

Salute e Invecchiamento Attivo nel Comune di Torino



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

PASSI
d'Argento

Indagine 2012

Questa pubblicazione e ulteriori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento sono consultabili agli indirizzi:

- www.epicentro.iss.it/passi-argento
- <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/961-passi-dargento-fascia-deta-oltre-i-64-anni>

Publicazione a cura di:

Silvio Geninatti (ASL TO2 - Ricerche Statistiche ed Epidemiologiche)
Manuela Bianco (Università degli Studi di Torino - Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva)
Manuela Veronesi (ASL TO2 - Ricerche Statistiche ed Epidemiologiche)
Maria Chiara Antoniotti, Orietta Mariani, Andrea Nucera (ASL NO - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia)

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento 2012 nel Comune di Torino

ASL TO2 – Dipartimento Salute Anziani
Referente: Sergio Cabodi
Coordinatore: Rosaria Carlucci
Intervistatori: Laura Dosio, Nicoletta Nicoletti

COMUNE DI TORINO

Tutor di intervistatore tirocinante: Marco Finoglietti (Funzionario in posizione organizzativa - Servizio Anziani - Direzione Politiche Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie).

INTERVISTATORI TIROCINANTI

- del Corso di Laurea in Scienze Politiche - Università degli Studi di Torino:

Pasqualina Aliperta (c/o Comune di Torino - Servizio "Passepartout");
Rachele Bonetti, Eric Cavallera (c/o Direzione Regionale Politiche Sociali);
Ramona Vasilica Bulhac (c/o SSEPI ASL TO3 Grugliasco).

- del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche - Università del Piemonte Orientale:

Martina Degiovanni, Elisa Giovineti, Calogero La Marca, Antonino Lo Pizzo, Luigi Savarino, Asta Urbsaytite (c/o SSEPI ASL NO).

ASL TO1 – SISP

Campionamento: Silvana Malaspina.

Hanno inoltre contribuito

a livello regionale:

- Direzione Regionale Tutela della Salute e Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria

Referente: Gianfranco Corgiat Loia, Dirigente Settore Prevenzione e Veterinaria.

Aspetti amministrativi: Loredana Baro.

- Direzione Regionale Politiche sociali e politiche per la famiglia

Referente: Raffaella Vitale, Direttore Direzione Politiche Sociali e per la Famiglia.

Coordinatori: Cristina Ramella ed Elena Maina.

Tutor tirocinanti: Elena Maina.

Tirocinanti del Corso di Laurea in Scienze Politiche – Università degli Studi di Torino,:

Rachele Bonetti, Ramona Vasilica Bulhac, Eric Cavallera.

- Servizio Sovrazonale Epidemiologia ASL NO

Coordinatore e tutor tirocinanti: Maria Chiara Antoniotti.

Vicecoordinatori: Fabio Contarino, Andrea Nucera.

Tirocinanti del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche – Università del Piemonte Orientale: Martina

Degiovanni, Elisa Giovineti, Calogero La Marca, Antonino Lo Pizzo, Luigi Savarino, Asta Urbsaytite.

Aspetti amministrativi: Orietta Mariani.

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).

Un ringraziamento agli ultra 64enni che hanno preso parte all'indagine e alle persone che in molti casi hanno dato loro supporto e aiuto durante l'intervista. Il loro contributo ha permesso di comprendere meglio la situazione degli anziani in Piemonte, per avviare strategie di intervento e azioni tese a migliorarne lo stato di salute e la qualità della vita.

Si ringraziano anche i Medici di Medicina Generale per la collaborazione fornita nel corso dell'indagine.

Marzo 2016

L'indagine PASSI d'Argento 2012 in Piemonte è stata realizzata con un contributo economico della Regione Piemonte - Direzione Sanità – Settore Promozione della Salute e Interventi di Prevenzione Individuale e Collettiva (Det. n. 1041 del 29.12.2011).

Indice

	Pag.
Premessa	1
Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto	2
La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento	3
L'indagine PASSI d'Argento 2012 nel Comune di Torino	5
1 – BENESSERE E INDIPENDENZA	7
1.1 Caratteristiche socio-demografiche	8
1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più	11
1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana	15
1.4 Percezione dello stato di salute	18
1.5 Soddisfazione per la propria vita	22
1.6 Conclusioni	23
2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE	25
2.1 Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	25
2.2 Ipertensione arteriosa	35
2.3 Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili	36
2.4 Problemi di vista, udito e masticazione	37
2.5 Cadute	41
2.6 Sintomi di depressione	44
2.7 Rischio di isolamento	46
2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci	47
2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana	50
2.10 Vaccinazione antiinfluenzale	51
2.11 Protezione dalle ondate di calore	53
2.12 Conclusioni	54
3 - PARTECIPAZIONE	55
3.1 Formazione e apprendimento	57
3.2 Lavoro	58
3.3 Attività sociali e comunitarie	59
3.4 Essere risorsa	61
3.5 Cosa possiamo fare perchè la persona con 65 anni e più possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita?	63
3.6 Conclusioni	64
4 – AMBIENTE DI VITA	65
4.1 Accessibilità ai servizi	66

4.2 Abitazione	70
4.3 Sicurezza dell'area di residenza	72
4.4 Conclusioni	73
APPENDICE	75
<i>Bibliografia</i>	<i>77</i>
<i>Sitografia</i>	<i>79</i>

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
Direttore del CNESPS

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

Destinatari, obiettivi e struttura del rapporto

Il rapporto “Salute e invecchiamento attivo nella Regione Piemonte presenta i risultati dell’indagine “PASSI d’Argento” nel 2012.

I destinatari principali del rapporto sono gli operatori che, a vario livello, sono coinvolti nella messa a regime del sistema di sorveglianza in quanto il rapporto ha l’obiettivo di:

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

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

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

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

I risultati delle precedenti indagini PASSI d’Argento e i risultati dell’indagine svolta in quasi tutte le regioni italiane tra il 2012 e il 2013 sono messi a disposizione online all’indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento>

La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento

Perché una sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più?

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

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

Cosa è stato fatto ad oggi?

Nel biennio 2009-2010, 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 e ha raccolto informazioni da un campione di oltre 8.000 persone. Nell'ambito della sperimentazione in Piemonte nel 2010 sono state intervistate 1569 persone e oltre ai risultati regionali si sono ottenuti quelli relativi a 5 aree locali: ASL TO5, NO, AT, CN2 e AL (limitatamente al territorio della ex ASL 22).

Nel 2011 il Ministero della Salute ha affidato al CNESPS il progetto di messa a regime del sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana. Tra marzo 2012 e gennaio 2013 sono state effettuate oltre 24.000 interviste in tutte le regioni italiane ad eccezione di Basilicata e della P.A. di Bolzano che non hanno partecipato alla sorveglianza. In Piemonte sono state realizzate 1.394 interviste valide tra aprile e luglio 2012, delle quali 453 per il Comune di Torino.

A livello nazionale la raccolta dati ha coinvolto circa 1.000 operatori opportunamente formati; in Piemonte la formazione si è svolta nel marzo 2012 ed ha coinvolto 74 operatori. La formazione è un elemento centrale del sistema di sorveglianza, in quanto risponde all'esigenza primaria di standardizzare le procedure nei diversi contesti regionali e locali in modo da favorire:

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

Il percorso formativo si è articolato in incontri di formazione residenziale (a Roma, presso le sedi dell'ISS) e un percorso di formazione sul campo, all'interno del contesto professionale dei partecipanti.

I coordinatori regionali, locali e gli intervistatori, inoltre hanno costituito una comunità di pratica grazie all'utilizzo di una piattaforma web (moodle) (www.passidargento.it/moodle) alla quale hanno un accesso protetto e che consente loro di coordinarsi e collaborare nell'elaborazione cooperativa di contenuti e nello svolgimento dell'indagine.

Come funziona il sistema PASSI d'Argento?

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

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

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

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

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

La rappresentatività è sempre garantita a livello regionale, in alcuni casi anche a livello di ASL o di altro ambito locale.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato che prevedeva circa 80 domande a risposta multipla, suddivise in 6 sezioni.

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista.

È stata chiesta una valutazione sull'indagine PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico. Le operazioni previste dall'indagine PASSI d'Argento sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali). Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dall'indagine per garantire privacy e confidenzialità degli intervistati. Gli intervistatori hanno contattato per telefono le persone selezionate per chiedere il consenso all'intervista e ricordare gli obiettivi e i metodi dello studio. Prima dell'intervista, sia faccia a faccia sia telefonica, l'intervistatore ha indicato nuovamente gli obiettivi dello studio e le misure adottate per garantire la privacy. Dopo l'intervista i dati nominativi delle persone selezionate sono stati conservati per alcuni giorni in un luogo sicuro sotto la responsabilità del coordinatore dell'indagine e quindi distrutti dopo la validazione del questionario. Nessun dato nominativo è rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

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

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

L'indagine PASSI d'Argento 2012 nel Comune di Torino

In Piemonte la messa a regima della sorveglianza PASSI d'Argento era stata inserita nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: dopo l'indagine sperimentale del 2010, nel 2012 si è svolta la seconda indagine sul territorio regionale.

Per la sua realizzazione sono stati formati 74 operatori locali; le interviste sono state effettuate da 31 operatori delle ASL, 3 operatori di consorzi socio assistenziali, 10 tirocinanti (4 del corso di laurea in Scienze Politiche e 6 del corso di laurea in Scienze Infermieristiche).

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

Nel Comune di Torino (ASL TO1 e ASL TO2) nel 2012 sono state intervistate 453 persone con 65 anni e più individuate con campionamento casuale semplice stratificato. Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra aprile e luglio 2012.

Tra le persone eleggibili il tasso di risposta è stato 88,3%; le persone sono state sostituite o per rifiuto a sostenere l'intervista (8,4%) o perchè non si è riusciti a contattarle nonostante si disponesse di un loro numero di telefono (3,3%).

Poco più della metà delle interviste (54%) sono state effettuate con metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), le rimanenti mediante questionario cartaceo.

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

La prima sezione del questionario prevedeva un test della memoria, costituito da 6 domande estratte dal Mini-Mental Test, per valutare l'orientamento spazio-temporale dell'anziano/a. Nei casi in cui l'anziano/a non avesse superato il test della memoria o fosse stato impossibilitato fin dall'inizio a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici, era prevista la possibilità di effettuare l'intervista con l'aiuto del "proxy", ovvero di un familiare o di una persona di fiducia che conosce le caratteristiche e le abitudini della persona da intervistare. In questo modo era possibile raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

Nel Comune di Torino l'intervento del proxy si è verificato nel 18,7 % delle interviste, quasi esclusivamente (84 casi su 85) fin dall'inizio dell'intervista e solo in 1 caso dopo il previsto test della memoria e dell'orientamento.

Quale era la modalità di intervista?

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia dagli operatori specificamente formati che sceglievano la modalità di intervista sulla base delle necessità o delle eventuali problematiche di comunicazione dell'intervistato. Per i residenti di Torino quasi tutte le interviste (98,8%) sono state effettuate telefonicamente.

Salute e Invecchiamento Attivo nel Comune di Torino



1 - BENESSERE E INDIPENDENZA



Indagine 2012

1. Benessere e indipendenza

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

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

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

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

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

Essere indipendenti ha indubbe ricadute sul benessere della persona. Dal punto di vista fisico PASSI d'Argento ha preso in considerazione l'indipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana valutate mediante strumenti validati e diffusi a livello nazionale ed internazionale: le *Activities of Daily Living* (ADL), più di base (per esempio vestirsi e mangiare autonomamente) per valutare la capacità di svolgere attività di base e le *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), più complesse (per esempio andare a fare la spesa) per valutare la capacità di svolgere attività strumentali.

1.1 Caratteristiche socio-demografiche

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

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

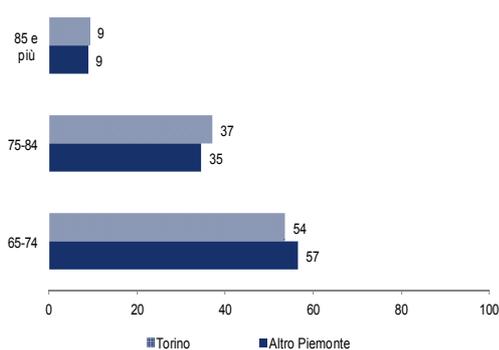
La metà (50,5%) del campione è costituita da persone con età compresa tra 65 e 74 anni, il 36,9% da persone fra i 75 e gli 84 anni e il 12,6% ha 85 anni o più. Nella popolazione torinese queste proporzioni sono rispettivamente 48,4%,37,8% e 13,8%.

Le donne rappresentano il 57,2% del campione, con proporzioni crescenti all'aumentare dell'età: 54,6% nella classe di età 65-74 anni, 56,9% tra 75 e 84 anni, 68,4% con 85 anni e più. Il dato riflette il fenomeno di progressiva "femminilizzazione" della popolazione (a Torino le donne sono il 59% della popolazione con più di 65 anni e, in particolare, il 55% tra 65 e 74 anni, il 60% tra 75 e 84 anni e il 70% con 85 anni e più).

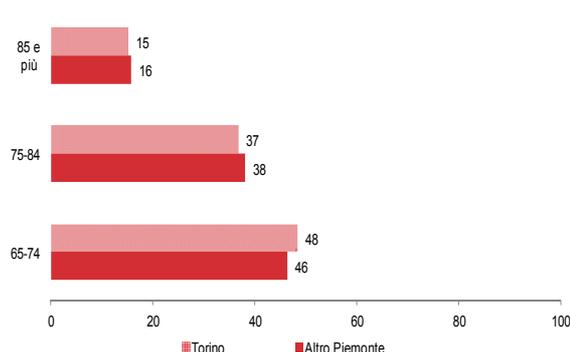
L'età media del campione è 75,5 anni: 75 quella degli uomini, 76 quella delle donne.

La composizione del campione intervistato per classi di età, analizzata separatamente per genere, conferma la diversa distribuzione per età dei 2 sessi (tra le persone con 65 anni e più, quelle con più di 85 anni sono 9 su 100 tra gli uomini e 15 su 100 tra le donne).

UOMINI - Classi di età (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino



DONNE - Classi di età (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino



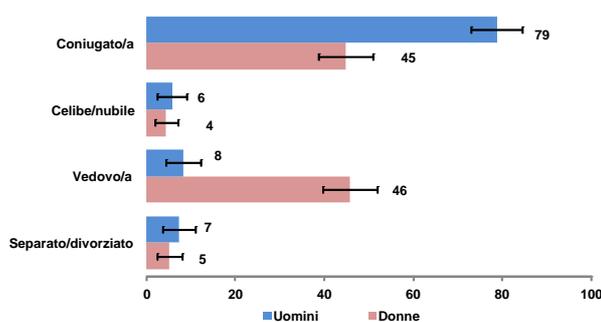
1.1.2 Qual è lo stato civile?

Complessivamente le persone coniugate sono il 59% e quelle in stato di vedovanza il 30%; coloro che non si sono mai sposati (5%) o sono separati/divorziati (6%).

Lo stato civile presenta evidenti differenze in relazione all'età: dopo i 74 anni sono più numerose le persone vedove (40% vs 20% tra i 65-74 anni) e meno frequenti quelle coniugate (53% vs 64%);

In relazione a ciò e alla femminilizzazione della popolazione più anziana, tra le donne non vi è significativa differenza di prevalenza tra le coniugate (45%) e le vedove (46%), mentre tra gli uomini i coniugati sono quasi 9 volte più frequenti dei vedovi (79% vs 8%).

Stato civile (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =439)



1.1.3 Quale è il livello di istruzione?

Tra le persone con 65 anni e più:

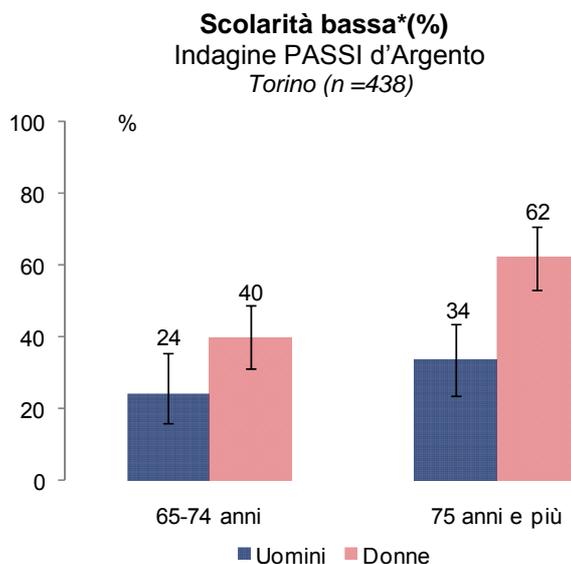
- 4 su 10 hanno un basso livello di scolarità: licenza elementare (38%) o nessun titolo di studio (4%).
- il 32% ha un diploma di scuola media inferiore;
- il 20% ha quello di scuola media superiore;
- il 6% è laureato.

La scolarità bassa è maggiormente diffusa:

- tra le persone più anziane: 51% dopo i 75anni;
- tra le donne con 75anni e più (62% vs 34% tra gli uomini).

La differenza di genere per un basso livello di scolarità si conferma in maniera indipendente dall'età:

- 65-74 anni: 24% uomini e 40% donne;
- 75anni e più: 34% uomini 62% donne.



*nessun titolo di studio o licenza elementare

1.1.4 Con chi vivono?

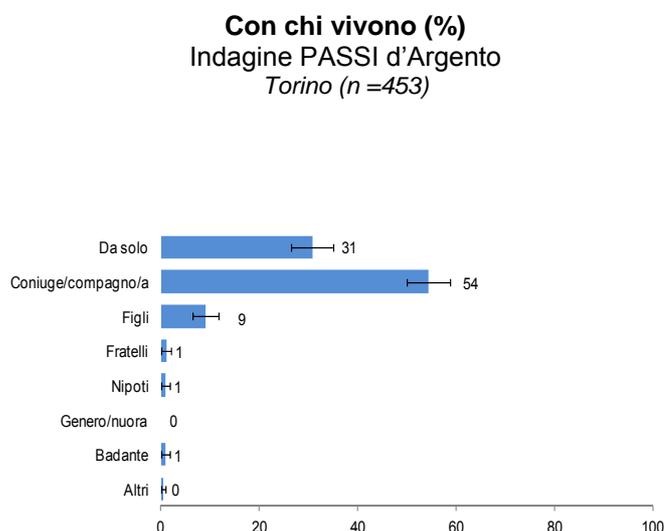
Complessivamente 1 persona su 3 (31%) con 65 anni e più vive da sola, ma la diffusione di questa condizione è significativamente diversa per genere (uomini: 22%, donne: 37%)

Indipendentemente dalla convivenza con altre figure:

- oltre la metà (54%) vive con il coniuge (anche in questo caso con importanti differenze di genere: uomini 73%, donne 42%);
- il 9% vive con figli.

Risultano situazioni poco frequenti vivere con:

- fratelli o sorelle (1%);
- nipoti (1%).
- generi o nuore (0%);
- badante (1%);

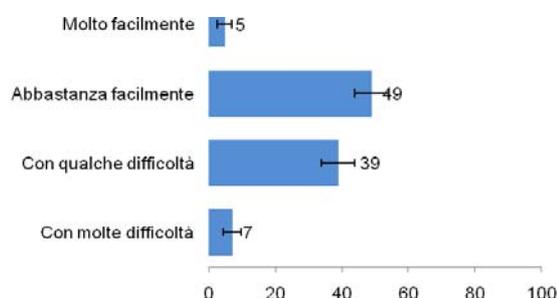


1.1.5 Come arrivano a fine mese?

A Torino, nel 2012, le persone con 65 anni e più riferiscono di arrivare a fine mese:

- 54% senza difficoltà (5% molto facilmente, 49% abbastanza facilmente);
- 46% con difficoltà (39% con qualche difficoltà, 7% con molte difficoltà).

Come arrivano a fine mese(%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =361)

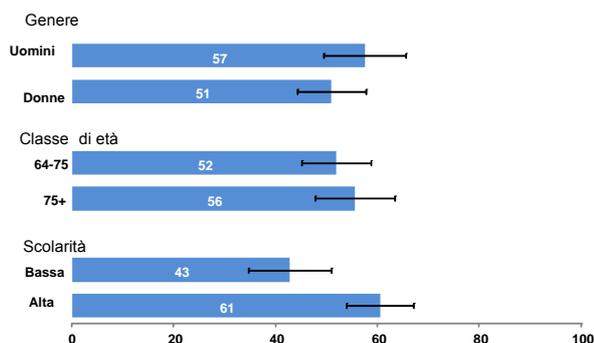


1.1.6 Come si distribuisce l'assenza di difficoltà economiche?

Le persone che non dichiarano difficoltà economiche per arrivare a fine mese (54%):

- non cambiano in maniera significativa in relazione a genere ed età;
- aumentano in maniera significativa con l'aumentare della scolarità.

Senza difficoltà economiche (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =361)
Totale = 53,5% (IC95%: 48,3 – 58,7)

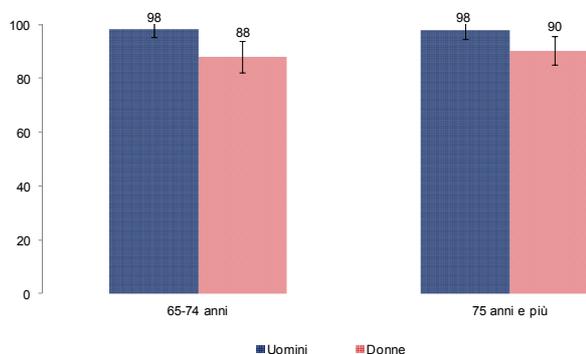


1.1.7 Quanti percepiscono una pensione?

Il 93% della popolazione con 65 anni e più riceve una pensione (98% negli uomini, 89% nelle donne).

La disponibilità di pensione non cambia con l'età tra gli uomini, mentre risulta maggiore tra le donne con 75 anni e più (90%) rispetto a quelle con 65-74 anni (88%).

Percepiscono una pensione (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =442)



1.2 I sottogruppi della popolazione con 65 anni e più

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali).

Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione con 65 anni e più non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi.

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

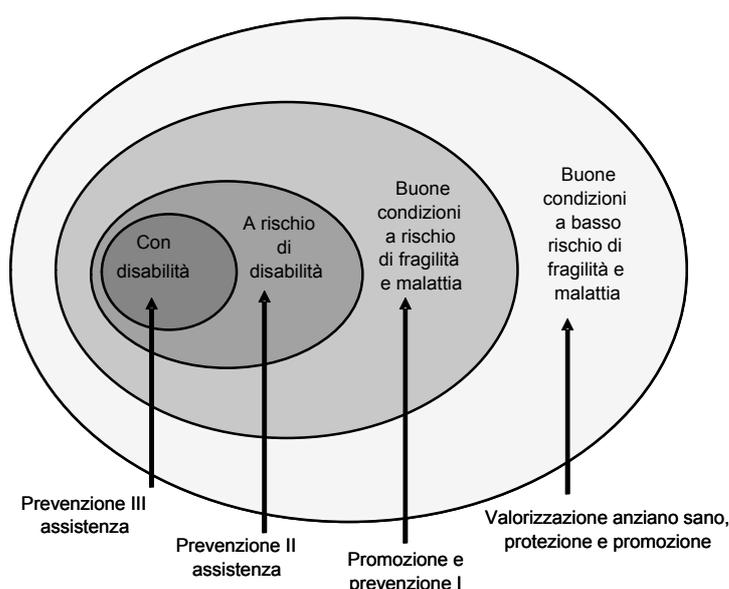
- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

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

L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione con 65 anni e più è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è essenziale per la programmazione e valutazione delle strategie messe in atto dai diversi servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

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

I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento



1.2.2 Come sono stati individuati i sottogruppi di popolazione?

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La salute è intesa quindi come benessere fisico, mentale e sociale di un individuo o di un 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, fisiche e sociali per modificare l'ambiente circostante e farvi fronte. L'ambiente familiare e sociale ha infatti un peso determinante nel favorire e mantenere il livello di salute delle persone con 65 anni e più.

A fronte di questa definizione di salute, la popolazione è stata suddivisa in sottogruppi valutando in particolar modo l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale: *Activities of Daily Living* (ADL) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) (ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine).

I 4 sottogruppi identificati sono stati:

1. *In buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa*
 - sono indipendenti in tutte le ADL
 - hanno bisogno di aiuto al massimo per una IADL
 - presentano al massimo due delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o vista o udito;
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica;
 - e. ipertensione.
2. *In buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità*
 - sono indipendenti in tutte le ADL
 - hanno bisogno di aiuto al massimo in una IADL
 - presentano tre o più delle seguenti cinque caratteristiche o condizioni:
 - a. problemi di masticazione o vista o udito;
 - b. insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
 - c. molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale
 - d. almeno una patologia cronica;
 - e. ipertensione.
3. *A rischio di disabilità*
 - sono indipendenti in tutte le attività ADL
 - hanno bisogno di aiuto in almeno due IADL
4. *Con disabilità*
 - hanno bisogno di aiuto in una o più ADL.

