle) alla quale hanno un accesso protetto e che consente loro di coordinarsi e collaborare nell'elaborazione cooperativa di contenuti e nello svolgimento dell'indagine.

Come funziona il sistema PASSI d'Argento?

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

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

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

La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più che possiedono un telefono e che parlano la lingua italiana. Sono definite non eleggibili le persone che al momento della rilevazione sono 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 di persone ultra 64enni, selezionate casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie delle AUSL aderenti, mediante campionamento stratificato per classi di età (65-74 anni, 75-84 e 85 e più anni) e genere o mediante campionamento a cluster.

Il campionamento a cluster prevede due stadi: nel primo si selezionano i cluster che individuano i Comuni e nel secondo si estraggono le persone da intervistare attraverso un campionamento stratificato proporzionale. La selezione dei cluster viene effettuata in modo tale che i Comuni con un numero maggiore di abitanti abbiano una più alta probabilità di essere campionati rispetto a quelli con numerosità inferiore (metodo della probabilità *proportional to size*).

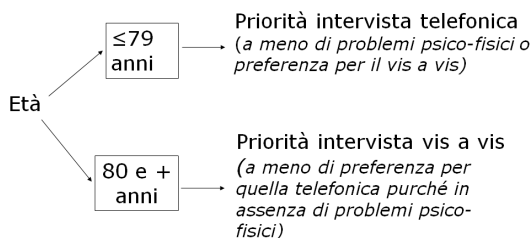
Questo tipo di campionamento presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro degli operatori su un numero limitato di comuni rispetto al metodo del campionamento casuale stratificato.

Il principale svantaggio del campionamento a cluster è legato alla variabilità stimata del campione in quanto le persone appartenenti allo stesso cluster hanno la tendenza ad essere simili per alcune caratteristiche socio-demografiche. Questa problematica può essere controllata aumentando il numero dei soggetti campionati, in ordine al raggiungimento dei livelli di precisione desiderati pari al $\pm 3\%$ per le stime ottenibili a livello regionale e al $\pm 5\%$ per le singole ASL.

La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi anche a livello aziendale.

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

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. Questa modalità era scelta sulla base di un albero decisionale che guidava l'intervistatore: le persone con meno di 80 anni erano invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata si proponeva in prima battuta la modalità a faccia a faccia.



Schema decisionale della modalità di intervista PASSI d'Argento

Nel caso in cui la persona estratta fosse impossibilitata a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici, il protocollo prevedeva che si procedesse a intervistare un familiare o persona di fiducia (denominato *proxy*) a contatto quasi tutti i giorni con la persona campionata e a conoscenza delle sue abitudini, caratteristiche e problematiche. Il *proxy* poteva subentrare fin dall'inizio dell'intervista oppure successivamente a un breve test della memoria volto a valutare l'orientamento spazio-temporale della persona ultra 64enne. Il test è costituito da 6 domande estratte dal *Mini-Mental Test*. Questo ha consentito di raccogliere informazioni su ultra 64enni che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

Etica e privacy

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).

È stata chiesta una valutazione sulla sorveglianza PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

Preliminarmente all'avvio della sorveglianza sono stati informati tutti i Sindaci dei Comuni partecipanti, le Associazioni di Volontariato e le Associazioni sindacali dei pensionati.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e sulla possibilità di rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale. Ai medici di Medicina Generale è stato mandato un elenco dei loro assistiti estratti come titolari o come sostituti.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Tutti gli intervistatori hanno ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su PC. Tutte le interviste vengono trasmesse in forma anonima a un database centralizzato in cui vengono eseguiti i controlli di base di qualità dei dati (www.passidargento.it/dati).

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate. Dopo la validazione dell'intervista i dati nominativi delle persone selezionate sono stati completamente distrutti. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

La sorveglianza PASSI d'Argento in Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna il sistema PASSI d'Argento è stato inserito all'interno del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012 e rientra tra le azioni previste dalla proroga del 2013. E' stato successivamente incluso nel PRP 2015-2018 tra le sorveglianze da sviluppare e potenziare.

L'Emilia-Romagna ha aderito alla messa a regime del sistema partecipando con un campione regionale nel 2012 a cui è seguita un'estensione nel 2013 su volontà della Regione per incrementare il campione regionale e quelli aziendali in modo da avere dei risultati più affidabili.

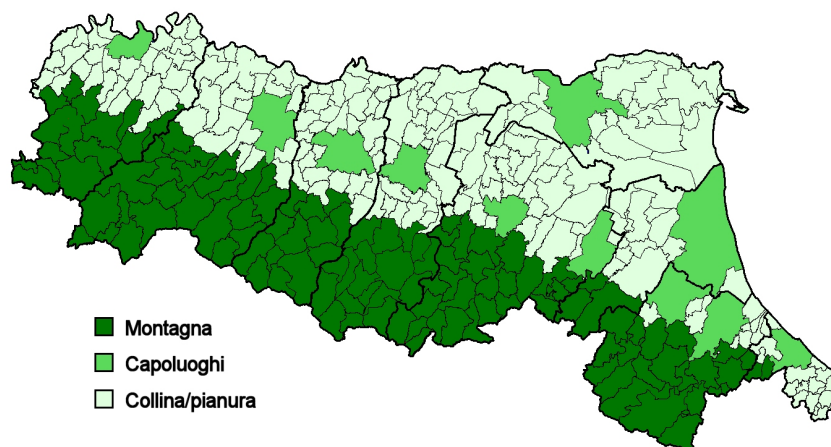
Per la realizzazione dell'indagine sono stati impiegati operatori opportunamente formati appartenenti ai Comuni partecipanti, alle Aziende Servizi alla Persona (ASP), alle Aziende Usl, ad Associazioni di volontariato e a Cooperative sociali che hanno in appalto da parte dei Comuni la gestione delle attività sociali.

Il campionamento

In Emilia-Romagna è stato realizzato un campionamento stratificato a cluster a due stadi:

- Primo stadio: individuazione dei cluster da 12 interviste ognuno; ogni cluster identifica un Comune e uno stesso Comune può essere estratto più volte. L'estrazione dei cluster avviene stratificando il territorio regionale per AUSL e tre zone geografiche omogenee (montagna, capoluoghi, pianura/collina);
- Secondo stadio: estrazione delle persone nei Comuni selezionati allo stadio precedente con campionamento stratificato proporzionale per la composizione della popolazione per genere e classi d'età quinquennali nelle tre aree regionali.

Nel 2012 sono stati campionati 135 cluster di 12 anziani ognuno (1.620 interviste totali) corrispondenti a 82 comuni, a cui si sono aggiunti volontariamente altri 4 Comuni (Lizzano in Belvedere, Sasso Marconi, Maranello, Palagano). Nel 2013 sono stati campionati 35 cluster di 15 anziani ognuno (525 interviste totali) corrispondenti a 28 comuni.



Zone territoriali di campionamento della regione Emilia-Romagna

Le persone intervistate

In Emilia-Romagna sono state intervistate 2.136 persone con 65 anni e più: 1.611 nel 2012 e 525 tra nel 2013.

Il 6% delle persone sono state escluse dal campione in quanto “non eleggibili”, ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l’indagine, in quanto:

- residenti o domiciliate stabilmente altrove (34 casi, pari al 1,3%);
- decedute (48 casi, 1,8%);
- ricoverate in ospedale od ospitate in RSA al momento dell’indagine (71 casi, 2,7%);
- non a conoscenza della lingua italiana (5 casi, 0,2%).

Il tasso di risposta è stato pari al 83%. Le persone con 65 anni e più selezionate e poi sostituite sono state pari al 17% del campione. Il 15% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto a sostenere l’intervista, un ulteriore 2% riguardava persone con le quali non è stato possibile mettersi in contatto perché non reperibili e poco più dell’1% perché senza telefono o telefono non rintracciabile.

In Emilia-Romagna la maggior parte delle interviste (75%) sono state effettuate mediante questionario cartaceo e nel 25% in modalità CATI.

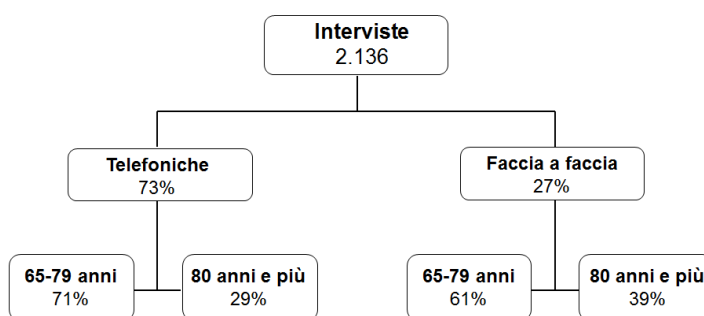
La modalità di intervista

La modalità di intervista, telefonica o faccia a faccia, è stata scelta sulla base dell’età e di eventuali necessità o problematiche di comunicazione dell’intervistato: le interviste telefoniche sono state il 73% (n=1.557) mentre il 27% (579 casi) sono state realizzate con modalità faccia a faccia.

La durata media dell’intervista è stata di 35 minuti se telefonica e di 42 minuti se faccia a faccia.

Nel caso di intervista faccia a faccia, l’operatore ha svolto in media 6 km per raggiungere l’anziano.

L’intervento del *proxy*, invece, si è verificato nel 15% dei casi (n=320): nel 13% (n=269) fin dall’inizio dell’intervista e nel 2% (n=51) dopo il test della memoria e dell’orientamento.



Schema della modalità di intervista nella sorveglianza PASSI d’Argento 2012-2013 in Emilia-Romagna

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è coerente con i due obiettivi dell'indagine PASSI d'Argento: sperimentare un sistema di sorveglianza fortemente orientato all'azione e descrivere i fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni.

Sono stati così ricavati indici, prevalenze, fattori di rischio, misure di associazione, assieme ai loro intervalli di confidenza al 95%.

In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici.

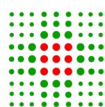
Le analisi sono state condotte con opportuna pesatura al fine di controllare piccole scostamenti tra il campionato pianificato e quello effettivamente intervistato con la modalità illustrata in appendice.

Il software utilizzato per le analisi statistiche è stato Epi-Info ver. 3.5.1, seguendo il piano d'analisi indicato nel protocollo dell'indagine.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche), sono state effettuate analisi mediante *regressione logistica multivariata*. Con questa analisi sono analizzati i vari fattori di studio "depurandoli" degli effetti delle altre variabili, principalmente l'età e il genere, che possono giocare un ruolo di confondente o di modificatore d'effetto.

Nel presente rapporto per gli indicatori di principale interesse vengono mostrati grafici per confrontare il dato regionale con quello delle Aree Vaste regionali (Emilia Nord, Emilia Centro, Romagna) e delle tre zone (comuni capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti), introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza al 95% per la variabile considerata.

Caratteristiche socio-demografiche generali

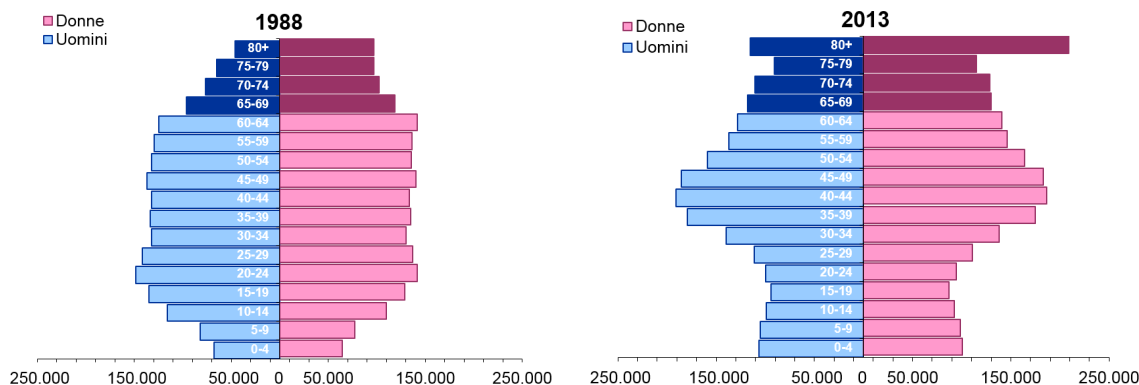


L'età

Nel 2013 la popolazione residente in Emilia-Romagna ammonta a 4.471.104 persone, con un aumento assoluto rispetto a 25 anni fa di oltre 500.000 persone.

L'aumento della popolazione è disomogeneo a seconda dell'età: in particolare nelle età più anziane, superiori agli 80 anni, la popolazione è più che raddoppiata.

Struttura per età e genere della popolazione residente. Emilia-Romagna (1988 e 2013)



La forma assunta dalla “piramide” demografica in Regione evidenzia come il processo d’invecchiamento della popolazione sia arrivato in una fase avanzata: nel 1988 la popolazione con meno di 15 anni rappresentava il 13% della popolazione, quella ultra 64enne il 18% e quella ultra 74enne l'8%; nel 2013 la popolazione con meno di 15 anni rimane stabile (13%), mentre quella ultra 64enne è salita al 23% e quella ultra 74enne al 12%.

Questo significa che in Regione una persona su cinque ha più di 64 anni (pari a circa un milione di persone) e tra queste la metà ne ha più di 74 (circa 500 mila persone).

All'avanzare dell'età, la struttura della popolazione regionale, come quella nazionale, risulta sbilanciata a favore delle donne: fino ai 70 anni il rapporto donne/uomini è circa pari a 1, mentre nelle età successive il rapporto continua a crescere e sopra agli 85 anni le donne sono circa il doppio degli uomini.

Per descrivere la struttura per età della popolazione possiamo utilizzare diversi indicatori:

- *Indice di vecchiaia*, che è il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella con meno di 15 anni: nel 1988 in Emilia-Romagna era pari a 135, nel 2013 è salito a 169, cioè vi sono 169 anziani ogni 100 giovani.
- *Indice di dipendenza* degli anziani, che è il rapporto tra la popolazione sopra ai 64 anni e quella nella fascia 15-64 anni: nel 1988 era pari a 26, nel 2013 è salito a 36, cioè vi sono 36 anziani ogni 100 persone in età lavorativa.
- *Indice di ricambio* della popolazione, che è il rapporto tra la popolazione nella fascia 15-19 anni e quella nella fascia 60-64 anni: nel 1998 era pari a 99, mentre nel 2013 è sceso a 67, cioè per ogni 100 persone che usciranno dal mercato del lavoro, ne entreranno solo 67.

Complessivamente il confronto di questi indicatori rispetto ai valori nazionali, evidenzia una struttura di popolazione regionale relativamente più anziana della media italiana.

Indicatori di struttura della popolazione residente

Indicatore (%)	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Italia
	1988	2013	2013
Indice di vecchiaia	135	169	151
Indice di dipendenza	26	36	33
Indice di ricambio	99	67	77

La speranza di vita

La riduzione della mortalità, prima infantile e poi in età adulta, avvenuta nel corso del secolo scorso, ha portato nei Paesi occidentali a un progressivo allungamento della vita media. La *speranza di vita* rappresenta il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere a partire da una certa età, ad esempio dalla nascita.

In Italia la speranza di vita alla nascita è costantemente cresciuta: dai 63 anni per gli uomini e 67 anni per le donne negli anni '50, si è passati nel 2011 a 79 e 85 anni rispettivamente.

Anche in Emilia-Romagna la speranza di vita alla nascita è aumentata

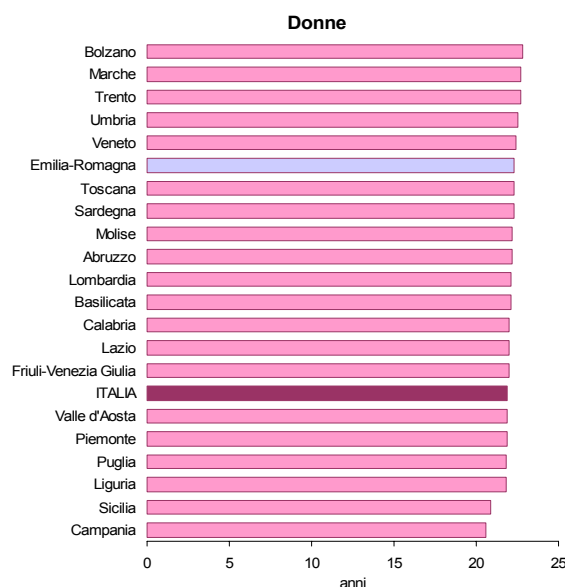
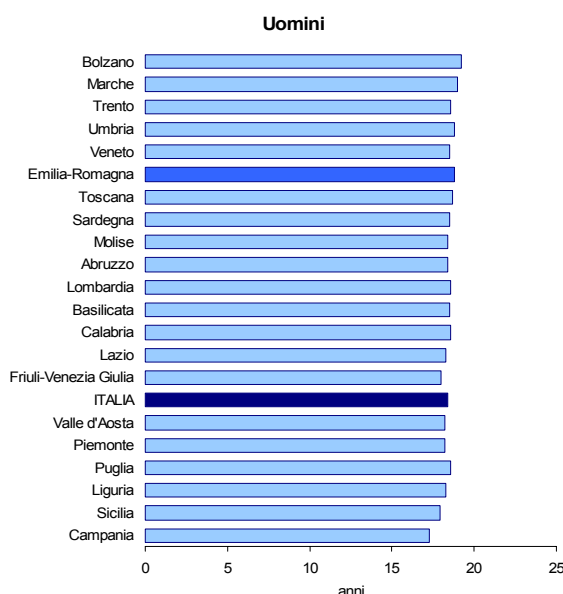
progressivamente negli ultimi decenni: nel 2013 è risultata pari a 80 anni per gli uomini e a 85 per le donne.

Nel tempo è cresciuta anche la speranza di vita a tutte le età: in Emilia-Romagna, ad esempio, gli uomini di 65 anni hanno guadagnato circa 4 anni di vita dal 1988 ad oggi, passando da circa 15 a 19 anni vita attesa e le donne di pari età hanno incrementato la loro speranza di vita di circa 3 anni, passando da 19 anni a 22.

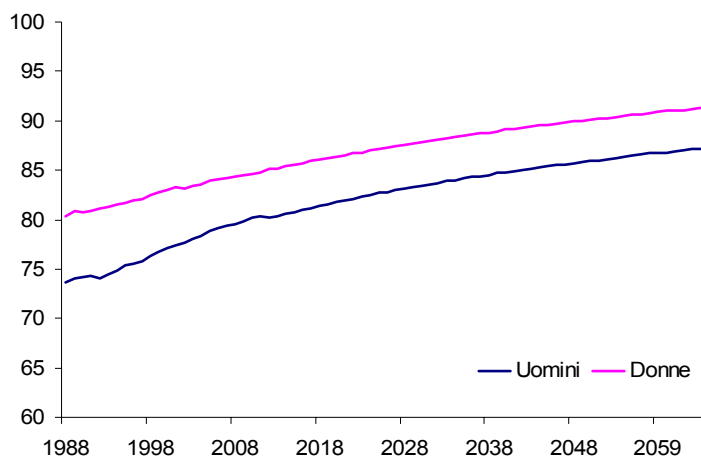
I valori regionali sono lievemente più alti rispetto alla media nazionale in ogni classe d'età.

Le previsioni per gli anni futuri indicano un ulteriore aumento della speranza di vita a tutte le età.

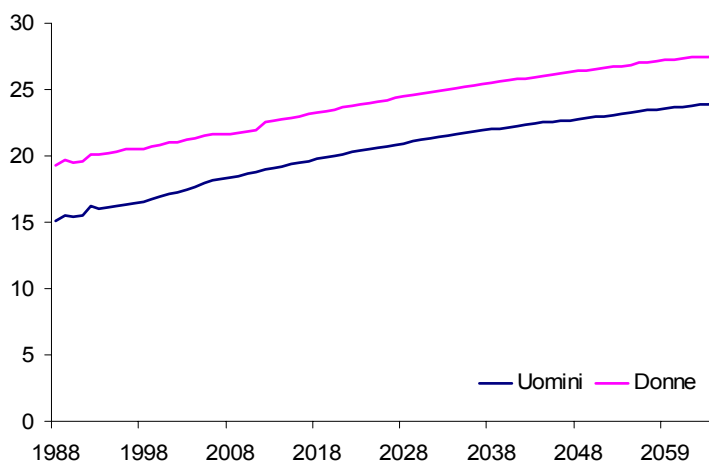
Speranza di vita a 65 anni per Regioni. Istat 2011



Speranza di vita alla nascita. Emilia-Romagna (anni 1988-2064)



Speranza di vita a 65 anni. Emilia-Romagna (anni 1988-2064)



La qualità di vita percepita

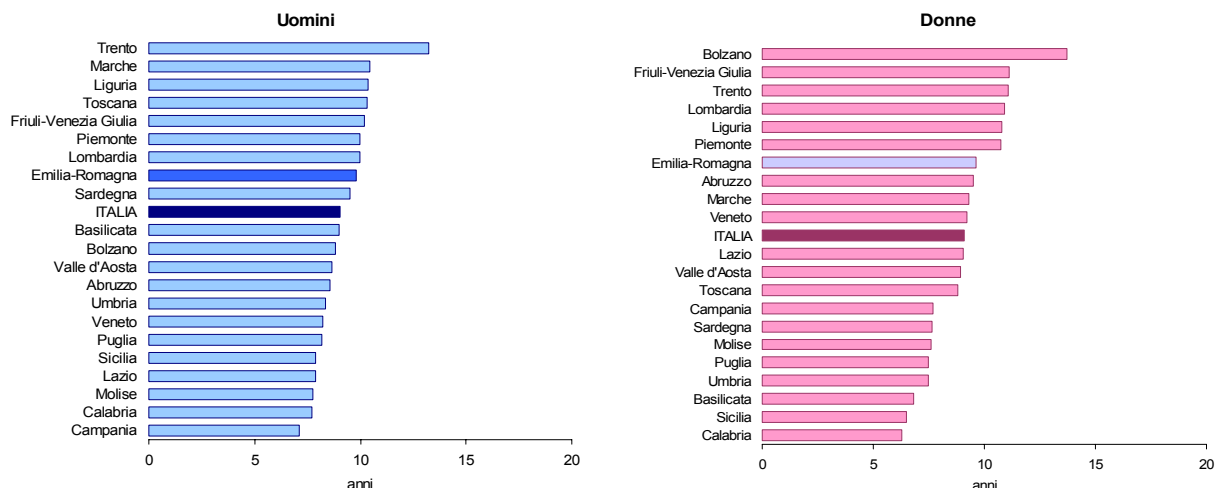
Il progressivo allungamento della vita media e il conseguente invecchiamento della popolazione obbligano a interrogarsi sulle condizioni di salute in cui si vivono gli anni di vita guadagnati. La qualità della vita è, infatti, fortemente connessa con lo stato di salute, che assume un ruolo sempre più rilevante con il progredire dell'età, diventando tra le persone anziane un elemento prioritario.

Uno degli indicatori più ricorrenti a livello internazionale che cerca di coniugare aspettativa di vita e qualità della vita è la *speranza di vita libera da disabilità* (*Healthy Life Years, HLY*). L'indicatore consente di valutare l'attesa di vita e la

qualità della vita, ossia la capacità della persona di adattarsi alle modificazioni indotte dall'invecchiamento conservando autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. L'indicatore esprime il numero di anni che una persona di una data età può aspettarsi di vivere senza limitazioni moderate o severe nel compiere le attività della vita quotidiana.

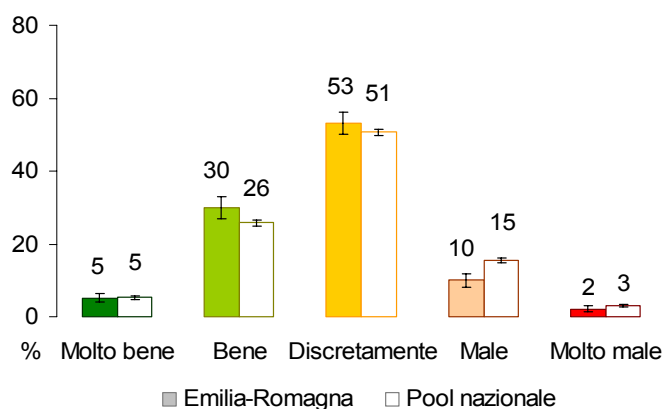
In Emilia-Romagna a 65 anni sia gli uomini sia le donne hanno circa 10 anni di vita attesa senza limitazioni, rispetto alla media italiana di 9 anni; dal momento che la speranza di vita complessiva a 65 anni è maggiore per le donne, queste hanno un carico di disabilità maggiore.

Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività di vita quotidiana per Regioni. Istat 2011

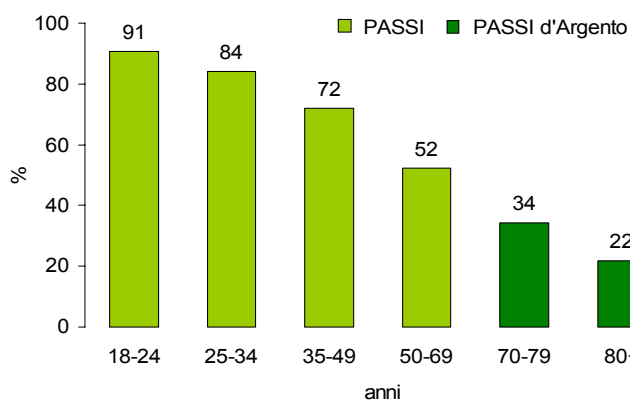


Il concetto di salute può essere interpretato anche secondo un'accezione più soggettiva, basata sulla percezione che le persone hanno della propria salute fisica e mentale. Secondo i dati di PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna il 35% delle persone ultra 64enni¹ riferisce di stare bene o molto bene, il 53% discretamente e il

rimanente 12% male o molto male, pari a una stima di oltre 122 mila persone in Regione. A livello nazionale questi valori sono rispettivamente pari a 31%, 51% e 18%. La prevalenza di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute cala in modo significativo all'aumentare dell'età.



Percezione dello stato di salute nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13



Percezione positiva dello stato di salute per età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianza di popolazione: PASSI (2010-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

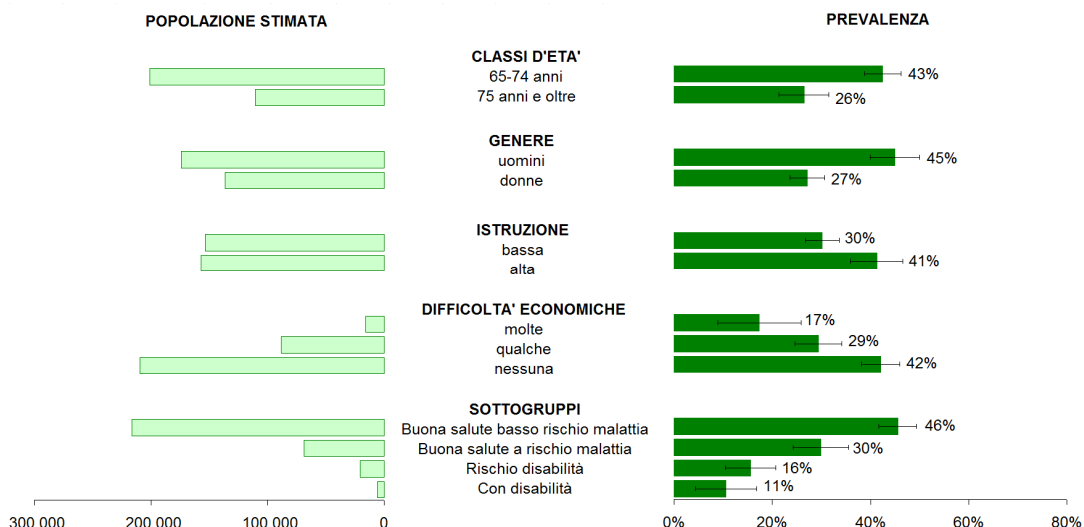
¹ Le domande sulla percezione della salute e il numero di giorni in cattiva salute o con limitazioni vengono fatte solamente se a sostenere l'intervista è direttamente la persona ultra 64enne e non il proxy

La prevalenza di persone ultra 64enni che valuta positivamente (bene o molto bene) il proprio stato di salute è maggiore nella classe d'età 65-74 anni, negli uomini e nelle persone con alta istruzione e in quelle senza difficoltà economiche. Inoltre, questa percezione cala al peggiorarsi delle condizioni di salute: si passa dal 46% tra coloro che

sono classificabili come a basso rischio di malattia all'11% di chi presenta disabilità.

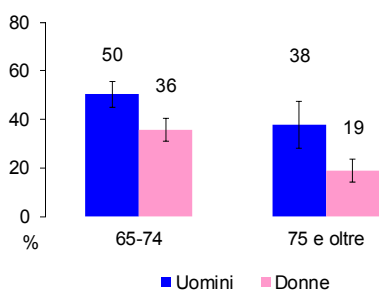
L'analisi multivariata, che corregge i dati per classe d'età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche, indica l'associazione con età, il genere maschile e l'assenza di molte difficoltà economiche.

Percezione positiva dello stato di salute nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



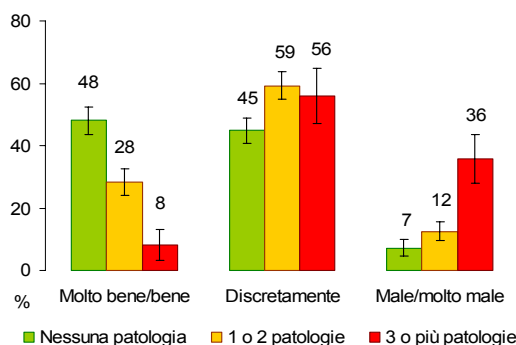
La percezione positiva dello stato di salute appare significativamente maggiore negli uomini, anche stratificando per classe d'età. Risulta, inoltre, strettamente associata alla

presenza di patologie croniche: passa dal 48% tra chi non ne presenta nessuna all'8% tra coloro che ne hanno tre o più.



Percezione positiva dello stato di salute nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

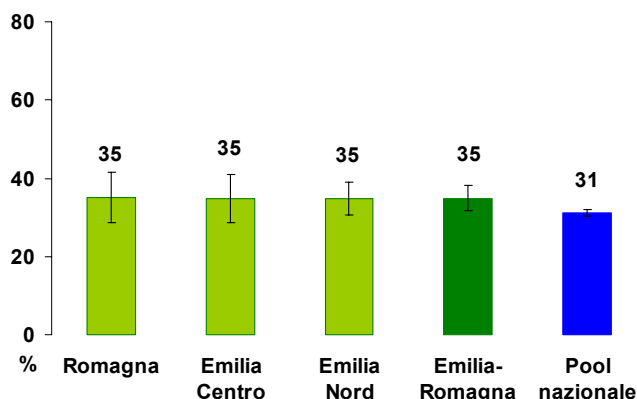


Percezione positiva dello stato di salute nella popolazione ultra 64enne per numero di patologie croniche.

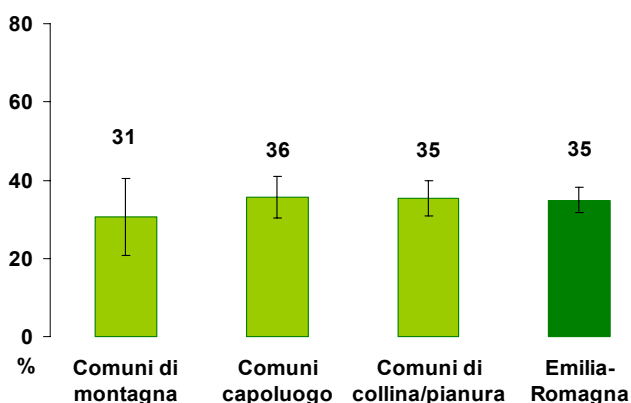
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Nella percezione positiva dello stato di salute non sono emerse differenze

significative né per Aree Vaste né per zone geografiche omogenee.



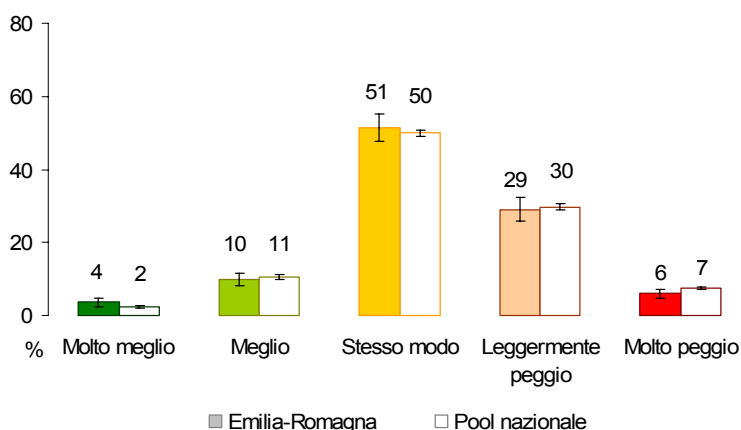
Percezione positiva dello stato di salute nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste. PASSI d'Argento 2012-13



Percezione positiva dello stato di salute nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna il 14% degli ultra 64enni ha riferito di stare meglio rispetto l'anno precedente, il 51% allo stesso modo e il 35% peggio.

A livello nazionale si registrano valori simili.



Stato di salute rispetto l'anno precedente nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

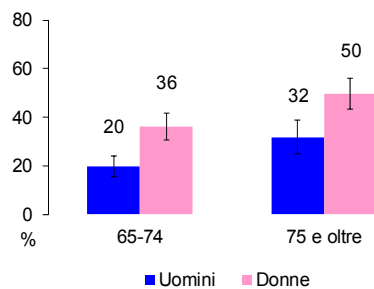
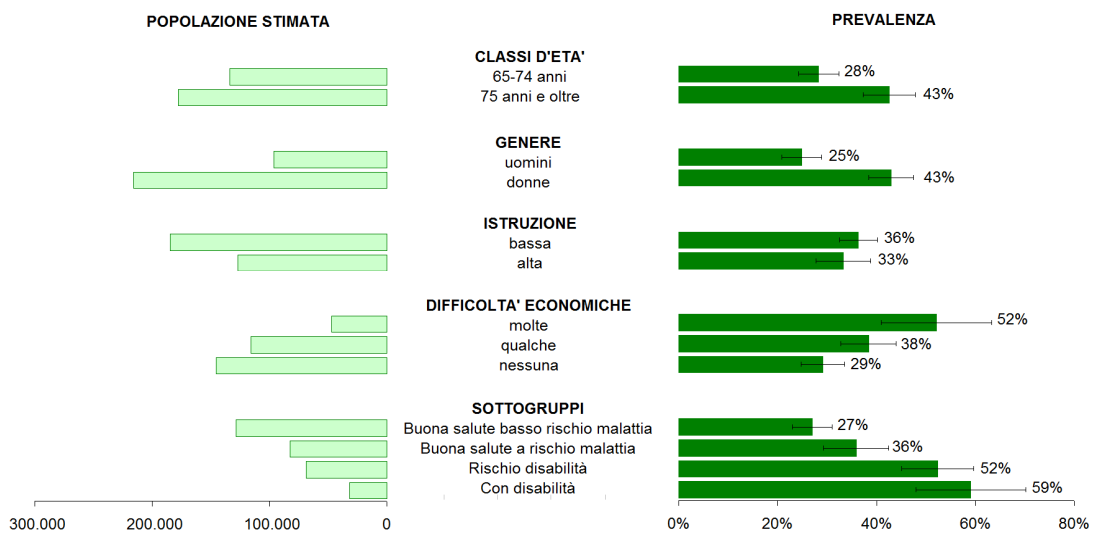
La prevalenza di persone che hanno riferito un peggioramento del proprio stato di salute rispetto l'anno precedente è maggiore negli ultra 74enni, nelle donne, nelle persone con molte difficoltà economiche e in quelle a rischio o con disabilità.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma

l'associazione tra la prevalenza di persone che hanno percepito un peggioramento nel loro stato di salute e la classe d'età 75 anni e oltre, genere femminile e le molte difficoltà economiche.

Le differenze di genere evidenziate si mantengono anche stratificando per classe d'età.

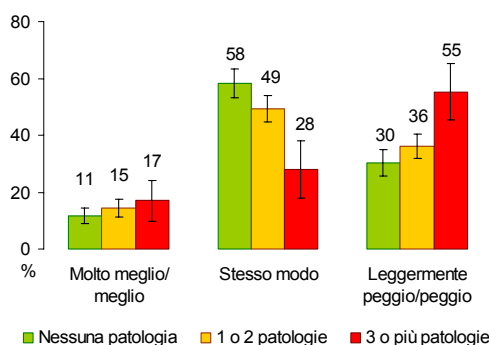
Percezione di un peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Percezione di un peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La percentuale di persone ultra 64enni che percepiscono come peggiorato il proprio stato di salute rispetto l'anno

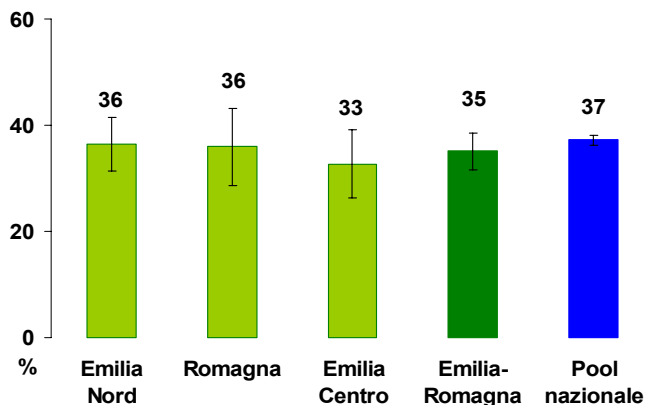
precedente è più elevato tra le persone con tre o più patologie.



Percezione dello stato di salute rispetto l'anno precedente nella popolazione ultra 64enne per presenza di patologie croniche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

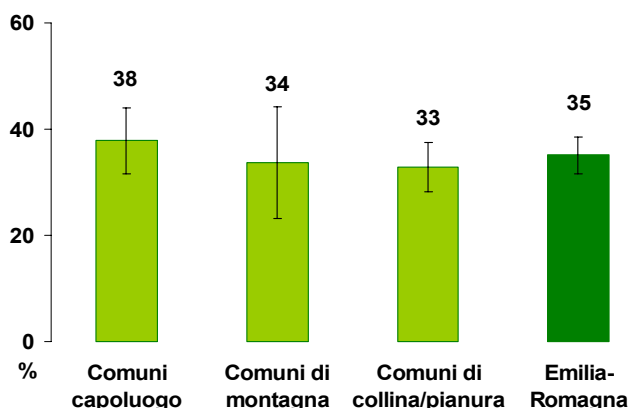
La prevalenza di ultra 64enni che hanno dichiarato che il proprio stato di salute è peggiorato rispetto a un anno fa è

abbastanza uniforme tra le Aree Vaste regionali e le zone geografiche omogenee.



Percezione di un peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



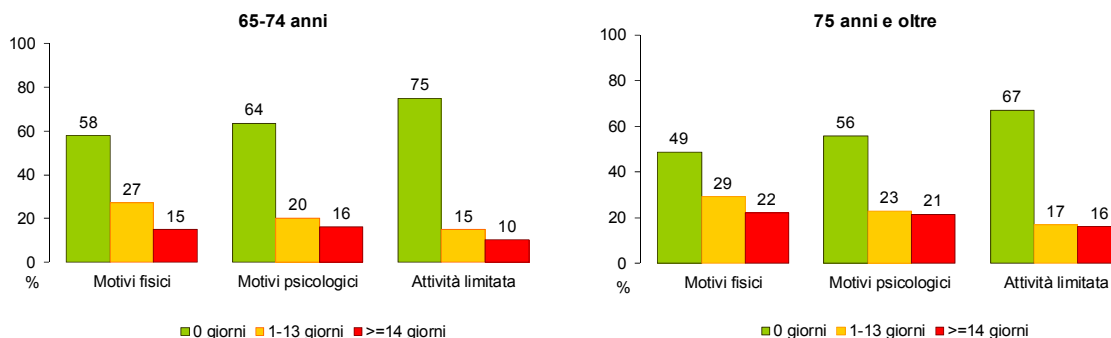
Percezione di un peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna una parte consistente di ultra 64enni ha riferito di essersi sentita bene per tutti i 30 giorni precedenti l'intervista: 53% in buona salute fisica, 60% in buona salute psicologica e 71% senza limitazioni nelle

attività abituali a causa di motivi fisici e/o psicologici.

Analizzando separatamente le classi d'età si osserva che nella classe degli ultra 74enni aumentano i giorni trascorsi in cattiva salute.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici o con limitata attività nella popolazione ultra 64enne per classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



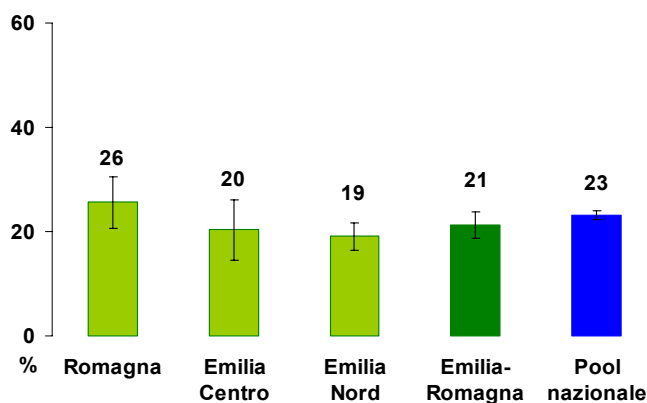
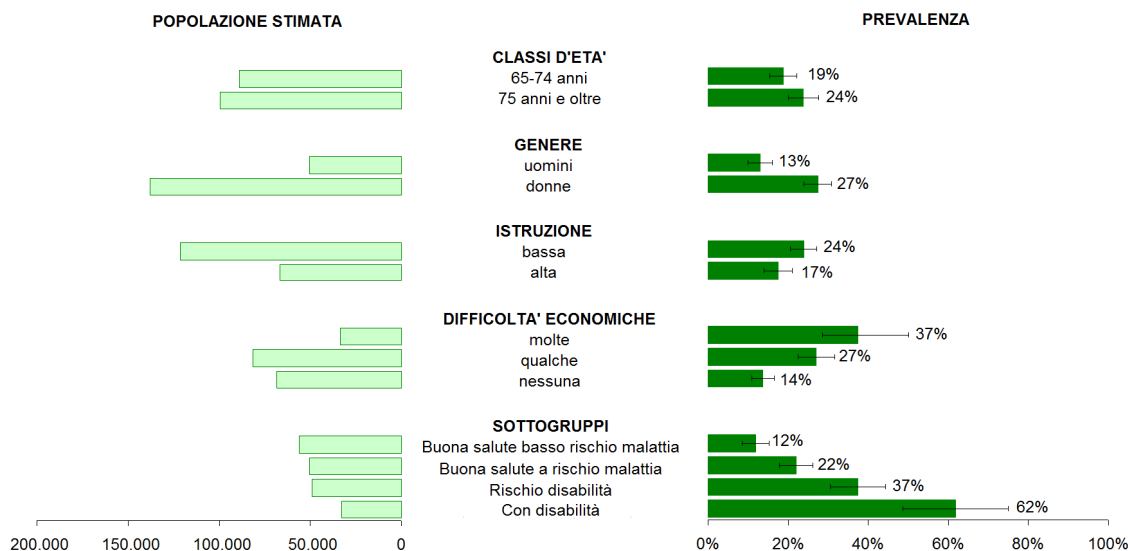
Una quota non trascurabile (21%) ha invece riferito complessivamente 20 o più giorni in cattiva salute (*Unhealthy days*) per problemi fisici o psicologici (23% a livello nazionale).

Questa prevalenza aumenta nelle donne, nelle persone con molte o qualche difficoltà economica e in quelle

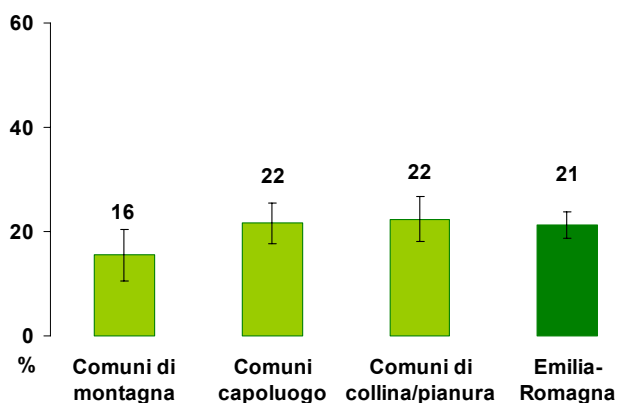
con disabilità (62%); queste associazioni sono confermate nel modello di regressione logistica.

La distribuzione presenta lievi differenze territoriali per Aree vaste e per zone geografiche omogenee.

Venti o più giorni di cattiva salute nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Venti o più giorni di cattiva salute nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste. PASSI d'Argento 2012-13



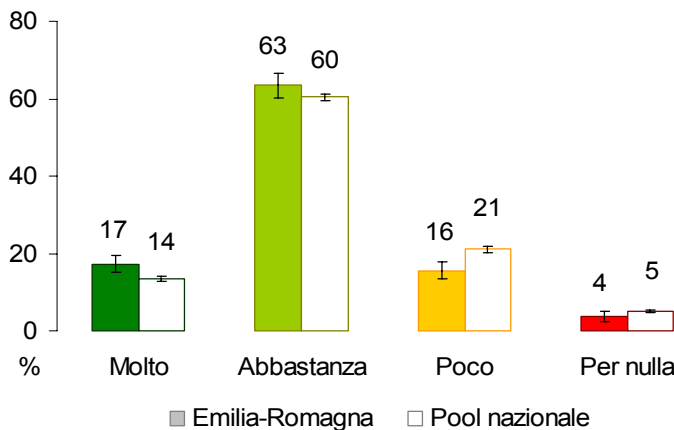
Venti o più giorni di cattiva salute nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

Così come la qualità della vita, anche la soddisfazione complessiva della propria vita può essere misurata unicamente su dati riferiti dai singoli individui; negli ultimi anni è stata attribuita grande importanza alle misure soggettive di soddisfazione della vita: percezioni e valutazioni soggettive influenzano, infatti significativamente il modo in cui le persone affrontano la vita e per questo

motivo possiedono un elevato valore informativo.

In Emilia-Romagna, la grande maggioranza delle persone con 65 anni e più (81%) è soddisfatta della propria vita (17% molto e 64% abbastanza), mentre il rimanente 19% non è soddisfatto.

Il livello di soddisfazione è più elevato in Emilia-Romagna rispetto alla media nazionale (74%).



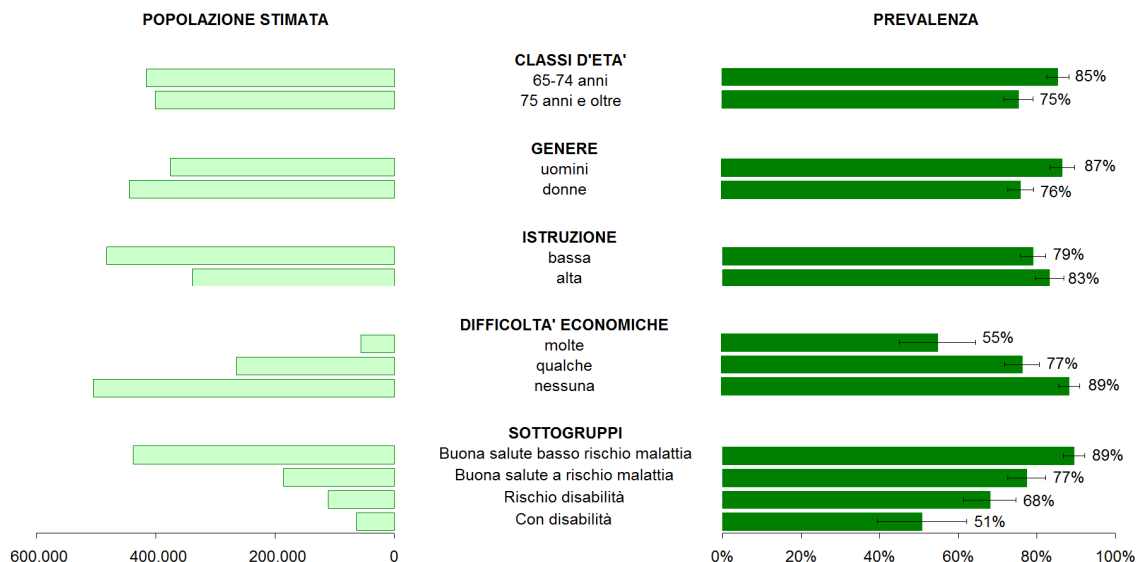
Livello di soddisfazione della vita condotta nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza di persone soddisfatte della vita che conducono è più alta nella classe d'età 65-74 anni, negli uomini, nelle persone senza difficoltà economiche e in buono stato di salute. Correggendo i dati per classe d'età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione

con l'età 65-74 anni, il genere maschile e l'assenza di difficoltà economiche.

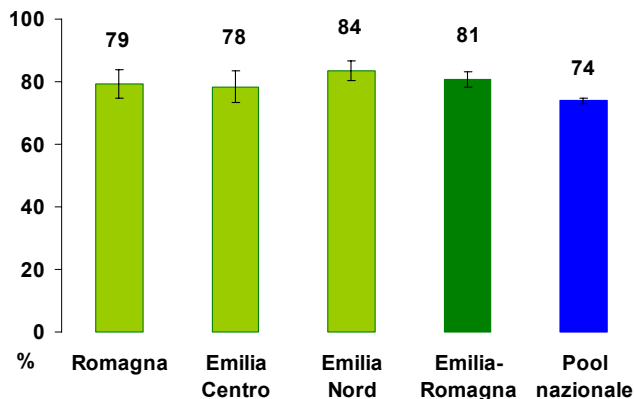
La soddisfazione della vita condotta è più bassa tra le persone con patologie croniche: passa dall'85% di chi non ne ha nessuna al 61% di chi ne ha tre o più.

Soddisfazione della vita nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

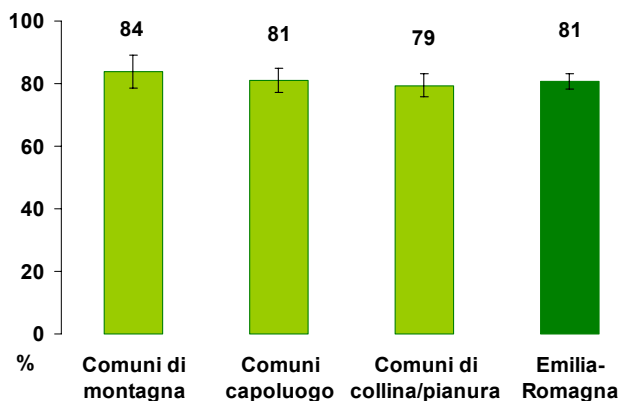


La soddisfazione per la propria vita è risultata maggiore in Emilia Nord rispetto alla Romagna e all'Emilia Centro, anche se le differenze non sono statisticamente

significative. Nelle persone residenti nei Comuni di montagna i valori sono più alti rispetto a chi vive nei Capoluoghi o nei Comuni di collina/ pianura.



Prevalenza di persone ultra 64enni soddisfatte della propria vita per Aree Vaste. PASSI d'Argento 2012-13

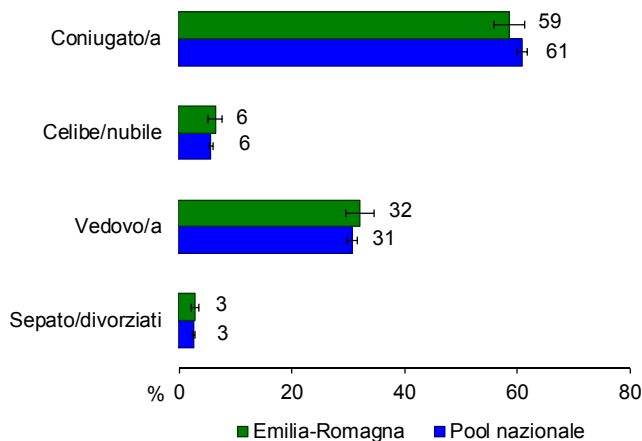


Prevalenza di persone ultra 64enni soddisfatte della propria vita per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Lo stato civile

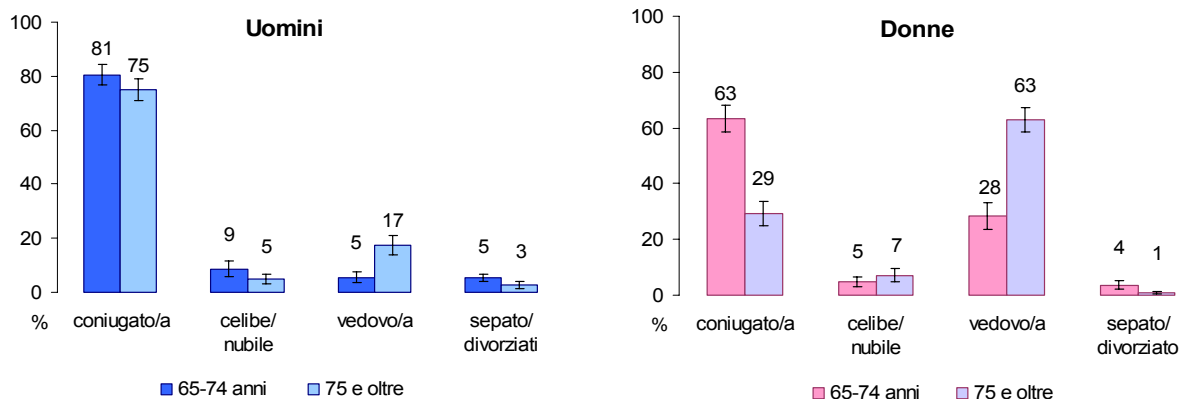
Secondo i dati PASSI d'Argento, il 59% degli ultra 64enni è coniugato, il 32% vedovo, il 6% celibe/nubile e il restante 3% separato o divorziato. A livello nazionale si registrano percentuali simili.

