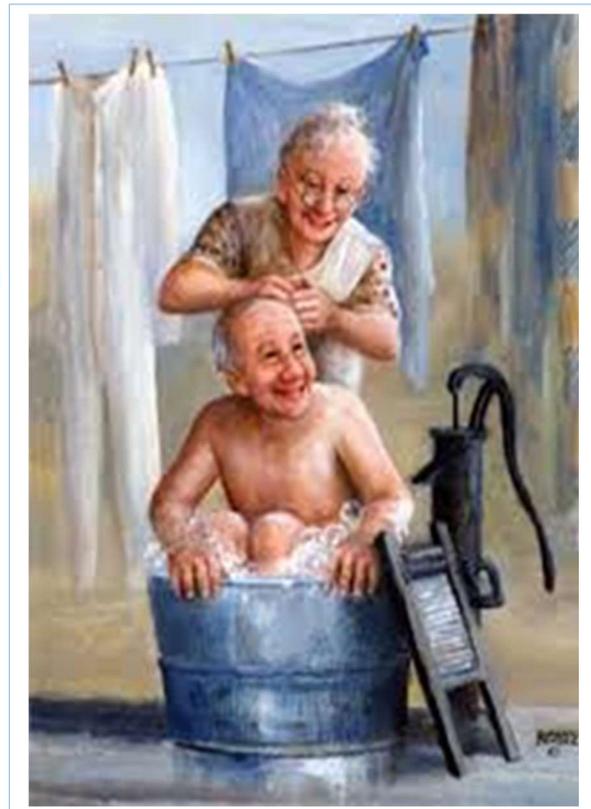


Salute  
e Invecchiamento  
nella popolazione  
Anziana  
dell'Area Vasta 2



*PASSI d'Argento anni 2014-2015*

Dicembre 2019

Per maggiori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento consultare:

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

**Foto copertina:** Goccia a goccia a secco - Dianne Dengel (da pinterest.it)

### **Rapporto a cura di:**

- **Antonella Guidi**
- **Cristina Mancini**
- **Marco Morbidoni**
- **Annalisa Cardone**

### **Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine**

#### **- a livello aziendale:**

Coordinatore aziendale:

Dr. Marco Morbidoni - Dipartimento di Prevenzione Area Vasta 2, ASUR Marche

#### **- a livello regionale**

Coordinatore regionale delle Sorveglianze Passi e Passi d'Argento:

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

Coordinatore del Progetto Passi d'Argento:

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

#### **- a livello nazionale:**

Gruppo Tecnico Operativo (<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/network/GTnazionale.asp>), responsabile scientifico Maria Masocco (CNESPS)

Le interviste sono state realizzate da operatori opportunamente formati

Per approfondimenti sui singoli argomenti è possibile consultare il Rapporto integrale dei risultati di PASSI d'Argento.

### **Un caloroso ringraziamento va:**

- a tutte le persone con 65 anni e più che hanno partecipato all'indagine. Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze di questa fascia di popolazione residente nel nostro territorio. Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste
- ai Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.
- alle intervistatrici e agli intervistatori per la disponibilità e la professionalità con cui si sono dedicati a questa attività;

### **Intervistatori**

- Antonella Agoccioni, Elisa Ambrogiani, Elisabetta Branchesi, Milena Cavallotti, Eufemia Ciarallo, Stefania Fraboni, Daniela Francoletti, Antonella Guidi, Mirella Marcellini, Catia Mezzanotte, Sabina Paci, Sestilia Sparvoli, Francesca Petruio.

## Indice

<b>PREMESSA</b>	6
<b>LE FONTI INFORMATIVE</b>	7
<b>1. LA POPOLAZIONE ANZIANA NELL'AREA VASTA 2</b>	10
<b><i>1.1 Struttura demografica della popolazione dell'Area Vasta 2</i></b>	10
1.1.1 Natalità e mortalità della popolazione residente	11
1.1.2 Indicatori demografici, per i distretti dell'AV2	12
1.1.3 Speranza di vita a 65 anni	13
<b><i>1.2 Caratteristiche socio-economiche della popolazione anziana</i></b>	14
1.2.1 Descrizione del campione	14
1.2.2 Condizioni socio-economiche degli anziani residenti	14
L'istruzione e lo stato civile	
La situazione economica	
Con chi vivono	
<b>2 – LE CONDIZIONI DI SALUTE ED I RISCHI</b>	16
<b><i>2.1 Salute percepita ed autonomia nella vita quotidiana</i></b>	16
2.1.1 La salute percepita	16
2.1.2 Giorni in cattiva salute o con limitazione	18
<b><i>2.2 La non autosufficienza</i></b>	19
2.2.1 Limitazioni nelle attività della vita quotidiana: Fragilità e Disabilità	19
2.2.2 Autonomia nelle attività della vita quotidiana	20
2.2.3 Le caratteristiche delle persone con "Disabilità"	20
2.2.4 Le caratteristiche delle persone "Fragili"	23
<b><i>2.3 I principali problemi di salute ed i determinanti comportamentali</i></b>	25
2.3.1 Le patologie croniche	25
2.3.1.1 Le caratteristiche delle persone con una o più patologie croniche	26
2.3.1.2 L'ipertensione arteriosa	27
2.3.1.3 Le caratteristiche delle persone che soffrono di ipertensione	28
2.3.2 Sintomi di Depressione	29
2.3.2.1 Le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione	29
2.3.3 I disturbi sensoriali: vista, udito e masticazione	31
2.3.3.1 Le caratteristiche delle persone che hanno problemi di vista	31
2.3.3.2 Le caratteristiche delle persone che hanno problemi di udito	32
2.3.3.3 Le caratteristiche delle persone che hanno problemi alla	
Masticazione	33
2.3.4 Le cadute	35
2.3.4.1 Le caratteristiche delle persone con 65 anni e più sono cadute negli ultimi 30 giorni	35
2.3.4.2 La prevenzione delle cadute: l'uso delle precauzioni anti caduta e i consigli dei Sanitari	36
<b><i>2.4 Sicurezza nell'uso dei farmaci</i></b>	38
2.4.1 Le caratteristiche delle persone con 65 anni e più che hanno assunto farmaci negli ultimi 30 giorni	38
<b><i>2.5 I fattori di rischio per l'insorgenza di malattie</i></b>	40
2.5.1 Attività fisica inadeguata	40
2.5.1.1 Le caratteristiche delle persone con 65 anni e più poco attive fisicamente	41

2.5.2	Sovrappeso e obesità	43
2.5.2.1	Lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più	43
2.5.3	L'abitudine al fumo	45
2.5.3.1	Le caratteristiche dei fumatori con 65 anni e più	45
2.5.4	Consumo di alcol	48
2.5.4.1	Le caratteristiche delle persone con 65 anni e più che consumano più di una unità alcolica al giorno	48
2.5.5	La scorretta alimentazione ed il consumo di frutta e verdura	51
2.4.5.1	L'alimentazione delle persone con 65 anni e più	51
<b>3</b>	<b>L'AMBIENTE DI VITA E LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ SOCIALI</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b><i>I problemi abitativi, fruibilità dei servizi tutela e sicurezza</i></b>	<b>53</b>
3.1.1	I problemi abitativi e la sicurezza	53
3.1.2	Le difficoltà di accesso ai servizi	54
<b>3.2</b>	<b><i>La partecipazione ad attività sociali e comunitarie, formazione, apprendimento e lavoro</i></b>	<b>56</b>
3.2.1	La partecipazione sociale	56
3.2.2	Essere risorsa per la famiglia e per la comunità	58
<b>3.3</b>	<b><i>Rischio di isolamento</i></b>	<b>60</b>
3.3.1	Le caratteristiche delle persone con 65 anni e più a rischio di isolamento sociale	60
<b>4</b>	<b>LA POPOLAZIONE ANZIANA ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI</b>	<b>62</b>
<b>4.1</b>	<b><i>L'assistenza domiciliare integrata (ADI)</i></b>	<b>62</b>
4.1.1	Quantificazione del numero di anziani trattati in ADI	62
4.1.2	Anziani in ADI, con valutazione multidimensionale	64
4.1.3	Le cure domiciliari, per livello d'intensità	66
4.1.4	La continuità dell'assistenza nel passaggio dal ricovero ospedaliero alle cure Domiciliari	68
<b>4.2</b>	<b><i>L'assistenza ospedaliera</i></b>	<b>70</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONI</b>	<b>73</b>
	<b>• APPENDICE</b>	
	<b>• <i>Glossario</i></b>	<b>77</b>
	<b>• <i>Bibliografia e Sitografia</i></b>	<b>78</b>

## **Premessa**

Alla fine degli anni novanta del secolo scorso, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sosteneva che entro il 2030 quasi un europeo su tre avrebbe avuto più di 60 anni e che nella maggior parte dei casi avrebbe potuto contare su molti anni di vita davanti a sé. A partire dal 2010 inoltre le statistiche europee rilevano un significativo aumento della popolazione anziana, dovuto in particolar modo al raggiungimento dell'età pensionabile da parte dei cosiddetti 'baby boomers' (nati tra l'immediato dopoguerra e la metà degli anni '60).

In questo senso l'Italia costituisce un esempio dell'invecchiamento della popolazione visto che è al terzo posto nella classifica dei Paesi più vecchi al mondo, dopo Giappone e Germania.

E' naturale pertanto pensare di monitorare il fenomeno sia per seguirne l'andamento, già evidente da alcuni anni, sia per orientare gli interventi e le azioni possibili da dedicare alla tutela e al miglioramento della salute dei cittadini in età avanzata.

Sin dalla prima sperimentazione l'Area Vasta 2 (prima, nel 2009-2010, con la sola sede di Jesi, poi nel 2012, aderendo al progetto CCM, con l'intero territorio aziendale) ha partecipato allo sviluppo della sorveglianza di popolazione rivolta agli anziani, denominata 'Passi d'Argento' e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Questo rapporto presenta la situazione degli anziani residenti nel territorio dell'Area Vasta 2 e raggiunti attraverso interviste telefoniche o 'faccia a faccia', con l'intento di offrire, a tutti coloro che a vario titolo si occupano di tale fascia di popolazione, un contributo di conoscenza della realtà degli anziani e del fenomeno dell'invecchiamento attivo.

L'OMS definisce l'invecchiamento attivo (o sano) "come il processo di sviluppo e mantenimento della capacità funzionale che consente il benessere in età avanzata". L'abilità funzionale consiste nell'avere le capacità che consentono a tutte le persone di essere e fare ciò che desiderano. Ciò include la capacità di una persona di soddisfare i propri bisogni di base, apprendere, crescere e prendere decisioni, essere libero di muoversi, costruire e mantenere relazioni e in definitiva contribuire alla società in cui vive.

A conclusione di questa premessa va segnalato che alcuni dati presentati nel rapporto e raccolti nel biennio 2014-2015, presentano sensibili divergenze con quelli degli anni precedenti e con quelli del pool delle regioni o delle singole Aziende Sanitarie che partecipano alla sorveglianza nazionale; tale diversità potrebbe spiegarsi con una diversa modalità di attribuzione di 'pesi' nella fase di preparazione dei dati per l'elaborazione statistica, con un diverso campionamento delle persone intervistate o potrebbe essere legata anche al fatto che alcune definizioni sono state aggiornate tra una rilevazione e l'altra. Quando tale fenomeno, che a nostro parere, potrà trovare una adeguata spiegazione e stabilizzazione quando saranno disponibili un numero maggiore di anni di sorveglianza, si presenta nei dati di questo rapporto, viene segnalato nel testo.

## Fonti Informative

Di seguito vengono sinteticamente descritte le principali fonti informative, che sono state utilizzate per la stesura di questo report.

- **Anagrafe comunale della popolazione residente.** L'ISTAT sul sito web: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) mette a disposizione, annualmente, i dati ufficiali (più recenti) sulla popolazione residente nei Comuni italiani, derivanti dalle indagini effettuate presso gli Uffici Anagrafe. In questo lavoro la popolazione residente nei Comuni dell'Area Vasta 2, per età e sesso, riportata dall'Istat all'1° gennaio di ogni anno è stata considerata valida per l'intero anno. Ad es. la popolazione AV2 al 1-1-2018 è stata considerata come popolazione residente per l'intero anno 2018.
- **Archivio informatizzato delle interviste effettuate nell'ambito della Sorveglianza PASSI d'Argento dell'Area Vasta 2 e della Regione Marche.** Passi d'Argento (PdA) è un sistema di sorveglianza *a rilevanza nazionale* (DPCM del 3 marzo 2017- GU Serie Generale n. 109 del 12 maggio 2017) che fornisce informazioni periodiche e confrontabili tra le regioni italiane sulle condizioni di salute, le abitudini e gli stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese. Esso completa il quadro offerto dalla sorveglianza *PASSI* dedicata agli adulti tra 18-69 anni. I temi indagati in Passi d'Argento sono molteplici e consentono di disegnare il profilo della popolazione ultra65enne centrato sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia Active Ageing dell'OMS: salute, partecipazione e sicurezza. Sulla salute e prevenzione vengono raccolte informazioni inerenti: la salute percepita, la soddisfazione per la propria vita, la qualità della vita connessa alla salute, i sintomi di depressione, la presenza di patologie croniche e l'autonomia nelle attività funzionali e strumentali della vita quotidiana (ADL, IADL), la presenza di problemi sensoriali (di vista, udito, masticazione), le cadute, l'uso dei farmaci, la vaccinazione antinfluenzale e fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, consumo di frutta/verdura, eccesso ponderale o perdita di peso involontaria, ridotta attività fisica). Nell'ambito della partecipazione vengono raccolte informazioni sullo svolgimento di attività lavorative retribuite, sul supporto fornito alla famiglia o alla collettività e sulla partecipazione a eventi sociali o a corsi di formazione. Infine, sul tema della tutela vengono indagati aspetti inerenti l'accessibilità ai servizi socio-sanitari, alla qualità dell'ambiente di vita, alla sicurezza domestica e alla sicurezza del quartiere. L'ulteriore ricchezza di informazioni socio-anagrafiche raccolte consente di far emergere e analizzare le disuguaglianze sociali nella salute, nella qualità della vita e nei bisogni di tutela e assistenza delle persone anziane.

Il sistema di sorveglianza è stato testato per la prima volta nel 2009 e poi nel 2012: dal 2016 è attivo su tutto il territorio nazionale come raccolta di dati *"in continuo"*. Il coordinamento nazionale è in capo ad un Gruppo tecnico-scientifico situato presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Nella regione Marche la sorveglianza è stata sperimentata nel 2010 nella ex Zona territoriale n. 5 – Jesi; nel 2012 si è proceduto poi allo svolgimento di una prima indagine trasversale sul territorio di un'intera Area Vasta: quella dell'AV2.

Nel biennio 2014-2015, in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, il coordinamento regionale di Passi d'Argento (sito presso l'Osservatorio Epidemiologico dell'Agenzia

Regionale Sanitaria) ha organizzato e coordinato una rilevazione su tutto il territorio regionale. Dal 2016 infine anche nelle Marche è iniziata la raccolta "in continuo" dei dati.

Le informazioni di Passi d'Argento sono ottenute tramite interviste telefoniche (o vis a vis), effettuate attraverso un questionario standardizzato, da operatori sanitari e/o socio-sanitari delle ASL, opportunamente formati, e rivolte a campioni, rappresentativi per genere ed età, della popolazione anziana residente estratti (con campionamento casuale semplice stratificato o a cluster) dalle liste delle anagrafi sanitarie degli assistiti. Le persone anziane intervistate, rispondono ai criteri di selezione stabiliti dal protocollo della sorveglianza Passi d'Argento. Essi quindi sono soggetti:

- di età  $\geq 65$  anni;
- non istituzionalizzati (sono dunque escluse da questa indagine tutte le persone anziane residenti nelle Residenze sanitarie o socio-sanitarie assistenziali - Rsa o Rssa, nelle case di riposo e nelle strutture per lungodegenti);
- non momentaneamente ricoverati in ospedale; in grado di sostenere un'intervista in italiano, anche facendo ricorso all'aiuto di un familiare o di una persona di loro fiducia<sup>1</sup>;
- residenti in uno dei Comuni dell'Area Vasta 2.

La rappresentatività statistica è sempre garantita a livello regionale e in alcuni casi anche a livello di Asl attraverso le seguenti dimensioni campionarie:

- 1.100 persone per la rappresentatività regionale;
- 390 persone per la rappresentatività di Asl o di Distretto

I dati raccolti a livello locale vengono inseriti via web in un database nazionale. Nel seguente sito WEB nazionale <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento.it> si possono consultare i principali risultati relativi al pool nazionale e regionale, commentati con grafici e tabelle.

Le informazioni presenti in questo report, derivate dalla fonte PdA, sono relative alle 392 interviste svolte nel biennio 2014-2015 agli anziani residenti nell'Area Vasta 2. Esse sono state confrontate, con quelle tratte della precedente rilevazione AV2 2013-2014, ma anche, quando possibile, con i dati PdA regionali 2014-2015 e con quelli nazionali relativi alla successiva rilevazione del biennio 2016-2017.

#### – **Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali**

Le performance dei sistemi regionali e delle aziende sanitarie sono valutate per la loro capacità di: promuovere la salute della popolazione; tradurre le strategie in risultati; garantire la qualità dell'assistenza; migliorare l'esperienza del paziente; costruire un adeguato clima organizzativo; promuovere la sicurezza sanitaria; raggiungere tutti gli obiettivi di cui sopra attraverso un corretto utilizzo delle risorse.

---

<sup>1</sup> Il campione di intervistati del biennio 2014-2015 nel 19% dei casi ha fatto ricorso a una persona di fiducia per sostenere l'intervista (il proxy). Generalmente si è trattato di persone più fragili, le quali o avevano seri problemi nell'udito e nel parlare o non avevano superato "il test sulla memoria" (posto all'inizio dell'intervista). Ad essi l'intervistatore ha suggerito di farsi aiutare, nelle risposte, da un familiare o una persona di fiducia che ne conosceva bene le abitudini di vita

Il "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali" nasce nel 2008 sotto il coordinamento del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. E' costituito da un network di Regioni<sup>2</sup>, tra cui le Marche, che sono interessate a condividere una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria.

Un percorso condiviso inter-regionale ha portato alla selezione di circa 300 indicatori volti a descrivere e comparare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario quali: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti, l'ambito dell'Emergenza-Urgenza, la prevenzione collettiva, il governo e la qualità dell'offerta, l'assistenza farmaceutica.

I risultati sono rappresentati, tramite uno schema a bersaglio: esso offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta dalla Regione, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza.

Dal 2008, viene annualmente redatto un report, con i risultati delle Regioni e delle Aziende. Dal 2010, il report viene reso pubblico e accessibile da parte tutti i portatori di interesse

Le informazioni presenti in questo report nel capitolo 4: "La popolazione anziana ed il ricorso ai servizi sanitari" sono state tratte dai reports relativi agli anni 2016, 2017 e 2018, scaricabili dal seguente sito <http://performance.sssup.it/netval/start.php>.

- **ISTAT: Health for All Italia** L'Istat mette a disposizione un database di indicatori, sul sistema sanitario e sulla salute in Italia, denominato "Sistema informativo territoriale su sanità e salute". Esso è strutturato in maniera tale da poter essere interrogato dal software HFA, fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, adattato alle esigenze nazionali. Attualmente il database contiene 4000 indicatori. Con gli aggiornamenti periodici vengono aggiornati gli indicatori all'ultimo anno disponibile, vengono ampliate le serie storiche andando a ritroso nel tempo, viene potenziata l'informazione a livello provinciale, vengono aggiunti nuovi indicatori.

Le informazioni presenti in questo report nel capitolo 4: "La popolazione anziana ed il ricorso ai servizi sanitari" sono state tratte dalla versione di giugno 2019. Il data-base è scaricabile dal seguente sito: <https://www.istat.it/it/archivio/14562>.

---

<sup>2</sup> Basilicata, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento Umbria, Veneto

## Capitolo 1 – La popolazione anziana nell'Area Vasta 2

### 1.1 Struttura demografica della popolazione dell'Area Vasta 2

Nel 2018 la struttura demografica della popolazione residente in Area Vasta 2 (AV2) è all'incirca sovrapponibile a quella della regione Marche.

La componente di anziani (persone di 65 anni e più) è "forte": sono all'incirca 1 ogni 4 residenti. In particolare, gli anziani fino a 79 anni sono il 16% della popolazione, e quelli di 80 anni ed oltre più dell'8%.

I giovani con meno di 15 anni rappresentano all'incirca il 13%.

#### Popolazione residente, per fasce d'età. Confronto (%) AV2-Marche, anno 2018

Indicatori di struttura della pop per fasce di età	AV2	Marche
Pop di 0-14 anni su pop. totale	12,9	12,8
Pop di 15-39 anni su pop. totale	25,4	25,9
Pop di 40-64 anni su pop. totale	36,9	36,8
Pop di >=65 anni su pop. totale	<b>24,7</b>	<b>24,5</b>
Pop di 65-79 anni su pop. totale	16,3	16,2
Pop di >=80 anni su pop. totale	8,4	8,3

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona

L'AV2 sta vivendo una fase di declino demografico, al pari di quanto rilevato in tutto il Paese. Anche nel 2017, come nei due anni precedenti, il consistente saldo naturale negativo (-2.491 unità), unito a un saldo migratorio totale positivo, ma contenuto, (+770) ha portato ad un decremento della popolazione.

Il tasso di crescita naturale presenta valori negativi piuttosto accentuati sia in AV2 che nelle Marche, superiori a -5 per mille e complessivamente si registra un tasso di crescita totale del -3,5 per mille (era il -3,7 ‰ nel 2015).

#### Indicatori dinamici della popolazione, per 1.000 residenti. Confronto AV2-Marche, al 31 dicembre 2017

Indicatori dinamici	AV2	Marche
Tasso di crescita naturale (1)	-5,1	-5,1
Tasso migratorio Totale (2)	1,6	1,0
Tasso di crescita Totale (3)	-3,5	-4,5

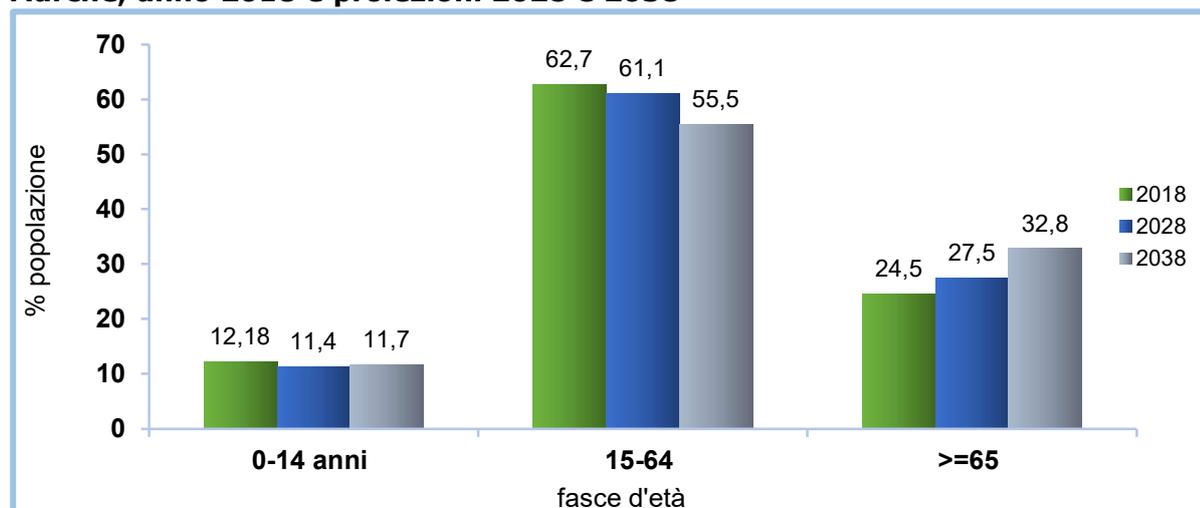
Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona

- (1) Tasso di crescita naturale è il rapporto tra il saldo naturale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000.
- (2) Tasso migratorio totale è il rapporto tra il saldo migratorio + il saldo per altri motivi dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000.
- (3) Tasso di crescita totale è il rapporto tra il saldo totale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000.

Secondo stime ISTAT nelle Marche la numerosità della popolazione residente continuerà a diminuire; in particolare le proiezioni al 2038 mostrano un decremento della popolazione iscritta in anagrafe, riconducibile in larga misura alla dinamica naturale.

Ciò porterebbero ad una graduale diminuzione della popolazione della fascia di età "lavorativa" e ad un aumento della popolazione della fascia di età uguale o superiore a 65 anni.