1.2.3 Cosa sono le ADL e le IADL?

Le **ADL** (Activities of Daily Living) comprendono le attività di base che la persona deve necessariamente svolgere per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa.

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

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

Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da solo esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della indipendenza nelle IADL è la scala da cui il termine IADL prende il nome, pubblicata da Lawton e Brody nel 1969, e comprende le seguenti attività: usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette.

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

Sono state prese in considerazione le persone con situazioni di non autonomia in almeno 1 ADL (definite persone con disabilità) indipendentemente dalla presenza e dal numero di limitazioni nelle IADL e anche le persone con situazioni di non autonomia "solo" nelle IADL.

E' stata valutata la diffusione della mancanza di autonomia nelle singole attività della vita quotidiana.

La limitazione in un'attività della vita quotidiana comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del tipo (IADL o ADL) e del numero di attività per le quali il soggetto non è autonomo; è stato quindi anche valutato il numero di ADL e/o IADL non autonome presentate dalle persone con disabilità e da quelle con limitazioni solo nelle IADL.

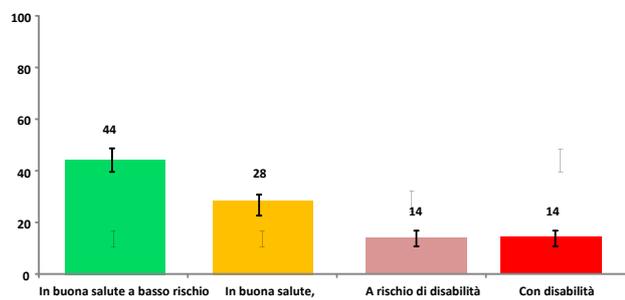
1.2.4 Come è distribuita la popolazione con 65 anni e più rispetto ai sottogruppi?

Tra le persone con 65 anni e più:

- quasi la metà (44%) risulta in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa.
- il 28% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità.
- il 14% è a rischio di disabilità.
- il 14% ha limitazioni in 1 o più attività di base della vita quotidiana.

Sottogruppi di popolazione (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=446)



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

Tra le persone di età compresa tra i 65 ed i 74 anni 8 su 10 sono in buona salute e quelle con disabilità rappresentano solo il 5%.

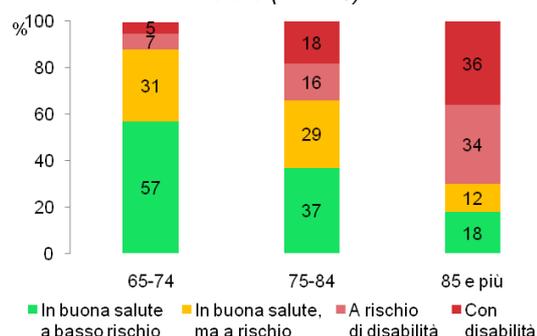
Dopo gli 84 anni persone a rischio di disabilità (34%) e con disabilità (36%) rappresentano la maggioranza delle persone.

Le persone in buona salute e a basso rischio di malattia passano dal 57% tra i 65-74 anni al 18% dagli 85 anni e più.

Quelle in buona salute ma a rischio di malattia risultano quasi 1 su 3 nelle prime classi di età e scendono a circa 1 su 8 dagli 85 anni in avanti.

Classi di età per sottogruppi (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=446)



1.2.6 Qual è la distribuzione dei sottogruppi nei due generi?

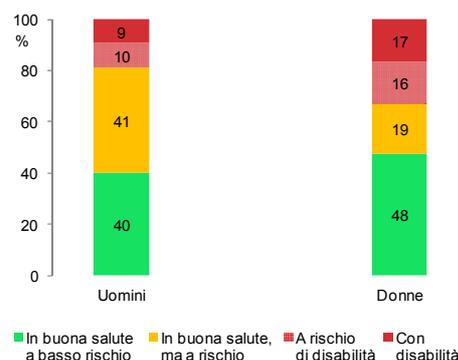
La distribuzione per sottogruppi non è omogenea per genere.

Tra le donne sono più numerose che tra gli uomini le persone che appartengono ai sottogruppi con rischio di disabilità (16% vs 10% negli uomini) e con disabilità (17% vs 9% negli uomini).

Questo risultato è legato anche alla maggiore proporzione di donne nelle classi di età più avanzate.

Generi per sottogruppi (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=446)



1.3 Autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

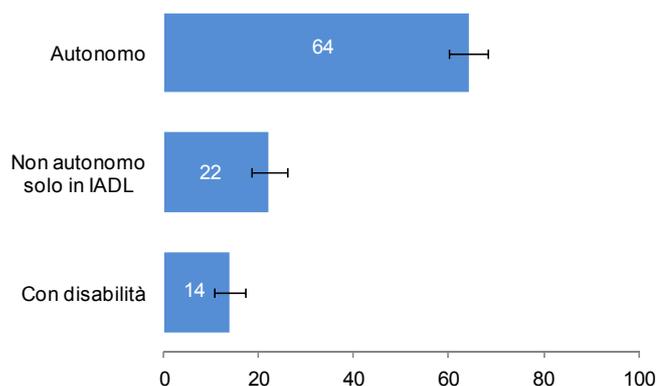
1.3.1 Quanti non sono autonomi nelle attività della vita quotidiana?

A Torino tra le persone con 65 anni e più:

- 2 su 3 (64%) non hanno problemi a svolgere attività della vita quotidiana;
- il 22% presenta problemi di autonomia nelle IADL, ma non nelle ADL;
- il 14% non è autonoma in almeno una ADL, indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL. (Queste persone corrispondono al sottogruppo 4: persone con disabilità).

Limitazioni nelle attività della vita quotidiana (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n =446)



1.3.2 Attività di base della vita quotidiana (ADL)

1.3.2.1 Come si distribuiscono le situazioni di dipendenza nelle ADL?

A Torino le persone con 65 anni e più non autonome in 1 o più ADL, ovvero quelle con disabilità, sono quasi il 14%.

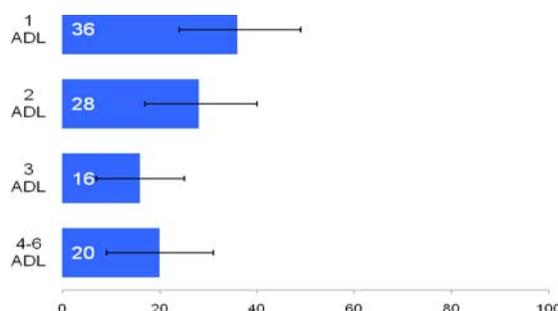
Tra queste persone:

- il 36% non è autonomo in 1 ADL;
- il 28% in 2 ADL;
- il 16% in 3 ADL;
- il 20% non è autonomo in 4 o più ADL.

Nell'intera popolazione con 65 anni e più questa distribuzione corrisponde ad una prevalenza di circa il 4% per le persone con mancanza di autonomia in 1 ADL e di circa il 3% per quelle non autonome in 4 o più ADL .

Numero di ADL non autonome nelle persone con disabilità (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n =446)



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

Le persone con disabilità aumentano con l'età (5% tra i 65-74 anni e 22% dai 75 anni in su).

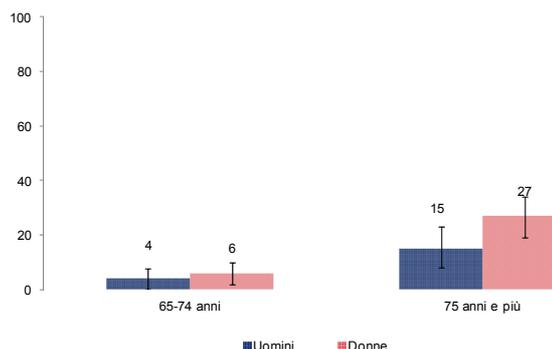
Tra i 65 ed i 74 anni la presenza di disabilità tra le donne è del 6%, mentre tra gli uomini non raggiunge il 4%.

Dopo i 74 anni le persone con disabilità sono il 27% tra le donne e il 15% tra gli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne con 65 anni e più (9% vs 17%) dipende anche dalla maggiore presenza femminile nelle età più elevate.

Persone con disabilità per età e sesso (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n =60)

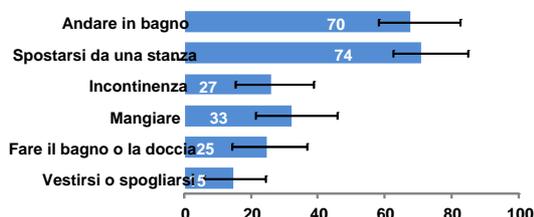


1.3.2.3 Quali sono le ADL più frequentemente compromesse?

Tra le persone con disabilità:

- 7 su 10 (70%) non sono autonome nell'andare in bagno;
- il 74% ha problemi a spostarsi da una stanza all'altra;
- il 27% ha problemi di incontinenza;
- il 33% non si alimenta autonomamente;
- il 25% ha problemi nel fare il bagno o la doccia;
- il 15% è totalmente dipendente per vestirsi o spogliarsi.

Limitazioni per singole ADL tra le persone con disabilità (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n =60)



1.3.3 Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)

1.3.3.1 Come si distribuiscono le situazioni di dipendenza nelle IADL?

A Torino le persone con 65 anni o più non autonome in 1 o più IADL sono il 35%.

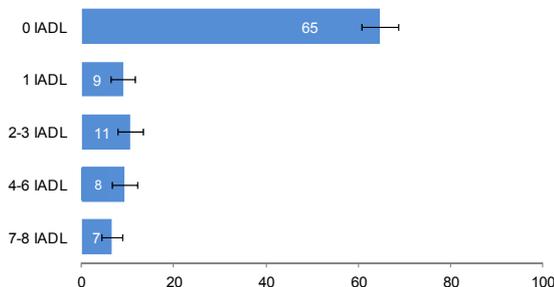
In particolare:

- il 9% risulta non autonomo in 1 sola IADL;
- l'11% ha limitazioni in 2 o 3 IADL;
- il 9% non è autonomo in un numero di IADL variabile tra 4 e 6;
- il 7% ha perso l'autonomia in 7-8 IADL.

Tra le persone con disabilità, ovvero tra quelle che hanno problemi anche nelle ADL, questa distribuzione di frequenza è molto diversa.

Coloro che sono autonomi in tutte le IADL sono un'eccezione (circa 3%), mentre quelli che hanno problemi in 7-8 IADL risultano il 43%.

Numero IADL non autonome (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n =450)



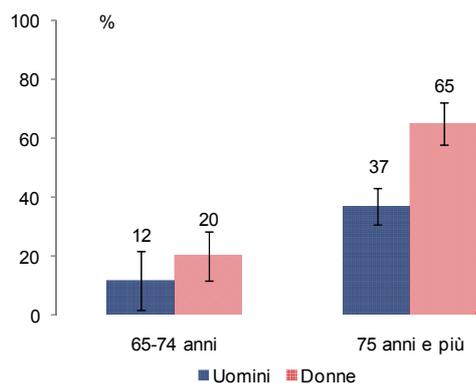
1.3.3.2 Quale è la distribuzione per età e sesso delle persone con almeno 1 IADL non autonoma?

Le persone non autonome in 1 o più IADL aumentano con l'età: rappresentano circa il 16% tra i 65-74 anni e oltre la metà (54%) dai 75 anni in su.

Con l'età aumentano anche le differenze di genere: dopo i 74 anni le persone con almeno 1 IADL non autonoma risultano il 65% delle donne e il 37% degli uomini.

La differenza complessiva osservabile tra uomini e donne dipende anche dalla maggiore componente femminile nelle età più elevate.

Persone con almeno 1 IADL non autonoma per età e sesso (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino



1.3.3.3 Quali sono le IADL più frequentemente compromesse?

Tra coloro che presentano almeno una IADL non autonoma, le attività strumentali che più frequentemente presentano limitazioni risultano:

- spostarsi fuori casa (81%);
- prendersi cura della casa (74%);
- fare la spesa (68%).

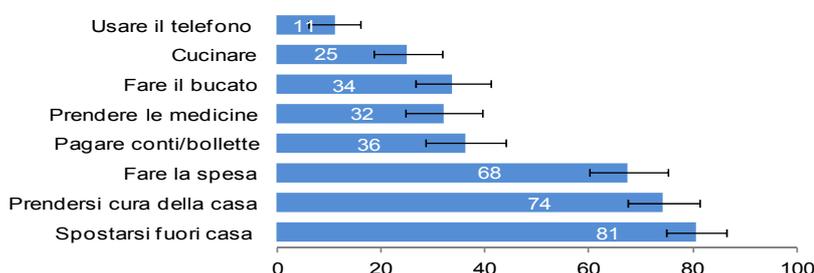
L'attività strumentale per la quale viene maggiormente mantenuta l'autonomia è l'uso del telefono: tra le persone con problemi di autonomia nelle IADL solo 1 persona su 9 non lo utilizza in maniera autonoma.

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

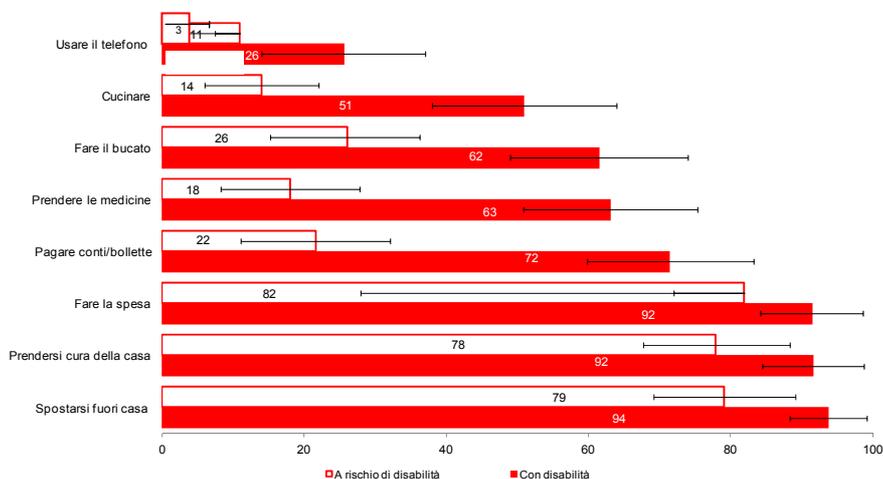
Spostarsi fuori casa, prendersi cura della casa e fare la spesa non vengono svolte autonomamente da oltre 9 persone su 10 tra quelle con disabilità e da circa 8 su 10 tra quelle a rischio di disabilità.

L'attività che risulta meno limitata si conferma l'uso del telefono: su 100 persone, coloro che non lo utilizzano in maniera autonoma sono 3 tra quelle a rischio di disabilità e 26 tra quelle con disabilità).

**Limitazioni per singole IADL (%)
tra le persone con almeno 1 IADL non autonoma**
Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n =155)



**Limitazioni per singole IADL (%)
tra le persone a rischio di disabilità e con disabilità**
Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino



1.4 Percezione dello stato di salute

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

Nelle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento la salute percepita viene valutata col metodo dei “giorni in salute” (Healthy Days), che misura la percezione dello stato di salute e del benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene psicologicamente ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Dagli anni '80 questo pacchetto di misure standard della “qualità della vita relativa alla salute” (Health Related Quality Of Life –HRQOL) è stato gradualmente inglobato in diversi sistemi di sorveglianza e di survey di popolazione grazie alla sua associazione con la presenza di patologie croniche o di determinanti di malattia.

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

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

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

Il 34% delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (7% molto bene, 27% bene), il 50% discretamente e il rimanente 16% in modo negativo (14% male, 2% molto male).

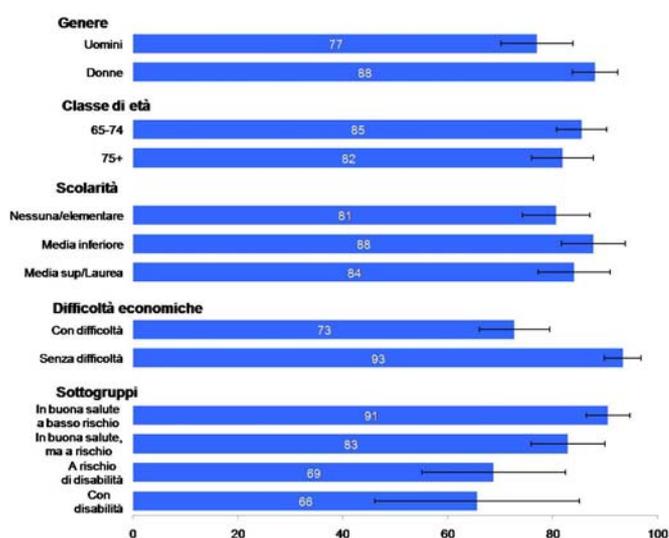
La percezione peggiora con l'età: il 18% delle persone con 75 anni e più considera in modo negativo il proprio stato di salute, ma rimangono comunque significativamente più numerosi coloro che ne hanno un giudizio positivo (molto bene/bene: 34%).

A Torino differenze di genere si osservano solo dopo i 75 anni, età in cui le donne si sentono più in salute degli uomini (molto bene/bene 40% vs 21% degli uomini).

Percezione favorevole della propria salute* (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =369)

Totale = 34,1% (IC95% 29,3–39,0)

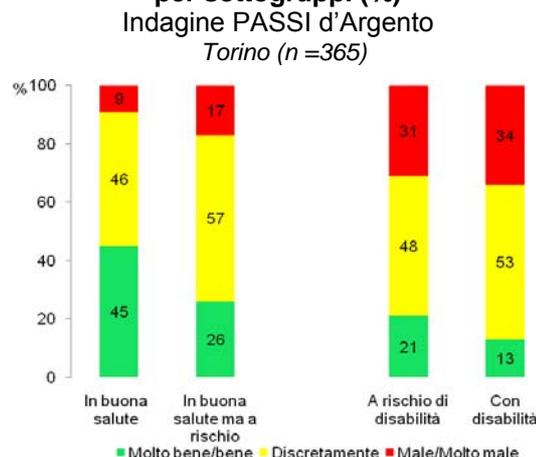


* dichiarano di sentirsi “discretamente”, “bene” o “molto bene”.

Riferiscono di stare “bene” o “molto bene” il 45% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia, il 26% di quelle in buona salute ma a rischio di malattia e poco più di 2 persone su 10 di quelle a rischio di disabilità (21%), proporzione che scende al 13% tra coloro portatori di disabilità.

Una percezione negativa della propria salute interessa il 9% dei soggetti in buone condizioni a basso rischio e il 34% di quelli con disabilità.

Percezione della propria salute per sottogruppi (%)



1.4.2 Come si sentono rispetto all'anno precedente?

Il 10% delle persone con 65 anni e più si sente meglio rispetto ad un anno prima (1% molto meglio, 9% meglio), circa la metà (57%) si sente allo stesso modo, il rimanente 33% si sente peggio (27% leggermente, 6% molto peggio).

Le condizioni di salute rispetto all'anno cambiano in relazione all'età, ma anche al genere:

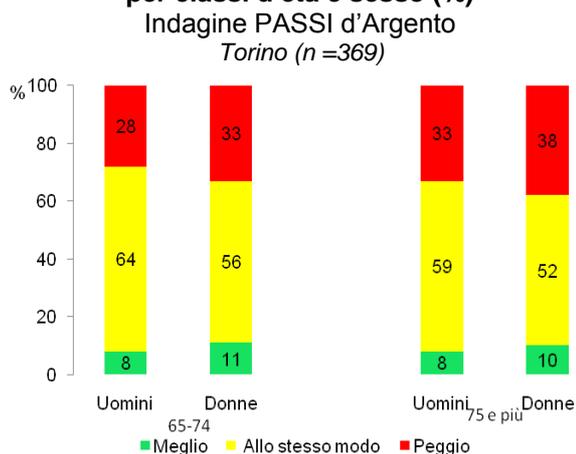
- si sentono peggio il 31% delle persone tra 65 e 74 anni e il 36% di quelle con 75 anni e più, con prevalenze maggiori nelle donne rispetto agli uomini;
- anche dopo i 74 anni quasi 1 persona su 10 dice di sentirsi meglio rispetto all'anno precedente, con differenze di età e genere meno evidenti rispetto a chi dichiara un peggioramento.

Ritiene peggiorata la propria salute rispetto all'anno precedente:

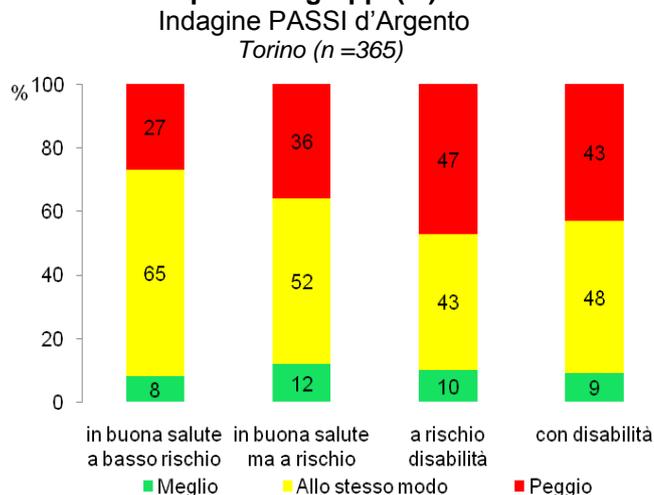
- poco più di un quarto (27%) delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia;
- poco meno della metà delle persone a rischio di disabilità (48%) e con disabilità (43%).

In tutti i sottogruppi circa 1 persona su 10 ritiene migliorata la propria condizione di salute rispetto all'anno precedente.

Come si sentono rispetto all'anno precedente per classi d'età e sesso (%)



Come si sentono rispetto all'anno precedente per sottogruppi (%)



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

Nel corso degli ultimi 30 giorni, nella popolazione con 65 anni e più, il numero medio di giorni in cattiva salute risulta:

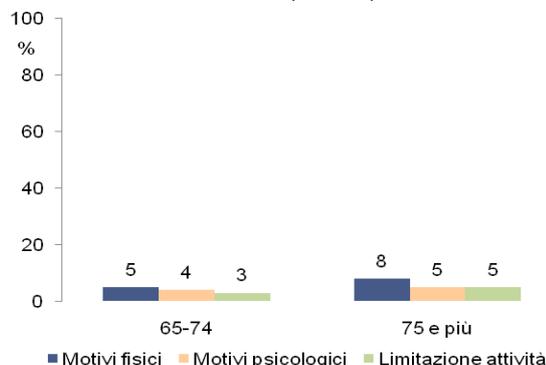
- 6,5 per la salute fisica;
- 4,5 per quella psicologica

I giorni con limitazione delle attività abituali risultano in media 4 sugli ultimi 30.

I giorni in cattiva salute, fisica o psicologica, e i giorni con limitazione delle attività funzionali aumentano con il progredire dell'età.

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

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =369)



1.4.4 Quanti giorni di cattiva salute o di limitazioni delle attività abituali hanno avuto negli ultimi 30 giorni?

Circa la metà delle persone con 65 anni e più riferisce di non avere avuto giorni in cattiva salute o con limitazione delle attività abituali negli ultimi 30: in questo periodo il 43% si è sentito fisicamente bene, il 64% non ha avuto motivi di malessere psicologico e quasi 2 su 3 (67%) non hanno limitato le loro attività abituali per motivi di salute.

Le persone che dichiaravano perdita della salute per 14 o più giorni è risultata del 21% in merito a cattiva salute fisica, del 15% rispetto a malessere di carattere psicologico ed del 13% riferito a limitazione delle attività abituali.

Come per gli altri indicatori di salute percepita, anche per questo si ottengono analizzando la popolazione separatamente per determinanti demografici e sociali. In particolare si osservano:

- differenze di genere per la salute psicologica: le donne che non segnalano problemi di questo tipo negli ultimi 30 giorni sono meno degli uomini (62% vs 68%);
- marcate differenze in relazione alla situazione economica su tutti e 3 gli ambiti indagati: la segnalazione di difficoltà economiche si associa sia ad una minore probabilità di non avere giorni in cattiva salute, fisica o psicologica, o con limitazioni di attività, che ad una aumentata probabilità di avere più di 14 giorni, sugli ultimi 30, di cattiva salute fisica o con limitazioni di attività abituali.

Anche una scolarità bassa si accompagna generalmente a prevalenze minori di persone in buona salute e prevalenze maggiori di persone con 14 o più giorni di cattiva salute e limitazioni di attività; significative differenze si registrano solo per quest'ultimo indicatore.