In Emilia-Romagna la percentuale di vedovi è maggiore tra le donne rispetto agli uomini in entrambe le classi d'età considerate.



Stato civile nelle persone ultra 64enni. PASSI d'Argento 2012-13

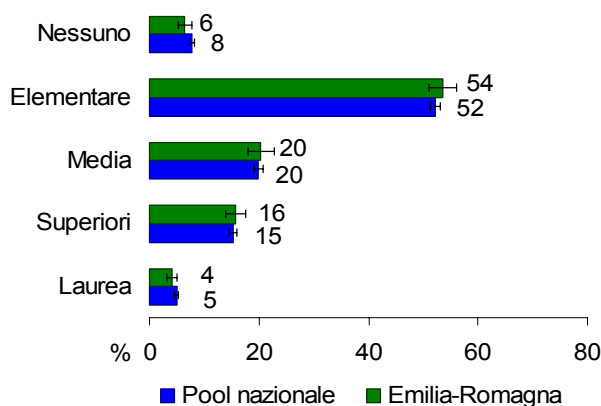
Stato civile nelle persone ultra 64enni per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



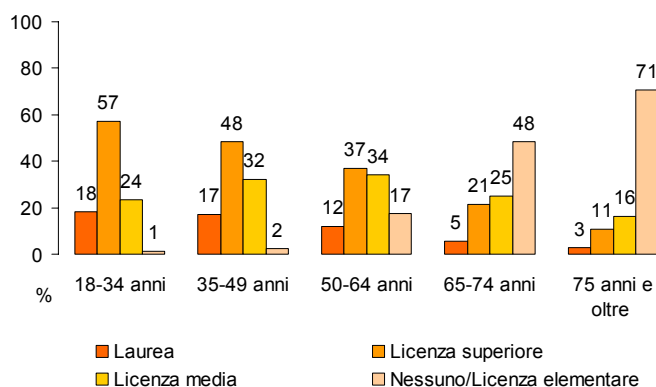
Il titolo di studio

Nelle classi d'età più avanzate, come atteso, è presente una quota maggiore di persone con titolo di studio basso

(48% nella fascia 65-74 anni e 70% in quella 75 e più). I valori regionali sono sovrapponibili a quelli nazionali (rispettivamente 50% e 70%).



Livello d'istruzione nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13



Livello d'istruzione. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianze PASSI (2010-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

La strategia dell'invecchiamento attivo

L'Emilia-Romagna, come il resto d'Europa, vive tutt'ora il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, come risultato di una transizione demografica che ha visto l'abbattimento della mortalità, un successivo calo della natalità e un progressivo allungamento della vita.

Questo cambiamento della società solleva più questioni. La prima impone una riflessione sulla qualità del guadagno avuto in termini di sopravvivenza: l'allungamento della vita è stato accompagnato da un aumento degli anni vissuti in buona salute? I dati regionali concordano con quelli nazionali e internazionali nell'indicare che l'elevata longevità raggiunta si ridimensiona se si considerano gli anni vissuti liberi da disabilità. Un obiettivo su cui impegnare risorse è pertanto la riduzione del differenziale tra vita vissuta e vita vissuta in buona salute.

La seconda questione riguarda la sfida che l'invecchiamento della popolazione rappresenta per la società con l'aumento della domanda di cure (in particolare per malattie croniche), l'aumento del bisogno di presa in carico e il sovraccarico del sistema pensionistico e di welfare. Per vincere questa sfida si impone un cambio di prospettiva nel concepire la vecchiaia, non più un problema che grava sul sistema socio-sanitario e previdenziale, ma una risorsa per il ruolo attivo svolto all'interno della società da parte degli anziani: famiglia, attività di volontariato ecc.

In questa ottica risulta fondamentale salvaguardare la capacità degli anziani di restare indipendenti e in buona salute, come sottolineato nel concetto di invecchiamento sano e attivo definito dall'Organizzazione mondiale della sanità: il processo per cui si ottimizzano le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza degli anziani al fine di migliorarne la qualità di vita.

La visione strategica generale è quella di un ambiente di vita fisico e sociale a misura d'anziano, ossia in cui le persone anziane possano conservare salute e

capacità funzionali, godendo di uno stato di benessere e vivendo con dignità, senza discriminazioni e con mezzi economici sufficienti, in contesti che li aiutino a sentirsi sicuri, mantenersi attivi, avere il controllo della propria vita, essere impegnati nella società e avere accesso a servizi e aiuti appropriati e di elevata qualità.

Questa strategia individua quattro aree prioritarie d'intervento:

- invecchiamento sano durante tutto il corso della vita
- ambienti favorevoli alla salute
- sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine adeguati a popolazioni anziane
- monitoraggio e valutazione della salute e dello stato funzionale delle persone anziane e rafforzamento della ricerca in questo campo.

Le finalità di queste strategie sono:

- permettere a un maggior numero di persone di vivere più a lungo in buona salute, restare attive più a lungo e contrastare le crescenti disuguaglianze esistenti in età avanzata
- favorire l'accesso a servizi sanitari e sociali di buona qualità per le persone che hanno necessita di assistenza e aiuto, allo scopo di rendere più equa l'aspettativa di vita sana
- migliorare la capacità degli anziani di mantenere una piena integrazione nella società e vivere con dignità, a prescindere dallo stato di salute o di dipendenza aumentare la consapevolezza sulle discriminazioni e gli stereotipi basati sull'età per contribuire al loro superamento.

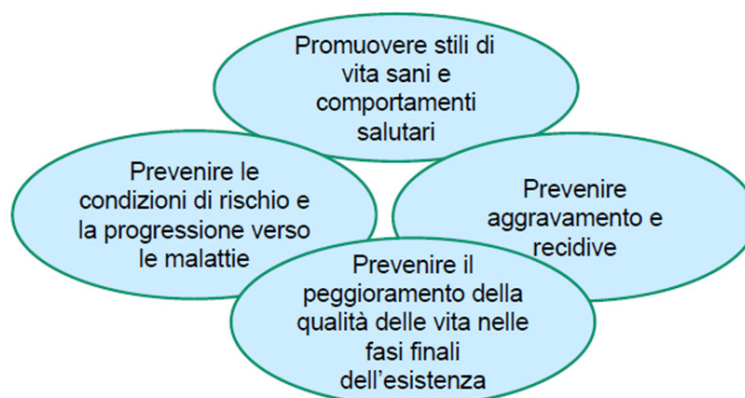
La visione strategica dell'invecchiamento attivo spinge ad agire su tre pilastri base:

- **Partecipazione.** Le persone anziane possono continuare a portare il loro contributo alla società se le politiche sociali sono indirizzate ad una loro piena partecipazione alle attività sociali, economiche, culturali, rispettandone i diritti fondamentali, le capacità, i bisogni e le preferenze.

- **Salute.** Riducendo i fattori di rischio (ambientali e comportamentali) delle malattie croniche e del declino funzionale e aumentando i fattori protettivi, le persone anziane vivono meglio, più a lungo e in buona salute. In questo modo si riducono gli anziani che necessitano di servizi socio-sanitari costosi. Per gli anziani che hanno bisogno di cure vanno garantiti adeguati servizi sociali e sanitari.
- **Sicurezza** - Politiche in grado di rispondere ai bisogni e ai diritti delle persone anziane rispetto a sicurezza sociale, finanziaria e fisica, garantiscono loro protezione, dignità

e assistenza, in particolare nel caso in cui non siano più in grado di affermare da soli le loro necessità. Familiari e comunità sono inoltre supportati nell'impegno di occuparsi dei loro anziani.

L'approccio positivo focalizzato sulla potenzialità dell'anziano deve essere inteso come la capacità di far sì che uomini e donne possano mantenersi in buona salute e condurre una vita indipendente e attiva. Questo obiettivo, per la sua intrinseca complessità, prevede l'impiego sia di strategie intersettoriale sia la costruzione di reti e alleanze per la salute, attraverso un approccio *multi-stakeholder*.



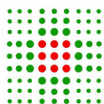
La Commissione europea sta supportando un progetto pilota sul tema dell'invecchiamento attivo e in buona salute con obiettivo di aumentare in media di due anni il numero di anni di vita in buona salute nell'Unione Europea entro il 2020; l'UE è inoltre impegnata in una serie di strategie finalizzate all'innovazione (*Europa 2020*) per integrare il settore privato, il settore pubblico e il terzo settore con "lo scopo di garantire che le idee innovative possano trasformarsi in prodotti e servizi

nuovi in grado di stimolare la crescita e l'occupazione. *More years, better life*" (Relazione della Commissione 2011).

Attraverso l'analisi dei dati della sorveglianza PASSI d'Argento, integrata con le informazioni derivanti da altre fonti informative, verrà illustrata nei prossimi tre capitoli la situazione in cui si trova l'Emilia-Romagna rispetto a questi tre ambiti centrali per l'invecchiamento attivo e in buona salute.

Capitolo 1

Essere risorsa e partecipazione sociale



L'essere risorsa

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 largamente condiviso il principio per cui valorizzare le persone ultra 64enni, riconoscendone ad esempio il ruolo di sostegno all'interno della famiglia, rappresenta un'efficace misura di promozione della qualità della vita e costituisca nel contempo un'irrinunciabile risorsa per la collettività.

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 anche dopo l'uscita dall'età produttiva. La società deve riconoscere e valorizzare questo nuovo ruolo che la persona ultra 64enne riveste in diversi contesti.

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.

L'anno 2012 infatti è stato proclamato Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo¹, con l'intento di incoraggiare i responsabili politici e tutti i gruppi di interesse ad agire con l'obiettivo di creare migliori opportunità per l'invecchiamento attivo e rafforzare la solidarietà tra le generazioni.

In questo quadro è stato concepito dalla Commissione europea delle Nazioni Unite per Europa (UNECE), 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:

- occupazione;
- attività sociali e partecipazione;
- indipendenza e autonomia;
- capacità e ambiente favorevole per l'invecchiamento attivo.

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

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

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

¹ L'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. Un importante strumento per valutare e controllare l'attuazione delle MIPAA è l'AAI.

Nel 2012, inoltre, la Commissione europea ha lanciato il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA): un'iniziativa pilota 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. In sintesi, il partenariato pilota si pone tre grandi sfide:

- migliorare la salute e la qualità della vita dei cittadini europei, in particolare degli anziani;
- supportare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari a lungo termine e accrescere la competitività dell'industria europea attraverso nuove opportunità di crescita;
- l'espansione in nuovi mercati, anche al fine contribuire alla crescita sostenibile.

La Commissione europea ha sottolineato l'importanza della partecipazione al Partenariato di Regioni, città, ospedali e organizzazioni per garantire un approccio globale, innovativo e integrato all'assistenza e cura e all'uso di tecnologie per l'invecchiamento sano e attivo. Il successo di EIP-AHA dipenderà quindi in larga parte dagli interventi effettuati a livello regionale e locale.

Dal primo luglio 2013 l'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna (ASSR) è *Reference site* EIP-AHA, ovvero ha il ruolo di interfaccia operativa tra la Commissione europea e la dimensione regionale. L'ASSR è parte di un più ampio team di coordinamento regionale a cui partecipano sul piano politico-istituzionale gli Assessorati alle Politiche per la salute e alle Attività produttive e ASTER (Scienza tecnologia impresa S.Cons.p.a).

In particolare l'ASSR lavora, sul piano operativo-istituzionale, per:

- implementare le linee strategiche definite in seno al team di coordinamento;
- svolgere attività di networking;
- coordina le attività dei vari gruppi di lavoro attivi sul territorio;
- valorizzare le best practice regionali coerenti con le tematiche EIP-AHA.

A livello operativo i 5 *working group*/gruppi di azione, guidati dai vari team leader, interagiscono con l'Agenzia nella gestione dei progetti. Il team di coordinamento regionale ha messo in atto un percorso volto a:

- dare una dimensione regionale a EIP-AHA attraverso il coinvolgimento, il coordinamento e la collaborazione tra tutti gli stakeholder presenti a livello regionale;
- coordinare lo scambio di informazione da e verso la Commissione europea e gli attori presenti a livello regionale in materia di invecchiamento sano e attivo;
- supportare il lavoro dei vari gruppi d'azione (*action groups*) che si sono creati in risposta agli *Invitation for Commitment* della Commissione europea;
- favorire lo scambio di idee, best practice e progettualità;
- monitorare e valutare le azioni promosse.

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

Tutto questo crea le condizioni ottimali affinché le persone più avanti in età rappresentino una risorsa per la collettività, contribuisce a ridurre il loro livello di dipendenza dagli altri e ad innalzare la qualità della loro vita.

Nell'indagine PASSI d'Argento 2012-13 è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne, in termini di accudimento e aiuto a congiunti, figli, fratelli/sorelle, genitori, nipoti o amici, attraverso due domande, una riferita a persone conviventi e una a persone non conviventi.

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

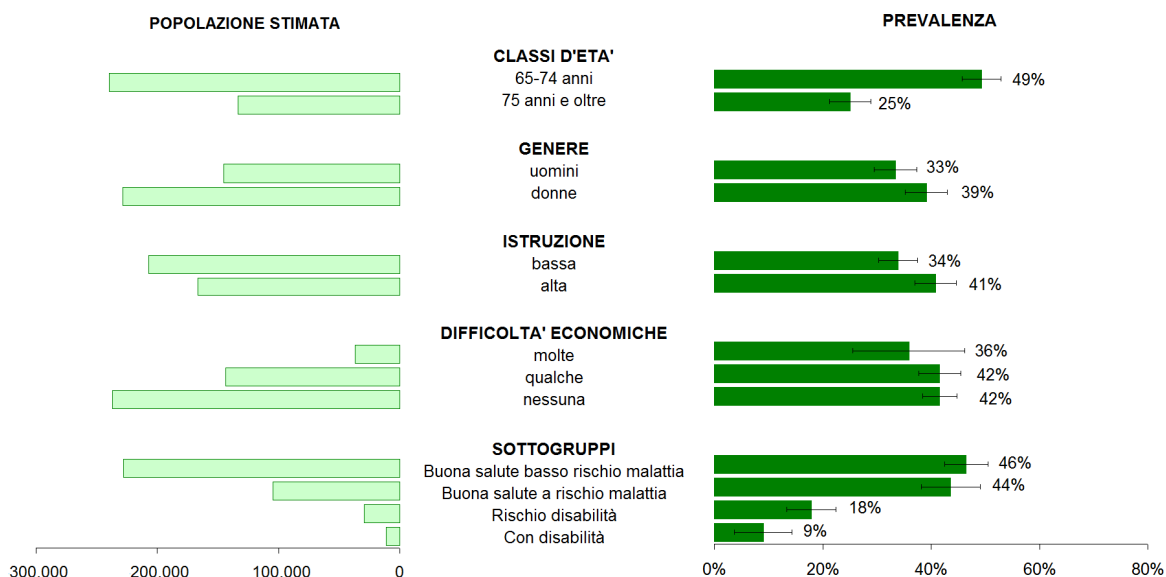
In Emilia-Romagna più di un terzo (37%) degli ultra 64enni intervistati, pari a una stima di oltre 370 mila persone, rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività, in quanto accudisce o aiuta spesso conviventi, non conviventi o fa frequentemente attività di volontariato. A livello regionale la prevalenza di ultra

64enni che possono essere considerati ancora come una risorsa per la famiglia, i conoscenti o la società è significativamente superiore al valore nazionale (30%).

L'essere risorsa è una caratteristica maggiormente diffusa nelle persone sotto i 75 anni, di genere femminile, con livello alto d'istruzione, senza molte difficoltà economiche percepite e in buona salute.

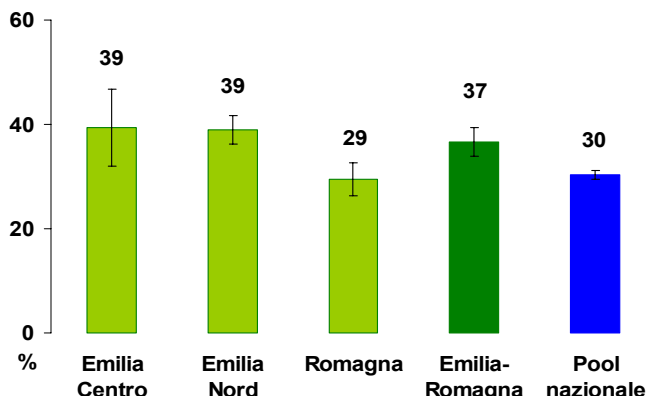
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra l'essere risorsa e il genere femminile e la classe d'età 65-74 anni. E' importante sottolineare come la persona ultra 64enne non solo quando è in buona salute ma anche quando è a rischio di disabilità o con disabilità costituisca una risorsa, soprattutto per le persone conviventi.

Essere risorsa nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

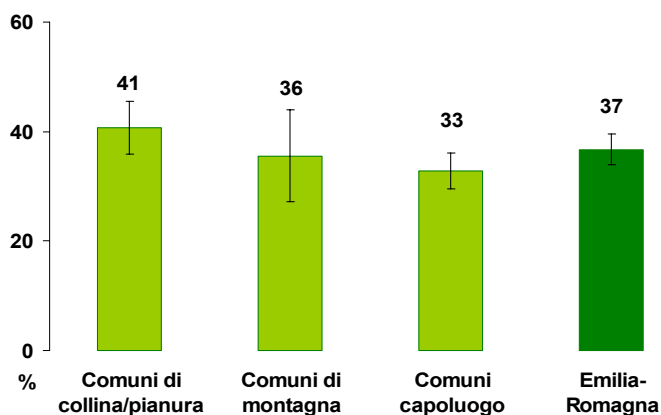


L'essere risorsa è una caratteristica riferita meno dagli ultra 64enni residenti

in Romagna e nei Comuni capoluogo di provincia.



Essere risorsa nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



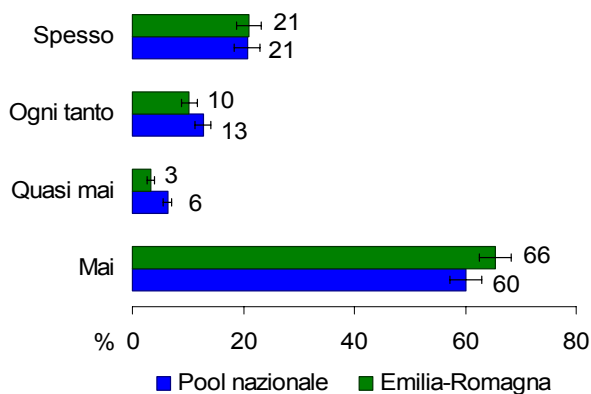
Essere risorsa nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Essere risorsa per le persone conviventi

In Emilia-Romagna un quinto degli ultra 64enni (21%) è risorsa per le persone con cui vive, in quanto si prende cura spesso di loro, accudendole o aiutandole. Il 10% invece si prende cura dei conviventi solo ogni tanto, il

3% quasi mai e il 66% mai.

La distribuzione regionale della frequenza con cui gli ultra 64enni accudiscono o aiutano le persone conviventi è sovrapponibile a quella nazionale.



Frequenza con cui le persone ultra 64enni accudiscono o aiutano i conviventi². PASSI d'Argento 2012-13

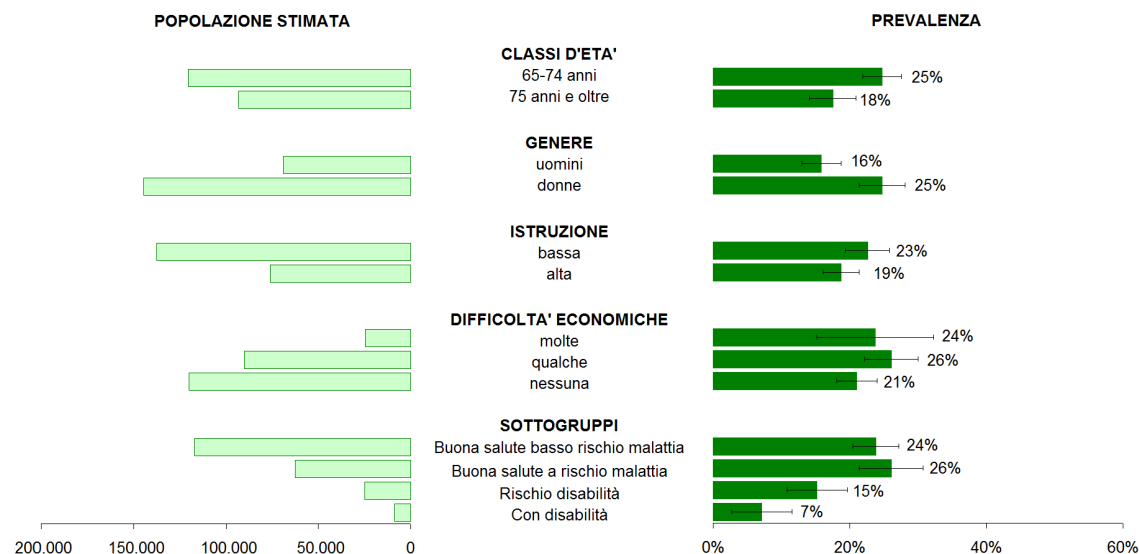
² Al denominatore è incluso il non so se a rispondere alla domanda è l'anziano, pari allo 0,1% a livello nazionale; a livello regionale non è presente il caso

In Emilia-Romagna la prevalenza dell'essere risorsa per i conviventi è più alta tra le donne, le persone con 65-74 anni, bassa istruzione e in buona salute.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, rimane l'associazione tra la prevalenza dell'essere risorsa per i conviventi e il genere femminile, la classe d'età 65-74 anni e la bassa istruzione.

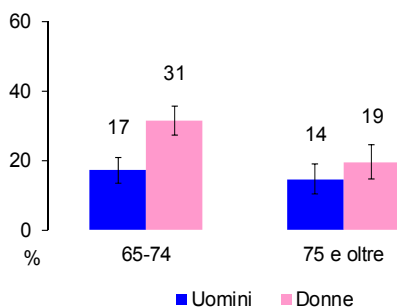
Essere risorsa per le persone conviventi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Analizzando per genere e classe d'età l'essere risorsa per le persone conviventi, appare una differenza tra i due generi, più marcata sotto i 75 anni, e un forte calo con l'età, soprattutto tra le donne.

L'essere risorsa per persone conviventi

risulta una caratteristica di poco minore in Romagna (19%), rispetto all'Emilia Nord (22%) e all'Emilia Centro (21%), e più bassa nei Comuni capoluogo di provincia (18%) rispetto a quelli di montagna (25%) o di collina/pianura (23%).

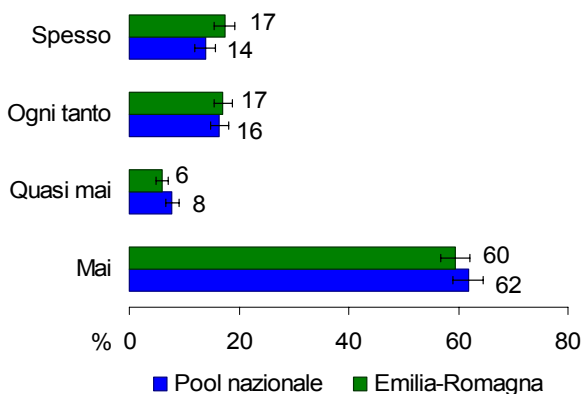


Essere risorsa per le persone conviventi nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Essere risorsa per le persone non conviventi

Il 17% invece accudisce o aiuta sempre persone non conviventi, percentuale che risulta di poco superiore a quella

registrata a livello nazionale (14%). Il 17% invece si prende cura dei non conviventi solo ogni tanto, il 6% quasi mai e il 60% mai.

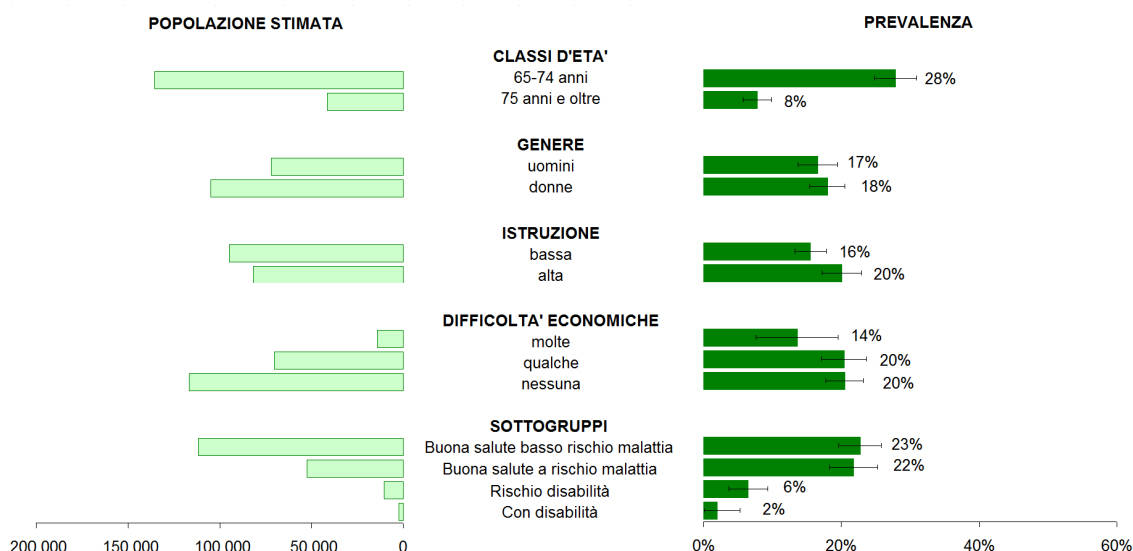


Frequenza con cui le persone ultra 64enni accudiscono o aiutano i non conviventi³. PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza di persone ultra 64enne risorsa per i non conviventi è superiore negli ultra 64enni con meno di 75 anni, senza molte difficoltà economiche e in buona salute. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra la prevalenza dell'essere risorsa e il genere femminile e la classe d'età 65-74 anni.

Essere risorsa per le persone non conviventi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

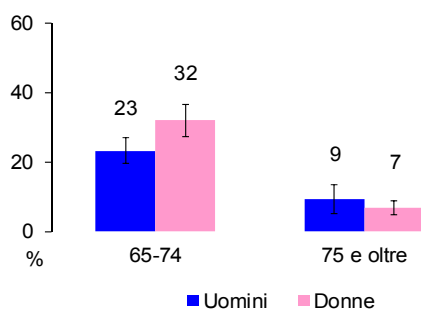


³ Al denominatore è incluso il non so se a rispondere alla domanda è l'anziano, pari allo 0,1% a livello nazionale; a livello regionale non è presente il caso

Analizzando per genere e classe d'età l'essere risorsa per le persone non conviventi appare una differenza tra i due generi sotto i 75 anni e un evidente calo con l'età, maggiore tra le donne.

L'essere risorsa per le persone non conviventi risulta inferiore negli ultra

64enni che risiedono in Romagna (13%), rispetto all'Emilia Nord (18%) e all'Emilia Centro (20%), e più bassa nei Comuni di montagna (13%) rispetto a quelli capoluogo di provincia (15%) o di collina/pianura (21%).

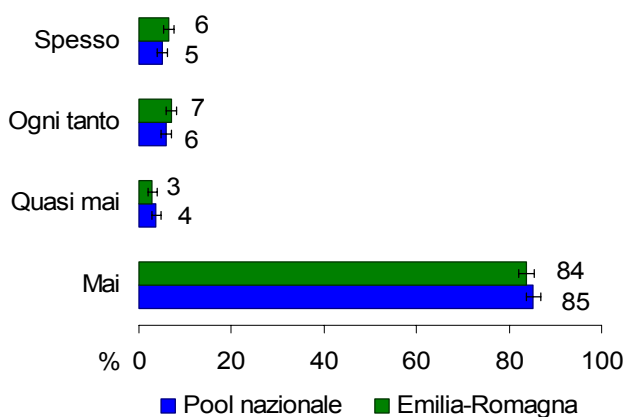


Essere risorsa per le persone non conviventi nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Essere risorsa per la collettività: attività di volontariato

In Emilia-Romagna il 6% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per la collettività, in quanto ha svolto spesso attività di volontariato nell'ultimo anno in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso

ospedali, parrocchie, scuole o altro. Il 7% ha fatto attività di volontariato solo ogni tanto, il 3% quasi mai e l'84% mai. La distribuzione regionale della frequenza con cui gli ultra 64enni hanno fatto volontariato è sovrapponibile a quella nazionale.



Frequenza con cui le persone ultra 64enni hanno fatto attività di volontariato nell'ultimo anno⁴. PASSI d'Argento 2012-13

⁴ Al denominatore è incluso il non so se a rispondere alla domanda è l'anziano, pari allo 0,1% a livello nazionale; a livello regionale non è presente il caso

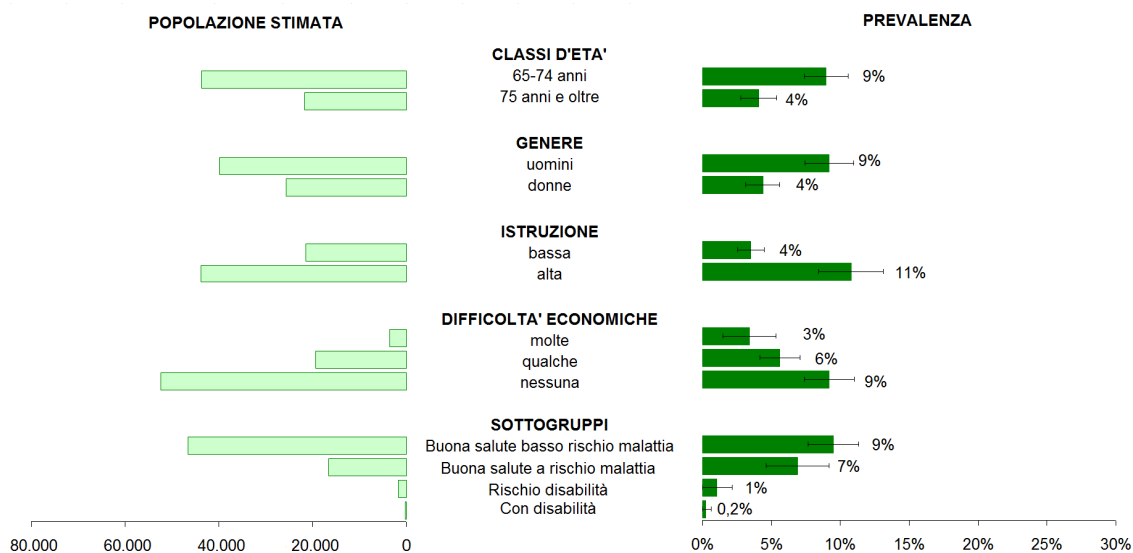
In Emilia-Romagna la prevalenza di persone che hanno fatto attività di volontariato nell'ultimo anno è più alta nelle persone sotto i 75 anni, di genere maschile, con livello d'istruzione alto, senza difficoltà economiche percepite e in buona salute.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra l'essere risorsa per la

collettività e la classe d'età 65-74 anni, il genere maschile e l'alta istruzione.

La percentuale di persone che rappresentano una risorsa per la collettività è maggiore in Emilia Nord (8%) rispetto all'Emilia centro (5%) e la Romagna (5%) ed è abbastanza uniforme tra le tre aree territoriali considerate (8% nei Comuni di montagna, 6% sia nei Comuni di collina/pianura sia nei Capoluogo di provincia).

Essere risorsa per la collettività nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Partecipazione ad attività sociali

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.

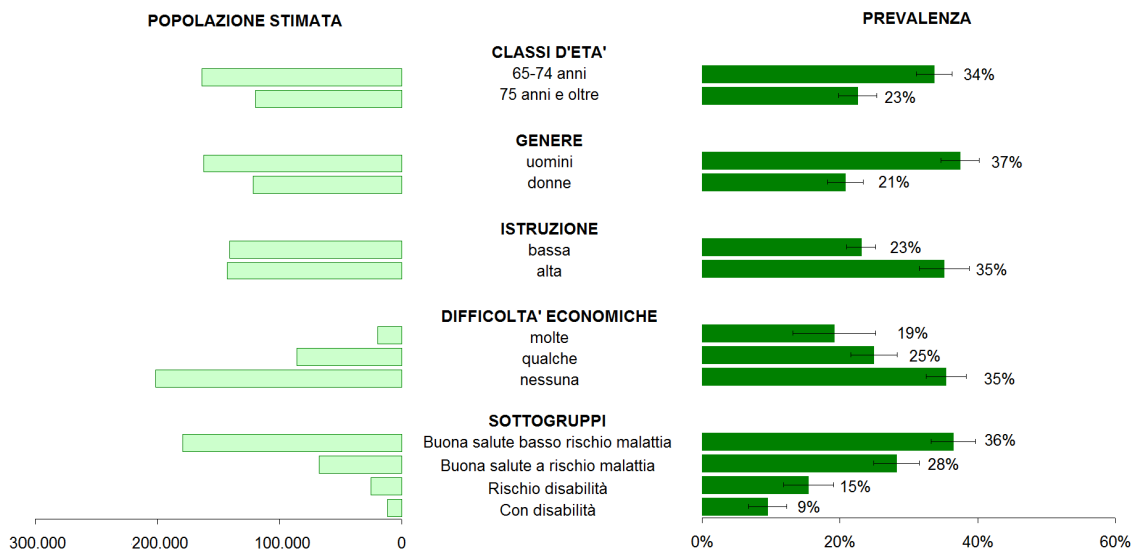
In Emilia-Romagna il 28% delle persone con 65 anni ed oltre partecipa in una settimana normale ad attività con altre persone, per esempio va al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso sedi di partiti politici e di associazioni.

La partecipazione regionale alla vita sociale è simile a quella registrata a livello nazionale (29%).

La prevalenza di persone ultra 64enni che partecipa in una settimana normale ad attività con altre persone appare maggiore tra le persone con meno di 75 anni, di genere maschile, con un livello alto di istruzione, senza difficoltà economiche e in buona salute e a basso rischio di malattia.

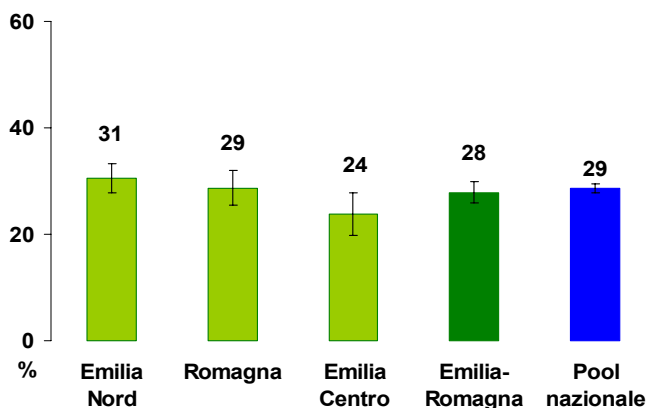
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra la partecipazione ad attività sociali e la classe d'età 65-74 anni, il genere maschile, l'alta istruzione e l'assenza di difficoltà economiche.

Partecipazione ad attività sociali nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

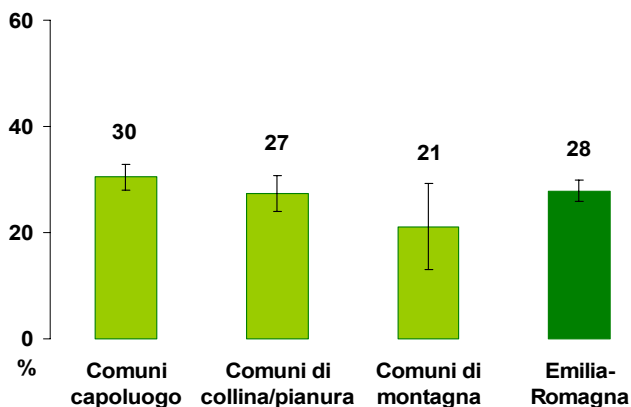


La percentuale di persone che partecipano in una settimana normale ad attività con altre persone è maggiore

in Emilia Nord e nei Comuni capoluogo di provincia.



Partecipazione ad attività sociali nella popolazione ultra 64enne nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Partecipazione ad attività sociali nella popolazione ultra 64enne nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

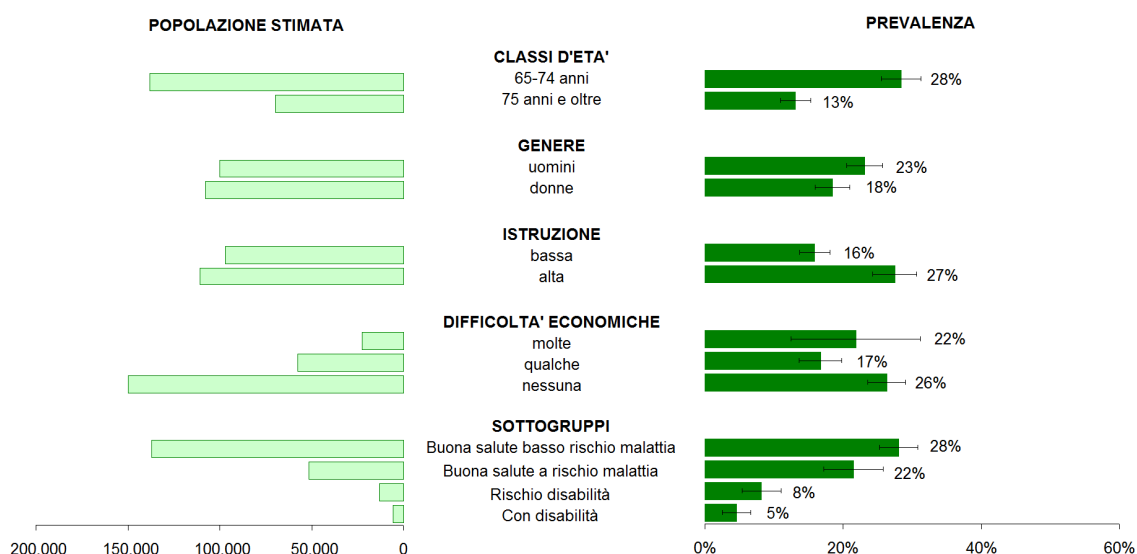
In Emilia-Romagna un quinto (20%) delle persone con 65 anni e più ha partecipato negli ultimi 12 mesi a gite o soggiorni organizzati.

La partecipazione regionale a gite o soggiorni organizzati è in linea con quella nazionale (22%).

In Emilia-Romagna la prevalenza di ultra 64enni che hanno partecipato nell'ultimo anno a gite o soggiorni organizzati è più elevata tra gli uomini, le persone con 65-

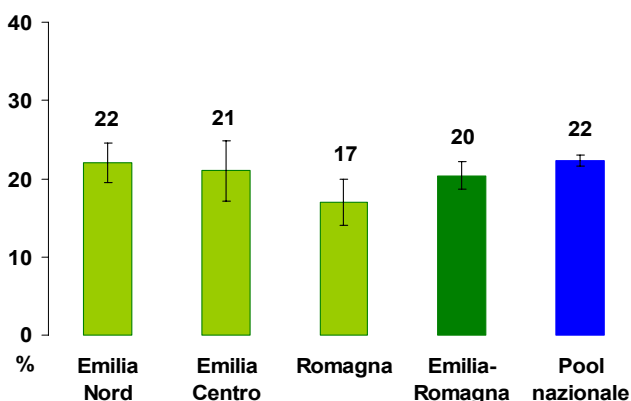
74 anni, con istruzione alta, senza difficoltà economiche e in buona salute. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra la partecipazione a gite e soggiorni organizzati e la classe d'età 65-74 anni e l'alta istruzione.

Partecipazione a gite o soggiorni organizzati nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

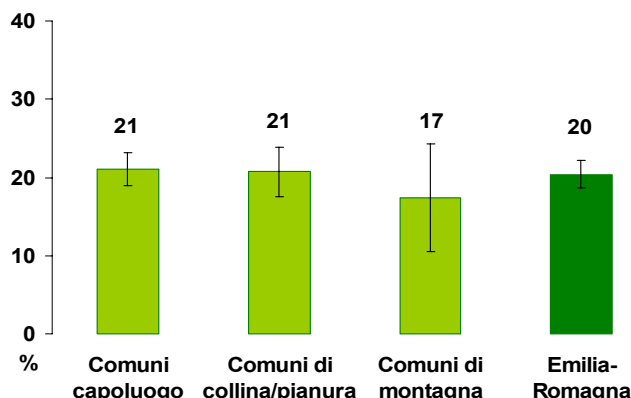


La percentuale di persone che hanno partecipato negli ultimi 12 mesi a gite o

soggiorni organizzati è più bassa in Romagna e nei Comuni di montagna.



Partecipazione a gite o soggiorni organizzati nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Partecipazione a gite o soggiorni organizzati nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il rischio di isolamento sociale

L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale che comprende sia aspetti di natura "strutturale" quali ad esempio il vivere soli e la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura "funzionale" come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere. L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità, costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età l'isolamento sociale risulta essere in relazione con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità. Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati a un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché ad una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione, il consumo a rischio elevato di alcol o il rischio di caduta.

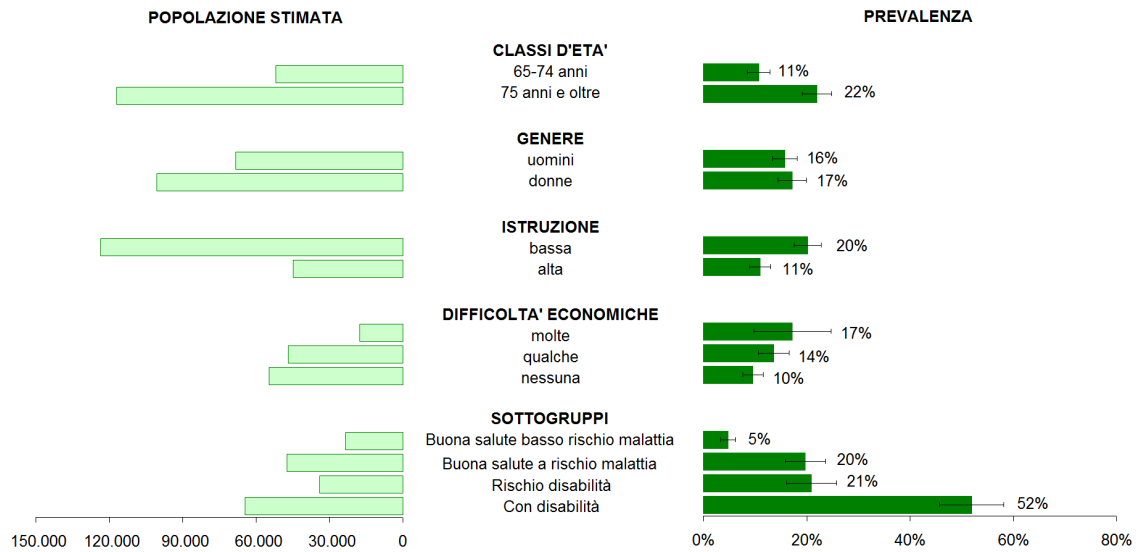
In Emilia-Romagna il 17% della popolazione ultra 64enne è a rischio di esclusione sociale. Vale a dire che circa 169 mila ultra 64enni non partecipano a incontri collettivi, non frequentano altre persone o non telefonano a qualcuno, anche solo per fare una chiacchierata.

La prevalenza regionale di persone ultra 64enni a rischio di isolamento è risultata più bassa rispetto a quella registrata a livello nazionale (20%).

Sono più a rischio di essere socialmente isolate le persone con 75 anni ed oltre, con bassa istruzione, molte difficoltà economiche e con disabilità.

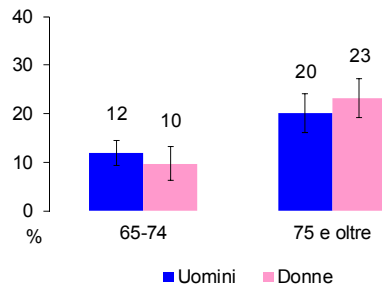
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra la prevalenza di persone a rischio di isolamento sociale e la classe d'età 75 anni ed oltre, la bassa istruzione e la presenza di molte difficoltà economiche.

Rischio di isolamento sociale nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Nella distribuzione della prevalenza del rischio di isolamento sociale nelle persone con 65 anni e più non

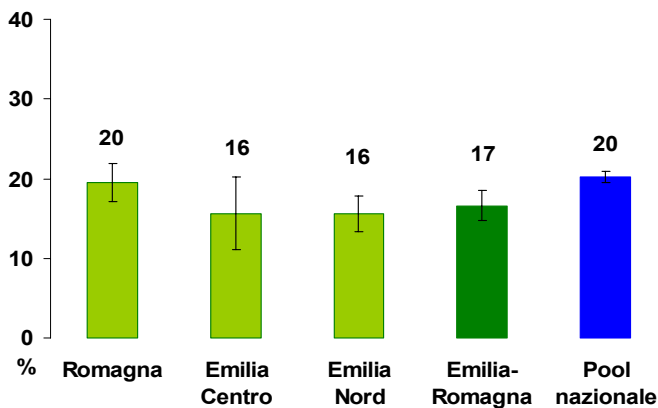
appaiono forti differenze di genere, anche stratificando per classe d'età.



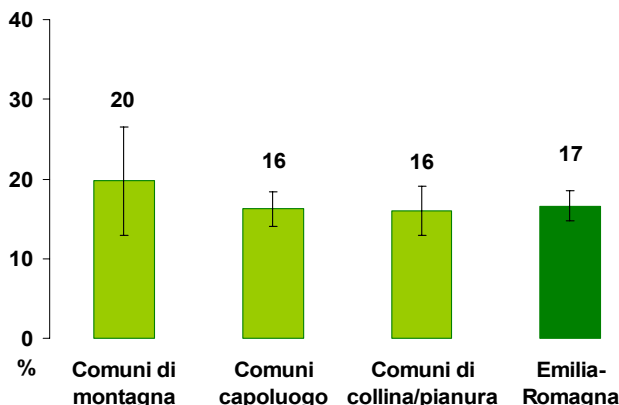
Rischio di isolamento sociale nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza riferita di persone ultra 64enni a rischio di isolamento è

maggiore in Romagna e nei Comuni di montagna.



Rischio di isolamento sociale nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Rischio di isolamento sociale nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La cultura e il tempo libero

La cultura rappresenta un elemento fondamentale per il benessere individuale, l'integrazione delle persone nella vita sociale e per la qualità della vita. È un fattore strategico per lo sviluppo sociale e economico, per il sostegno alla conoscenza, alla creatività, all'innovazione e allo sviluppo sostenibile.

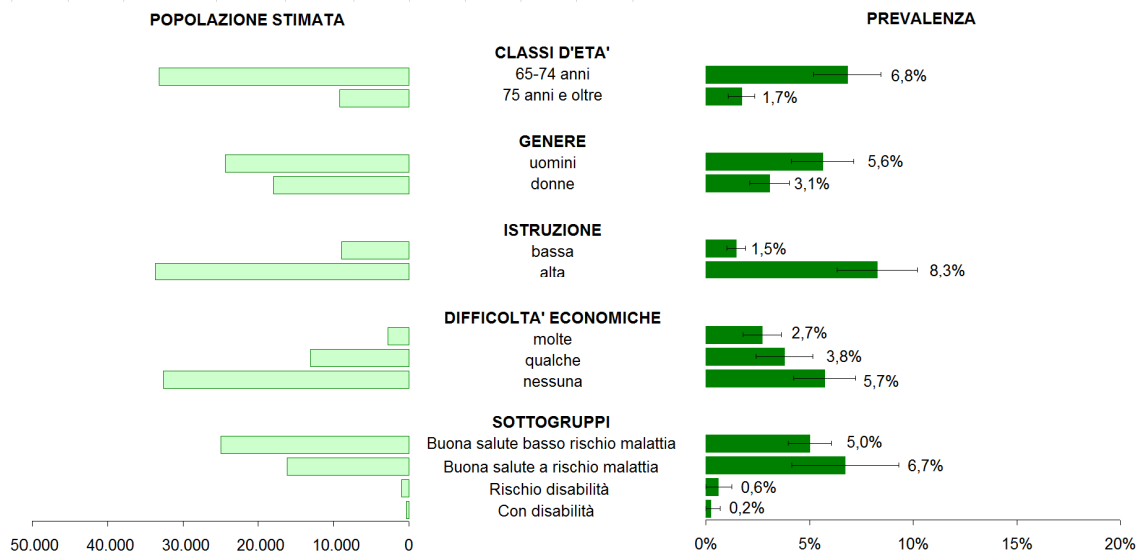
In Emilia-Romagna il 4% delle persone ultra 64enni ha partecipato nell'ultimo anno a corsi di formazione per adulti, come di inglese e computer, o all'Università della Terza età.

La prevalenza regionale di persone con 65 anni e più che partecipano a corsi è sovrapponibile a quella registrata a livello nazionale (4%).

La partecipazione emiliano-romagnola a corsi è più alta tra gli uomini, i 65-74enni, le persone con alta istruzione, senza difficoltà economiche e in buona salute.

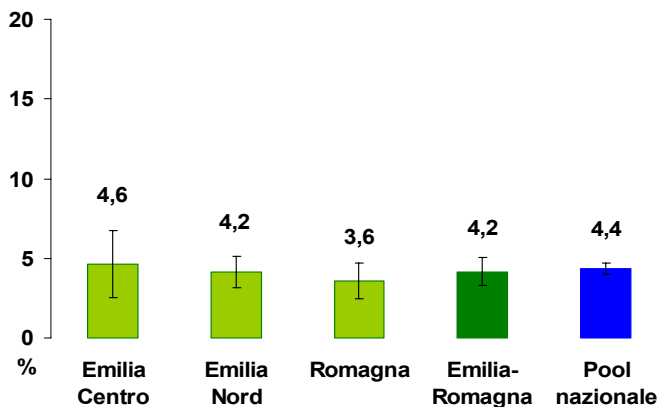
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si nota un'associazione statisticamente significativa tra la partecipazione a corsi di formazione e la classe d'età 65-74 anni e l'alta istruzione.

Partecipazione a corsi di formazione nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

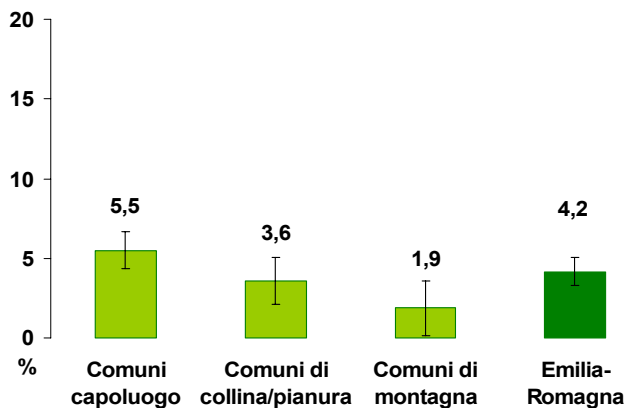


La partecipazione riferita a corsi di formazione per adulti è minore tra le

persone che risiedono in Romagna e nei Comuni di montagna.



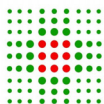
Partecipazione a corsi di formazione nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Partecipazione a corsi di formazione nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Capitolo 2

Salute e benessere



Le condizioni di salute e il livello di autonomia

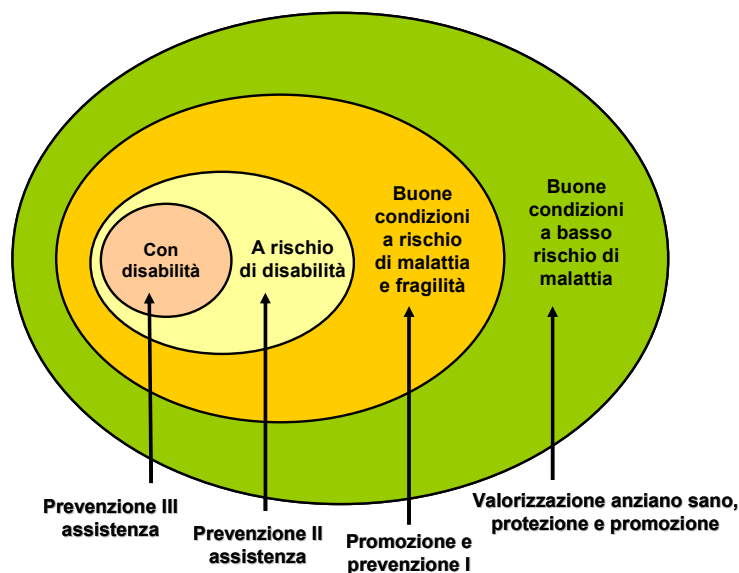
Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali, come ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, aspetti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali. Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione anziana non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi. Con il sistema di monitoraggio PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione anziana con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone:

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

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

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

I sottogruppi di popolazione per condizioni di salute



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

- attività di base della vita quotidiana o *Activities of Daily Living* (ADL) ad

esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra ecc;

- attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine ecc.