### Previsioni della struttura della popolazione residente per fasce d'età. Regione Marche, anno 2018 e proiezioni 2028 e 2038

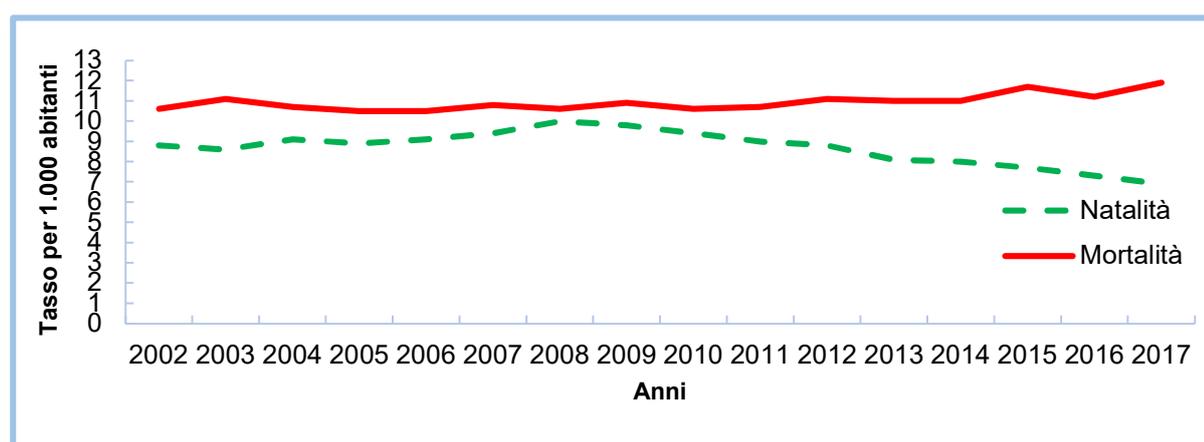


Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona

#### 1.1.1 NATALITÀ E MORTALITÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI ANCONA

La figura seguente mostra l'andamento del tasso di natalità e di mortalità nel periodo 2002-2017. E' evidente la continua diminuzione delle nascite iniziata nel 2008 (in questo anno si era registrato un tasso di natalità pari a 10 nuovi nati ogni 1.000 abitanti mentre nel 2017 non arriva a 7 nati ogni 1.000 residenti). Ciò unitamente al fenomeno dell'aumento dei decessi, "fisiologico"<sup>3</sup> in una popolazione che sta invecchiando, fa sì che in provincia di Ancona, nell'ultimo quinquennio, sia sempre più marcato il progressivo allargamento delle forbice natalità-mortalità.

#### Andamento del tasso (ogni 1.000 abitanti) di natalità e di mortalità. Provincia di Ancona, anni 2002-2017



Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona

La diminuzione delle nascite nel nostro Paese, così come nei nostri territori regionali, si deve principalmente a fattori strutturali. Ciò in quanto vi è una progressiva riduzione delle "potenziali madri" dovuta sia all'uscita dall'età riproduttiva delle generazioni molto

<sup>3</sup> In AV2 il numero di decessi registrato nel 2017, pari a 5.827, è superiore di 363 unità rispetto al 2016, in linea però con l'aumento "fisiologico" dei decessi che ci si può attendere in una popolazione che invecchia.

numerose nate all'epoca del baby-boom, sia all'ingresso di contingenti meno numerosi di donne in età feconda, a causa della prolungata diminuzione delle nascite, verificatasi già a partire dalla metà degli anni Settanta.

Riguardo la mortalità si assiste a oscillazioni congiunturali, con anni nei quali si alternano incrementi, come è stato il 2015 ed il 2017 (AV2: tasso di mortalità pari a 11,7 per 1.000 ed a 12,0 per 1.000 rispettivamente) ed anni caratterizzati da decrementi come ad esempio il 2016 (AV2: tasso di mortalità dell'11,2 per 1.000). Queste oscillazioni sono legate alle variazioni della mortalità dei grandi anziani che, presumibilmente, si verificano in concomitanza con le variazioni delle condizioni climatiche (estati con un prolungato eccesso di temperature elevate e inverni molto rigidi), ma anche con la virulenza delle epidemie influenzali stagionali.

### 1.1.2 INDICATORI DEMOGRAFICI, PER I DISTRETTI DELL'AV2

Nel 2018 in AV2 l'indice di vecchiaia è pari a 191 anziani per cento giovani (uguale a quello marchigiano) un valore molto superiore a quello osservato nell'intera nazione. Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 62% della popolazione, con un rapporto di circa 60 individui in età lavorativa su 100 in età non attiva (indice di dipendenza strutturale). In particolare gli anziani sono 40 ogni 100 soggetti in età lavorativa (indice di dipendenza strutturale anziani).

Tra i singoli Distretti dell'AV2 si osservano delle differenze nella composizione per età della popolazione residente: quello di Senigallia ha la più alta quota di anziani (26%), superiore al valore regionale ed il più alto indice di vecchiaia corrispondente a circa 207 anziani per 100 giovani.

#### Indicatori demografici della popolazione residente per Distretti dell'AV2, Area Vasta 2, Marche e Italia al 1° gennaio 2018.

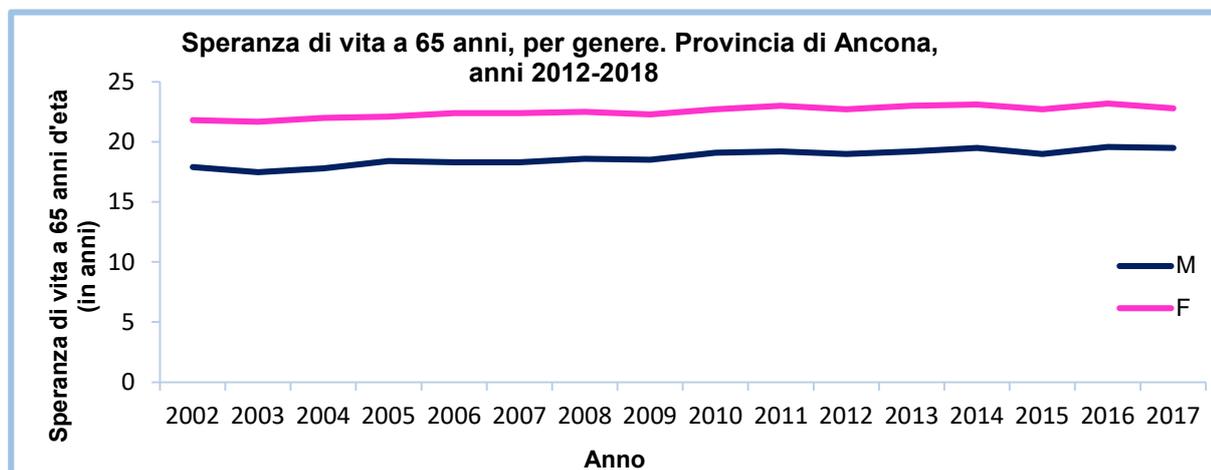
Distretti	N. Popolazione 65 anni e più	% popolazione 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale (1)	Indice di dipendenza strutturale anziani (2)	Indice di vecchiaia (3)
Senigallia	20.124	25,7	61,4	41,5	207,5
Jesi	26.457	24,8	61,1	39,9	187,7
Fabriano	11.800	25,6	62,1	41,5	201,6
Ancona	61.578	24,3	59,6	38,7	185,6
<b>Area Vasta 2</b>	<b>119.959</b>	<b>24,7</b>	<b>60,4</b>	<b>39,7</b>	<b>191,0</b>
Marche	375.511	24,5	59,6	39,1	191,3
Italia	60.483.973	22,6	56,1	35,2	168,9

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona

- (1) Indice di dipendenza strutturale: rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni).
- (2) Indice di dipendenza strutturale anziani: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
- (3) Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

### 1.1.3 SPERANZA DI VITA A 65 ANNI

In provincia di Ancona nel 2017 la speranza di vita a 65 anni è pari a 19,5 anni per gli uomini ed a 22,8 per le donne ed è leggermente più elevata, per entrambi i generi, rispetto alla media italiana uguale a 19 anni per il sesso maschile e 22,2 per quello femminile. Dal 2002 al 2017 l'aumento della speranza di vita a 65 anni è stato più evidente negli uomini (variazione percentuale del + 8,9%) rispetto alle donne (variazione percentuale del + 4,6%).



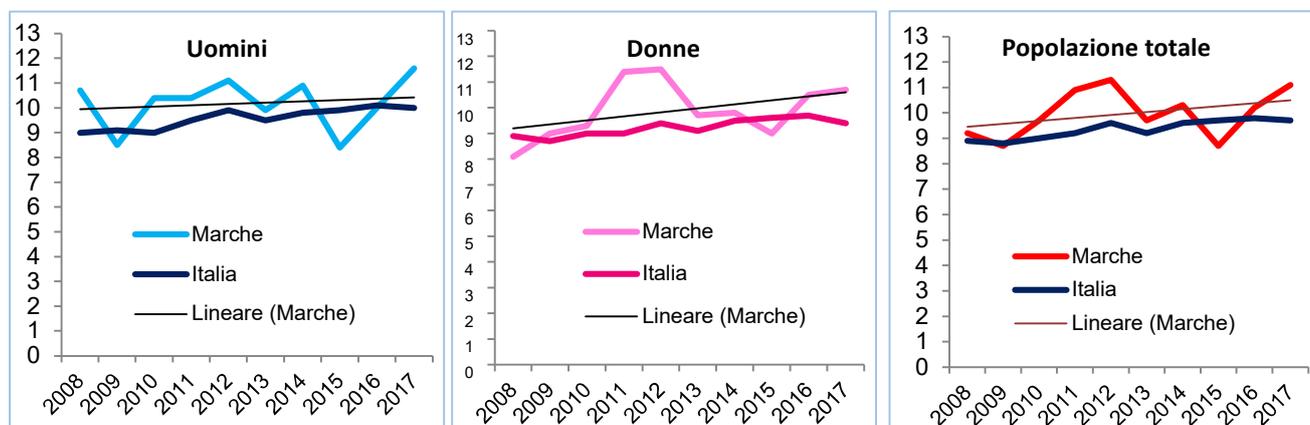
Fonte: "Indicatori demografici" [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Ultimo accesso 20 maggio 2019

La speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività della vita quotidiana esprime il numero medio di anni che una persona a quest'età può aspettarsi di vivere senza subire restrizioni nelle attività per problemi di salute. Nelle Marche nel 2017 per gli uomini di 65 anni l'aspettativa di vita senza limitazione è pari a circa 12 anni rispetto a circa gli 11 delle donne.

I seguenti grafici mostrano il confronto Marche- Italia del trend della speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività della vita quotidiana, per genere e per la popolazione totale.

L'andamento temporale di questo indicatore mostra un aumento dei valori sia regionali che nazionali, in entrambi i sessi; inoltre è evidente che i dati marchigiani sono costantemente più elevati rispetto a quelli italiani.

#### Speranza di vita, a 65 anni, senza limitazioni nelle attività per sesso e totale. Confronto Marche-Italia, anni 2008-2017.



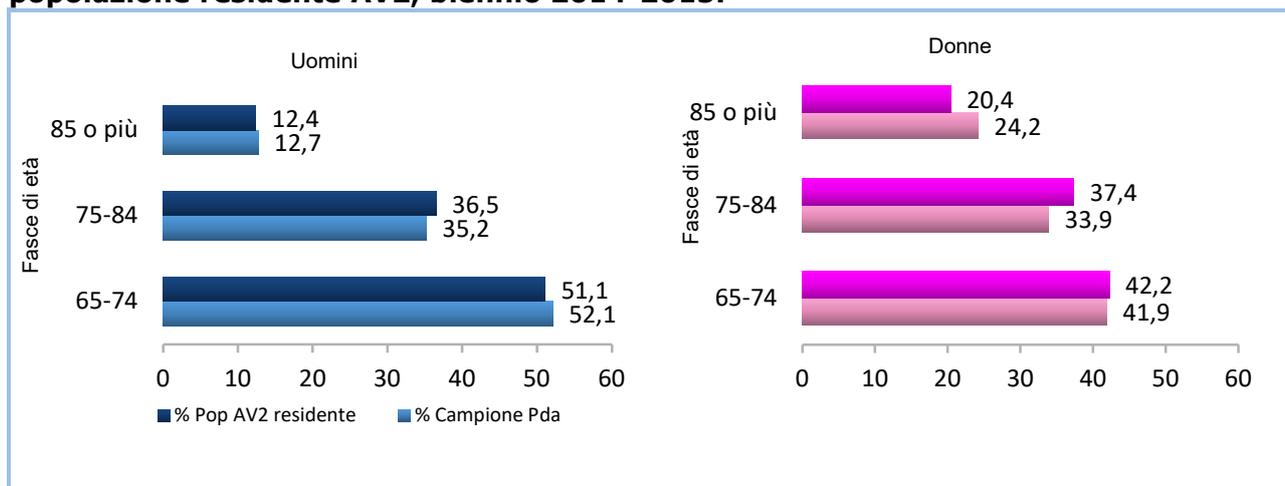
Fonte: Istat: "Le misure del benessere equo e sostenibile". Dati per dominio e per Regione <https://www4.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/misure-del-benessere> Ultimo accesso 11 settembre 2019

## 1.2 Caratteristiche socio-economiche della popolazione anziana

### 1.2.1 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Il grafico mostra il confronto della distribuzione, per genere e fasce d'età, del campione di intervistati Passi d'Argento e della popolazione residente nei Comuni dell'AV2.

**Distribuzione della popolazione anziana per fasce d'età. Confronto campione PdA- popolazione residente AV2, biennio 2014-2015.**



Fonte: per la popolazione residente in AV2 nel 2014-2015: Istat – [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it); per il campione degli intervistati: db AV2, Passi d'Argento 2014-2015. Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona

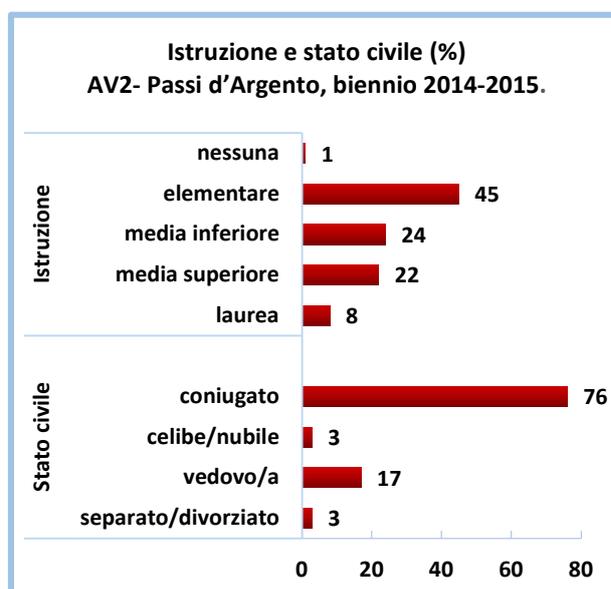
Il 42% degli intervistati è costituito da uomini ed il 58% da donne. Le stesse proporzioni sono registrate tra la popolazione anziana residente. La struttura per età e genere degli intervistati risulta sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione residente, pertanto il campione Passi d'Argento appare ben bilanciato e ciò è indice di una buona rappresentatività della popolazione anziana residente in AV2 nel biennio 2014-2015.

### 1.2.2 CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE DEGLI ANZIANI RESIDENTI IN AV2

#### L'istruzione e lo stato civile

In AV2 l'1% degli intervistati non ha alcun titolo di studio; il 45% possiede la licenza elementare; il 24% la licenza di scuola media inferiore, il 22% la licenza di scuola media superiore e l'8% è laureato.

- Complessivamente la prevalenza di persone con bassa scolarità (senza nessun titolo di studio o al più la licenza elementare) è pari al 45,5% degli intervistati (49,5% in Italia nel 2016-2018). Un titolo di studio più alto si riscontra invece nel 54,5% degli anziani. Ciò è più frequente fra le generazioni "più giovani" e comunque è mediamente più frequente fra gli uomini rispetto alle donne.



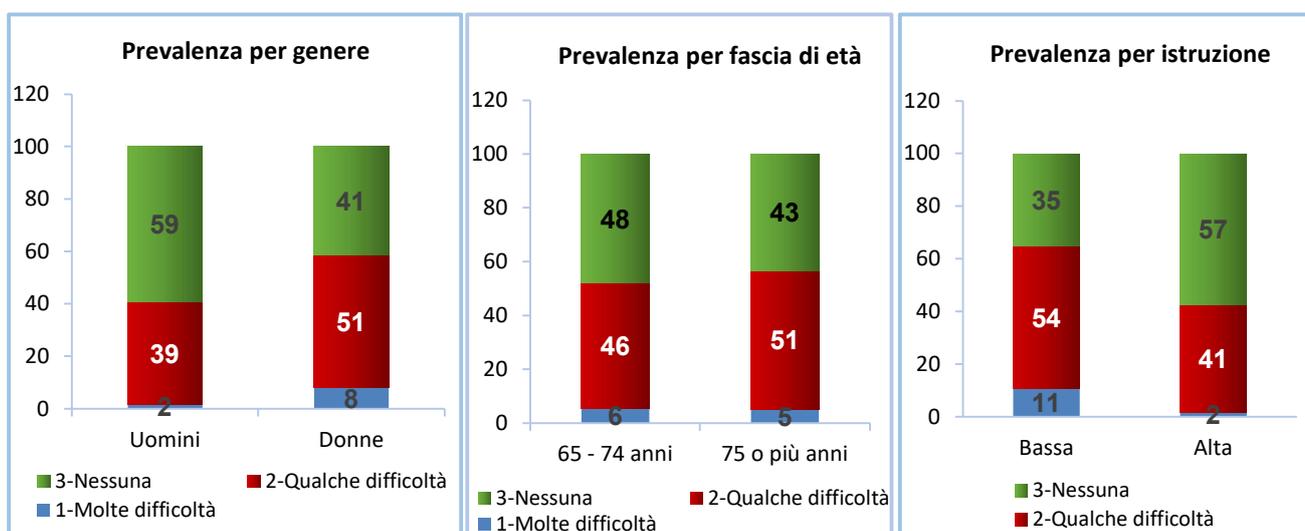
- I coniugati rappresentano il 76% degli intervistati, il 17% sono invece vedovi.

### La situazione economica

In AV2 nel biennio 2014-2015 il 95,7% degli intervistati riferisce di percepire una pensione. Più di un anziano su 2 (52%) dichiara però di avere difficoltà ad arrivare alla fine del mese con risorse proprie o familiari di cui dispone; (era il 60% nel biennio 2012-2013). In particolare il 6% dice di avere molte difficoltà; il 47% qualche difficoltà, mentre il 48% riferisce di non averne. Una maggiore vulnerabilità sotto questo punto di vista la si riscontra nel genere femminile, nella classe di età  $\geq 75$  anni e tra coloro che hanno un basso titolo di studio.

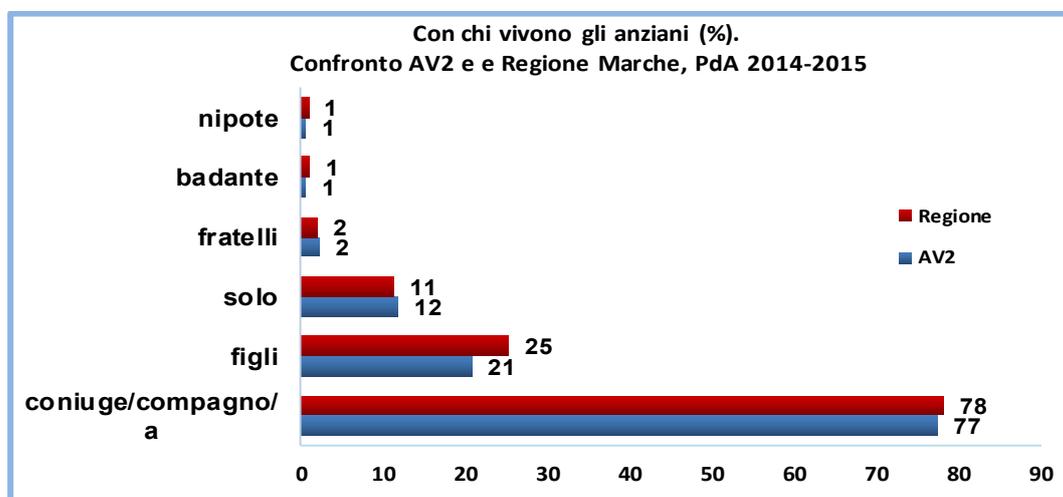
Pure nella regione Marche nel biennio 2014-2015 all'incirca 1 persona su due (51%) dichiara di avere difficoltà economiche.

#### Difficoltà economiche percepite (%). PDA AV2, anni 2014-2015.



### Con chi vivono

In AV2 nel biennio 2014-2015 più di 7 anziani su 10 vivono con il coniuge/compagno/a; il 21% vive con i figli ed il 12% vive da solo (era il 14% nel biennio 2012-2013): si tratta di quasi 14 mila ultra 64enni residenti. Queste proporzioni sono all'incirca simili a quanto riscontrato a livello regionale.



## Capitolo 2 – Le condizioni di salute ed i rischi per la salute

(Fonte: db AV2, Passi d'Argento 2014-2015. Elaborazione UOS "Epidemiologia", Ancona)

### 2.1 Salute percepita ed autonomia nella vita quotidiana

Un indicatore che si presta bene come misura continua della percezione dello stato di salute fisico e mentale per identificare i gruppi più vulnerabili della popolazione anziana è il *numero di giorni- in-salute*.

#### Giorni in salute

Con il metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), si misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

Dalle risposte si ottengono:

La prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute

La prevalenza di persone che si dichiarano in cattiva salute

La media dei giorni NON in buona salute fisica

La media dei giorni NON in buona salute mentale

La media dei giorni NON in buona salute fisica o psicologica

La media dei giorni con limitazioni funzionali

Con questi dati, nel sistema di sorveglianza Passi d'Argento (PdA), come anche nella sorveglianza Passi (dedicata alla popolazione adulta di 18-69 anni), vengono calcolati alcuni indicatori specifici che misurano la percezione dello stato di salute e il numero di giorni in cui non si è stati in buona salute; tra le due misure esiste infatti una stretta relazione.

I gruppi di persone anziane più vulnerabili sono costituiti da quelle con basso livello di istruzione e peggiori condizioni economiche.

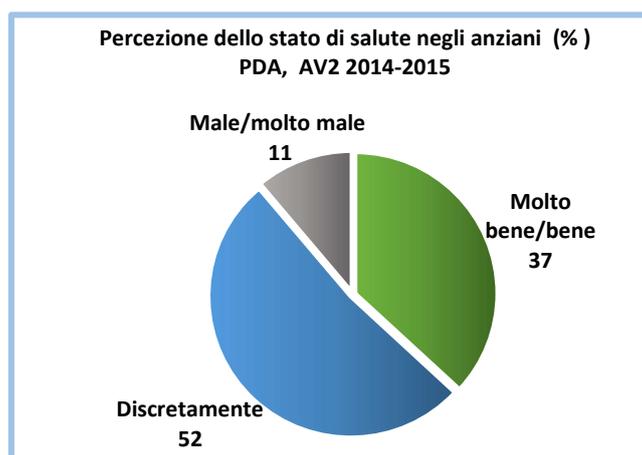
Anche coloro che riferiscono di essere affette da malattie croniche (come ad esempio il diabete) e da condizioni di rischio (come l'ipertensione) o fattori di rischio (come il fumo) di malattie croniche e da limitazioni nelle attività, hanno una peggiore qualità della vita relativa alla salute.

#### 2.1.1 LA SALUTE PERCEPITA

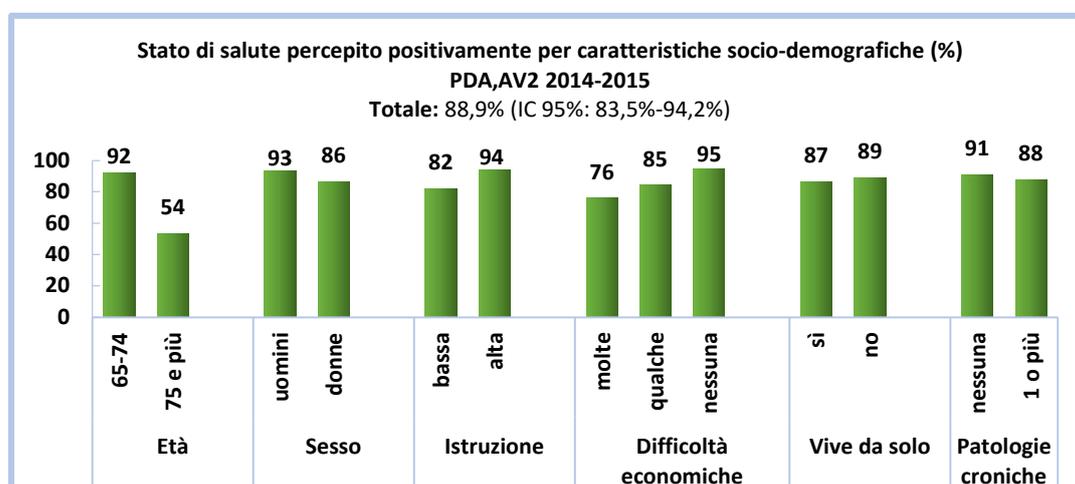
La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone con più di 64 anni, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un aumento del rischio di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Per tentare di quantificare meglio i problemi di salute della persona, prendendo come riferimento l'ultimo mese prima dell'intervista, è stato chiesto agli anziani di indicare quanti giorni avessero avuto problemi di natura fisica, psicologica (ansia, stress) e quanto questi problemi avessero condizionato la loro capacità di svolgere le attività che abitualmente svolgono tutti i giorni.

Per il calcolo dell'indicatore viene definita "Persona in buono stato di salute" una persona, con 65 o più anni, che alla domanda: "Come va in generale la sua salute?" risponde: *bene, molto bene o discretamente*.



**Nell'Area Vasta 2** nel biennio 2014-2015 complessivamente quasi 9 anziani su 10 (88,9%) ha una percezione positiva del proprio stato di salute: dichiarano di stare bene o molto bene il 37% degli anziani intervistati, discretamente il 52%, male o molto male l'11%.



Tendenzialmente le donne hanno una percezione peggiore della propria salute (86% vs il 93% degli uomini) come pure le persone più anziane (54% degli over 75enni vs il 92% dei più "giovani"), chi ha un livello di scolarità basso (82% vs il 94% di chi ha un titolo di studio più alto), chi ha difficoltà economiche (76% molte e 85% qualche vs il 95% di chi non ne ha), chi vive da solo (87% vs 89% di chi vive con altre persone), come pure chi ha una o più patologie croniche (88% vs 91% di chi non ha patologie).