**Persone con 0 e con 14 o più giorni di cattiva salute o di limitazione delle attività abituali
(negli ultimi 30 giorni) (%)**
Indagine PASSI d'Argento
Torino

	Cattiva salute fisica		Cattiva salute psicologica		Limitazione di attività abituali	
	0 giorni	14 giorni o più	0 giorni	14 giorni o più	0 giorni	14 giorni o più
Popolazione con 65 anni e più	44	21	64	15	67	13
Genere						
uomini	42	17	68	11	79	8
donne	45	24	62	17	60	24
Classi di età						
65-74	46	18	62	14	71	13
75 e oltre	41	25	66	16	62	14
Istruzione						
nessuna/elementare	41	26	65	16	67	17
media inferiore	49	17	69	14	67	11
media superiore/laurea	43	38	58	14	69	10
Difficoltà economiche						
con difficoltà	31	31	54	22	57	24
senza difficoltà	55	12	72	9	75	4

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

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

20 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino

	%	IC 95 %	
Popolazione con 65 anni e più	20,4	16,1	24,7
Genere			
uomini	17,2	10,8	23,7
donne	22,2	16,6	27,8
Classi di età			
65-74	17,8	12,4	23,2
75 e oltre	23,6	16,8	30,4
Istruzione			
bassa	24,0	16,8	31,2
alta	18,0	12,7	23,2
Difficoltà economiche			
con difficoltà	30,8	23,6	38,1
senza difficoltà	11,3	6,7	15,8

1.5 Soddisfazione per la propria vita

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

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

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

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

Il 75% delle persone con 65 anni e più sono soddisfatte della vita che conducono (10% molto, 65% abbastanza soddisfatte).

Il rimanente 25% non è soddisfatto (23% poco, 2% per nulla soddisfatto).

L'80% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della vita che conduce. Tra le persone con 75 anni e più questo valore diminuisce, ma risultano più di 2 su 3 (69%) le persone soddisfatte della propria vita.

Le persone poco o per nulla soddisfatte della vita che conducono sono più frequenti tra gli uomini (31%) rispetto alle donne (21%) e aumentano con il crescere dell'età in entrambi i sessi.

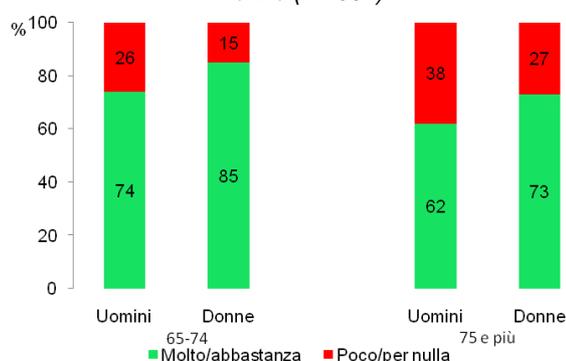
Le difficoltà economiche riducono significativamente il livello di soddisfazione.

Si ritengono soddisfatte della propria vita:

- più di tre quarti delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia (86%) e delle persone in buona salute ma a rischio (72%);
- poco più della metà delle persone a rischio di disabilità o con disabilità (55%).

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

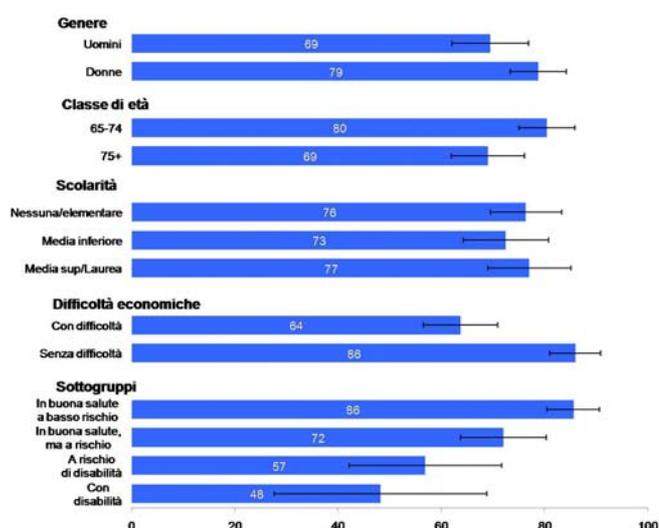
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=367)



Soddisfazione della vita (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=367)

Totale = 75,2% (IC95% 70,8–79,6)



1.6 Conclusioni

Una più precoce mortalità maschile fa sì che le donne costituiscano la maggioranza della popolazione con più di 65 anni, che il processo di femminilizzazione aumenti al crescere dell'età e che si osservino evidenti differenze di genere relativamente a stato civile e coabitazione. Infatti dopo i 65 anni le donne si distribuiscono equamente (circa 45%) tra coniugate e vedove e quasi un terzo vive da sola mentre tra gli uomini i coniugati sono il 79%, i vedovi l'8% e solo il 6% vive da solo.

Nella popolazione con 65 anni e più si osserva ancora marcatamente una minore scolarizzazione femminile mentre, probabilmente anche grazie alle misure di tutela pensionistica per le vedove, non si osservano differenze di genere relativamente alla situazione economica percepita. A Torino nel 2012 quest'ultima non evidenzia differenze significative per età neanche rispetto alle persone di classi di età più giovani intervistate da PASSI: dal punto di vista economico la metà delle persone con 65 anni e più arriva a fine mese senza difficoltà. Per la popolazione con 65 anni e più, come nell'indagine PdA effettuata nel 2010, questo risultato si accompagna al fatto che il 7% delle persone arriva a fine mese con molte difficoltà economiche, situazione che, nonostante risulti migliore di quella osservata nel campione regionale, richiede attenzione in relazione alla sua forte associazione con molti indicatori di salute percepita ed oggettiva.

La popolazione con 65 anni e più è estremamente eterogenea per condizioni di benessere: complessivamente quasi la metà può essere considerata ancora in buona salute e con un basso rischio di fragilità e malattia, ma su 7 persone 1 è disabile (proporzione più elevata del dato regionale) e 3 su 10 non sono autonome in almeno 1 delle 8 attività strumentali della vita quotidiana.

La salute peggiora con l'età ma il processo non è necessariamente lineare dal momento che, anche tra le persone con disabilità, 1 su 10 dichiara di sentirsi meglio dell'anno precedente e il 75% delle persone con 65 anni e più è soddisfatto della vita che conduce.

L'autonomia nello svolgimento delle attività di base e strumentali della vita quotidiana, la percezione della propria salute fisica o psicologica e la soddisfazione della vita risultano correlate a scolarità ed in particolare a difficoltà economiche, a conferma della rilevanza degli aspetti sociali per le politiche dell'invecchiamento attivo.

Salute e Invecchiamento Attivo nel Comune di Torino



foto di Giorgio Salvadori



foto di Giorgio Salvadori

2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE



Indagine 2012

2. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure

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

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Attività fisica

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

Una regolare attività fisica 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; questo vale non solo per le persone in buona salute, ma anche per quelle con malattie croniche.

Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età.

Per indagare l'attività fisica PASSI d'Argento adotta il PASE (Physical Activity Score in 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.

L'attività domestica comprende: attività di tipo leggero 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 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 sportivo-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 sull'attività fisica le persone con 65 anni e più che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma¹ e quelli che hanno avuto bisogno dell'aiuto del proxy per effettuare l'intervista.

Non essendoci degli standard universalmente accettati per valutare l'attività fisica misurata con il punteggio PASE e tenendo conto che la popolazione con 65 anni e più è molto eterogenea, in PASSI d'Argento si è deciso di suddividere gli ultra 64enni considerati eleggibili in 6 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°, 25°, 10° del pool nazionale).

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

Nel Pool nazionale il valore mediano del PASE score è risultato 93.3 (con range da 1.4 a 397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori mediani della popolazione calcolati per uomini e donne sono statisticamente differenti (99 vs 90).

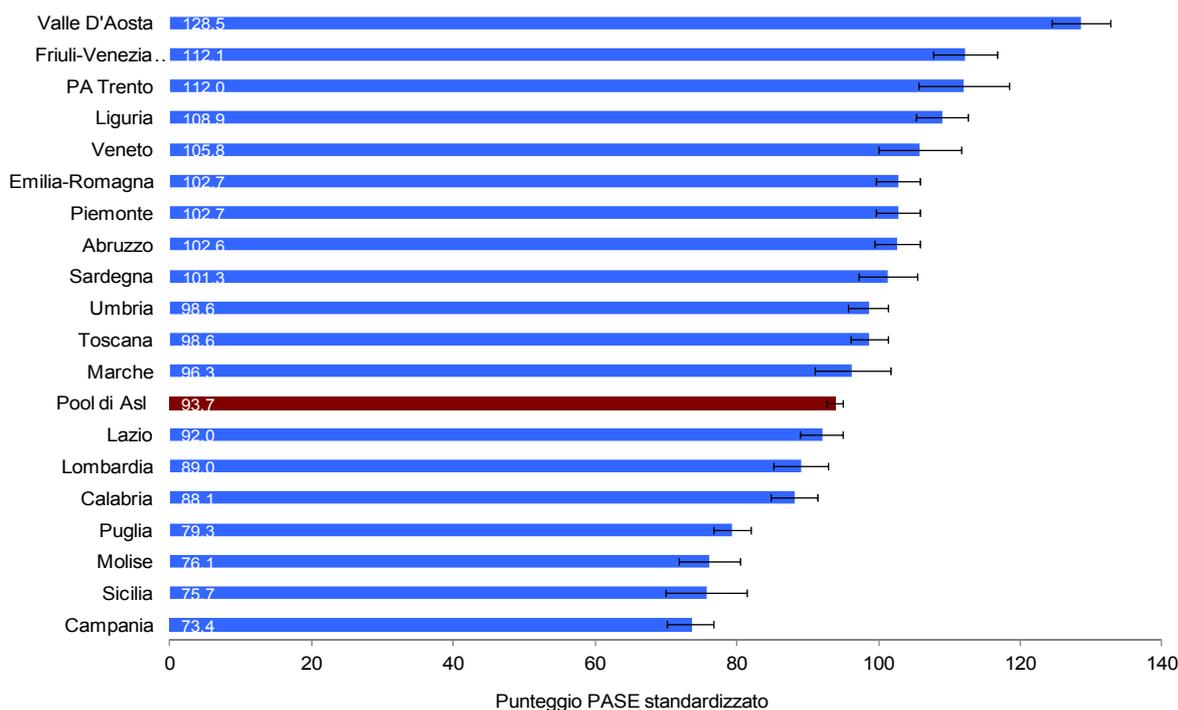
Osservando le curve dei principali percentili del PASE score dell'intera popolazione ultra64enne del pool di PASSI d'Argento 2012 appare evidente che l'attività fisica diminuisce all'aumentare dell'età. Questa diminuzione è maggiore in termini assoluti per i percentili più elevati, in proporzione è invece maggiore per i percentili più bassi: per esempio, passando dai 65 anni all'età più avanzata il PASE score nella curva del 10° percentile scende all'incirca da 40 a 10 (-35 in termini assoluti; -75% in proporzione), nella curva del 90° percentile il PASE score scende all'incirca da 195 a 95 (-100 in termini assoluti; -52% in proporzione). Ciò indica che, invecchiando, le persone di 65 anni che fanno poca attività fisica tendono a dimunirla ancora di più di quanto accade alle persone più attive fisicamente.

¹ Persone che riescono a spostarsi da una stanza all'altra solamente se aiutate o non riescono proprio a farlo.

2.1.1.1 Quanti sono attivi fisicamente?

Standardizzando i valori per genere ed età è possibile confrontare i valori medi del PASE score delle Regioni che hanno partecipato a PASSI d'Argento nel 2012: il valore del Piemonte (102,7) risulta significativamente più elevato di quello del Pool nazionale (93,7) segnalando quindi per il Piemonte una maggiore diffusione di attività fisica tra le persone con 65 anni e più rispetto al resto del territorio nazionale. Questa differenza risulta ancora maggiore rispetto ad alcune Regioni del Sud Italia che, analogamente a quanto si osserva nelle età più giovanili con indicatori differenti, fanno registrare i più bassi livelli attività fisica.

PASE score per Regione partecipanti (valore medio standardizzato con i.c. 95%)
Indagine PASSI d'Argento 2012



Al fine di verificare la situazione degli intervistati di 65 e più anni a Torino in merito all'esercizio di attività fisica sono state calcolate le percentuali di intervistati con valori di PASE score inferiori al valore di riferimento del Pool per il 50° per il 25° per il 10°. Come per il Piemonte, anche per Torino si osserva un maggiore livello di attività fisica rispetto al Pool nazionale, dal momento che queste percentuali sono inferiori a quelle di riferimento (50%, 25%, 10%).

PASE score:
numero persone eleggibili e
% persone con PASE score al di sotto dei valori di Pool di alcuni percentili
Indagine PASSI d'Argento
Torino

Gruppi di età	Intervistati eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n (% sugli eleggibili)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
Totale persone con 65 anni e più	345(100%)	49%	20%	6%

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

** totale eleggibili Pool nazionale per PASE score PDA 2012 (n=16.811)

2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC ≥ 30). In PASSI d'Argento questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato.

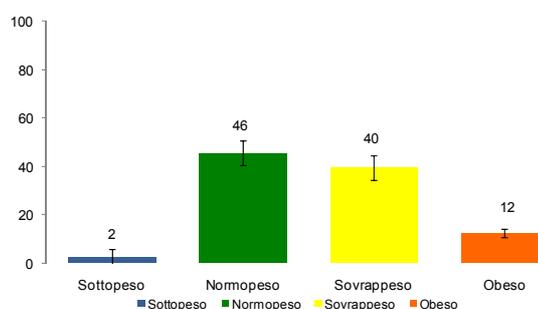
Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire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

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

Stato nutrizionale (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =369)

Per le persone con con 65 anni e più, PDA stima che tra:

- quasi la metà (46%) sia normopeso;
- il 40% sia in sovrappeso;
- il 12% sia in condizione di obesità;
- il 2% sia invece sottopeso.

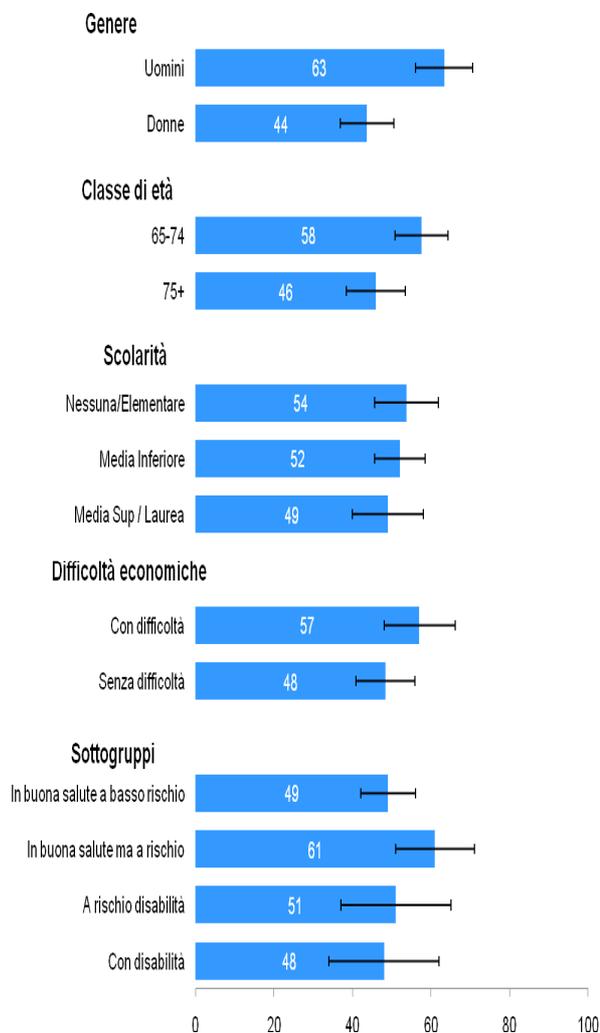


2.1.2.2 Tra quali persone è più diffuso l'eccesso ponderale?

Persone in eccesso ponderale (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =369)

Totale = 52% (IC95% 47,0–57,0)



L'eccesso ponderale risulta maggiormente diffuso tra gli uomini (63% rispetto al 44% osservato tra le donne).

Non si osservano invece differenze significative di prevalenza di eccesso ponderale in base all'età ed alla situazione economica anche se assenza di difficoltà economiche e titolo di studio elevato si accompagnano a valori inferiori di eccesso ponderale.

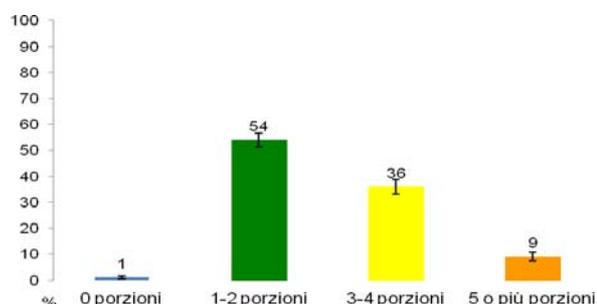
Quest'ultima caratteristica era stata osservata anche nell'ambito del campione regionale ed era accompagnata da significatività statistica.

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

Tra le persone con 65 anni e più

- il 9% consuma almeno le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno (“five a day”);
- più di un terzo (36%) consuma 3 o 4 porzioni giornaliere;
- il 54% consuma solo 1-2 porzioni.

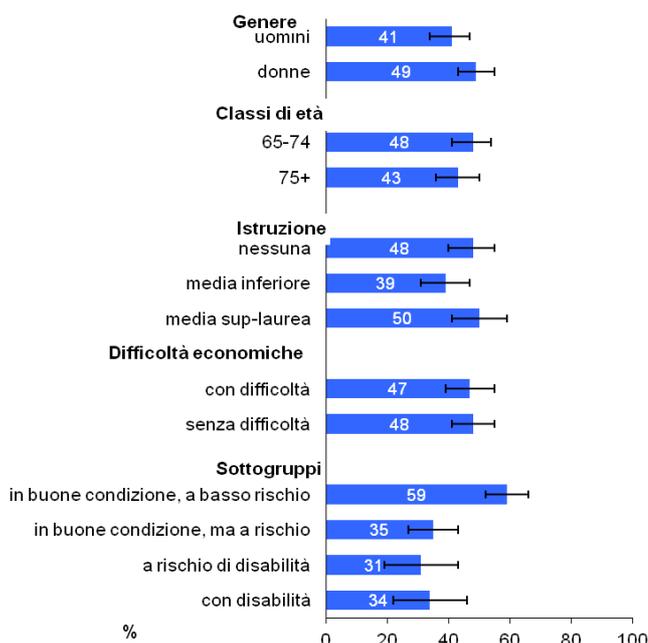
Consumo di frutta e verdura (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =441)



2.1.2.4 Tra quali persone è più diffuso il consumo di almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno?

Persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura* (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =441)

Totale = 45,4% (IC95% 38,0–52,7)



Consumare almeno tre porzioni di frutta e verdura è più frequente tra:

- le persone in buona salute a basso rischio di disabilità (59% vs poco più del 30% per gli altri sottogruppi).

Tra i livelli di istruzione valori inferiori si accompagnano tra gli intervistati con titolo di media inferiore.

2.1.3 Consumo di alcol

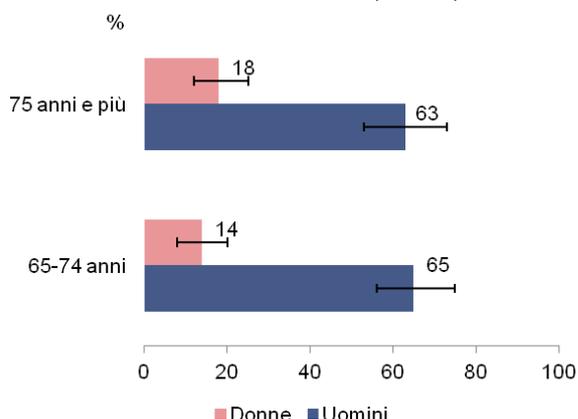
Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione con 65 anni e più è ad elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa, la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido: questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati. A questo fenomeno si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato ed i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. Inoltre l'alcol interferisce spesso con l'uso dei farmaci e la maggior parte delle persone anziane assume più di un farmaco quotidianamente.

Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le Linee Guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (330 ml di birra, 125 ml di vino o 40 ml di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e in particolare il numero di persone che bevono più di un'unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno. Infine è stato stimato il numero di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

2.1.3.1 Quanti consumano bevande alcoliche?

Consumo di alcol per genere e classi di età (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =444)



PDA stima che a Torino il 36% delle persone con 65 anni e più consumi bevande alcoliche.

Indipendentemente dall'età, il consumo risulta più diffuso tra gli uomini rispetto alle donne (valore complessivo per la popolazione con 65 anni e più: 64% uomini vs 16% donne).

2.1.3.2 Quanti sono i bevitori a rischio e tra chi son più diffusi?

Consumo di alcol a rischio* (%)

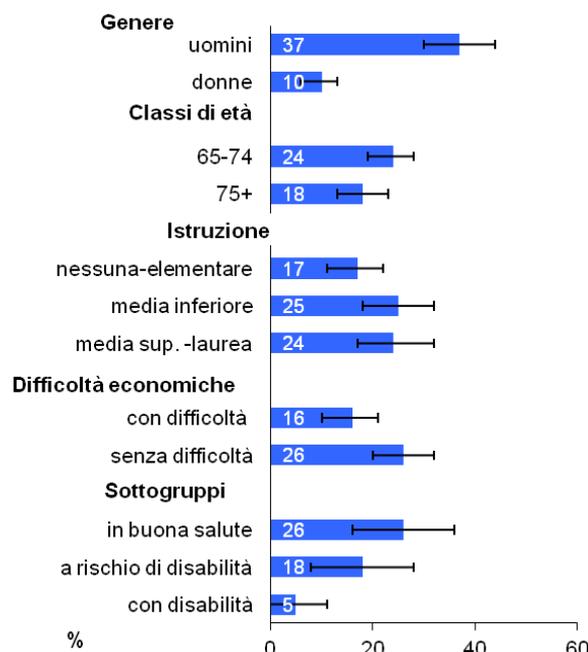
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=444)

Totale = 21,6% (IC95% 17,9 – 25,8)

PDA stima che a Torino il 22% delle persone con 65 anni e più sia un bevitore a rischio, ovvero consumi più di 1UA al giorno.

Si tratta di una condizione più frequente tra:

- gli uomini (37% vs 10% delle donne, differenza statisticamente significativa);
- le persone con 65-74 anni e più (24% vs 18% dai 75 anni in avanti);
- le persone senza difficoltà economiche (26% vs 16%)
- le persone in buona salute (26% vs 5% con disabilità, differenza statisticamente significativa).



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

Riferendo le stime di PDA alla popolazione di Torino risulta che:

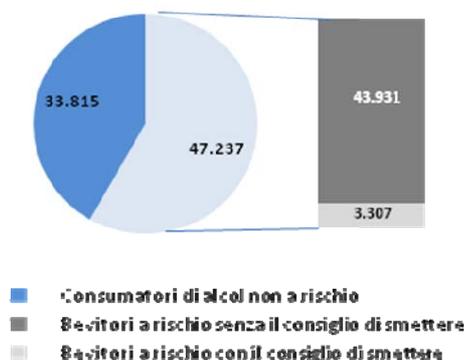
- le persone con 65 anni e più che consumano alcol sono 81.052;
- 47.237 (58% dei consumatori) sono i bevitori a rischio ovvero coloro che assumono più di 1 U.A. al giorno).

Tra i consumatori a rischio:

- 43.931 persone (93%) non hanno ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio di bere meno da parte di un medico o di un operatore sanitario;
- solo 3.307 (7%) riferiscono di aver ricevuto questo consiglio negli ultimi 12 mesi.

Consumo di alcol e consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario

(proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=225.368)



2.1.4 Abitudine al fumo

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

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

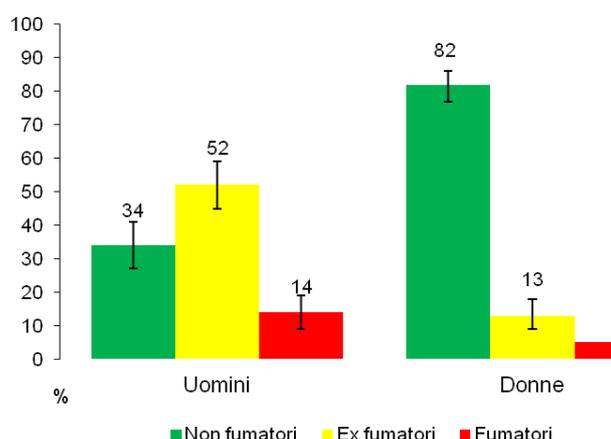
2.1.4.1 Come è distribuita l'abitudine al fumo?

Tra le persone con 65 anni e più PDA stima che a Torino:

- quasi 1 su 10 (9%) fumi;
- circa 1 su 4 (29%) sia un ex fumatore;
- la maggior parte (62%) non abbia mai fumato.

Tra i fumatori circa 2 su 3 (67%) fumano più di 10 sigarette al giorno e in considerazione dell'età possono essere considerati forti fumatori.