Combinando i risultati di questi due indici, sono state definite:

- "in buona salute" le persone che sono in grado di svolgere da sole tutte le ADL e non essendo autonome al massimo in una IADL;
- "a rischio di disabilità" le persone che sono in grado di svolgere da sole tutte le ADL, ma non sono autonome in due o più IADL;
- "con disabilità" le persone che non sono autonome e hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di una o più ADL.

Cosa sono le ADL e le IADL?

Le **ADL (attività funzionali della vita quotidiana)** comprendono le attività 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 autosufficienza in queste attività è l'indice di Katz (1963) e comprende le seguenti sei attività/funzioni: muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno per fare i propri bisogni, essere continenti.

Le **IADL (attività strumentali della vita quotidiana)** sono attività più complesse rispetto alle ADL, 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 otto 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 rapporto alla frequenza con cui le persone hanno problemi di salute, stili di vita non adeguati e problemi socioeconomici nel sottogruppo delle persone "in buona salute" sono state distinte le persone:

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

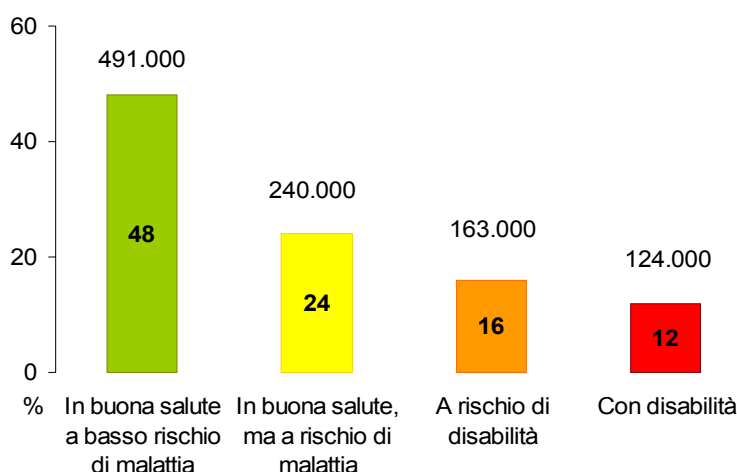
E' necessario ricordare che:

- queste definizioni si basano su risposte autoriferite e sono diverse (in quanto con intenti diversi) da quelle usate in ambito medico-legale per valutare l'invalidità o l'indennità di accompagnamento
- la popolazione di riferimento è esclusivamente quella non istituzionalizzata.

Entrambi questi aspetti possono comportare discordanze con i dati riportati da altre fonti e devono quindi essere presi in considerazione prima di eventuali confronti.

I sottogruppi di popolazione

In Emilia-Romagna circa la metà degli ultra 64enni (il 48%, ossia oltre 490 mila persone) è in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa e il 24% (circa 240 mila persone) è in buona salute, ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità. Circa un sesto, invece, ha qualche forma di disabilità (12%, circa 124 mila persone) o ne è a rischio (16%, circa 163 mila persone).



*Sottogruppi di popolazione
ultra 64enne.
Emilia-Romagna,
PASSI d'Argento 2012-13*

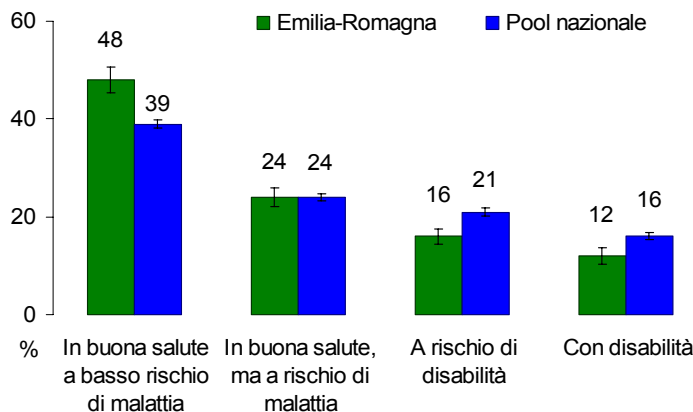
¹ Presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni sotto elencate.

² Presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni riportate di seguito:

- problemi di masticazione o vista o udito;
- insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
- molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale;
- almeno una patologia cronica;
- ipertensione.

Le condizioni di salute degli ultra 64enni emiliano-romagnoli appaiono migliori di quelle che si riscontrano a livello nazionale: più alta è la quota di persone

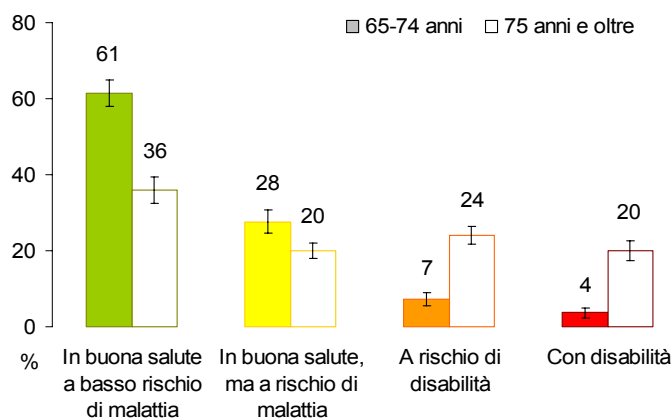
in buona salute a basso rischio di malattia e minori sono invece le prevalenze di ultra 64enni a rischio di disabilità o con disabilità.



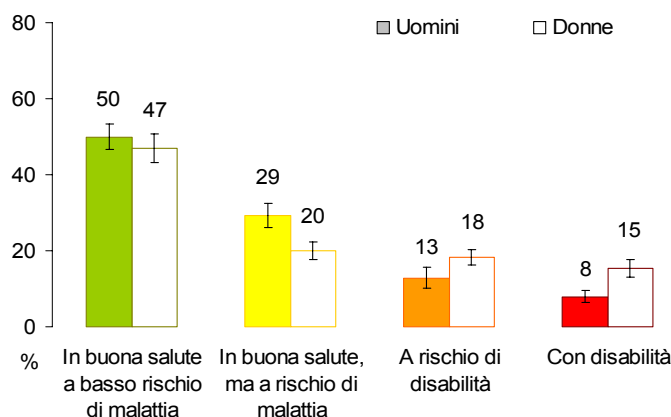
Sottogruppi di popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

Se si tiene conto della classe d'età, la distribuzione delle condizioni di salute si modifica: come atteso, all'aumentare dell'età la quota di ultra 64enni in buona salute si riduce (si passa dal 61% dei 65-74enni al 36% degli ultra 74enni) per andare a incrementare la quota di persone a rischio di disabilità (7% tra i

65-74enni e 24% negli ultra 74enni) o con disabilità, che hanno particolare bisogno di assistenza (4% tra i 65-74enni e 20% negli ultra 74enni). La percentuale di ultra 64enni a rischio di disabilità o con disabilità è, inoltre, più alta tra le donne.



Sottogruppi di popolazione ultra 64enne per classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Sottogruppi di popolazione ultra 64enne per genere. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La distribuzione regionale dei sottogruppi di popolazione appare omogenea tra le Aree Vaste e le zone geografiche omogenee.

Sottogruppi di popolazione ultra 64enne per Aree Vaste e zone geografiche omogenee. PASSI d'Argento 2012-13

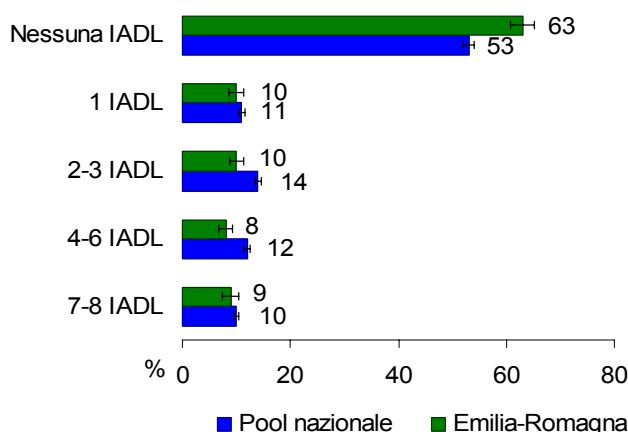
	In buona salute a basso rischio di malattia			In buona salute, ma a rischio di malattia			A rischio di disabilità			Con disabilità		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Aree Vaste												
Emilia Nord	45	42,0	47,5	25	22,4	28,1	17	14,7	18,8	13	11,6	15,0
Emilia Centro	53	45,9	59,4	22	18,3	26,1	15	11,5	18,6	10	6,2	14,0
Romagna	48	45,1	51,3	23	20,6	24,9	16	13,5	18,4	13	10,8	15,2
Zone geografiche omogenee												
Comuni capoluogo	48	44,3	51,0	24	22,7	26,1	16	13,3	17,9	12	10,2	14,6
Comuni di collina/pianura	51	46,2	55,1	22	18,5	25,0	16	13,2	18,5	12	9,4	14,2
Comuni di montagna	42	33,2	50,4	27	19,3	35,6	18	12,5	22,9	13	6,6	19,5
Emilia-Romagna	48	45,6	50,8	24	21,8	25,5	16	14,4	17,6	12	10,6	13,8
Pool nazionale	39	37,8	39,5	24	23,2	24,7	21	20,6	22,1	16	15,4	16,8

Il bisogno di aiuto nello svolgimento delle attività della vita quotidiana

In Emilia-Romagna circa un terzo degli ultra 64enni (37%), pari a oltre 370 mila persone, presenta problemi di autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL); in particolare il 10% ha limitazioni in una solo attività, il

10% in due o tre e il 17% in quattro o più.

La prevalenza regionale di persone ultra 64enni con difficoltà in almeno una delle IADL è significativamente inferiore rispetto a quella rilevata a livello nazionale (47%).



Numero di limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna le donne hanno limitazioni in almeno una IADL in percentuale significativamente maggiore rispetto agli uomini (43% contro 29%), così come gli ultra 75enni rispetto a quelli della classe inferiore (55% contro 17%).

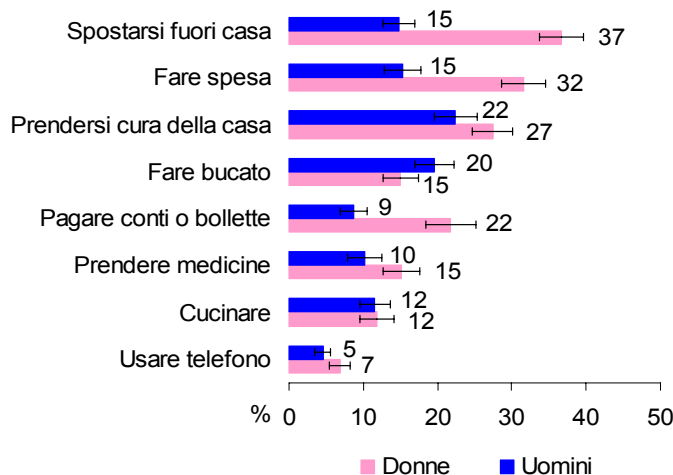
Ha una limitazione in almeno una IADL l'11% delle persone in buona salute a basso rischio di malattia, il 17% di quelle in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, il 100% di quelle a rischio di disabilità, coerentemente con la definizione di questo sottogruppo, e il 95% di quelle con disabilità.

Nella popolazione regionale ultra 64enne spostarsi fuori casa con mezzi

pubblici o con la propria auto è la difficoltà più diffusa e riguarda poco più di una persona ogni quattro (27%); seguono fare la spesa o le compere e prendersi cura della casa, attività problematiche per il 25%.

Meno problemi pongono attività come fare il bucato (17%), pagare conti o bollette (16%), prendere le medicine (13%), cucinare o riscaldarsi i pasti (12%) e usare il telefono (6%).

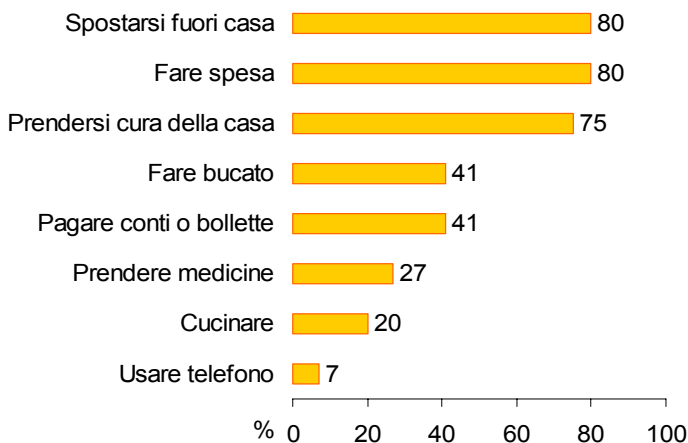
Le donne, rispetto agli uomini, hanno maggiori difficoltà nello spostarsi fuori casa, nel fare la spesa e nel pagare conti o bollette.



Tipo di attività strumentali della vita quotidiana (IADL) tra le persone ultra 64enni per genere. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Le persone con segni di disabilità più spesso hanno limitazioni nello spostarsi fuori casa e nel fare la spesa (80% in

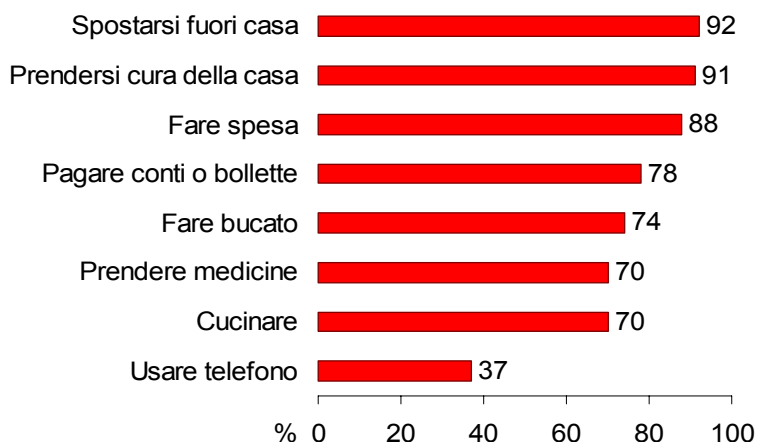
entrambe), prendersi cura della casa (75%).



Tipo di attività strumentali della vita quotidiana (IADL) tra le persone ultra 64enni a rischio di disabilità. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Le persone con disabilità più frequentemente non sono indipendenti nello spostarsi fuori casa (92%), nel

prendersi cura della casa (91%) e nel fare la spesa (88%).



Tipo di attività strumentali della vita quotidiana (IADL) tra le persone ultra 64enni con disabilità.

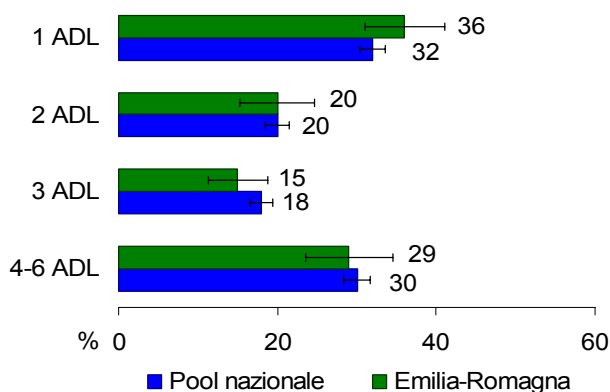
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il 12% degli ultra 64enni emiliano-romagnoli presenta qualche forma di disabilità, ossia non è autonomo in almeno un'attività funzionale della vita quotidiana (ADL), indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL.

Tra questi, più di un terzo (36%) è limitato in un'unica ADL, il 20% in due, il 15% in tre e il restante 29% non è

autonomo in almeno quattro attività di base della vita quotidiana (corrispondente a circa il 4% di tutta la popolazione ultra 64enne, pari a poco meno di 37 mila persone in Regione).

La prevalenza regionale di persone ultra 64enni con difficoltà in almeno una delle ADL è inferiore rispetto a quella rilevata a livello nazionale (47%).



Numero di limitazioni nelle attività funzionali della vita quotidiana (ADL) nelle persone ultra 64enni con segni di disabilità.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Agli ultra 64enni con disabilità creano limitazioni d'indipendenza attività come l'andare in bagno (65%) e lo spostarsi

da una stanza all'altra (63%) e i problemi di incontinenza (48%).



Tipo di attività funzionali della vita quotidiana (ADL) tra le persone ultra 64enni con disabilità.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Aiuto alle persone con limitazioni nelle attività della vita quotidiana

Tra le persone ultra 64enni emiliano-romagnole a rischio o con disabilità, che presentano più problematiche situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, sia strumentali (IADL) che funzionali (ADL), la quasi totalità (99,6%) riceve aiuto da qualcuno per le attività che non riesce a fare da solo, pari a 286 mila persone in Regione.

Tra queste, il 90% riceve aiuto dai familiari, percentuale simile a quella registrata a livello nazionale (93%).

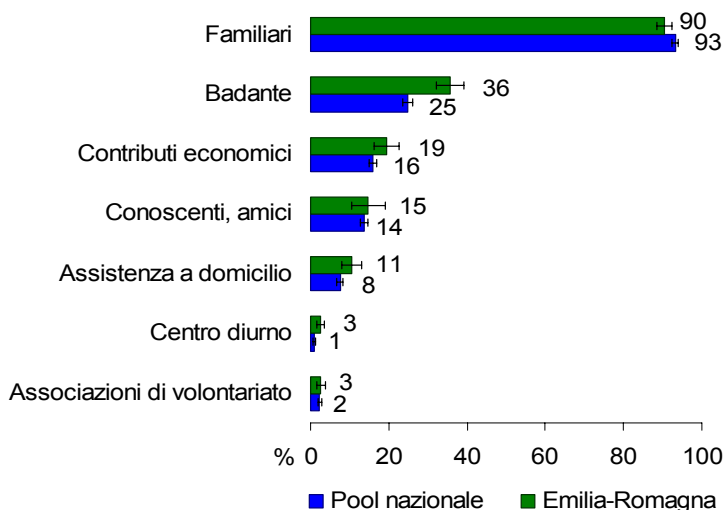
Più di un terzo (36%) è assistito, invece, da persone individuate e pagate in proprio, come ad esempio da badanti;

questo valore è significativamente superiore a quello nazionale (25%).

Conoscenti supportano circa un sesto (15%) delle persone con problemi di autonomia nelle attività della vita quotidiana, quota simile a quella rilevata a livello nazionale (14%).

L'11% invece riceve aiuto da operatori del servizio pubblico, come AUSL o servizi del Comune, il 3% è assistito presso un centro diurno e il 3% ha il supporto da associazioni di volontariato; valori simili sono stati rilevati a livello nazionale.

Un quinto (19%) riceve contributi economici, come assegni di cura o di accompagnamento, valore non distante da quello nazionale (16%).

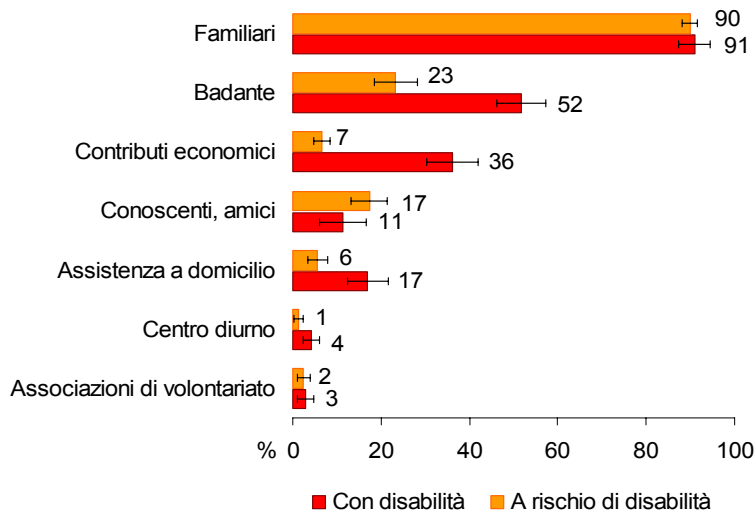


Aiuto alle persone ultra 64enni a rischio di disabilità o con disabilità.

PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna, tra le persone ultra 64enni con disabilità, rispetto a quelle che sono a rischio di disabilità, è più alta la quota di chi ha assistenza da una

persona a pagamento o da operatori del servizio pubblico e di chi riceve contributi economici.



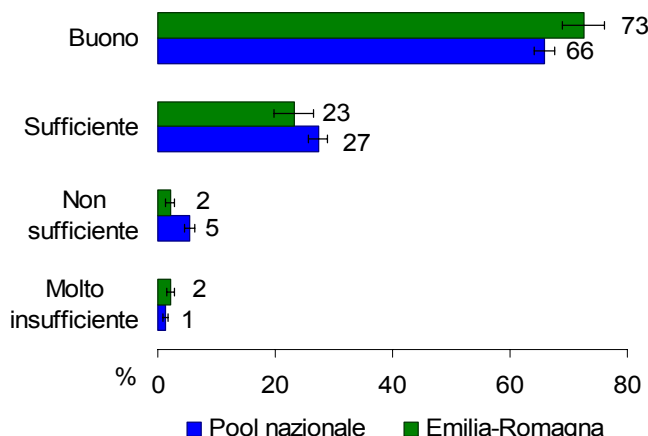
Aiuto alle persone ultra 64enni a rischio di disabilità o con disabilità. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Tra gli ultra 64enni emiliano-romagnoli a rischio o con disabilità il 73% considera buono l'aiuto che riceve e il 23% sufficiente. Il 2% invece lo giudica non sufficiente e il restante 2% molto insufficiente.

Tra coloro che hanno espresso la propria opinione l'aiuto è stato giudicato buono dal 73% delle persone a rischio di disabilità e dal 70% di quelle con

disabilità e sufficiente rispettivamente dal 22% e 26%.

La prevalenza regionale di persone che presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e che giudicano l'aiuto ricevuto come buono è statisticamente superiore a quello rilevato a livello nazionale (66%).



Giudizio dell'aiuto ricevuto dalle persone ultra 64enni a rischio di disabilità o con disabilità. PASSI d'Argento 2012-13

³ Alla domanda relativa al giudizio dell'aiuto ricevuto nelle attività in cui l'intervistato non è in grado di fare da solo non rispondono i proxy

Comportamenti e condizioni legati alla salute

Controllare le malattie croniche e correggere i disturbi neuro-sensoriali sono aspetti essenziali per limitare le implicazioni per la fragilità e favorire l'invecchiamento attivo. Accanto a ciò è fondamentale prevenire gli effetti negativi dei determinati comportamentali: adottare stili di vita sani e partecipare attivamente alla "propria presa in carico" è importante in tutti gli stadi della vita delle persone. Uno dei miti della vecchiaia consiste nel dire che si tratta di un periodo della vita in cui è troppo tardi per adottare sani stili di vita. Al contrario, praticare attività fisica, mangiare sano, non fumare, bere alcol moderatamente e ricorrere ai farmaci in maniera controllata, aiuta, anche in età anziana, a ridurre il rischio di sviluppare malattie non trasmissibili, previene il declino funzionale, aumenta la longevità e migliora la qualità della vita.

L'alimentazione e lo stato nutrizionale

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Nelle persone anziane possono manifestarsi problemi nutrizionali dovuti tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, la perdita di peso non intenzionale è un indicatore comunemente utilizzato per individuare la fragilità dell'anziano.

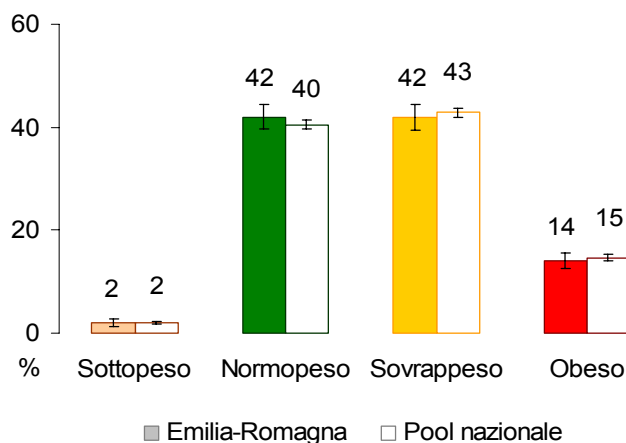
L'eccesso di peso, invece, favorisce l'insorgenza e l'aggravamento di patologie (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona.

Per valutare e confrontare le caratteristiche ponderali degli individui si utilizza l'indice di massa corporea (*Body Mass Index* o *BMI*) che si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in kg diviso il quadrato della sua statura espressa in metri. In base ai valori assunti dall'indice le persone vengono raggruppate in quattro categorie: sottopeso ($BMI < 18,5$), normopeso ($BMI 18,5-24,9$), sovrappeso ($BMI 25-29,9$), obeso ($BMI \geq 30$).

Una corretta dieta è uno dei fattori principali di prevenzione di molte patologie croniche, al contrario una dieta molto calorica, ricca di grassi e di sale, povera di frutta e verdura e che non fornisce un sufficiente apporto di fibre e di vitamine, unita a uno stile di vita sedentario, costituisce un fattore di rischio significativo per malattie cardiovascolari, diabete, svariati tipi di tumori, artrite ecc.

In Emilia-Romagna il 42% delle persone con 65 anni e oltre è normopeso e il 2% è sottopeso; il 56% presenta un eccesso ponderale, comprendendo sia il sovrappeso (42%) che l'obesità (14%). Si stima quindi che in Regione oltre 142.500 persone ultra 64enni siano obesi e circa 427.500 in sovrappeso.

La prevalenza regionale dell'eccesso ponderale appare simile a quella rilevata a livello nazionale (57%).

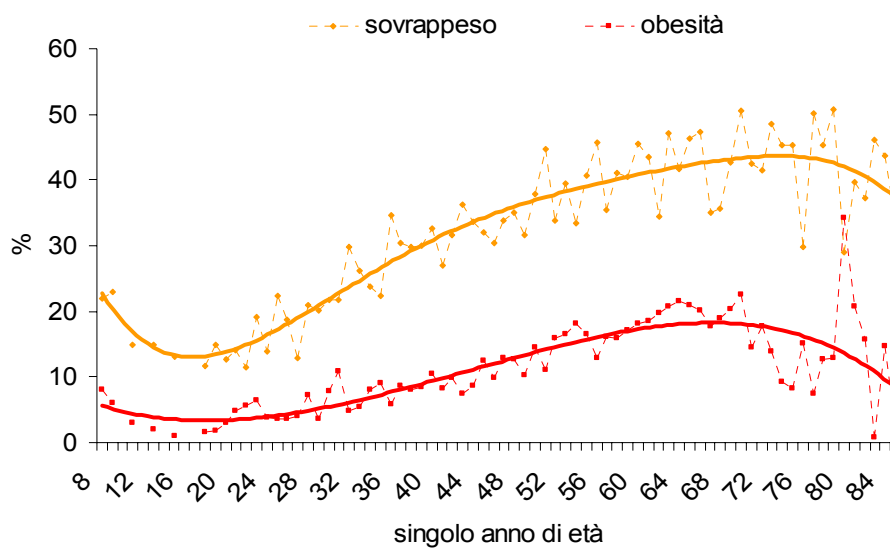


Stato nutrizionale nella popolazione ultra 64enni. PASSI d'Argento 2012-13

Osservando l'andamento della prevalenza regionale di persone in sovrappeso o con obesità per singolo anno di età, si nota come questa cresca tra i 20 e 74 anni e poi decresca rapidamente.

La letteratura indica che questo calo è associato alla perdita di massa magra e risulta essere un fattore prognostico della perdita di autonomia.

Sovrappeso e obesità nella popolazione ultra 64enne per età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianze di popolazione⁴: OKkio alla Salute (8-9 anni), HBSC (11-13-15 anni), PASSI (18-69 anni) e PASSI d'Argento (70 anni e oltre)



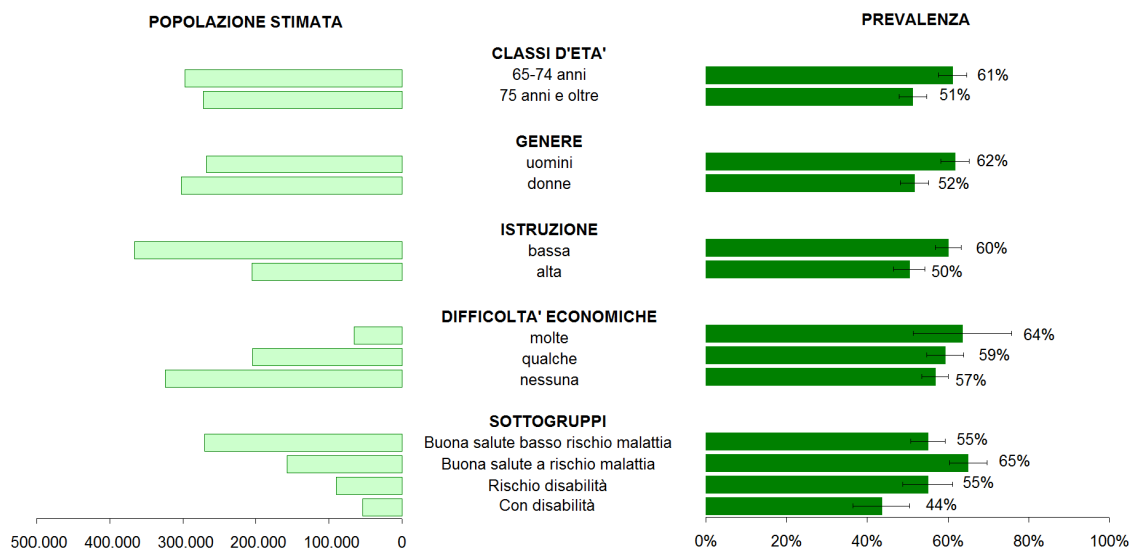
L'eccesso ponderale è più frequente negli uomini, nei 65-74enni, nelle persone con un più basso titolo di studio, senza molte difficoltà economiche e in buona salute ma a rischio di malattia. Correggendo i dati in un modello di

regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra l'eccesso ponderale e la classe d'età 65-74 anni, il genere maschile e la bassa istruzione.

⁴ Un sistema di sorveglianza è una raccolta continua di dati che ha l'obiettivo di monitorare l'andamento delle malattie o dei fattori che influenzano la salute per registrarne i cambiamenti nel tempo.

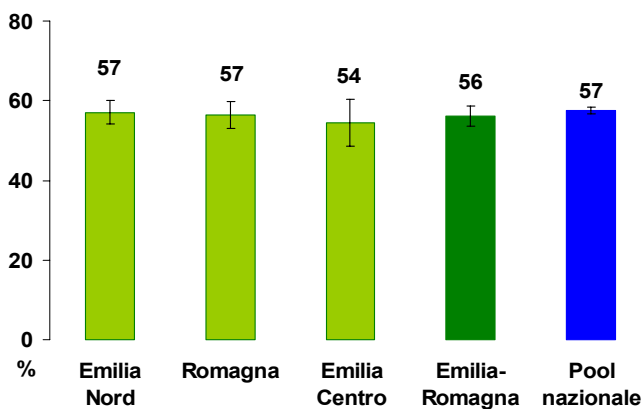
In Italia, oltre a PASSI d'Argento, sono attivi altri tre sistemi di sorveglianza di popolazione: OKkio alla salute, che indaga la prevalenza di sovrappeso ed obesità, attraverso la rilevazione diretta di peso ed altezza e di alcuni comportamenti nei bambini della classe terza della scuola primaria; HBSC (Health behaviour in school-aged children), indagine multicentrica internazionale sugli stili di vita dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, svolto ogni quattro anni in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità; PASSI, che stima nella popolazione adulta la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione

Eccesso ponderale nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

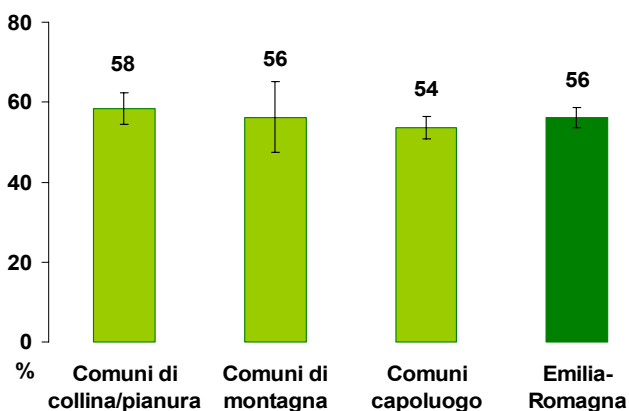


La prevalenza di persone ultra 64enni in eccesso ponderale appare abbastanza

uniforme tra le Aree Vaste regionali e le zone geografiche omogenee.



Eccesso ponderale per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Eccesso ponderale per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

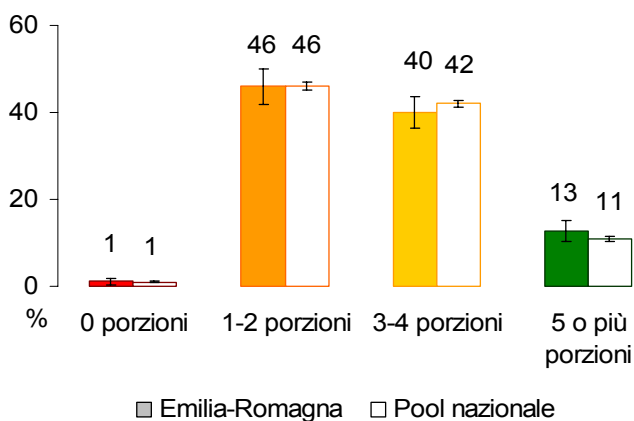
Secondo stime dell'OMS, lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% di ictus cerebrale. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata per proteggersi da queste e altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti.

Per porzione di frutta e verdura si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto

sul palmo di una mano oppure mezzo piatto di verdura cotta.

In Emilia-Romagna praticamente tutte le persone ultra 64enni (99%) mangiano frutta e verdura almeno una volta al giorno: la metà (46%) ne mangia una o due porzioni, il 40% tre o quattro e solo il 13% mangia le cinque raccomandate.

La prevalenza regionale di ultra 64enni che consumano le cinque porzioni di frutta e verdura secondo le raccomandazioni è simile a quella nazionale (11%).



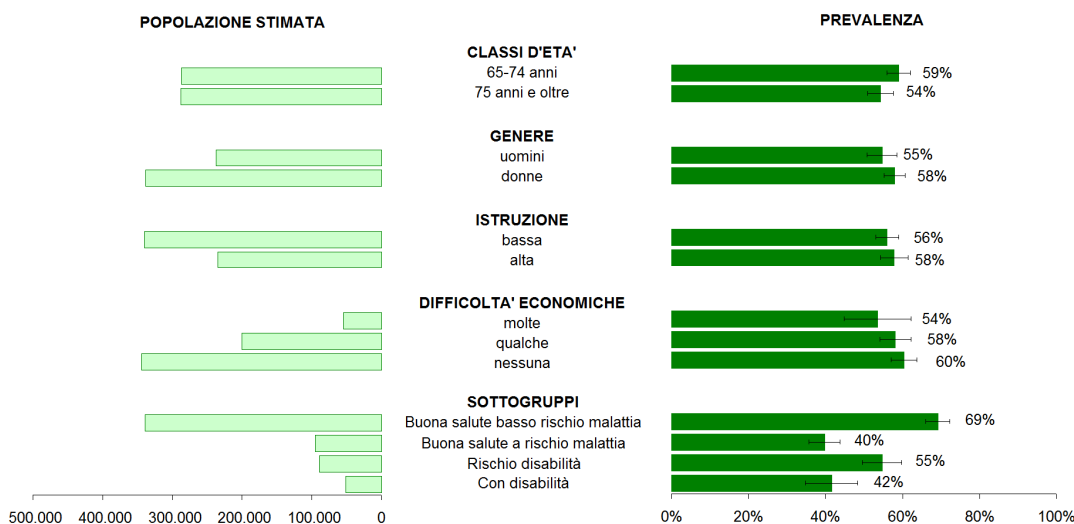
Consumo di frutta e verdura nella popolazione ultra 64enni. PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna il consumo di frutta e verdura è maggiore tra le persone con 65-74 anni, di genere femminile o con nessuna difficoltà economica.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e

difficoltà economiche, si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra l'alto consumo di frutta verdura (più di tre porzioni in una giornata) e il genere femminile e l'assenza di difficoltà economiche.

Consumo di tre o più porzioni di frutta e verdura nella popolazione ultra 64enni per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



La prevalenza di persone ultra 64enni che consumano più di tre porzioni di frutta e verdura (53%) risulta maggiore in Emilia Nord (47%), rispetto all'Emilia

Centro (42%) e alla Romagna (40%), e più alta nei Comuni di montagna (50%), rispetto a quelli di collina/pianura (44%) o capoluogo di provincia (40%).

L'attività fisica

Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza degli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra le persone ultra 64enni. Una regolare attività fisica ritarda il declino funzionale, riduce il rischio di malattie croniche e di cadute, migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico, e aiuta a restare il più a lungo possibile indipendenti; questa vale non solo per le persone ultra 64enni in buona salute, ma che per quelle con malattie croniche.

Nelle persone anziane 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 secondo le condizioni generali di salute e l'età.

Per indagare l'attività fisica PASSI d'Argento adotta il PASE (*Physical Activity Scale for the Elderly*), un sistema validato a livello internazionale che rileva il livello di attività fisica della popolazione ultra 64enne attraverso una serie di domande riferite a una settimana di vita normale.

In questo quadro l'attività fisica viene suddivisa in tre tipologie:

- le attività di svago e sportive
- le attività domestiche e sociali
- le attività lavorative.

L'attività di tempo libero include: passeggiate fuori casa, attività sportive e ricreative leggere, moderate e intense.

Per ciascuna di queste cinque attività si è chiesto di segnalare quanti minuti o ore ogni giorno sono stati spesi per ogni attività.

L'attività domestica comprende: attività di tipo leggere o più pesanti, riparazioni domestiche, il giardinaggio, la cura dell'orto e la cura di un'altra persona bisognosa di assistenza. Per questo tipo di attività è chiesto solo se l'attività viene svolta o meno.

Per quanto riguarda il lavoro o il volontariato, viene considerato attività solo quello che prevede del movimento. Si escludono quindi le attività lavorative di tipo sedentarie.

In rapporto alla frequenza settimanale e all'intensità con cui le varie attività vengono svolte, si calcola un punteggio (PASE score), ottenuto moltiplicando per un peso attività-specifico l'ammontare del tempo (ore/giorno) delle attività sportive-ricreative o lavorative oppure l'esecuzione (sì/no) delle attività domestiche o sociali; il PASE score totale è ottenuto sommando i singoli PASE score attività-specifici.

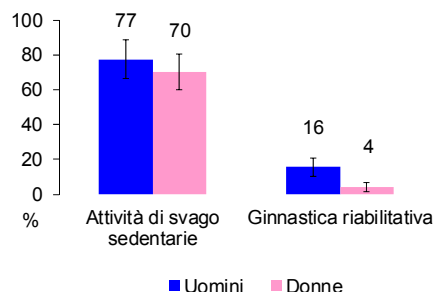
Sono stati definiti non eleggibili per l'analisi dell'attività fisica gli ultra64enni campionati con difficoltà nel deambulare in maniera autonoma⁵ e quelli che hanno avuto bisogno dell'aiuto del *proxy* per effettuare l'intervista.

Agli ultra 64enni che hanno difficoltà motorie vengono sottoposte solo due domande riguardanti alle attività più sedentarie, come leggere, guardare la TV, fare lavoretti manuali o giocare a carte, e alla ginnastica riabilitativa.

⁵ Persone ultra 64enni che riescono a spostarsi da una stanza all'altra solamente se aiutati o non riescono proprio a farlo (una delle 6 attività funzionali della vita quotidiana - ADL)

Tra gli ultra 64enni con problemi di deambulazione il 72% ha fatto nell'ultima settimana attività di svago sedentarie, come leggere, guardare la TV, fare

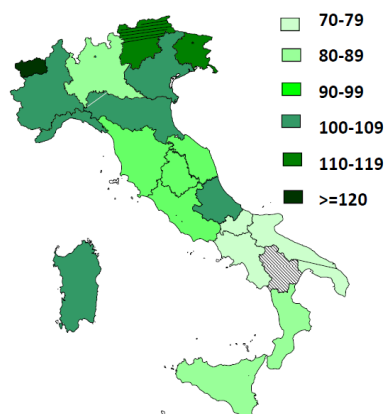
lavoretti manuali o giocare a carte. Il 7% ha praticato, invece, ginnastica riabilitativa, percentuale maggiore tra gli uomini.



Attività nella popolazione ultra 64enne con difficoltà motorie per genere. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012

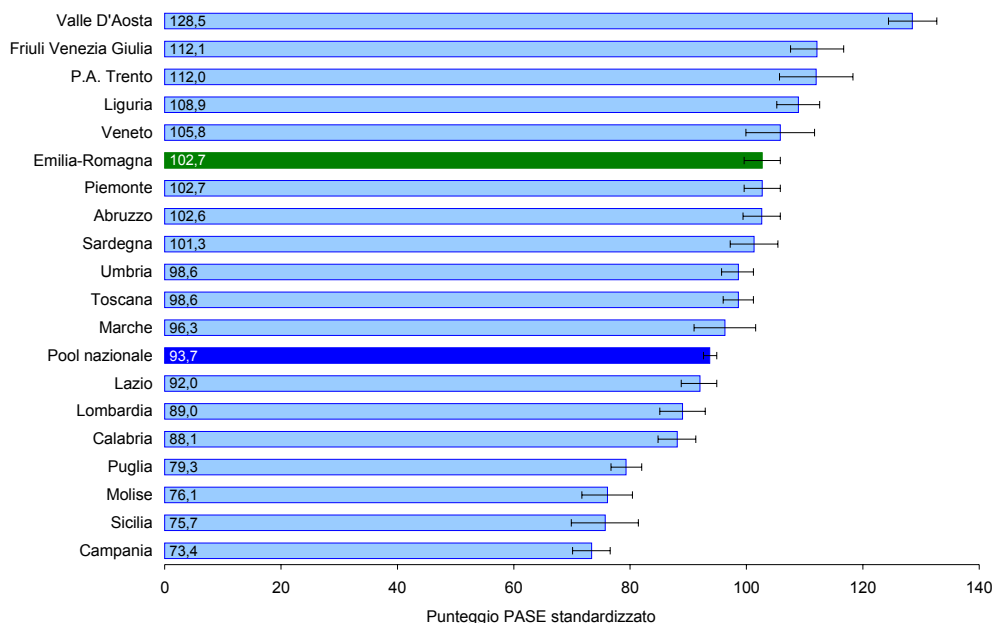
Di seguito sono riportate cartina e diagramma a barre con i valori medi del PASE score per le Regioni partecipanti alla sorveglianza PASSI d'Argento; tali

valori sono stati standardizzati per genere e classi d'età (65-74 anni e 75 anni e oltre) per permettere il confronto tra realtà differenti.



Valore standardizzato del PASE score per Regione, PASSI d'Argento 2012

Valore standardizzato del PASE score per Regione con intervallo di confidenza al 95%. PASSI d'Argento 2012



Non essendoci degli standard universalmente accettati per valutare l'attività fisica misurata con il punteggio PASE e tenendo conto che la popolazione ultra 64enne è molto eterogenea per sesso ed età, oltre che per condizioni di salute, in PASSI d'Argento, si è deciso di suddividere gli ultra 64enni considerati eleggibili in sei strati sesso-età specifici (uomini e donne di 65-74 anni, 75-84 anni, 85 anni e oltre).

All'interno di ogni strato sono stati calcolati i valori percentili della curva di distribuzione del PASE score totale sui dati nazionali e, in mancanza di *cutoff* validi universalmente, è stata valutata la percentuale di persone con un punteggio al di sotto di alcuni valori percentili

selezionati (50°, 40°, 25°, 10° del pool nazionale).

In questo modo non abbiamo una definizione assoluta ma un confronto rispetto ai coetanei e ai congeneri; questo metodo, dunque, risulta essere più "severo" con i più giovani e gli uomini, che sono le persone con punteggi tendenzialmente più elevati.

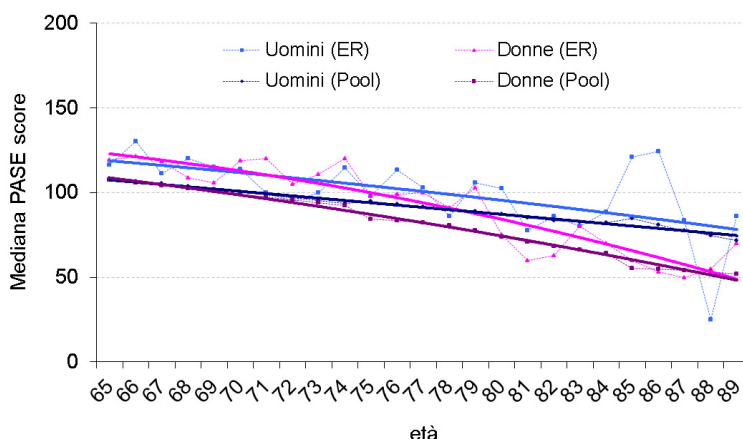
Nella tabella sotto riportata viene mostrata la percentuale di persone con 65 anni e oltre, eleggibili alle analisi sull'attività fisica, che hanno un punteggio PASE al di sotto di del 50°, 40°, 25° e 10° percentile del pool nazionale specifici dei sei strati considerati.

Percentuale di persone ultra 64enni che hanno un punteggio PASE al di sotto di alcuni valori percentili selezionati. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

	Numero di persone eleggibili alle analisi sull'attività fisica (%)	% di persone con PASE score al di sotto del:			
		50° percentile (mediana)	40° percentile	25° percentile	10° percentile
Uomini					
65-74 anni	437 (93%)	44	36	23	10
75-84 anni	255 (81%)	46	34	20	9
85 anni e più	42 (39%)	53	49	30	6
Donne					
65-74 anni	514 (95%)	36	26	15	5
75-84 anni	349 (80%)	44	32	14	1
85 anni e più	103 (46%)	44	30	7	7
Totale	1700 (81%)	42	32	17	6

In Emilia-Romagna il PASE score mostra valori più alti negli uomini dopo i 75 anni circa. In entrambi i generi il

valore emiliano-romagnolo è superiore a quello nazionale fino a 80 anni circa.



Distribuzione della mediana (50° percentile) del PASE score nella popolazione ultra 64enne per età nei due generi. PASSI d'Argento 2012-13

In questo lavoro si considerano non attive le persone ultra 64enni che ottengono un PASE score al di sotto del 40° percentile sesso-età specifico⁶.

Secondo questa definizione, in Emilia-Romagna il 32% delle persone ultra 64enni eleggibili al calcolo del PASE⁷ risulta fisicamente non attivo; percentuale che risulta inferiore a quella registrata a livello nazionale (39%).

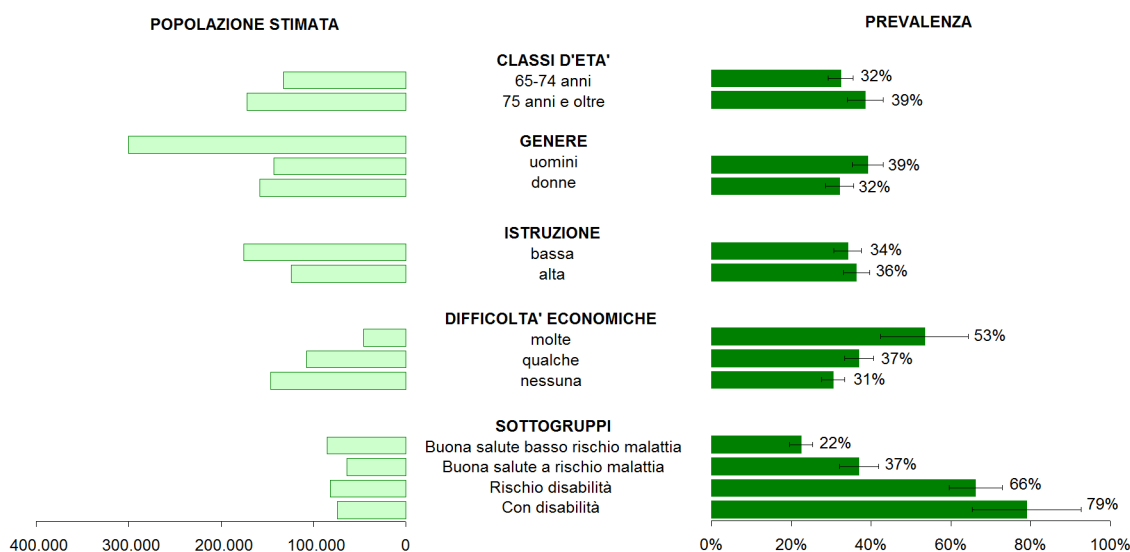
Considerando anche la popolazione non eleggibile al calcolo del PASE score risulta non attivo il 35% della popolazione con 65 anni e oltre, pari a circa 300 mila persone in Regione, percentuale che è significativamente inferiore rispetto a quella registrata a livello nazionale (44%).

Nella popolazione ultra 64enne la prevalenza di non attivi è più diffusa

negli uomini, nelle persone con 75 anni e oltre e con molte difficoltà economiche e aumenta al peggiorarsi delle condizioni di salute: si passa dal 22% tra chi è in buone condizioni e a basso rischio di malattia al 66% tra chi è a rischio di disabilità e al 79% tra chi ha disabilità. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra la prevalenza di inattivi fisicamente e la classe d'età 75 anni e oltre, il genere maschile e le molte difficoltà economiche.

La percentuale di persone ultra 64enni non attive fisicamente risulta, inoltre, maggiore tra quelle a rischio di isolamento sociale (46% rispetto al 34% di chi non lo è).

Inattivi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

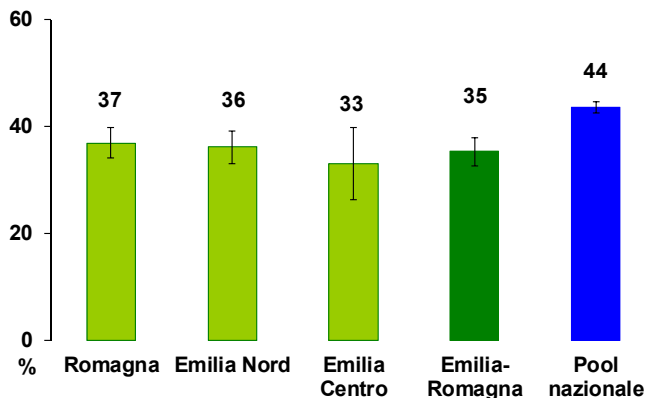


⁶ Si considerano i percentili pesati sesso-età specifici ottenuti a livello nazionale; per maggiori informazioni: www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita.asp

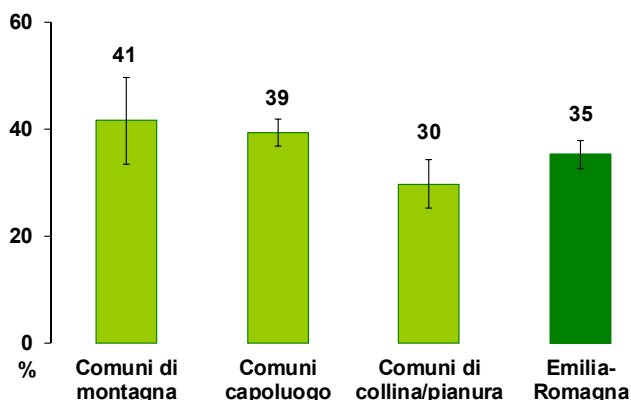
⁷ Dal calcolo dello score si escludono infatti le interviste in cui è subentrato il proxy dopo il test della memoria e quelle con valori outlier o con molti missing nel PASE

La prevalenza regionale di ultra 64enni non fisicamente attivi non mostra particolari differenze tra le Aree Vaste

regionali e risulta inferiore rispetto tra le persone ultra 64enni che risiedono nei Comuni di collina/pianura.