Un intervistato su 10 riferisce di stare meglio rispetto ad un anno fa, la maggior parte (60%) non riferisce cambiamenti rispetto all'anno precedente del proprio stato di salute, mentre uno su tre ritiene di essere peggiorato.

Questo fatto va ad incidere sulla soddisfazione per la vita che si conduce: il 79% è molto o abbastanza contento della vita che conduce mentre il 21% non lo è.

**Rispetto all'indagine del 2012 nell'AV2** la percezione del proprio stato di salute sembra migliorata: è passata, infatti, dall'81% al 89%.

Nella **regione Marche** dai dati della rilevazione 2014-15 l'88% degli anziani ha una percezione positiva della propria salute.

Nell'indagine svolta **nel territorio nazionale** nel biennio 2016-17, l'87% della popolazione con più di 65 anni di età giudica complessivamente positivo il proprio stato di salute.

## 2.1.2 GIORNI IN CATTIVA SALUTE O CON LIMITAZIONE

**Nell'AV2** nel 2014-2015 gli anziani riferiscono di aver vissuto mediamente 9 giorni in cattiva salute nei 30 giorni precedenti l'intervista; 5 giorni per problemi di salute fisica, 4 per problemi di natura psicologica (problemi emotivi, di ansia, depressione e stress) e per circa tre giorni non sono riusciti a svolgere le normali attività a causa di questi problemi.

Rispetto all'età nei soggetti di età compresa tra i 65-74 anni il numero medio di giorni in cattiva salute fisica è di 4 e nei soggetti con età maggiore di 74 anni è di 10.

Il numero medio di giorni in cattiva salute psicologica è di 4 tra le persone nella fascia di età 65-74 anni e di 8 nei soggetti con 75 anni e più.

Per quanto riguarda i giorni con limitazioni di attività per cattiva salute fisica o psicologica, il numero medio è 3 tra le persone con 65-74 anni e 5 dopo i 74 anni.

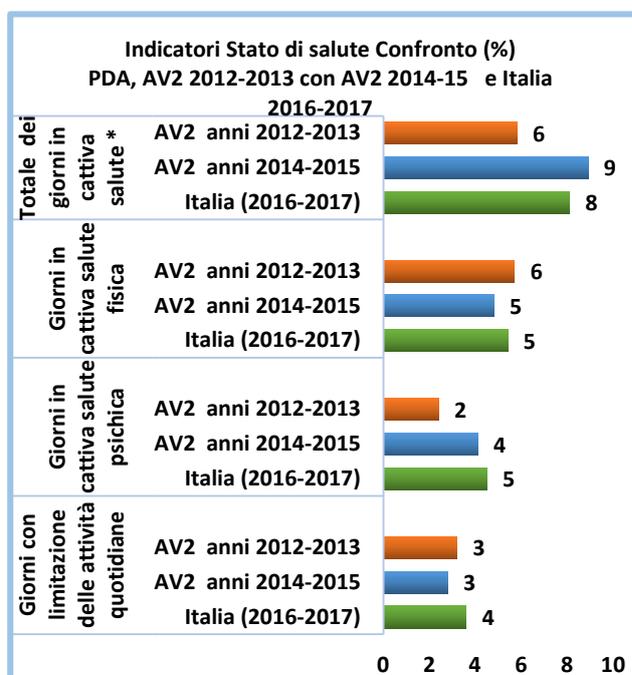
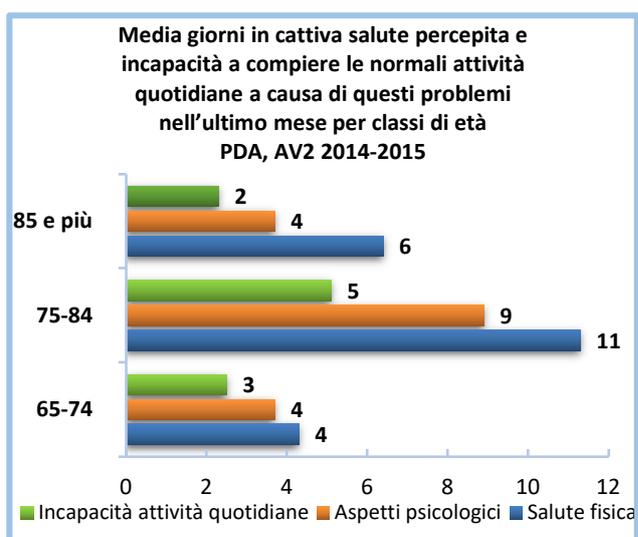
**Rispetto alla rilevazione del 2012** è aumentato il numero medio di giorni in cattiva salute negli ultimi 30 giorni, dato in contrasto con la percezione dello stato di salute percepita e la soddisfazione per la vita che, come già evidenziato, risultano essere migliorate.

**Nelle Marche** negli anni 2014-2015 Il 39% degli anziani intervistati dichiara di sentirsi bene/molto bene, il 49% discretamente e il 12% male/molto male.

**In Italia**, secondo la rilevazione degli anni 2016-2017, gli anziani intervistati dichiarano di aver vissuto in media 8 giorni in cattiva salute nel mese precedente l'intervista. Anche a livello nazionale i dati evidenziano che con l'età aumenta il numero medio di giorni in cattiva salute.

**Indicatori dello stato di Salute in Passi d'Argento: Confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013, Regione Marche 2014-2015 e Italia 2016-2017**

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Marche (2014-2015)	Italia (2016-2017)
Stato di salute percepito positivamente	<b>88,9</b> (IC95% 83,5-94,2)	<b>80,5</b> (IC95% 76,3-84,2)	<b>87,7</b> (IC95% 84,2-90,5)	<b>87,1</b> (IC95% 86,4-87,8)
Soddisfatti della propria vita	<b>79,1</b> (IC95% 72,6-85,6)	<b>71,5</b> (IC95% 66,7-76,4)	<b>78,7</b> (IC95% 74,9-82,1)	<b>78,3</b> (IC95% 77,5-79,2)



(\* Il numero medio di giorni in cattiva salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute per problemi fisici e quelli in cattiva salute per problemi psicologici, vissuti nei 30 giorni precedenti l'intervista, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

## 2.2 La non autosufficienza

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita. Il livello dell'autonomia dell'anziano viene individuato utilizzando la scala delle ADL (*Activity of Daily Living*) e la scala delle IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*).

### ADL e IADL

Le ADL (*Activity of Daily Living*) indagano la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana. 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:

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

Le IADL (*Instrumental Activity 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:

- a. usare il telefono,
- b. prendere le medicine,
- c. fare la spesa o delle compere,
- d. cucinare o riscaldare i pasti,
- e. prendersi cura della casa,
- f. fare il bucato,
- g. spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto,
- h. gestirsi economicamente.

Per ogni ADL o IADL è prevista una graduazione del grado di autonomia

### 2.2.1 LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA: FRAGILITÀ E DISABILITÀ

Durante tutto il corso della vita il benessere della persona dipende da diversi fattori, personali, socio-economici e ambientali con la conseguenza che la popolazione ultra 64enne risulta costituita da persone con caratteristiche, bisogni e potenzialità diversi.

Per descrivere l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane le persone sono state distinte in:

- Persona "disabile"
- Persona "fragile"

La letteratura internazionale definisce **"disabile"** la persona con più di 65 anni che ha perso l'autonomia in 1 o più attività fondamentali della vita quotidiana (ADL).

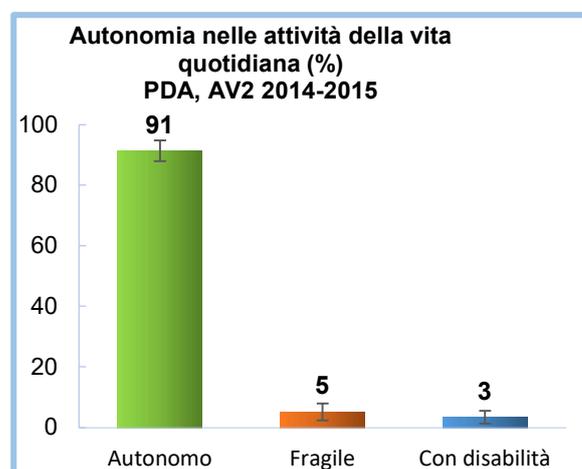
Passi d'Argento definisce **"fragile"** una persona non disabile ossia autonomo in tutte le ADL, ma non autonomo nello svolgimento di due o più funzioni complesse (IADL).

## 2.2.2 AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA <sup>4</sup>

Secondo PASSI d'Argento, si stima che **nell'AV2, nel periodo 2014-2015**, la popolazione ultra 64enne sia costituita

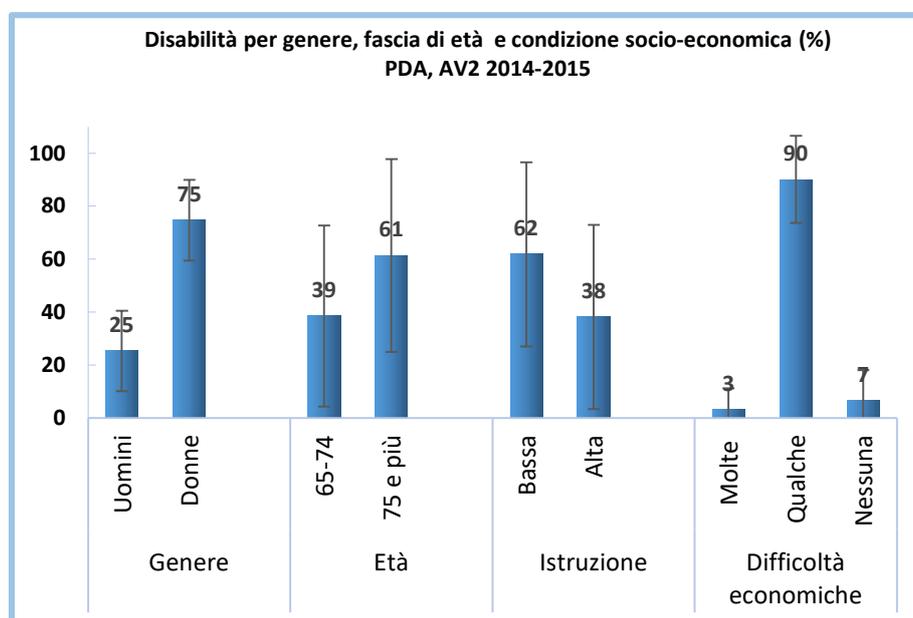
- dal 5,2% di persone con **fragilità**
- dal 3,4% con **disabilità**, di questi il 93% non è autonomo in 2 o più ADL.

Con l'aumentare dell'età fisiologicamente aumenta la percentuale di persone "fragili" e "con disabilità" e sono le donne ad avere maggiori problemi. Sono condizioni più frequenti fra le persone con svantaggio socio-economico ed un livello di istruzione basso.



## 2.2.3 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON "DISABILITÀ"

**Nell'AV2** nel 2014-2015 delle 365 persone intervistate il 3,4% può essere definito "disabile" in quanto non autonomo in 1 o più attività fondamentali della vita quotidiana (ADL).



Questa condizione è più diffusa nelle donne (75% vs 25% negli uomini, con differenza statisticamente significativa), cresce con l'età (39% nelle persone di 65-74 anni vs 61%

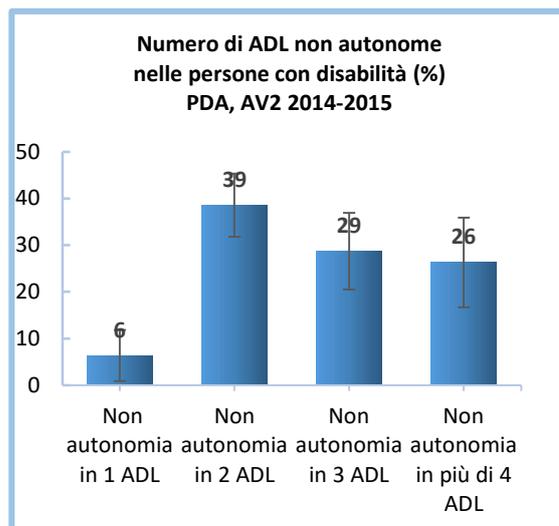
<sup>4</sup> Si fa presente che dal campione selezionato le percentuali di persone in condizioni di disabilità e fragilità sono risultate di molto inferiori a quelle della precedente rilevazione di AV2 del 2012-2013 e a quelle nazionali della rilevazione del 2016-2017. Il motivo della divergenza è citato in premessa.

degli over 75enni), nelle persone con un livello di istruzione basso (62% vs 38% con istruzione alta) e con difficoltà economiche (più del 93% vs 7% con nessuna difficoltà).

Tra le persone con disabilità:

- il 90% non è autonoma nell'andare in bagno;
- il 62% ha problemi a spostarsi da una stanza all'altra;
- il 58% non è autonoma nel fare il bagno o la doccia;
- il 45% non si alimenta autonomamente;
- il 31% ha problemi di incontinenza;
- il 24% è totalmente dipendente nel vestirsi o spogliarsi.

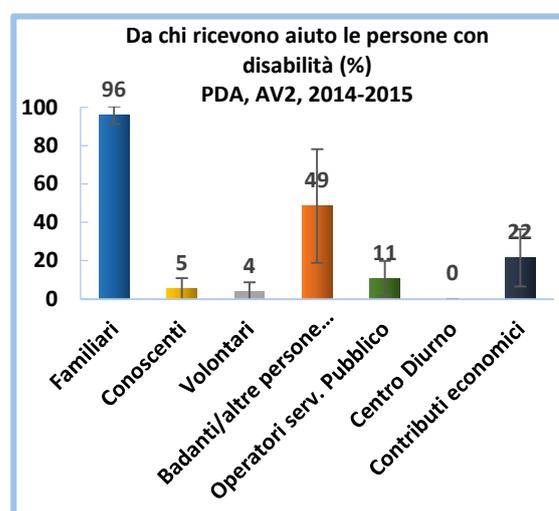
Circa 4 persone su 10 non sono autonome in 2 ADL (39%) e quasi 6 su 10 in 3 o più ADL (55%).



Il 100% degli intervistati disabili dichiarano di ricevere aiuto. In particolare riferiscono di essere aiutati dai propri familiari (96%), mentre uno su 2 ricorre anche a badanti o altre persone retribuite (49%), uno su 5 percepisce contributi economici (22%), uno su 10 è assistito da operatori socio-sanitari della Asl o del Comune (11%) e un'altra minima parte da conoscenti o volontari.

Nessuno fa ricorso ai Centri Diurni.

Complessivamente una persona su 4 (26%) giudica sufficiente/buono l'aiuto ricevuto.



Rispetto alla precedente **rilevazione del 2012-2013** risulta che la percentuale di persone in condizione di disabilità è diminuita (19% vs 3%). E' aumentato l'aiuto da parte di familiari, associazioni di volontariato, il ricorso a centri diurni ed a persone pagate.

Sembra diminuito, invece, l'aiuto da parte di conoscenti e amici, il supporto economico e l'assistenza al domicilio da parte di comune e ASL.

**In Italia** dai dati di Passi d'Argento 2016-2017 emerge che la condizione di **disabilità** coinvolge 15 persone su 100; la disabilità cresce con l'età e in particolar modo dopo gli 85 anni, quando arriva a interessare quasi un anziano su 2 (47%), è mediamente più frequente fra le donne (18% vs 11% uomini), è più frequente fra le persone con svantaggio socio-economico, per difficoltà economiche (raggiungendo il 25% fra quelli che hanno molte difficoltà economiche vs 9% tra chi non ne ha) o per bassa istruzione (22% vs 8% fra chi ha un livello di istruzione alto).

La quasi totalità delle persone con disabilità (99%) riceve aiuto; il 94% delle persone dichiara di ricevere aiuto dai propri familiari, il 36% da badanti, il 10% da conoscenti; il 9% riceve aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari, il 2% riceve assistenza presso un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (3%).

Fra loro circa 1 persona su 4 riceve un contributo economico per questa condizione di disabilità (come l'assegno di accompagnamento).

**Disabilità: confronto % - PDA, AV2 2014-15 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017**

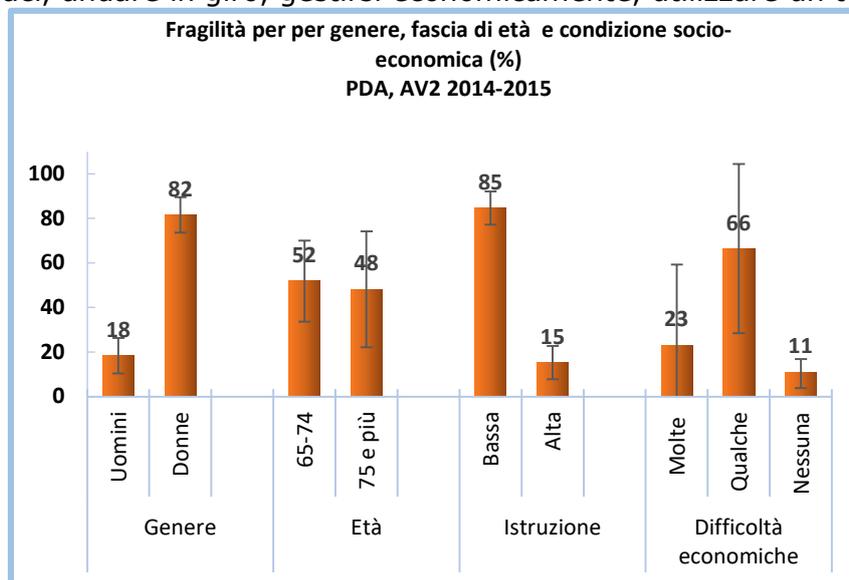
	<b>AV2 (2014-2015)</b>	<b>AV2 (2012-2013)</b>	<b>Italia (2016-2017)</b>
<b>Ultra65enni disabili</b>	<b>3,4</b> (IC95% 1,4-5,5)	<b>18,5</b> (IC95% 14,5-22,5)	<b>14,9</b> (IC95% 14,4-15,5)
Chi riceve aiuto tra i disabili	<b>100,0</b> (IC95% 100,0-100,0)	<b>97%</b> (IC95% 93,1-102,2)	<b>99,2</b> (IC95% 98,9-99,4)

**Tipo di aiuto ricevuto dai disabili**

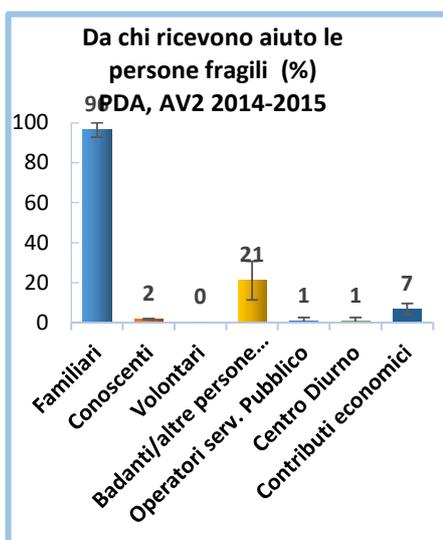
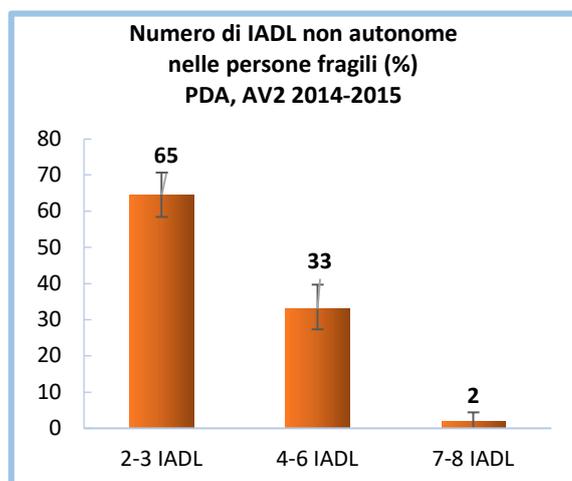
Familiari	<b>96,2</b> (IC95% 91,4-101,0)	<b>93,2</b> (IC95% 86,8-99,6)	<b>94,1</b> (IC95% 93,0-95,1)
Conoscenti, amici	<b>5,3</b> (IC95% -0,5-11,0)	<b>13,1</b> (IC95% 3,9-22,3)	<b>10,3</b> (IC95% 9,2-11,5)
Associazioni di volontariato	<b>4,0</b> (IC95% -0,9-8,8)	<b>1,8</b> (IC95% -1,8-5,5)	<b>2,5</b> (IC95% 1,9-3,2)
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	<b>48,6</b> (IC95% 19,0-78,3)	<b>39,9</b> (IC95% 26,4-51,7)	<b>35,7</b> (IC95% 33,7-37,8)
Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	<b>10,8</b> (IC95% 1,6-19,9)	<b>22,1</b> (IC95% 11,2-33,0)	<b>9,4</b> (IC95% 8,4-10,5)
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	<b>21,5</b> (IC95% 6,6-36,5)	<b>45,1</b> (IC95% 32,4-57,7)	<b>24,8</b> (IC95% 23,2-26,4)

## 2.2.4 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE "FRAGILI" <sup>5</sup>

Tra gli ultra 64enni intervistati **nell'AV2** nel periodo 2014-2015 sono il 5% le persone cosiddette "fragili" ossia che non riescono a svolgere autonomamente 2 o più funzioni complesse della vita quotidiana o IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).



La condizione di fragilità è maggiore nelle donne (82% vs il 18% fra gli uomini – differenza statisticamente significativa), nelle persone tra 65 e 74 anni (52% vs il 48% fra gli ultra75enni), in chi ha un livello di istruzione basso (85% vs il 15% fra chi ha un titolo di studio alto – differenza statisticamente significativa), in coloro che si trovano in difficoltà economiche (66% qualche e 23% molte difficoltà vs l'11% fra chi non lo è).



Tra le persone intervistate in condizione di fragilità una percentuale molto alta (>90%) dichiara di avere difficoltà

ad usare il telefono, assumere farmaci, cucinare o riscaldare i pasti, 8 persone su 10 hanno problemi a fare il bucato (84%), un intervistato su 2 a gestirsi economicamente (49%), uno su 3 a prendersi cura della casa (31%), uno su 4 circa necessita di aiuto per recarsi a fare la spesa; solo una minima percentuale non riesce a spostarsi fuori casa (6%).

<sup>5</sup> Si fa presente che dal campione selezionato le percentuali di persone in condizioni di disabilità e fragilità sono risultate di molto inferiori a quelle della precedente rilevazione di AV2 del 2012-2013 e a quelle nazionali della rilevazione del 2016-2017. Il motivo della divergenza è citato in premessa.

Complessivamente il 65% non riesce a svolgere 2-3 IADL, il 33% da 4 a 6 IADL e il 2% non riesce a svolgerle tutte.

Tutti (100%) riferiscono di ricevere aiuto da parte di qualcuno: i familiari forniscono l'aiuto principale (96%), un intervistato su 5 (21%) ricorre a badanti o altre persone retribuite, il servizio pubblico contribuisce solamente per l'1%.

Il 7% degli intervistati riceve un contributo economico e pochissimi sono aiutati da conoscenti o volontari e usufruiscono dei Centri Diurni.

Complessivamente il 91% giudica sufficiente o buono l'aiuto ricevuto.

**Rispetto alla precedente rilevazione del 2012-2013** risulta che la percentuale di persone fragili è diminuita (17,7% vs 5,2%). E' diminuito anche l'aiuto da parte di familiari e conoscenti e amici, il ricorso a centri diurni e il supporto economico, ma c'è un maggior ricorso a persone retribuite (badanti).

**In Italia** nel 2016-2017 dai dati di Passi d'Argento risultano fragili circa 20 persone su 100; la fragilità è una condizione che cresce progressivamente con l'età, riguarda il 12% dei 65-74enni e raggiunge il 34% fra gli ultra 85enni; è poco più frequente fra le donne (20% vs 19% fra gli uomini), ed è anch'essa associata allo svantaggio socio-economico, sale al 29% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs 14% tra chi coloro che non hanno difficoltà economiche) e al 26% fra le persone con bassa istruzione (vs 14% fra chi ha un livello di istruzione alto). La quasi totalità delle persone con fragilità (98%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL); ma questo aiuto è per lo più sostenuto dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti e/o amici (12%).

#### Fragilità: confronto % – PDA, AV2 2014-15 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Italia (2016-2017)
<b>Ultra65enni fragili</b>	<b>5,2</b> (IC95% 2,4-8,0)	<b>17,7</b> (IC95% 13,7-21,6)	<b>19,6</b> (IC95% 19,0-20,3)
Chi riceve aiuto tra i fragili	<b>100,0</b> (IC95% 100,0-100,0)	<b>100,0</b> (IC95% 100,0-100,0)	<b>98,4</b> (IC95% 97,9-98,8)
<b>Tipo di aiuto ricevuto dai fragili</b>			
Familiari	<b>96,5</b> (IC95% 92,8-100,1)	<b>98,1</b> (IC95% 94,4-101,1)	<b>93,7</b> (IC95% 92,7-94,5)
Conoscenti, amici	<b>1,8</b> (IC95% -0,8-4,3)	<b>13,6</b> (IC95% 4,8-22,5)	<b>12,2</b> (IC95% 11,2-13,2)
Associazioni di volontariato	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,4</b> (IC95% 1,0-2,0)
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	<b>21,1</b> (IC95% 11,4-30,8)	<b>13,4</b> (IC95% 4,5-22,2)	<b>21</b> (IC95% 19,6-22,5)
Assist. a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	<b>0,9</b> (IC95% -0,9-2,7)	<b>5,2</b> (IC95% 0,2-10,2)	<b>3</b> (IC95% 2,4-3,6)
Contributi economici	<b>6,9</b> (IC95% -4,1-9,6)	<b>8,6</b> (IC95% 1,1-16,1)	<b>6,4</b> (IC95% 5,9-7,32)

## 2.3 I principali problemi di salute ed i determinanti comportamentali

In tutte le fasi della vita, lo stato di salute (psichico, fisico e funzionale) condiziona, in positivo o in negativo, la vita delle persone, tanto a livello individuale quanto familiare e socio-economico, come pure la partecipazione alla vita sociale, relazionale e il benessere soggettivo e psicologico.