Abitudine al fumo* (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =441)



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

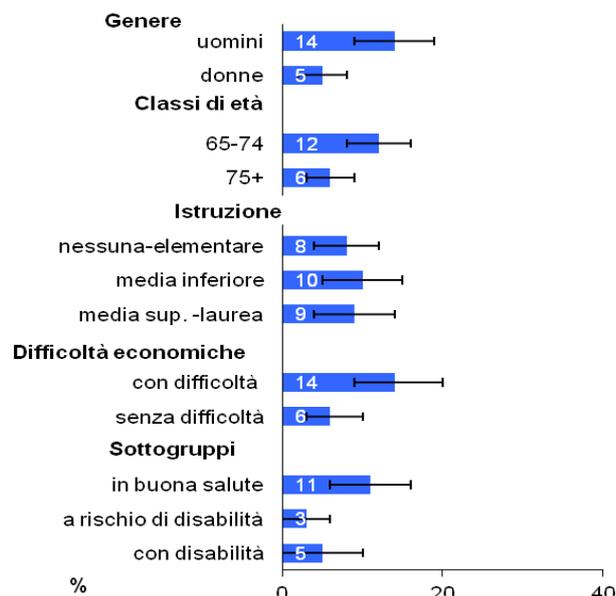
** Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di non fumare al momento dell'intervista

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

2.1.4.2 Quanti sono fumatori? Tra quali persone sono più diffusi?

Fumatori (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =441)

Totale = 8,9% (IC95% 6,3 – 11,5)



* Fumatore: persona che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento dell'intervista.

Il 9% delle persone con 65 anni e più fuma:

il 12% tra le persone con età compresa tra i 65-74 anni vs il 6% con 75 anni e più.

Tra i due generi si osserva una differenza significativa, in quanto mentre tra gli uomini la proporzione di fumatori è del 14% (i.c. 9.2-19.1), tra le donne questa scende al 5.2% (i.c. 2.4-7.9);

Non si osservano differenze di prevalenza dei fumatori per scolarità, mentre fuma di più chi si è dichiarato portatore di difficoltà economiche e in condizioni di buona salute.

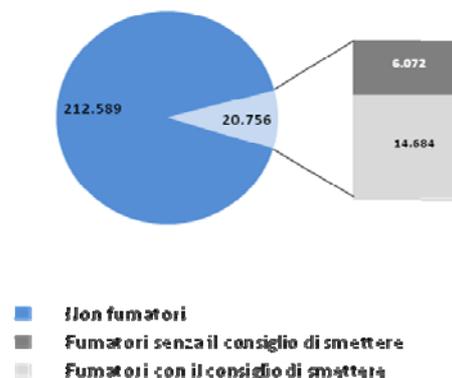
2.1.4.3 Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?

Abitudine al fumo e consiglio di smettere di fumare
Da parte di un operatore sanitario
(proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =225.368)

Proiettando la nostra osservazione alla popolazione di Torino si rileva che:

il totale delle persone con 65 anni e più che fumano è 20.756 (9% della popolazione).

Tra i fumatori, 14.684 (71%) hanno ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario, mentre 6.072 (29%) non l'hanno ricevuto.



*Fumatore: persona che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento dell'intervista

2.2 Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie cardio e cerebrovascolari e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità. Particolarmente frequente nelle persone con 65 anni e più, ed anzi caratteristica di questa fascia di età, è l'ipertensione sistolica isolata, 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 ed è dimostrato che anche l'ipertensione sistolica isolata, non meno di quella sisto-diastolica, aumenta il rischio cardiovascolare.

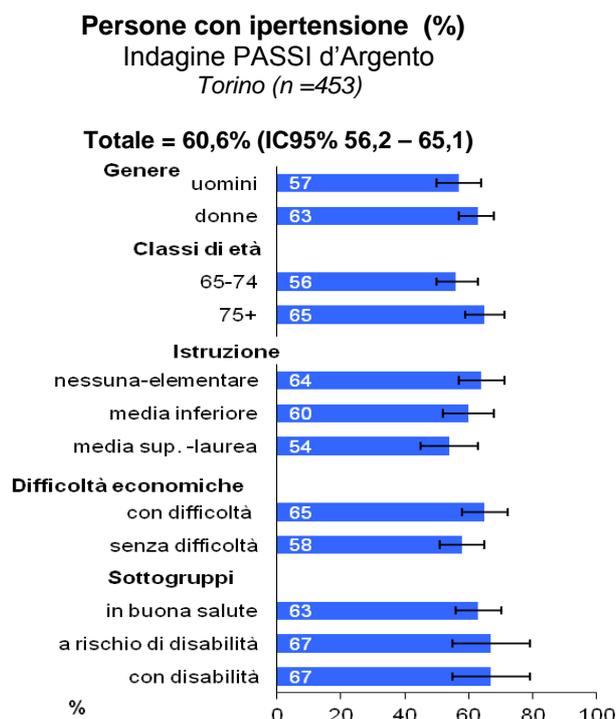
Per entrambe le forme di ipertensione, studi clinici randomizzati hanno dimostrato l'efficacia del trattamento antipertensivo nel ridurre la mortalità e la morbilità attribuibili all'ipertensione. Il trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa si basa sull'adozione di misure comportamentali, quali la dieta, l'esercizio fisico moderato, la cessazione dell'eventuale abitudine al fumo e la riduzione del consumo di alcolici.

2.2.1 Quanti sono gli ipertesi e tra quali persone è più diffusa l'ipertensione?

PDA stima che a Torino gli ipertesi costituiscano il 61% delle persone con 65 anni e più.

In questa popolazione la prevalenza dell'ipertensione non mostra differenze significative in relazione a genere, età, scolarità e difficoltà economiche.

Non si segnalano differenze significative neppure tra le persone in buona salute e quelle a rischio o con disabilità.



2.3 Prevalenza della malattie croniche non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie croniche degenerative quali, ad esempio, quelle cerebro-cardiovascolari, i tumori, il diabete, le malattie respiratorie croniche ostruttive, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età risulta inoltre sempre più frequente la presenza di comorbidità ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche.

Non bisogna dimenticare che molte di queste patologie hanno fattori di rischio comuni per i quali esistono misure di prevenzione efficaci in grado quindi di diminuire la prevalenza delle patologie o di ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede che vengano implementate queste misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, i loro esiti disabilitanti.

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

Più della metà (60%) delle persone con 65 anni e più riferisce almeno 1 patologia cronica (51% 1 o 2 patologie, il 9% 3 o più).

PDA stima che a Torino la prevalenza delle principali patologie croniche tra le persone con 65 anni e più, vari dal 19% per le malattie respiratorie al 6% per quelle croniche del fegato.

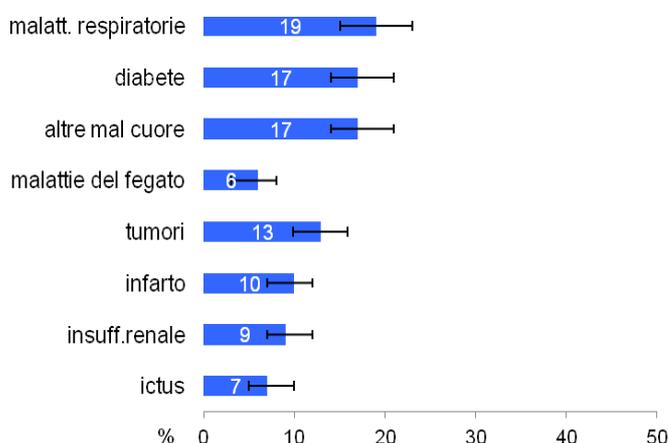
Le prevalenze di tumori e di malattie ischemiche del cuore risultano rispettivamente del 13% e del 10%.

Altre malattie del cuore sono segnalate dal 17% della popolazione con 65 anni e più.

Il 17% riferisce diabete.

Distribuzione delle patologie croniche (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=451)



2.3.2 Quanti riferiscono 3 o più patologie croniche e tra quali persone questa condizione è più diffusa?

Quasi una persona su 10 (9%) riferisce di avere almeno 3 patologie croniche

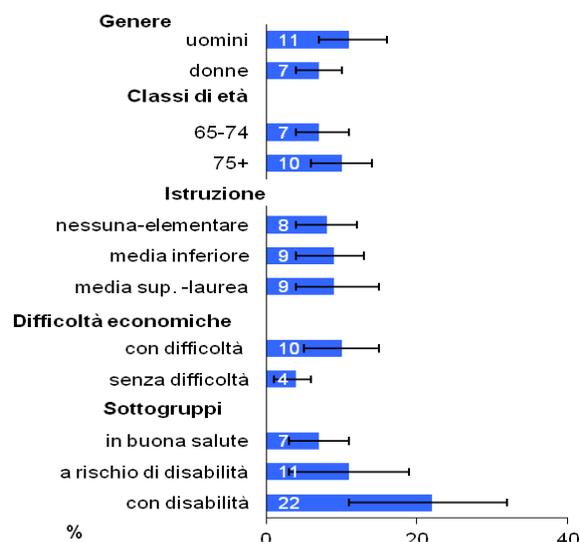
Differenze di genere, età, scolarità e difficoltà economiche non modificano di molto questa prevalenza, anche se l'assenza di difficoltà economiche risulta associata ad una minore proporzione di persone con almeno 3 patologie croniche.

Come atteso, la quota di persone con almeno 3 patologie croniche è minore tra le persone in buona salute rispetto a quelle a rischio o con disabilità.

Persone che riferiscono 3 o più patologie croniche (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=451)

Totale = 8,9 (6,2-11,5)



2.4 Problemi di vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persone con 65 anni e più, peggiorandone la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. I problemi di vista costituiscono inoltre un importante fattore di rischio per le cadute in età avanzata.

La salute orale costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona e con il progredire dell'età, le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale del peso con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

2.4.1 Problemi di vista

L'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il *National Eye Institute*, le principali patologie oculari correlate all'età (NIH, 2004). La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. PASSI d'Argento ha stimato la proporzione di anziani con problemi di vista, con particolare riferimento alla visione da vicino ("per leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio e fare piccoli lavori").

2.4.1.1 Quanti non vedono bene da vicino? Tra quali persone è più diffuso questo problema?

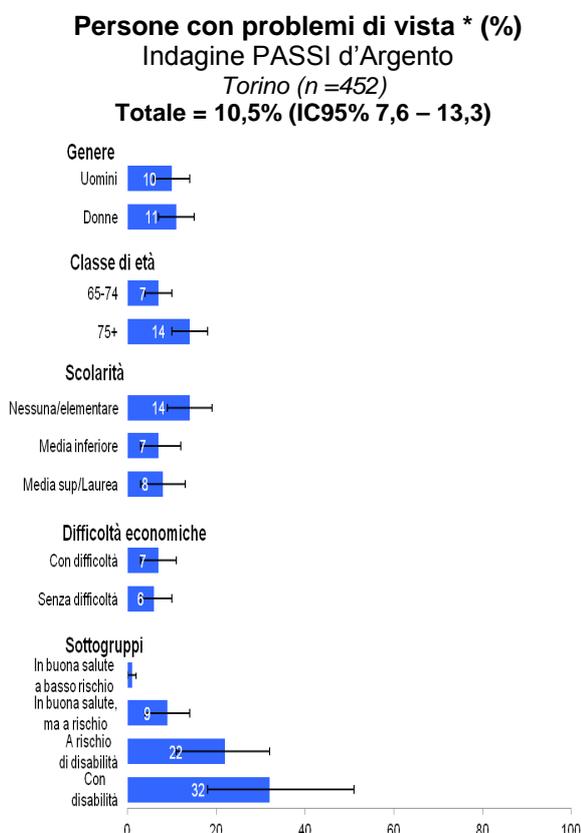
Indipendentemente dall'uso di occhiali, l'11% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi a vedere da vicino.

Questi problemi sono particolarmente diffusi tra le persone:

- con 75 anni e più (14%)
- con disabilità (32%).

I problemi di vista sono frequenti anche tra coloro che sono caduti negli ultimi 30 giorni (23%).

L'83% delle persone con 65 anni e più usa gli occhiali per leggere il giornale o vedere da vicino.



* Problemi di vista: difficoltà a leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio, fare piccoli lavori, indipendentemente dall'uso di occhiali.

2.4.2 Problemi di udito

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

La presbiacusia è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale gli individui non sono spesso consapevoli, mentre il problema non sfugge a conviventi e conoscenti. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie in presenza di una ridotta funzionalità renale, situazione la cui frequenza aumenta tra i più anziani.

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 diagnosi della presbiacusia, semplice e poco dispendiosa, ed il suo trattamento rappresentano, quindi, una importante priorità di salute pubblica. In particolare risulta di grande rilevanza per l'anziano l'accesso ai servizi diagnostici audiologici, ai fini della prevenzione delle complicanze che questo deficit sensoriale può comportare.

PASSI d'Argento ha stimato la proporzione di anziani con problemi di udito interrogandoli sulla capacità di "sentire bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno".

2.4.2 Quanti hanno problemi di udito? Tra quali persone questi problemi sono più diffusi?

Il 6% delle persone usa apparecchi acustici.

Indipendentemente dall'uso di apparecchi acustici, il 15% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di udito che procurano difficoltà "a fare quattro chiacchiere".

I problemi di udito sono più frequenti tra gli uomini (20% vs 11% delle donne) e tra le persone con disabilità (23%).

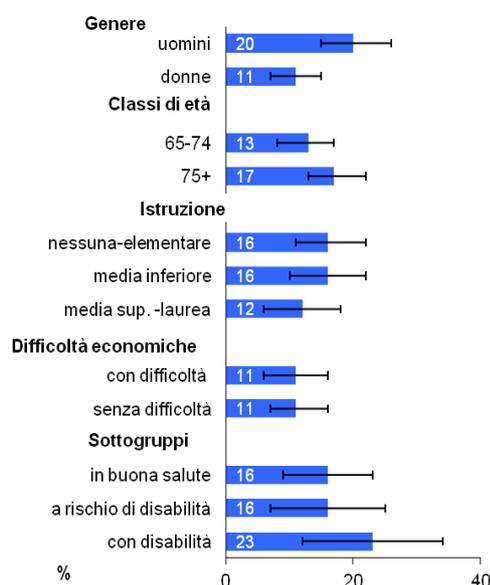
I problemi di udito sono inoltre più frequenti tra le persone che si trovano in una situazione di isolamento sociale (20% vs 14% di chi non lo è).

Persone con problemi di udito* (%)

Indagine PASSI d'Argento

Torino (n =452)

Totale = 15,1% (IC95% 11,8 – 18,4)



* Indipendentemente dall'uso di apparecchio acustico non sente bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno.

2.4.3 Problemi di masticazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei paesi a Sviluppo Avanzato, i problemi di salute orale sono il quarto disturbo più costoso. Le persone più anziane molto spesso non ricevono adeguati trattamenti per mancanza di consapevolezza, difficoltà di accesso ai servizi, ma anche per l'idea sbagliata che gli anziani non possano giovare di misure preventive e di interventi di educazione alla salute orale. I problemi di salute orale delle persone con 65 anni e più non sono solo legati alla cattiva masticazione e alla perdita dei denti, 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 (fattori di rischio comportamentali associati a molte altre patologie che possono si manifestano con maggiore frequenza in età avanzata).

Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e anche perdita di peso.

La mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima.

Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale. Inoltre, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di interventi di promozione delle salute orale.

La prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita ed è particolarmente importante per gli anziani più fragili o disabili in quanto previene problemi di salute collegati alla malnutrizione e alla perdita di peso.

PASSI d'Argento ha stimato la proporzione di anziani con problemi di masticazione chiedendo loro se possono "mangiare cibi difficili da masticare, come la carne o le mele".

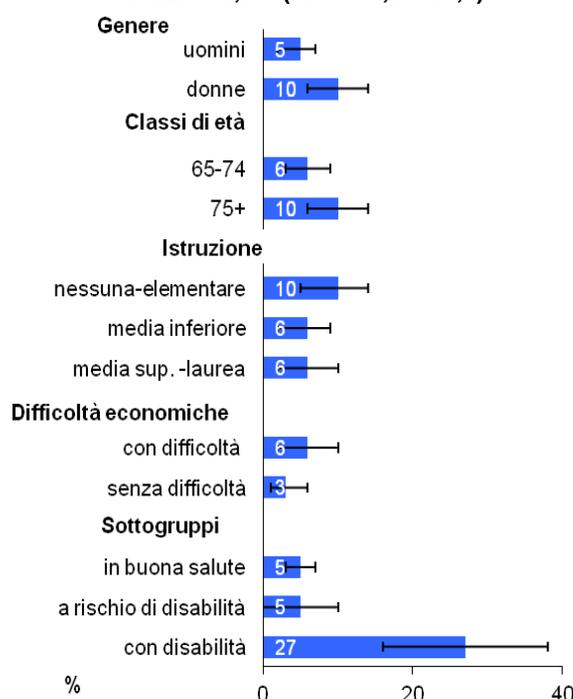
2.4.3.1 Quanti hanno problemi a masticare? Tra quali persone questi problemi sono più diffusi?

Persone con problemi di masticazione* (%)

Indagine PASSI d'Argento

Torino (n =452)

Totale = 7,9% (IC95% 5,4 – 10,4)



Indipendentemente dall'uso di protesi dentaria, l'8% della popolazione con 65 anni e più riferisce problemi di masticazione.

Questi problemi sono più frequenti fra:

- le donne (10% vs 5% degli uomini);
- persone con difficoltà economiche (6% vs 3% tra chi non ne dichiara)
- portatrici di disabilità (27%)

L'uso di protesi dentaria riguarda il 46% delle persone con 65 anni e più.

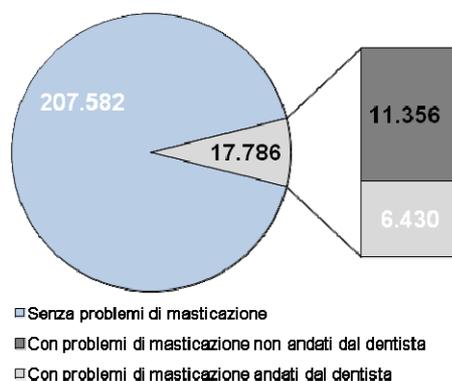
2.4.3.2 Quanti sono stati dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?

Sono stati dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno il 42% delle persone con 65 anni, ma con differenza in relazione alla presenza di problemi di masticazione: il 36% di coloro che segnalano problemi e il 42% di coloro che non li segnalano.

Riferendo la stima PDA alla popolazione, a Torino le persone con 65 anni e più che hanno problemi di masticazione risultano 17.786 corrispondenti all'8%.

Tra queste persone, solo 6.430 (36%) hanno riferito di essere state dal dentista nell'ultimo anno.

Problemi di masticazione e controllo da un dentista nell'ultimo anno
(proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =225.368)



2.4.3.3 Perché non sono stati dal dentista nell'ultimo anno?

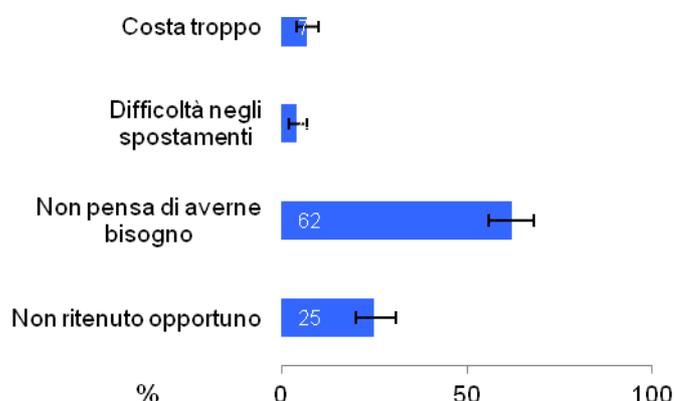
Tra le persone che non sono state dal dentista nell'ultimo anno:

- più di 6 su 10 (62%) affermano di non averlo fatto perché pensano di non averne bisogno;
- Il 25% non lo ritiene opportuno;
- il 7% non lo ha fatto perché costa troppo;
- il 4% non è andato a causa di difficoltà negli spostamenti.

Liste di attesa e il mancato consiglio sono motivazioni addotte raramente (meno del 2% complessivamente).

Tra le persone con disabilità la proporzione di chi non è andato dal dentista per difficoltà negli spostamenti sale al 15%.

Motivo del non recarsi dal dentista
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =256)



2.5 Cadute

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

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

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

2.5.1 Quanti sono caduti negli ultimi 30 giorni e quali persone sono a maggior rischio di cadere?

Circa il 9% delle persone con 65 anni e più è caduto/a negli ultimi 30 giorni.

La prevalenza delle cadute mostra variabilità di genere, di età, scolarità e tra coloro che dichiarano difficoltà economiche mentre risulta significativamente maggiore nelle persone con disabilità.

Le cadute sono più diffuse tra le persone con problemi di vista (19% vs l' 8% delle persone che non riferiscono problemi di vista).

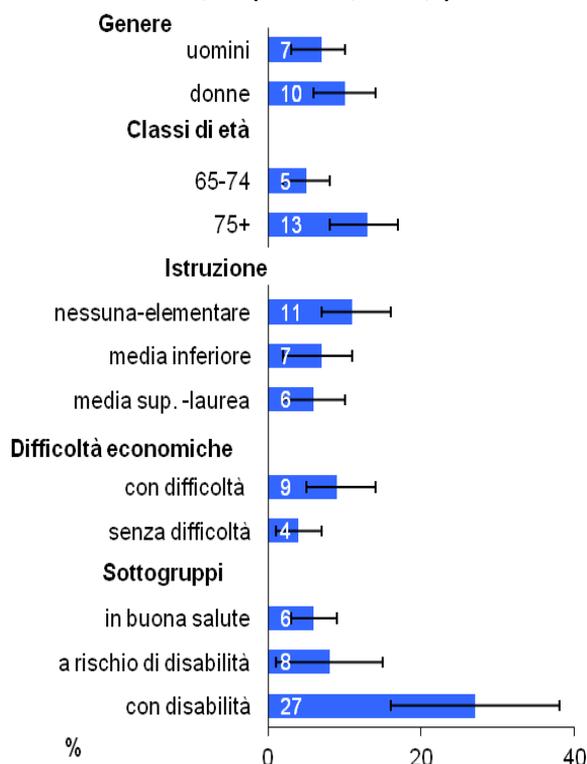
A seguito della caduta il 23% (ic 95% 9,1% - 37,1%) delle persone cadute è stato ricoverato per più di 1 giorno.

Cadute negli ultimi 30 giorni (%)

Indagine PASSI d'Argento

Torino (n=451)

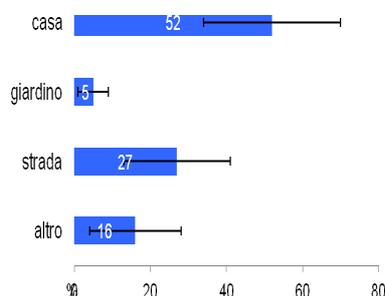
Totale = 8,8% (IC95% 6,2 – 11,4)



2.5.2 Dove sono avvenute le cadute?

La maggior parte (52%) della cadute è avvenuta in casa, principalmente in bagno e camera da letto. In strada si è verificato il 27% delle cadute, in giardino il 5%.

Cadute negli ultimi 30 giorni (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =451)



2.5.3 Quanti hanno paura di cadere?

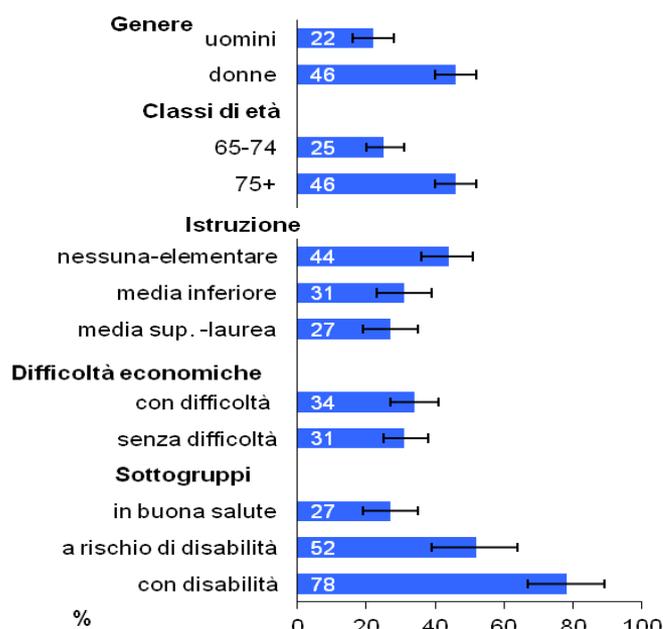
Tra gli ultra 64enni la paura di cadere riguarda più di una persona su 3 (36%).

La prevalenza è maggiore tra

- le donne;
- le persone con 75 anni e più;
- le persone con bassa scolarità;
- quelle “a rischio” e “con” disabilità.

Paura di cadere (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =448)

Totale = 36,0% (IC95% 31,8 – 40,3)



2.5.4 Quanti usano precauzioni anticaduta nel bagno?

Riferendo la stima PDA alla popolazione, a Torino le persone cadute con 65 anni e più in 30 giorni risultano 20.501 (9% degli intervistati).