Inattivi nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



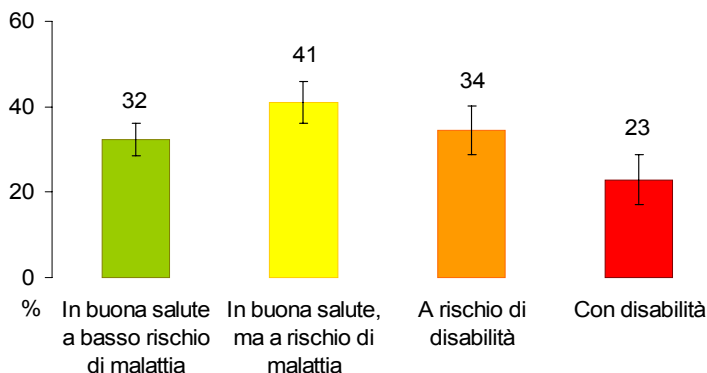
Inattivi nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Gli operatori sanitari mostrano un interesse insufficiente rispetto alla pratica dell'attività fisica da parte dei loro assistiti ultra 64enni, analogamente peraltro, a quanto avviene anche per la popolazione adulta.

nell'ultimo anno, da parte di un medico, di fare attività fisica.

A una persona su tre con 65 anni e oltre (34%) è stato, infatti, consigliato

Il consiglio è stato dato in modo particolare alle persone ultra 64enni in buona salute ma a più alto rischio di malattia e a quelle a rischio di disabilità.



Consiglio sanitario di praticare attività fisica. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

L'abitudine al fumo

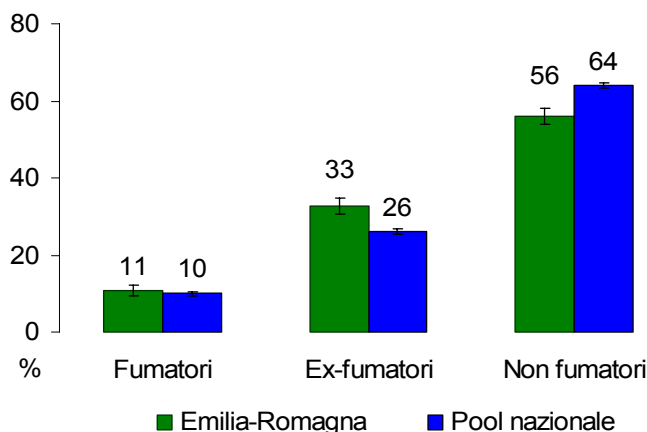
Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta, inoltre, il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui è attribuito circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY - *Disability-Adjusted Life Year*).

Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il fumo ha anche effetti negativi su fattori che possono condizionare la perdita delle capacità funzionali, ad esempio accelera la

perdita di densità ossea e il declino della forza muscolare e delle funzioni respiratorie.

Gli effetti del fumo di tabacco sono cumulativi e di lunga durata, il rischio di sviluppare una delle malattie associate al fumo aumenta con l'aumentare della durata e della quantità di tabacco fumato. È per questo che smettere di fumare non è mai troppo tardi, poiché a qualsiasi età gli effetti positivi associati sono numerosi.

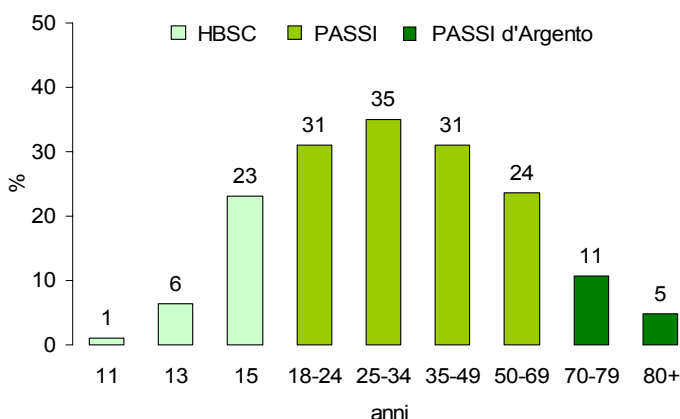
In Emilia-Romagna tra la popolazione con 65 anni e oltre i fumatori sono l'11%, corrispondente a oltre 110 mila persone. Gli ex fumatori sono il 33% e il restante 56% sono persone che nel corso della loro vita non hanno mai fumato sigarette. A livello regionale la prevalenza di fumatori ultra 64enni è simile a quella nazionale; significativamente minore è, però, la quota di non fumatori.



Abitudine al fumo di sigaretta nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

Osservando la distribuzione per età dell'abitudine al fumo di sigaretta si nota

come la prevalenza di fumatori cresce fin verso i 35 anni e poi decresca.



Prevalenza di fumatori di sigaretta per età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianza di popolazione: HBSC (2009-10), PASSI (2010-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

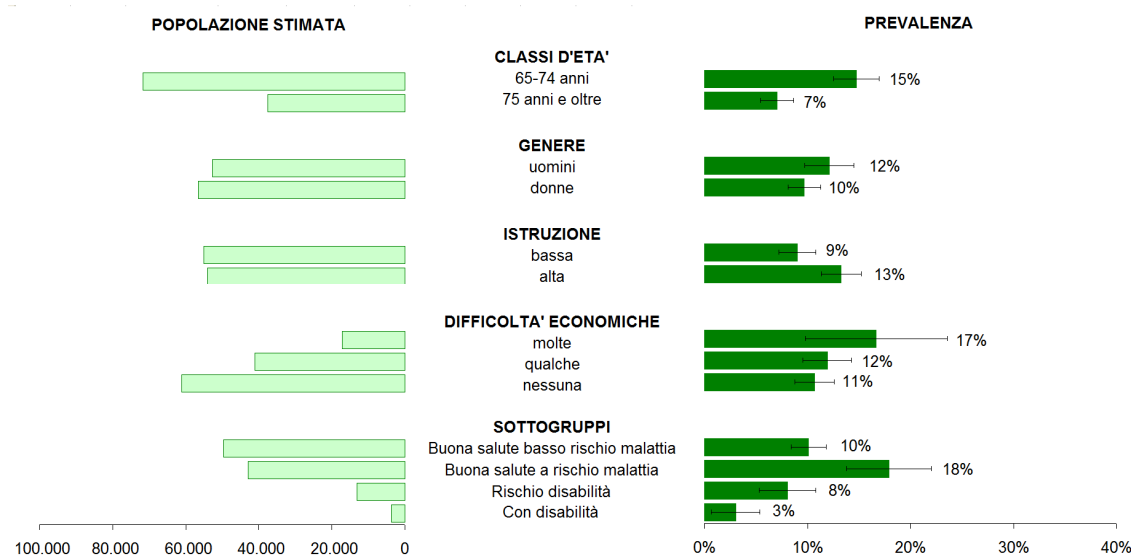
La prevalenza di fumatori è più alta tra le persone con 65-74 anni, alta istruzione e molte difficoltà economiche.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra il fumo di sigaretta e la classe

65-74 anni, l'alta istruzione e la presenza di molte difficoltà economiche.

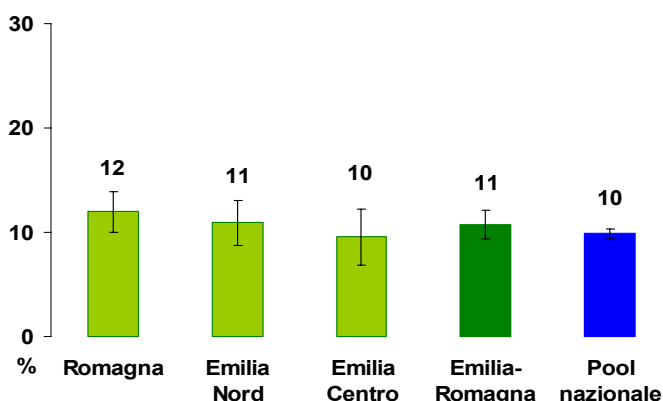
La percentuale di fumatori ultra 64enni risulta, inoltre, maggiore tra le persone separate/divorziate (37%) rispetto a quelle coniugate o celibi/nubili (10%) o vedove (9%).

Fumo di sigaretta nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

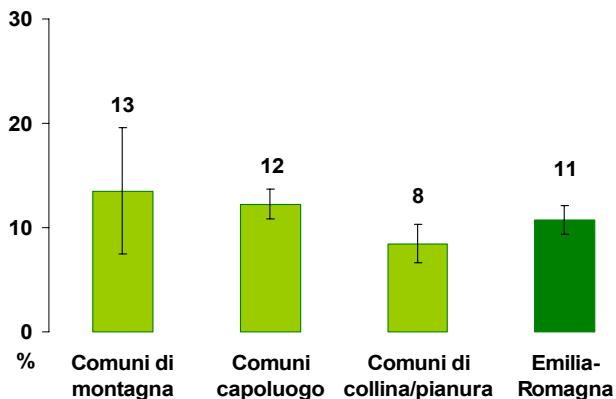


La prevalenza di fumatori è abbastanza omogeneo tra le Aree Vaste regionali e

più bassa nei Comuni di collina/pianura.



Fumo di sigaretta nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

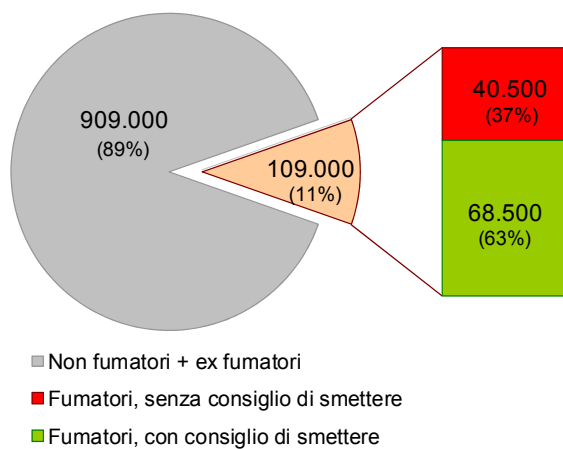


Fumo di sigaretta nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

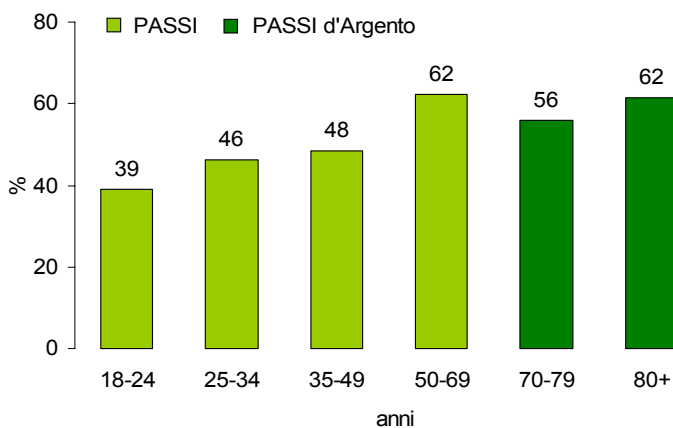
A circa due terzi dei fumatori ultra 64enni (63%) un medico o operatore sanitario ha dato il consiglio, nell'ultimo anno, di smettere di fumare.

La prevalenza regionale delle persone ultra 64enni che ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare è inferiore rispetto a quella nazionale (72%).

In Emilia-Romagna il consiglio sanitario di smettere di fumare è stato riferito in percentuale maggiore dagli uomini (76%) rispetto alle donne (52%) e dai 65-74enni (67%) rispetto agli ultra 74enni (53%).



Consiglio sanitario di smettere di fumare nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Consiglio sanitario di smettere di fumare nella popolazione ultra 64enne per età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianza di popolazione: PASSI (2010-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

Il consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione con 65 anni e più è a elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa, la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene diluito in una quantità minore di liquido. Questo significa che, a parità di alcol ingerito, all'aumentare dell'età il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti più marcati. A ciò si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato e i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Va, inoltre, considerato 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. L'alcol, infine, interferisce con l'uso dei farmaci che le persone anziane, molto spesso, assumono quotidianamente. Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può

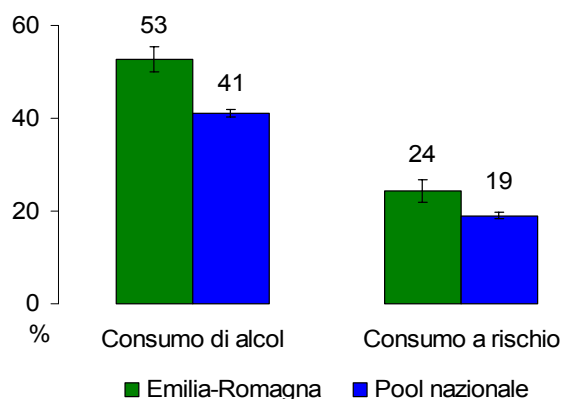
causare problemi di salute. Le linee guida dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari a una unità alcolica, senza distinzioni tra uomini e donne.



In Emilia-Romagna circa la metà (53%) della popolazione ultra 64enne consuma alcol, anche se ogni tanto, pari a circa 535 mila persone in Regione.

Il 24%, invece, è un consumatore potenzialmente a rischio per la salute, in quanto consuma più di una unità alcolica al giorno. Quindi in Regione poco meno di 25 mila persone ha un comportamento definibile a rischio per la loro salute.

Il consumo regionale è a livelli più alti rispetto a quelli nazionali.

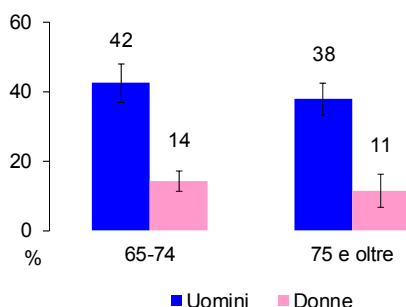


Consumo di alcol nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

Le caratteristiche che delineano il consumo di alcol a rischio nella popolazione ultra 64enne sono simili a quelle che si riscontrano anche nella popolazione adulta (18-69 anni – dati PASSI): a consumare alcol in modo potenzialmente a rischio per la salute sono soprattutto gli uomini (differenza che si mantiene stratificando per classe d'età) e le persone con un alto livello di istruzione.

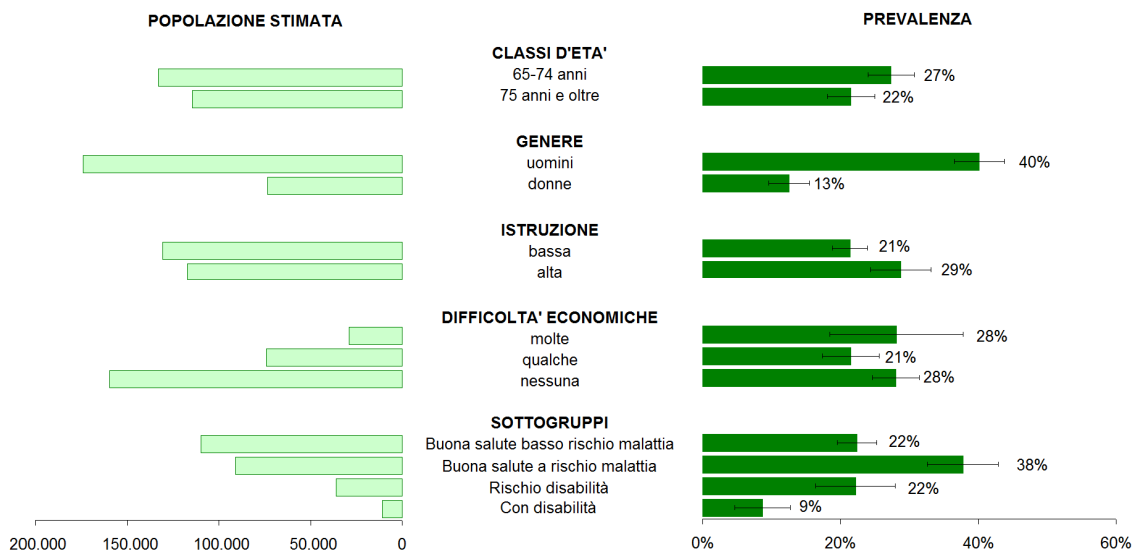
La prevalenza di consumatori di alcol a rischio è maggiore tra le persone ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e inferiore tra quelle con disabilità.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma solo l'associazione tra il consumo di alcol a rischio e il genere.



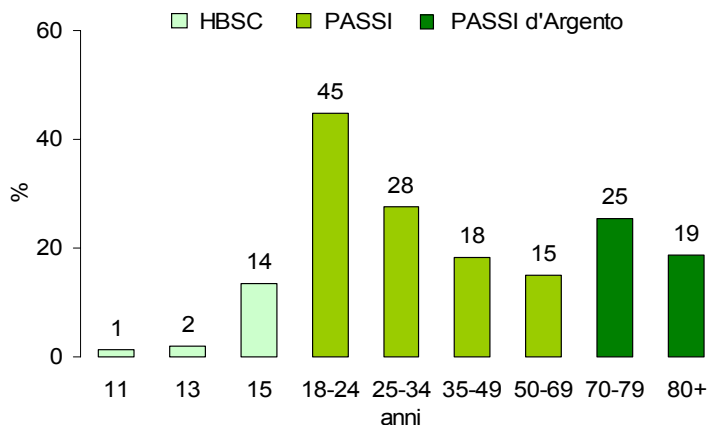
Consumo di alcol a rischio nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Consumo di alcol a rischio nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



La prevalenza di ultra 64enni consumatori di alcol potenzialmente a rischio è, inoltre, più elevata tra le persone non a rischio di isolamento (26%) rispetto a chi lo è (17%) e tra quelle divorziate o separate (38%) rispetto alle coniugate (28%), celibi/nubili (31%) e vedove (15%).

Osservando la distribuzione per età del consumo definibile a rischio si nota come la prevalenza di consumatori di alcol potenzialmente a rischio per la salute sia un comportamento già diffuso tra i giovanissimi e ampiamente frequente tra i 18-24 anni.

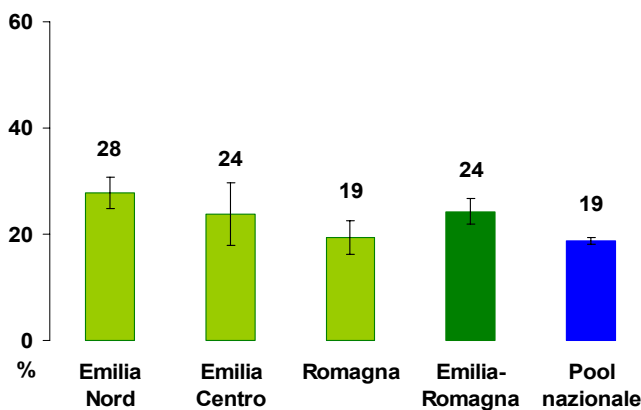


Consumo di alcol a rischio⁸ per età.

Emilia-Romagna, dati delle sorveglianza di popolazione: HBSC (2009-10), PASSI (2010-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

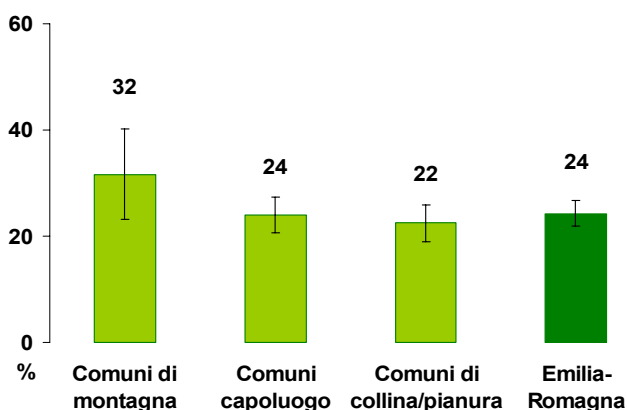
La prevalenza di consumatori di alcol a rischio nella popolazione ultra 64enne

risulta maggiore nell'Area Vasta Emilia Nord e nei Comuni di montagna.



Consumo di alcol a rischio nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Consumo di alcol a rischio nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee.

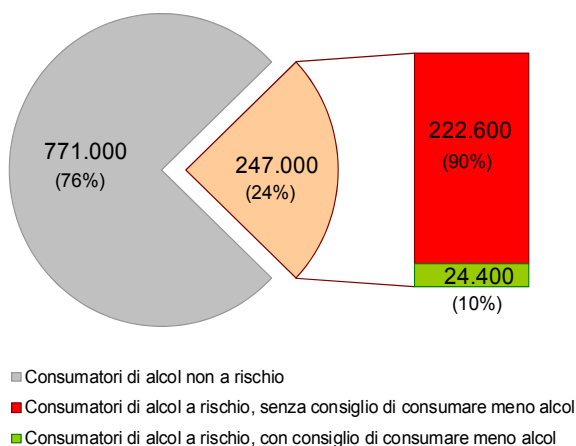
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

⁸ La definizione di consumo di alcol a rischio è notevolmente diversa tra le tre sorveglianze:

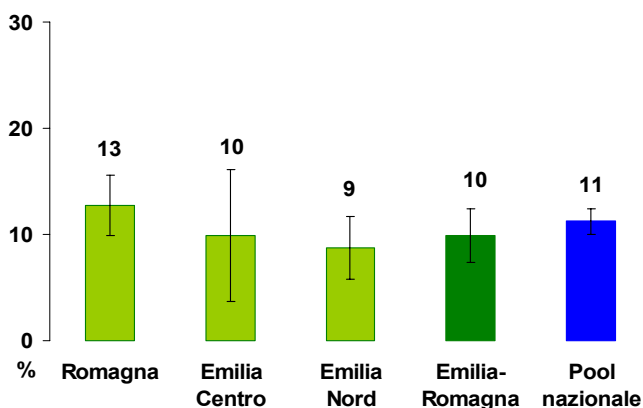
- in HBSC i ragazzi che hanno dichiarato di essersi ubriacati due volte o più nella vita;
- in PASSI le persone che sono risultate essere forti consumatori abituali di alcol (uomini che consumano più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, oppure donne che consumano più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni) e/o consumatori di alcol fuori pasto (persone che consumano alcol prevalentemente o solo fuori dai pasti) e/o consumatori binge (uomini che consumano 5 o più in un'unica occasione o donne che ne consumano 4 o più in un'unica occasione);
- in PASSI d'Argento le persone ultra 64enni che consumano più di 1 unità alcolica al giorno.

Solamente il 10% dei consumatori a rischio ha ricevuto nell'ultimo anno il consiglio di consumare meno alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario.

Anche a livello nazionale l'attenzione dei sanitari al consumo di alcol è risultata bassa (11%).



Consiglio sanitario di consumare meno alcol ai consumatori a rischio nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Consiglio sanitario di consumare meno alcol ai consumatori a rischio nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

I fattori fisici e sensoriali: vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone, possono limitare gravemente l'autonomia funzionale e l'integrazione sociale, peggiorando notevolmente la qualità di vita e inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione, in particolare per gli anziani. I problemi di vista rappresentano, inoltre, un importante fattore di rischio per le cadute. La salute orale costituisce un aspetto importante per la salute complessiva della persona in ogni fase della vita, con il progredire dell'età le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale di peso, con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità.

I problemi di vista

L'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata a aumentare con l'invecchiamento della popolazione (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane e 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 patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia.

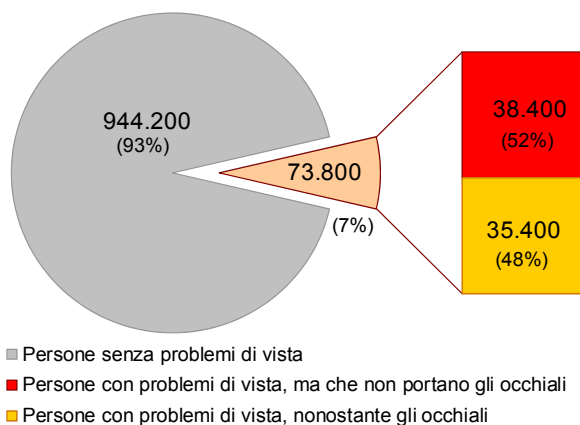
In Emilia-Romagna la maggioranza degli ultra 64enni (75%) porta gli occhiali per leggere e fare piccoli lavori, il 18% vede bene anche senza, mentre il 7% ha problemi di vista, pari a poco meno di 74 mila persone in Regione.

A livello nazionale si registra una prevalenza maggiore di persone ultra 64enni con problemi di vista (13%).

In Emilia-Romagna tra le persone ultra 64enni con problemi di vista la metà circa (52%) non porta gli occhiali.

Il 19% è caduto negli ultimi 30 giorni, percentuale significativamente maggiore rispetto a coloro che non hanno questo tipo di problema percettivo (9%).

Inoltre, tra gli ultra 64enni a rischio di isolamento sociale la prevalenza di persone con questo tipo di problema sensoriale risulta pari al 17%, valore che scende al 5% tra chi non lo è.

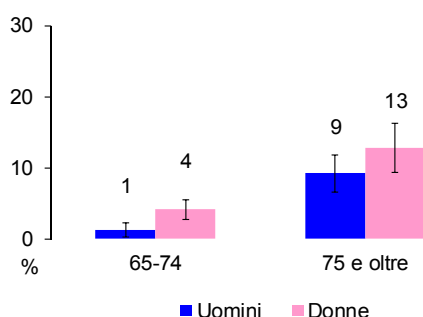


Problemi di vista e uso degli occhiali nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

I problemi di vista aumentano con l'età, sono maggiormente diffusi tra le donne, in entrambe le classi d'età, tra le persone con bassi livelli d'istruzione e tra quelle con difficoltà economiche. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente signifi-

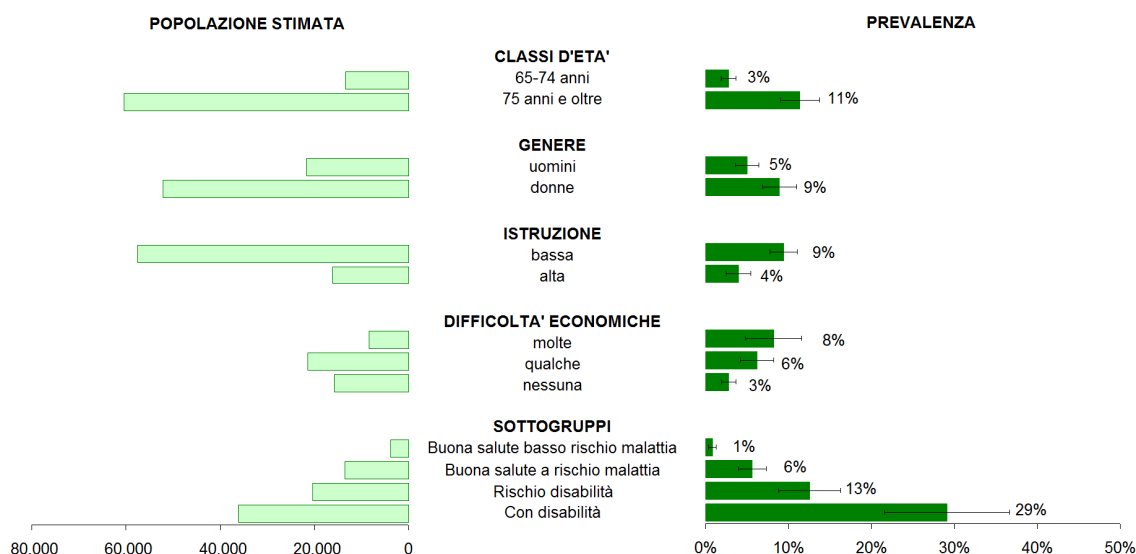
cativa tra la prevalenza di problemi di vista e la classe d'età più avanzata, il genere femminile e la presenza di difficoltà economiche.

La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone a rischio o con segni di disabilità.



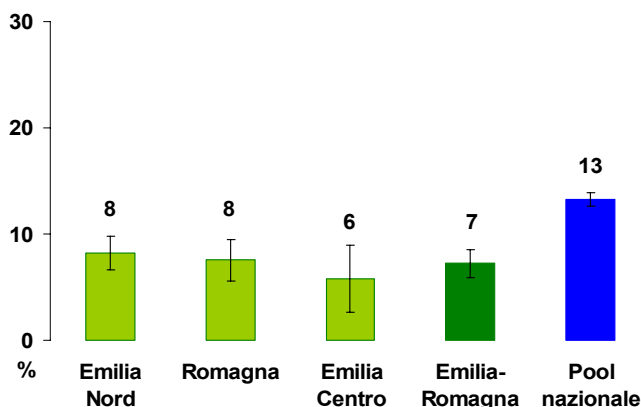
Problemi di vista nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Problemi di vista nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

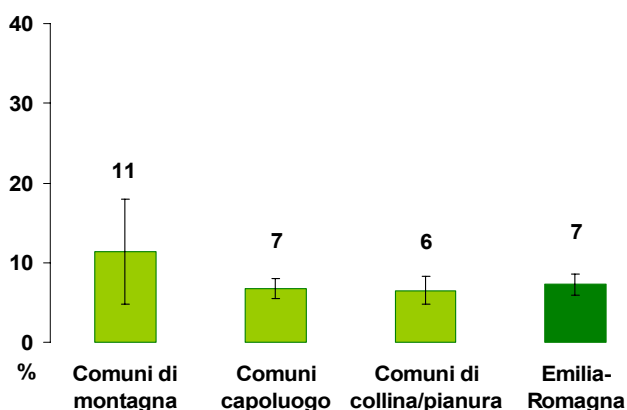


La prevalenza di persone ultra 64enni con problemi di vista appare abbastanza omogenea tra le Aree Vaste regionali e risulta più diffusa, anche se in modo non

statisticamente significativo, nei Comuni di montagna rispetto a quelli di collina/pianura e a quelli capoluogo di provincia.



Problemi di vista nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Problemi di vista nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

I problemi di udito

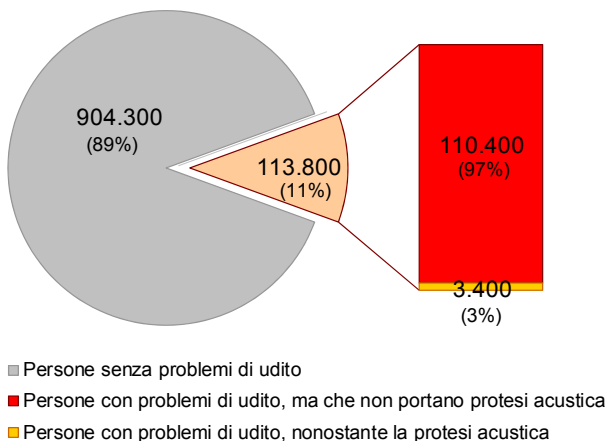
La riduzione della capacità uditiva (presbiacusia) è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale le persone spesso non sono consapevoli. È la più frequente causa di sordità permanente e una delle più comuni malattie invalidanti dell'anziano. Si stima, infatti, che siano affetti da presbiacusia un terzo delle persone di 65–74 anni e la metà degli ultra 74enni. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie alla presenza di una ridotta funzionalità renale, frequente nelle persone più anziane. La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà a comunicare con gli altri si ripercuotono negativamente sulla vita fisica, emotiva e sociale della persona, che presenta con maggior frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e un minore coinvolgimento nelle attività sociali. La

presbiacusia si associa anche a un aumentato rischio di cadute, con la possibile conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità nell'anziano. La diagnosi della presbiacusia, semplice e poco dispendiosa, e il suo trattamento rappresentano un'importante priorità di salute pubblica.

In Emilia-Romagna l'84% delle persone con 65 anni e più sente bene, il 5% necessita dell'apparecchio acustico e l'11% ha problemi di udito. Ciò significa che circa 114 mila ultra 64enni in Regione ha problemi anche solamente per chiacchierare con qualcuno.

La prevalenza regionale di persone ultra 64enni con problemi di udito è significativamente minore di quella registrata a livello nazionale (17%).

In Emilia-Romagna la maggior parte delle persone ultra 64enni con problemi di udito (97%) non porta una protesi acustica.



Problemi di udito e uso della protesi acustica nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

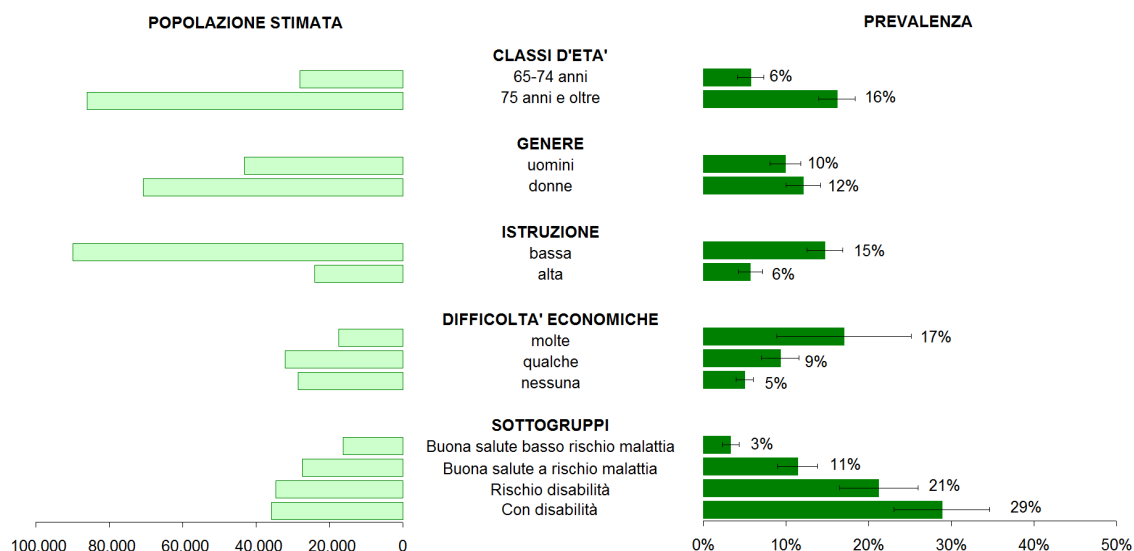
La prevalenza di problemi di udito cresce con l'avanzare dell'età ed è più diffusa tra le persone ultra 64enni con bassa istruzione e con difficoltà economiche.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra la prevalenza di problemi di

udito e la classe d'età più avanzata, il basso livello d'istruzione e la presenza di molte difficoltà economiche.

La prevalenza di ultra 64enni con problemi di udito inoltre cresce con il peggiorarsi delle condizioni di salute: una persona su cinque a rischio di disabilità e circa una su tre con segni di disabilità presenta questo tipo di problema sensoriale.

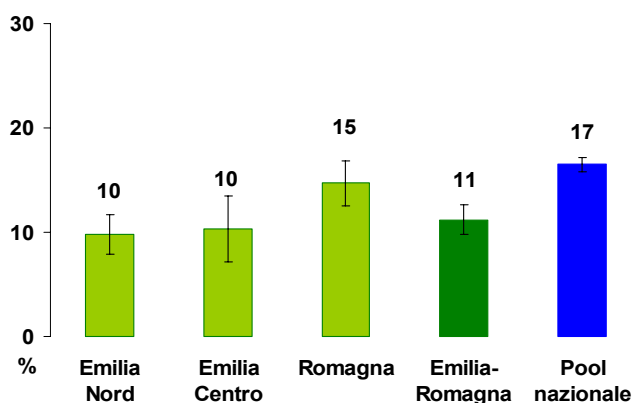
Problemi di udito nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



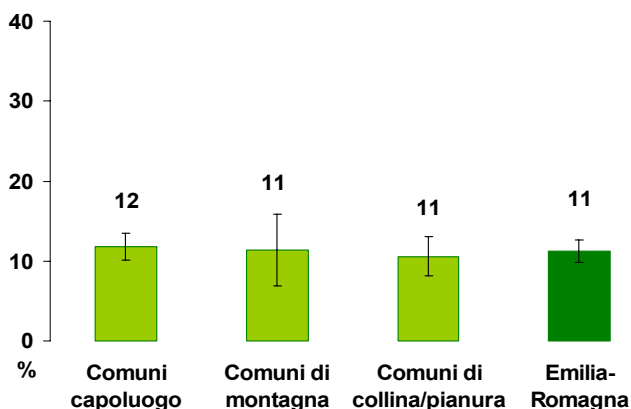
Il non sentire bene e i conseguenti problemi di comunicazione possono aumentare il rischio di isolamento sociale dell'anziano; un quarto (25%) delle persone ultra 64enni in una condizione di isolamento sociale hanno problemi uditivi, quota statisticamente

inferiore rispetto a quella registrata tra chi invece non lo è (8%).

La prevalenza di problemi di udito risulta maggiormente diffusa in Romagna ed è uniformemente distribuita tra le zone geografiche omogenee della Regione.



Problemi di udito nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali, in Emilia-Romagna. PASSI d'Argento 2012-13



Problemi di udito nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

I problemi di masticazione

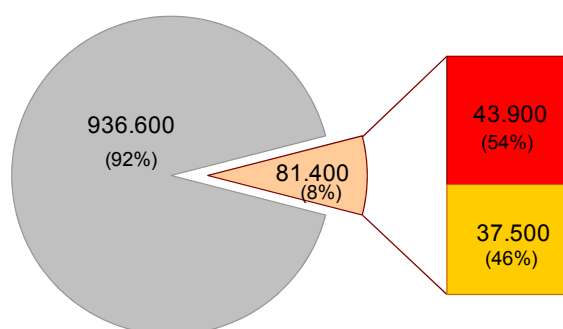
Secondo l'OMS i problemi di salute orale sono, nei paesi a sviluppo avanzato, il quarto disturbo più costoso. Le persone più anziane molto spesso non ricevono adeguati trattamenti per mancanza di consapevolezza, difficoltà di accesso ai servizi, ma anche per l'idea sbagliata che gli anziani non possano giovare di misure preventive e di interventi di educazione alla salute orale. I problemi di salute orale non sono solo legati alla cattiva masticazione e alla perdita dei denti, includono anche problematiche quali la xerostomia, nota anche come secchezza delle fauci, molto spesso collegata all'assunzione prolungata di farmaci o a patologie tumorali del cavo orale, riconducibili all'abitudine al fumo e al consumo eccessivo di alcol. Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti, più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e perdita di peso. Inoltre, la mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa, può

determinare forme di disagio psicologico con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima. Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale ed è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di programmi di promozione della salute orale che devono intervenire già sui bambini per continuare lungo tutto il corso della vita delle persone.

In Emilia-Romagna la metà della popolazione ultra 64enne riesce a mangiare cibi difficili da masticare, come la carne o le mele, il 42% ne è in grado solo usando la dentiera e l'8%, invece, ha problemi di masticazione tali da impedire l'assunzione di alcuni alimenti, pari a una stima di oltre 82 mila persone in Regione.

La prevalenza regionale di ultra 64enni con difficoltà di masticazione risulta statisticamente minore rispetto a quella registrata a livello nazionale (15%).

Oltre la metà delle persone ultra 64enni con problemi di masticazione (54%) non porta una protesi dentaria.



- Persone senza problemi di masticazione
- Persone con problemi di masticazione, ma che non usano protesi dentaria
- Persone con problemi di masticazione, nonostante la protesi dentaria

Problemi di masticazione e uso della protesi dentaria nella popolazione ultra 64enne.

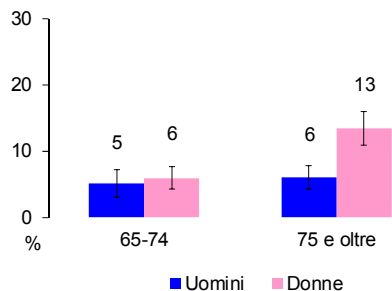
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza di ultra 64enni con difficoltà nel masticare alcuni tipi di cibi cresce con l'età ed è maggiore tra le donne e le persone con bassa istruzione e con molte difficoltà economiche.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente signifi-

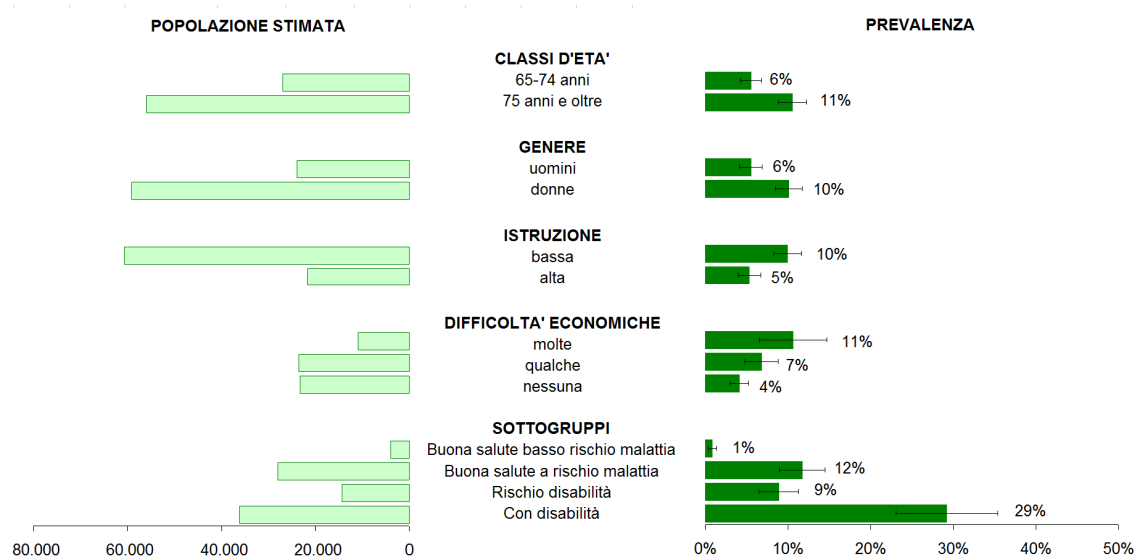
cativa tra la prevalenza di problemi di masticazione e il basso livello d'istruzione e la presenza di molte difficoltà economiche.

La prevalenza di ultra 64enni con difficoltà di masticazione è più alta tra le persone con segni di disabilità, tra cui quasi una su tre presenta questo tipo di problema.



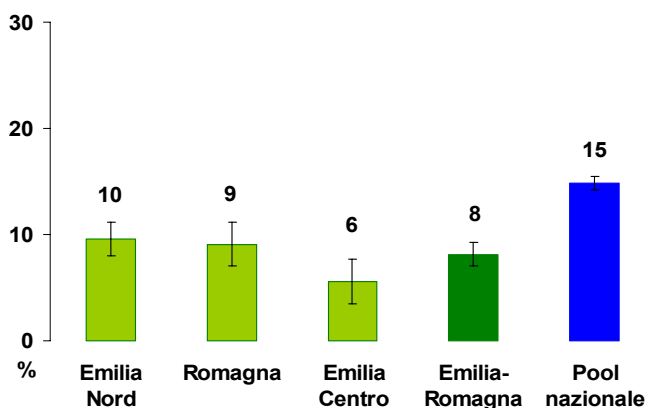
Problemi di masticazione nella popolazione ultra 64enne in per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Problemi di masticazione nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

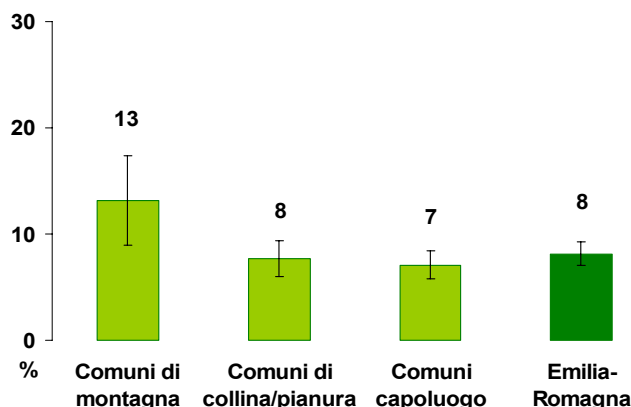


Tra gli ultra 64enni con problemi di masticazione, rispetto a chi non ne presenta, è maggiore la prevalenza di persone che hanno perso peso nell'ultimo anno (rispettivamente 33% e

26%) e di persone sottopeso (rispettivamente 7% e 2%). I problemi di masticazione risultano più diffusi in Emilia Nord e Romagna e nei Comuni di montagna.



Problemi di masticazione nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

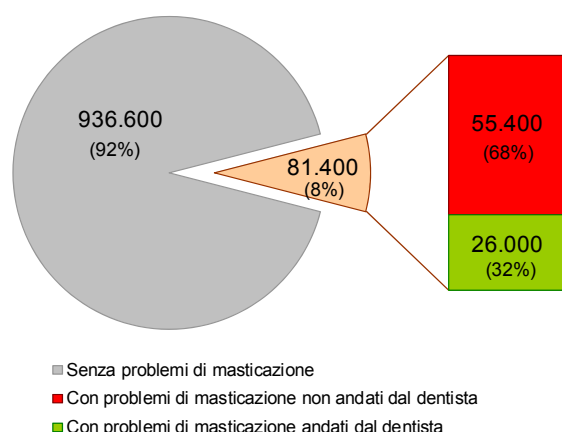


Problemi di masticazione nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Solo il 32% delle persone ultra 64enni con problemi di masticazione è stato dal dentista nel corso dell'ultimo anno. La maggior parte degli ultra 64enni con problemi di masticazione non va dal dentista perché pensa di non averne

bisogno (72%) o perché non lo ritiene opportuno (11%).

Si associano molto meno nella scelta il costo della visita (9%) e le difficoltà negli spostamenti (8%).



Problemi di masticazione e ricorso al dentista nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Le cadute

L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit della memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e per le conseguenze di ordine traumatico, ma anche per le ripercussioni sul benessere psicologico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali con progressivo isolamento sociale.

I rischi ambientali, in particolare quelli legati all'ambiente domestico come pavimenti e scalini sdruciolevoli, scarsa

illuminazione, presenza di tappeti, sono tra i principali responsabili delle cadute. Altre cause possono essere patologie predisponenti, come alcune patologie neurologiche, debolezza muscolare, disturbi dell'andatura e dell'equilibrio, ma anche l'assunzione di certe categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi e gli ipnotici/sedativi.

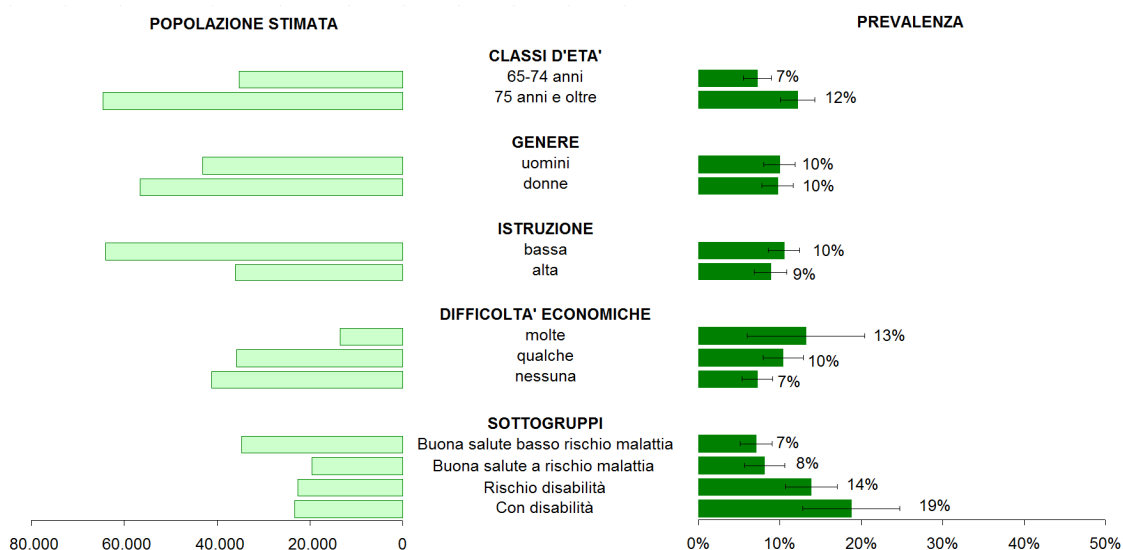
Le cadute nell'ultimo mese

In Emilia-Romagna il 10% della popolazione ultra 64enne è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista, pari a una stima di circa 100 mila persone in Regione. Questa prevalenza regionale è simile a quella registrata a livello nazionale (11%).

La prevalenza di persone con 65 anni e oltre che sono cadute nell'ultimo mese è significativamente più alta tra chi è a rischio o ha segni di disabilità. Sono, inoltre, maggiormente a rischio di caduta gli ultra 74enni e chi riferisce molte difficoltà economiche.

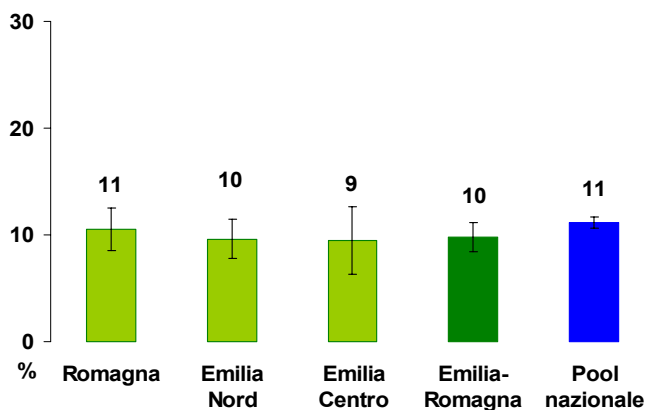
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra la prevalenza di cadute e la classe d'età più avanzata e la presenza di molte difficoltà economiche.

Cadute negli ultimi 30 giorni nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

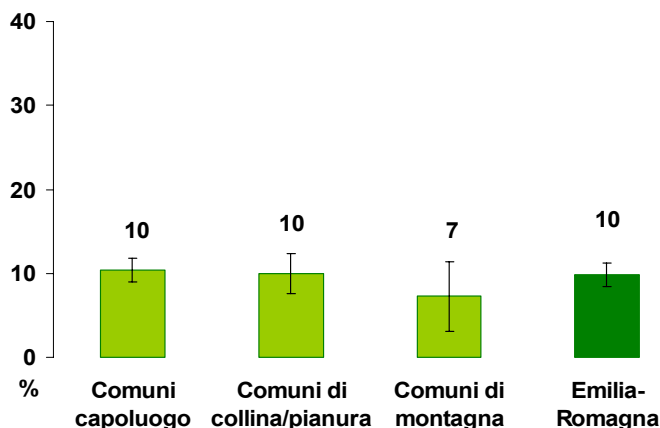


La prevalenza di persone ultra 64enni che sono cadute nell'ultimo mese è, inoltre, più elevata tra chi è a rischio di isolamento sociale (13%) rispetto a chi non lo è (9%) e tra chi soffre di tre o più patologie croniche (18% rispetto al 9%

di chi ne ha 1-2 e all'8% di chi non ne ha nessuna). La prevalenza di cadute risulta omogenea tra le Aree Vaste regionali e di poco minore nei Comuni di montagna.



Cadute negli ultimi 30 giorni nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

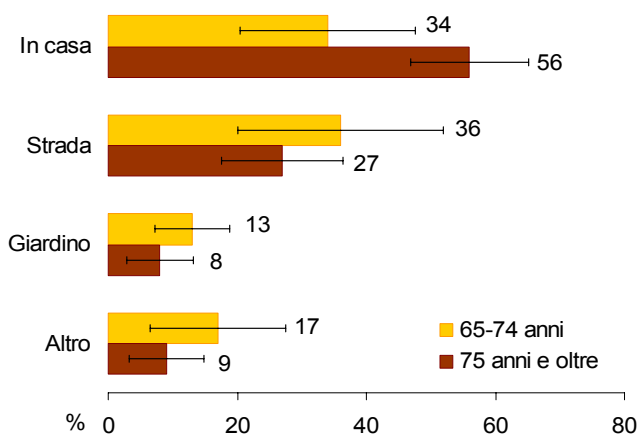


Cadute negli ultimi 30 giorni nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

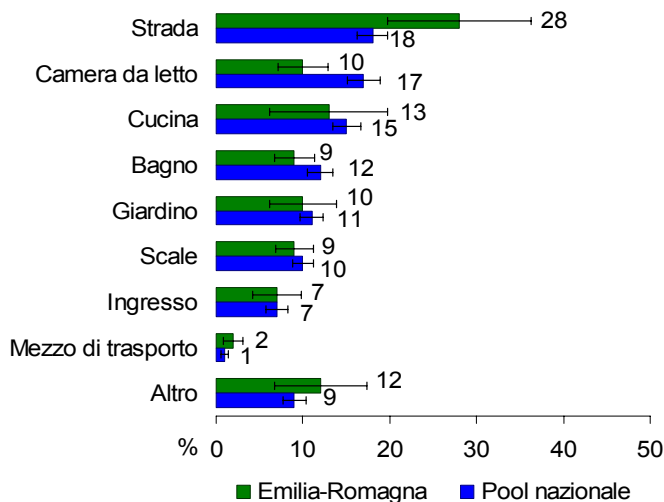
Il luogo della caduta

Quasi la metà (48%) delle cadute è avvenuta in luoghi interni alla casa, come cucina, bagno, camera da letto, ingresso e scale, il 30% in strada e il 10% in giardino.

A cadere in casa sono soprattutto gli ultra 74enni mentre in strada o giardini cadono di più i 65-74enni. In Emilia-Romagna la percentuale di ultra 64enni caduti in strada è maggiore rispetto a quella nazionale.