La salute delle persone anziane è frutto di una complessa interazione di concause presenti ed eredità di stili di vita passati. Fattori economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici concorrono infatti nel favorire o danneggiare la salute.

Anche una insufficiente offerta di servizi socio-assistenziali e sanitari può avere un impatto più o meno determinante nell'insorgenza e nella persistenza delle condizioni di malessere.

### PATOLOGIE CRONICHE

#### Prevalenza di patologie diagnosticate da un medico e riferite dall'ultra65enne

**intervistato:** persone che dichiarano che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti:

- Insufficienza renale
- Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale
- Ictus o ischemia cerebrale
- Diabete
- Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie
- Altre malattie del cuore
- Tumori (comprese leucemie e linfomi)
- Malattie croniche del fegato, cirrosi.

L'indicatore si riferisce alla prevalenza di diagnosi che potrebbero avere una condizione a lungo asintomatica. Pertanto una parte di intervistati affetti da una delle patologie prese in considerazione nella domanda potrebbe non esserne a conoscenza. Inoltre, l'indicatore non distingue per alcune patologie la tipologia specifica (per esempio non si distingue il diabete di tipo 1 e diabete di tipo 2).

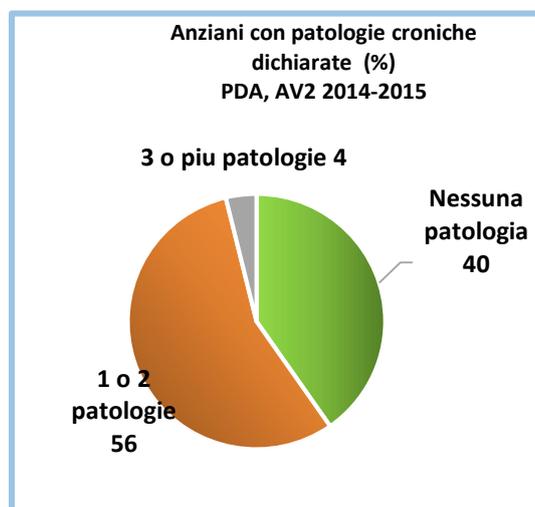
### 2.3.1 LE PATOLOGIE CRONICHE

In tutte le società europee l'aspettativa di vita è costantemente aumentata, negli ultimi decenni. L'invecchiamento progressivo della popolazione rappresenta un importante traguardo per la sanità pubblica, tuttavia pone anche di fronte a sfide ambiziose. Infatti l'aumento della vita media comporta maggior probabilità di riscontrare patologie cronicodegenerative che rappresentano oggi le principali cause di morte, morbilità e di perdita di anni di vita in buona salute e sono spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, imponendo anche una profonda modifica dello scenario di cura e della presa in carico dei pazienti che ne sono affetti.

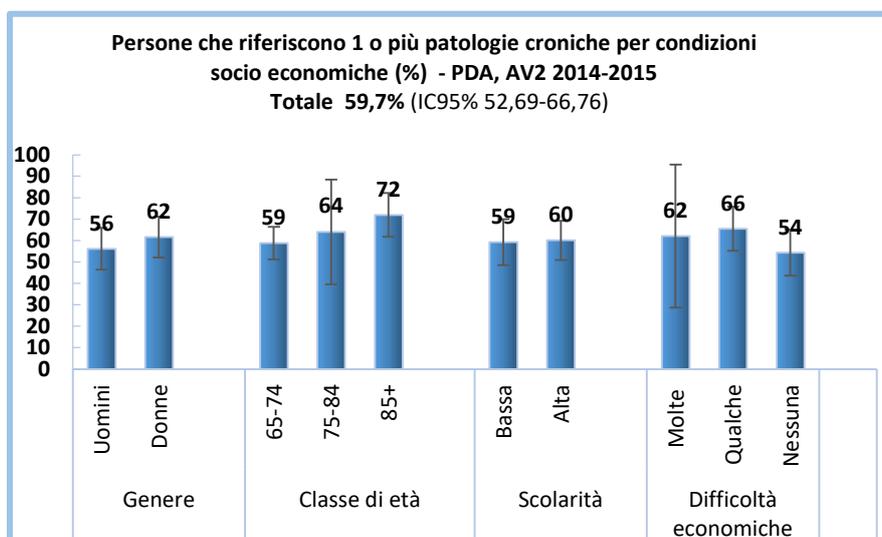
Occorre pertanto, che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, i loro esiti disabilitanti.

### 2.3.1.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON UNA O PIU' PATOLOGIE CRONICHE<sup>6</sup>

**Nell'AV2 nella rilevazione del 2014-2015** il 60% degli anziani intervistati dichiarano che nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie croniche.



Il 56% riferisce di averne una e il 4% tre o più. La presenza contemporanea di tre o più patologie (comorbidità) risulta essere più frequente negli uomini (61% vs il 39% nelle donne).



Complessivamente dichiarano di avere una o più patologie croniche il 62% delle donne ed il 56% degli uomini. La frequenza aumenta con l'età, infatti nella fascia di età 65-74 anni sono il 59%, in quella da 75 a 84 anni sono il 64% e negli ultra ottantacinquenni sono il 72%, aumenta lievemente in chi ha difficoltà economiche (66% qualche, 62% molte difficoltà vs 54% di chi non ne ha).

Per quanto riguarda il titolo di studio non risultano differenze evidenti.

<sup>6</sup> Si fa presente che dal campione selezionato le percentuali sono risultate inferiori a quelle della precedente rilevazione di AV2 del 2012-2013 e a quelle nazionali della rilevazione del 2016-2017. Il motivo della divergenza è citato in premessa.

Tra gli intervistati il 25% è affetto da patologie cardiache (infarto e altre malattie del cuore), il 17% soffre di malattie respiratorie ed il 16% di diabete. Seguono le altre patologie come l'ictus, i tumori (15%) e le malattie croniche del fegato (6%) e l'insufficienza renale (3%).

**Rispetto precedente rilevazione in Area Vasta del 2012** la situazione ha subito lievi variazioni, infatti risultava che il 58% delle persone con 65 anni e più aveva almeno 1 patologia cronica, il 7% ne aveva 3 o più.

**Nella Regione Marche** nello stesso biennio 2014-2015, il 57% della popolazione ultra 64enne riferisce almeno una patologia cronica.

Dai dati raccolti **sul territorio Nazionale** nel biennio 2016-2017 risulta che circa 6 anziani su 10 riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie croniche, ed una su 4 di avere 2 o più patologie croniche.

**Patologie croniche: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013, Marche 2014-2015, e Italia 2016-2017**

Patologie croniche	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012- 2013)	Marche (2014-2015)	Italia (2016-2017)
Infarto	<b>7,1</b> (IC95% 3,8-10,5)	<b>9,9</b> (IC95% 0,3-11,6)	<b>9,9</b> (IC95% 7,8-12,5)	<b>10,7</b> (IC95% 10,1-11,3)
Altre malattie del cuore	<b>18,1</b> (IC95% 12,5-23,7)	<b>19,0</b> (IC95% 15,0-22,9)	<b>16,2</b> (IC95% 13,6-19,7)	<b>19,6</b> (IC95% 18,8-20,4)
Ictus o ischemia cerebrale	<b>5,7</b> (IC95% 2,2-9,2)	<b>11,8</b> (IC95% 8,0-14,1)	<b>5,6</b> (IC95% 3,8-8,0)	<b>8,4</b> (IC95% 7,8-8,9)
Tumori	<b>14,5</b> (IC95% 9,5-19,5)	<b>12,9</b> (IC95% 9,5-16,3)	<b>13,7</b> (IC95% 13,7-11,0)	<b>12,8</b> (IC95% 12,1-13,4)
Malattie respiratorie croniche	<b>17,0</b> (IC95% 11,7-22,3)	<b>24,1</b> (IC95% 17,8-12,5)	<b>17,5</b> (IC95% 14,6-20,9)	<b>20,8</b> (IC95% 20,0-21,6)
Diabete	<b>16,0</b> (IC95% 11,1-21,0)	<b>20,6</b> (IC95% 16,5-24,7)	<b>19,1</b> (IC95% 15,9-22,7)	<b>19,6</b> (IC95% 18,8-20,4)
Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	<b>6,0</b> (IC95% 2,3-9,6)	<b>5,7</b> (IC95% 3,3-8,2)	<b>4,0</b> (IC95% 2,7-5,9)	<b>4,3</b> (IC95% 3,9-4,7)
Insufficienza renale	<b>3,2</b> (IC95% 1,0-5,5)	<b>9,9</b> (IC95% 6,9-12,9)	<b>5,2</b> (IC95% 3,9-6,8)	<b>8,1</b> (IC95% 7,6-8,7)

### 2.3.1.2 L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

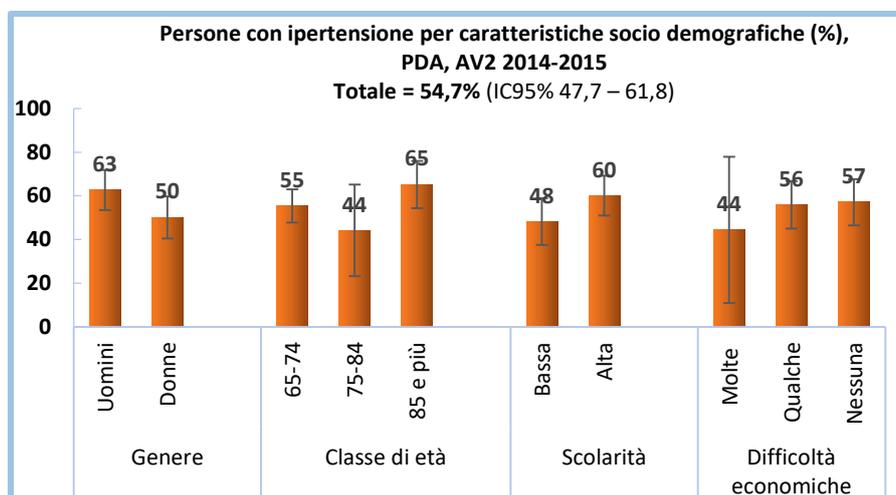
L'ipertensione arteriosa merita un'attenzione particolare in quanto rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche come quelle cardio e cerebrovascolari, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità poiché la sua presenza comporta un aumentato rischio di ictus, insufficienza cardiaca congestizia, malattia coronarica, malattia renale allo stadio terminale e morte. Dal 2003 al 2014 il tasso di mortalità in Italia si è ridotto del 23%, a fronte di un aumento del 1,7% dei decessi dovuto all'invecchiamento della popolazione.

Tra le prime dieci cause di morte, in Italia, le malattie ischemiche del cuore (69.653 decessi, 11,6% del totale), le malattie cerebrovascolari (57.230 decessi, 9,6% del totale) e le altre malattie del cuore (49.554 decessi, 8,3% del totale) si confermano nelle prime tre posizioni. Sebbene siano ancora le cause di morte più rilevanti, i tassi di mortalità per queste cause dal 2003 al 2014 si sono ridotti di oltre il 35%; queste tre cause, infatti, contribuiscono maggiormente al calo della mortalità complessiva osservata in Italia in questo periodo.

La malattia ipertensiva vede, invece, aumentare il proprio peso sul totale dei decessi (da 3,8 del 2003 a 5,1% del 2014, con 30.690 decessi).

### 2.3.1.3 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CHE SOFFRONO DI IPERTENSIONE

**Nell'Av2** nel periodo 2014-2015 il 55% degli intervistati riferisce di soffrire di ipertensione. E' più frequente negli uomini (63% vs 50%), nelle persone con 85 anni e più (65% vs 44% e 55%), nelle persone con un livello di istruzione alto (60% vs 48%), tra le persone che non hanno molte difficoltà economiche.



**Rispetto all'ultima rilevazione del 2012** gli ultra-64enni che dichiarano di essere ipertesi sono diminuiti (61,8% vs 54,7).

**Nella Regione Marche**, negli anni 2014-2015 il 55% della popolazione ultra 64enne intervistata dichiara di soffrire di ipertensione arteriosa.

### 2.3.2 SINTOMI DI DEPRESSIONE

Dopo i 64 anni la presenza di sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché associata ad altre forme di patologia e perché causa un disagio clinicamente significativo e socialmente rilevante, associandosi più spesso che in altre età a tentativi di suicidio. Al contrario, esiste spesso una sottostima della necessità di curarsi, da parte dell'anziano stesso che considera il suo stato psicologico una necessaria conseguenza della sua storia di vita e da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione abituale dell'età avanzata.

#### DEPRESSIONE

**Persona con sintomi di depressione:** è una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo.

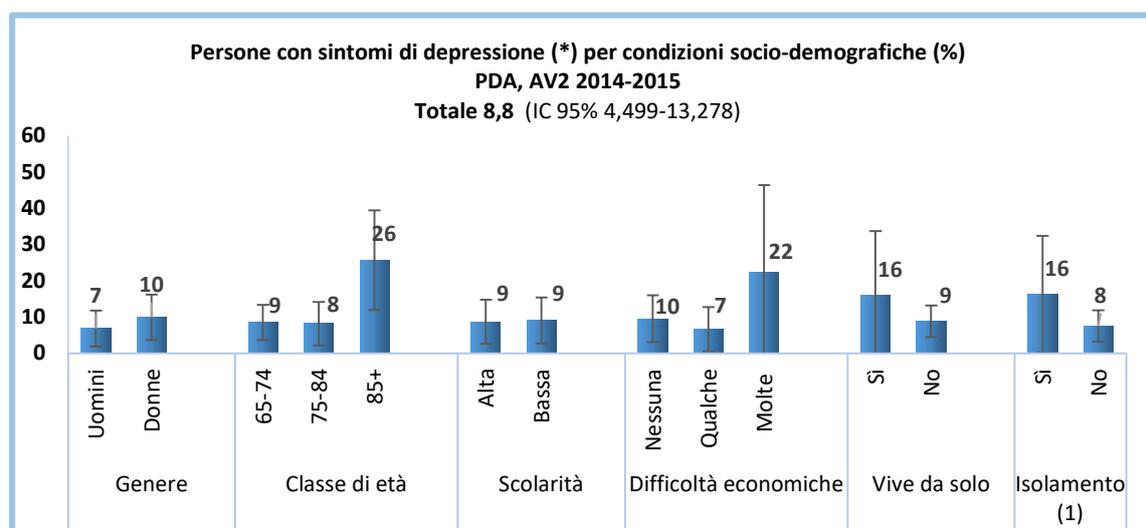
In base alla durata, in giorni, dei sintomi, viene assegnato un punteggio. Quando la somma dei due punteggi (umore depresso e anedonia) è uguale o superiore a 3, la persona viene considerata affetta da sintomi depressivi.

L'indicatore consente di individuare le persone con possibile disturbo depressivo, misurare la prevalenza di questa condizione, l'associazione con determinanti sociali, patologie croniche e rischi comportamentali, l'eventuale incremento a seguito di eventi imprevisti, come disastri naturali. Consente inoltre di valutare quanto è compromessa la qualità della vita legata alla salute, a causa dei sintomi fondamentali della depressione.

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)

#### 2.3.2.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON SINTOMI DI DEPRESSIONE

**Nell'Area** Vasta 2 nel 2014-2015 il 9% degli intervistati presenta sintomi di depressione.



(\*) Persone con 65 anni e più e punteggio  $\geq 3$  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, depresso o senza speranza.

(1) Persone con 65 e più anni che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici e di associazioni.

Questi sintomi sono più diffusi nelle donne (10% vs 7% negli uomini), nelle persone che hanno più di 85 anni (26% vs 8 - 9% nelle altre classi di età), in chi ha molte difficoltà economiche, in chi vive da solo e o in condizione di isolamento sociale, mentre non si rilevano differenze sostanziali per livello di istruzione.

Il 73% delle persone con sintomi di depressione si rivolge a qualcuno: in particolare a medici/operatori sanitari (32%), a familiari/amici (20%), a entrambi (20%).

Da evidenziare che circa una persona su tre (27%) tra chi riferisce una situazione di disagio psicologico non si rivolge a nessuno.

Presentano sintomi di depressione anche il 14% delle persone con 1 o 2 patologie: il 23% degli intervistati con 3 o 4 patologie verso l'1,3% delle persone che non riferiscono patologie croniche

**Nella precedente rilevazione dell'AV2 del 2012** ha dichiarato di avere sintomi di depressione il 17% degli intervistati. Il 55% si è rivolto a qualcuno per una richiesta di aiuto.

**Nella regione Marche** l'indagine PASSI d'Argento svolta nel 2014-2015 mostra che l'11% del campione presenta sintomi di depressione.

Solo 2 anziani su 3 (67%) con sintomi di depressione si rivolgono a qualcuno (sanitari o persone di fiducia) per chiedere aiuto.

**Nel Pool di ASL** dai dati Passi d'Argento 2016-2017 si stima che 13 persone su 100, di 65 anni o più, soffrano di sintomi depressivi.

Il 74% di queste persone chiede aiuto a sanitari o persone di fiducia.

#### **Depressione: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017**

	<b>AV2</b> (2014-2015)	<b>AV2</b> (2012-2013)	<b>Italia</b> (2016-2017)
<b>Sintomi di depressione</b>	<b>8,8</b> (IC95% 4,5-13,3)	<b>17,3</b> (IC95% 13,2-21,5)	<b>13,3</b> (IC95% 12,7-14,0)
<b>Richiesta di aiuto (1)</b>	<b>72,8</b> (IC95% 56,4-89,2)	<b>54,9</b> (IC95% 42,6-67,1)	<b>74,3</b> (IC95% 71,8-76,6)

(1) Percentuale di persone che richiedono aiuto per problemi di depressione

### 2.3.3 I DISTURBI SENSORIALI: VISTA, UDITO E MASTICAZIONE

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la loro qualità di vita e inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione e anche alle cadute, con la frequente conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità per l'anziano.

Anche i problemi masticatori influenzano la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico e, con il progredire dell'età, possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale di peso, con effetti particolarmente gravi, specie tra le persone fragili e con disabilità.

#### DISTURBI SENSORIALI

**I problemi di vista** sono indagati con una semplice domanda che non fa riferimento ad alcuna diagnosi medica ma semplicemente da conto della percezione del singolo intervistato di avere un deficit della vista tale da rendere difficoltoso leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio, o fare piccoli lavori: «Vede bene per leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio o fare piccoli lavori?». Alla domanda si può rispondere in tre diversi modi possibili: “sì, abbastanza”, “sì, solo se indosso gli occhiali”, “no, non vedo bene”.

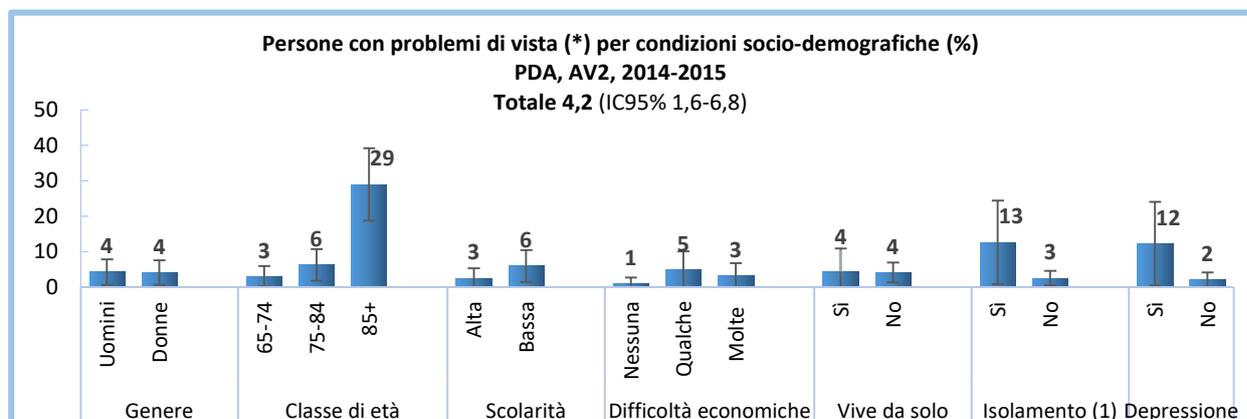
**Il problema di udito** è indagato con semplice domanda che non fa riferimento ad alcuna diagnosi medica ma rileva la percezione del singolo di avere un deficit di udito tale da rendere difficoltoso fare quattro chiacchiere con qualcuno.

Nel questionario si chiede: «Sente bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?» e le risposte possibili sono: “sì, abbastanza”, “sì, solo se indosso l'apparecchio acustico”, “no, non sento bene”.

**Il problema di masticazione** è indagato con la domanda «Di solito, può mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele?» Alla domanda si può rispondere in tre diversi modi possibili: “sì, abbastanza”, “sì, solo se uso la dentiera”, “no, non riesco a mangiare cibi difficili”.

#### 2.3.3.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CHE HANNO PROBLEMI DI VISTA

**Nel periodo 2014-2015 nell'Area Vasta 2** il 4% degli ultra 64enni intervistati ha dichiarato di avere problemi di vista (non correggibili neppure con l'uso di occhiali).



(\*) Persone che dichiarano di vedere male (sono esclusi coloro che vedono bene solo con gli occhiali).

(1) Persone con 65 e più anni che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici e di associazioni.

Non ci sono differenze tra i generi, mentre dichiarano di avere maggiori difficoltà gli intervistati in età più avanzata (29% gli ultra ottantacinquenni, vs 3% nella fascia di età tra 65-74 anni).

Il gradiente sociale è ampio e la quota di persone con problemi di vista è maggiore tra quelli con un livello di istruzione bassa (6% vs 3% con istruz. alta), con situazione economica precaria (8% con difficoltà vs 1% senza difficoltà).

Il 13% si trova in una situazione di isolamento sociale, ed il 12% presenta sintomi di depressione.

Risulta anche che il 4% degli intervistati con problemi di vista è caduto negli ultimi 30 giorni dall'intervista e che il 66% ha paura di cadere.

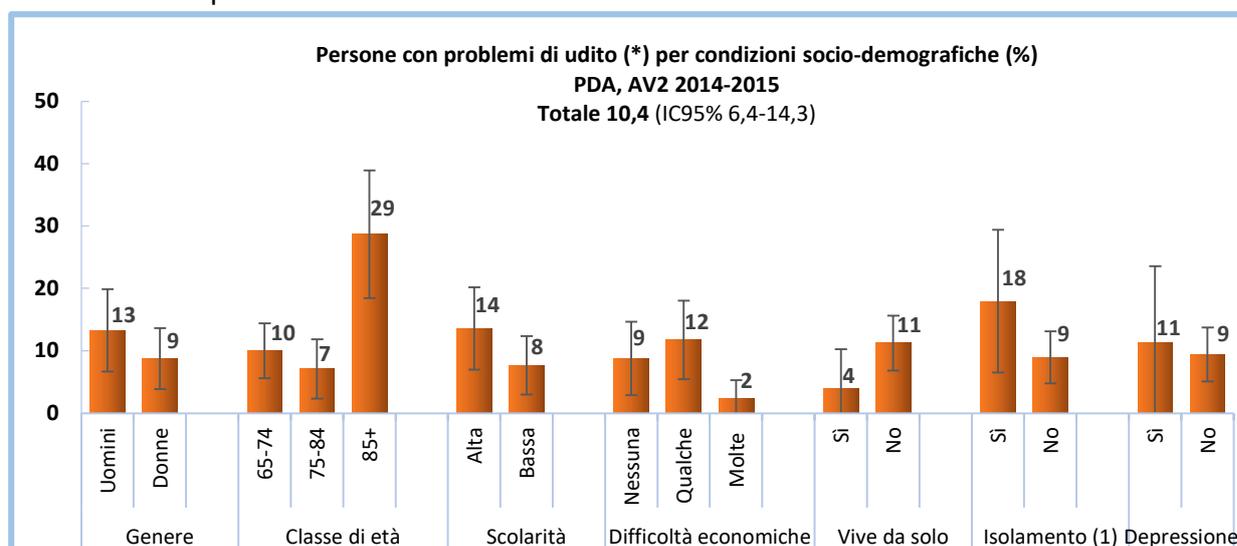
**Nella precedente rilevazione** del 2012-2013 il 12% degli intervistati ha dichiarato di avere problemi di vista

**Nella regione Marche** dall'indagine PASSI d'Argento svolta nel 2014-2015 risulta che gli anziani intervistati con problemi di vista sono il 6%.

**In Italia** nell'indagine svolta nel 2016-2017 circa l'11% degli intervistati ultra 65enni riferisce di avere problemi di vista.

### 2.3.3.2 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CHE HANNO PROBLEMI DI UDITO

Nel periodo 2014-2015 **nell'Area Vasta 2** si stima che il 10% delle persone con età  $\geq$  65 anni abbia problemi di udito.