Complessivamente a Torino il 28% delle persone con 65 anni e più non ha misure anticadute nel bagno. Il consiglio da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere viene riferito dal 9% delle persone, con prevalenza che risulta maggiore tra coloro che sono caduti (29% rispetto al 7% di coloro che non sono caduti).

Il 72% delle persone con 65 anni e più utilizza misure di sicurezza anticaduta per la vasca da bagno o la doccia.

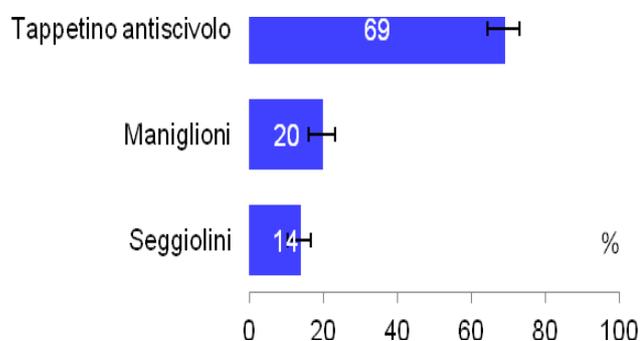
Il tappetino antiscivolo viene impiegato dal 69% delle persone, mentre l'impiego di maniglioni e seggiolini è meno diffuso.

L'utilizzo di misure anticaduta nel bagno è più frequente:

- tra le donne (77% vs 64% per gli uomini.);
- tra le persone con 75 anni e più (74% vs 69% di quelle con 65-74 anni di età);
- tra le persone a rischio o con disabilità (circa il 80% rispetto al 66% di quelle in buona salute)

Misure di sicurezza per la vasca da bagno o la doccia (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =449)



2.6 Sintomi di depressione

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

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

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

2.6.1 Quanti e chi con maggiore frequenza, presentano sintomi indicativi di depressione?

PDA stima che a Torino il 13% delle persone con 65 anni e più presenti sintomi di depressione.*

Questi sintomi sono più diffusi tra:

- le donne
- le persone che hanno difficoltà economiche
- le persone non in buone condizioni di salute.

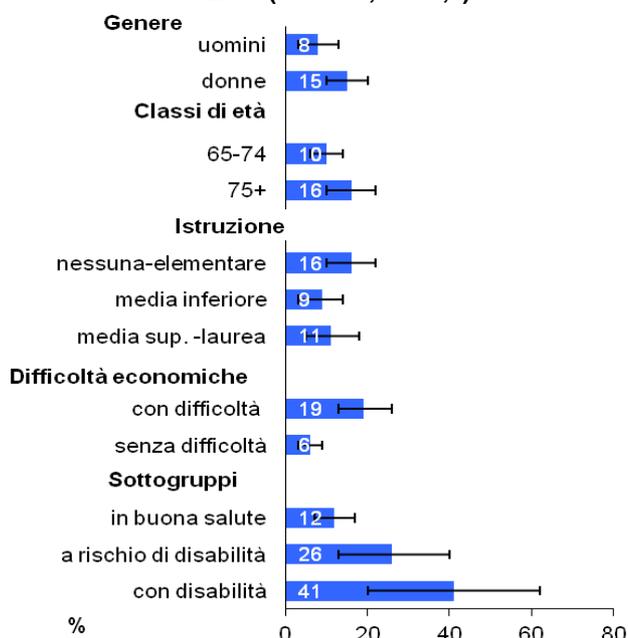
Genere femminile, difficoltà economiche e rischio o condizioni di disabilità si confermano significativamente associate ai sintomi di depressione.

A conferma della relazione tra salute fisica e psicologica risulta che segnalano sintomi di indicativi di depressione l'4% delle persone senza patologie croniche; e il 37% di quelle con 3 o più patologie.

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

Sintomi di depressione (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=343)

Totale = 12.5% (IC95% 8,9 – 16,0)

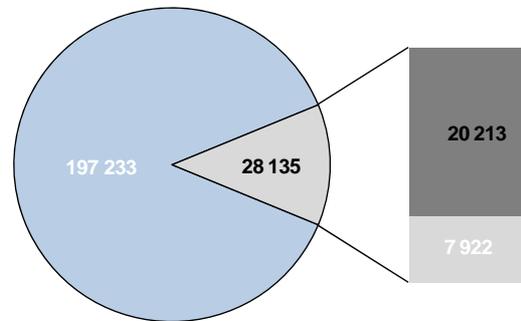


2.6.2 Quante persone con sintomi indicativi di depressione chiedono aiuto a qualcuno?

**Richiesta d'aiuto in caso di depressione
(proiezione in numeri assoluti)**
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =225.368)

Riferendo la stima PDA alla popolazione, in Torino le persone con 65 anni e più che presentano sintomi indicativi di depressione risultano 28.135 (12,5%).

Tra di esse 7.922 (28%) non hanno chiesto aiuto a nessuno.



- Persone senza sintomi di depressione
- Persone con sintomi di depressione che cercano aiuto
- Persone con sintomi di depressione che NON cercano aiuto

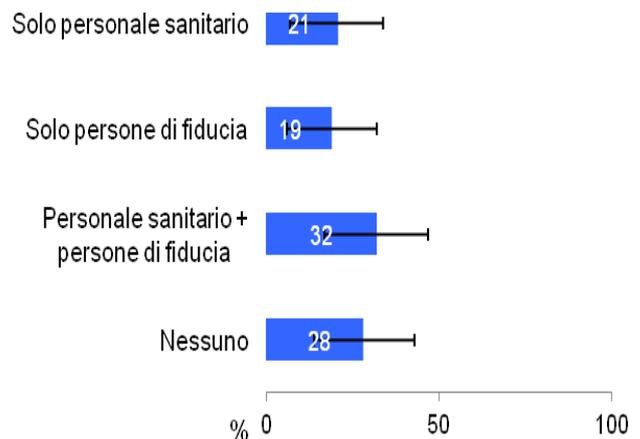
2.6.3 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione (%)
Indagine PASSI d'Argento 2012-2013
Torino (n =38)

Il 72% delle persone con sintomi di depressione ha invece chiesto aiuto.

In particolare:

- il 32% ha chiesto aiuto sia a persone di fiducia (familiari/amici) che a personale sanitario;
- il 19% lo ha chiesto solo a persone di fiducia;
- il 21% solo a personale sanitario.



2.7 Rischio di isolamento

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

Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché a molte altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione, l'abuso alcolico o il rischio di caduta.

Nell'indagine PASSI d'Argento sono stati indagati gli incontri con altre persone per fare quattro chiacchiere e la partecipazione a incontri collettivi (es presso centro anziani, circoli, parrocchie, associazioni,..). Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale hanno dichiarato di non svolgere nessuna di queste attività.

2.7.1 Quanti sono a rischio di isolamento sociale e quali lo sono con maggiore frequenza?

PDA stima che a Torino, tra le persone con 65 anni e più, circa il 15% sia a rischio di isolamento sociale, in quanto, nel corso di una settimana normale non partecipa a incontri collettivi e non telefona o incontra altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere.

Il rischio di isolamento sociale:

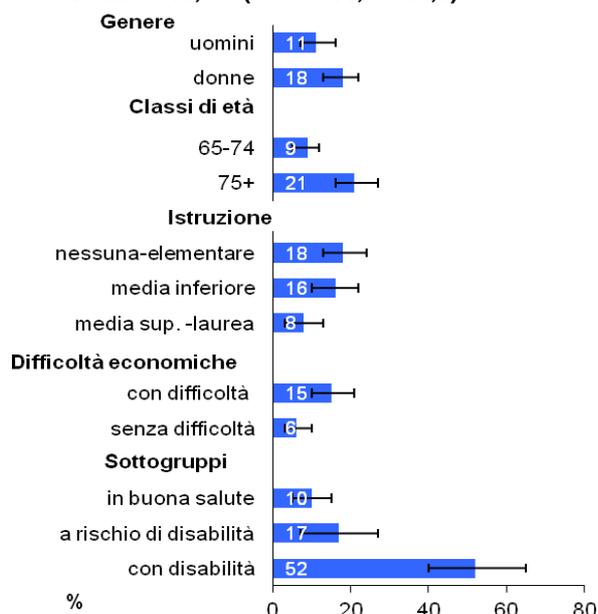
- mostra differenze per genere o per situazioni economiche;
- aumenta al diminuire della scolarità;
- è particolarmente diffuso dopo i 74 anni (21%) e tra le persone con disabilità (52%).

Rischio di isolamento sociale* (%)

Indagine PASSI d'Argento

Torino (n =446)

Totale = 15,0% (IC95% 11,7 – 18,4)



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

2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci

Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci e 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 di reazioni avverse e può determinare una ridotta efficacia dei farmaci anche 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 sul numero di farmaci e sul controllo dell'uso dei farmaci con il Medico di famiglia.

2.8.1 Quanti hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni?

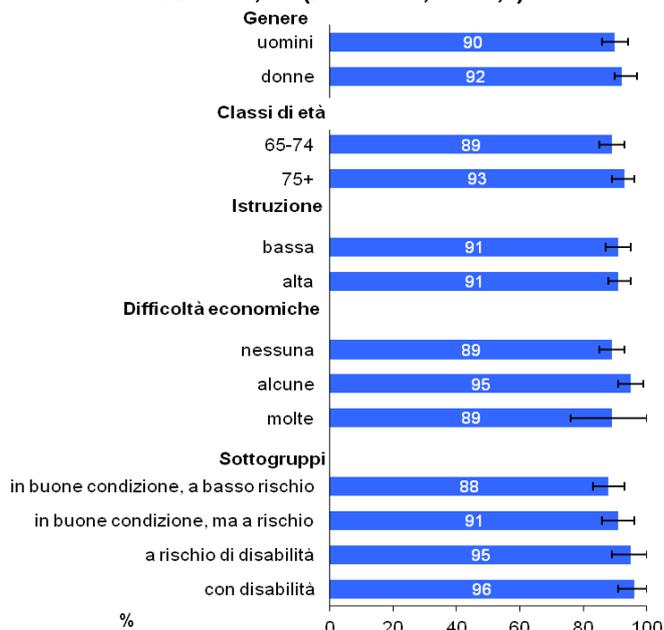
Il 91% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni.

Questa prevalenza non risulta associata a genere, classi di età, scolarità e difficoltà economiche

Uso di farmaci negli ultimi 7 giorni (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =443)

Totale = 90,9% (IC 95% 88,3 – 93,6)



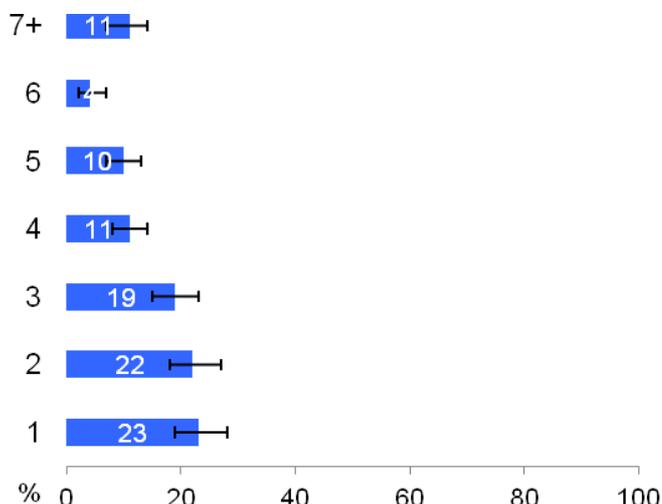
2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

Fra coloro che hanno assunto farmaci nella settimana prima dell'intervista, la condizione più diffusa è quella riferita al consumo di 1 (23%) o 2 farmaci (22%).

Le altre condizioni sono singolarmente meno frequenti ma il 36% assume 4 o più farmaci e, in particolare, l'11% ha dichiarato di avere assunto 7 o più tipologie di farmaci.

Il 5% di coloro che ha utilizzato farmaci riferisce di avere bisogno di aiuto per prendere le medicine.

Tipi di farmaci assunti (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =391)



2.8.3 Quanti hanno controllato la terapia farmacologica con il MMG?

Più della metà (62%) degli ultra 64enni che assumono farmaci ha controllato con il Medico di famiglia la terapia (tipo di farmaco, quantità, orari) negli ultimi 30 giorni.

Il 15% ha riferito che questo controllo è avvenuto da 1 a 3 mesi prima dell'intervista, l'8% da 3 a 6 mesi prima, il 8% più di 7 mesi prima.

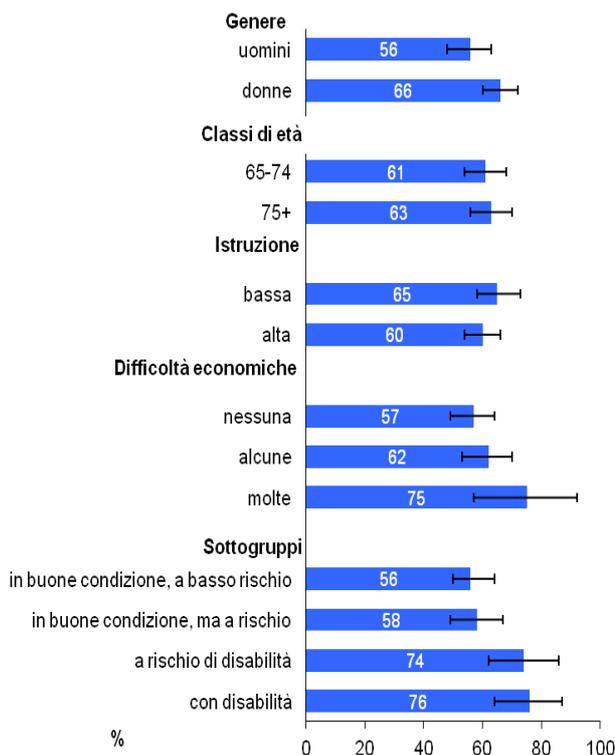
Il 7% dichiara di non avere mai fatto questo controllo.

Un controllo della terapia negli ultimi 30 giorni viene riferito con maggiore frequenza dalle donne e dalle persone "a rischio di" e "con" disabilità.

Tra le persone con 65 anni e più che usano 4 o più farmaci, la proporzione di quelli che hanno controllato la terapia con il MMG negli ultimi 30 gg risulta del 42%, senza differenze di genere.

Controllo della terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30 gg (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =392)

Totale = 61,9% (IC95% 57,1 – 66,7)



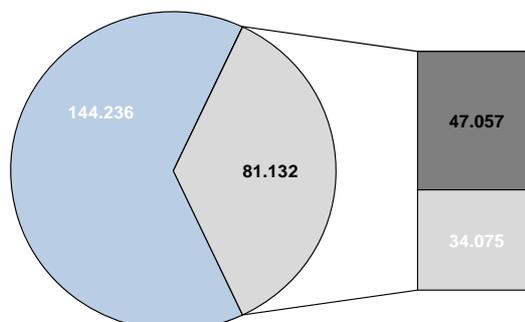
2.8.4 Tra coloro che assumono 4 o più tipi di farmaci, quanti hanno controllato la farmacologica con il MMG negli ultimi 30 giorni?

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

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=225.368)

Riferendo la stima PDA alla popolazione residente a Torino le persone con 65 anni e più che utilizzano 4 o più tipi di farmaci risultano 81.132.

Tra di esse, 34.075 (42%) ha effettuato il controllo dei farmaci con il MMG negli ultimi 30 giorni.



- Assumono da 1 a 3 farmaci
- Assumono 4+ farmaci con controllo da più di 30gg
- Assumono 4+ farmaci con controllo da meno di 30gg

2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana

2.9.1 Quanti ricevono aiuto e da chi, tra le persone con disabilità o a rischio di disabilità?

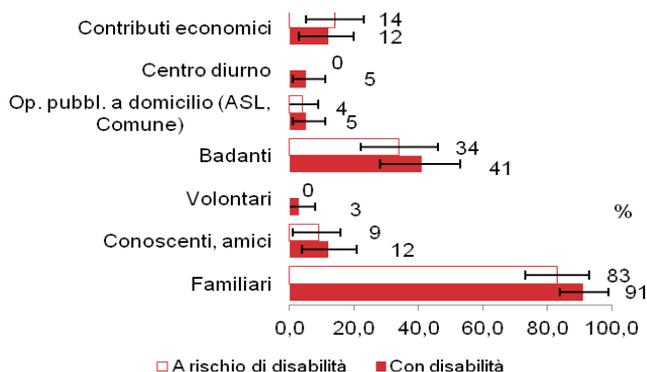
Riceve aiuto quasi la totalità (93%) di coloro presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

I familiari forniscono aiuto a circa 8 persone su 10 con disabilità o a rischio di disabilità.

Persone individuate e pagate in proprio (ad esempio badanti) forniscono aiuto al 41% delle persone con disabilità e al 34% di quelle a rischio di disabilità.

Contributi economici riguardano circa 1 persona su 10 sia tra quelle con disabilità che tra quelle a rischio di disabilità.

Da chi ricevono aiuto (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =127)



2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

Nove persone su dieci (90%) hanno espresso un giudizio positivo ("sufficiente" o "buono").

Il giudizio positivo diffuso largamente sia tra le persone a rischio di disabilità (88%) che tra quelle con disabilità (91%).

2.10 Vaccinazione antinfluenzale

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi. L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio quali, ad esempio, le persone con 65 anni e più.

La vaccinazione antiinfluenzale è particolarmente importante in presenza di alcune patologie croniche, frequenti in età anziana, come le patologie dell'apparato respiratorio, quelle dell'apparato cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia che mira a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

Nel nostro Paese, la vaccinazione contro l'influenza per i gruppi a rischio è presente nei Piani Sanitari Nazionali e nei Piani Nazionali Prevenzione Vaccini a partire dagli ultimi anni del secolo scorso. Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio, copertura che non è stato ancora raggiunto a livello nazionale del Piemonte (campagna di vaccinazione 2011-2012 :55% in Piemonte)

Per le persone con 65 anni e più sono previsti programmi di immunizzazione universale e l'aumento della copertura vaccinale richiede la messa in atto di strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, etc.).

PASSI d'Argento (realizzato in Piemonte con interviste svolte da marzo a luglio 2012) ha indagato l'effettuazione della vaccinazione antiinfluenzale nei 12 mesi precedenti, e l'aver ricevuto il consiglio, dal Medico di famiglia o da altre persone, di effettuare tale vaccinazione.

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

PDA stima che a Torino il 42% delle persone con 65 anni e più non si sia sottoposta a vaccinazione antinfluenzale nella campagna vaccinale 2011-2012.

Tale prevalenza è più bassa tra:

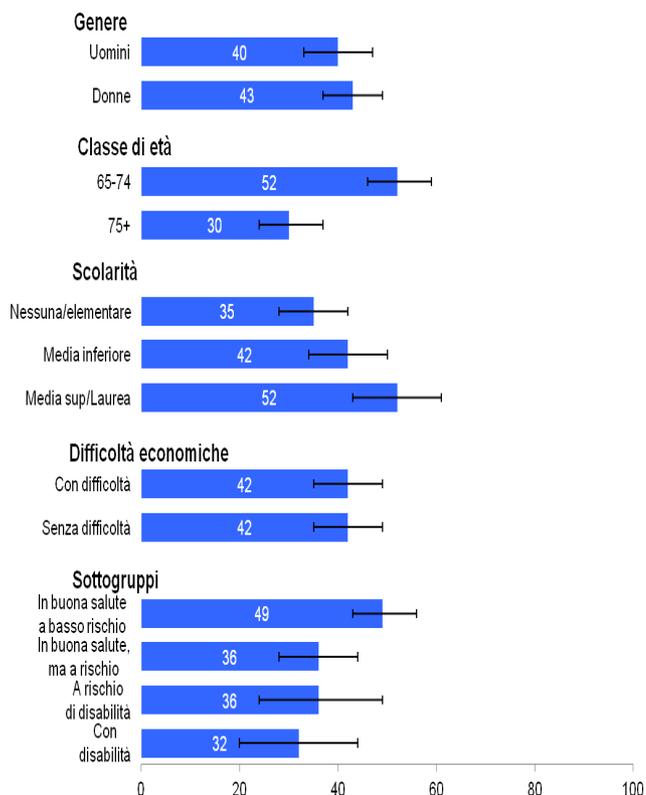
- le persone con 75 anni e più (30%);
- le persone con scolarità elementare (35%)

Persone che NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (%)

Indagine PASSI d'Argento

Torino (n =442)

Totale = 41,6% (IC95% 37,1 – 46,1)



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

Vaccinazione antinfluenzale e consiglio di effettuarla

(proiezione in numeri assoluti)

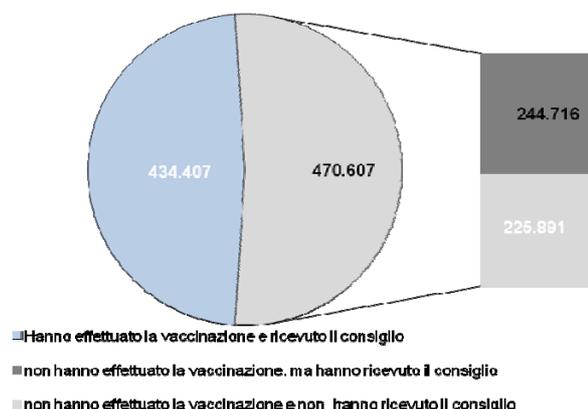
Indagine PASSI d'Argento

Torino (n =905.014)

Il consiglio di fare la vaccinazione è stato ricevuto dal 78% delle persone con 65 anni e più.

Il medico di famiglia ha consigliato di effettuare la vaccinazione antiinfluenzale a oltre due terzi della popolazione con 65 anni e più (al 72% come unica fonte di consiglio, al 4 % come fonte non esclusiva).

PDA stima che a Torino tra le 470.607 persone che non hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale (52% di quelle con 65 anni e più) il 52% (pari a 244.716 persone) non abbia ricevuto il consiglio di effettuarla e il 48% (225.891 persone) lo abbia invece ricevuto.



2.11 Protezione dalle ondate di calore

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

2.12.1 Quanti hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? Quali persone li hanno ricevuti maggiormente?

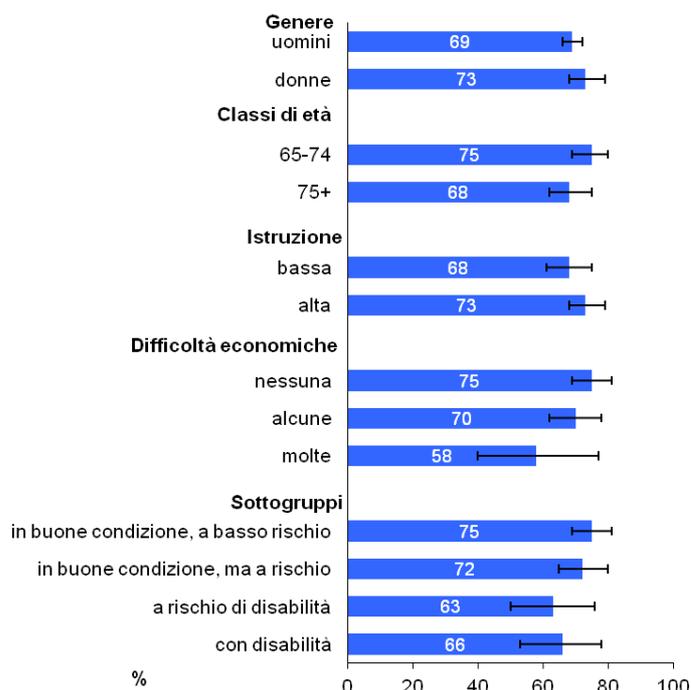
PDA stima che in Piemonte il 71% delle persone con 65 anni e più abbia ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo.

Questa prevalenza non mostra differenze significative in relazione a genere, età, scolarità, difficoltà economiche e condizioni di salute.

Ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =434)

Totale = 71,4% (IC95% 67,1 – 75,7)



2.12.2 Chi ha fornito informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?

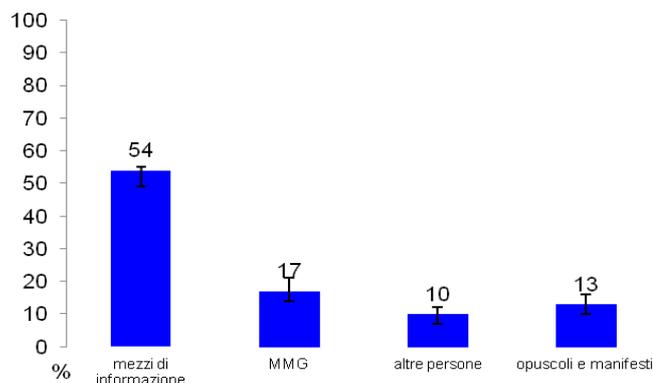
I mezzi di comunicazione di massa (radio/TV, giornali, internet) sono risultati la modalità principale per veicolare informazioni o consigli per proteggersi dalle ondate di calore: hanno raggiunto il 54% delle persone e per il 39% sono stati l'unica fonte di informazione.

Il 17% ha ricevuto informazioni o consigli dal MMG (unica fonte di informazione nell' 8% dei casi).