Luogo dell'ultima caduta nella popolazione ultra 64enne per classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

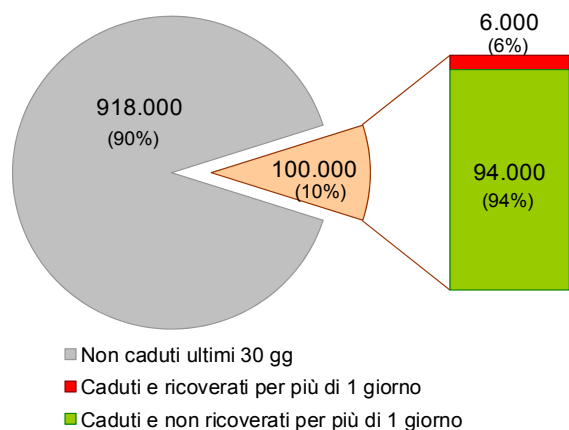


Luogo dell'ultima caduta nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

Il ricovero per la caduta

Tra le persone ultra 64enni cadute negli ultimi 30 giorni il 6% è stato ricoverato

per più di un giorno a causa della caduta, pari a circa 6 mila persone in Regione.



Ricovero per più di un giorno dopo la caduta nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La paura di cadere

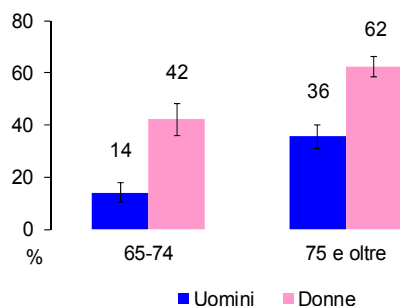
Tra la popolazione ultra 64enne il 41% ha paura di cadere, pari a 417 mila persone in Regione. Tra chi è già caduto nell'ultimo mese questo timore raggiunge il 63%.

A livello nazionale le persone ultra 64enni con paura di cadere raggiungono il 44%.

La paura di cadere cresce con l'età, in entrambi i generi: interessa infatti poco più della metà (52%) degli ultra 74enni. Questo timore è inoltre più diffuso tra le

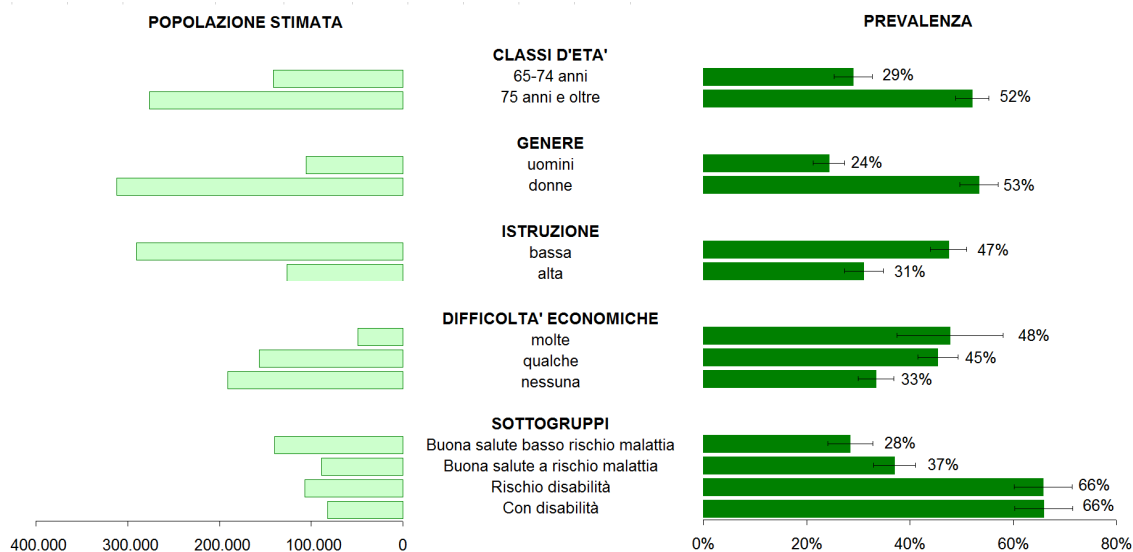
donne (53%), le persone con bassa istruzione e con difficoltà economiche e raggiunge il 66% tra chi è a rischio o ha segni di disabilità.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra la paura di cadere e la classe d'età più avanzata, il genere femminile, la bassa istruzione e la presenza di molte difficoltà economiche.



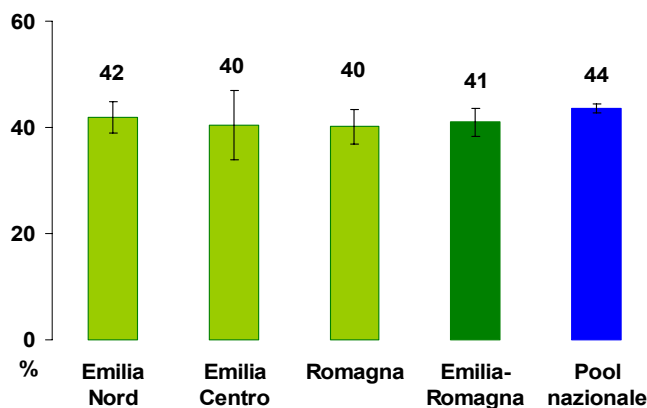
Paura di cadere nella popolazione ultra 64enne per genere e classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Paura di cadere nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

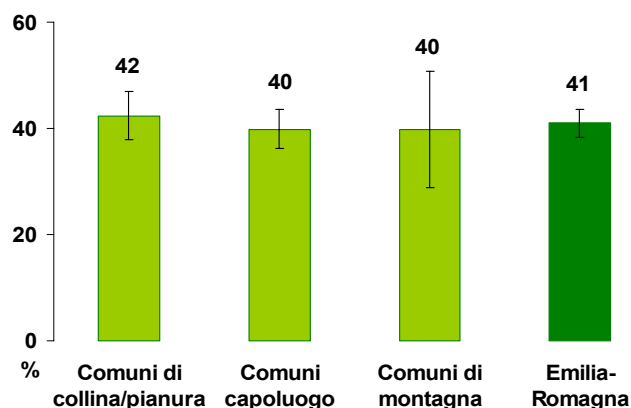


La prevalenza di persone ultra 64enni con paura di cadere risulta omogenea

tra le Aree Vaste regionali e tra le zone geografiche omogenee.



Paura di cadere nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

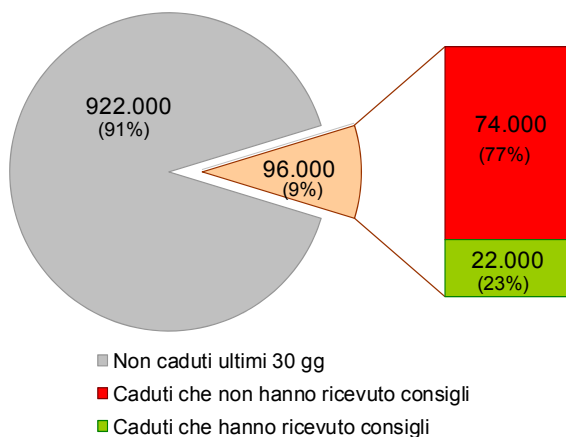


Paura di cadere nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il consiglio sanitario su come evitare di cadere

Solo una piccola minoranza di persone con 65 anni e oltre (9%) ha ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da parte di

un medico o operatore sanitario su come prevenire le cadute, anche tra chi ha vissuto questa esperienza traumatica (23%) e tra chi ha paura di cadere (19%).

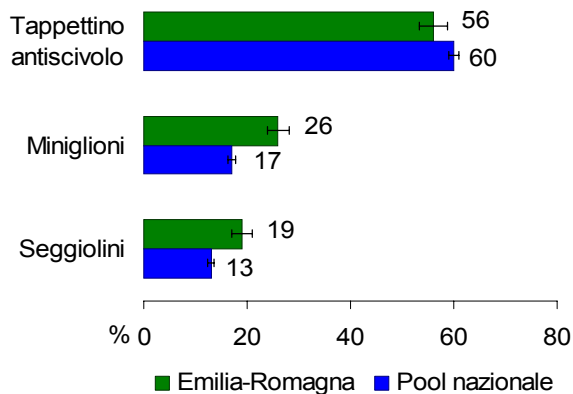


Consigli sanitari su come evitare di cadere nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

L'uso delle misure di sicurezza

Due terzi circa (65%) degli ultra 64enni usa misure di sicurezza per la doccia o la vasca da bagno, in particolare il 56%

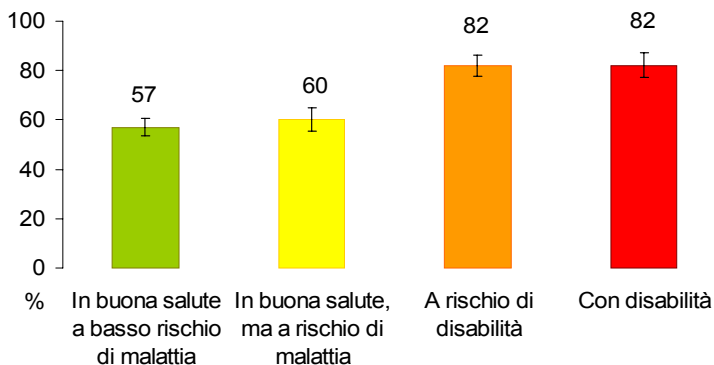
fa uso del tappetino antiscivolo, il 26% del maniglione e il 19% dei seggiolini. La prevalenza regionale di persone che usano misure di sicurezza è sovrapponibile a quella nazionale (65%).



Uso di misure di sicurezza per il bagno o la doccia nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

A usare misure di sicurezza per il bagno o la doccia sono soprattutto le donne (73% rispetto 54% degli uomini), gli ultra

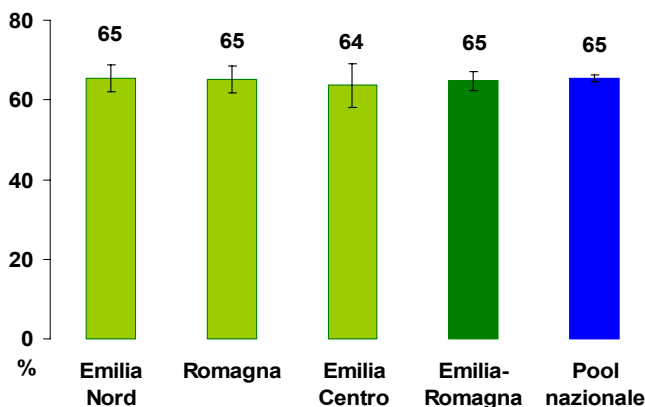
74enni (74% rispetto al 55% dei 65-74enni) e le persone in cattive condizioni di salute.



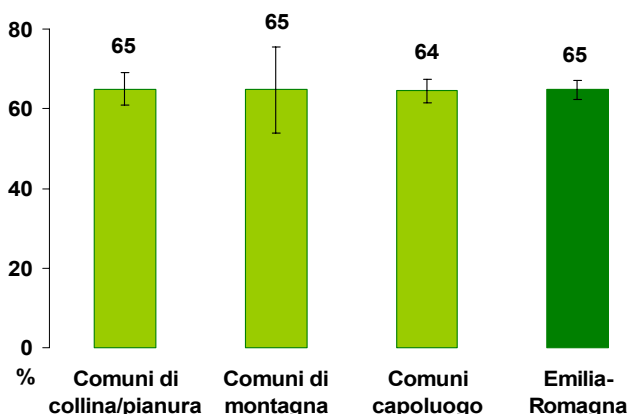
Uso di misure di sicurezza per il bagno o la doccia nella popolazione ultra 64enne per sottogruppi. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza di persone ultra 64enni che utilizzano misure di sicurezza risulta

omogenea tra le Aree Vaste regionali e tra le zone geografiche omogenee.



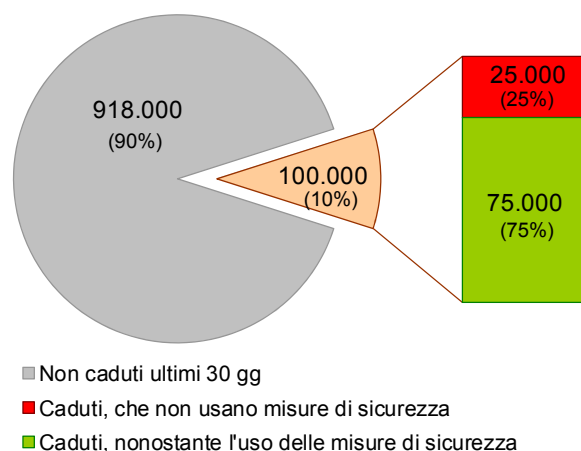
Uso di misure di sicurezza per il bagno o la doccia nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Uso di misure di sicurezza per il bagno o la doccia nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Tra gli ultra 64enni che sono caduti nell'ultimo mese il 25% non usa misure

di sicurezza per il bagno o la doccia, pari a circa 25 mila persone in Regione.



Uso di misure di sicurezza per il bagno o la doccia tra chi è caduto negli ultimi 30 giorni.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La salute mentale

La salute mentale è definita dall'OMS come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Sono le società prospere, con ridotte disuguaglianze sociali e alti livelli di sicurezza che meglio promuovono il benessere mentale e psicologico.

I sintomi di depressione

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

Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave. 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 utilizzando un questionario validato a livello internazionale, il *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), che, attraverso due domande, rileva quale sia il numero di giorni - nelle ultime due settimane - durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni riferiti ai due gruppi di sintomi vengono sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; le persone con uno score ≥ 3 sono classificate come "persone con sintomi di depressione". In ambito clinico queste domande permettono di individuare le persone con probabile disturbo depressivo da indirizzare ai servizi specialistici.

In Emilia-Romagna la prevalenza di sintomi di depressione nella popolazione ultra 64enne è del 16%⁹, pari a circa 165 mila persone in Regione.

La prevalenza regionale è significativamente minore a quella registrata a livello nazionale (21%).

I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Le prevalenze sono, infatti, maggiori tra le donne, gli ultra 74enni, tra persone con bassa istruzione e con molte difficoltà economica.

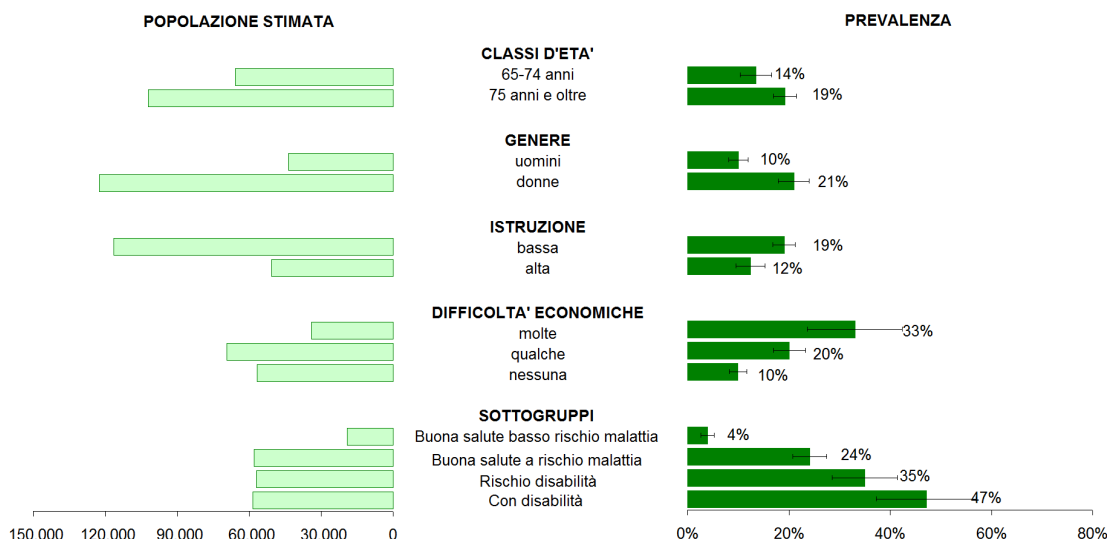
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e

difficoltà economiche, si confermano tutte le associazioni evidenziate.

I sintomi di depressione aumentano al peggiorarsi delle condizioni di salute: un terzo (35%) degli ultra 64enni a rischio di disabilità e quasi la metà (47%) di quelli con disabilità presentano sintomi di depressione.

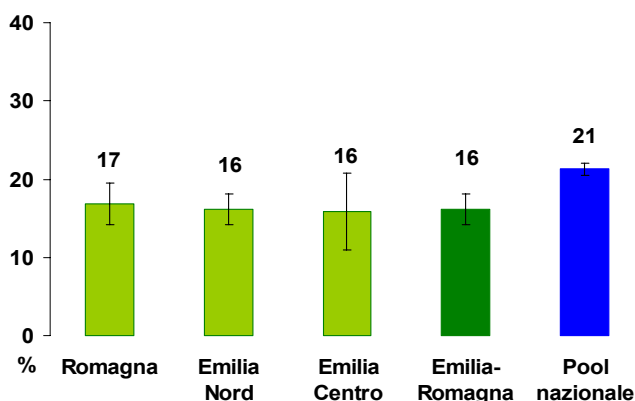
La prevalenza di sintomi di depressione, inoltre, è maggiore nella popolazione ultra 64enne che soffre di patologie croniche: è pari al 19% tra chi ne riferisce una o due e al 32% tra chi ne dichiara tre o più, rispetto al 10% di chi non ne presenta.

Sintomi di depressione nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



I sintomi di depressione si distribuiscono in modo omogeneo tra le Aree Vaste regionali e sono inferiori, anche se in

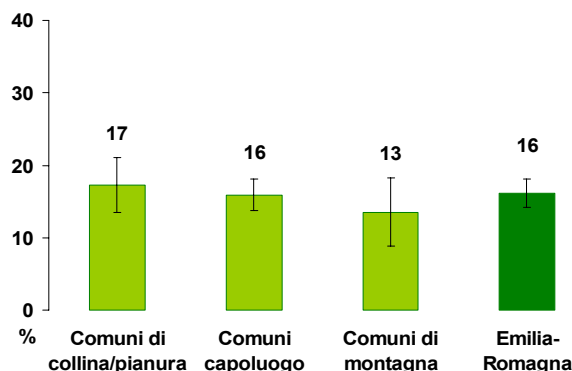
modo non significativo sul piano statistico, nei Comuni di montagna.



Sintomi di depressione nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

⁹ Le due domande che indagano la presenza di sintomi di depressione vengono somministrate, prima del test della memoria, solamente alle persone che sono in grado di rispondere a inizio questionario all'intervista

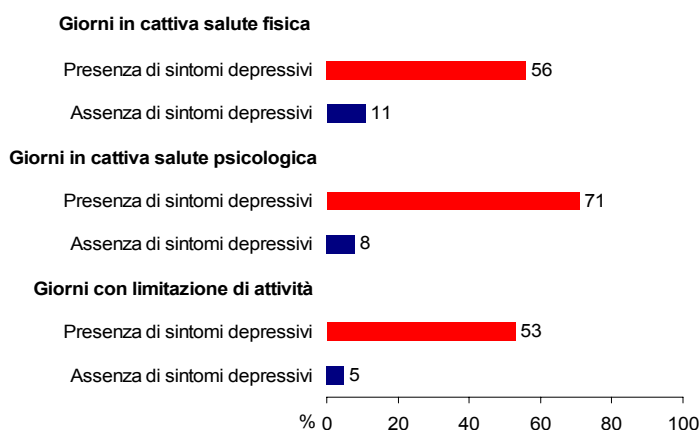


Sintomi di depressione nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Solamente il 10% degli ultra 64enni con sintomi di depressione giudica in maniera positiva il proprio stato di salute, a fronte del 39% di quelli senza sintomi. Tra le persone con sintomi depressivi, inoltre, poco più di un terzo (39%) è soddisfatto della vita che conduce e sta meglio o allo stesso modo rispetto un anno fa (39%), contro rispettivamente

all'89% e al 70% delle persone senza sintomi.

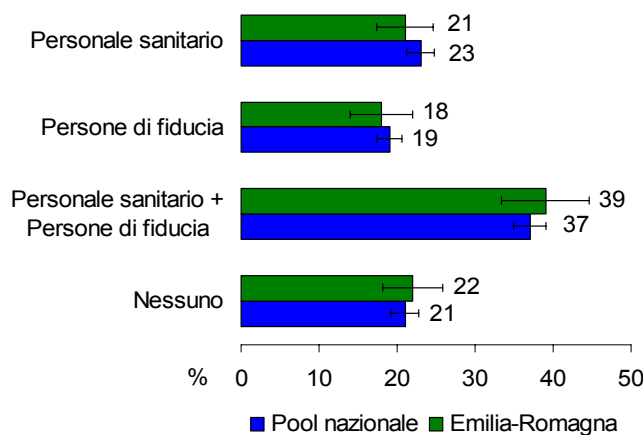
Risulta anche significativamente più elevata tra la popolazione ultra 64enne con sintomi di depressione la percentuale di chi che ha riferito 14 o più giorni in cattiva salute fisica o mentale o con limitazioni delle attività abituali nell'ultimo mese.



Persone ultra 64enni con 14 giorni o più in cattiva salute per sintomi di depressione. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La grande maggioranza (78%) degli ultra 64enni con sintomi di depressione si rivolge a qualcuno: il 21% si rivolge a un medico o a un altro operatore sanitario, il 18% parla con familiari e amici e il 38%

a entrambi (medici/operatori sanitari e amici/familiari). Il restante 22% non si rivolge a nessuno. Percentuali simili si registrano a livello nazionale.



A chi si rivolgono le persone ultra 64enni con sintomi di depressione. PASSI d'Argento 2012-13

L'ipertensione arteriosa

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

quali la dieta, l'esercizio fisico moderato, l'eventuale cessazione dell'abitudine al fumo e la riduzione del consumo di alcolici.

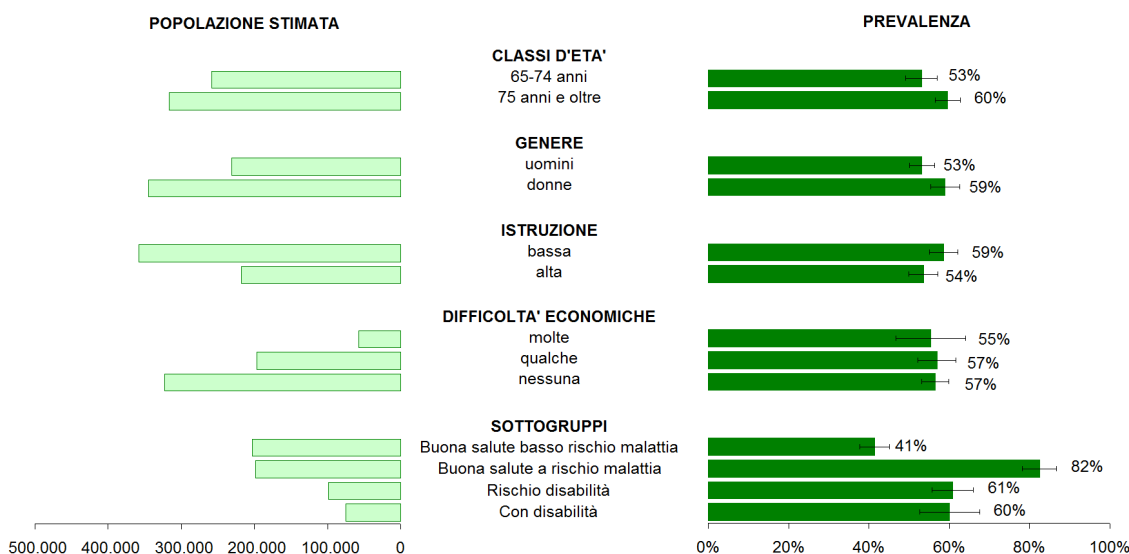
In Emilia-Romagna più della metà (56%) delle persone ultra 64enni soffre di ipertensione arteriosa, pari a 574 mila persone in Regione.

La prevalenza regionale è risultata significativamente inferiore a quella registrata a livello nazionale (60%).

La prevalenza di ultra 64enni con ipertensione arteriosa è più frequente tra le persone con 75 anni e oltre, di genere femminile, con bassa istruzione e, coerentemente con la definizione usata nel definire i sottogruppi di popolazione, tra coloro che sono in buona salute ma a rischio di malattia.

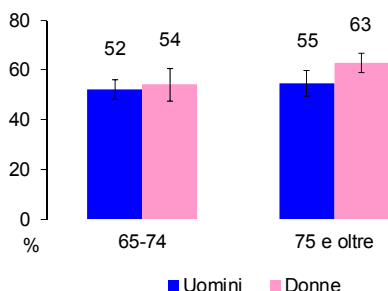
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa tra la prevalenza di ipertensione arteriosa e la classe d'età più avanzata e il genere femminile.

Ipertensione arteriosa nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-economiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Le differenze per classe d'età nella prevalenza di persone ultra 64enni con ipertensione sono più evidenti tra le

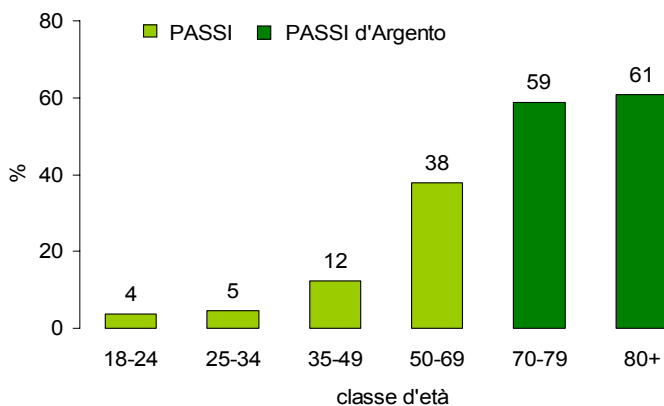
donne, mentre quelle per genere sono maggiori dopo i 75 anni.



Ipertensione arteriosa nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Osservando la prevalenza di ipertensione arteriosa per classe d'età si nota come cresca in maniera

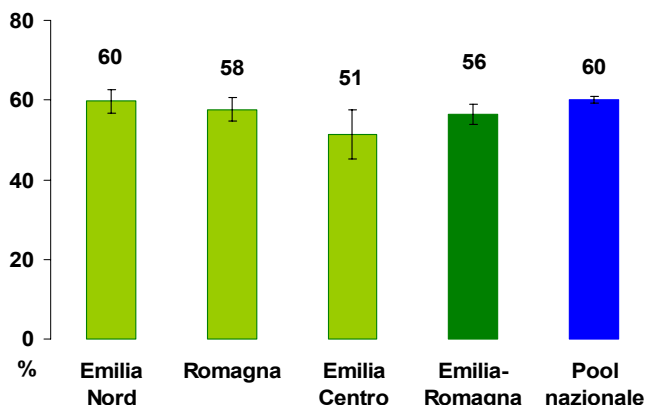
significativa all'aumentare dell'età: si va dal 3% dei 18-24enni al 60% degli ultra 79enni.



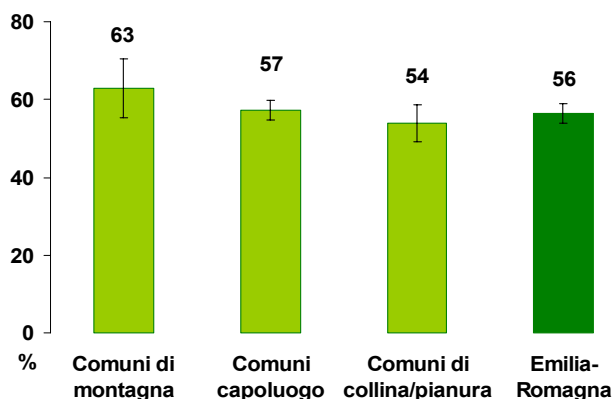
Ipertensione arteriosa per classe d'età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianze di popolazione PASSI (2009-12) e PASSI d'Argento (2012-13)

La prevalenza di ultra 64enni con ipertensione arteriosa è minore nell'Area

Vasta Centro e più alta nei Comuni di montagna.



Ipertensione arteriosa nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Iperensione arteriosa nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza della malattie croniche non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative, come quelle cerebro-cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche, per le quali tuttavia esistono misure di prevenzione efficaci in grado di prevenirle o ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale

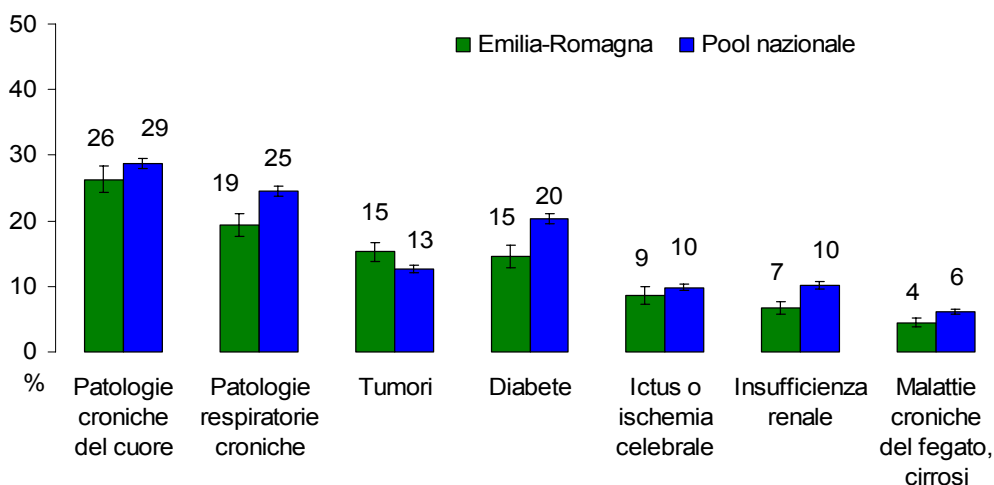
socio-sanitario richiede, pertanto, che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

In Emilia-Romagna il 60% delle persone con 65 anni e oltre soffre di almeno una patologia cronica¹⁰, pari a 610 mila persone in Regione.

Questa prevalenza risulta simile a quella rilevata a livello nazionale (64%).

In particolare, in Emilia-Romagna, il 26% soffre di patologie cardiache croniche, il 19% di malattie respiratorie croniche, il 10% di insufficienza renale e il 15% di diabete. Il 15% ha avuto, invece, un tumore e il 9% un ictus o un'ischemia cardiaca.

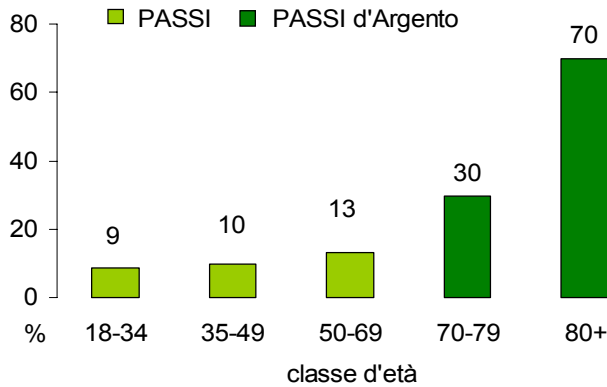
Prevalenza di patologie croniche nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13



¹⁰ Le patologie croniche indagate in PASSI d'Argento sono: insufficienza renale, malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), ictus o ischemia cerebrale, diabete, malattie cardiache croniche (infarto del miocardio, ischemia cardiaca, malattie delle coronarie e altre malattie del cuore), tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato e cirrosi

Osservando la prevalenza di persone con almeno una patologia cronica per classe d'età si nota come cresce in

maniera consistente con l'età: si passa dal 9% tra i 18-34enni al 70% tra gli ultra 79enni.



Prevalenza di patologie croniche per età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianze di popolazione: PASSI (2008-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

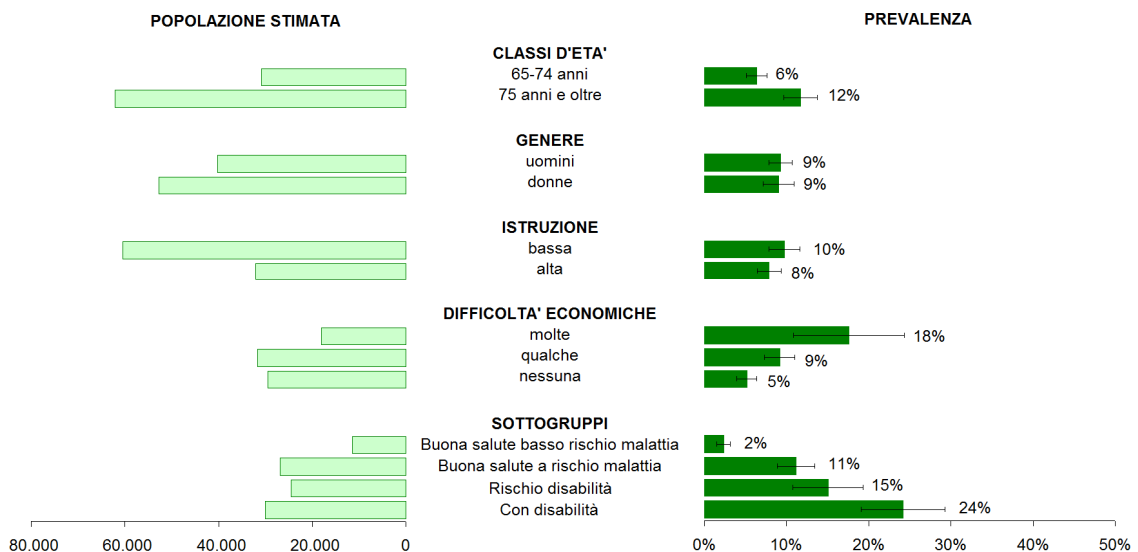
In particolare, la metà (50%) delle persone emiliano-romagnole con 65 anni e oltre soffre di una o due patologie croniche e il 9% ne ha tre o più.

regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra la prevalenza di persone con tre o più patologie e la classe d'età più avanzata e le molte difficoltà economiche.

La prevalenza di persone con 3 o più patologie croniche è più elevata tra le persone con 75 anni e più e con molte difficoltà economiche e aumenta al peggiorarsi delle condizioni di salute: si passa dal 2% degli ultra 64enni in buona salute al 15% di quelli a rischio di disabilità e al 24% di quelli con disabilità. Correggendo i dati in un modello di

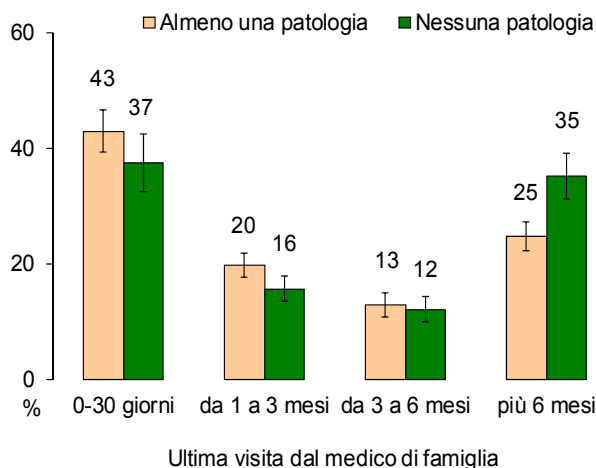
La prevalenza di persone con tre o più patologie risulta inferiore in Emilia Centro (6%) e non mostra differenze significative tra le zone geografiche omogenee.

Prevalenza di tre o più patologie croniche nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-economiche. PASSI d'Argento 2012-13



Le persone ultra 64enni con malattie croniche si rivolgono più spesso al loro medico di famiglia rispetto a quelle che non ne presentano: due persone su cinque con patologie croniche sono state

visitate l'ultima volta dal suo medico di famiglia nell'ultimo mese, percentuale che sale al 52% tra coloro che soffrono di tre o più patologie.



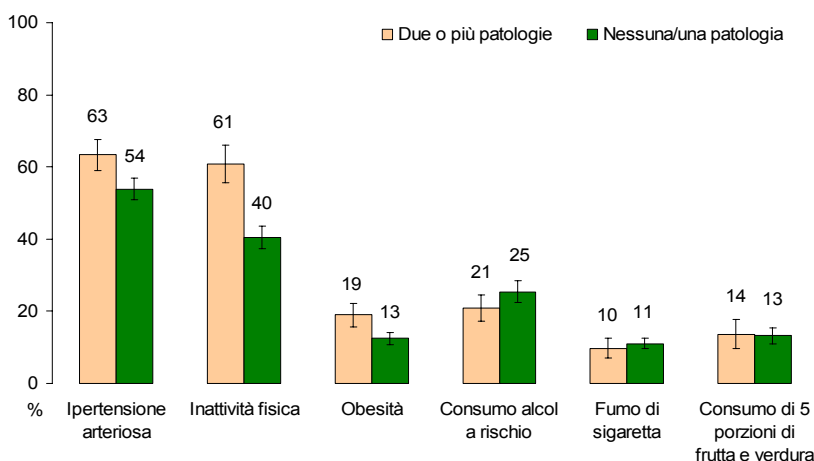
Ultima visita dal medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne per presenza o meno di patologie croniche. PASSI d'Argento 2012-13

Tra gli ultra 64enni con due o più patologie croniche, rispetto a quelli che ne hanno solamente una o nessuna, è maggiore la prevalenza di persone con ipertensione arteriosa o con fattori di rischio comportamentali, come l'inattività fisica e l'obesità.

Minore è, invece, la prevalenza di chi consuma alcol in modo potenzialmente rischioso per la salute.

Non appaiono, invece, differenze nella prevalenza di fumatori di sigaretta e consumo di frutta e verdura.

Tali considerazioni si confermano anche se si stratifica per classe d'età.



Presenza di fattori di rischio cardiovascolare e comportamentali nella popolazione ultra 64enne con due o più patologie croniche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il diabete

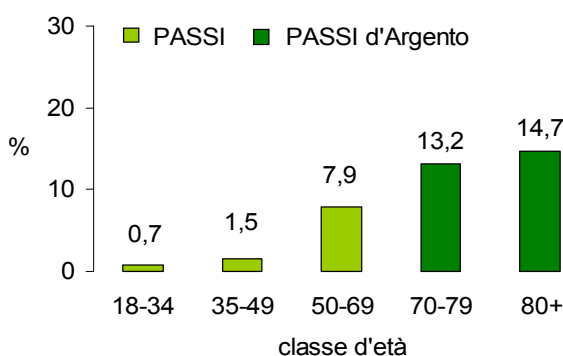
Il diabete mellito, in aumento in tutto il mondo, è una condizione a forte impatto sullo stato di salute della popolazione, con un carico assistenziale rilevante e costi stimati pari, in Italia, al 6,65% della spesa sanitaria. Mentre il diabete di tipo 1, a genesi autoimmune, colpisce prevalentemente i giovani, il tipo 2, tipico dell'età adulta, è molto più diffuso ed è frequentemente presente insieme a sovrappeso, sedentarietà, dislipidemia e ipertensione, e correlato con fattori socio-economici. Il diabete di tipo 2 può essere in parte prevenuto e controllato con l'attività fisica e una dieta adeguata. Circa una persona su tre affetta da diabete, secondo la definizione dell'Oms, è inconsapevole della propria condizione che viene diagnosticata a seguito di complicanze o di controlli routinari. Diversi studi mostrano che l'indicatore, stimato tramite intervista, ha una riproducibilità ottima, elevata

specificità, una sensibilità che è buona per il diabete diagnosticato, minore (come è ovvio) nei confronti dei dati ottenuti dalla misura della glicemia, che evidenziano anche i casi di diabete misconosciuto.

La buona riproducibilità e il fatto che la sensibilità non varia nel tempo, nello spazio e con lo stato sociale, lo rendono idoneo per descrivere le differenze territoriali, l'evoluzione temporale e le disuguaglianze sociali.

In Emilia-Romagna il 14,6% delle persone ultra 64enni soffrono di diabete, pari a una stima di oltre 148 mila persone in Regione; questa prevalenza risulta significativamente inferiore rispetto a quella registrata a livello nazionale (20,3%).

Osservando la prevalenza di diabete per classe d'età si nota come questa cresca in maniera consistente con l'avanzare dell'età.



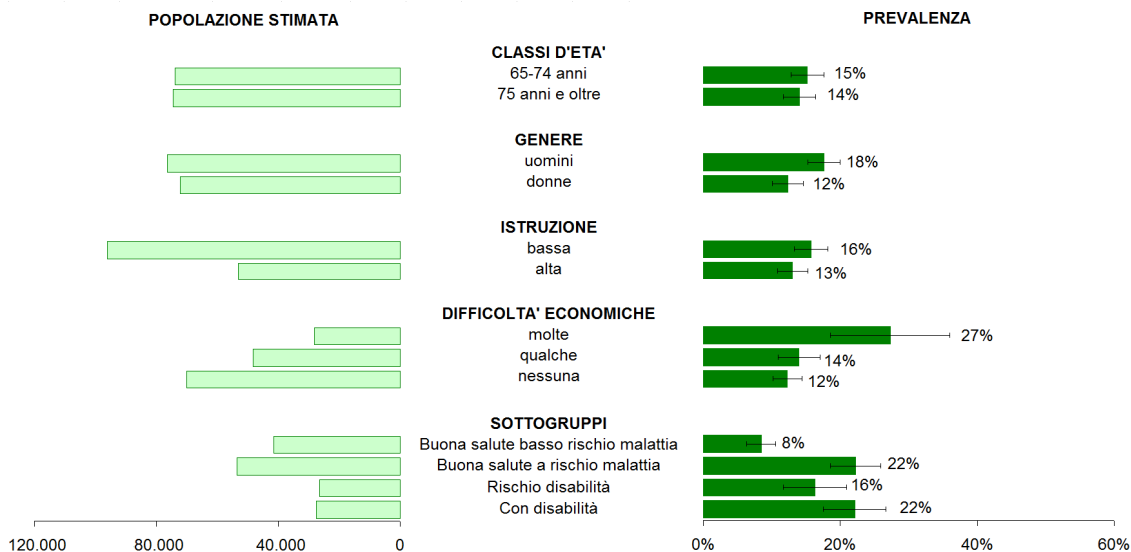
*Prevalenza di diabete.
Emilia-Romagna, dati delle
sorveglianze di popolazione
PASSI (2008-13) e PASSI
d'Argento (2012-13)*

La prevalenza di ultra 64enni con diabete è maggiore tra gli uomini, le persone con molte difficoltà economiche e con disabilità.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

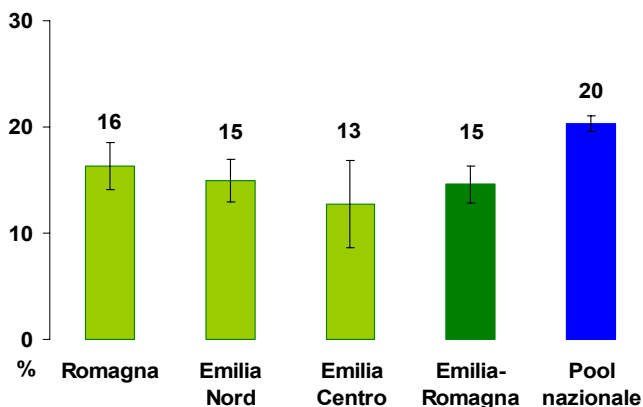
genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra la prevalenza di persone ultra 64enni con diabete e il genere maschile e le molte difficoltà economiche.

Prevalenza di diabete nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-economiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

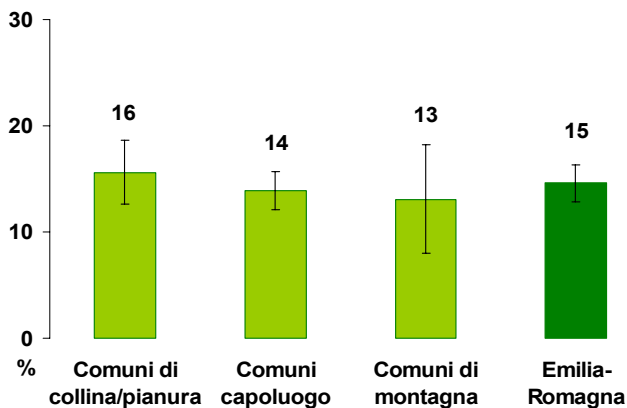


La prevalenza di ultra 64enni con diabete risulta leggermente minore in Emilia Centro rispetto all'Emilia Nord e

alla Romagna, e non mostra differenze per le zone geografiche omogenee.



Prevalenza di diabete nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Prevalenza di diabete nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

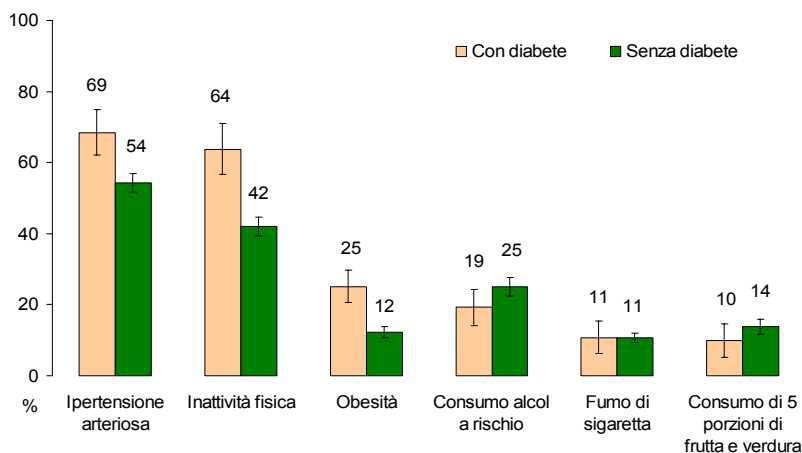
Tra gli ultra 64enni con diabete, rispetto a quelli che non l'hanno, è maggiore la prevalenza di persone con ipertensione arteriosa o con fattori di rischio comportamentali, come l'inattività fisica e l'obesità.

Minore è la prevalenza di chi consuma alcol in modo potenzialmente rischioso

per la salute ma anche di chi consuma le cinque porzioni giornaliere raccomandate di frutta o verdura.

Non appaiono, invece, differenze nella prevalenza di fumatori di sigaretta tra i diabetici e i non diabetici.

Tali considerazioni si confermano anche se si stratifica per classe d'età.

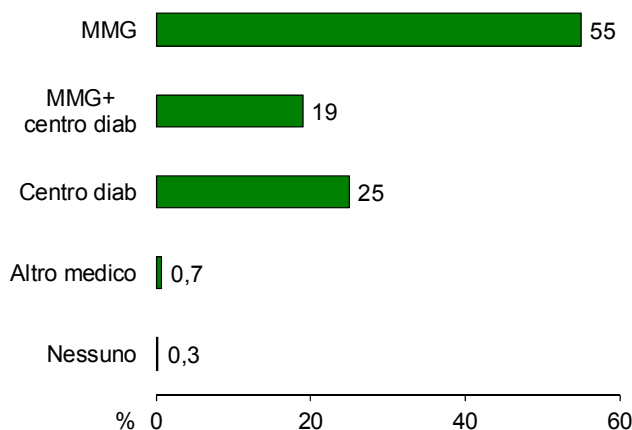


Presenza di fattori di rischio cardiovascolari e comportamentali nella popolazione ultra 64enne per presenza di diabete. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il 55% delle persone ultra 64enni con diagnosi di diabete viene seguito per la cura e il controllo della patologia principalmente dal medico di medicina

generale (MMG), il 25% dal Centro diabetologico e il 19% da entrambi.

L'1% circa ha invece dichiarato di essere seguito da un altro medico specialista e lo 0,3% da nessuno.



Da chi sono seguiti le persone ultra 64enni con diabete. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Le persone diabetiche con 65 anni e più mediamente si sono rivolte nell'ultimo anno per un controllo della patologia mediamente tre volte al medico di medicina generale e una volta al centro diabetologico.

Il 61% degli intervistati¹¹ ha sentito parlare dell'esame dell'emoglobina glicosilata (detta anche glicata), percentuale più alta tra gli uomini (67% rispetto al 55% delle donne), le persone con 65-74 anni (75% rispetto ai 48% degli ultra 79enni), con un'alta istruzione (80% rispetto al 51% di chi ne ha una bassa) e con nessuna difficoltà economica (71% rispetto al 65% di chi ha qualche difficoltà e 37% di chi ne ha molte).

Il 38% degli ultra 64enni affetti da diabete ha fatto l'esame dell'emoglobina glicosilata negli ultimi 4 mesi, il 18% tra 4 e 12 mesi fa, il 3% l'ha fatto più di 12 mesi fa e il 2% non l'ha mai fatto.

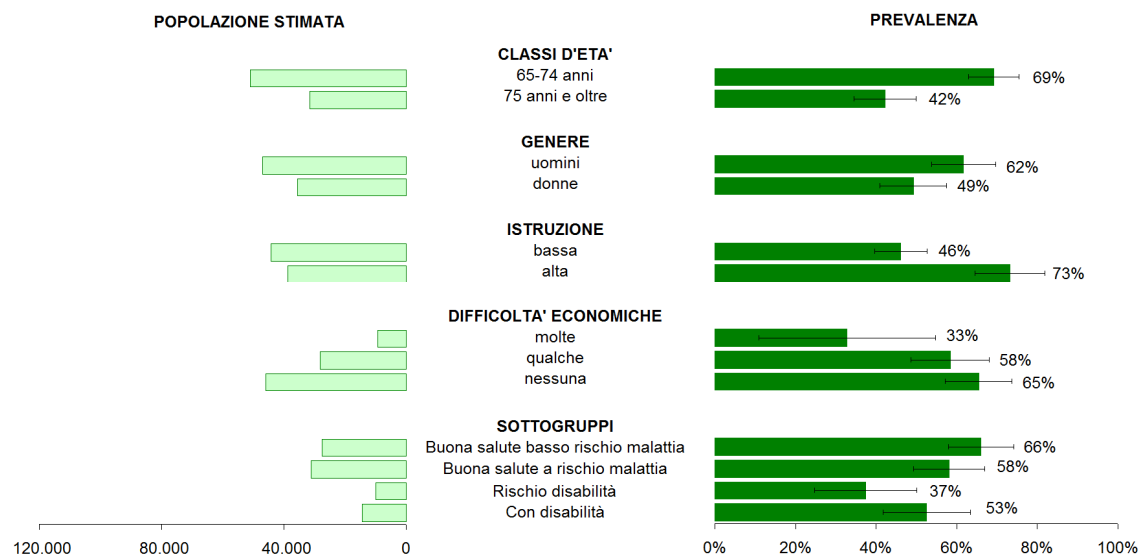
La prevalenza di diabetici ultra 64enni che hanno fatto questo esame nell'ultimo anno è più elevata tra i 65-74enni, gli uomini, le persone con un'alta istruzione, senza difficoltà economiche e in buona salute.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra la prevalenza dell'esecuzione dell'emoglobina glicosilata nell'ultimo anno e la classe d'età 65-74 anni e l'assenza di difficoltà economiche.

La maggior parte (90%) degli ultra 64enni con diabete è in trattamento farmacologico, prevalenza che sale al 95% tra gli ultra 84enni.

La prescrizione di farmaci è maggiore tra i diabetici seguiti principalmente dal Centro diabetologico (99%) per la cura della patologia.

Prevalenza di diabetici ultra 64enni che hanno eseguito l'emoglobina glicosilata nell'ultimo anno per caratteristiche socio-economiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



¹¹ La sezione del questionario riguardante al diabete è stata somministrata sia all'anziano campionato sia al proxy

I ricoveri in ospedale

Nel corso del 2013 in Emilia-Romagna sono state oltre 184 mila le persone ultra 64enni che hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero ordinario e oltre 46 mila quelle con un accesso in day hospital, che corrispondono rispettivamente al 18% e al 5% della popolazione ultra 64enne residente.

La condizione clinica, che più di frequente ha motivato il ricorso al ricovero in regime ordinario, è stata l'insufficienza cardiaca - scompenso di cuore, coerentemente a quanto riportato dalla letteratura internazionale (nel mondo industrializzato). Essa è definita come la più comune causa di ospedalizzazione, riospedalizzazione e dimissione, la sola cardiopatia con incidenza e prevalenza in costante aumento nel mondo, responsabile di alta morbilità, mortalità e di oneroso carico clinico-assistenziale, in grado di

causare e aggravare fragilità e disabilità.

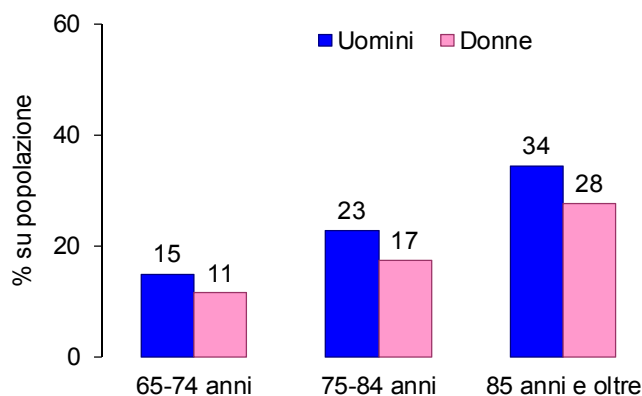
Al secondo posto, fra le cause di ospedalizzazione, si collocano le patologie del polmone, seguite dall'artrosi e quindi dalle fratture del femore, un importante problema non solo per l'elevata prevalenza, ma soprattutto per le ricadute cliniche, assistenziali e spesso sociali che inevitabilmente sono correlate a tale evento.