(\*) Persone che dichiarano di sentire male (sono esclusi coloro che sentono bene solo con apparecchi acustici).

(1) Persone con 65 e più anni che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici e di associazioni.

I problemi di udito sono più frequenti fra: gli uomini (13% vs 9% nelle donne), le persone con età più avanzata con differenze statisticamente significative (29% negli ultra ottantacinquenni, vs. 10% nella fascia di età tra 65-74 anni), le persone con livello di istruzione alto (14% vs 8% con scolarità bassa), che hanno difficoltà economiche (14% vs 9% senza difficoltà).

Sono più frequenti anche tra le persone che si trovano in una condizione di isolamento sociale e riferiscono che in una settimana normale non incontrano né parlano con

qualcuno, rispetto a chi invece è più integrato e partecipa alla vita sociale, (18% vs 9%), inoltre, in chi ha problemi di udito risulta più alta la prevalenza di coloro che presentano sintomi di depressione, 11%, rispetto al 9% di chi non li dichiara.

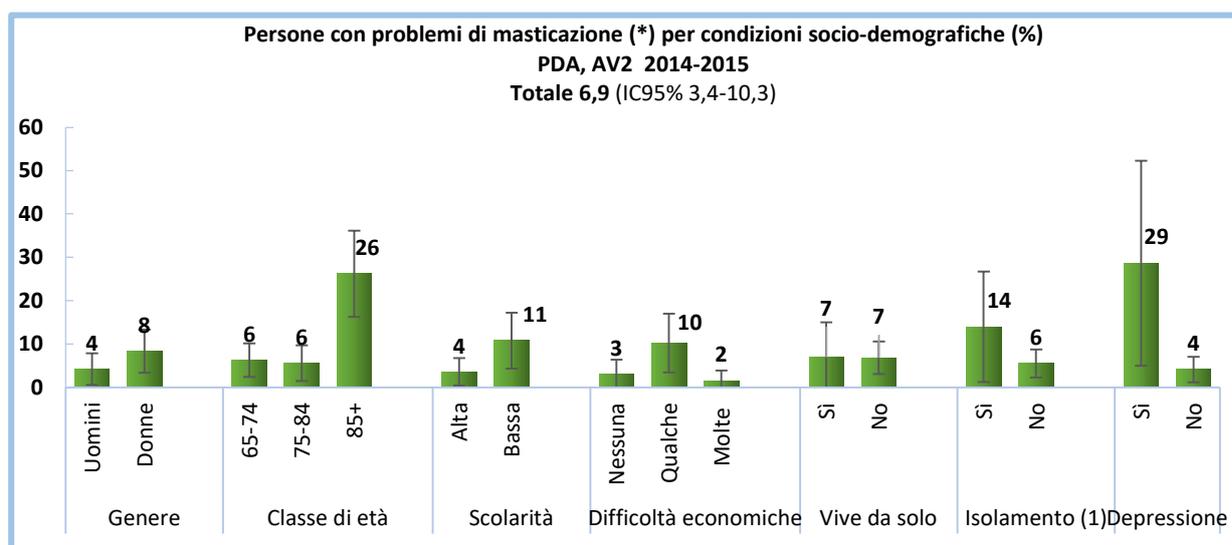
**Nella precedente rilevazione** del 2012-2013 il 18% degli intervistati ha dichiarato di avere problemi di udito.

**Nelle Marche** dai dati 2014-2015 un intervistato su 10 riferisce di avere problemi di udito: in particolare gli uomini e coloro che si trovano in una situazione di isolamento sociale.

Dai dati 2016-2017, fra gli ultra 65enni residenti **in Italia** il 14% riferisce un problema di udito.

### 2.3.3.3 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CHE HANNO PROBLEMI ALLA MASTICAZIONE

Nell'indagine del 2014-2015 **nell'Area Vasta 2** il 7% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di masticazione e non riesce a mangiare cibi difficili (una difficoltà non risolta o non risolvibile con l'uso della dentiera).



(\*) Le persone con 65 anni e più che dichiarano di sentire male durante la masticazione (con l'esclusione di coloro che masticano bene solo se usano la dentiera).

(1) Persone con 65 e più anni che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici e di associazioni.

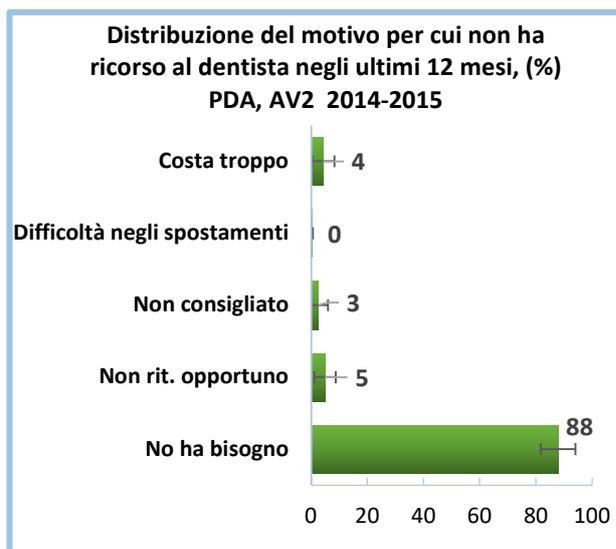
Questi problemi sono più frequenti fra: le donne (8% vs 4% negli uomini), le persone con 85 anni e più (26% vs 12% nella fascia di età  $\leq 84$  anni), nelle persone con livello di istruzione basso (11% vs 4% nel livello di istruzione alto), nelle persone che hanno molte difficoltà economiche (12% vs 3% di chi non ha alcuna difficoltà economica).

Risulta inoltre che tra le persone con problemi di masticazione è più alta la prevalenza di coloro che sono socialmente isolati e che riferiscono di non incontrare o parlare con qualcuno durante una settimana normale (14% vs 6% di chi non lo è).

Quasi un intervistato su tre con tali problemi presenta anche sintomi di depressione (29%) e il 13% delle persone ha dichiarato di aver perso peso negli ultimi 12 mesi.

Infine solo il 57% delle persone con problemi di masticazione dichiara di essersi recato dal dentista.

Tra coloro che non ci sono andati l'88% riferisce di non averne sentito il bisogno, il 5% di non averlo ritenuto opportuno, il 4% perché costava troppo, il 3% perché non è stato consigliato da nessuno, una minima percentuale a causa di difficoltà negli spostamenti.



**Nella precedente rilevazione** del 2012-2013 il 12% dei partecipanti alla sorveglianza ha dichiarato di avere problemi di masticazione.

**Nelle Marche** nel 2014-2015 il 7% dichiara di avere problemi ai denti o nella masticazione. Il 42% degli anziani ha fatto una visita dal dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista. Tra i motivi riferiti da chi non si reca dal dentista, il 10% dichiara difficoltà negli spostamenti e l'8% il costo troppo elevato.

Nel 2016-2017 **in Italia** circa il 13% degli intervistati riferisce di avere problemi di masticazione.

Solo una persona su 4 degli intervistati con problemi di masticazione ha fatto una visita dal dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista (27%) quota più bassa del ricorso al dentista rispetto a quanto si osserva nel campione totale (38%).

**Disturbi sensoriali: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013, Marche 2014-2015 e Italia 2016-2017**

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Marche (2014-2015)	Italia (2016-2017)
<b>Vista</b>	<b>4,2</b> (IC95% 1,6-6,8)	<b>11,7</b> (IC95% 8,4-14,9)	<b>6,3</b> (IC95% 4,5-8,9)	<b>10,6</b> (IC95% 10,1-11,2)
<b>Udito</b>	<b>10,4</b> (IC95% 6,4-14,3)	<b>18,2</b> (IC95% 14,21- 22,11)	<b>10,5</b> (IC95% 8,3-13,1)	<b>14,4</b> (IC95% 13,8-15,1)
<b>Masticazione</b>	<b>6,9</b> (IC95% 3,4-10,3)	<b>12,8</b> (IC95% 9,4-16,214)	<b>7,1</b> (IC95% 5,2-9,4)	<b>13,2</b> (IC95% 12,6-13,9)

## 2.3.4 LE CADUTE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Si calcola che un terzo degli ultra65enni ne rimanga vittima con costi umani, sociali e materiali notevoli. Più colpite sono le persone sole o istituzionalizzate.

La caduta grave per l'anziano, che necessita di ricovero per più di un giorno, può significare un cambio radicale nella salute e qualità della vita: l'anziano può temere una nuova caduta, può avere meno mobilità e quindi essere meno autonomo.

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.

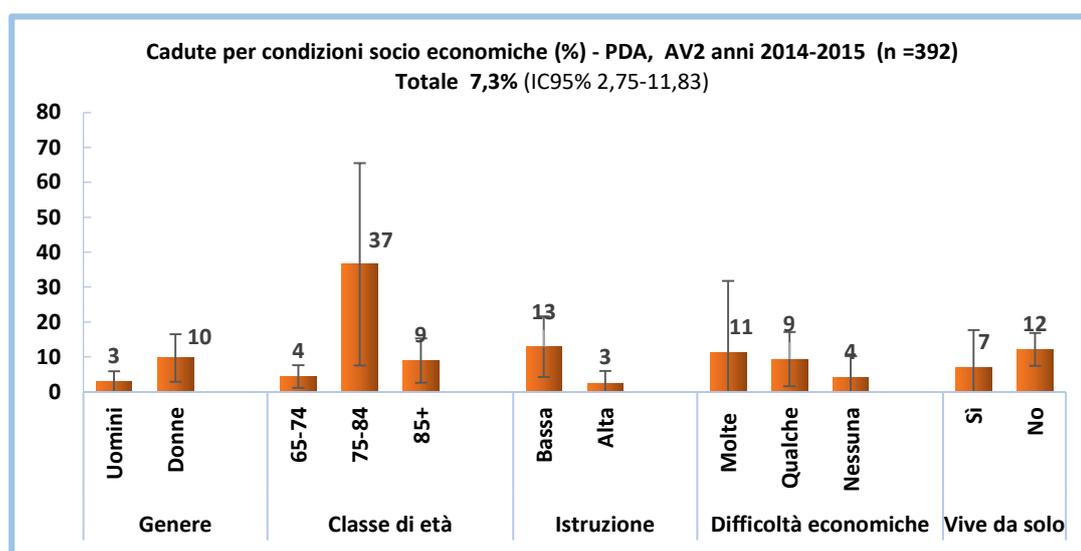
### LE CADUTE

Passi d'Argento valuta la prevalenza:

- delle cadute indagando sulle persone che dichiarano di essere caduti nei trenta giorni precedenti all'intervista;
- della paura di cadere nelle persone che dichiarano di avere attualmente paura di cadere a prescindere che siano caduti o meno
- di ricovero a seguito di una caduta nelle persone che, dopo aver risposto di sì alla domanda in cui si chiede se si è caduti nei 30 giorni precedenti l'intervista, dichiarano di essere stati ricoverati per più di un giorno a causa della caduta.

### 2.3.4.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ SONO CADUTE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI

In Area Vasta 2 dalla rilevazione del 2014-15 risulta che il 7% delle persone con più di 64 anni è caduto negli ultimi 30 giorni.



Le donne cadono con una frequenza maggiore rispetto agli uomini (10% vs 3%). La prevalenza delle cadute aumenta con il crescere dell'età (4% nella fascia 65-74 anni vs il 46% negli ultra 74enni), nelle persone con scolarità bassa (13% vs 3% di quelle con livello di istruzione alto), in chi ha difficoltà economiche (20% vs 4% di chi non ne ha). La percentuale di cadute in chi vive da solo è minore rispetto a chi abita con altre persone (7% vs 12%).

La maggior parte delle cadute sono avvenute in casa (65%), o in giardino (19%), e il 9% in strada.

Ha paura di cadere il 35% degli intervistati e, in particolare, le donne (45% vs il 17% degli uomini), le persone con 75 anni e più (31% vs il 64% delle persone fra 65 e 74 anni), le persone con scolarità bassa (51% vs 21% di quelle con livello di istruzione alto) e coloro che hanno difficoltà economiche (61% vs 39% di chi non ne ha). Tra le persone cadute, il 9% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta.

**Nella rilevazione in AV2 del 2012-2013** gli intervistati che hanno dichiarato di essere caduti erano il 9% e quelle ricoverate a seguito di una caduta erano il 24%.

**Nella regione Marche** durante lo stesso periodo, 2012-2013, le persone con 65 anni e più intervistate che sono cadute negli ultimi 30 giorni sono il 9% (il 10% delle donne contro il 6,5% degli uomini).

**In Italia** nel biennio 2016-2018 il 9% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi il 18% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno. Le cadute avvengono per lo più all'interno della casa (64%) e meno frequentemente in strada (19%), in giardino (12%) o altrove (5%).

#### **2.3.4.2 LA PREVENZIONE DELLE CADUTE: L'USO DEI DISPOSITIVI ANTICADUTA E I CONSIGLI DEI SANITARI**

**Nell'Area Vasta 2** nel biennio 2014-2015 si rileva che: complessivamente il 59% degli intervistati ha adottato misure di sicurezza (almeno 1 presidio usato in bagno fra tappetini, maniglioni o seggiolini), ma risulta che fra le persone cadute solo una persona su 10 adotta le misure anti caduta (9,9%).

Negli ultimi 12 mesi solo l'11% ha ricevuto consigli da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere.

**Nella rilevazione del 2012-2013** il 67% degli ultra 65enni riferiva di aver adottato i presidi anti-caduta ed il 13% circa di aver ricevuto consigli da parte di operatori sanitari su come prevenire le cadute.

**Nella regione Marche** nel periodo 2015-2016 durante gli ultimi 12 mesi prima dell'intervista solo il 10% di chi è caduto di recente riferisce di avere adottato almeno una misura di sicurezza e circa una persona su 3 (29%) riferisce di avere ricevuto consigli da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere

**Nel pool di ASL** nel periodo 2016-17 il 60% degli intervistati riferisce di adottare il tappetino come presidio anti caduta nell'uso della vasca da bagno o della doccia, mentre minore è il ricorso ai maniglioni (20%) o ai seggiolini (16%).

Solo il 66% degli intervistati ricorre all'uso di almeno uno di questi presidi anti caduta in bagno.

	<b>AV2 (2014-2015)</b>	<b>AV2 (2012-2013)</b>	<b>Italia (2016-2017)</b>
<b>Cadute *</b>	<b>7,3</b> (IC95% 2,7-11,8)	<b>9,2</b> (IC95% 6,4-12,1)	<b>8,7</b> (IC95% 8,2-9,3)
<b>Ricovero per caduta **</b>	<b>8,7</b> (IC95%-9,54-26,98)	<b>24,0</b> (IC95% 11,2-36,9)	<b>18,4</b> (IC95% 16,0-21,1)
<b>Paura di cadere</b>	<b>35,1</b> (IC95% 28,2-42,0)	<b>44,1</b> (IC95% 39,3-48,9)	<b>39,7</b> (IC95% 38,9-40,4)
<b>Cadute in casa</b>	<b>64,8</b> (IC95% 28,1-101,4)	<b>69,9</b> (IC95% 54,6-85,3)	<b>63,9</b> (IC95% 60,5-67,1)
<b>Uso presidi anticaduta ***</b>	<b>59,1</b> (IC95% 52,1-66,1)	<b>67,1</b> (IC95% 62,5-71,6)	<b>65,6</b> (IC95% 64,9-66,4)
<b>Consiglio medico ****</b>	<b>11,8</b> (IC95% 6,4-17,2)	<b>13,5</b> (IC95% 10,2-16,9)	<b>17,1</b> (IC95% 16,4-17,8)

\* = Cadute avvenute nei 30 giorni precedenti l'intervista

\*\* = Persone cadute nei 30 giorni precedenti l'intervista che a seguito della caduta hanno subito un ricovero di almeno un giorno

\*\*\* = Almeno 1 presidio usato in bagno tra fra tappetini, maniglioni o seggiolini

\*\*\*\* = Consiglio da parte di un medico o altro operatore su come evitare le cadute

## 2.4 Sicurezza nell'uso dei farmaci

Tra la popolazione anziana l'alta prevalenza di patologie croniche e la multimorbilità favoriscono l'aumento del numero medio di sostanze prescritte per utilizzatore, frequente è l'uso regolare di almeno due-cinque farmaci al giorno.

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

### L'USO DI FARMACI

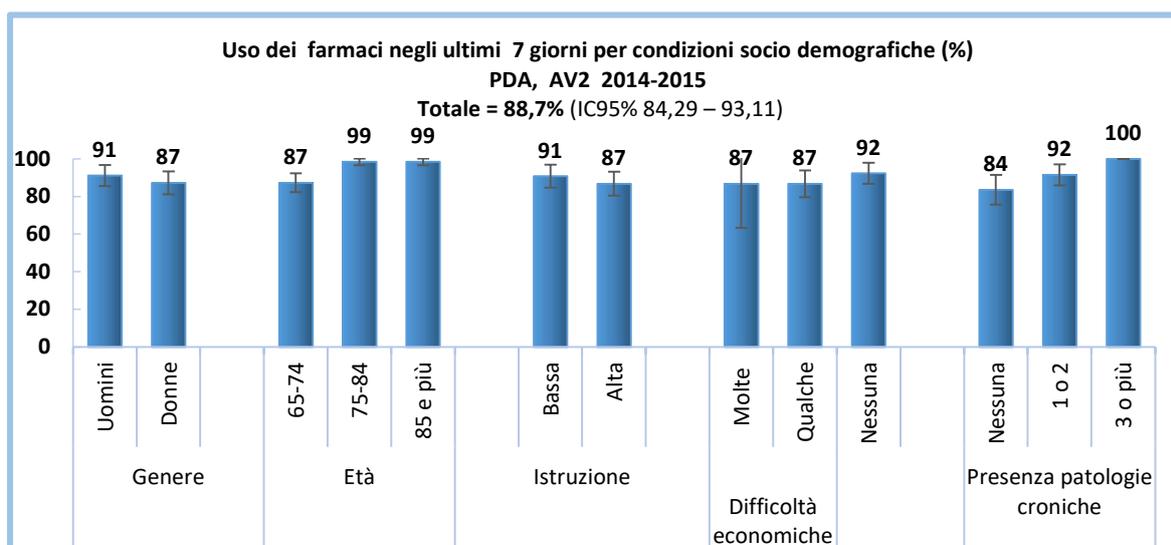
Passi d'Argento indaga l'uso dei farmaci fra gli anziani attraverso due domande che si riferiscono al consumo dei farmaci nella settimana precedente l'intervista:

- la prima "Negli ultimi 7 giorni ha fatto uso di medicine?" indica complessivamente quanti hanno fatto uso di medicine nella settimana precedente l'intervista,
- la seconda "Negli ultimi 7 giorni quanti tipi di medicine differenti, cioè provenienti da confezioni diverse, ha preso? Calcoli quelle che ha preso anche una volta alla settimana" sommando il numero di medicine differenti assunte nel medesimo lasso di tempo.

Il numero di farmaci assunti è generalmente associato al numero di patologie croniche e di conseguenza alla qualità della salute dell'anziano e ai problemi di compliance, di confusione tra le varie medicine, e reazioni avverse presenti soprattutto quando il numero di farmaci è elevato.

### 2.4.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ CHE HANNO ASSUNTO FARMACI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI

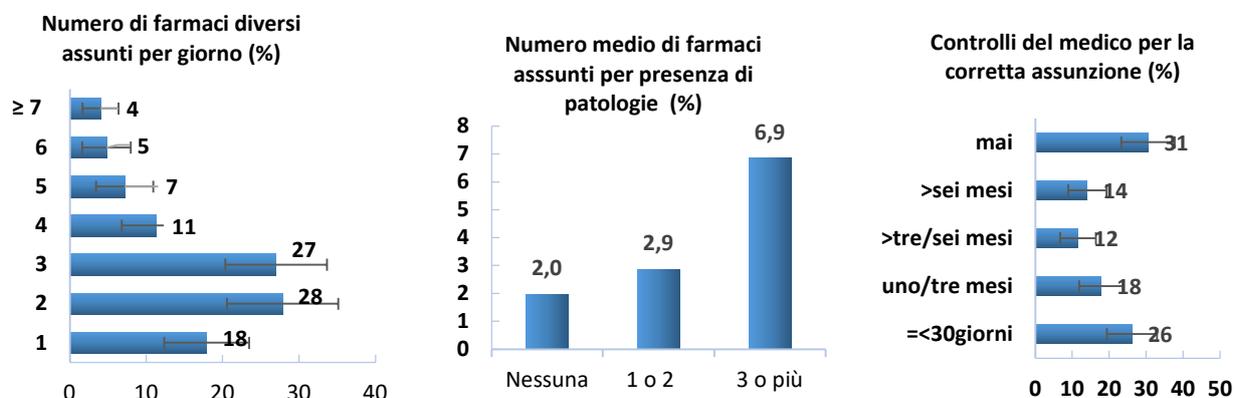
In Area Vasta 2 nella rilevazione del 2014-2015, l'89% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni.



Questa percentuale è maggiore tra gli uomini (91% vs 87% nelle donne), nelle persone con 75 anni e più (99% vs 87% nella fascia di età <75 anni), nelle persone con livello di istruzione basso (91% vs 87% con titolo di studio alto), mentre è inferiore nelle persone che hanno difficoltà economiche (87% vs 92% di chi non ne ha).

Tutti gli intervistati con 3 o più patologie ed il 92% di chi ne ha una o due dichiarano di assumere farmaci, ma, stranamente, anche chi riferisce di non essere affetto da patologie croniche assume farmaci per l'84%. Il 3% necessita di aiuto nell'assunzione dei farmaci.

**Uso dei farmaci: Numero di farmaci assunti per giorno e per presenza di patologie, frequenza controllo corretta assunzione da parte del medico (%) - PDA, AV2 2014-2015**



In media gli ultra 64enni intervistati assumono tre tipologie di farmaci diversi. Assumono farmaci 9 persone su 10 tra quelle che hanno fino a due patologie e tutti coloro che sono affetti da tre o più patologie.

Il medico controlla la corretta assunzione dei farmaci al 26% del campione, ogni 30 giorni, ma il 31% degli intervistati riferisce che il medico non ha mai effettuato controlli sulla propria terapia.

Nella **regione Marche** nel biennio 2014-2015 sul totale della popolazione ultra 64enne intervistata, l'86% dichiara di assumere farmaci.

**In Italia** i dati riferiti al biennio 2016-2017 mostrano che circa 9 anziani su 10 (89%) ha fatto uso di farmaci nella settimana precedente l'intervista;

**Uso dei farmaci e presenza di patologie croniche: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013, Marche 2014-2015 e Italia 2016-2017**

Patologie	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Marche (2014-2015)	Italia (2016-2017)
Nessuna patologia	83,6 (IC95% 75,8-91,5)	79,0 (IC95% 72,2-85,9)	76,6 (IC95% 70,4-81,9)	79,7 (IC95% 78,4-808)
Una o due patologie	91,6 (IC95% 85,9-97,1)	95,5 (IC95% 92,8-98,1)	92,5 (IC95% 88,0-95,3)	94,2 (IC95% 93,5-94,7)
Tre o più patologie	100,0 (IC95% 100,0-100,0)	100,0 (IC95% 100,0-100,0)	100,0 (IC95% 100,0-100,0)	95,3 (IC95% 94,0-96,3)

## 2.5 I fattori di rischio per l'insorgenza di malattie

### 2.5.1 ATTIVITÀ FISICA

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), per attività fisica si intende "qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo". L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie cronico degenerative.

Gli adulti di età superiore ai 65 anni possono essere considerati fisicamente attivi anche grazie alle attività svolte nel tempo libero e nel contesto quotidiano, familiare e comunitario (ballare, fare giardinaggio, nuotare), al trasporto attivo (camminare o andare in bicicletta), alle faccende domestiche e alle attività ricreative, oltre che allo sport o all'esercizio pianificato ed eventualmente al lavoro (se l'individuo è ancora impiegato).

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.

#### SEDENTARIETÀ

Passi d'Argento consente di valutare l'attività fisica negli ultra 64enni, attraverso uno strumento specifico, il **PASE** "Physical Activity Scale for elderly". Si tratta di uno strumento validato a livello internazionale, e specifico per la popolazione anziana, che consente di "quantificare" i livelli di attività fisica raggiunta dalle persone di 65 anni e oltre, considerando le attività comunemente svolte da persone di questa età (come passeggiare, fare giardinaggio, curare l'orto, fare attività domestiche o piccole riparazioni e prendersi cura di un'altra persona) senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative, che pure vengono prese in considerazione.

Per ogni intervistato il PASE restituisce un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta nei 7 giorni precedenti l'intervista, della sua intensità e del tempo dedicatovi. A valori elevati di PASE corrispondono elevati livelli di attività fisica.