Meno di un terzo (29%) delle persone con 65 anni e più non ha ricevuto consigli per proteggersi dal caldo.

Popolazione con 65 anni e più che ha ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo da fonti diverse (%)

Torino (n =434)



2.12 Conclusioni

Nella popolazione con 65 anni e più i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, consumo di alcol a rischio, eccesso ponderale, presentano prevalenze in diminuzione rispetto alle età più giovanili ed una diffusione che mostra differenze di genere piuttosto marcate, la donna risulta più protetta. Il genere femminile risulta invece esposto al rischio di sviluppare una depressione in misura doppia.

Si osserva che la condizione di “bevitore a rischio” sia subdola o perlomeno tale da non indurre il sanitario ad esprimere il consiglio di ridurre il consumo, al contrario di ciò che accade per i soggetti fumatori ai quali è stato consigliato di smettere nel 70% dei casi.

Nella popolazione di questa età circa una persona su 10 riferisce almeno 3 patologie croniche, altrettante problemi sensoriali o cadute nell'ultimo mese. Le misure di contrasto a queste situazioni (es. uso di occhiali, uso di protesi dentarie, utilizzo di misure anticaduta nel bagno) non sono messe in atto da tutti coloro che potrebbero averne giovamento.

Per le importanti conseguenze sulle condizioni di salute, ma anche per un utilizzo corretto di risorse, particolare attenzione deve essere posta all'uso di farmaci: PdA stima che più della metà di coloro che utilizzano più di 4 farmaci al giorno non abbia controllato nell'ultimo mese la terapia con il proprio MMG.

L'accesso al vaccino antinfluenzale ha coinvolto quasi il 60% della popolazione con 65 e più anni benché a questa risulta sia stato rivolto il consiglio di sottoporsi alla vaccinazione nella misura del 78%.

L'aiuto alle persone non istituzionalizzate ma con disabilità o a rischio di disabilità risulta prevalentemente a carico dei loro familiari; di modesto impatto su questa popolazione è il sostegno erogato direttamente da operatori pubblici o per mezzo di contributi economici.

Salute e Invecchiamento Attivo nel Comune di Torino



3 – PARTECIPAZIONE



Indagine 2012

3. Partecipazione

Nei prossimi decenni, in Italia e nel resto del mondo è previsto l'aumento delle persone con 65 anni e più e, insieme al suo aumento, cresce anche l'interesse per il contributo che la popolazione di questa età può dare a tutta la società. Il 2012 era stato proclamato "Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo" proprio incoraggiare i responsabili politici e tutti i gruppi di interesse a creare migliori opportunità per l'invecchiamento attivo e per rafforzare la solidarietà tra le generazioni.

In questo quadro la Commissione Europea delle Nazioni Unite per Europa ², ha concepito 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, l'AAI fornisce 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.

L'Indice di Invecchiamento Attivo è uno strumento che può essere utilizzato per valutare e controllare l'attuazione del Piano di Azione Internazionale sull'Invecchiamento (MIPAA) delle Nazioni Unite che rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari Paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione.

Nel 2012 l'UNECE, responsabile per l'attuazione di MIPAA in Europa, 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.

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

La partecipazione attiva delle persone anziane può essere promossa attraverso iniziative quali incoraggiare i pensionati a lavorare part-time, coinvolgerli in iniziative comunitarie e di volontariato, o adottare misure fiscali per riconoscere l'assistenza informale fornita dalle persone anziane (es. baby-sitter).

Queste azioni devono creare condizioni ottimali affinché le persone più avanti negli anni rappresentino una risorsa per la collettività, si riduca il loro livello di dipendenza e venga aumentata la qualità della loro vita. Il concetto di "anziano-risorsa", introdotto dall'OMS già nel 1997 con la dichiarazione di Brasilia, parte da una visione della persona in continuo sviluppo e in grado di contribuire, in ogni fase della vita, sia alla propria crescita che a quella collettiva.

²UNECE (United Nations Economic Commission for Europe)

Oggi è sempre più riconosciuto il valore sociale ed economico di alcune attività svolte dalle persone più anziane quali quelle lavorative retribuite, ma anche quelle di volontariato, o in favore di membri del proprio nucleo familiare o amicale.

Con l'indagine PASSI d'Argento sono stati misurati alcuni aspetti della partecipazione e dell'essere risorsa. In particolare, è stata valutata la partecipazione a corsi di cultura e formazione, l'eventuale attività lavorativa retribuita, quella di volontariato, la partecipazione ad attività sociali e comunitarie, ed il supporto e la cura offerti a familiari e conoscenti.

3.1 Formazione e apprendimento

Partecipare ad attività culturali ed educative favorisce la crescita individuale e rende attivi nello scambio di conoscenze, di competenze e di memoria, contribuendo così a migliorare i rapporti inter ed intra-generazionali.

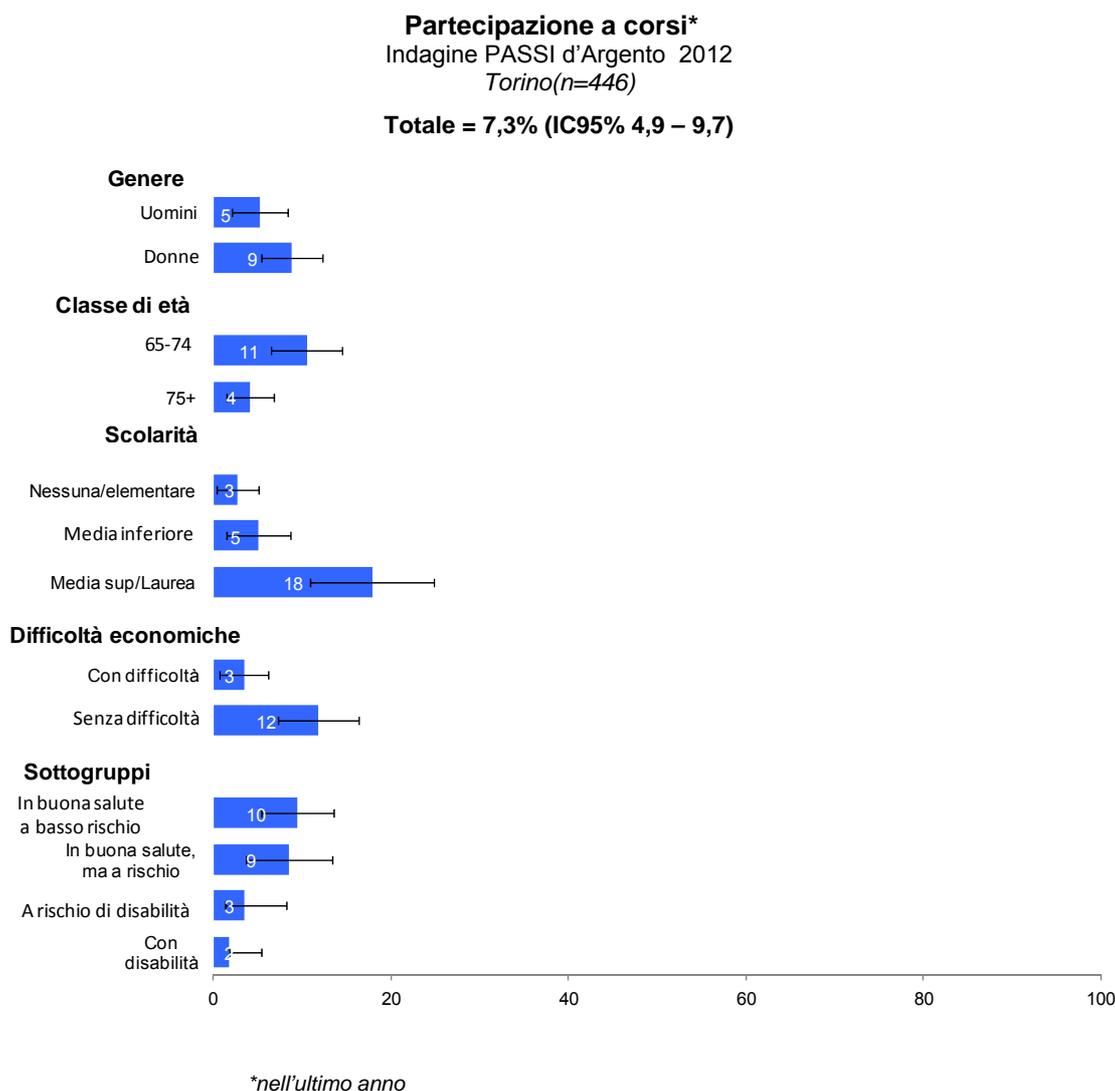
La sorveglianza PASSI d'Argento ha indagato la partecipazione, negli ultimi 12 mesi, a corsi di formazione, come corsi di inglese, di computer o dell'Università della terza età. L'informazione raccolta può essere anche considerata una misura indiretta delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare le persone con 65 anni e più.

3.1.1 Quanti hanno seguito corsi di formazione nell'ultimo anno?

PDA stima che, tra le persone con 65 anni e più, meno di 1 su 10 (7%) abbia frequentato nell'ultimo anno corsi di formazione.

Questa prevalenza:

- è più elevata (18%) tra le persone con diploma superiore o laurea;
- è molto bassa nelle persone a rischio di disabilità (3%) o con disabilità (2%).



3.2 Lavoro

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

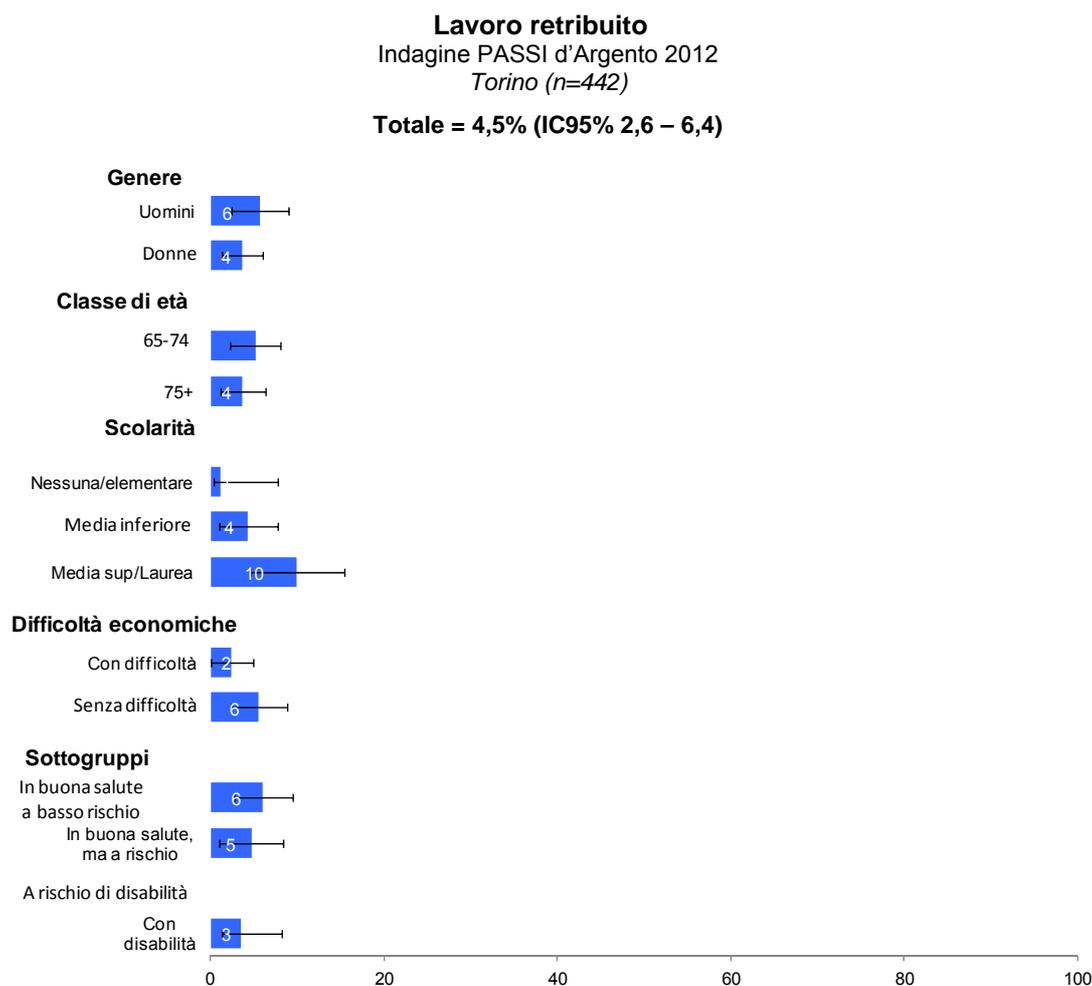
Il coinvolgimento degli anziani in attività lavorative retribuite, oltre a poter influenzare positivamente il loro benessere e la loro condizione economica, aiuta a promuovere la loro partecipazione attiva nella comunità di appartenenza e contribuisce così alla costituzione di un vero e proprio capitale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

3.2.1 Quanti svolgono un lavoro retribuito?

PDA stima che, tra le persone con 65 anni e più, poco più del 4% svolge un lavoro retribuito. Questa prevalenza è maggiore tra:

- gli uomini (6%);
- le persone con 65-74 anni (5%);
- le persone con diploma superiore o laurea (10%).

Il lavoro retribuito è una vera eccezione tra le persone “a rischio di” o “con” disabilità (circa 3%).



3.3 Attività sociali e comunitarie

I contatti sociali e le relazioni con altre persone hanno una influenza positiva sulla salute e sul benessere degli individui in generale, ma ancora di più per le persone più anziane che possono essere più facilmente esposte al rischio di isolamento sociale e di depressione.

3.3.1 Quanti partecipano ad attività sociali?

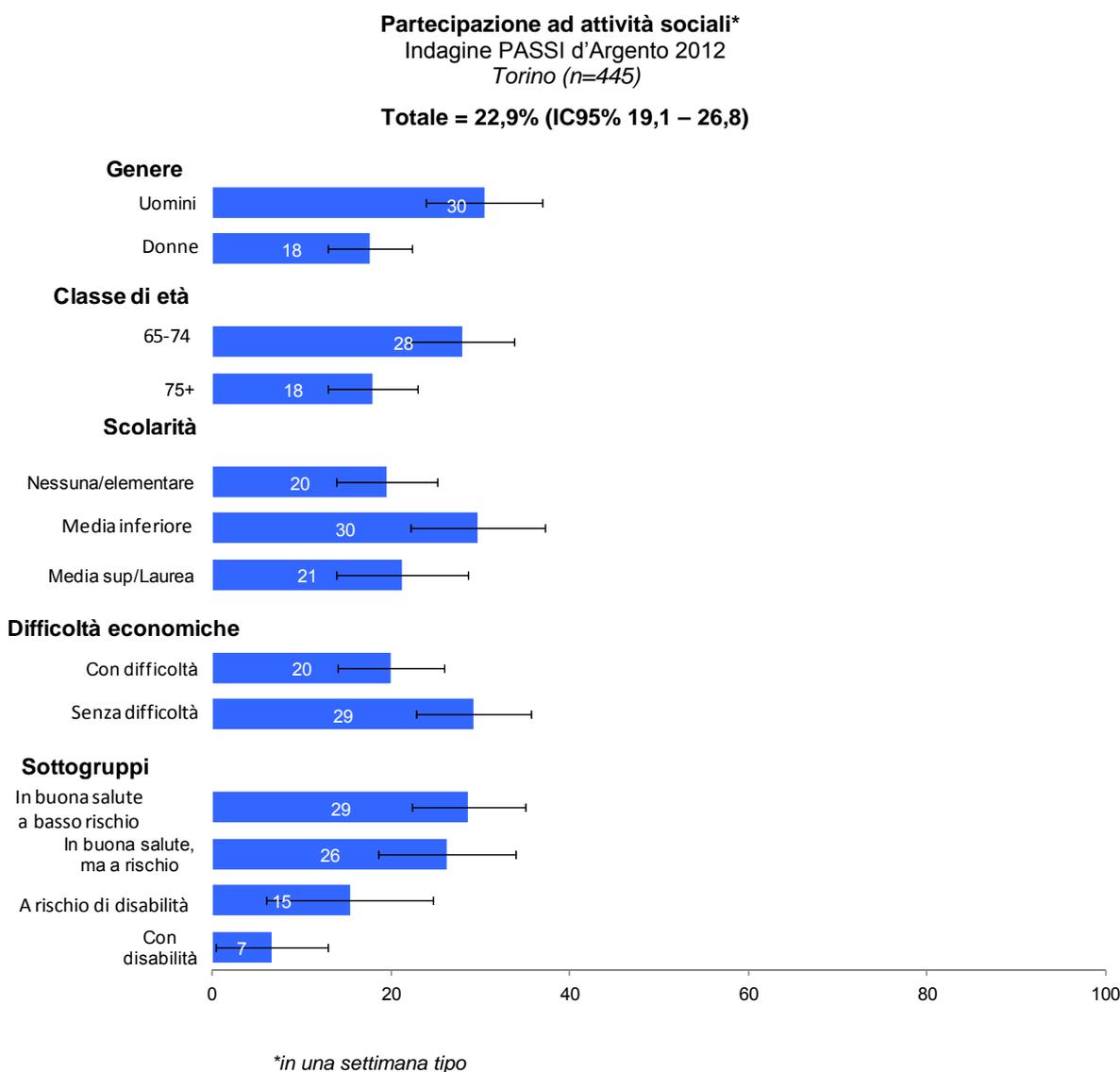
Il 23% della popolazione con 65 anni e più ha riferito di frequentare, in una settimana tipo, il centro anziani o circoli o la parrocchia o sedi di partiti politici o associazioni.

La partecipazione alle attività sociali risulta maggiore tra:

- gli uomini (30%);
- le persone in buona salute e a basso rischio di malattia (29%).

La partecipazione alle attività sociali riguarda meno di un terzo delle persone:

- di genere femminile (18%);
- con scolarità molto bassa (20%);
- a rischio di disabilità (15%) o con disabilità (7%).



3.3.2 Quanti partecipano a gite o soggiorni organizzati?

Nei 12 mesi precedenti l'intervista il 16% delle intervistati ha partecipato a gite o soggiorni organizzati.

La partecipazione a queste attività è più frequente tra le persone:

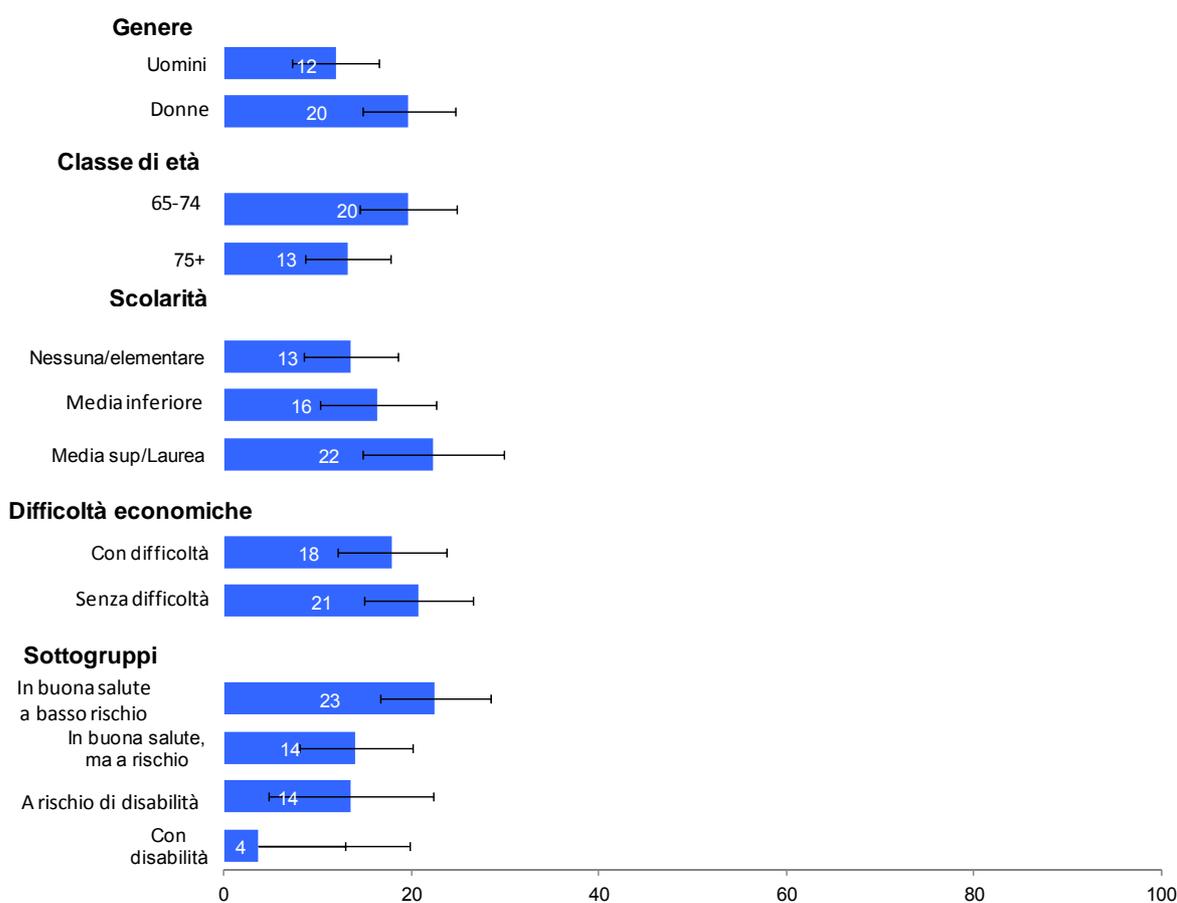
- con 65-74 anni (20%);
- in possesso di diploma superiore o di laurea (22%);
- in buona salute a basso rischio di malattia (23%).

Partecipazione a gite o soggiorni organizzati*

Indagine PASSI d'Argento 2012

Torino (n=446)

Totale = 16,4% (IC95% 13,0 – 19,9)



*nell'ultimo anno

3.4 Essere risorsa

Nell'indagine PASSI d'Argento 2012 è stato valutato, in termini di accudimento e aiuto, il supporto fornito nei 12 mesi precedenti a congiunti, figli, fratelli o sorelle, genitori, nipoti o amici; la valutazione è stata effettuata attraverso due domande identiche riferite una a persone conviventi e l'altra a persone non conviventi. Per documentare il supporto fornito alla collettività è stato chiesto agli anziani se avessero svolto, nei 12 mesi precedenti, attività di volontariato, ossia "attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro".

3.4.1 Quanti sono risorsa per i conviventi e chi lo è maggiormente?

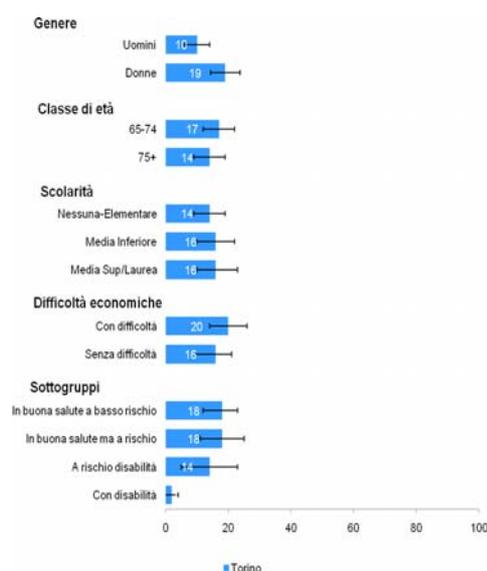
PDA stima che 172.920 persone con 65 anni e più residenti in Piemonte rappresentino una risorsa per i conviventi in quanto gli intervistati che riferiscono di avere, nei 12 mesi precedenti l'intervista, accudito od aiutato spesso persone che vivono con loro sono risultati il 16,9 %.

A Torino tale proporzione è risultata del 16% mentre in particolare si registra tra la popolazione con 65 anni e più, tra coloro che sono stati identificati quale risorsa per i conviventi il 72% è risultato di genere femminile.

Essere risorsa* per i conviventi

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n=445)

Totale = 15,6% (IC95% 12,2 – 19,0)



*accudire ed aiutare spesso nell'ultimo anno

3.4.2 Quanti sono risorsa per i non conviventi e chi lo è maggiormente?

PDA stima che 164.732 persone con 65 e più anni, residenti in Piemonte, rappresentino una risorsa per i non conviventi in quanto gli intervistati che riferiscono di avere, nei 12 mesi precedenti l'intervista, accudito od aiutato spesso parenti o amici che non vivono con loro sono risultati il 16,1% mentre a Torino tale proporzione è risultata pari all'11%.