Cinque tra le prime dieci cause di ricovero ordinario sono riconducibili al grande capitolo delle patologie cardio e cerebro-vascolari, un altro dato da prendere in considerazione ai fini della pianificazione degli interventi nelle politiche sanitarie.

La percentuale dei ricoveri è leggermente superiore per gli uomini e aumenta, come atteso, con l'incremento dell'età in entrambi i generi.

Prime 10 cause di ricovero tra la popolazione ultra 64enne in Emilia-Romagna. Dati Schede di Dimissione Ospedaliera, Anno 2013

Causa del ricovero	N. ricoverati	Degenza media del ricovero (gg)
Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	13.264	19
Altre malattie del polmone	12.581	12
Artrosi	7.379	8
Frattura del collo del femore	6.993	13
Infarto del miocardio acuto	6.047	10
Occlusione delle arterie cerebrali	5.905	16
Aritmie cardiache	5.481	10
Bronchite cronica	4.698	6
Setticemia	4.330	9
Colelitiasi	4.210	16



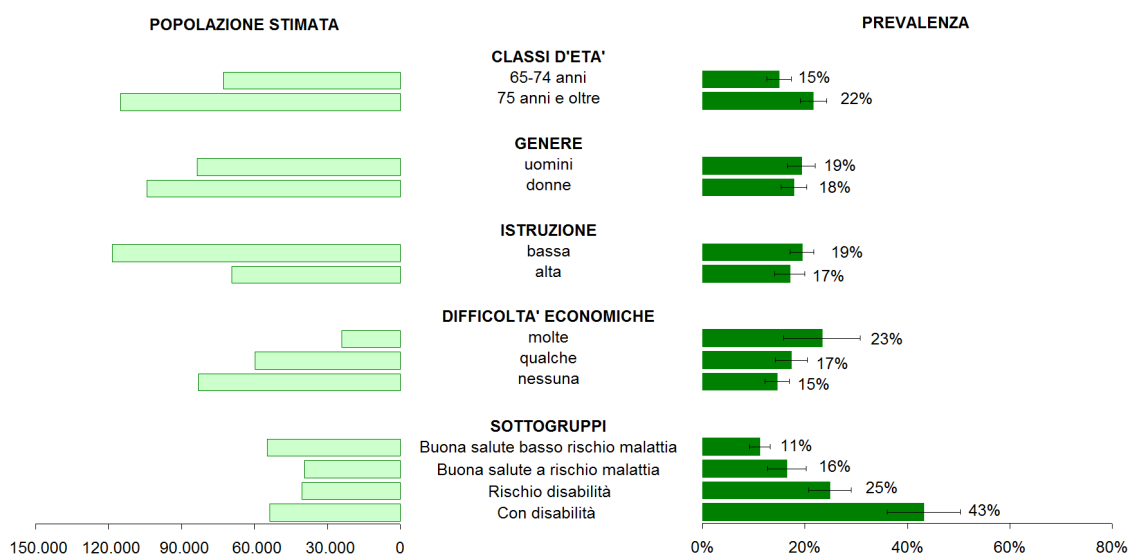
Percentuale delle persone ultra 64enni ricoverate in regime ordinario per sesso e classe d'età in Emilia-Romagna. Dati Schede di Dimissione Ospedaliera, Anno 2013

Secondo i dati PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna, un quinto circa delle persone ultra 64enni (18%) è stato ricoverato in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno, pari a oltre 187 mila persone in Regione. Questa prevalenza regionale risulta in linea con quella registrata a livello nazionale (19%).

La prevalenza di ultra 64enni emiliano-romagnoli non istituzionalizzati ricoverati in ospedale per almeno due giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi cresce con l'età (15% tra i 65-74enni, 18% tra i 75-84enni e 29% tra gli ultra 84enni) e

con il peggiorare delle condizioni di salute: si passa dall'11% tra coloro che sono in buona salute e a basso rischio di malattia al 43% tra chi ha disabilità. Questa prevalenza è, inoltre, maggiore tra le persone con molte difficoltà economiche. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, appare un'associazione significativa tra la prevalenza di ultra 64enni ricoverati in ospedale e la classe d'età più avanzata, il genere maschile e le molte difficoltà economiche.

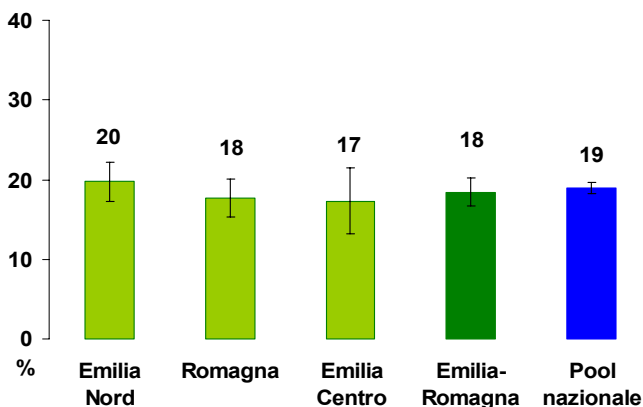
Ricovero in ospedale per almeno due giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



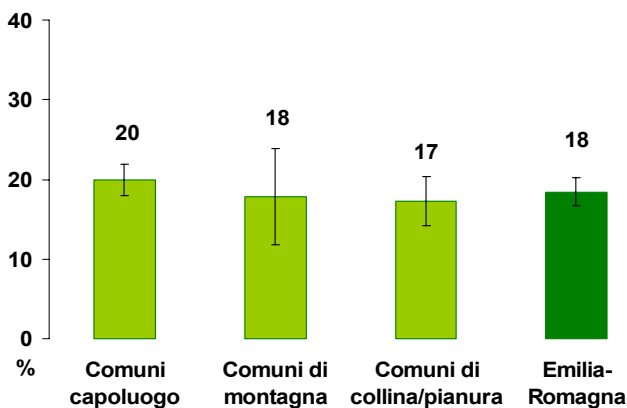
La prevalenza di ultra 64enni ricoverati in ospedale per almeno due giorni di seguito nell'ultimo anno risulta più alta tra le persone con almeno una patologia cronica (24%) rispetto a quelle che non ne presentano alcuna (10%); in particolare un quinto (20%) degli ultra 64enni con una sola malattia cronica ha avuto un ricovero di due o più giorni in ospedale negli ultimi 12 mesi e circa la

metà (46%) di quelli che ne presentano tre o più.

In Emilia-Romagna non appaiono differenze significative nella prevalenza di ultra 64enni ricoverati in ospedale per almeno di giorni di seguito nell'ultimo anno tra le zone geografiche considerate.



Ricovero in ospedale per almeno due giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Ricovero in ospedale per almeno due giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

I ricoveri in RSA

Nel corso del 2013 in Emilia-Romagna le persone che sono state ospitate in strutture residenziali per anziani non autosufficienti sono state oltre 25 mila, di cui il 59% ha più di 84 anni e il 72% è donna. Tra queste persone il 41% ha

elevato bisogno sanitario e un correlato bisogno assistenziale e il 35% ha un severo grado di disabilità.

Gli inserimenti complessivi sono stati oltre 27 mila, di questi il 71% è stato di lunga permanenza.

Accessi in strutture residenziali in Emilia-Romagna. Dati FAR, Anno 2013.

Caratteristiche	n	%
Classe d'età		
fino a 64 anni	440	1,7
65-74 anni	2.295	9,1
75-84 anni	7.762	30,7
85 anni e oltre	14.777	58,5
Genere		
Uomini	7.154	28,3
Donne	18.120	71,7
Totale	25.274	100

Secondo i dati PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna, il 2% delle persone con 65 anni e più, che al momento dell'intervista era al domicilio, è stato ospitato nell'ultimo anno in una struttura di accoglienza diversa dall'ospedale, come ad esempio una RSA (residenza Sanitaria Assistenziale), una casa protetta o una casa di riposo, pari a oltre 22 mila persone in Regione.

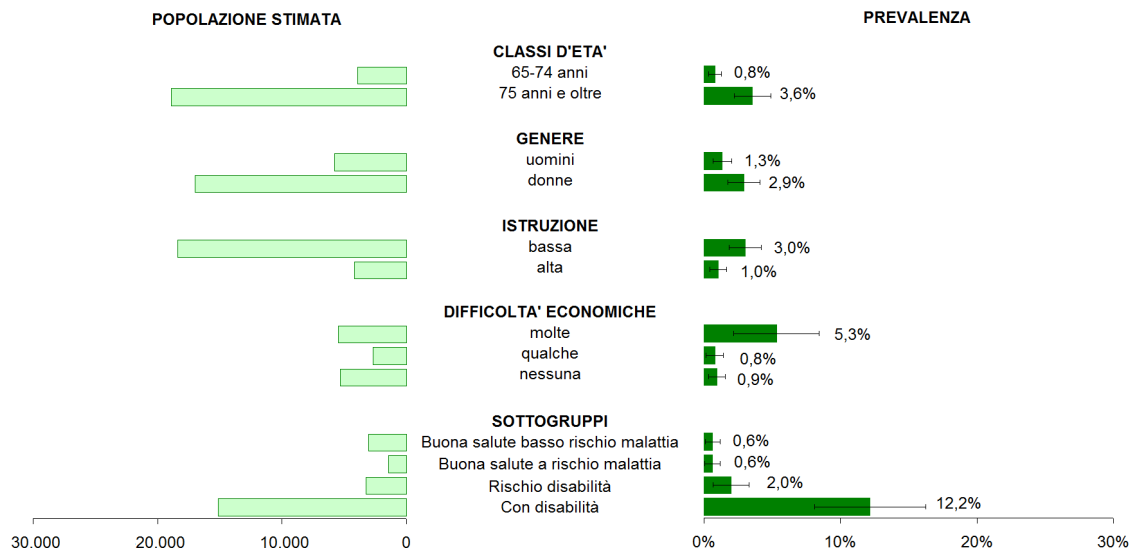
Questa prevalenza regionale risulta sovrapponibile a quella registrata a livello nazionale (2%).

In Emilia-Romagna la prevalenza di ultra 64enni ospitati negli ultimi 12 mesi in

una struttura di accoglienza diversa dall'ospedale cresce con l'età, raggiungendo il 7% tra gli ultra 84enni, ed è maggiore tra le donne, le persone con bassa istruzione, in quelle con molte difficoltà economiche e con disabilità (12%).

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, appare un'associazione significativa tra la prevalenza di ultra 64enni ospitati in una struttura di accoglienza e le molte difficoltà economiche.

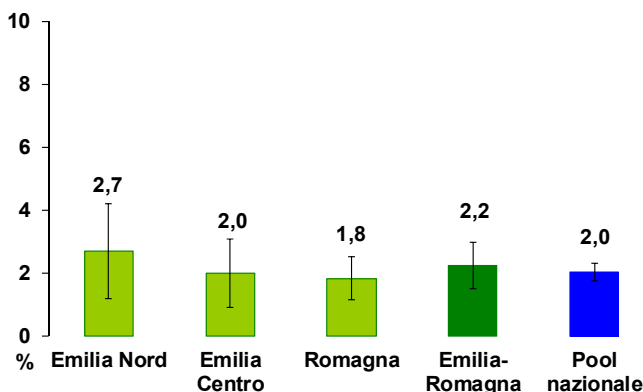
Prevalenza di persone ultra 64enni ospitate nell'ultimo anno in una struttura di accoglienza diversa dall'ospedale per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



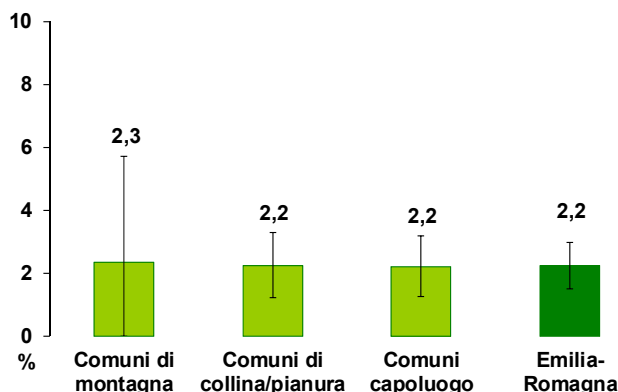
La prevalenza di ultra 64enni ospitati in una struttura di accoglienza nell'ultimo anno risulta più alta tra le persone con almeno una patologia cronica (3%) rispetto a quelle che non ne presentano alcuna (0,9%); in particolare questa

quota sale all'8% tra gli ultra 64enni con tre o più malattie croniche.

In Emilia-Romagna non appaiono differenze significative nella prevalenza di ultra 64enni ospitati in ricoverati in una struttura di accoglienza nell'ultimo anno tra le zone geografiche considerate.



Prevalenza di persone ultra 64enni ospitate nell'ultimo anno in una struttura di accoglienza diversa dall'ospedale per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Prevalenza di persone ultra 64enni ospitate nell'ultimo anno in una struttura di accoglienza diversa dall'ospedale per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il consumo di 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*.

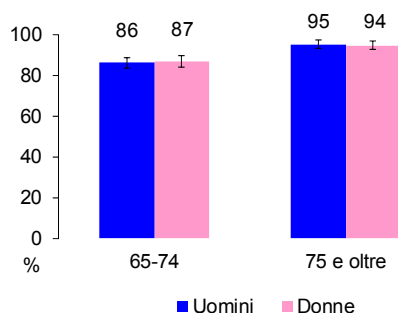
La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone con 65 anni e più. La periodica verifica da parte del medico di medicina generale (MMG) della corretta

assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute. Nella sorveglianza PASSI d'Argento sono state raccolte informazioni sui farmaci assunti e sull'eventuale controllo dell'uso dei farmaci da parte del medico di medicina generale.

In Emilia-Romagna la quasi totalità (91%) delle persone ultra 64enni ha assunto farmaci nell'ultima settimana, pari a circa 922 mila persone in Regione.

La prevalenza regionale di ultra 64enni che hanno fatto uso di medicine negli ultimi 7 giorni è simile a quella rilevata a livello nazionale (90%).

In Emilia-Romagna la prevalenza di ultra 64enni che ha assunto farmaci cresce con l'età in entrambi i generi.

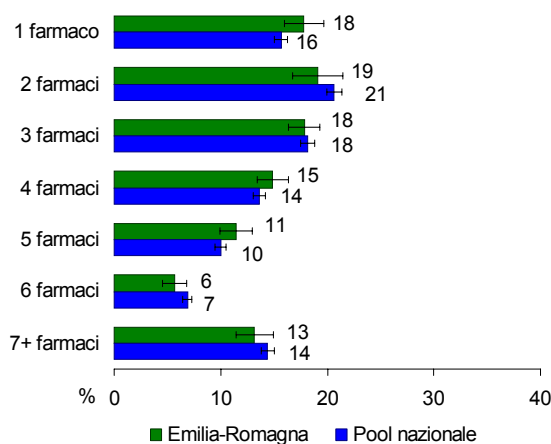


Assunzione di farmaci nell'ultima settimana nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

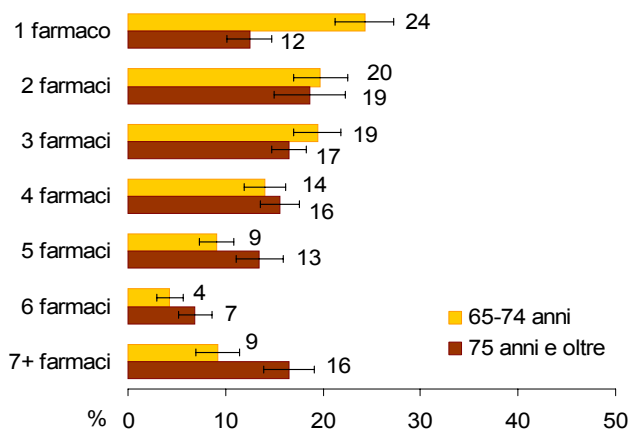
Tra le persone ultra 64enni che hanno assunto farmaci nell'ultima settimana, il 37% ne ha presi 1-2, il 44% tra 3 e 5 e il 19% 6 o più; valori simili sono stati registrati a livello nazionale, pari rispettivamente a 37%, 42% e 21%.

In Emilia-Romagna il numero di farmaci presi in una settimana cresce con l'età e

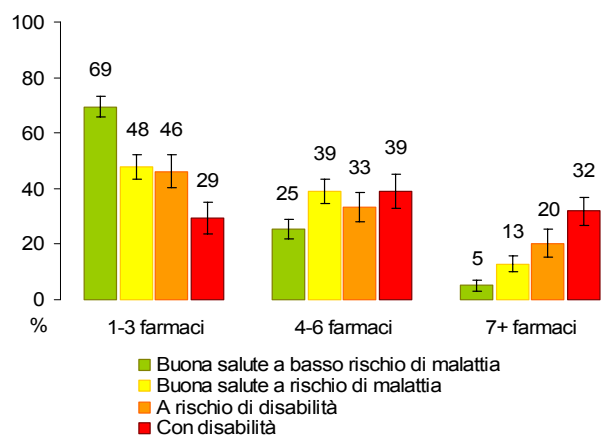
con il peggiorarsi delle condizioni di salute: la percentuale di chi assume sette o più farmaci passa dal 5% tra le persone ultra 64enni in buona salute e a bassa rischio di malattia al 32% tra quelle che presentano disabilità.



Numero di farmaci assunti nell'ultima settimana nella popolazione ultra 64enne che li ha presi. PASSI d'Argento 2012-13



Numero di farmaci assunti nell'ultima settimana nella popolazione ultra 64enne che li ha presi.
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



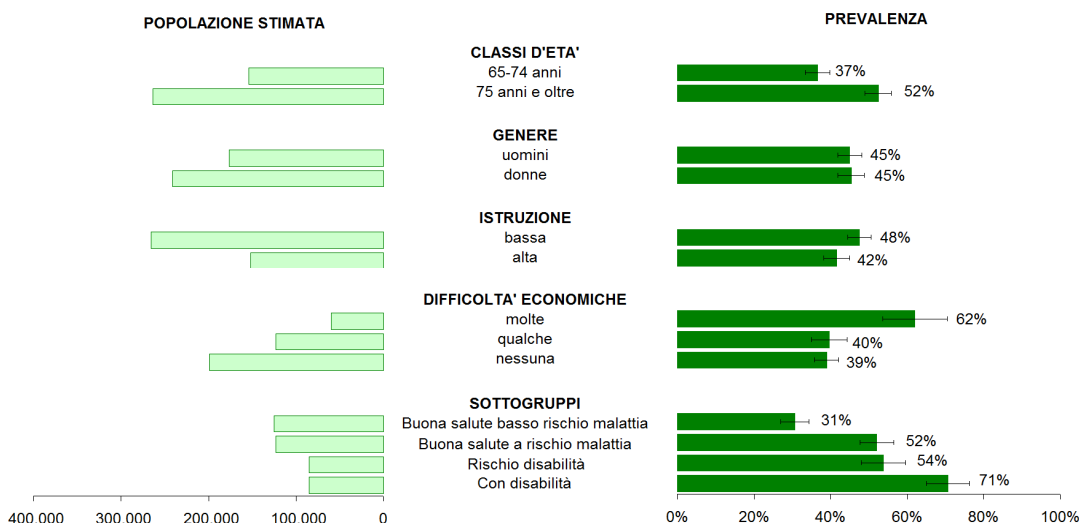
Numero di farmaci assunti nell'ultima settimana nella popolazione ultra 64enne che li ha presi per sottogruppi.
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna, la prevalenza di ultra 64enni che hanno assunto 4 o più¹² farmaci, pari complessivamente al 45%, è più alta tra gli ultra 74enni, le persone con molte difficoltà economiche e in quelle con disabilità.

genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra l'assunzione di 4 o più farmaci e la classe d'età più avanzata e le molte difficoltà economiche.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

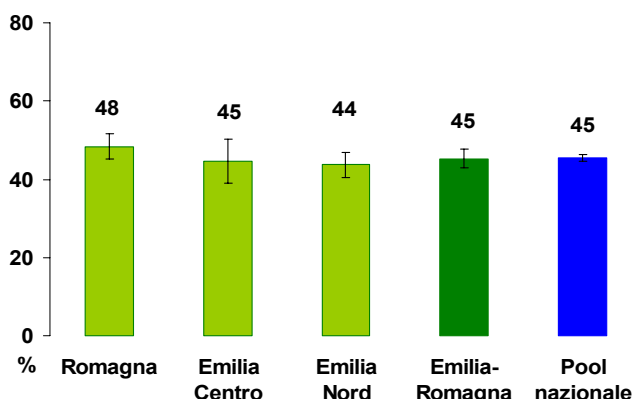
Prevalenza di persone ultra 64enni che hanno assunto 4 o più farmaci nell'ultima settimana per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



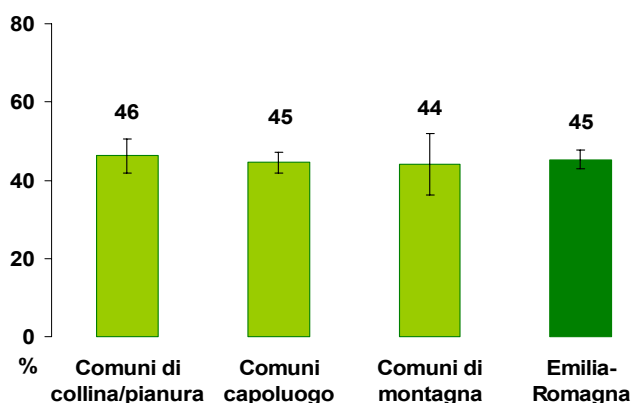
¹² Tra le persone con 65 anni e più che hanno fatto uso di medicine negli ultimi 7 giorni

In Emilia-Romagna non appaiono differenze significative nella prevalenza

di chi ne ha presi 4 o più tra le zone geografiche considerate.



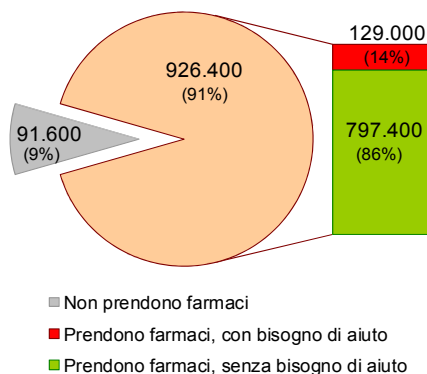
Prevalenza di persone ultra 64enni che hanno assunto 4 o più farmaci nell'ultima settimana per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Prevalenza di persone ultra 64enni che hanno assunto 4 o più farmaci nell'ultima settimana per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Il 14% degli ultra 64enni che hanno assunto farmaci nell'ultima settimana ha bisogno di aiuto per prenderli, valore significativamente inferiore a quello registrato a livello nazionale (18%). In Emilia-Romagna questa prevalenza è più elevata tra gli ultra 74enni (23% rispetto al 3% nei 65-74enni), nelle donne (16% rispetto all'11% degli uomini), nelle persone con bassa istruzione (18% rispetto all'8% di chi ne

ha una alta) e in quelle con molte difficoltà economiche (14% rispetto al 4% di chi ne ha qualche e al 3% di chi non ne ha). La prevalenza di ultra 64enni con difficoltà a prendere le medicine in autonomia cresce al peggiorarsi delle condizioni di salute: è meno dell'1% tra le persone in buona salute e pari al 27% tra gli ultra 64enni a rischio di disabilità e al 69% tra quelli con disabilità.

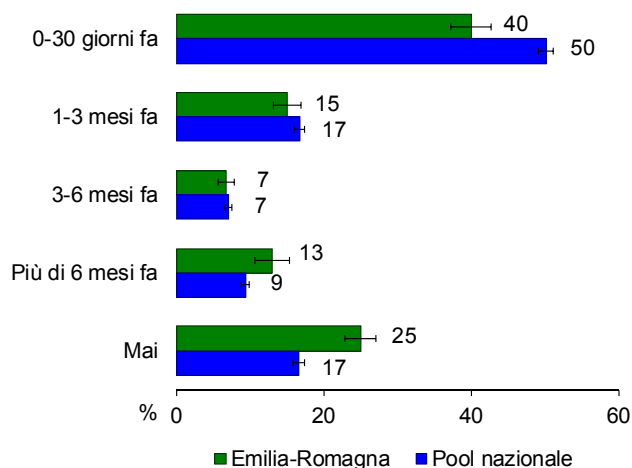


Prevalenza di persone ultra 64enni che hanno bisogno di aiuto per assumere farmaci. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di famiglia per il 40% degli ultra 64enni¹³ negli ultimi 30 giorni, per il 15% tra 30 giorni e 3 mesi fa, per il 7% tra 3 e 6 mesi fa e per il 13% più di 6 mesi fa. Un quarto (25%) ha riferito, invece, che il

medico di famiglia non ha mai controllato la terapia farmacologia.

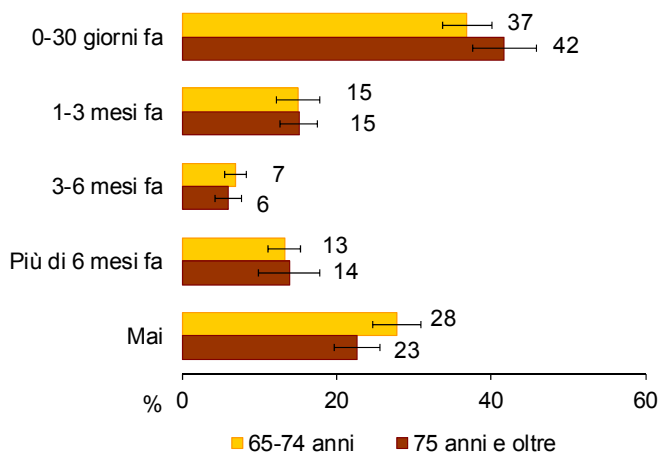
La prevalenza regionale di ultra 64enni a cui il medico di famiglia ha verificato l'assunzione dei farmaci nell'ultimo mese è significativamente inferiore rispetto a quella registrata a livello nazionale (50%).



Ultimo controllo dell'assunzione di farmaci da parte del medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna la frequenza del controllo della terapia farmacologica da parte del medico di famiglia nei confronti della popolazione ultra 64enne cresce con l'età ed è più alta tra chi è affetto da

patologie croniche: la prevalenza della verifica nell'ultimo mese sale al 52% tra chi presenta tre o più patologie (38% tra chi non ne ha).



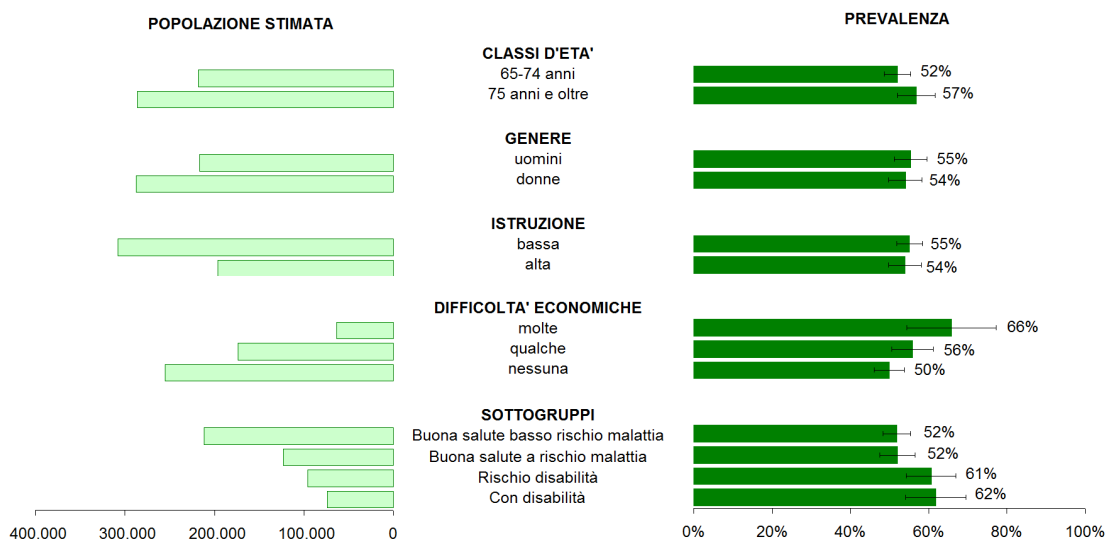
Ultimo controllo dell'assunzione di farmaci da parte del medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne per classe d'età. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

¹³ Tra le persone con 65 anni e più che hanno fatto uso di medicine negli ultimi 7 giorni

La prevalenza regionale di ultra 64enni a cui il medico di famiglia ha verificato l'assunzione dei farmaci negli ultimi 3 mesi è più elevata tra le persone con molte difficoltà economiche e tra quelle a rischio di disabilità e con disabilità.

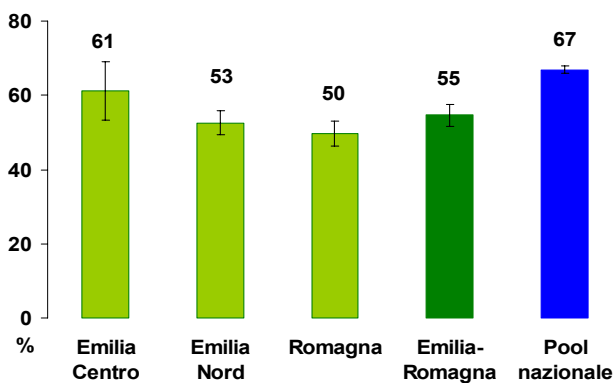
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si confermano le associazioni evidenziate.

Ultimo controllo dell'assunzione di farmaci da parte dal medico di famiglia negli ultimi 3 mesi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

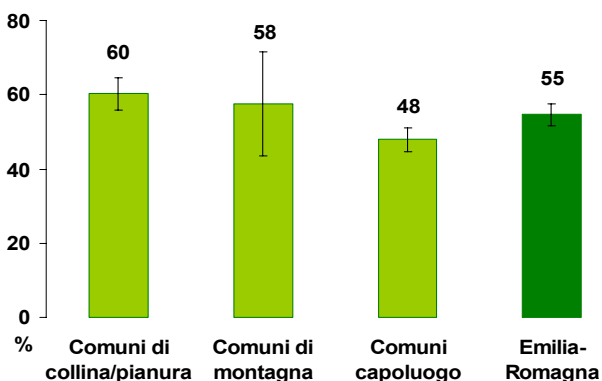


La prevalenza di persone ultra 64enni che hanno dichiarato che il medico di famiglia ha controllato l'assunzione dei

farmaci negli ultimi 3 mesi appare maggiore in Emilia Centro e più bassa nei Comuni capoluogo di provincia.



Ultimo controllo dell'assunzione di farmaci da parte dal medico di famiglia negli ultimi 3 mesi nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



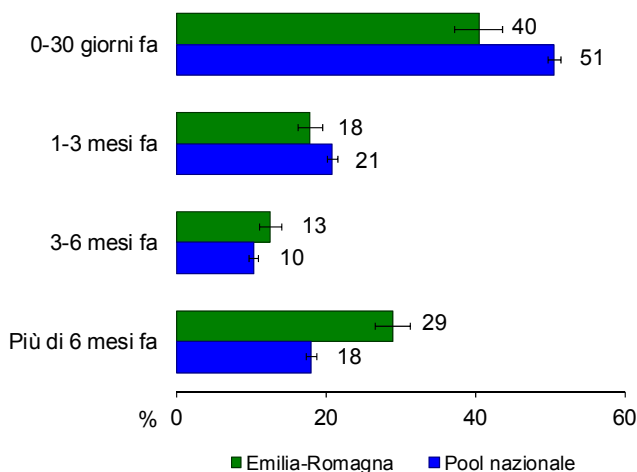
Ultimo controllo dell'assunzione di farmaci da parte dal medico di famiglia negli ultimi 3 mesi nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

L'ultima visita dal medico di famiglia

In Emilia-Romagna due quinti circa (40%) della popolazione ultra 64enne è stata visitata¹⁴ l'ultima volta dal medico di famiglia nell'ultimo mese, il 18% tra 1-3 mesi fa, il 13% tra 3-6 mesi e il 29% più di 6 mesi fa.

La frequenza regionale di ricorso al medico di famiglia è inferiore a quella registrata a livello nazionale.

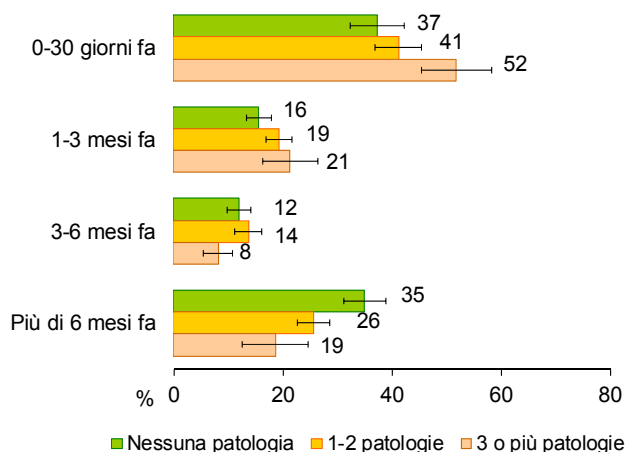
Il ricorso al medico cresce all'aumentare del numero di patologie di cui gli ultra 64enni sono affetti.



Ultima visita dal medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

In Emilia-Romagna la frequenza del ricorso al medico di famiglia per una visita cresce all'aumentare del numero di

patologie di cui gli ultra 64enni sono affetti.



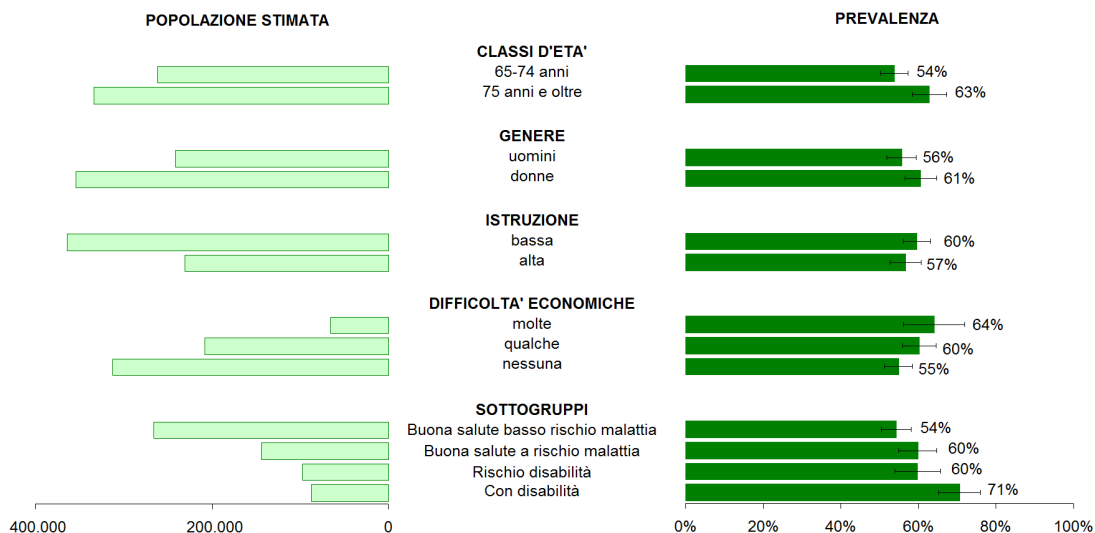
Ultima visita dal medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne per presenza di patologie croniche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

¹⁴ Per visita si intende un atto sanitario che non necessariamente comprende manovre, come ad esempio l'auscultazione con il fonendoscopio; non costituiscono però visite gli accessi dal medico per la sola misurazione della pressione o per la semplice ricettazione di farmaci

In Emilia-Romagna la prevalenza di ultra 64enni che si sono rivolti negli ultimi 3 mesi al medico di famiglia per una visita cresce con l'età ed è maggiore tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche e in quelle con disabilità.

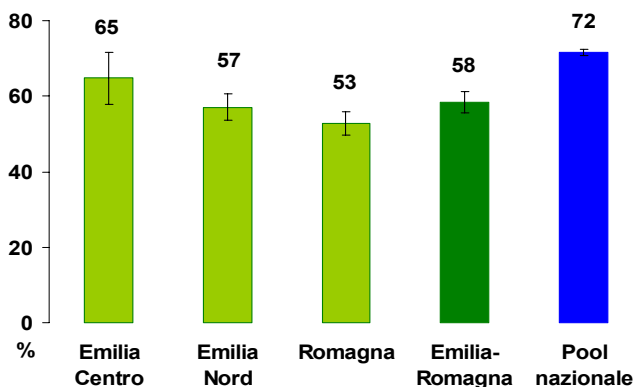
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classi d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione tra il ricorso negli ultimi 3 mesi al medico di famiglia per una visita e la classe d'età più avanzata.

Ultima visita dal medico di famiglia negli ultimi 3 mesi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

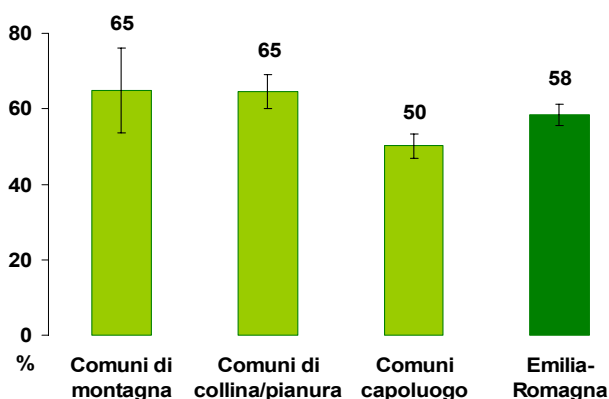


La prevalenza di ultra 64enni che si sono rivolti negli ultimi 3 mesi al medico di famiglia per una visita è più elevata

nell'Area Vasta Centro ed è inferiore nei Comuni capoluogo di provincia.



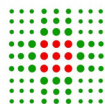
Ultima visita dal medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Ultima visita dal medico di famiglia nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Capitolo 3

Sicurezza e ambiente di vita



Fattori di natura sociale, economica e culturale, quali istruzione, occupazione, reddito, ambiente in cui si vive, risorse presenti nella comunità, contribuiscono a determinare il contesto in cui le persone nascono, crescono, vivono e invecchiano e influiscono sulle condizioni di salute.

Questi fattori sono associati ai principali indicatori di salute: la loro descrizione è pertanto utile a fornire l'immagine dell'esistente e consente di cogliere eventuali spunti per interventi di promozione della salute.

L'accessibilità dei servizi

La facilità di accesso ai servizi è un aspetto fondamentale per una società che intende garantire ai suoi cittadini pari opportunità di raggiungimento di uno standard minimo di benessere.

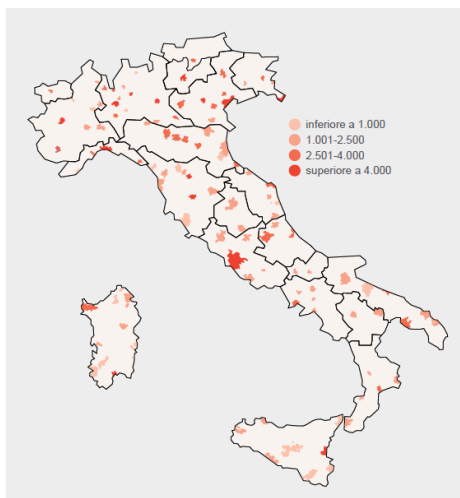
La disponibilità e la facilità di accesso ai servizi rappresenta uno degli strumenti di redistribuzione e di superamento delle disuguaglianze: l'inadeguata disponibilità di servizi pubblici colpisce

infatti particolarmente chi non ha risorse sufficienti per ricorrere ad alternative e aumenta il rischio di povertà e di esclusione.

Spostarsi con facilità sul territorio è uno dei requisiti per rendere accessibili i servizi, in particolare per le persone anziane. Il grado di efficienza della mobilità urbana è determinato dalle infrastrutture presenti e dal parco veicoli destinato al trasporto pubblico locale.

Un indicatore che misura il servizio di trasporto pubblico erogato è l'offerta di posti-chilometro¹, un indicatore che sintetizza la dotazione di veicoli, l'estensione della rete e la frequenza del servizio.

Le province dell'Emilia-Romagna offrono posti-km in maniera differenziata: la provincia di Forlì-Cesena offre meno di 1.000 posti-km, Ravenna, Ferrara e Piacenza offrono tra i 1.000 e i 2.500 posti-km, mentre le restanti offrono tra i 2.500 e 4.000 posti-km.



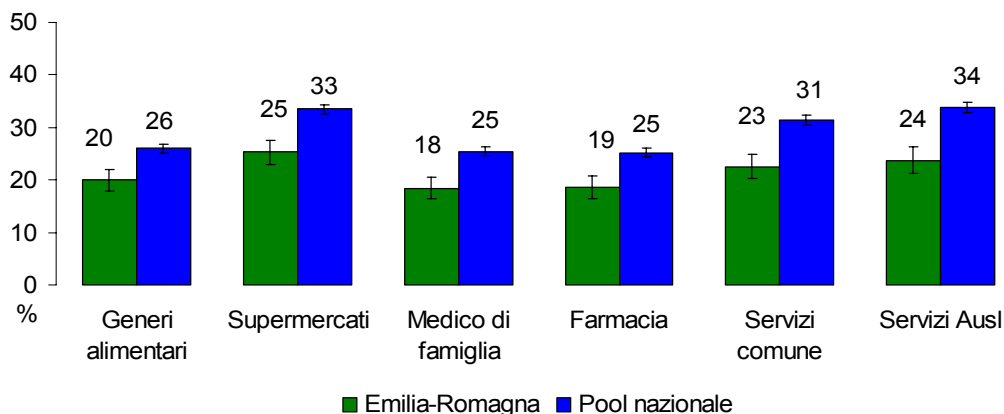
Offerta di posti-km delle reti di trasporto pubblico per capoluoghi di provincia. Istat 2011

¹ I posti-chilometro misurano il numero di posti disponibili per la popolazione sui mezzi di trasporto pubblico nell'arco dell'anno moltiplicato per i km percorsi.

In Emilia-Romagna, il 29% delle persone ultra 64enni ha difficoltà a raggiungere almeno uno dei servizi socio-sanitari o di

distribuzione alimentare; la situazione regionale è complessivamente migliore rispetto a quella nazionale.

Difficoltà di spostamento nel raggiungere i servizi nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13



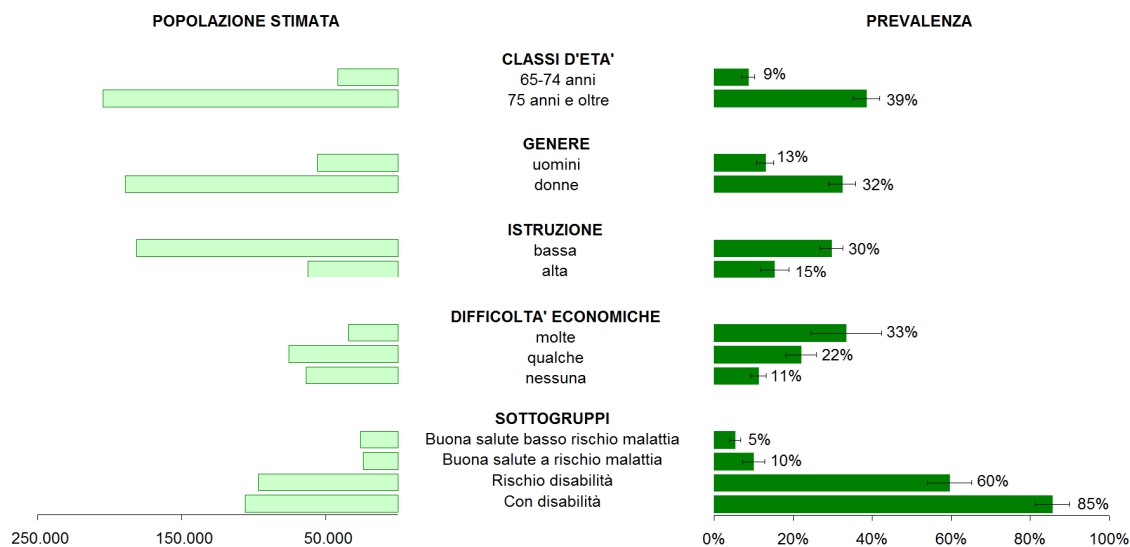
Considerando "in condizione di disagio" la persona con difficoltà a raggiungere almeno due dei servizi sopra elencati, risulta che circa un ultra 64enne su quattro (24%) vive questo disagio, pari a una stima di circa 244 mila persone in Regione.

Le difficoltà a raggiungere i servizi crescono con l'età e sono più frequenti nelle donne, nelle persone con livello d'istruzione basso, in quelle con

difficoltà economiche e soprattutto in quelle a rischio di disabilità o con disabilità.

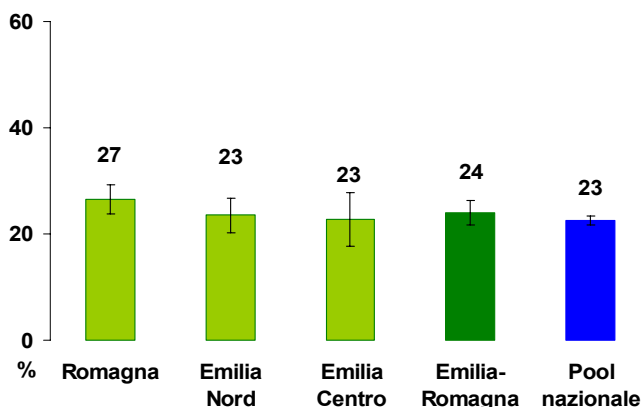
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per classe d'età, genere, istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione con la classe d'età 75 anni e più, il genere femminile, il basso titolo di studio e la presenza di molte difficoltà economiche.

Difficoltà a raggiungere due o più servizi nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13



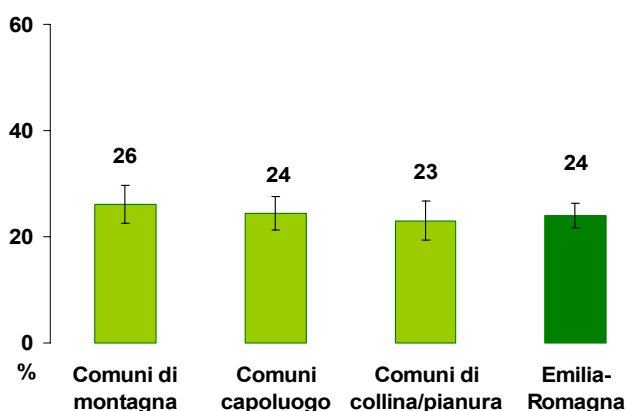
La presenza di difficoltà a raggiungere almeno due servizi mostra lievi differenze, non statisticamente significative, per Aree Vaste (con un

valore più alto in Romagna, 26%) e per zone territoriali omogenee (con un valore più alto nei Comuni di montagna, 25%).



Difficoltà a raggiungere due o più servizi nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste.

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13



Difficoltà a raggiungere due o più servizi nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee.

Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

Il trasporto sociale

La percentuale di persone ultra 64enni che negli ultimi 12 mesi hanno avuto la necessità di un servizio di trasporto sociale è pari al 6%, corrispondente a una stima di circa 61 mila persone in Regione.

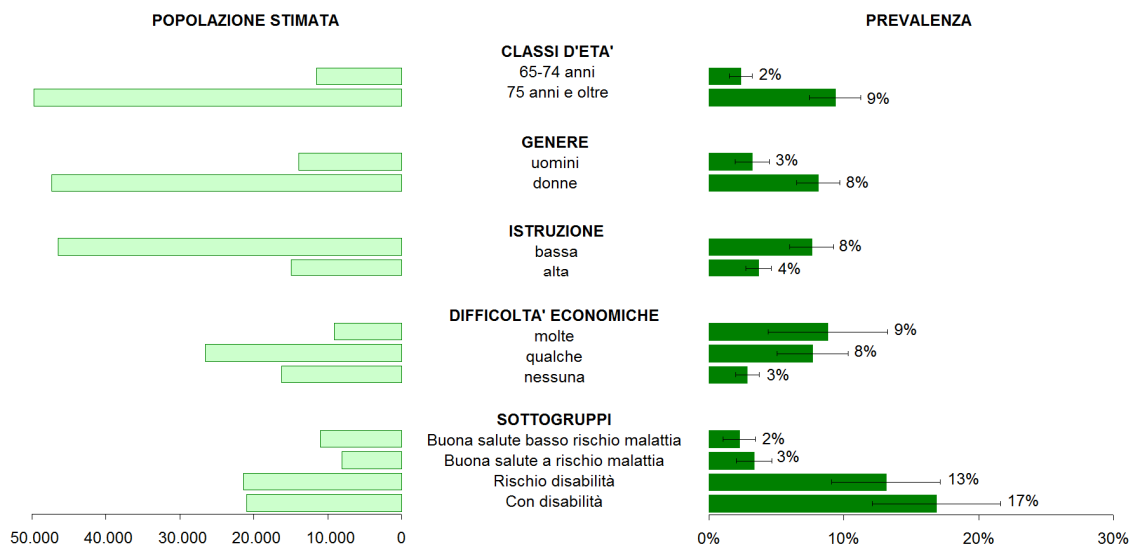
Le persone interessate sono più frequentemente nella classe degli ultra 74enni, donne, con basso livello

d'istruzione, difficoltà economiche e disabilità.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classe d'età, livello di istruzione e difficoltà economiche, si confermano le associazioni con la fascia d'età più avanzata, il genere femminile, il basso titolo di studio e le molte difficoltà economiche.

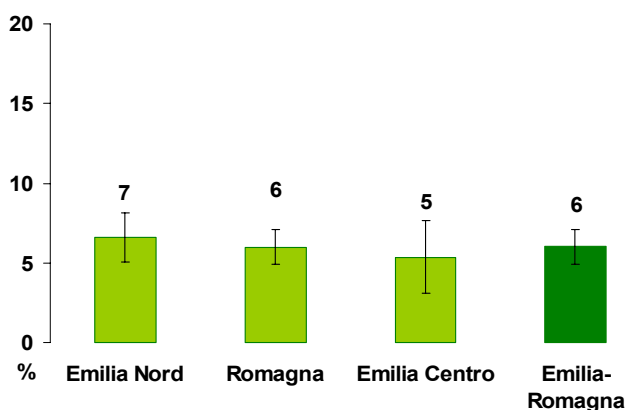
² Si definisce trasporto sociale un mezzo che viene direttamente a casa per portare le persone a uffici pubblici, a votare al cinema, a un centro ricreativo a fare esami o visite mediche.

Necessità di trasporto sociale nell'ultimo anno nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

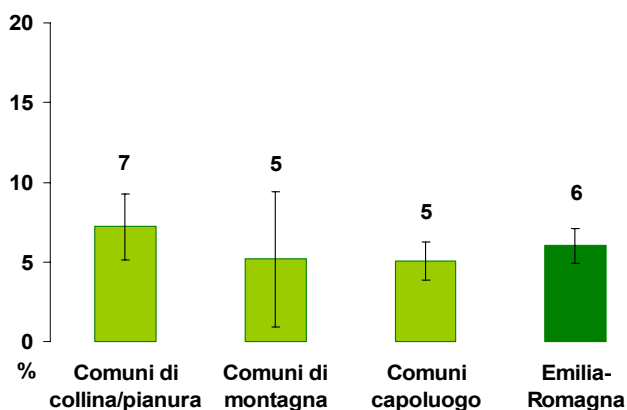


A livello regionale la prevalenza di persone ultra 64enni che hanno avuto necessità del servizio di trasporto sociale negli ultimi 12 mesi mostra

differenze territoriali non significative sia per Aree Vaste sia per zone geografiche omogenee.



Necessità di trasporto sociale nell'ultimo anno nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

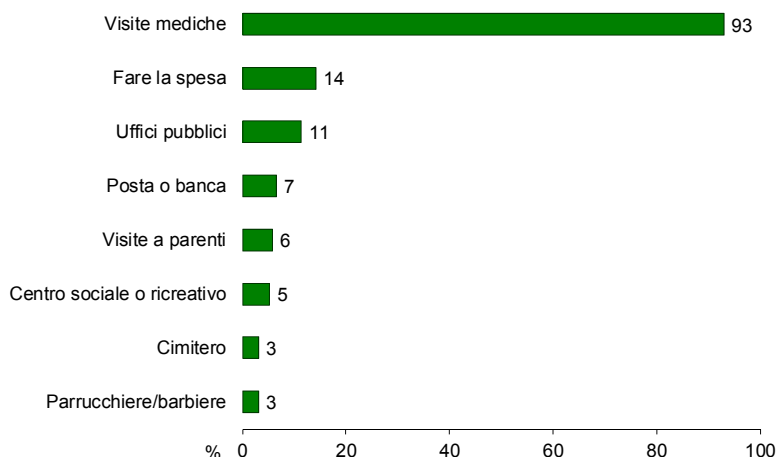


Necessità di trasporto sociale nell'ultimo anno nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

Alla necessità di trasporto sociale non consegue sempre un effettivo utilizzo: poco più della metà delle persone ultra 64enni (58%) che ha riferito di averne avuto la necessità ne ha veramente

usufruito, pari a una stima di circa 35 mila persone.