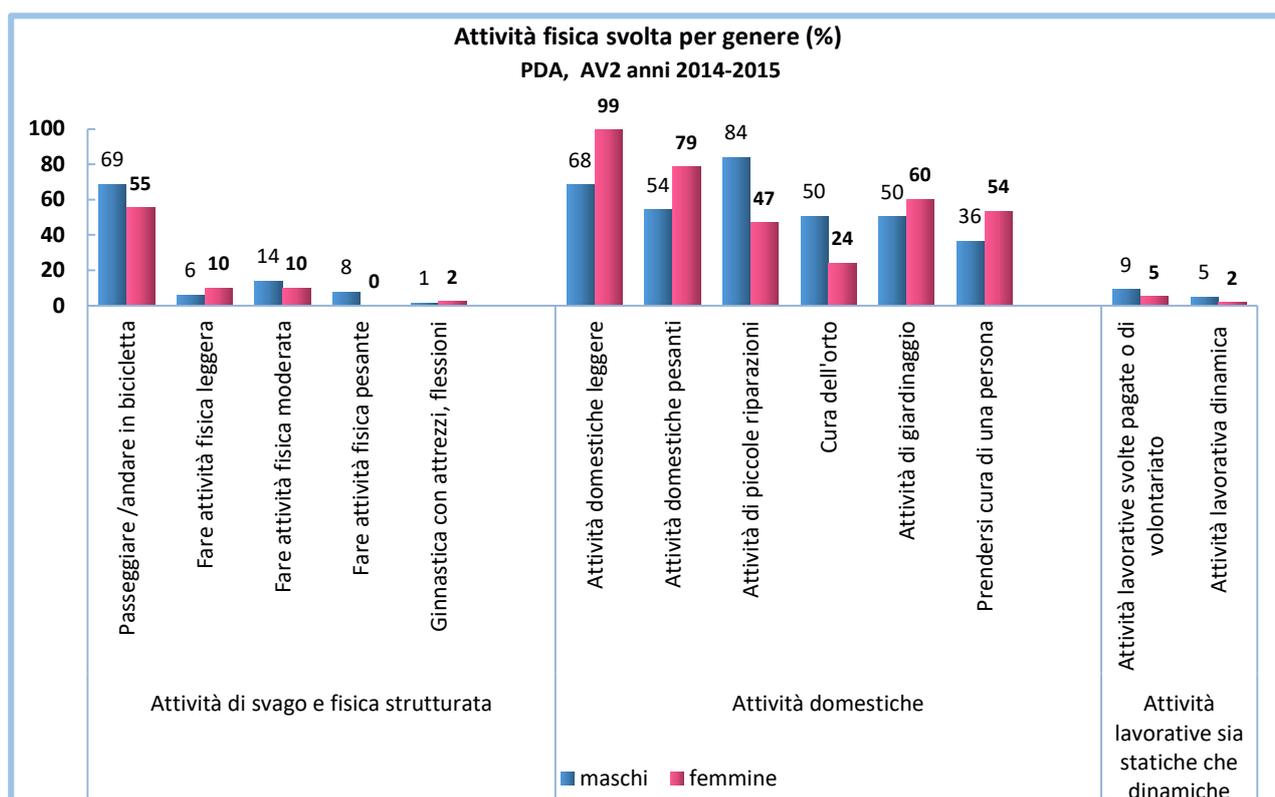
ATTIVITÀ FISICA	PUNTEGGIO PASE
INATTIVITÀ	<42
SCARSA	43-105
MODERATA	106-145
FISICA INTENSA	>146

Le domande del PASE sono somministrate solo alle persone autonome nella deambulazione e considerate valide solo per gli intervistati che non abbiano fatto ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia (proxy) per sostenere l'intervista.

Vengono considerate sedentarie le persone con 65 o più anni che hanno un punteggio Pase, convenzionalmente fissato pari o inferiore al 40° percentile della distribuzione dei punteggi Pase del pool dei rispondenti, dal momento che la gran parte delle persone (60%) raggiunge livelli di attività fisica più elevati.

### 2.5.1.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ POCO ATTIVE FISICAMENTE

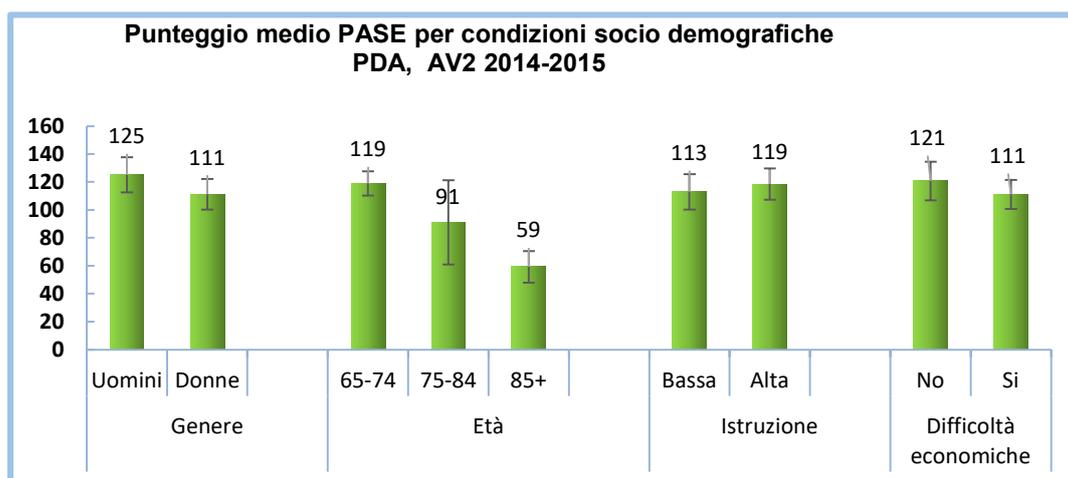
In AV2 nel biennio 2014-2015 camminare fuori casa è l'attività maggiormente praticata tra quelle di svago, sono 6 anziani su 10 ad aver riferito di aver fatto una passeggiata a piedi (o in bici) nella settimana precedente l'intervista; invece coloro che si dedicano ad un'attività fisica più strutturata sono complessivamente il 14% degli intervistati.



Le attività domestiche sia leggere, come spolverare, lavare i piatti etc. che pesanti, quali lavare i pavimenti e spostare mobili, sono appannaggio del genere femminile: infatti il 99% delle intervistate svolge lavori domestici leggeri ed il 79% anche quelli pesanti (vs rispettivamente il 68% ed il 54% degli uomini). Anche il giardinaggio o prendersi cura di un'altra persona sono prerogative femminili. Invece attività come le piccole riparazioni o la cura dell'orto sono più frequenti tra gli uomini. Anche le attività lavorative e di volontariato sono svolte prevalentemente dagli uomini.

Per i criteri metodologici già descritti (vds. box pagina precedente) nel campione 2014-2015 dell'Area Vasta 2 il PASE è stato dunque stimato sul 76% degli intervistati, perché il 24% non era eleggibile.

Il punteggio PASE medio, che è risultato essere di 116, è più sostenuto dalle attività domestiche come prendersi cura della casa o dell'orto, fare giardinaggio o prendersi cura di una persona, e meno dalle attività di svago come passeggiare, andare in bici o fare attività fisica strutturata.



Complessivamente è più basso fra le donne (111 vs 125 fra gli uomini), si riduce, con l'aumentare dell'età (da 119 nella fascia 65-74 anni scende a 59 tra gli ultra 84enni); nelle persone con livello di istruzione basso (113 vs 118 in chi ha una scolarità alta); in chi ha difficoltà economiche (111 vs 121 in chi non ne ha).

Considerato che il punteggio PASE è convenzionalmente fissato e viene identificato il 40° percentile come "valore soglia" per la definizione di "sedentario", al di sotto del quale i livelli di attività fisica possono essere considerati insufficienti o comunque migliorabili, in AV2 le persone sedentarie sono il 32% (tra quelle eleggibili).

Risultano poco attive il 35% delle donne ed il 26% degli uomini, il 94% delle persone con 75 anni e più, il 54% di coloro che hanno un livello di istruzione basso e che hanno difficoltà economiche.

Nonostante sia diffusa la conoscenza dell'importanza di praticare attività fisica ai fini del benessere psico-fisico degli anziani intervistati solo il 39,6% degli anziani intervistati ha ricevuto da parte di un medico o altro operatore il consiglio di fare attività fisica.

**Nella regione Marche** nella stessa rilevazione, il 26% dei soggetti ultra64enni intervistati dichiara di essere poco attivo.

Il consiglio, da parte del medico, di effettuare un'attività fisica regolare è stato dichiarato dal 33% dei soggetti ultra64enni intervistati.

**Nel campione del pool di ASL** del biennio 2016-2017 il PASE è stimato sul 72% degli intervistati, poiché il resto non è eleggibile.

Il valore medio del punteggio PASE è pari al 94,5.

Sempre considerando che convenzionalmente, viene identificato il 40° percentile, per la definizione di "sedentario", come "valore soglia", i sedentari sono il 39%.

Solo il 28% degli ultra 64enni, negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista, ha ricevuto da parte di un medico o altro operatore il consiglio di fare attività fisica.

#### Attività fisica: confronto (%) PDA, AV2 2014-2015 e Italia 2016-2017

	AV2 * (2014-2015)	Italia * (2016-2017)
Sedentario(*)	32,2 (IC95% 25,15-39,33)	39,2 (IC95% 38,1-40,4)
Punteggio medio PASE (*)	116,1 (IC95% 107,7-124,5)	94,5 (IC95% 93,3-95,7)
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica (Tutto il campione)	39,6 (IC95% 32,49-46,5)	28,1 (IC95% 27,3-29,0)

(\*) eleggibili PASE

## 2.5.2 SOVRAPPESO E OBESITÀ

Il sovrappeso e l'obesità sono due condizioni prevenibili, definite dall'accumulo anomalo o eccessivo di grasso corporeo dovuto a uno squilibrio energetico tra le calorie assunte con la dieta e quelle consumate.

Lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute in particolare, in età avanzata; gli eccessi come le carenze alimentari sono entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire il processo di invecchiamento dell'organismo: 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.

In PASSI d'Argento le informazioni su peso e altezza sono "autoriferite": perciò quando questa tipologia di dati viene confrontata con altezza e peso "misurati", si osserva una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità (nella maggior parte degli studi questa sottostima è risultata maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni). Le ragioni di questa sottostima risiedono in un possibile bias di desiderabilità sociale.

### SOVRAPPESO/OBESITÀ

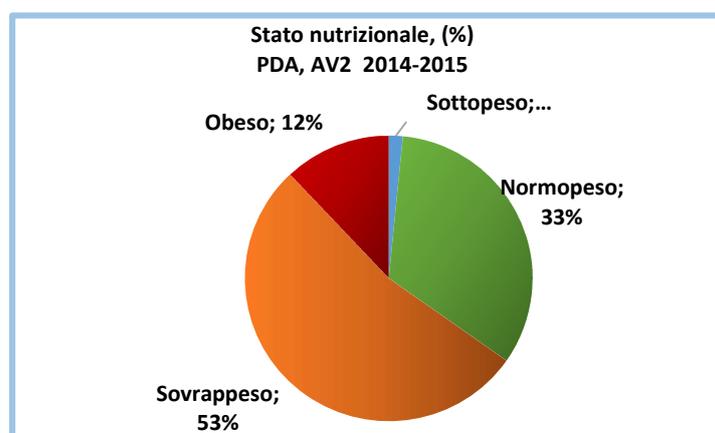
In Passi d'Argento viene considerata:

- sottopeso una persona con un Indice di massa corporea (Imc)\* minore a 18,5 kg/m<sup>2</sup>
- normopeso una persona con un Indice di massa corporea (Imc)\* compreso tra 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>
- in sovrappeso una persona con un Indice di massa corporea (Imc)\* compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>.
- obesa una persona con un Indice di massa corporea (Imc)\* maggiore o uguale a 30,0 kg/m<sup>2</sup>

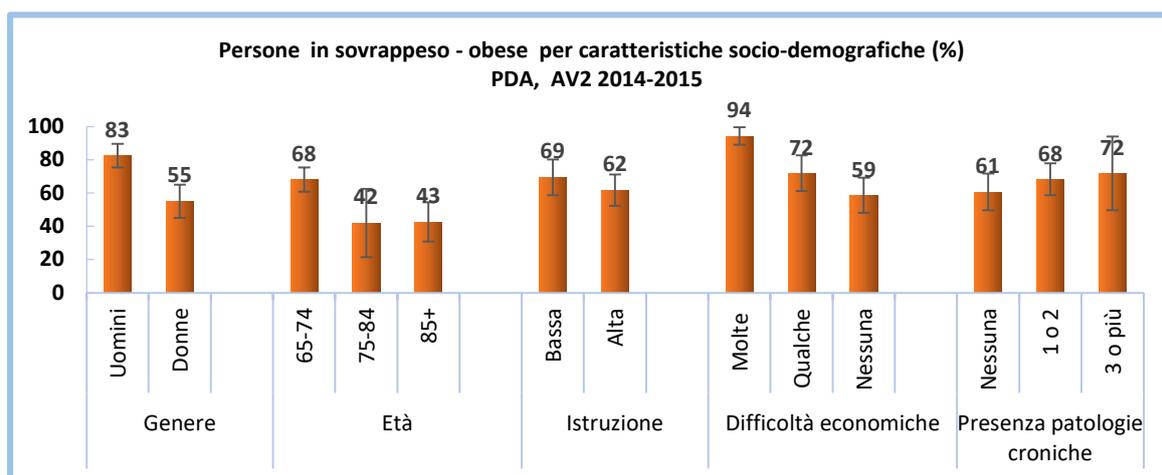
l'IMC è calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

(\* ) IMC = Indice di Massa Corporea è uguale a [Peso, in Kg] / [Altezza, in metri]<sup>2</sup>.

### 2.5.2.1 LO STATO NUTRIZIONALE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ



**Nell'AV2** nella rilevazione del 2014-2015 il 33% degli intervistati risulta normopeso, circa il 2% sottopeso, mentre il 65% è in eccesso ponderale (53% in sovrappeso ed il 12% obeso).



L'eccesso ponderale è una condizione più frequente negli uomini (83% vs 55% nelle donne). Diminuisce con l'avanzare dell'età, in chi ha un livello di istruzione alto (62% vs 69% di chi ha una scolarità bassa), in coloro che non hanno difficoltà economiche (59% vs 72% qualche e 94% molte difficoltà). E' altresì più presente in chi ha più di 3 o più patologie croniche.

**Rispetto alla precedente indagine del 2013-2014** non si osservano variazioni rilevanti.

Nella **regione Marche** si stima che gli intervistati nella rilevazione 2014-2015 siano per il 36% normopeso/sottopeso, e per il 64% in eccesso ponderale (di cui il 48% in sovrappeso ed il 16% obesi).

L'eccesso ponderale è più frequente negli uomini (58% vs 39% nelle donne), in chi ha 2 o più patologie croniche (70% vs 30% di chi non ne ha), nei "più giovani" (il 49% nella classe 65-74 anni vs il 34% nella classe 85 anni e più), in chi ha difficoltà economiche (87% vs 48% di chi non ne ha nessuna), nelle persone con un livello di istruzione basso (66% vs 61% di chi ha una scolarità alta) e con difficoltà economiche. Circa la metà degli anziani con 2 o più patologie croniche è in sovrappeso (70% vs il 30% di chi non ne ha).

**In Italia** nel biennio 2016-2017 dati riferiti dagli intervistati Passi d'Argento relativi a peso e altezza portano a stimare che la gran parte delle persone ultra 64enni (57%) siano in eccesso ponderale il 43% in sovrappeso e 14% obeso. L'obesità in particolare, è più frequente fra le persone con un basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Differenze di genere si notano solo per il sovrappeso, più frequente fra gli uomini. L'obesità è più frequente fra le persone con patologie croniche raggiungendo il 20% fra le persone con 2 o più patologie croniche. Superati i 75 anni di età, aumenta progressivamente la quota di persone che perdono peso indipendentemente dalla loro volontà.

**Situazione Nutrizionale: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012- 2013, Marche 2014-2015 e Italia 2016-2017**

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Marche (2014-2015)	Italia (2016-2017)
<b>Sottopeso</b>	<b>1,6</b> (IC95% 0,07-3,2)	<b>0,7</b> (IC95% 0,1-1,7)	<b>36,4</b> (IC95% 32,5-40,4)	<b>1,7</b> (IC95% 1,5-1,9)
<b>Normopeso</b>	<b>33,2</b> (IC95% 26,2-40,1)	<b>35,8</b> (IC95% 30,8-40,7)		<b>41,4</b> (IC95% 40,6-42,3)
<b>Sovrappeso</b>	<b>53,2</b> (IC95% 46,0-60,4)	<b>50,1</b> (IC95% 44,9-55,2)	<b>47,7</b> (IC95% 43,6-51,9)	<b>42,9</b> (IC95% 42,1-43,8)
<b>Obeso</b>	<b>12,0</b> (IC95% 7,2-16,8)	<b>13,4</b> (IC95% 9,8-17,0)	<b>15,9</b> (IC95% 12,8-19,6)	<b>14,0</b> (IC95% 13,5-14,6)

### 2.5.3 L'ABITUDINE AL FUMO

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta, inoltre, il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui si attribuisce circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi (Daly: Disability-adjusted life year). Gli effetti negativi sulla salute causati del fumo aumentano all'aumentare dell'età: ad esempio, le principali cause di mortalità fumo-correlate negli ultra 60enni sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

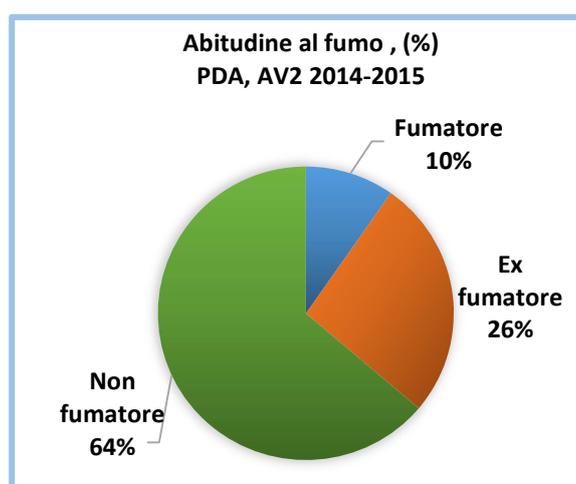
#### Abitudine al fumo

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

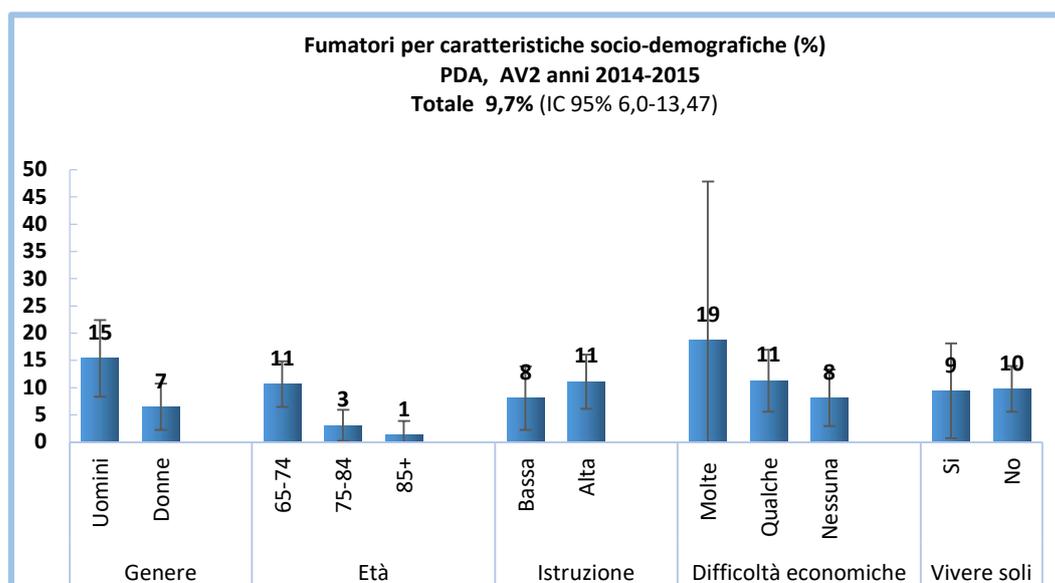
PASSI monitora l'abitudine al fumo attraverso i seguenti indicatori specifici (espressi in forma di prevalenza):

- Non fumatore è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
- Fumatore è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista.
- Ex fumatore è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
- Forte fumatore è una persona che fuma più di 10 sigarette al giorno

#### 2.5.3.1 LE CARATTERISTICHE DEI FUMATORI CON 65 ANNI E PIÙ



**Nell'AV2** nella rilevazione del 2014-2015 le persone di 65 anni e più che fumano sono il 10%. Il 26% ha fumato almeno cento sigarette ma al momento dell'intervista ha smesso.



L'abitudine al fumo è più frequente negli uomini (15% vs 7% nelle donne), tra le persone con 65-74 anni e più (11% vs 4% tra gli over 75enni), nelle persone con un livello di istruzione alto (11% vs l'8% tra chi ha un livello di scolarità basso), in coloro che sono in difficoltà economiche (30% vs 8% tra chi non ne ha).

Non ci sono differenze rilevanti per l'abitudine al fumo tra chi vive solo e chi no.

In media si fumano circa 8 sigarette al giorno, tuttavia il 7% circa ne consuma più di un pacchetto al giorno (20 sigarette).

Il 52% circa sono considerati forti fumatori ovvero fumano più di 10 sigarette al giorno.

Il 46% delle persone che fumano ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

**Nella precedente rilevazione del 2012-13** i fumatori erano il 7% con le stesse caratteristiche socio-demografiche. Il 70% aveva dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

**Nella regione Marche**, nella rilevazione del 2014-2015, le persone con 65 anni e più che fumano sono il 12% contro il 57% delle persone con 65 anni e più che non hanno mai fumato.

Tra i fumatori circa il 62% sono considerati "forti fumatori" ovvero che fumano più di 10 sigarette al giorno. Il 29% ha fumato almeno cento sigarette nella sua vita, ma al momento ha smesso (ex-fumatori). Tra le donne i fumatori sono l'11% vs il 15% tra gli uomini, mentre gli ex-fumatori sono il 16,4% tra le donne vs il 54,9% tra gli uomini.

I dati relativi ai fumatori per caratteristiche socio-demografiche sono sovrapponibili a quelli dell'AV2: essere fumatori è più frequente nella classe di età 65-74 anni, nei soggetti di sesso maschile, nelle persone con un livello di istruzione alto e nelle persone che non hanno nessuna difficoltà economica.

**In Italia**, nel biennio 2016-2017 la maggioranza degli ultra 64enni non fuma (63%) o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma una persona su 10 è ancora fumatore (10%). Dalla classe di età 65-74 anni a quella over 85 la quota di fumatori scende dal 14% al 2% e la quota di ex fumatori scende dal 30% al 20%.

Il fumo di sigaretta è più frequente fra gli uomini (13% vs 7% fra le donne), nelle classi economicamente più svantaggiate (14% fra coloro che hanno molte difficoltà economiche vs 9% di chi non ne ha).

La prevalenza di fumatori fra gli ultra 64enni laureati è doppia (15%) rispetto alla quota di fumatori fra i meno istruiti (7% fra coloro che hanno al più la licenza elementare). Il consumo medio giornaliero è di circa 11 sigarette, tuttavia quasi 2 fumatori su 10 ne consumano più di un pacchetto al giorno.

Il 65% delle persone intervistate ha dichiarato di avere ricevuto da un sanitario il consiglio di smettere di fumare.

**Abitudine al fumo: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012- 13 e Italia 2016-2017**

	<b>AV2</b> (2014-2015)	<b>AV2</b> (2012-2013)	<b>Italia</b> (2016-2017)
<b>Non fumatori</b>	<b>63,8</b> (IC95% 57,7-69,9)	<b>61,3</b> (IC95% 56,9-65,6)	<b>62,9</b> (IC95% 62,2-63,7)
<b>Fumatori</b>	<b>9,7</b> (IC95% 6,0-13,5)	<b>6,9</b> (IC95% 4,4-9,4)	<b>9,7</b> (IC95% 9,2-10,2)
<b>Ex fumatori</b>	<b>26,4</b> (IC95% 20,9-32,0)	<b>31,8</b> (IC95% 27,6-36,0)	<b>27,4</b> (IC95% 26,7-28,1)
<b>Numero medio di sigarette fumate</b>	<b>8,1</b>	<b>11,2</b>	<b>11,8</b>

## 2.5.4 CONSUMO DI ALCOL

I danni causati dall'alcol gravano sull'intera società, in quanto si ripercuotono sulle famiglie e più in generale sulla collettività oltre che sul singolo individuo. In età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute: negli anziani, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo.

Inoltre la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce con l'età e l'alcol viene perciò 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, inoltre, il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato e i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo.

Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, e di una ridotta mobilità; il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture.

### Consumo di alcol

Il consumo di alcol indagato da PDA è la condizione di un uomo o una donna a cui capita di bere, anche se ogni tanto, vino, birra, amari, aperitivi alcolici o altri liquori. Passi d'Argento misura il consumo di alcol in unità alcoliche.