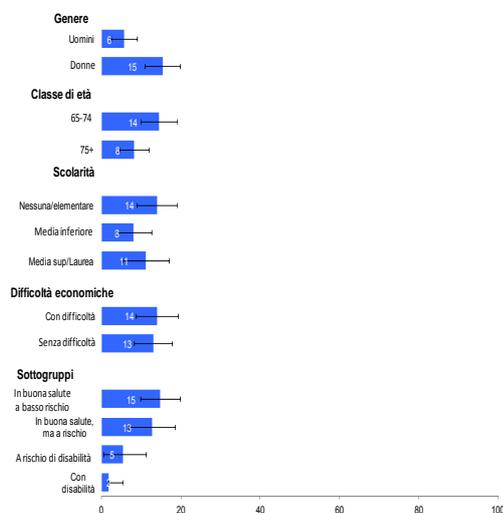
Proporzioni maggiori di persone con 65 anni e più che rappresentano una risorsa per parenti o amici non conviventi si registrano a Torino tra:

- le donne (15%);
- le persone con meno di 75 anni (14%);
- le persone con diploma di scuola superiore o laurea (11%);
- le persone in buona salute e a basso rischio di malattia (15%).

Essere risorsa per i non conviventi*

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n=445)

Totale = 11,4% (IC95% 8,4 – 14,3)



*accudire ed aiutare spesso nell'ultimo anno

3.4.3 Quanti svolgono attività di volontariato e chi lo effettua maggiormente?

PDA stima che 55.253 persone con 65 e più anni residenti in Piemonte, siano una risorsa per la collettività, in quanto gli intervistati che riferiscono di avere svolto spesso, nei 12 mesi precedenti l'intervista, attività di volontariato ovvero azioni gratuite in favore di altri anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro sono risultati a Torino il 6,5%.

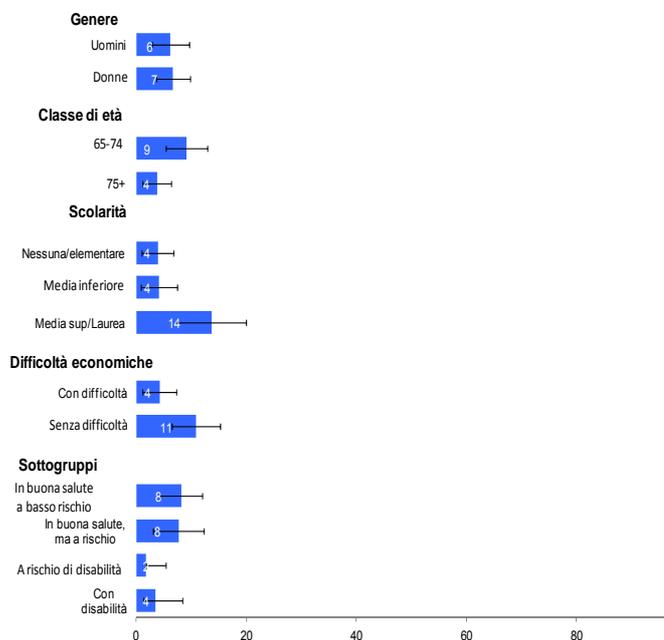
Proporzioni maggiori anziani che rappresentano una risorsa per la collettività si registrano a Torino tra le persone:

- tra 65 e 74 anni di età (9%);
- in possesso di diploma di scuola superiore o di laurea (14%);
- senza difficoltà economiche (11%);
- essere in buona salute e a basso rischio di malattia (8%)

Svolgere attività di volontariato*

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n=445)

Totale = 6,5% (IC95% 4,2 – 8,8)



* nell'ultimo anno

3.4.4 Complessivamente quanti sono risorsa?

Tra le persone con 65 anni e più complessivamente più di 1 su 4 (27%) rappresentano una risorsa per la società, ovvero nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno accudito ed aiutato spesso persone che vivono con loro e/o parenti/amici non conviventi e/o hanno spesso svolto attività di volontariato.

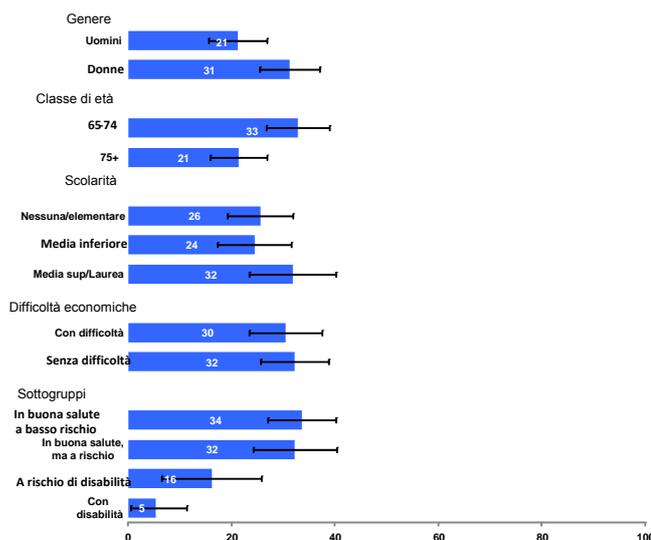
Questa caratteristica è più diffusa a Torino tra le persone:

- di genere femminile (31%)
- con meno di 75 anni (33%)
- con diploma di media superiore o laurea (32%);
- in buona salute a basso rischio di malattia (34%).

Essere risorsa*

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n=445)

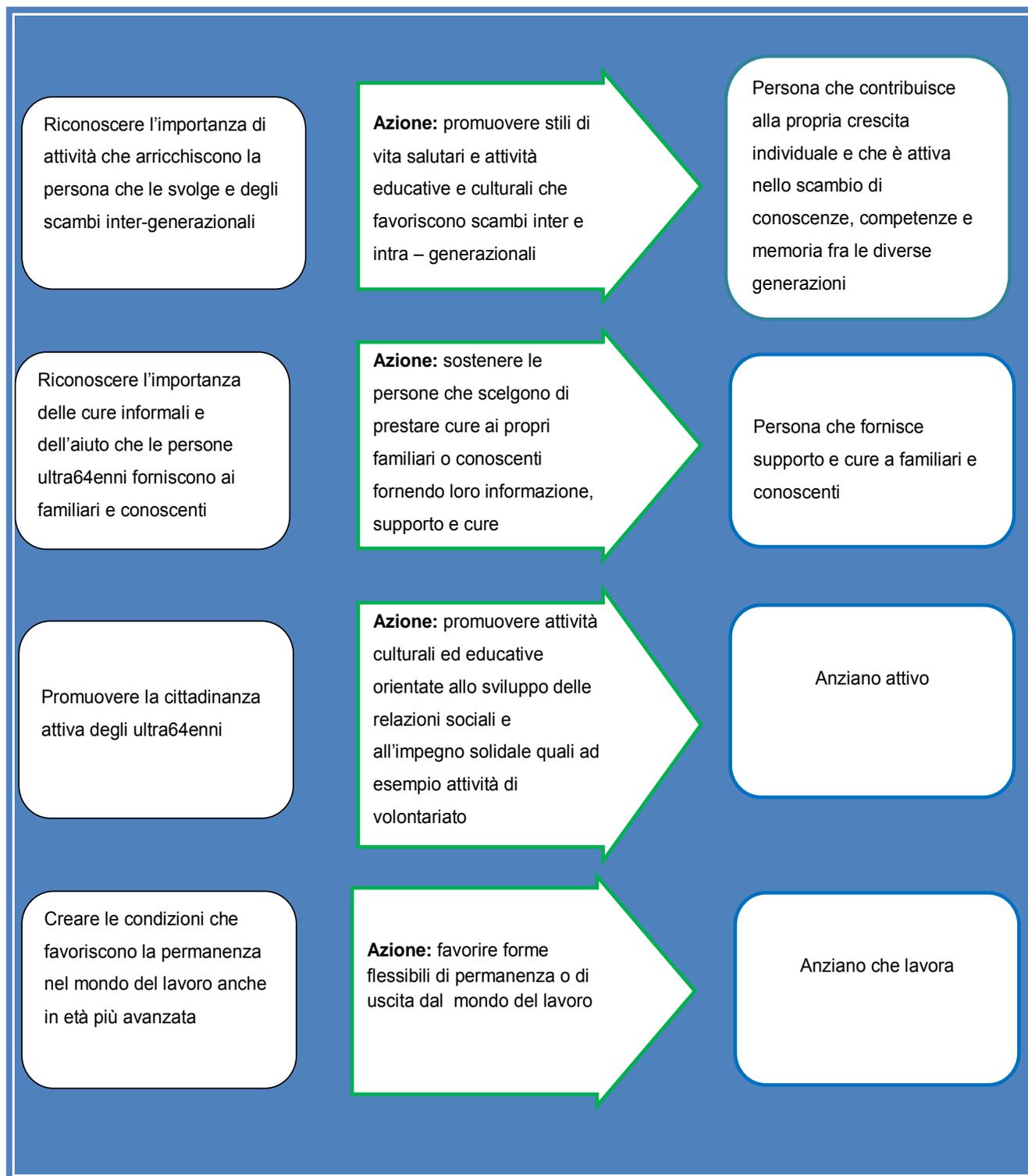
Totale = 27,1% (IC95% 23,0 – 31,2)



*Nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno accudito ed aiutato spesso persone che vivono con loro e/o parenti/amici non conviventi e/o hanno spesso svolto attività di volontariato.

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

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



3.6 Conclusioni

Le persone con 65 anni e più che svolgono un lavoro retribuito sono attualmente molto poche (4%), anche se sicuramente destinate ad aumentare per la recente entrata in vigore della riforma sulle pensioni.

Età inferiore ai 75 anni, scolarità elevata e buone condizioni di salute si associano ad una maggiore probabilità di svolgere attività di socializzazione o di formazione personale. A Torino queste attività risultano complessivamente significativamente meno diffuse che nel campione regionale PDA, anche se si mantengono forti differenze tra quelle di partecipazione (23% ad attività sociali in una settimana tipo, 16% a gite o soggiorni organizzati nell'ultimo anno) e quelle di formazione (7% un corso nell'ultimo anno).

Anche essere risorsa per le persone non conviventi (11%) o, meno marcatamente, svolgere attività di volontariato (7%) risultano azioni svolte con maggiore frequenza da persone con un'età non troppo elevata ed in buone condizioni di salute. Essere risorsa per i conviventi ha una diffusione complessiva analoga (16%) ma il carattere peculiare di questa azione si evince dall'essere svolta in maniera maggiore dalle donne e dalle persone con difficoltà economiche.

Risulta infine che a Torino, le attività relative all'essere risorsa per la collettività sono meno frequenti di quelle osservate a livello regionale PDA (27% vs 31%). Poiché nessuna delle attività indagate coinvolge almeno la metà della popolazione con 65 anni e più, o almeno la metà di un suo sottogruppo, appare evidente come il percorso auspicato dalle indicazioni internazionali per un invecchiamento attivo sia ancora molto lungo e richieda l'impegno di tutti.

Salute e Invecchiamento Attivo nel Comune di Torino



4 – AMBIENTE DI VITA



Indagine 2012

4. Ambiente di vita

Accanto ai servizi di assistenza sanitaria primaria, l'esistenza di ambienti favorevoli alla salute costituisce un elemento importante della prevenzione primaria. La predisposizione di ambienti sani e favorevoli alla salute e al benessere per tutte le età corrisponde all'area prioritaria 4 ("Creare comunità in grado di rispondere alle sfide e ambienti favorevoli alla salute") della politica OMS *Salute 2020*. In questo contesto, anche il Piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020 inserisce, tra le aree strategiche prioritarie per l'azione, gli "Ambienti favorevoli alla salute". L'obiettivo del Piano europeo è quello di portare un numero sempre maggiore di comunità a impegnarsi nel processo di elaborazione di strategie mirate a rendersi maggiormente a misura di anziano, dal momento che importanti decisioni che influenzano l'ambiente di vita vengono spesso assunte a livello locale.

L'accessibilità dei servizi sociosanitari è un elemento determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute della popolazione con 65 anni e più e migliorare questa accessibilità rientra anche nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze. PASSI d'Argento ha esplorato la fruibilità e le difficoltà incontrate per raggiungere servizi sanitari (Servizi della ASL, Medico di famiglia, Farmacia), sociali (Servizi del Comune) e servizi utili alle necessità della vita quotidiana (negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali).

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento e la sicurezza sono assicurate sia dentro le abitazioni che al di fuori, è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita. Con l'avanzare dell'età, e quindi del tempo che si trascorre nella propria abitazione, disporre di un alloggio sicuro e confortevole diventa ancora più importante per una buona qualità della vita.

Per le persone anziane, il sostegno alla partecipazione e all'inclusione sociale, fattori ambientali legati all'edilizia e la sicurezza fanno parte degli aspetti più rilevanti per la realizzazione di un ambiente favorevole alla salute e la "sicurezza fisica" è uno degli indicatori utilizzati nel 2012 dall'Unione Europea per la creazione dell'indice di invecchiamento attivo. PASSI d'Argento ha raccolto informazioni riguardanti l'alloggio di residenza e l'area ad esso circostante. In particolare sono state indagate le condizioni di godimento dell'alloggio (es: proprietà, affitto), possibili fonti di preoccupazione legate alle condizioni abitative e la sensazione di sicurezza nell'area di residenza.

4.1 Accessibilità ai servizi

4.1.1 Quanti hanno difficoltà a raggiungere i servizi?

Tra le persone con 65 anni e più, quelle che esprimono difficoltà a raggiungere i servizi risultano:

- 18% per i servizi della ASL;
- 21% per i servizi del Comune;
- 12% per il Medico di famiglia;
- 11% per la farmacia;
- 13% per i negozi di generi alimentari;
- 18% per i supermercati e i centri commerciali.

Per quanto riguarda i servizi socio sanitari, le difficoltà a raggiungere Medico e farmacia sono meno frequenti di quelle segnalate per raggiungere i servizi ASL e del Comune.

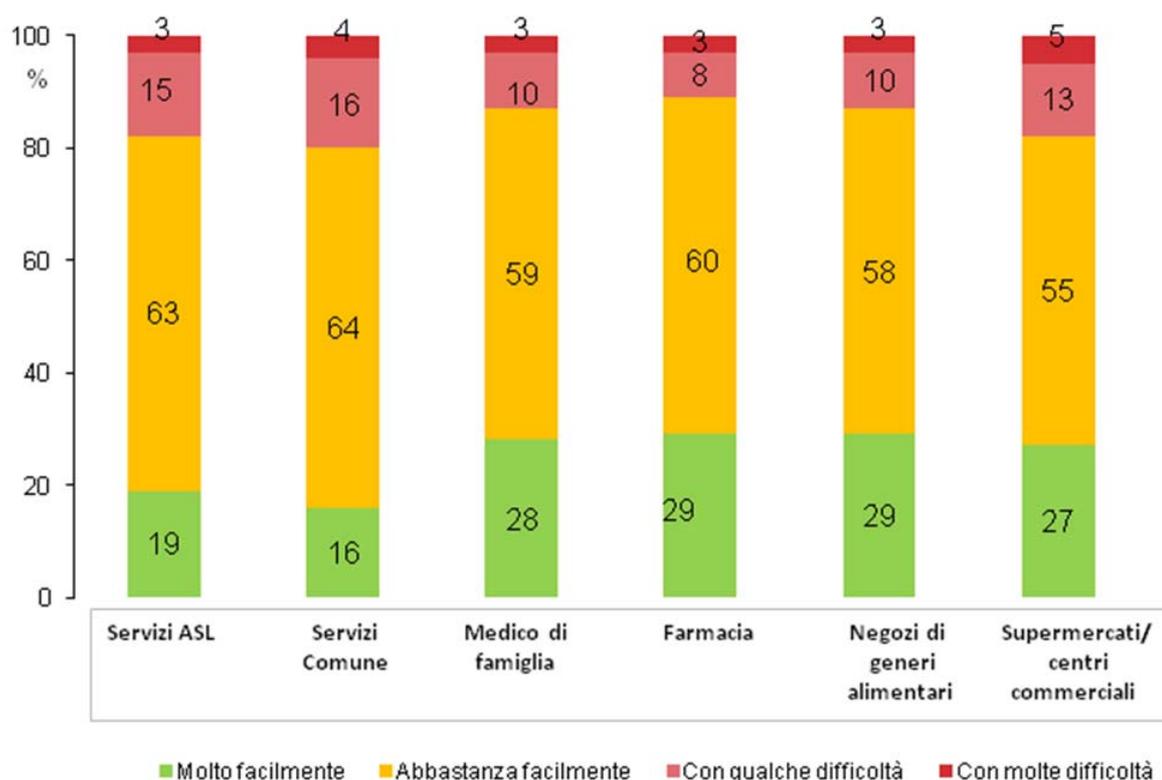
Quasi un terzo delle persone (28%) dichiara di raggiungere “molto facilmente” il Medico di famiglia, modalità che registra il valore più basso (16%) per l’accesso ai servizi del Comune.

Per i servizi commerciali la difficoltà a raggiungere sia i negozi di generi alimentari che i supermercati e centri commerciali è minima e passa rispettivamente dal 13% al 18%.

Accesso a varie tipologie di servizi (%)

Indagine PASSI d'Argento

Torino (n=443)

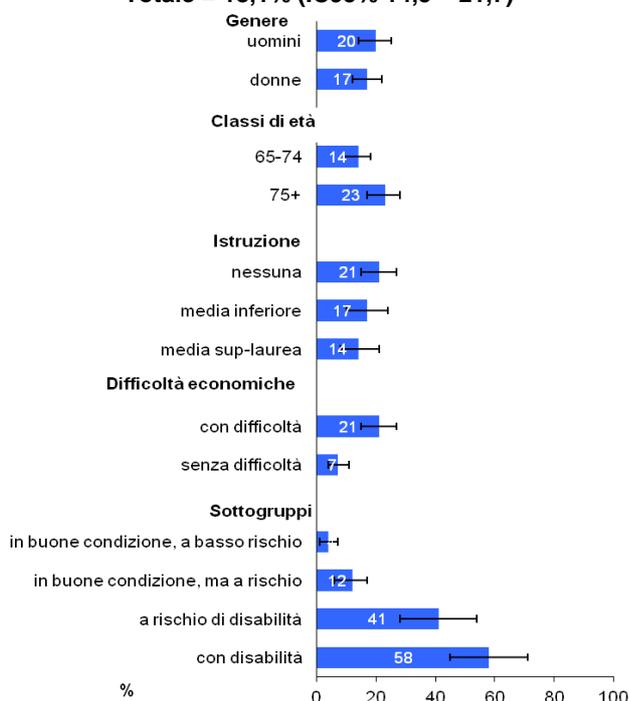


4.1.2 Chi ha maggiori difficoltà a raggiungere i servizi sociosanitari?

Raggiungono con difficoltà i servizi della ASL

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =443)

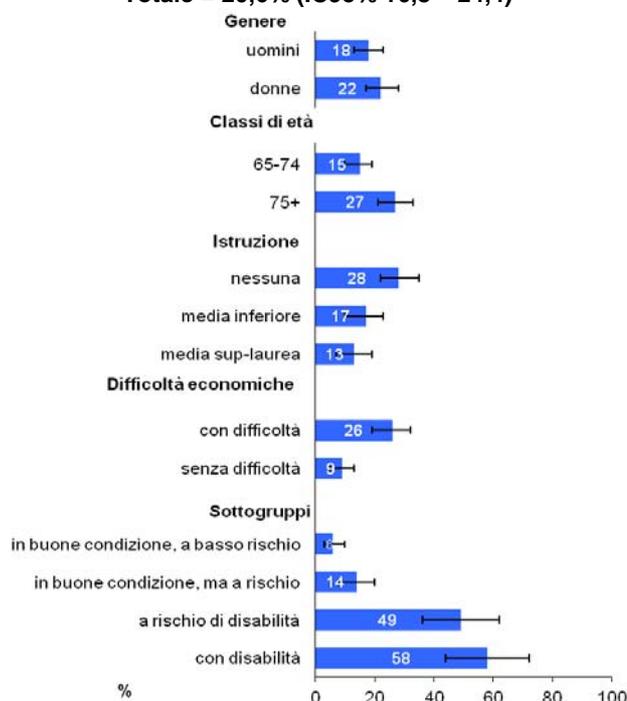
Totale = 18,1% (IC95% 14,5 – 21,7)



Raggiungono con difficoltà i servizi del Comune

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =436)

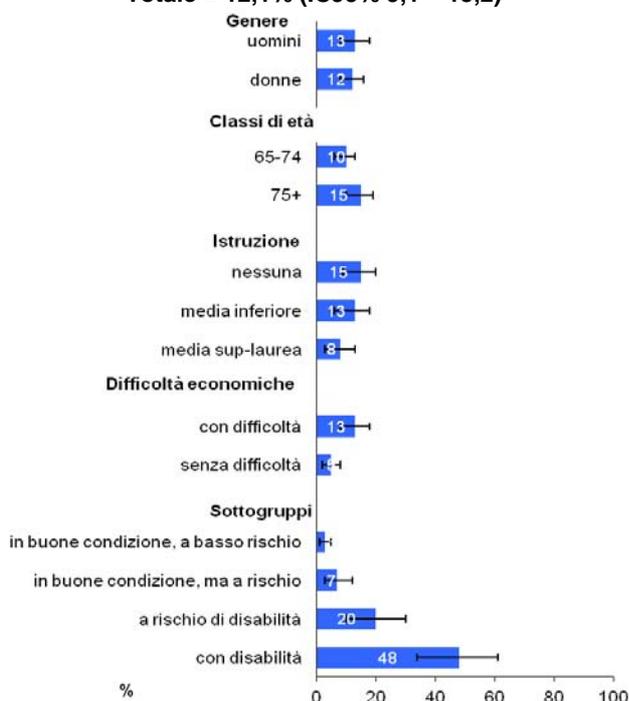
Totale = 20,6% (IC95% 16,8 – 24,4)



Raggiungono con difficoltà il Medico di famiglia

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =445)

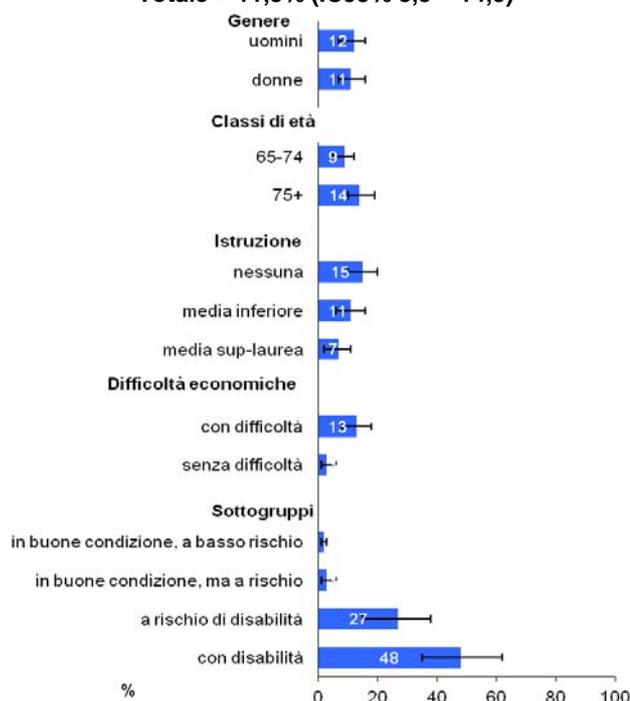
Totale = 12,1% (IC95% 9,1 – 15,2)



Raggiungono con difficoltà la farmacia

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n =444)

Totale = 11,5% (IC95% 8,5 – 14,5)



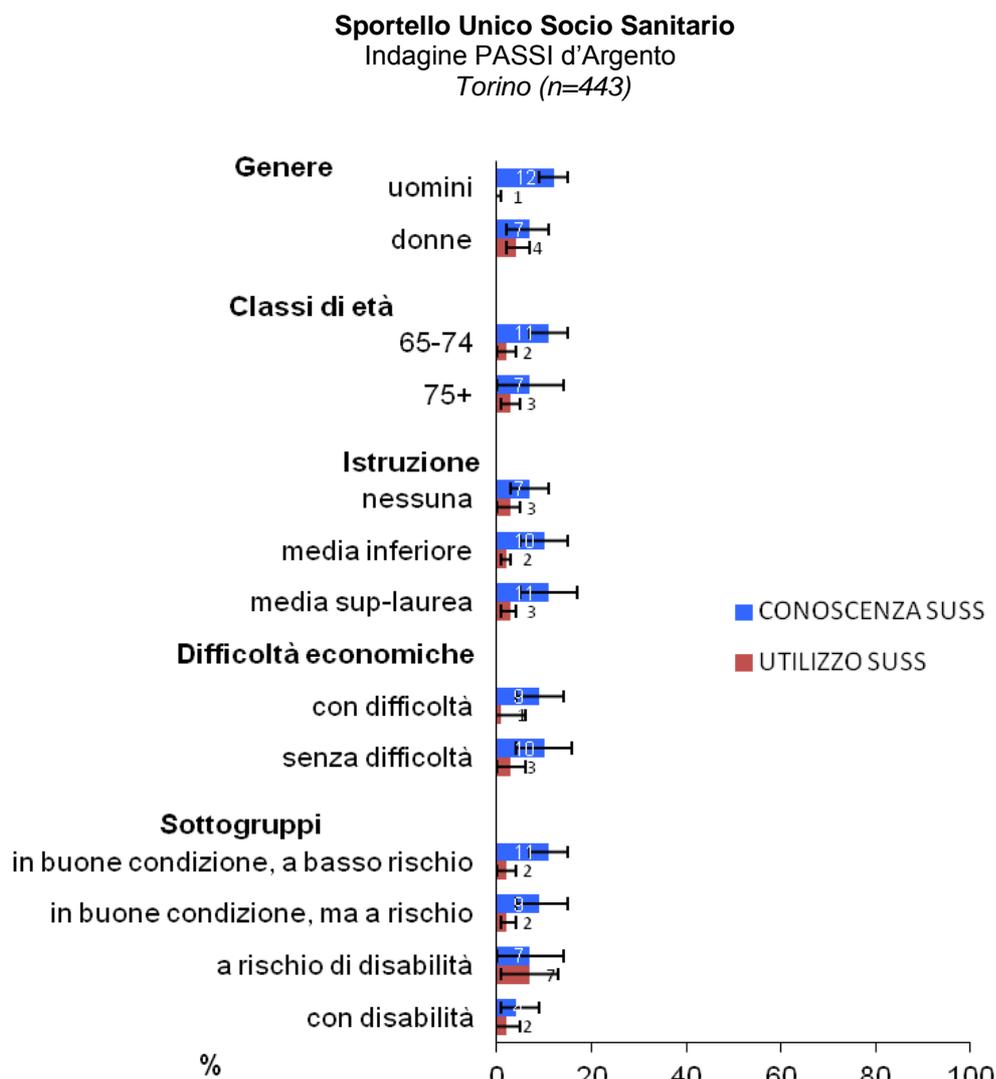
Indipendentemente dal tipo di servizio preso in considerazione, difficoltà di accesso sono segnalate con frequenza significativamente maggiore:

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

4.1.2 bis Quanti conoscono lo Sportello Unico Socio Sanitario?