I principali motivi per cui si è ricorso al trasporto sociale sono legati principalmente al trasporto per visite o esami medici (93%).

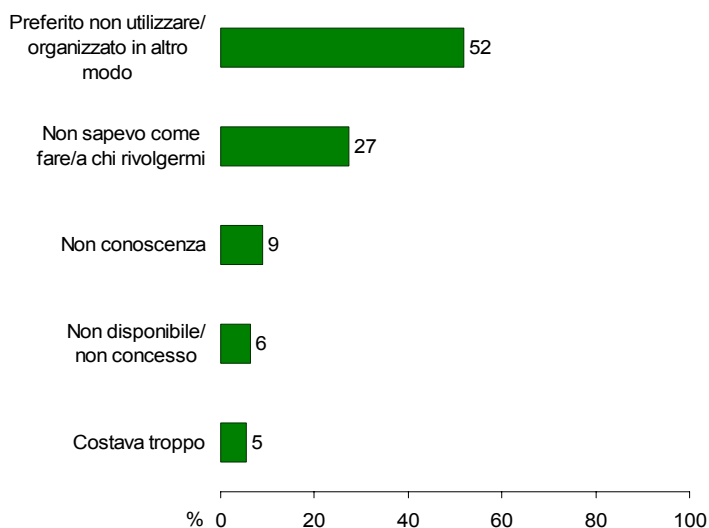


Motivo per il quale si è usufruito del trasporto sociale nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Circa 4 persone su dieci (42%) che avrebbero avuto necessità di trasporto sociale nell'ultimo anno non ne hanno effettivamente usufruito.

I motivi di non ricorso a questo servizio nonostante la necessità sono diversi: il

principale è l'essersi organizzati in un altro modo (52%), a cui segue il non sapere come fare (27%), la non conoscenza del servizio (9%), la non disponibilità del servizio (6%) e un costo troppo elevato (5%).



Motivo per il quale non si è usufruito del trasporto sociale nonostante la sua necessità nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

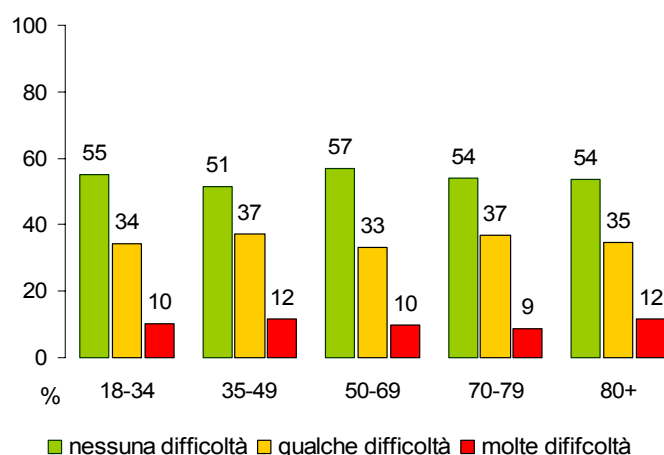
La condizione economica

«Le politiche favorevoli a un invecchiamento attivo devono inserirsi in un insieme più vasto di azioni volte a ridurre la povertà in ogni età. Se i poveri, in qualsiasi età, sono più esposti al rischio di malattia e di disabilità, le persone anziane sono particolarmente vulnerabili.»

(OMS, *Invecchiare restando attivi. Quadro d'orientamento*)

Il benessere economico

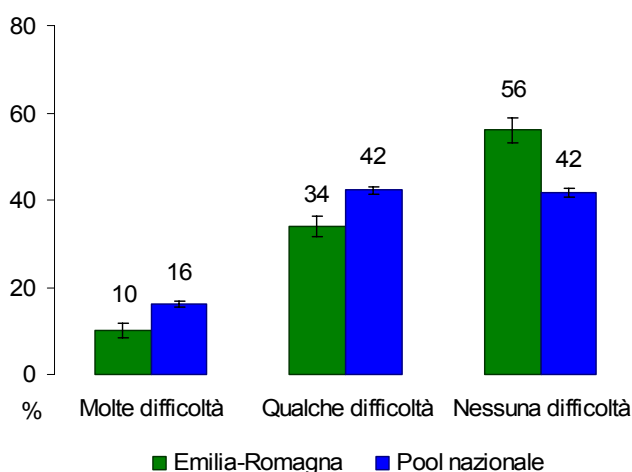
In Emilia-Romagna, più della metà (56%) della popolazione ultra 64enne non presenta alcuna difficoltà economica³; circa un terzo (34%) ha riferito, invece, qualche difficoltà e una persona su dieci (10%) molte difficoltà. La distribuzione della presenza di difficoltà economiche non presenta particolari differenze per classe d'età, anche considerando la popolazione più giovane (18-69 anni).



Difficoltà economiche per età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianze PASSI (2010-13) per i 18-69enni e PASSI d'Argento (2012-13) per gli ultra 69enni

A livello regionale la percentuale di ultra 64enni che hanno riferito qualche o molte difficoltà economiche è

significativamente minore rispetto a quella registrata a livello nazionale.



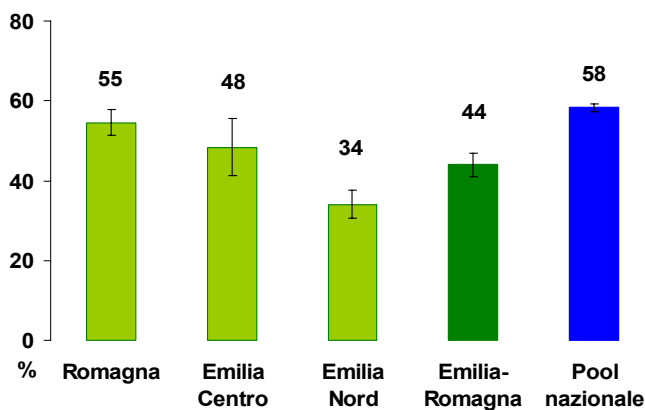
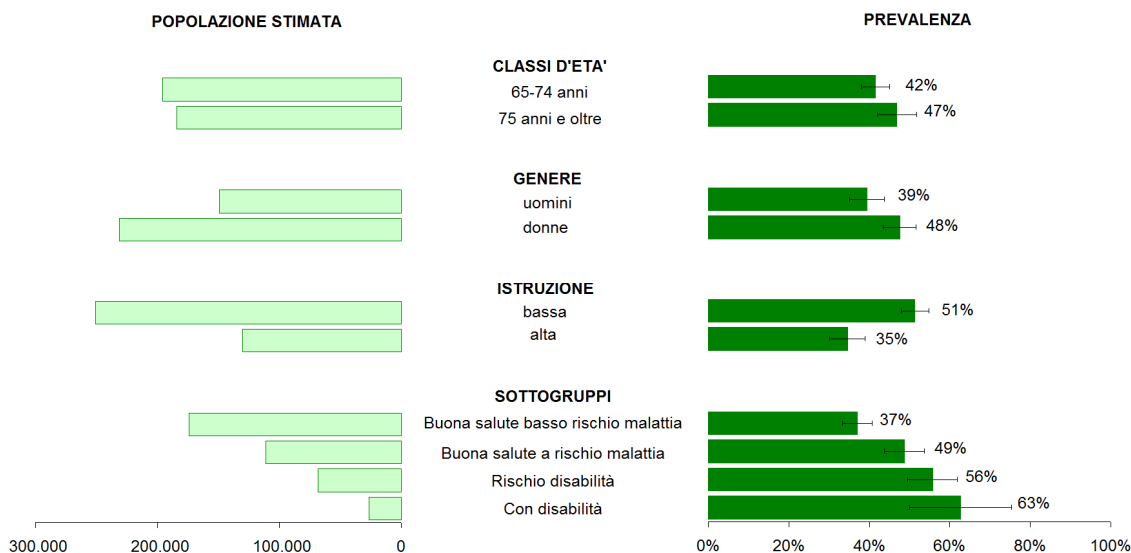
Difficoltà economiche nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

³ La domanda sulla capacità economica di arrivare a fine mese viene fatta solamente alle persone ultra 64enni che rispondono dall'inizio alla fine, cioè senza ricorrere a un proxy

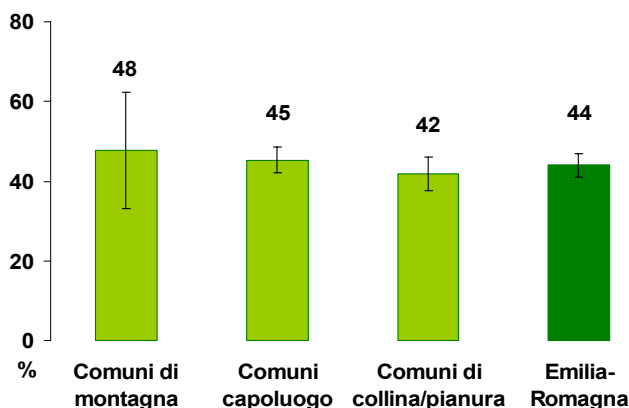
La prevalenza di difficoltà economiche è maggiore tra le donne, le persone con basso titolo di studio e aumenta al peggiorarsi delle condizioni di salute: si

passa dal 37% tra le persone in buona salute e a basso rischio di malattia al 63% tra quelle con disabilità.

Presenza di difficoltà economiche nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Presenza di difficoltà economiche nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Presenza di difficoltà economiche nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Le risorse economiche: le pensioni

Per la maggior parte delle persone anziane la pensione rappresenta la principale risorsa economica.

Secondo gli ultimi dati INPS disponibili (2011), i pensionati ultra 64enni residenti in Regione corrispondono al 94% della popolazione ultra 64enne; la pensione media stimata è pari a 17.053 euro

all'anno, superiore alla media nazionale di 16.280 euro.

Le donne rappresentano la quota maggioritaria sul totale dei pensionati (57%), ma gli uomini percepiscono il 60% dei redditi pensionistici: l'importo medio per gli uomini supera i 20.000 euro all'anno, per le donne è di poco inferiore ai 15.000 euro, con una differenza di quasi 6.000 euro annui (485 euro al mese).

Numero pensionati e pensione annua media per genere e età. Emilia-Romagna. INPS 2011

Classe d'età	Uomini		Donne		Totale	
	numero pensionati	importo medio	numero pensionati	importo medio	numero pensionati	importo medio
65-74	219.886	21.820 €	227.941	13.838 €	447.827	17.757 €
75 e oltre	201.336	18.680 €	309.287	14.974 €	510.623	16.435 €
Totale	421.222	20.319 €	537.228	14.492 €	958.450	17.053 €

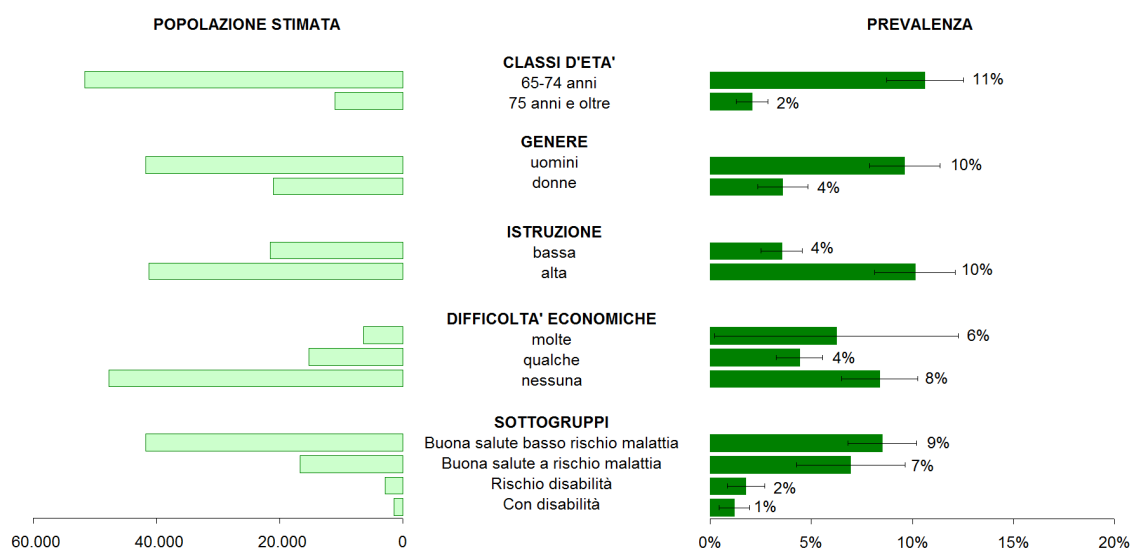
Le risorse economiche: il lavoro

Dai dati PASSI d'Argento emerge che in Emilia-Romagna una piccola quota di persone ultra 64enni (6%) ha svolto un lavoro retribuito negli ultimi 12 mesi.

Il lavoro retribuito è più frequente nella classe d'età 65-74 anni, negli uomini, nelle persone con un alto livello d'istruzione e in buono stato di salute.

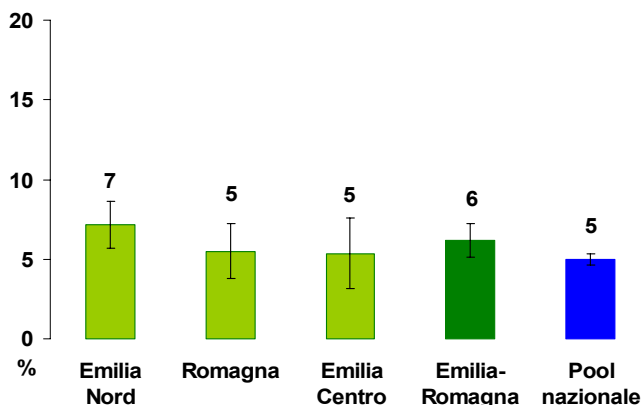
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classe d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si registra un'associazione statisticamente significativa con la fascia d'età 65-74 anni, il genere maschile e l'alto livello d'istruzione.

Lavoro retribuito nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

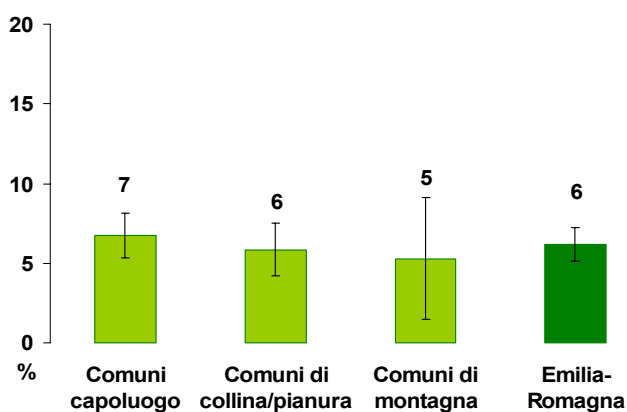


La frequenza di lavoro retribuito non mostra differenze significative a livello

regionale ed è in linea col dato nazionale (5%).



Lavoro retribuito nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

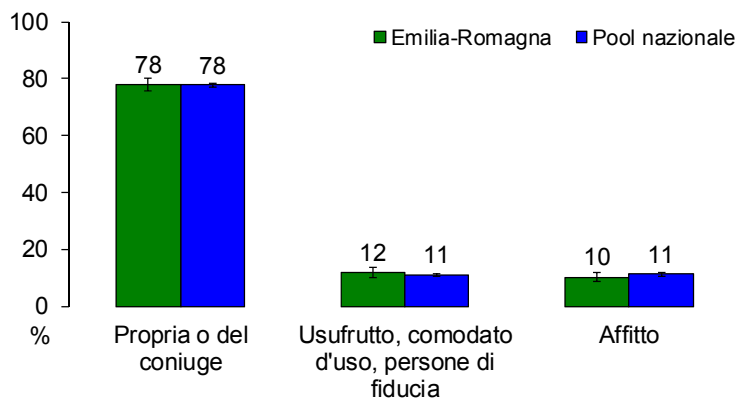


Lavoro retribuito nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

Le risorse economiche: la casa

La proprietà dell'abitazione di residenza rappresenta la principale componente della ricchezza delle famiglie italiane. In Italia la quota di famiglie che vivono in abitazioni di proprietà (72%) è superiore a quella osservata nell'Area Euro (67%).

Secondo i dati della sorveglianza PASSI d'Argento, in Emilia-Romagna il 78% delle persone ultra 64enni vive in un'abitazione propria o del coniuge, il 12% abita in case di persona di fiducia o in usufrutto o comodato d'uso e il 10% paga un affitto; i valori sono sovrapponibili a quelli nazionali.

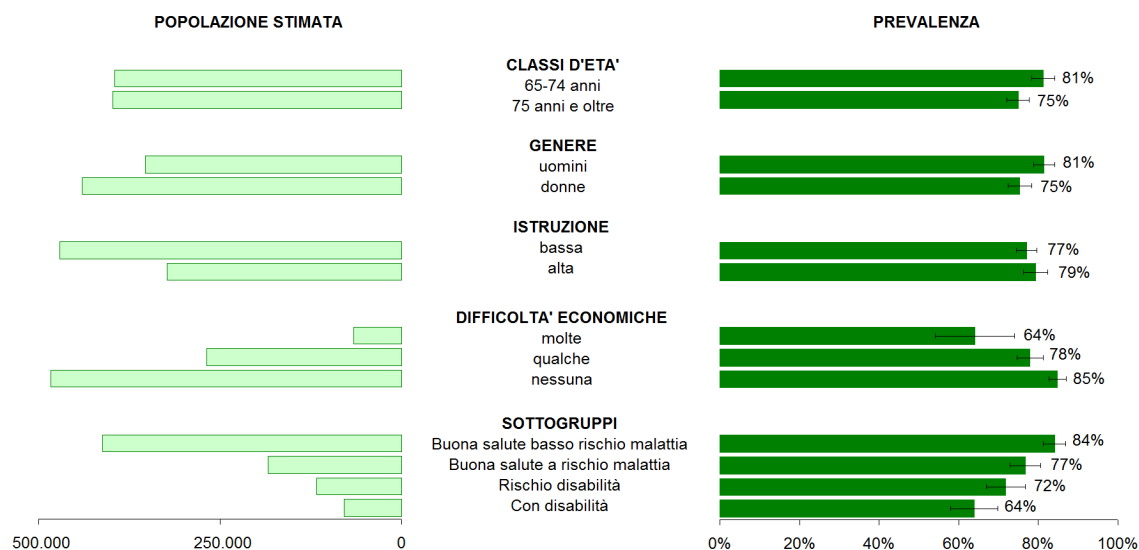


Proprietà della casa nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza di ultra 64enni che vivono in una casa di proprietà è più elevata nella classe di età 65-74 anni, tra gli uomini, tra le persone senza difficoltà economiche e senza disabilità. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

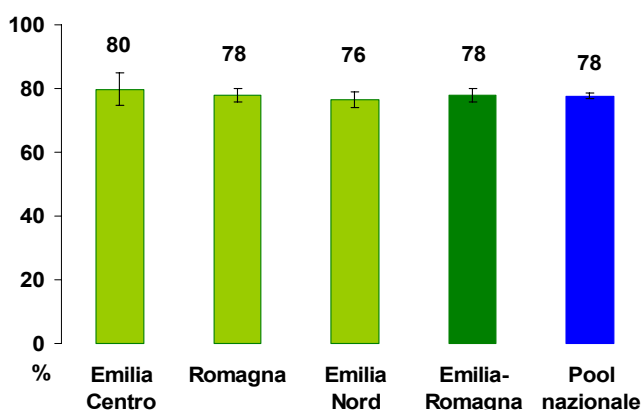
genere, classe d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si confermano le associazioni con la fascia d'età 65-74 anni, il genere maschile e l'assenza di difficoltà economiche.

Popolazione ultra 64enne che vive in un'abitazione di sua proprietà per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

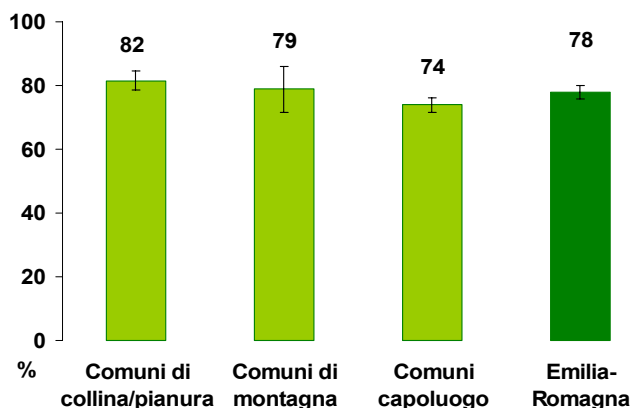


La prevalenza di persone ultra64enni che vivono in una casa di proprietà non mostra differenze significative per Aree Vaste regionali, mentre risulta essere

significativamente inferiore nei Comuni capoluogo rispetto ai Comuni di montagna e a quelli di pianura/collina.



Popolazione ultra 64enne che vive in un'abitazione di sua proprietà per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

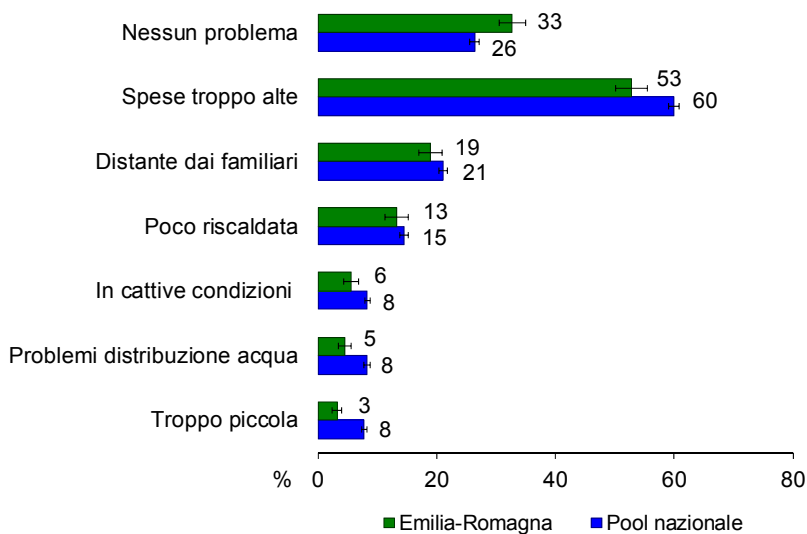


Popolazione ultra 64enne che vive in un'abitazione di sua proprietà per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Problemi connessi con l'abitazione

Circa un terzo (33%) degli ultra 64enni residenti in Emilia-Romagna non presenta problemi connessi all'abitazione, valore superiore a quello registrato a livello nazionale (26%).

Il restante 67%, invece, ha riferito almeno un problema; il più frequente è quello relativo alle spese troppo alte (53%), seguito dalla distanza dai familiari (19%).



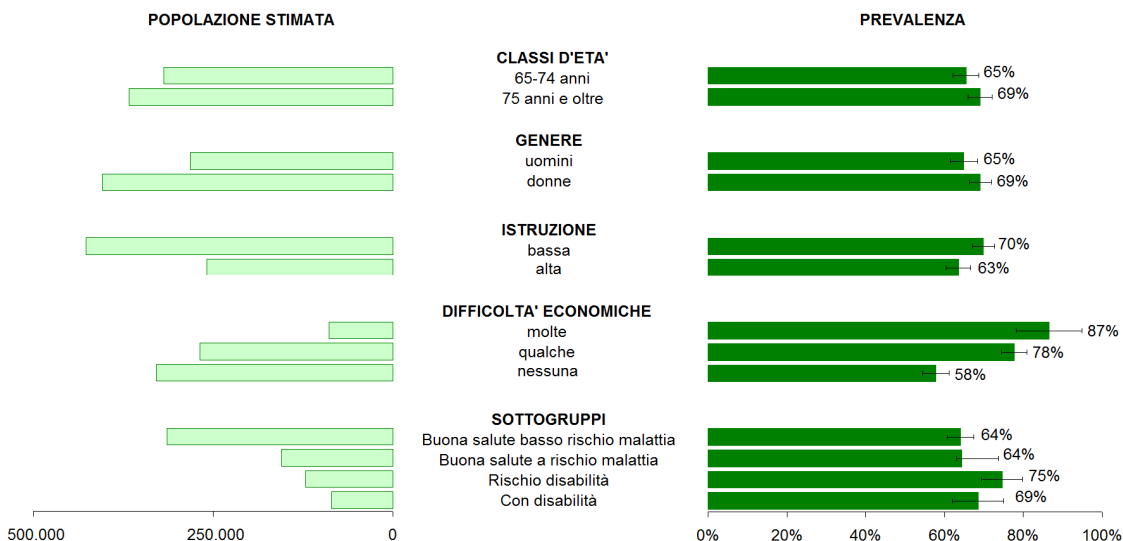
Problemi connessi all'abitazione nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

Il verificarsi di un problema relativo alla propria abitazione risulta più frequente tra le persone con basso livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

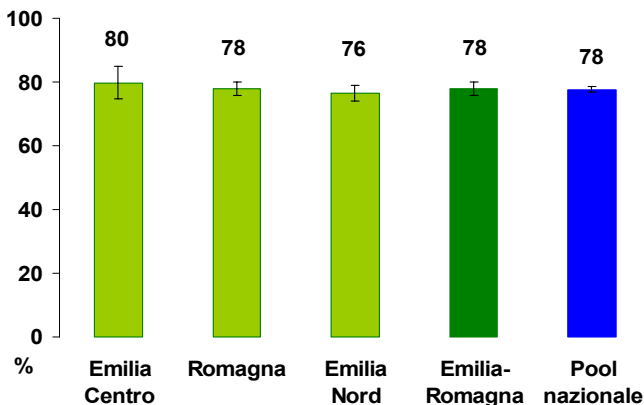
classe d'età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche, emerge un'associazione significativa tra la presenza di almeno un problema e le molte difficoltà economiche.

Popolazione ultra 64enne con almeno un problema nell'abitazione per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

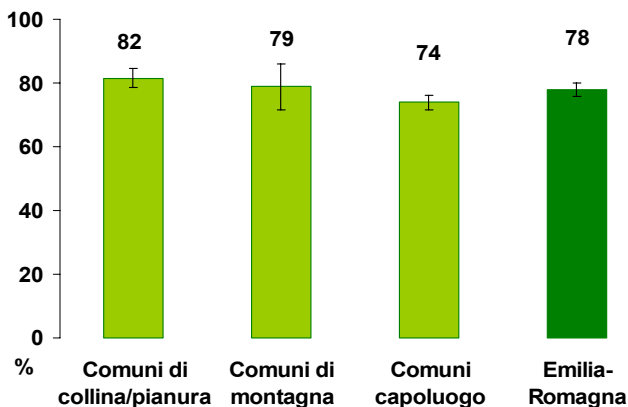


A livello regionale sono presenti lievi differenze territoriali sia per Aree Vaste (valore più alto in Emilia Centro 71%) sia

per zone omogenee territoriali (valore più alto nei Comuni di collina/pianura 69%).



Popolazione ultra 64enne con almeno un problema nell'abitazione per Aree Vaste regionali. PASSI d'Argento 2012-13

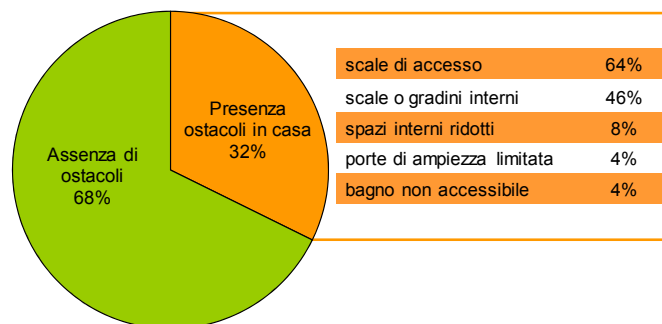


Popolazione ultra 64enni con almeno un problema nell'abitazione per zone omogenee territoriali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Ostacoli presenti nell'abitazione

In Emilia-Romagna circa un terzo (32%) delle persone ultra 64enni ha dichiarato la presenza di ostacoli nella propria

abitazione: gli ostacoli più frequenti sono rappresentati dai problemi di accesso all'abitazione (64%) e la presenza di scale o gradini interni (46%).

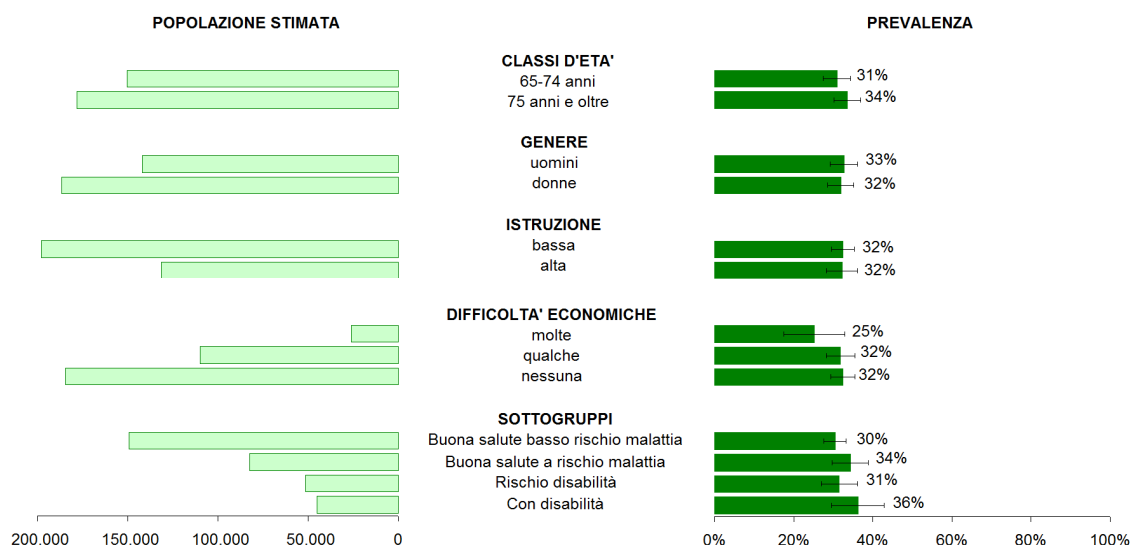


Presenza di ostacoli nell'abitazione nella popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

La presenza di ostacoli nella propria abitazione non risulta essere correlata con le caratteristiche socio-demografiche e anche dall'analisi

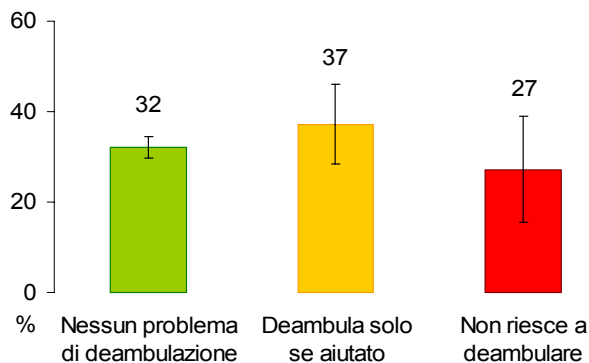
statistica multivariata, fatta utilizzando il modello di regressione logistica, non emergono associazioni significative.

Presenza di ostacoli presenti nell'abitazione nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13



Tra le persone con 65 anni e oltre aventi grossi problemi di deambulazione circa una su quattro (27%) presenta nella propria abitazione ostacoli che limitano la mobilità, questa percentuale sale al 37% tra chi riesce a spostarsi da una stanza all'altra solamente se aiutato.

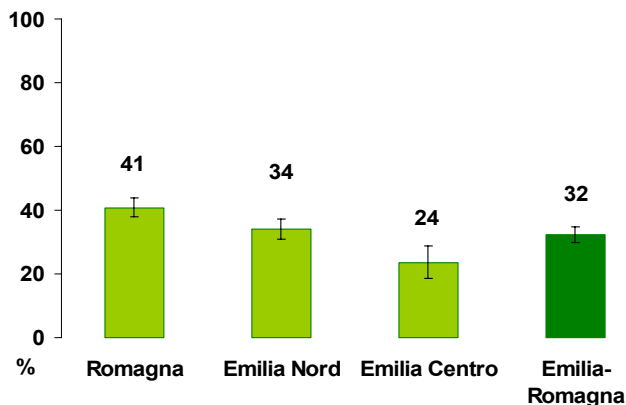
Tra gli ultra 64enni con problemi di vista il 37% vive in una casa che presenta ostacoli per la mobilità; questa prevalenza è simile (35%) tra coloro che hanno paura di cadere e più elevata tra chi è caduto nell'ultimo mese (40%).



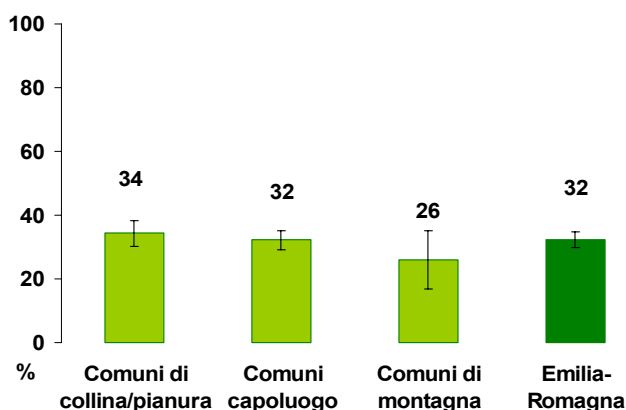
Presenza di ostacoli presenti nell'abitazione nella popolazione ultra 64enne con problemi di deambulazione. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

A livello regionale la prevalenza di persone che dichiarano ostacoli nella propria abitazione presenta differenze rilevanti per Aree Vaste (41% Romagna, 34% Emilia-Nord e 24% Emilia-Centro),

più sfumate per zone territoriali omogenee (34% Comuni di collina/pianura, 32% Comuni capoluogo e 26% in quelli di montagna).



Presenza di ostacoli presenti nell'abitazione nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13



Presenza di ostacoli presenti nell'abitazione nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

Lavori in casa per agevolare gli spostamenti

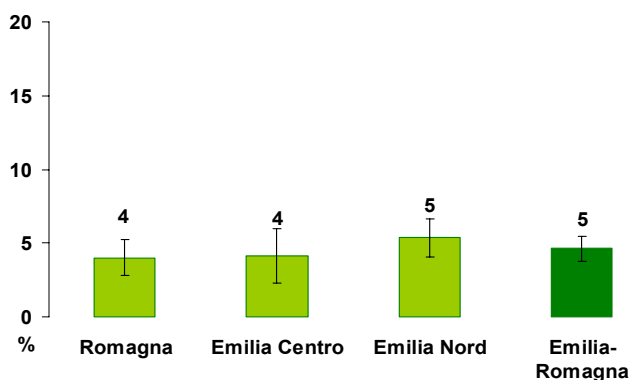
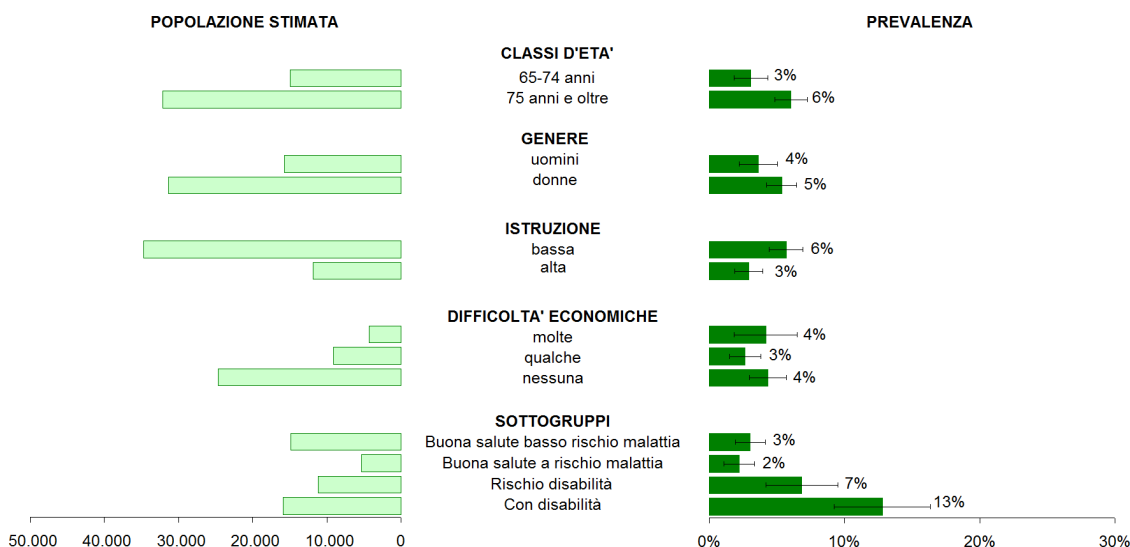
Una piccola quota di persone ultra 64enni (5%) riferisce di aver fatto dei lavori in casa per agevolare gli spostamenti: tra le persone con problemi di deambulazione la quota sale al 18%. La percentuale di persone che hanno eseguito lavori in casa è più alta nelle persone ultra 74enni, con un basso

livello d'istruzione e in quelle a rischio disabilità o con disabilità.

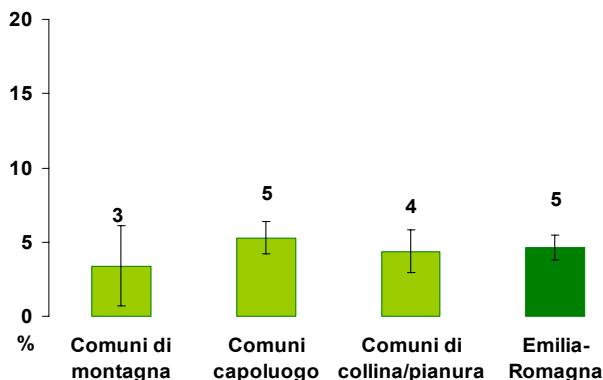
Analizzando i dati in un modello di regressione logistica multivariata, non sono emerse associazioni significative con le caratteristiche socio-demografiche indagate.

Le differenze territoriali per Aree Vaste e per zone geografiche omogenee non sono significative.

Lavori in casa per agevolare gli spostamenti nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13



Lavori in casa per agevolare gli spostamenti nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13



Lavori in casa per agevolare gli spostamenti nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

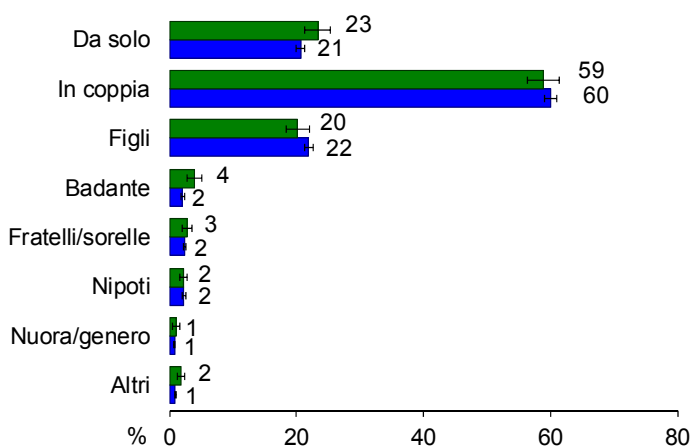
La famiglia

Ancora oggi in Italia il benessere delle persone ultra 64enni rimane legato all'ambiente familiare in cui vivono: la famiglia continua a svolgere la primaria azione di cura e di assistenza, rappresentando l'elemento essenziale per una qualità di vita soddisfacente.

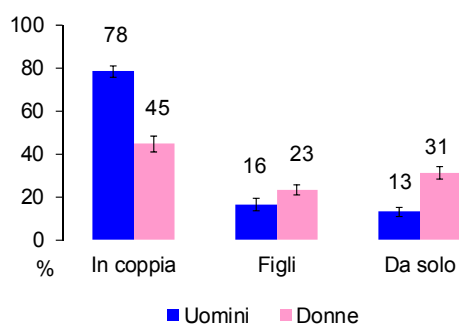
Proprio nell'ambito familiare, la persona ha la possibilità di continuare a esercitare un ruolo attivo con uno scambio di esperienze e di disponibilità di tempo.

In Emilia-Romagna circa un quarto (23%) degli ultra 64enni vive da solo; oltre la metà (59%), invece, vive con il coniuge/compagno e un quinto (20%) vive con figli; è poco diffusa la convivenza con una badante (4%), fratelli /sorelle (3%) o altre persone (2%)⁴.

La maggioranza degli uomini (78%) vive ancora in coppia, contro il 45% delle donne.



Con chi convivono le persone ultra64enni. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Con chi convivono le persone ultra64enni per genere. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Circa una persona ultra 64enne su 5 (19%) reputa di abitare troppo lontano dai familiari.

La quasi totalità (99%) delle persone ultra 64enni riceve nella vita quotidiana qualche forma di aiuto o assistenza: dal supporto nei lavori domestici, a fare la spesa, cucinare, pulire la casa, al disbrigo di pratiche burocratiche, alle

azioni quotidiane (igiene personale, deambulazione, alimentazione, ecc).

Nell'aiuto ricevuto è essenziale il ruolo dei familiari (85%); anche le reti amicali e di vicinato forniscono un buon supporto (13%) e sono importanti soprattutto in chiave relazionale, contribuendo ad ampliare le interazioni della persona e ad arricchire il suo tessuto sociale di riferimento.

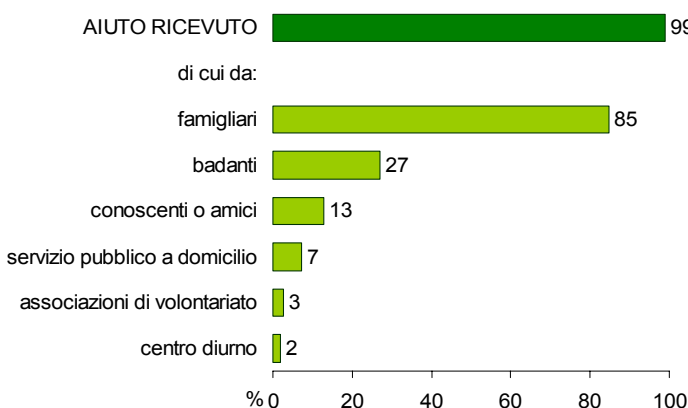
⁴ Ad eccezione del vivere da soli, le restanti voci non sono esclusive

Circa un terzo delle persone ultra 64enni riceve aiuto/assistenza da una badante (27%). Meno diffuso, invece, è il ricorso all'aiuto fornito dal servizio pubblico, come operatori dell'Azienda sanitaria o del Comune, e, ancor meno, a quello del volontariato.

L'aiuto ricevuto è ritenuto sempre almeno sufficiente e nella maggior parte dei casi buono (80%).

In una situazione di allungamento della vita in buona salute, le persone ultra 64enni molto spesso sono coinvolte come persone che offrono l'aiuto necessario e rappresentano pertanto una risorsa per la comunità stessa.

In Regione, analogamente a quanto si verifica in Italia, più di un terzo (37%) delle persone ultra 64enni svolge un ruolo attivo nel supporto e nella cura di familiari o altre persone: congiunto, nipoti, figli, amici ecc.



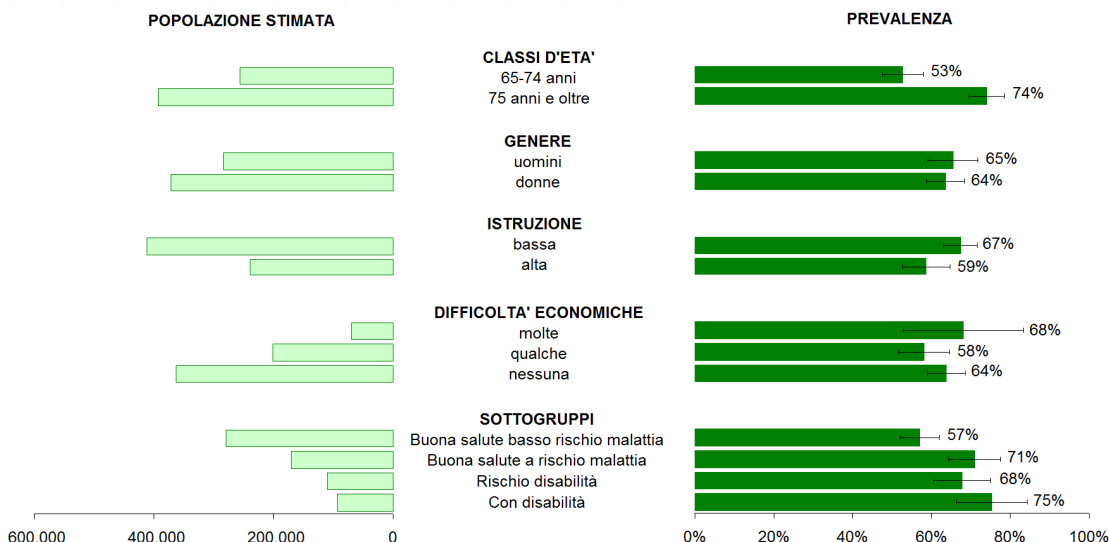
Aiuto ricevuto dalla popolazione ultra 64enne. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Programmi di intervento sociale: la vaccinazione

In Emilia-Romagna il 64% delle persone ultra 64enni⁵ ha dichiarato di essersi vaccinato contro l'influenza nella campagna vaccinale 2011-2012; il dato è superiore rispetto a quello nazionale (68%) ma rimane al di sotto del livello raccomandato (75%).

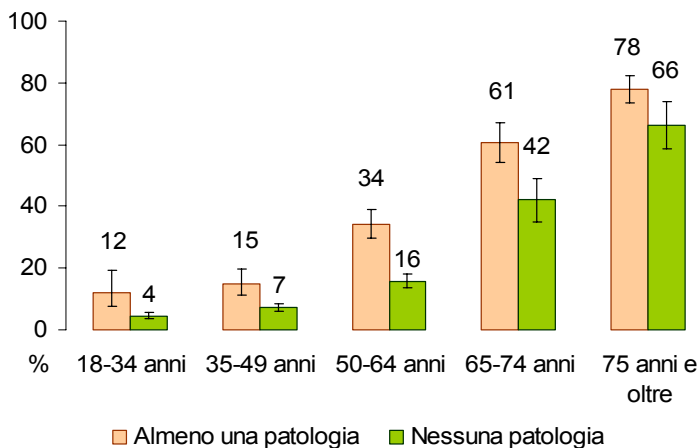
La copertura vaccinale è maggiore nella classe d'età 75 anni e oltre, nelle persone con basso livello d'istruzione e in quelle a rischio di disabilità o disabili. Correggendo i dati per classe d'età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche in un modello di regressione logistica multivariata, si conferma l'associazione solo con la classe d'età 75 anni e più.

Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012



La prevalenza di ultra 64enni vaccinati contro l'influenza è maggiore tra le persone con patologie croniche (71%) rispetto a quelle che non ne presentano

alcuna (54%); questa differenza è presente anche sotto i 65 anni (rispettivamente 24% e 9%).

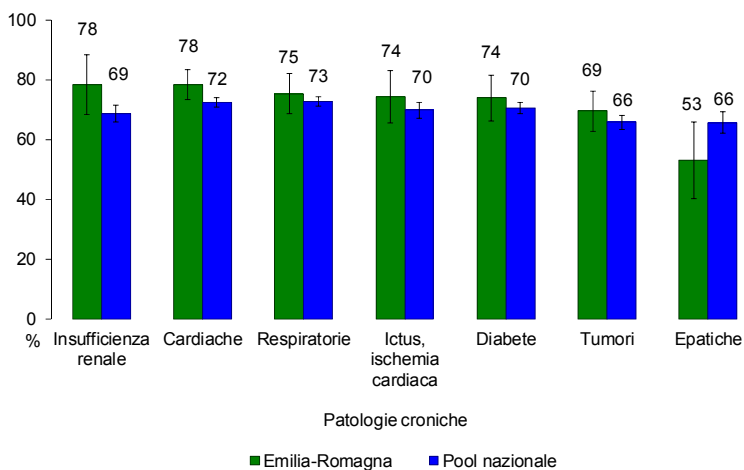


Vaccinazione antinfluenzale per classe d'età. Emilia-Romagna, dati delle sorveglianze di popolazione PASSI 2010-13 (18-64 anni) e PASSI d'Argento 2012 (65 anni e oltre)

Tra le persone ultra 64enni affette da patologie croniche la copertura vaccinale è superiore in quelle con insufficienza renale o malattia cronica cardiaca (78%) e inferiore in quelle con tumori (69%);

quest'ultima è addirittura inferiore alla media in chi è affetto da insufficienza renale (53%).

A livello nazionale si registrano percentuali leggermente inferiori.

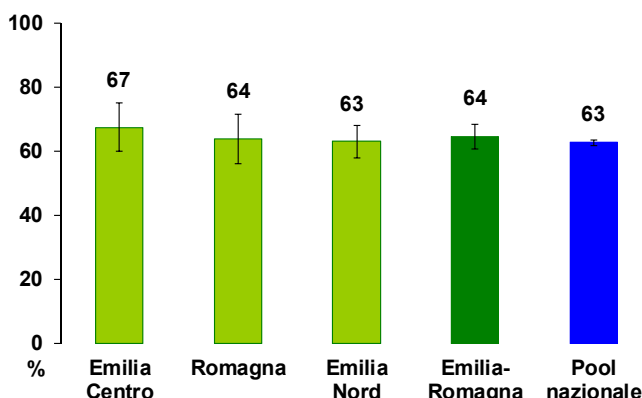


Vaccinazione antinfluenzale per tipo di patologia cronica. PASSI d'Argento 2012

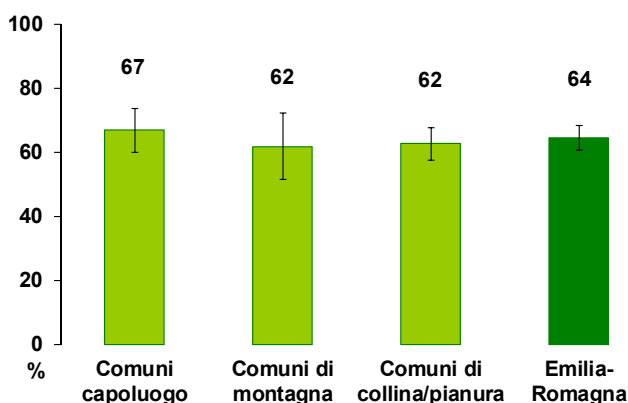
⁵ Sono state considerate solo le interviste condotte tra aprile e settembre 2012

A livello regionale la prevalenza di persone ultra 64enni vaccinate non mostra differenze significative per Aree

Vaste regionali e per zone geografiche omogenee.



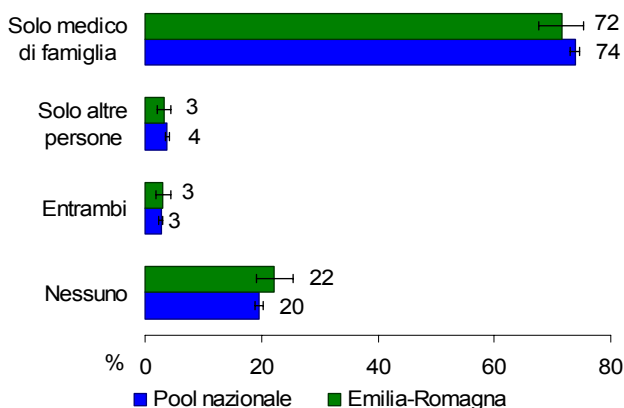
Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione ultra64enne per Aree Vaste regionali. PASSI d'Argento 2012



Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione ultra64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012

In Emilia-Romagna oltre tre persone ultra 64enni su quattro (78%) ha ricevuto il consiglio di vaccinarsi contro l'influenza. La figura che consiglia principalmente (75%) di eseguire la vaccinazione

antinfluenzale è il medico di medicina generale (MMG); un 6% ha ricevuto il suggerimento da altre persone. A livello nazionale si registrano percentuali simili a quelle regionali.