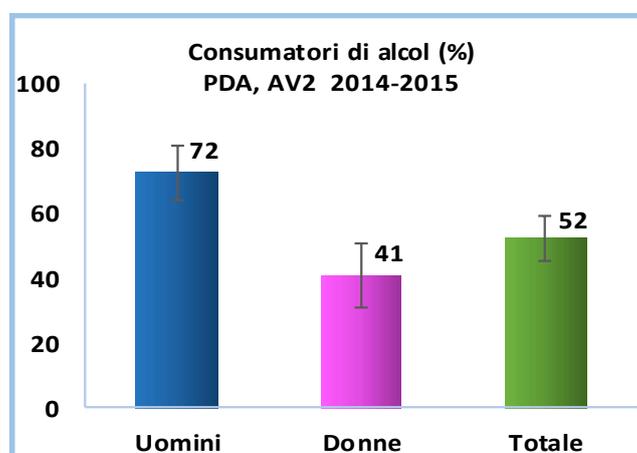
L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

In Passi d'Argento viene definito:

bevitore chi beve, anche se ogni tanto, un'unità alcolica: un bicchiere di vino, una lattina di birra, un bicchierino di amaro o aperitivi alcolici o altri liquori

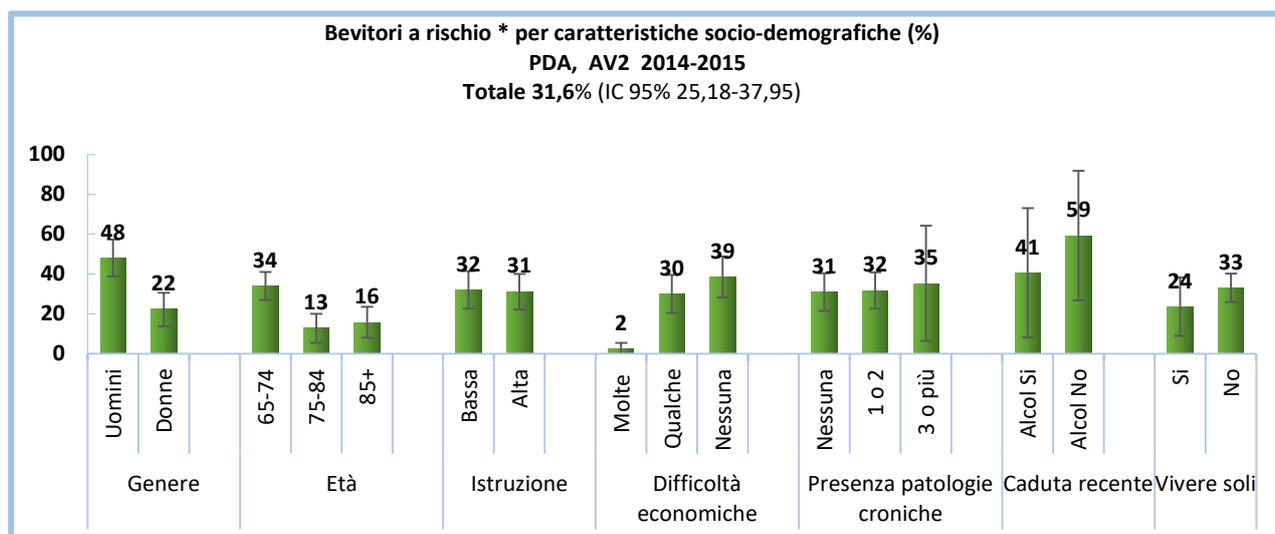
consumatore di alcol a rischio chi beve più di un'unità alcolica al giorno: un bicchiere di vino, una lattina di birra, un bicchierino di amaro o aperitivi alcolici o altri liquori.

### 2.5.4.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO PIÙ DI UNA UNITÀ ALCOLICA AL GIORNO



**Nell'AV2** nel 2014-2015 il 52% delle persone intervistate di 65 anni e più, riferisce di assumere abitualmente bevande alcoliche, il 41 % delle donne ed il 72% degli uomini.

Quasi il 32 % è un consumatore a rischio poiché assume mediamente più di una unità alcolica (Ua) al giorno.



\*Persone che bevono più di un'unità alcolica al giorno: un bicchiere di vino, una lattina di birra, un bicchierino di amaro o aperitivi alcolici o altri liquori

In particolare a maggior rischio sono gli uomini (48% vs il 22% delle donne), le persone da 65 a 74 anni (34% vs il 29% di coloro con 75 anni e più), le persone senza difficoltà economiche (39% vs 32% di chi è in difficoltà), chi ha tre o più patologie croniche (35% vs il 31% di chi non ne ha). Non ci sono differenze per grado di istruzione. Sono invece meno numerosi i bevitori a rischio tra coloro che vivono da soli (24% vs il 33% di coloro che non sono in questa condizione).

Risulta anche che il 41% delle persone con più di 65 anni cadute nell'ultimo mese prima dell'interviste ha riferito di aver assunto alcol.

Solo il 6% dei bevitori a rischio riceve il consiglio del medico di bere di meno.

Rispetto **alla rilevazione in AV2 del 2012-2013** i consumatori di alcol sono aumentati poiché consumatori abituali erano il 45% ed il 18% i consumatori a rischio.

**Nella regione Marche** il 49% degli anziani intervistati consuma bevande alcoliche, i dati indicano un consumo maggiore negli uomini (66% vs 36% nelle donne). Considerando l'età, la percentuale dei consumatori passa da 50% nella classe di età 65-74 anni a 40% in quella delle persone con 75 anni e più.

Il 30% delle persone è un bevitore a rischio.

Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (45% vs 19% delle donne) e tra le persone con 65-74 anni (32% vs 20% di quelle con 75 anni e più). Essere bevitori a rischio è più frequente tra coloro che hanno un grado di istruzione più alto (32% vs 29%) e nei soggetti che non hanno difficoltà economiche. Il 33% delle persone in buone condizioni di salute ha un consumo di alcol a rischio.

**In Italia**, nel biennio 2016-2017, 4 persone su 10, di 65 anni e oltre, dichiarano di consumare abitualmente bevande alcoliche, 2 su 10 riferiscono un consumo "a rischio" per la loro salute,

Il consumo di alcol a rischio è molto più frequente fra gli uomini (33% vs 8% fra le donne), si riduce con l'età (passando dal 23% fra i 64-74enni al 10% fra gli ultra 84enni) e, come per il resto della popolazione, resta prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate per reddito (22% fra chi non ha difficoltà economiche vs 14% di chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione (circa il 23% per chi ha un alto titolo di studio superiore alla scuola media vs 15% fra chi ha al massimo la licenza elementare).

**Consumo di alcol: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017**

	<b>AV2</b> (2014-2015)	<b>AV2</b> (2012-2013)	<b>Marche</b> (2014-2015)	<b>Italia</b> (2016-2017)
<b>Consumo alcol</b>	<b>52,1</b> (IC95% 45,1-59,1)	<b>44,9</b> (IC95% 40,2-49,7)	<b>49,9</b> (IC95% 45,1-53,1)	<b>38,7</b> (IC95% 38,0-39,5)
<b>Consumo a rischio</b>	<b>31,6</b> (IC95% 7,2-16,8)	<b>17,7</b> (IC95% 14,1-21,2)	<b>29,1</b> (IC95% 25,6-32,8)	<b>18,8</b> (IC95% 18,2-19,4)
<b>Consumo a rischio 2 UA giornaliere</b>	<b>16,3</b> (IC95% 12,2-20,4)	<b>16,4</b> (IC95% 12,3-20,5)	/	<b>11,3</b> (IC95% 10,9-11,8)
<b>Consumo a rischio 3 o più UA giornaliere</b>	<b>2,6</b> (IC95% -0,7-4,6)	<b>2,7</b> (IC95% 0,7-4,7)	/	<b>7,4</b> (IC95% 7,0-7,9)

## 2.5.5 LA SCORRETTA ALIMENTAZIONE ED IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che oltre 5 milioni di morti a livello globale nel 2013 fossero attribuibili a un inadeguato consumo di frutta e verdura.

Si stima inoltre che l'eliminazione dei fattori di rischio, tra cui il basso consumo di frutta e verdura, potrebbe evitare l'80% delle patologie cardiovascolari, degli eventi ischemici e del diabete di tipo II, e il 40% delle patologie oncologiche.

Le linee guida italiane per una sana alimentazione nella popolazione anziana raccomandano una dieta varia e appetibile, evitando il più possibile i piatti freddi, precucinati e riscaldati, consumando spesso legumi, frutta e ortaggi freschi, riducendo il consumo di grassi animali, formaggi, alcolici e sale da cucina.

Nell'anziano, infatti, è possibile che si verifichino riduzione dell'appetito, disidratazione e difficoltà masticatorie, ma anche alcuni disordini gastrici, intestinali o renali, frequenti in questa fascia d'età, che possono causare stati carenziali.

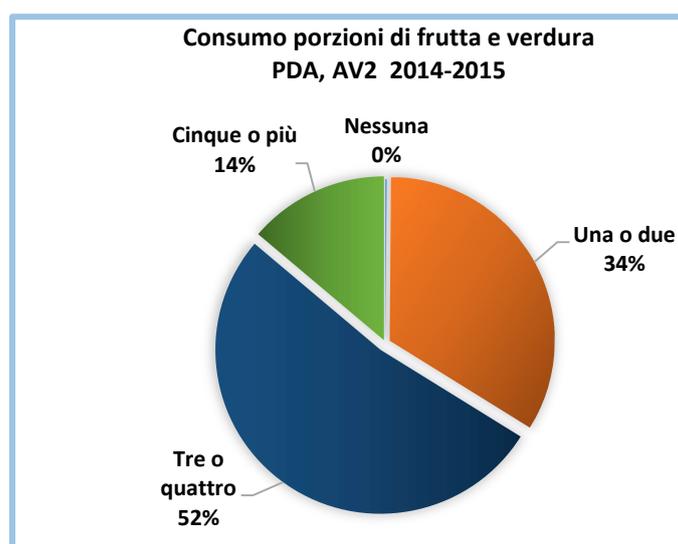
### Scorretta alimentazione e consumo di frutta e verdura

Il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e/o verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno.

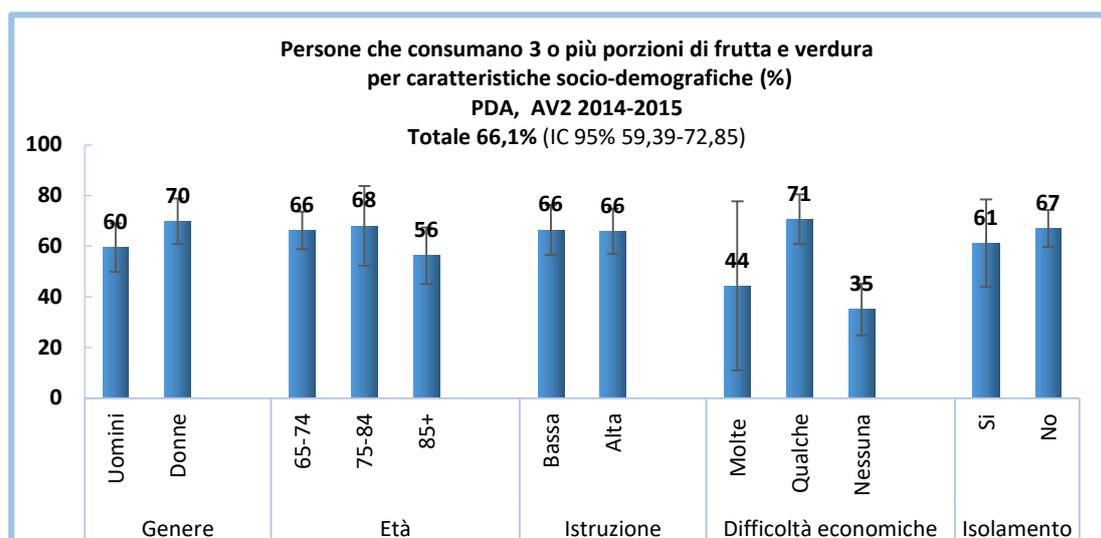
Secondo la letteratura è raccomandata l'assunzione giornaliera di 400 gr di frutta o verdura giorno (escluse le patate e altri tuberi amidacei), equivalente a cinque porzioni da 80 grammi (*Five a day*).

Per motivi pratici, legati a una migliore comprensione da parte dell'intervistato, la domanda è stata formulata in modo da consentire una più agevole identificazione del peso di frutta e/o verdura: per porzione di frutta o verdura viene considerato un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

### 2.4.5.1 L'ALIMENTAZIONE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIU'



**Nell'Area Vasta 2** si stima che nel periodo 2014-15 il 66% degli intervistati assuma tre o più porzioni di frutta e verdura (3 persone su 10 assumono una o due porzioni di frutta e verdura, 5 su 10 ne assumono tre o 4, solo 1 persona su 10 assume le 5 unità consigliate).



In particolare a consumare più frutta e verdura sono le donne (70% vs 60% degli uomini), le persone con qualche difficoltà economiche (71% contro 44% 'molte' e 35% di chi non ne ha) e chi non vive da solo (67% vs 61% di chi vive da solo). Al contrario il consumo si riduce nelle persone con più di 85 anni tra questi, infatti, il uno su 4 riferisce di avere problemi di masticazione.

**Nella precedente rilevazione del 2012-13** le persone con 65 anni e più che consumavano almeno 5 porzioni di frutta e verdura ("five a day") raccomandate al giorno erano circa 2 su 10 (18%). Il 42% ne consumava 3 o 4 ed il 40% ne consumava solo 1-2 porzioni.

**Nella regione Marche** nel periodo 2014-15 il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno è più frequente nelle donne (70% vs il 66% degli uomini) e tra le persone di 65-74 anni (69% vs 61% delle persone ultra 75enni), tra le persone con livello di istruzione alto e le persone che non hanno difficoltà economica.

**In Italia**, nel biennio 2016-2017, fra le persone con 65 anni o più il consumo medio giornaliero di frutta e verdura non raggiunge la quantità indicata dalle linee guida per una corretta alimentazione: su 10 persone, 4 non consumano più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, una quota analoga ne consuma 3-4 porzioni, solo 1 persona su 10 arriva a consumare almeno 5 porzioni al giorno ("five a day"), come raccomandato.

#### Consumo giornaliero di frutta e verdura: confronto (%) – PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Italia (2016-2017)
<b>0 porzioni</b>	<b>0,1</b> (IC95% 0,01-0,28)	<b>0,9</b> (IC95% 0,03-1,8)	<b>1,5</b> (IC95% 1,3-1,7)
<b>1/2 porzioni</b>	<b>33,7</b> (IC95% 27,0-40,4)	<b>39,9</b> (IC95% 35,1-44,5)	<b>42</b> (IC95% 41,2-42,8)
<b>3/4 porzioni</b>	<b>52,3</b> (IC95% 45,1-59,5)	<b>41,7</b> (IC95% 36,8-46,6)	<b>45,1</b> (IC95% 44,2-45,9)
<b>5 + porzioni</b>	<b>13,8</b> (IC95% 8,7-18,8)	<b>17,6</b> (IC95% 13,9-21,2)	<b>11,5</b> (IC95% 11,0-12,0)

## Capitolo 3 – L'Ambiente di vita e la partecipazione alle attività sociali

### 3.1. I problemi abitativi, fruibilità dei servizi tutela e sicurezza

Vivere in abitazioni adatte ai loro bisogni individuali, senza barriere architettoniche, che consentano libertà di movimento in totale sicurezza, con riscaldamento e condizioni igienico sanitarie adeguate come pure la possibilità di partecipare alle attività sociali di sentirsi sicuri nel proprio quartiere, diventano ancora più importanti per una buona qualità della vita.

#### L'ambiente di vita

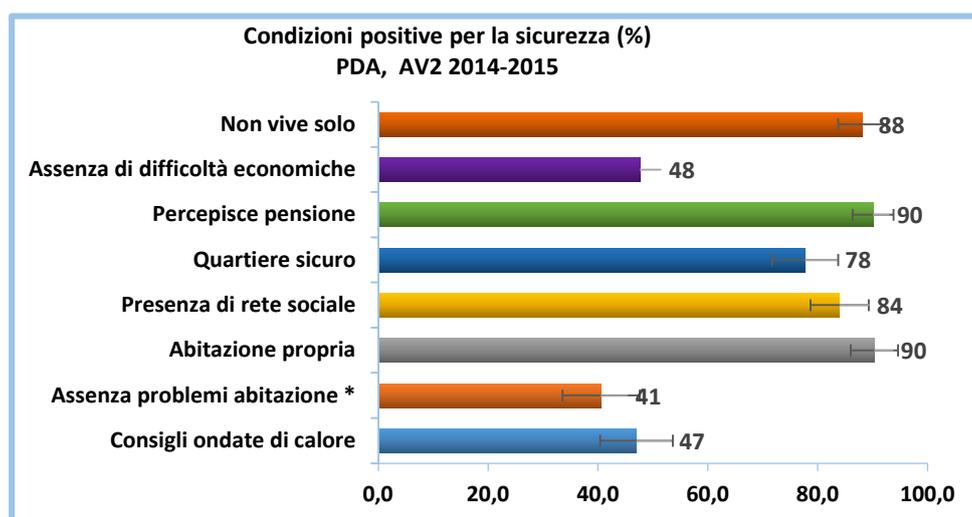
Passi d'Argento indaga:

- l'accessibilità ai servizi socio-sanitari,
- alcune caratteristiche dell'abitazione,
- la percezione della sicurezza del quartiere e la protezione delle ondate di calore

Valuta inoltre anche altre condizioni che possono influire sulla qualità della vita come il reddito da pensione, il livello di difficoltà economiche percepito.

Infatti per rispondere ai bisogni e ai diritti delle persone che vanno avanti con l'età è importante che diritto e accesso alle cure vengano tutelati, che l'accesso ai servizi socio-sanitari sia facilitato, che i contesti di vita, siano esse le abitazioni o i quartieri in cui vivono, siano sicuri e favorevoli all'autonomia e la socialità.

#### 3.1.1 I PROBLEMI ABITATIVI E LA SICUREZZA



\* Almeno un problema tra i seguenti: spese per l'abitazione troppo alte, abitazione troppo piccola, l'abitazione troppo distante da quella di altri familiari, irregolarità nell'erogazione dell'acqua, abitazione in cattive condizioni, es. infissi, pareti, pavimenti, servizi igienici, in inverno la casa non è sufficientemente riscaldata

**Nell'Area Vasta 2** nel biennio 2014-2015 circa 9 anziani su 10 non vivono da soli, percepiscono una pensione, hanno un'abitazione propria, circa 8 persone su 10 dichiarano di partecipare ad attività sociali e percepiscono il proprio quartiere come "sicuro", circa la

metà degli intervistati riferisce di non avere difficoltà economiche e 4 su 10 di non avere problemi strutturali della propria abitazione. Infine 5 intervistati su 10 riferiscono di avere ricevuto consigli su come difendersi dalle ondate di calore.

**Nelle Marche nella rilevazione del 2014-2015** la maggior parte delle persone possiede un'abitazione di proprietà (85%), 6 persone su 10 riferiscono di avere almeno un problema strutturale nella propria abitazione, 8 su 10 di sentirsi sicuri nel quartiere in cui vivono.

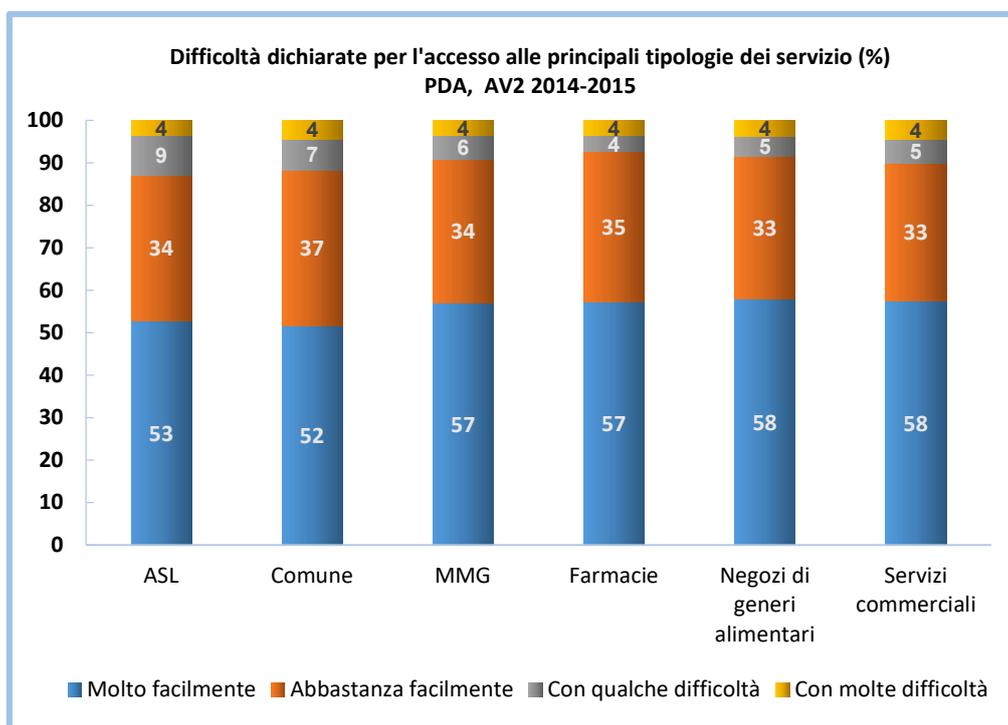
Il 43% degli anziani di 65 anni e più dichiara di avere ricevuto consigli in merito alle ondate di calore

**In Italia**, secondo i dati della sorveglianza effettuata nel 2016-2017, la gran parte degli ultra 65enni (83%) vive in una casa di proprietà. Il 63% degli intervistati riferisce di avere almeno un problema nell'abitazione e circa 8 persone su 10 (84%) percepiscono il proprio quartiere come "sicuro".

Il 64% degli intervistati riferisce di aver ricevuto consigli su come proteggersi dalle ondate di calore.

### 3.1.1 LE DIFFICOLTA' DI ACCESSO AI SERVIZI

Per le persone anziane la possibilità di raggiungere facilmente lo studio del medico di famiglia, o i servizi della Asl, come pure la farmacia o i servizi commerciali di generi alimentari o di prima necessità, è un aspetto determinante per garantire percorsi di promozione e tutela della salute.



**Nell'AV2 nel periodo 2014-2015** la maggioranza degli ultra64enni intervistati (quasi 9 persone su 10) riferisce di riuscire a raggiungere facilmente (molto o abbastanza) sia i servizi socio sanitari e socio-assistenziali, sia gli esercizi commerciali.

Le difficoltà si accentuano fra le donne, le persone più anziane, con livello di istruzione più basso con maggiori difficoltà economiche e nelle persone in condizioni di fragilità o disabilità.

Rispetto alla **precedente rilevazione in AV2 del 2012-2013** gli anziani intervistati hanno meno problemi legati all'abitazione, ma aumenta la percentuale di coloro che riferiscono di sentirsi poco sicuri nel proprio quartiere (22% vs il 15%).

Inoltre si riduce la frequenza dei consigli da parte di operatori sanitari sulla gestione delle ondate di calore.

**Nelle Marche** nello periodo 2014-2015 raggiungono facilmente i servizi più importanti circa 8 persone intervistate su 10, i restanti 2 hanno difficoltà di accesso ad uno dei servizi socio sanitari.

**In Italia** nell'indagine svolta nel 2016-2017 fra gli ultra 65enni il 75% dei rispondenti dichiara di accedere facilmente o molto facilmente ai servizi sociosanitari, o ai servizi commerciali di generi alimentari e di prima necessità. I servizi della Asl e i servizi commerciali risultano essere quelli con maggiore difficoltà di accesso, mentre medico di famiglia e farmacie sono più facilmente raggiungibili.

#### Indicatori dello stato di tutela e sicurezza dell'ambiente di vita: Confronto (%) PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Italia (2016-2017)
Presenza di almeno un problema strutturale nell'abitazione *	<b>59,2</b> (IC95% 52,5-66,6)	<b>66,6</b> (IC95% 61,8- 71,4)	<b>62,9</b> (IC95% 62,0-63,9)
Quartiere percepito poco sicuro	<b>22,3</b> (IC95% 16,3-28,3)	<b>15,2</b> (IC95% 11,3-19,2)	<b>15,8</b> (IC95% 15,0-16,6)
Anziani che vivono in una casa di proprietà	<b>90,3</b> (IC95% 86,0- 64,6)	<b>83,8</b> (IC95% 80,1-87,5)	<b>82,5</b> (IC95% 82,1-83,3)
Consigli sulla gestione delle ondate di calore	<b>47</b> (IC95% 40,3-53,6)	<b>63</b> (IC95% 57,9-67,3)	<b>63,1</b> (IC95% 62,2-64,1)

\* *Almeno un problema strutturale tra i seguenti: le spese per l'abitazione sono troppo alte, l'abitazione è troppo piccola, l'abitazione è troppo distante da quella di altri familiari, vi sono irregolarità nell'erogazione dell'acqua, l'abitazione è in cattive condizioni, es. infissi, pareti, pavimenti, servizi igienici, in inverno la casa non è sufficientemente riscaldata*

## 3.2 La partecipazione ad attività sociali e comunitarie, formazione, apprendimento e lavoro, "Anziano risorsa"

L'aspetto della partecipazione nella popolazione anziana non è inteso solo come essere fisicamente o lavorativamente attivi, ma è considerato in termini sociali, economici, culturali, spirituali e civici. Le persone anziane infatti anche se in pensione o in condizioni di malattia o disabilità possono fornire un contributo alle loro famiglie e alla comunità in cui vivono.

Inoltre il livello di partecipazione degli anziani può essere considerato anche una misura indiretta delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare le persone con 65 e più anni.

### Partecipazione Sociale

Il livello di "partecipazione" della persona ultra 65enne è indagato attraverso domande che rilevano più aspetti:

- la partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione
- l'essere una risorsa per la famiglia e/o conviventi e per la società
- avere un lavoro che produce reddito.

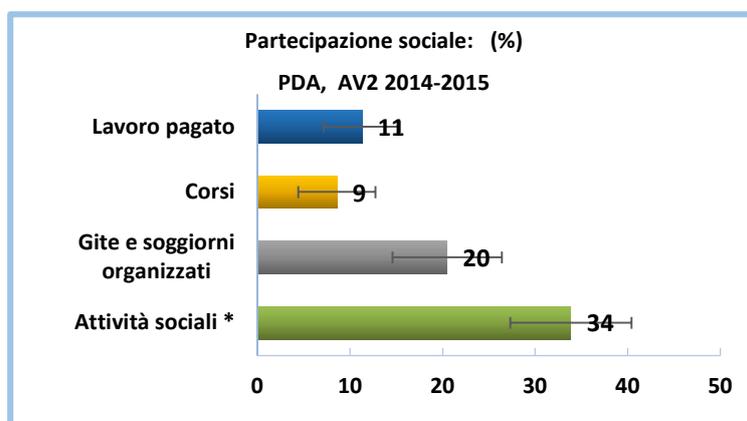
### Anziano risorsa

L'"anziano risorsa" viene identificato come colui che partecipa ad attività per migliorare la salute fisica e mentale e accrescere la qualità delle relazioni interpersonali, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e a migliorare la qualità della propria vita.