PDA stima che in Torino nel 2012 il 9% della popolazione con 65 anni e più conosca lo Sportello Unico Socio Sanitario cioè “quello sportello pubblico che offre all’utente informazioni per gli aspetti di assistenza sia sociale che sanitaria”. La conoscenza di questo servizio non presenta differenze sostanziali legate alle principali variabili sociodemografiche.

Lo Sportello Unico Socio Sanitario è stato utilizzato da un terzo (29%) di coloro che lo conoscono corrispondente al 3% della popolazione con 65 anni e più.



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

Il 19% della popolazione con 65 anni e più riferisce difficoltà a raggiungere i negozi di genere alimentari e/o i supermercati.

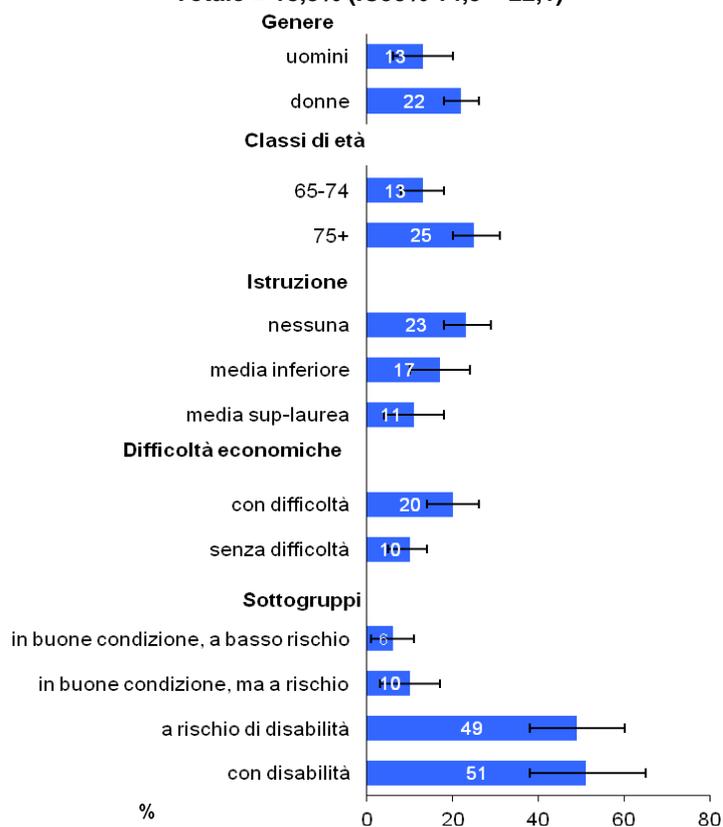
La difficoltà di accesso a questi servizi commerciali riguarda in particolar modo:

- le donne (22%);
- i più “anziani” (75 anni e più: 25%);
- le persone con scolarità bassa (23%);
- le persone con difficoltà economiche 20%;
- le persone a “rischio di” o “con” disabilità (rispettivamente 49% e 51%).

Raggiungono con difficoltà i negozi di generi alimentari e/o i supermercati (%)

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n = 443)

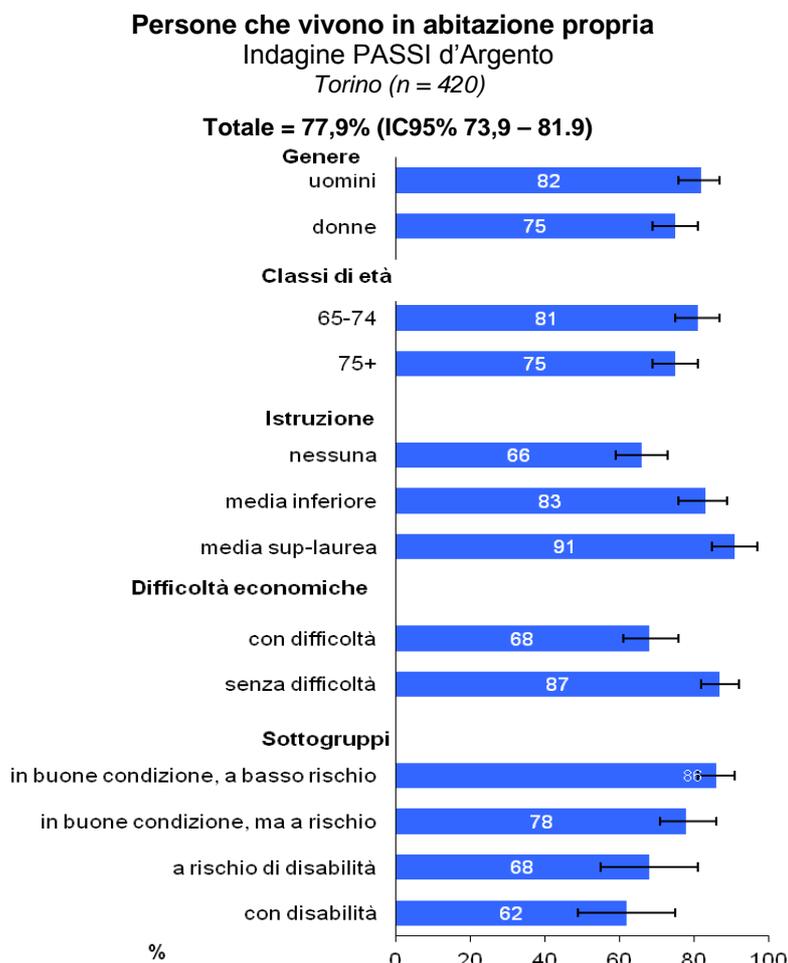
Totale = 18,5% (IC95% 14,9 – 22,1)



4.2 Abitazione

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

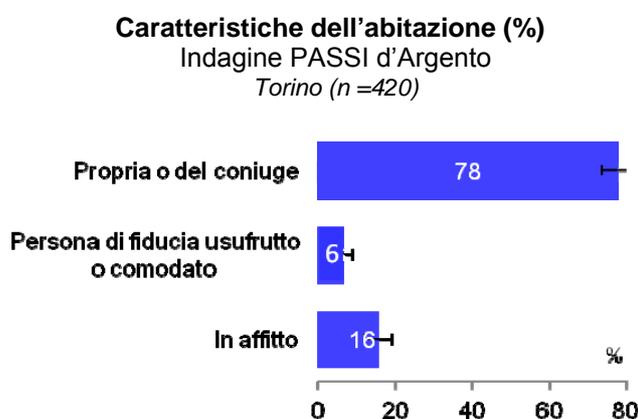
Tra le persone con 65 anni quasi 8 su 10 (78%) vivono in casa propria o del coniuge, condizione ancora più comune tra le persone con livello di scolarità alto (laurea: 91%) o senza difficoltà economiche (87%) e invece meno frequente tra coloro che dichiarano difficoltà economiche (molte difficoltà: 34%; qualche difficoltà: 76%) e tra le persone con disabilità (62%).



Il 16% delle persone con 65 anni e più paga un affitto, situazione che arriva a coinvolgere più di 1 persona su 2 (59%) tra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche.

Poco numerose sono le persone con 65 anni e più che vivono in case di persona di fiducia o in abitazioni in usufrutto o comodato d'uso (6%).

La quota di queste 2 categorie di persone quasi raddoppia (11%) dopo gli 85 anni.



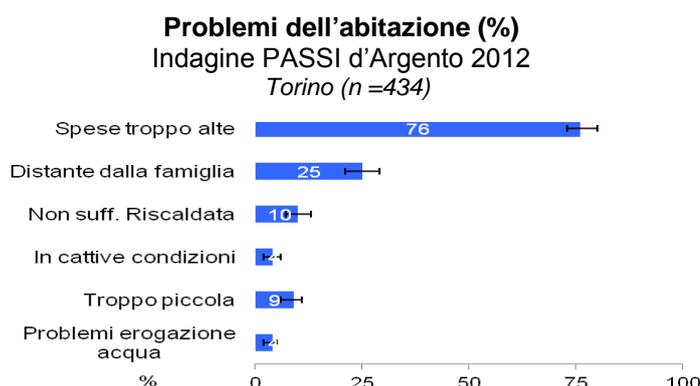
4.2.2 Quali problemi segnalano per le abitazioni in cui vivono?

Tra i problemi dell'abitazione, le spese troppo alte rappresentano il problema più diffuso essendo riferito da 3 persone su 4 (76%) delle persone con 65 anni e più.

Il 25% lamenta eccessiva distanza dalla famiglia.

Gli altri problemi abitativi indagati vengono riferiti ciascuno da meno del 10% delle persone con 65 anni e più:

- riscaldamento insufficiente (10%);
- cattive condizioni (4%);
- dimensione insufficiente (9%);
- problemi di erogazione dell'acqua (4%).



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

L'85% delle persone con 65 anni e più riferisce almeno un problema nell'abitazione mentre il 29% almeno 2.

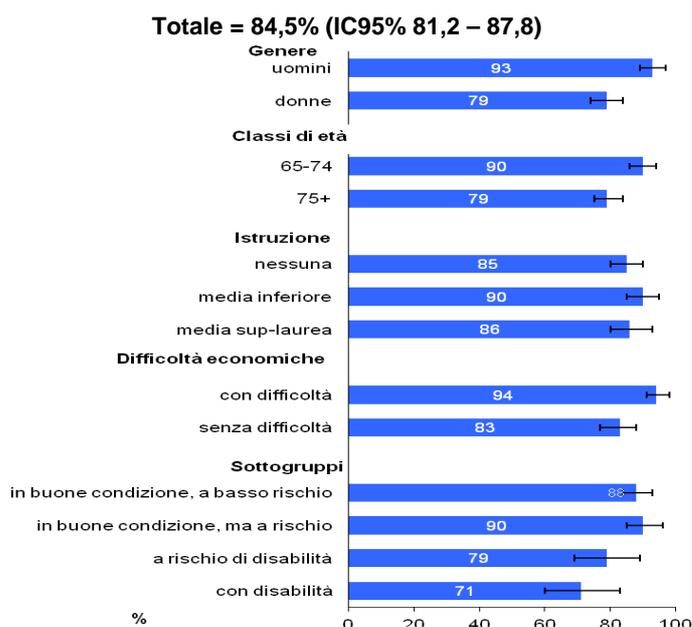
I problemi nell'abitazione vengono segnalati in maniera significativamente più frequente dalle persone di genere maschile, con età compresa tra i 65 e i 74 anni e con difficoltà economiche.

Non si osservano differenze per scolarità.

Quando non viene presa in considerazione la segnalazione di spese troppo alte, le persone con 65 anni e più che riferiscono problemi nell'abitazione risultano poco più di un terzo (38%).

In questo caso si osserva una frequenza di segnalazione maggiore, non statisticamente significativa, per le persone con difficoltà economiche (nessuna difficoltà: 37%, qualche: 44%, molte: 52%).

Persone che segnalano almeno un problema dell'abitazione (%)
Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=453)



Lo status di proprietario/a non cambia la frequenza complessiva di segnalazione di problemi dell'abitazione.

4.3 Sicurezza nell'area di residenza

4.3.1 Quanti si sentono sicuri nell'area in cui vivono?

A Torino tra le persone con 65 anni e più 8 su 10 si sentono sicure nell'area in cui vivono:

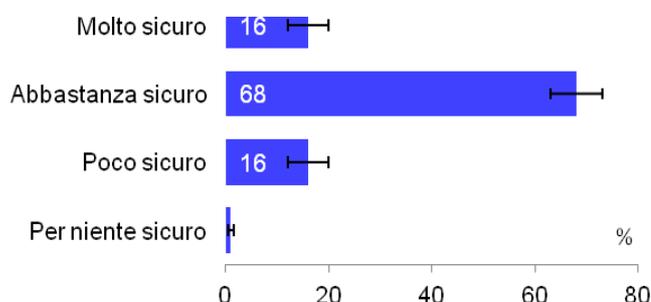
- il 16 % si sente molto sicuro.
- il 68% si sente abbastanza sicuro.

Quindi quasi 2 persone su 10 non si sentono sicure:

- il 16% si sente poco sicura ;
- l'1% si sente per niente sicura.

Sicurezza nell'area di abitazione (%)

Indagine PASSI d'Argento 2012
Torino (n=362)

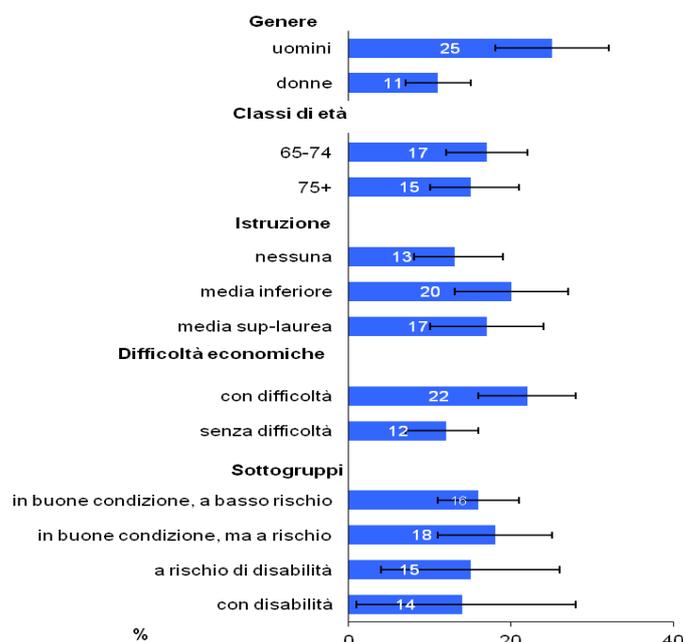


4.3.2 Chi si sente maggiormente insicuro nell'area in cui vive?

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

Indagine PASSI d'Argento
Torino (n=362)

Totale = 16.4% (IC95% 12,6 – 20,2)



La mancanza di sicurezza nell'area in cui si vive è più marcata tra gli uomini (25% vs 11%) e tra chi dichiara di avere difficoltà economiche (22% vs 12%).

La sensazione di insicurezza dell'area in cui si vive non cambia significativamente in relazione all'abitare in casa di proprietà o in affitto (17% vs 14%).

*Sentirsi "poco" o "per niente" sicuri

4.4 Conclusioni

La gran parte della popolazione con 65 anni e più raggiunge senza difficoltà i servizi di ASL e Comune, negozi di genere alimentare e, ancora più facilmente il medico di famiglia e la farmacia, ma l'accessibilità è influenzata da fattori quali l'età, l'istruzione, situazione economica e condizioni di salute. E' difatti più difficile accedere ai Servizi per le persone più anziane con bassa scolarità, con situazioni economiche peggiori e per le persone disabili.

Su 10 persone con 65 e più anni 8 vivono in casa di proprietà, i valori scendono in presenza di bassa scolarità e difficoltà economiche. Peraltro la presenza di problemi nell'abitazione è piuttosto diffusa, è segnalata da più di 8 persone su 10. Le "spese troppo alte" costituiscono la preoccupazione di gran lunga più diffusa (sono riferite da 3 persone su 4) e senza differenze tra chi abita in casa di proprietà o in affitto.

Le persone che abitano in affitto rappresentano perciò una minoranza (16%).

Si sentono sicure nell'area in cui si vive 8 persone su 10, mentre la mancanza di sicurezza nell'area in cui si vive è più marcata tra gli uomini (25% vs 11) e tra chi dichiara di avere difficoltà economiche (22% vs 12%).

Appendice

Bibliografia

Cap. 1 – BENESSERE E INDIPENDENZA

- Istituto Nazionale di Statistica. *Annuario statistico italiano 2012*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20121218_00/PDF/Cap2.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-185.
- Istituto Nazionale di Statistica. *La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Network Non Autosufficienza (Ed.). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore. Disponibile all'indirizzo: http://www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'argenio P, ed il Gruppo di Lavoro "Studio Argento". La "Qualità di vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e Sanità Pubblica* 2005; 61:545-559.
- Ôunpuu S, Chambers LW, Patterson C, Chan D, Yusuf S. Validity of the United States Behavioral Risk Factor Surveillance System's health-related quality of life survey tool in a group of older Canadians. *Chronic Diseases in Canada* 2001;22(3-4):93-101.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia: CDC; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>; ultima consultazione 24/09/2013.
- Helm DT. The measurement of happiness *American Journal on Mental Retardation*. 2000 Sep;105(5):326-35.

Cap. 2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE

- Klavestrand J, Vingard E. The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2009;19(3):300-312.
- Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401-15.
- Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(7):643-51.
- Hagiwara A, Ito N, Sawai K, Kazuma K. Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japanese elderly people. *Geriatrics and Gerontology International* 2008;8(3):143- 51.
- Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now!. *European Journal of Public Health* 2010; 20(6):617-618.
- Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* 2000;14(6):357-61.
- World Health Organization. *Report on the global Tobacco epidemic, 2013*. Geneva:

- WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/; ultima consultazione 24/09/13.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016*. Baku, Azerbaijan: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
 - Kocur I, Resnikoff S. Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *British Journal of Ophthalmology* 2002;86:716–722.
 - Bernabei V, Morinia V, Moretti F et al. Vision and hearing impairments are associated with depressive--anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging Mental Health*. 2011;15(4):467-74.
 - Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008 56(4):711–7. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284537>; ultima consultazione 24/09/13.
 - Programma Nazionale Linee Guida. *Linea guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. PNLG, redazione 2007, aggiornamento 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf; ultima consultazione 24/09/13.
 - Blazer, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2009; VII(1):118-136.
 - Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41:1284-1292.
 - Nicholson NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(6):1342-52.
 - Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging* 2011;28:509–518.
 - Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf; ultima consultazione 24/09/13.

Cap. 3 – PARTECIPAZIONE

- World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*, Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf; ultima consultazione 31/08/13.
- Futurage. National Consultations Ageing Research Priorities in Europe until 2025 ITALY. Disponibile all'indirizzo: <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Consultations%20public/Italy%20national%20consultations%20summary.pdf>; ultima consultazione 31/08/13.

Cap. 4 – AMBIENTE DI VITA

- Oswald F, Wahl HW. Housing and health in later life. *Rev Environ Health* 2004;19(3-4):223-52.
- van Kamp I, van Loon J, Droomers M, de Hollander A. Residential environment and health: a review of methodological and conceptual issues. *Rev Environ Health* 2004 Jul-Dec;19(3-4):381-401.

Sitografia

SITI NAZIONALI

L'Istituto nazionale di statistica è un ente di ricerca pubblico. Presente nel Paese dal 1926, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici. Opera in piena autonomia e in continua interazione con il mondo accademico e scientifico

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT

- Previsioni della Popolazione Anni 2011-2065. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html?lingua=ita>, ultima consultazione 02/10/2013.
- Disabilità in cifre. 2011. Consultato il 31 agosto 2012. Disponibile all'indirizzo: www.disabilitaincifre.it/descrizioni/lista_met.asp?cod_met=2 ; ultima consultazione 02/10/2013.
- Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Popolazione per età. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 02/10/2013.
- Indicatori socio-sanitari regionali: speranza di vita, speranza di vita in buona salute, speranza di vita libera da disabilità. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione 02/10/2013.
- Previsioni della popolazione: anni 2007-2051. Indicatori. Roma: ISTAT. 1999-2008. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>; ultima consultazione 02/10/2013.
- La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00_arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.

Ministero della Salute Disponibile all'indirizzo <http://www.salute.gov.it/> ultima consultazione 02/10/2013

In particolare vedere il “Quaderno” del Ministero della Salute sull’appropriatezza dell’assistenza all’anziano che affronta temi complementari a quelli affrontati dal PASSI d’Argento

<http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/6-novembre-dicembre-2010.php>

Guadagnare Salute. Il sito del programma nazionale: comunicazione e formazione secondo una nuova cultura della prevenzione. In particolare si segnala la sezione sorveglianze: Disponibile all'indirizzo <http://www.guadagnaresalute.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

PASSI Sorveglianza sullo stato di salute della popolazione adulta italiana: abitudini, stili di vita, percezioni, dall’attività fisica ai vaccini. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi/> ultima consultazione 02/10/2013.

SNLG Valutazione dell’assistenza e dei percorsi diagnostico-terapeutici: linee guida, documenti d'indirizzo e consensus conference. Disponibile all'indirizzo <http://www.snlg-iss.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

OKkio alla Salute Sistema di indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp> ultima consultazione 02/10/2013.

Progetto Cuore: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari: carte del rischio, indicatori di malattia, fattori di rischio. Disponibile all'indirizzo <http://www.cuore.iss.it/> ultima consultazione 02/10/2013.

BEN Bollettino Epidemiologico Nazionale. Uno strumento di comunicazione per raccontare esperienze locali, ma di interesse generale per la sanità pubblica. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/ben/> ultima consultazione 02/10/2013

PASSI d'Argento. Salute e qualità della vita nella terza età in Italia: sistema di indagini sugli stili di vita delle persone con 65 anni e più. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp> ultima consultazione 02/10/2013
Istituto Superiore di Sanità (ISS) sezione Pubblicazioni Disponibile all'indirizzo www.iss.it ultima consultazione 02/10/2013.

Italia. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.
<http://www.lavoro.gov.it/Pages/default.aspx>

La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello sociale. Roma: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/B8453482-9DD3-474E-BA13-08D248430849/0/libroverdeDEF25luglio.pdf>; ultima consultazione 02/10/2013.

SITI INTERNAZIONALI

World Health Organization. WHO.

- *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- *Active ageing: a policy frame work.* Geneva: WHO; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8). Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016.

- Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. (EUR/RC61/12). Disponibile all'indirizzo:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf; ultima consultazione 02/10/2013.
- European Commission Active Ageing Index (AAI). Disponibile all'indirizzo:
<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>; ultima consultazione 02/10/2013.

Eurostat. EU integration seen through statistics. Luxembourg: Publications of the European

Union; 2006; Disponibile all'indirizzo:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF; ultima consultazione 02/10/2013.

L'Ufficio Statistico dell'Unione Europea (Eurostat) è una Direzione Generale della Commissione Europea; raccoglie ed elabora dati dagli Stati membri dell'Unione Europea a fini statistici, promuovendo il processo di armonizzazione della metodologia statistica tra gli Stati membri.

European Union. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/ey2012/> ultima consultazione 19/07/2013

European Commission: European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing. Disponibile all'indirizzo: <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>; ultima consultazione 02/10/2013.

World Economic Forum (2012). *Global Population Ageing: Peril or Promise?* World Economic Forum: Ginevra. Disponibile all'indirizzo:
<http://www.globalaging.org/agingwatch/World%20Economic%20Forum%20-%20peril%20or%20promise.pdf>; ultima consultazione 02/10/2013.

Global Age Watch Index

Per 91 paesi al mondo è ora disponibile un quadro di indicatori simile all'active ageing index dell'EU/UNECE. Possibile fare dei confronti fra Paesi e distinguere l'andamento per i diversi aspetti che caratterizzano l'active ageing

<http://www.helpage.org/global-agewatch/>

SITI DI APPROFONDIMENTO

Moodle.org è il sito di comunità dove si discute e si realizza Moodle. Si tratta di una applicazione web libera (open source) che i formatori possono utilizzare per creare siti di formazione efficaci Disponibile all'indirizzo www.moodle.org ultima consultazione 02/10/2013.

CCM Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) è un organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze Disponibile all'indirizzo <http://www.ccm-network.it/> ultima consultazione 02/10/2013