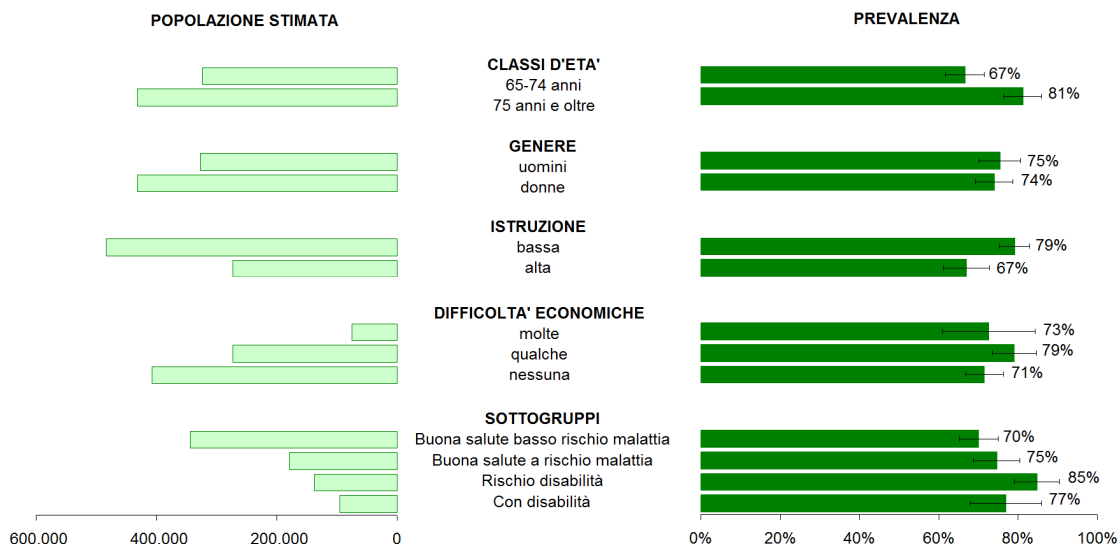
Consiglio di vaccinarsi contro l'influenza. PASSI d'Argento 2012

Il consiglio del medico risulta più frequente nella classe d'età 75 anni e più, tra le persone con basso livello d'istruzione.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per

classe d'età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si confermano le associazioni con classe d'età 75 anni e più e la bassa istruzione.

Consiglio medico di eseguire la vaccinazione antinfluenzale nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

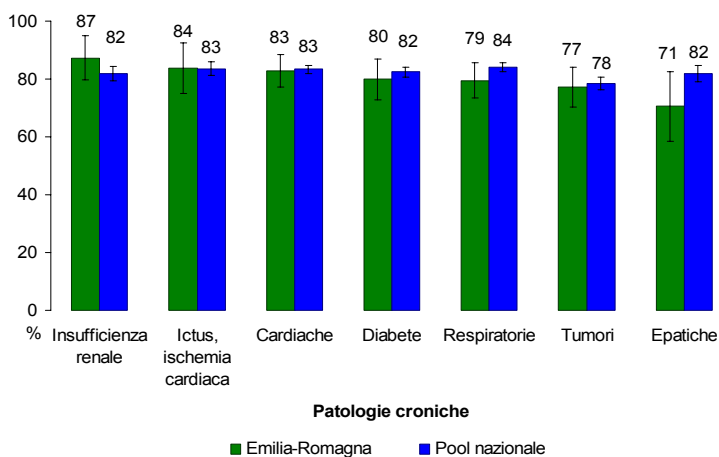


Il consiglio sanitario è stato dato in percentuale maggiore agli ultra 64enni con patologie croniche: è del 76% tra le persone affette da una malattia e sale all'85% tra quelle con tre o più (69% tra chi non ne ha riferita alcuna).

Questa percentuale è più alta tra chi soffre di insufficienza renale (87%) o di

malattie cardiache (83%) o ha avuto un ictus o un'ischemia cerebrale (84%); si registra un valore più basso tra chi ha avuto diagnosi di tumore (77%) o di patologia epatica (71%).

A livello nazionale non si registrano valori significativamente dissimili da quelli regionali

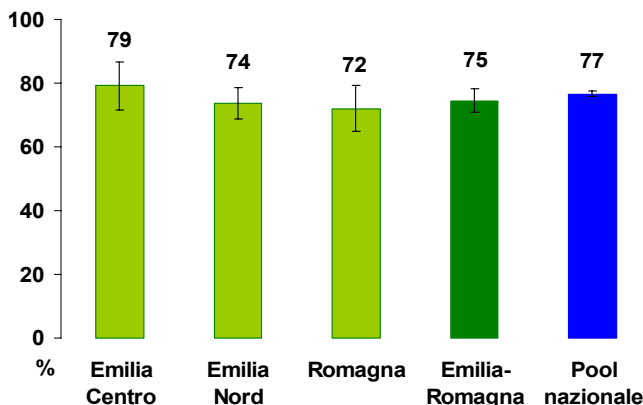


Consiglio medico di vaccinarsi contro l'influenza nella popolazione ultra 64enne con patologie croniche.

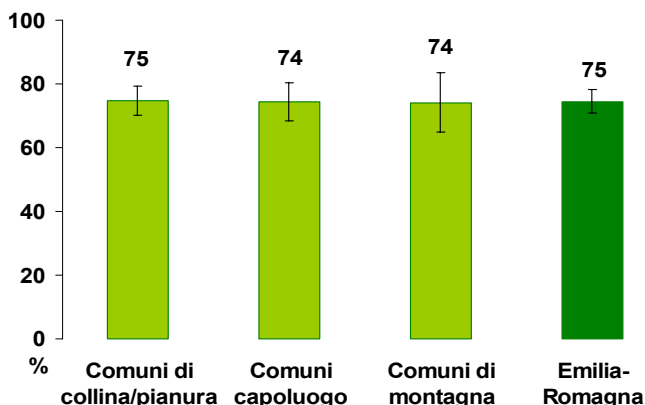
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

A livello regionale la prevalenza di persone ultra 64enni consigliate dal medico a vaccinarsi contro l'influenza

mostra lievi differenze territoriali sia per Aree Vaste sia per zone territoriali.



Consiglio medico di vaccinarsi contro l'influenza nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali.
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



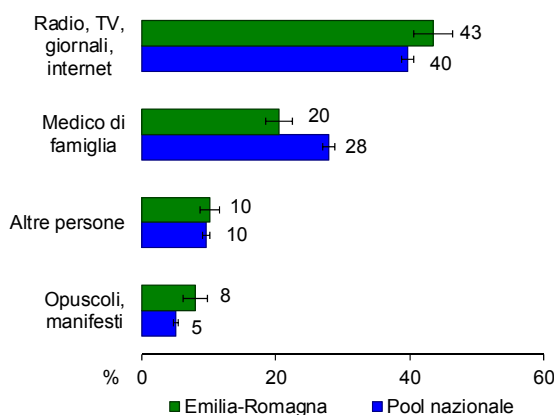
Consiglio medico di vaccinarsi contro l'influenza nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee.
Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Programmi di intervento sociale: le ondate di calore

Il 62% delle persone ultra 64enni ha dichiarato di aver ricevuto consigli per la prevenzione delle ondate di calore: il 20% dal medico di famiglia, il 10% da

altre persone, l'8% tramite opuscoli e il 43% attraverso radio, TV o giornali.

A livello nazionale è maggiore la percentuale di ultra 64enni che hanno ricevuto il consiglio da parte del medico di famiglia.



Consigli per la prevenzione delle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne.
Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2012-13

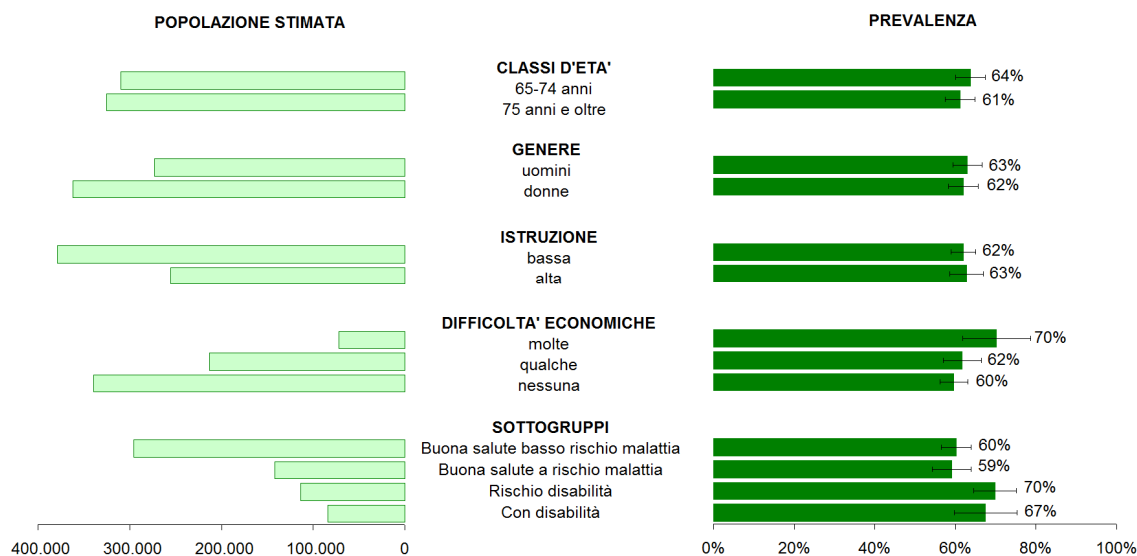
La prevalenza di persone con 65 anni e oltre che hanno ricevuto informazioni su come proteggersi dalle ondate di calore è maggiore tra quelle con molte difficoltà economiche e tra quelle a rischio o con disabilità.

Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classe d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, emerge

l'associazione con l'alto titolo di studio e le molte difficoltà economiche.

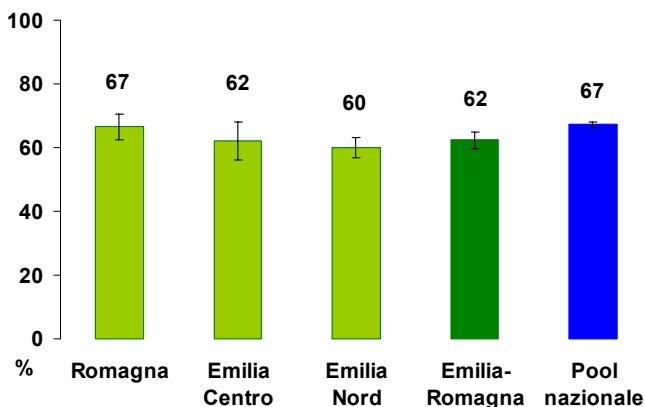
I consigli per la prevenzione delle ondate di calore, inoltre, sono stati dati in percentuale maggiore tra coloro che soffrono di tre o più patologie (80%) rispetto a chi ne ha una (63%) o nessuna (58%).

Consigli per la prevenzione delle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

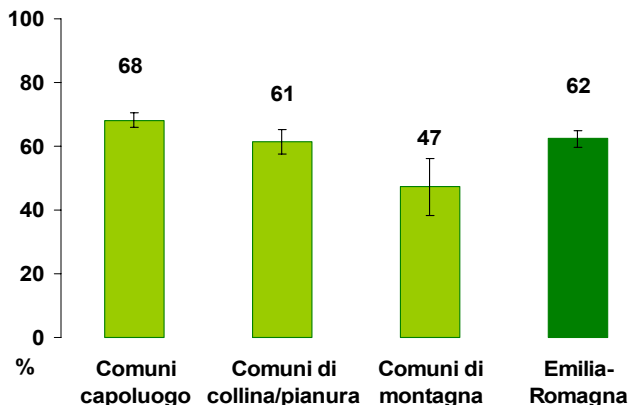


A livello regionale la prevalenza di persone che hanno ricevuto consigli per la prevenzione delle ondate di calore mostra differenze lievi per Aree Vaste (67% Romagna, 62% Emilia Centro e

60% Emilia Nord) e più accentuate per zone territoriali omogenee (69% nei Comuni capoluoghi rispetto al 61% nei Comuni in pianura/collina e 47% in quelli di montagna).



Consigli per la prevenzione delle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



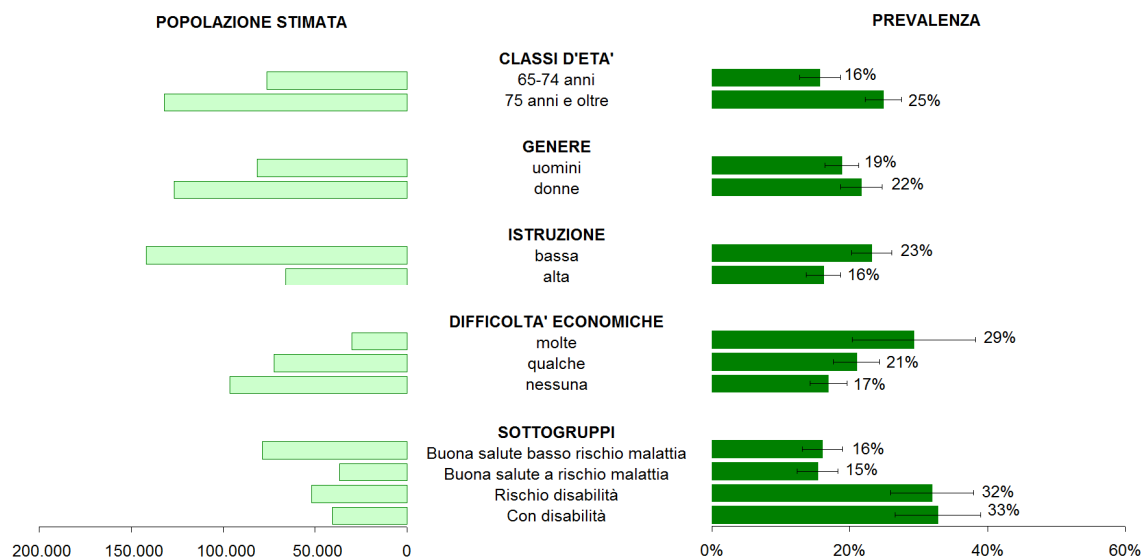
Consigli per la prevenzione delle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

La prevalenza di ultra 64enni che hanno ricevuto consigli su come proteggersi dalle ondate di calore da parte del medico di famiglia è più alta tra le persone con 75 anni e oltre, quelle con bassa istruzione, con molte difficoltà economiche e tra quelle a rischio o con disabilità. Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per genere, classe d'età, livello d'istruzione

e difficoltà economiche, si conferma l'associazione con la fascia d'età più avanzata, il basso titolo di studio e le molte difficoltà economiche.

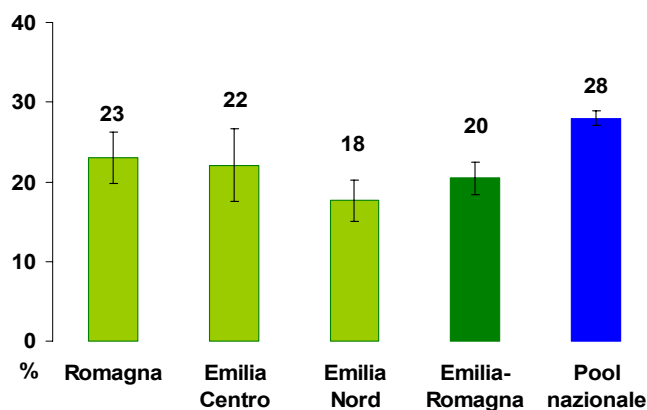
Il consiglio sanitario per la prevenzione delle ondate di calore, inoltre, è stato dato in percentuale maggiore a coloro che soffrono di tre o più patologie (36%) rispetto a chi ne ha una (22%) o nessuna (15%)

Consiglio da parte del medico di famiglia su come proteggersi dalle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



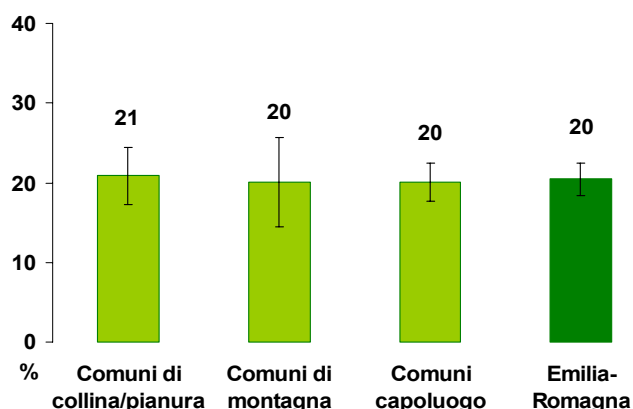
A livello regionale la prevalenza di persone che hanno ricevuto il consiglio dal medico di famiglia su come proteggersi dalle ondate di calore mostra

differenze lievi per Aree Vaste (23% in Romagna, 22% in Emilia Centro e 18% Emilia Nord) e risulta omogenea tra le zone territoriali omogenee.



Consiglio da parte del medico di famiglia su come proteggersi dalle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Consiglio da parte del medico di famiglia su come proteggersi dalle ondate di calore nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee.

Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

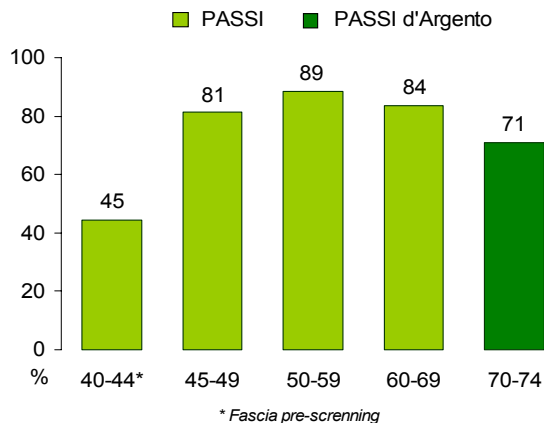
Programmi di intervento sociale: la mammografia

I programmi di screening per la prevenzione dei tumori della mammella sono rivolti alle donne nella fascia 50-69 anni. A partire dal 2010 la Regione Emilia-Romagna ha ampliato le fasce di popolazione target, allargandola alle donne di 45-49 anni e a quelle di 70-74 anni.

L'integrazione dei dati PASSI 2010-13 con i dati PASSI d'Argento consente di

valutare la copertura alla mammografia nei tempi raccomandati nell'intera popolazione target.

L'esecuzione della mammografia negli ultimi due anni nella classe 70-74 anni è pari al 71%: la maggior parte delle donne ha eseguito l'esame gratuitamente all'interno di un programma di screening organizzato (66%), mentre una piccola quota fuori dai programmi (5%), pagando il ticket o l'intero costo.

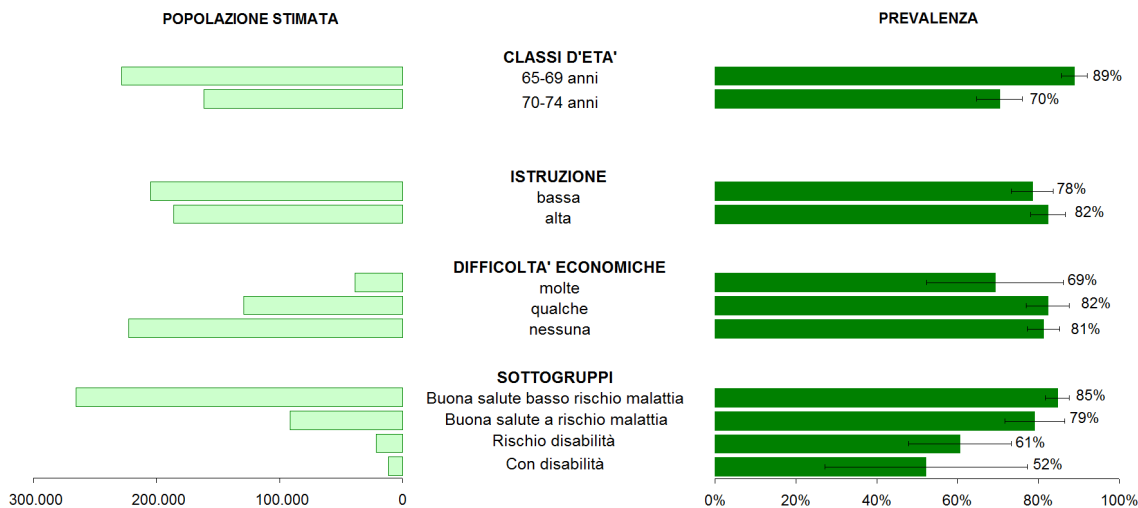


Esecuzione di una mammografia preventiva negli ultimi due anni (donne 40-74enni)
Emilia-Romagna, PASSI (2010-13) e PASSI d'Argento (2012-13)

La prevalenza di donne con 65-74 anni che hanno eseguito una mammografia preventiva negli ultimi due anni è più alta tra le 65-69enni, tra le donne senza molte difficoltà economiche e quelle in buona salute.

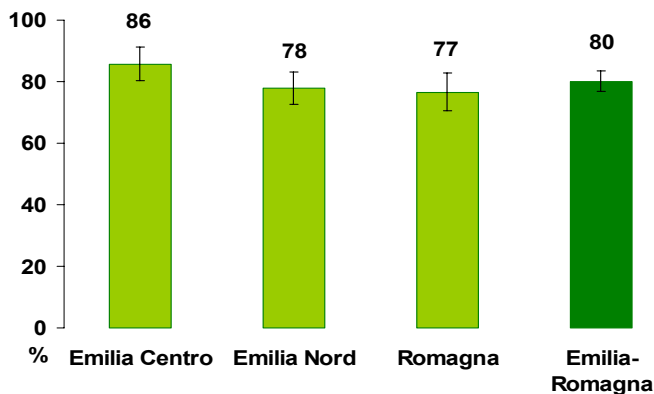
Correggendo i dati in un modello di regressione logistica multivariata per classe d'età, livello d'istruzione e difficoltà economiche, si conferma l'associazione con la fascia d'età più giovane e l'assenza di molte difficoltà economiche.

Esecuzione di una mammografia preventiva negli ultimi due anni per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

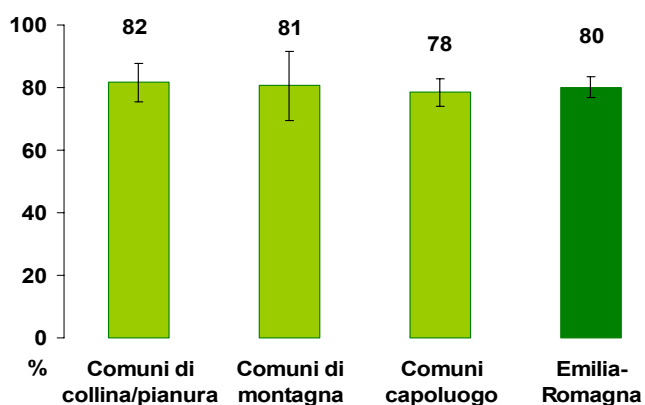


Sono presenti lievi differenze territoriali sia per Aree Vaste (76% Emilia Centro, 70% Emilia Nord e 65% Romagna), sia per zone territoriali omogenee (75%

Comuni di montagna , 73% Comuni di collina/pianura e 67% Comuni capoluoghi).



Esecuzione di una mammografia preventiva negli ultimi due anni per Aree Vaste. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Esecuzione di una mammografia preventiva negli ultimi due anni per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Sicurezza del quartiere

Il benessere di una collettività è certamente correlato al clima di serenità e al senso di sicurezza degli individui che ne fanno parte. Una delle minacce maggiori per la sicurezza personale è rappresentata dalla presenza della criminalità nelle sue molteplici forme.

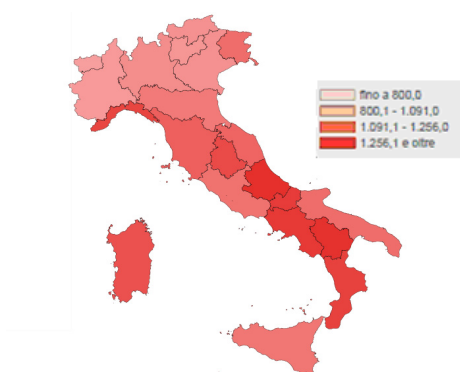
Il fenomeno della criminalità riguarda tutte le realtà territoriali italiane, comprese quelle di maggior benessere sociale e economico. Il contesto italiano è fortemente differenziato sotto il profilo territoriale: nel 2010 il tasso delle persone denunciate per le quali inizia

l'azione penale, con riferimento al luogo del reato commesso, varia da 763 ogni 100.000 abitanti del Nord Ovest a 1.224 del Sud.

Nel 2011, in Emilia-Romagna l'azione penale è stata avviata per 963 persone ogni 100.000 abitanti, valore leggermente più basso sia rispetto alla media italiana (999), ma più alto rispetto al Nord Est (835).

La percezione delle famiglie relativa al rischio di criminalità nella zona di residenza condiziona la qualità della vita complessiva.

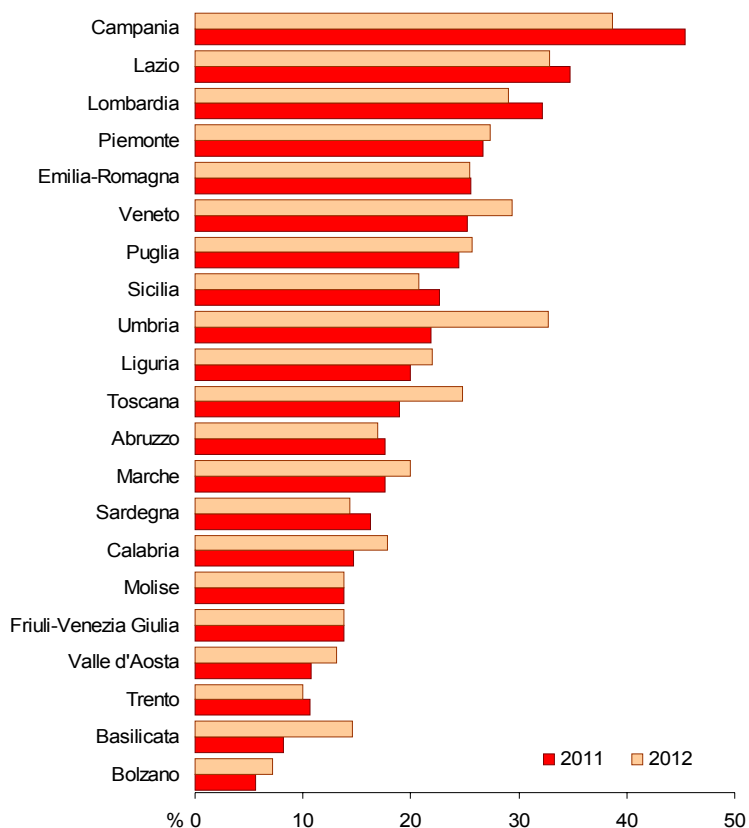
Prevalenza di persone denunciate all'autorità giudiziaria per le quali è iniziata l'azione penale ogni 100.000 abitanti per Regione. Istat 2010



Nel 2012, circa un quarto (26%) delle famiglie italiane ha dichiarato la presenza di problemi di questo tipo: valori più elevati sono in Campania (39%), Lazio e Umbria (33%).

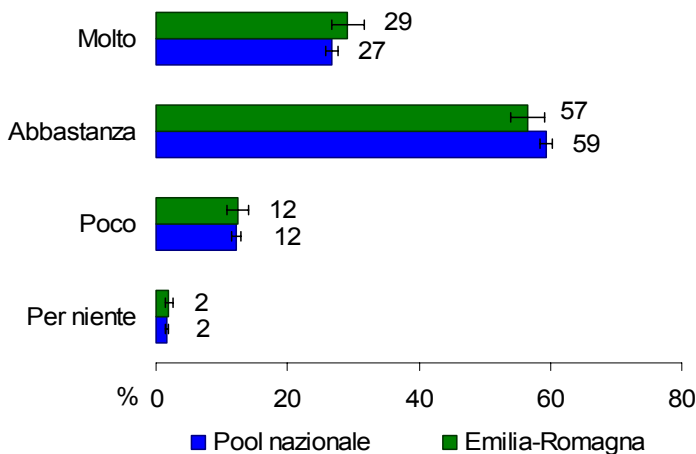
L'Emilia-Romagna è la quinta regione in cui si percepisce il rischio di criminalità e le famiglie che si sentono sicure sono il 75%.

Prevalenza di famiglie che dichiarano la presenza di rischio di criminalità nella zona in cui vivono per Regione. Istat 2011-12



Dai dati della sorveglianza PASSI d'Argento, la percezione di vivere in un quartiere sicuro è un'impressione piuttosto diffusa: l'86% degli ultra 64enni

ritiene infatti che il quartiere o area in cui vive sia sicuro o abbastanza sicuro; il dato è sovrapponibile a quello nazionale (86%).

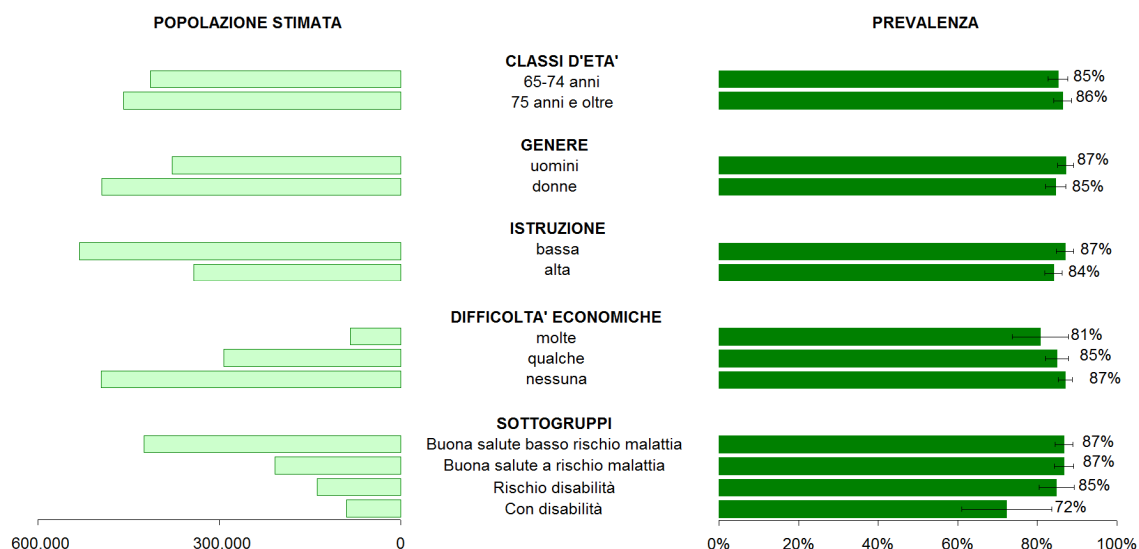


Sicurezza percepita del quartiere nella popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento 2012-13

La percezione di vivere in un quartiere sicuro non è influenzata dalle caratteristiche socio-demografiche ma dalle condizioni di salute: le persone ultra 64enni con disabilità percepiscono una sicurezza più bassa (76%).

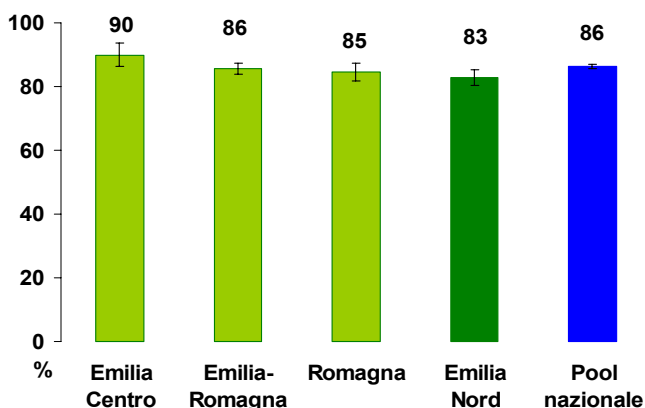
Analizzando i dati in un modello di regressione logistica multivariata che corregge per classe d'età, genere, livello d'istruzione e difficoltà economiche, emerge l'associazione con il basso titolo di studio e l'assenza di difficoltà economiche.

Sicurezza percepita del quartiere nella popolazione ultra 64enne per caratteristiche socio-demografiche. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

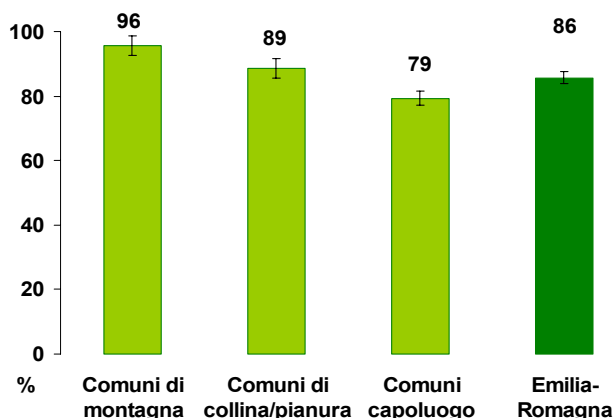


La prevalenza di persone ultra 64enni che percepiscono il quartiere o area in cui vivono come molto o abbastanza sicuro mostra differenze lievi per Aree Vaste regionali (90% in Emilia Centro, 85% in Romagna e 83% in Emilia Nord)

e più accentuate per zone geografiche omogenee (96% nei Comuni di montagna, 89% nei Comuni in pianura/collina e 79% nei Capoluogo di provincia).

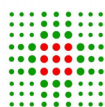


Sicurezza percepita del quartiere nella popolazione ultra 64enne per Aree Vaste regionali. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13



Sicurezza percepita del quartiere nella popolazione ultra 64enne per zone geografiche omogenee. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13

Appendice metodologica



Appendice

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità dell'indagine si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio:

- Tasso di risposta
- Tasso di sostituzione
- Tasso di rifiuto
- Tasso di non reperibilità
- Tasso di eleggibilità "e"
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- Modalità di reperimento del numero telefonico
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori:

	Emilia-Romagna	Pool nazionale
Tasso di risposta	83	89
Tasso di sostituzione	17	11
Tasso di rifiuto	15	10
Tasso di non reperibilità	2	2
Tasso di eleggibilità	94	94

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra indicati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- *Popolazione indagata*: persone ultra 64enni residenti in Emilia-Romagna registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nei mesi di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano.
- *Eleggibilità*: si considerano eleggibili tutti gli individui ultra 64enni campionati residenti in Emilia-Romagna in grado di sostenere una intervista telefonica.
- *Non eleggibilità*: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistato o del suo proxy.
- *Non reperibilità*: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto.
- *Rifiuto*: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata o il suo proxy non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- *Senza telefono rintracciabile*: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- *Sostituzione*: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso comune e strato generosità specifico.

- Tasso di risposta

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e

non). Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

Il tasso di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

- Tasso di sostituzione

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili. Pur

avendo i sostituti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione. Il tasso di sostituzione viene così calcolato:

$$\frac{\text{non reperibili} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

- Tasso di rifiuto

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili.

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere);

- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali comuni, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

Il tasso di rifiuto è così calcolato:

$$\frac{\text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

- Tasso di non reperibilità

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i

non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (comuni, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

- Tasso di eleggibilità "e"

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non

reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

$$e = \frac{n^{\circ} \text{interviste} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{int.} + \text{rif.} + \text{residenti altrove} + \text{istituz.} + \text{deceduti} + \text{non conoscenza italiano}} * 100$$

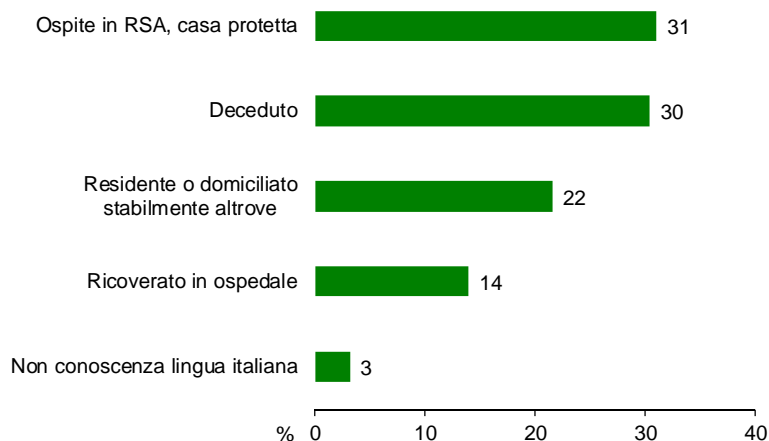
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato all'esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento

dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

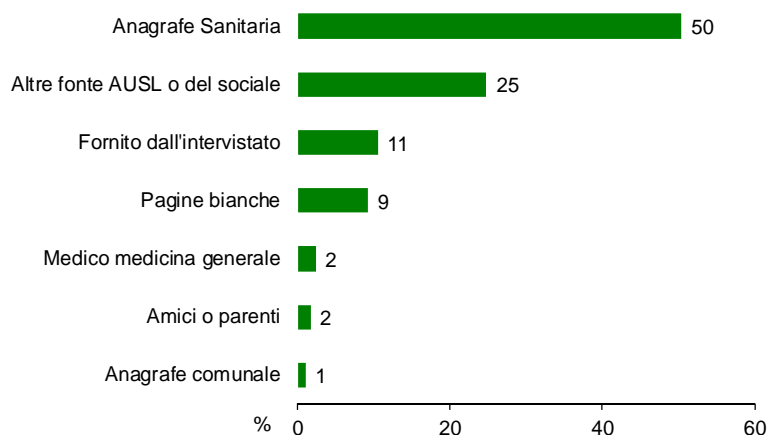
Motivi di non eleggibilità. Emilia-Romagna, PASSI d'Argento 2012-13.



- Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta

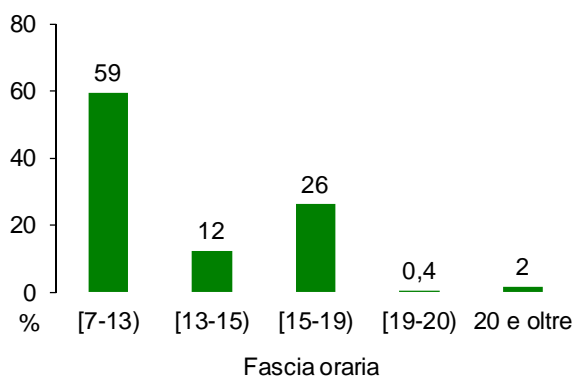
percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



- Distribuzione delle interviste per orari

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro"

dell'intervistatore. Il 96% delle interviste è stata fatta dal lunedì al venerdì e il restante 4% il sabato o la domenica; oltre la metà (59%) è stata fatta tra le 7 e le 13.



Campionamento

Il disegno di campionamento adottato in Emilia-Romagna è a grappoli a due stadi.

Nel primo stadio si sono estratti i comuni in cui effettuare l'indagine. Preliminarmente all'estrazione vera e propria è stata definita la numerosità campionaria minima corrispondente a 135 unità elementari (cluster) nel 2012 e 35 nell'estensione 2013, ognuna di 12 interviste. L'individuazione dei comuni è stata effettuata mediante un'estrazione da un'unica anagrafe sanitaria regionale virtuale; sono state estratte 170 persone ultra 64enni rappresentati di strato (135 nel 2012 e 35 nel 2013) attraverso un campionamento proporzionale stratificato su tre aree: comuni

capoluoghi di AUSL, comuni montani e comuni rimanenti.

Nel 2012 sono stati selezionati complessivamente 82 comuni, a cui si sono aggiunti volontariamente altri 4 comuni (Lizzano in Belvedere, Sasso Marconi, Maranello, Palagano); nel 2013, invece, sono stati campionati 28 comuni.

Nel secondo stadio di campionamento per ogni comune sono state estratte le persone da intervistare mediante un campionamento proporzionale stratificato; in questo passaggio si è tenuto conto della distribuzione per genere e classe d'età quinquennali della popolazione ultra 64enne residente, prima nelle tre aree regionali e poi in ogni AUSL.

Utilizzo della pesatura

Le analisi sono state fatte utilizzando dei pesi che avevano lo scopo di controllare la proporzionalità tra le interviste effettuate e la popolazione ultra 64enne residente in Emilia-Romagna. Sono stati definiti due sistemi di pesi, uno per ogni anno di indagine (2012 e 2013), tenendo in considerazione la distribuzione della popolazione per anno, AUSL, classe d'età (65-74 e 75 anni e oltre) e genere. In questo modo vengono corrette eventuali differenze che si vengono a creare tra campione effettivamente intervistato e quello inizialmente selezionato.

Anche la pesatura dei dati è richiesta anche dal disegno campionario che necessita di modelli complessi di analisi in cui l'impiego di pesi è indispensabile. La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con

forte eterogeneità tra le aree, e influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

I pesi per ogni anno di indagine sono strato-dipendenti e quindi ogni AUSL ha quattro valori sesso-età specifici (genere e classe d'età).

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di area "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Il peso utilizzato è l'inverso della frazione campionaria, dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della *i*-esima zona (AUSL) dello strato *k* e il numero di interviste della *i*-esima zona dello strato *k*, formalmente:

$${}_i \text{Peso}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ zona}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ zona}_i}$$

La pesatura utilizzata è risultata essere poco "invasiva" come mostrato dai valori assunti dall'indicatore *design effect* che, in tutte le elaborazioni statistiche, ha

sempre avuto valori prossimi all'unità. Ciò conferma, indirettamente, anche la bontà delle metodologie campionarie utilizzate.

Bibliografia



Bibliografia

- Banca d'Italia. *Questioni di Economia e Finanza. Le disuguaglianze nella speranza di vita*, 2012.
www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest_ecofin_2/QF_118/QEF_118.pdf
(consultato febbraio 2016).
- 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, Gruppo di lavoro Studio Argento. La "qualità della vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni Italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e sanità pubblica*. (2005);61(6):545-559. PubMed Abstract.
- 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.
- Burns DM. *Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation*. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- Carrozzi G, Antoniotti MC, Sampaolo L, Bolognesi L, Nucera A, Baldi A, Bianco E, Biscaglia L, Chiti L, Contoli B, Cristofori M, De Luca A, Ferrelli R, Penna L, Perra A, Salmaso S. *Non autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) nelle persone con 65 anni e oltre. I dati della sorveglianza PASSI d'Argento, 2012-13*. Bollettino Epidemiologia Nazionale (BEN). Notiziario ISS. 2013.
- Cecconi R, Castiglia R, Crisci P, Culotta C, Fortini P, Malagamba E, Pascali F. *Salute e invecchiamento attivo in Regione Liguria. Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più "PASSI d'Argento". Indagine 2012-2013*. Erredi Grafiche Editoriali. 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia. CDC. 2000.
- Contoli B, De Luca A, Ferrelli RM, Baldi A, Antoniotti MC, Bianco E, Biscaglia I, Carrozzi G, Chiti L, Cristofori M, Di Fiandra T, Dittami A, Maurici M, Penna L, Perra A. *PASSI d'Argento: messa a regime e prospettive del sistema di sorveglianza nazionale della popolazione ultra64enne. I risultati della sperimentazione nazionale con particolare attenzione all'attività fisica*. *G Gerontol*. 2013; 61:1.
- Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N. *Le disuguaglianze sociali nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli. 2014.
- Cristofori M, Biscaglia L, Contoli B, Bianco E, De Luca A, Baldi A, Carrozzi G, Chiti L, Antoniotti MC, Ferrelli R, Bacci S, Casaccia V, Penna L, Perra A, Salmaso S. *Le cadute nella popolazione con 65 anni e più: risultati del sistema nazionale di sorveglianza Passi d'Argento, indagine 2012-13*. Bollettino Epidemiologia Nazionale (BEN). Notiziario ISS. 2013.
- Daniel R. et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling, elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research* (2008); 8:278.
- D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. *Igiene Moderna* (1995); 103: 209-222.

- De Luca AMC, Gruppo Tecnico Operativo PASSI d'Argento. *Iperensione arteriosa nelle persone con 65 anni e più e fattori associati: Sorveglianza PASSI d'Argento 2012-13*. Bollettino Epidemiologia Nazionale (BEN). Notiziario ISS. 2015.
- Djernes. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2006); 113 (5), 372 – 387.
- Fried L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology* (2001); 56: 146-156.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G: Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 255-263.
- Futurage. National Consultations Ageing Research Priorities in Europe until 2025 ITALY.
<http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Consultations%20public/Italy%20national%20consultations%20summary.pdf> (consultato febbraio 2016).
- Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* (2000); 34(1):7-17.
- Gates S, Fisher JD, Cooke MW et al. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* (2008); 19:130-3.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* (2003) (4).
- Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* (2000); 438:883-93.
- Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P. *Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne*. Rapporti ISTISAN, 13/9. Roma. 2013.
- Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007*. Istituto Superiore di Sanità (2009). Rapporti ISTISAN 09/31.
- 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.
- Helm DT. *The measurement of happiness American Journal on Mental Retardation*. 2000 Sep;105(5):326-35.
- ISTAT. *Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*. <http://noi-italia.istat.it/> (consultato febbraio 2016).
- ISTAT. *I.Stat il tuo accesso diretto alla stalistica italiana*. <http://dati.istat.it/> (consultato febbraio 2016).
- ISTAT, Rapporto BES 2015. *Il benessere equo e sostenibile in Italia*. http://www.istat.it/it/files/2015/12/Rapporto_BES_2015.pdf (consultato febbraio 2016).
- ISTAT. *Indagine multiscopo. La vita quotidiana 2011*, <http://www.istat.it/it/archivio/66990> (consultato febbraio 2016).

- ISTAT. *Demolstat. Demografia in cifre*. <http://demo.istat.it/> (consultato febbraio 2016).
- ISTAT. *Mobilità urbana*. Focus. Anno 2011. http://www.istat.it/it/files/2013/06/Focus_Mobilita_Urbana.pdf?title=Mobilit%C3%A0+urbana+-+14%2Fgiu%2F2013+-+Testo+integrale.pdf (consultato febbraio 2016).
- ISTAT. *Conti economici regionali Anni 2007-10*. www.istat.it/it/archivio/75111 (consultato febbraio 2016).
- ISTAT. Rilevazione sulle forze di lavoro Anno 2010. <http://www.istat.it/it/archivio/27135> (consultato febbraio 2016).
- ISTAT, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. <http://www.istat.it/it/archivio/4216> (consultato febbraio 2016).
- ISTAT, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anni 2008-10. <http://www.istat.it/it/archivio/4630> (consultato febbraio 2016).
- ISTAT. *Annuario statistico italiano 2012*. Roma. 2012.
- ISTAT. *La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*. Roma. 2009.
- INPS. *Banche dati e bilanci*. <http://www.inps.it/portale/default.aspx?iMenu=12> (consultato febbraio 2016).
- 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.
- Katz S. et al. *Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. *JAMA* (1963); 21,185:914-9.
- Katz S. et al. *Progress in development of the index of ADL*. *Gerontologist* (1970); 10:20-30.
- 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 M.P. et al. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *Gerontologist* (1969), 9: 179-186.
- Mazzocchetti A, Caranci N, Addis A. *Invecchiamento della popolazione e implicazioni sulla salute. Riflessioni sull'andamento nel tempo in Emilia-Romagna*. *Recenti progressi in medicina*. Pensiero Scientifico. 2014: 191-197.
- Ministero della Salute. *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2009-2010*. http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/documenti/RSSP_2009_2010.pdf (consultato febbraio 2016).
- Ministero della Salute. *Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf (consultato febbraio 2016).
- Network Non Autosufficienza (Ed.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna (RN). Maggioli Editore.
- Nicholson NR. *Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.

- Nourhashémi F. et al. Instrumental Activities of Daily Living as a Potential Marker of Frailty: A Study of 7364 Community-Dwelling Elderly Women (the EPIDOS Study). *Journal of Gerontology* (2001); 56A: 448-453.
- 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.
- Ongaro F, Salvini S. *Rapporto sulla popolazione. Salute e sopravvivenza*. Il Mulino, 2009.
- OMS. Ufficio Regionale per l'Europa. *Strategie e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020*. Malta, 2012.
- OMS. Ufficio Regionale per l'Europa. *AAI 2014. Active Ageing Index for 28 European Union Countries*. 2014.
- OMS. Ufficio Regionale per l'Europa. *Introducing the Active Ageing Index. Policy brief*. 2013.
- Oswald F, Wahl HW. Housing and health in later life. *Rev Environ Health* 2004;19(3-4):223-52.
- Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. *Bull WHO* (1999); 77: 127-131.
- Programma Nazionale Linee Guida. Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf (consultato febbraio 2016).
- Pugliese E. *La terza età. Anziani e società in Italia*. Il Mulino, 2011.
- Regione Emilia-Romagna. Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps> (consultato febbraio 2016).
- Regione Emilia-Romagna. *Il profilo di salute per il nuovo Piano della prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2014-2018*. Contributi n. 85, Bologna, 2015.
- Regione Emilia-Romagna. *Il Piano della prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna*. Contributi n. 87, Bologna, 2015.
- Regione Emilia-Romagna. *I programmi di screening oncologici – Regione Emilia-Romagna - report al 2012*. Contributi n. 84, Bologna, 2015.
- Regione Emilia-Romagna. *Le persone con patologie croniche in Emilia-Romagna: i fattori di rischio, la salute, le diseguità e le aree di intervento. Sorveglianza PASSI 2008-2012*. Contributi n. 80, Bologna, 2014.
- Regione Emilia-Romagna. *PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Emilia-Romagna. Risultati del Sistema di Sorveglianza nel triennio 2007-2009*. Contributi n. 65, Bologna, 2010.
- Regione Emilia-Romagna. *PASSI d'Argento. La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più. Emilia-Romagna, indagine 2009*. Contributi n. 59, Bologna, 2009.
- Regione Emilia-Romagna. *Fotografia del Sociale, uno sguardo alla situazione italiana ed emiliano-romagnola*. 2014. <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/report-la-fotografia-delsociale> (consultato febbraio 2016).
- Rockwood K. et al. A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People *Journal of Gerontology* 2007, Vol. 62A, No. 7, 738-743.

- Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007 Jul;62(7):722-7.
- Rubenstein L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing* (2006); 35-S2: ii37–ii41.
- Sabetta T, Avolio M, De Belvis AG, Falvo R, Longhi S, Maddalena F, Marino M, Silenzi A, Ricciardi W. Libro Bianco 2012. *La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, HPS, Milano, 2012.
- 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.
- Servizio Controllo Strategico e Statistica Regione Emilia-Romagna. *Rapporto sociale Ambito Anziani*. Ottobre 2010.
- Sistema di sorveglianza Passi d'Argento, Epicentro: www.epicentro.iss.it/passi-argento (consultato febbraio 2016).
- Sistema di sorveglianza PASSI, Epicentro: www.epicentro.iss.it/passi/ (consultato febbraio 2016).
- Topinková E. Aging, Disability and Frailty. *Annals of Nutrition & Metabolism* (2008); 52, Suppl 1:6-11.
- 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. *Active Ageing. A Policy Framework*. 2002.
- 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.
- World Health Organization. *Report on the global Tobacco epidemic, 2013*. Geneva: WHO; 2013.
- Zaidi A, Gasior K, Hofmarcher MM, Lelkes O, Marin B, Rodrigues R, Schmidt A, Vanhuyse P, Zolyomi E. *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*. Vienna, 2013.

*Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore
della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro*

Collana "CONTRIBUTI" Fondata da Alessandro Martignani

I volumi disponibili sono contrassegnati con (*)

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989.
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.

25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna – Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006
45. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2005*, Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV)*. Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2005*, Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile*, Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre – Atti del convegno*, Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna – Piacenza 2007*
52. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2006*, Bologna 2007 (*)
53. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2006*, Ravenna 2008 (*)
54. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2007*, Bologna 2008 (*)
55. *I tumori in Emilia-Romagna - 2004*, (disponibile solo on-line) Bologna 2009 (*)
56. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna - Bologna*, 2009

57. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza 2008*, Bologna 2009 (*)
58. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale*, Bologna 2009 (*)
59. *Passi d'Argento - La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009*, Bologna 2009 (*)
60. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2007*, Bologna 2010 (*)
61. *Incidenti stradali in Emilia-Romagna - Anni 1995 - 2007* Bologna 2010 (*)
62. *Linee guida per migliorare il comfort estivo delle strutture socio-sanitarie e socio-residenziali in Emilia-Romagna* Bologna 2010
63. *Il Profilo di Salute per il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna* Bologna 2010 (*)
64. *Il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna*, Bologna 2010 (*)
65. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza nel triennio 2007 - 2009*, Bologna 2011 (*)
66. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2008*, Bologna 2011 (*)
67. *I tumori in Emilia-Romagna - 2007*, Bologna 2011 (*)
68. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2009*, Bologna 2012 (*)
69. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella – Bologna 2012* (*)
70. *Casa salvi tutti: pratiche di prevenzione degli incidenti domestici in Emilia-Romagna - Bologna 2012* (*)
71. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto – Bologna 2012* (*)
72. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero – Bologna 2012* (*)
73. *Controllo della Zanzara tigre: analisi dei costi sostenuti dagli Enti Locali – Report 2008 – 2001*, Bologna 2012 (*)
74. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2010*, Bologna 2013
75. *I Piani della Prevenzione: indicazioni per il 2013 e risultati delle valutazioni annuali*, Bologna 2013 (*)
76. *Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso*, Bologna 2013 (*)
77. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2011*, Bologna 2014 (*)
78. *L'esercizio fisico come strumento di prevenzione e trattamento delle malattie croniche: l'esperienza dell'Emilia-Romagna nella prescrizione dell'attività fisica - Bologna 2014* (*)
79. *Migranti e salute: le risorse della comunità. L'esempio dei progetti di prevenzione degli incidenti domestici* Bologna 2014 (*)
80. *Le persone con patologie croniche in Emilia-Romagna: i fattori di rischio, la salute, le diseguità e le aree di intervento - Sorveglianza PASSI 2008-2012 - Bologna 2014*