PDA "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.

In PDA è stato valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne, attraverso due domande, una riferita alle persone conviventi e una alle persone non conviventi; mentre per studiare il supporto fornito alla collettività è stato chiesto agli anziani se nei 12 mesi precedenti avessero svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro.

### 3.2.1 LA PARTECIPAZIONE SOCIALE



\* partecipa ad attività sociali con altre persone: per esempio centro anziani, circolo, parrocchia ecc;

**Nell'AV2** nel periodo 2014-2015 in una settimana normale circa un terzo (34%) degli intervistati riferisce di aver partecipato ad attività presso il centro anziani, circolo,

parrocchia, sedi di partiti politici o associazioni; un quinto (20%) ha partecipato negli ultimi 12 mesi a gite o soggiorni organizzati.

Circa un anziano su 10 ha frequentato corsi di formazione (come corsi di inglese, cucina, uso del computer, o percorsi presso università della terza età) o ha svolto un lavoro pagato. Complessivamente la partecipazione è maggiore negli uomini, nelle persone con un livello di istruzione alto, senza difficoltà economiche e in buona salute e si riduce con l'età.

**Rispetto alla precedente rilevazione del 2012-2013** è aumentata la percentuale di persone che ha un lavoro retribuito (11% vs 5%) che partecipa ad attività organizzate come gite e soggiorni e corsi di formazione (9% vs 5%) e che ha frequentato circoli o associazioni (34% vs 25%).

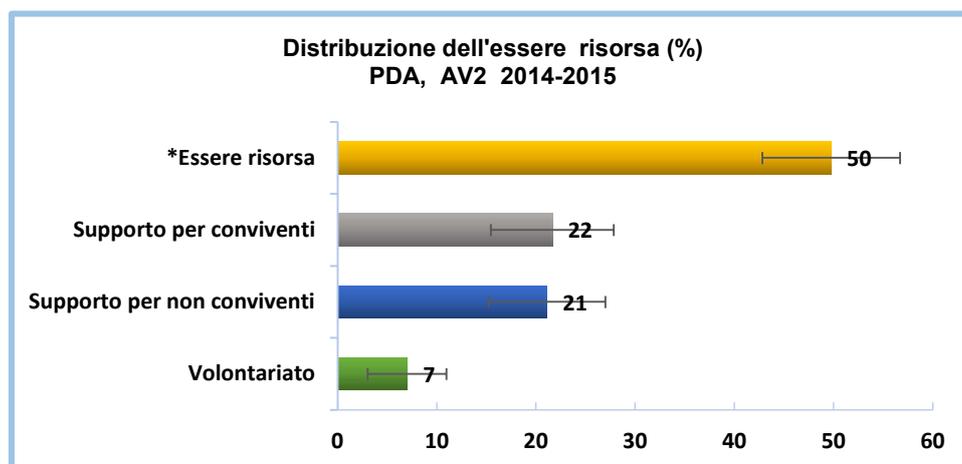
**Nella regione Marche** nella rilevazione del 2014-2015 in una settimana tipo, il 28% degli intervistati ha riferito di svolgere attività con altre persone, circa il 21% degli intervistati ha partecipato a gite o soggiorni organizzati, il 7% del campione ha dichiarato di svolgere un lavoro retribuito e solo il 6% ha partecipato a corsi di cultura e formazione.

**In Italia** nell'indagine del 2016-2017 la partecipazione ad eventi sociali, come gite o soggiorni organizzati o la frequenza a corsi di formazione coinvolge poco più di 2 persone su 10: il 23% degli ultra 65enni ha partecipato a uno di questi eventi, per lo più gite e soggiorni dal momento che meno del 5% frequenta un corso di formazione. Il 6% svolge un lavoro retribuito. La partecipazione a questi eventi sociali si riduce con l'età e comunque coinvolge meno le persone con bassa istruzione o con difficoltà economiche, le donne meno degli uomini.

#### **Indicatori di partecipazione sociale: Confronto (%) – PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017**

	<b>AV2</b> (2014-2015)	<b>AV2</b> (2012-2013)	<b>Italia</b> (2016-2017)
<b>Lavoro retribuito</b>	<b>11,2</b> (IC95% 7,1-15,4)	<b>5,4</b> (IC95% 3,1-7,6)	<b>6</b> (IC95% 5,5-6,5)
<b>Partecipazione gite/soggiorni</b>	<b>20,5</b> (IC95%14,6-26,4)	<b>20,6</b> (IC95% 16,8-24,4)	<b>20,9</b> (IC95% 20,2-21,7)
<b>Partecipazione corsi di formazione</b>	<b>8,5</b> (IC95% 4,4-12,7)	<b>4,8</b> (IC95%2,6-7,0)	<b>4,7</b> (IC95% 4,3-5,1)
<b>Partecipazione centro anziani/circoli/associazioni</b>	<b>33,8</b> (IC95% 27,9-40,4)	<b>24,7</b> (IC95% 20,5-29,0)	<b>29,9</b> (IC95% 28,0-30,8)

### 3.2.2 ESSERE RISORSA PER LA FAMIGLIA E PER LA COMUNITA'

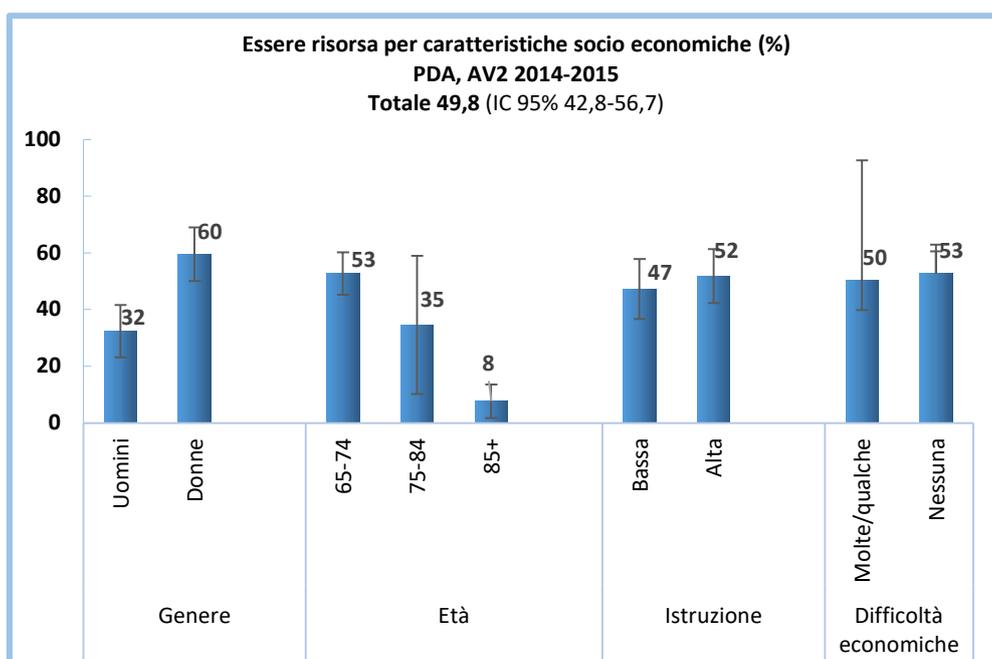


\*Supporto per conviventi e non, partecipa ad attività di volontariato

**Nell'AV2** secondo la rilevazione del 2014-2015 circa il 50% degli intervistati over 65enni rappresenta una risorsa per familiari e collettività: il 22% si prende cura dei propri familiari con cui vive, il 21% di altre persone, familiari o amici, con cui non vive ed il 7% svolge attività di volontariato.

In particolare risultano essere una risorsa le donne, (60% vs 32% degli uomini), coloro che possiedono un livello di istruzione alto (52% vs 47% di chi ha un livello basso), le persone senza difficoltà economiche (53% vs 50% con difficoltà). Tra gli anziani di 75 anni e più, a fronte di proporzioni più alte di persone con limitazioni gravi, decresce notevolmente la quota di chi offre cure.

**Rispetto alla precedente rilevazione del 2012-2013** è aumentata la percentuale di "anziani risorsa" (50% vs 30%). Tale valore risulta essere maggiore anche rispetto a quello nazionale.



**Nella regione Marche** nel periodo 2014-2015 circa il 40% della popolazione ultra 64enne rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Si prendono cura

dei propri familiari, assistono persone care o altri anziani anche attraverso il volontariato. L'essere risorsa è una caratteristica maggiormente diffusa tra le donne (49% vs 27% fra gli uomini).

**In Italia** nel biennio 2016-2017 quasi 1 persona su 3 (29%) rappresenta una risorsa per i propri familiari o per la collettività: il 19% si prende cura di congiunti, il 14% lo fa prendendosi cura di familiari o amici, con cui non vive, e il 6% partecipa ad attività di volontariato. Questa capacità/volontà è prerogativa femminile ma si riduce notevolmente con l'avanzare dell'età, è minore fra le persone meno istruite o con difficoltà economiche.

**Distribuzione dell'essere risorsa: confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013, Italia 2016-2017**

	<b>AV2 (2014-2015)</b>	<b>AV2 (2012-2013)</b>	<b>Italia (2016-2017)</b>
<b>Anziano risorsa</b>	<b>49,8</b> (IC95% 42,8-56,7)	<b>29,7</b> (IC95% 25,3-34,2)	<b>28,1</b> (IC95% 27,3-29,0)
<b>Per familiari</b>	<b>21,6</b> (IC95% 15,4-27,8)	<b>11</b> (IC95% 7,9-14,1)	<b>19,1</b> (IC95% 18,3-19,8)
<b>Altre persone</b>	<b>21,1</b> (IC95% 15,4-27,8)	<b>15,8</b> (IC95% 12,3-19,4)	<b>13,8</b> (IC95% 13,1-14,5)
<b>Volontariato</b>	<b>7</b> (IC95% 3,0-11,0)	<b>3</b> (IC95% 1,3-4,6)	<b>5,1</b> (IC95% 4,7-5,5)

### 3.3 RISCHIO DI ISOLAMENTO

L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale:

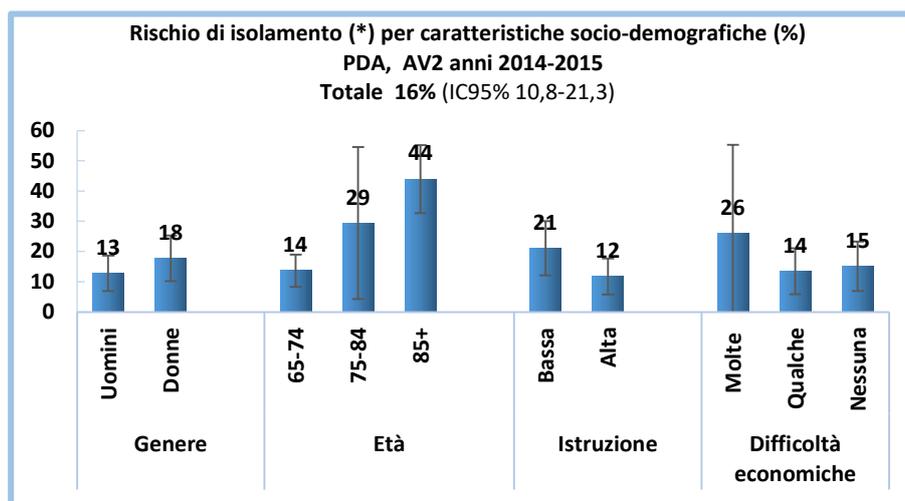
- **dal punto di vista psicologico** la solitudine e l'isolamento sociale sono strettamente correlati ai sentimenti di vulnerabilità, minaccia e ansia, fino alla depressione e a un serio declino della salute fisica e del benessere;
- **dal punto di vista fisico** la mancanza di relazioni sociali risulta essere a tutti gli effetti un fattore di rischio di mortalità al pari di stili di vita non salutari, con cui peraltro l'isolamento si conferma associato (fumo, obesità, alcol o sedentarietà);
- **dal punto di vista sociale** la rete sociale influenza lo stato di salute attraverso meccanismi comportamentali che spesso agiscono simultaneamente, come le forze dell'influenza sociale, i livelli di impegno sociale o la partecipazione e l'accesso a beni materiali e risorse; rispetto ad altri gruppi di età gli anziani soffrono maggiormente dell'isolamento sociale.

#### Isolamento sociale

Secondo la definizione che ne danno Biordi e Nicholson (2009), l'isolamento sociale è la distanza di un individuo, psicologica o fisica o entrambe, dalla rete desiderata o necessaria di relazioni con altre persone. L'isolamento sociale si configura quindi come una perdita di posizionamento all'interno di un gruppo.

Nella sorveglianza Passi d'Argento è stata valutata sia la partecipazione a incontri collettivi che anche il solo fare quattro chiacchiere con altre persone: è stata considerata a rischio di isolamento sociale la persona che in una settimana normale non ha fatto nessuna di queste attività.

#### 3.3.1 LE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE CON 65 ANNI E PIÙ A RISCHIO DI ISOLAMENTO SOCIALE



(\*) Rispondenti con 65 e più anni che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone.

**Nell'AV2**, nella rilevazione del 2014-2015, il 16 % degli intervistati è a rischio di isolamento sociale.

Tale situazione si riscontra più frequentemente: nel sesso femminile (18% vs 13%), tra gli ultra 85enni, tra i meno istruiti (21% vs 12%). Circa una persona su 10 che vivono da sola si trova in una condizione di isolamento sociale.

Nella precedente **rilevazione in AV2 del 2012-2013** risultava che il numero di persone intervistate in condizione di isolamento sociale era più elevato, il 20%, ma la distribuzione per caratteristiche socio economiche era sovrapponibile.

**Nelle Marche** nel periodo 2014-2015 gli anziani a rischio di isolamento sociale sono risultati il 19%.

**In Italia** nel biennio 2016-2017, si stima che circa 2 ultra 65enni su 10 vivono in una condizione di isolamento sociale.

**Isolamento: Confronto % - PDA, AV2 2014-2015 con AV2 2012-2013 e Italia 2016-2017**

	AV2 (2014-2015)	AV2 (2012-2013)	Italia (2016-2017)
Isolamento sociale	16 (IC95% 10,8-21,3)	19,8 (IC95% 15,7-23,8)	19,7 (IC95% 19,0-20,5)

## Capitolo 4 – La popolazione anziana ed il ricorso ai servizi sanitari nell'Area Vasta 2

### 4.1 L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento della prevalenza delle patologie croniche non trasmissibili sono attualmente tra le più importanti sfide che il Servizio Sanitario Nazionale sta affrontando con diversi strumenti tra cui la graduale riconfigurazione dell'offerta dei servizi sanitari, ancora troppo ospedalocentrica, in favore di un modello centrato sulla rete socio-sanitaria territoriale.

Nell'ambito di questa riorganizzazione di fondamentale importanza sono:

- il buon funzionamento delle cure domiciliari che rappresentano un bene fondamentale soprattutto per i pazienti anziani e cronici. Quest'ultimi infatti necessitano frequentemente di prestazioni di media-alta complessità assistenziale e spesso presentano anche delle fragilità sociali;
- il perseguimento della "continuità dell'assistenza" nella fase che va dalle dimissioni ospedaliere alla prosecuzione delle cure sul territorio. Tale continuità si concretizza, tra l'altro, attraverso la garanzia di un "passaggio organizzato" del paziente da un setting assistenziale all'altro.

Nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, che definisce i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), viene esplicitamente affermato che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità percorsi assistenziali a domicilio, privilegiando interventi che favoriscono la permanenza degli assistiti nella propria dimora, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali<sup>7</sup>. L'assistenza domiciliare integrata diviene quindi un *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale; essa si configura come un servizio in grado di gestire, a casa della "persona fragile", interventi sostitutivi dei ricoveri. Ciò comporta benefici sia in termini di benessere degli assistiti, sia in termini di appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse<sup>8</sup>. Di seguito si è provato a quantificare il numero di anziani trattati in ADI nella nostra Area Vasta 2 e si è cercato di mettere in evidenza alcune caratteristiche del servizio.

#### 4.1.1 QUANTIFICAZIONE DEL NUMERO DI ANZIANI TRATTATI IN ADI, IN AV2

Il numero complessivo di pazienti "presi in carico" in Assistenza Domiciliare nell'Area Vasta 2 è stato pubblicato dall'ARS sul "Profilo di Salute regionale, anno 2019"<sup>9</sup>. I valori si riferiscono al quadriennio 2015-2018 (Tab. 4.1.1.).

Dai dati presentati si evince che, in tutti i distretti dell'AV2 nel periodo temporale considerato, l'erogazione del servizio ha registrato importanti aumenti: complessivamente nella nostra Area Vasta c'è stata una variazione percentuale 2015-2018 pari a + 70% (+ 62% nelle Marche).

<sup>7</sup> Artt. 21 e 22 del DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017 – Supplemento n. 15)

<sup>8</sup> Pelliccia L: "Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari". Pubblicato sulla rivista online del Network Non Autosufficienza (NNA): "I luoghi della cura", n. 1-2019 Gennaio <https://www.luoghicura.it/pubblicazioni/numero-1-2019/> (ultimo accesso 15 novembre 2019)

<sup>9</sup> Ars Marche: "Profilo di salute 2° report. Anno 2019". Regione Marche <http://www.regione.marche.it/portals/3/BlogHomePage/Profilo%20di%20Salute%20Regione%20Marche%20%20C2%B0%20Report%20anno%202019.pdf> Ultimo accesso 10 dicembre 2019

**Tab. 4.1.1. Numero di pazienti in Assistenza Domiciliare, distribuzione per Distretti dell'Area Vasta. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2015-2018**

Area Territoriale	anno				Var% 2015-2018
	2015	2016	2017	2018	
Senigallia	731	1.030	1.435	1.388	89,9
Jesi	449	413	844	854	90,2
Fabriano	412	343	432	507	23,1
Ancona	1.053	777	1.672	1.752	66,4
AV2	2.645	2.563	4.383	4.501	70,2
Marche	10.486	11.261	15.384	16.989	62,0

Fonte: *Profilo di Salute, Regione Marche 2° report. Anno 2019, pag. 46*  
<http://www.regione.marche.it/portals/3/BlogHomePage/Profilo%20di%20Salute%20Regione%20Marche%202020C2%B0%20Report%20anno%202019.pdf> Ultimo accesso 10 dicembre 2019

In tabella 4.1.2. vengono riportati i dati percentuali degli anziani assistiti in ADI nelle diverse aree territoriali della Regione Marche per il quadriennio 2015-2018. La fonte è sempre il Profilo di Salute regionale, anno 2019. In AV2 nel 2018 (ultimo anno disponibile) il range va da 1,8% del distretto di Ancona al 4,3% del distretto di Senigallia.

**Tab. 4.1.2 Tasso (x 100) di pazienti >= 65 anni in ADI, per area ne territoriale. Regione Marche, anni 2015-2018**

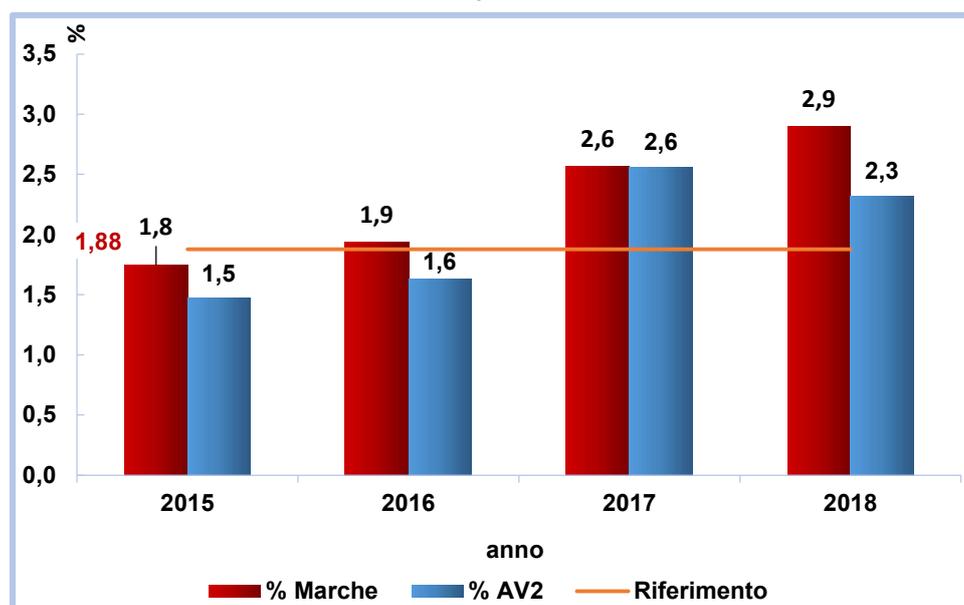
Area Territoriale	Anno			
	2015	2016	2017	2018
Senigallia	2,63	3,83	5,11	4,29
Jesi	0,79	0,79	1,9	2,02
Fabriano	1,42	1,18	1,59	2,38
Ancona	1,03	0,7	1,65	1,80
AV2	1,47	1,63	2,56	2,32
Marche	1,75	1,94	2,57	2,90

Fonte: *Profilo di Salute, Regione Marche 2° report. Anno 2019, pag. 47*  
<http://www.regione.marche.it/portals/3/BlogHomePage/Profilo%20di%20Salute%20Regione%20Marche%202020C2%B0%20Report%20anno%202019.pdf> Ultimo accesso 10 dicembre 2019

Nella griglia LEA si afferma che come "soglia di normalità" per questo indicatore viene considerata una percentuale  $\geq$  a 1,88; il grafico 4.1.1 mostra che tale valore, è stato raggiunto e superato in AV2 nel biennio 2017-2018, mentre nella regione Marche nel triennio 2016-2018.

Per l'ADI, non esistono standard nazionali di riferimento sulla copertura attesa dalle Regioni: quasi tutte si collocano nel range tra il 2 e il 4%.

Comunque negli ultimi anni, in generale, si è assistito ad un progressivo e costante aumento della numerosità dei casi presi in carico.

**Graf. 4.1.1 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI sul totale della popolazione anziana residente. Confronto AV2-Marche, anni 2015-2018.**

Fonte: Fonte: Profilo di Salute, Regione Marche 2° report. Anno 2019, Elaborazioni UOS "Epidemiologia", Ancona.

#### 4.1.2 ANZIANI IN ADI, CON VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

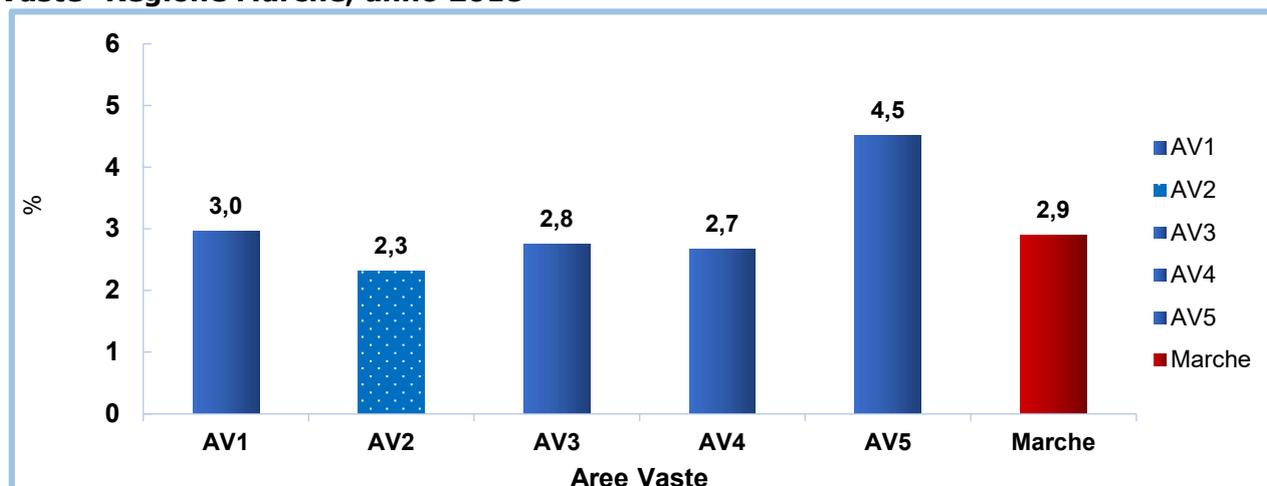
La proposta di inserimento di un paziente in assistenza domiciliare integrata è fatta solitamente dal Medico di Medicina Generale. Essa viene valutata da un gruppo di figure professionali - l'Unità di Valutazione multidisciplinare (UVM) - costituita generalmente da un medico, un infermiere, un fisioterapista ed anche quando possibile da un operatore dei servizi sociali del distretto o del Comune di riferimento. L'UVM ha il compito di valutare le condizioni cliniche del paziente, il suo stato di disabilità, lo stato delle funzioni mentali, l'assetto sociale ed abitativo, utilizzando degli idonei strumenti di valutazione multidimensionale.

Da questa valutazione ne consegue un giudizio sull'appropriatezza della richiesta di presa in carico del paziente in ADI e, sempre sulla base di tale valutazione, viene definito il "Progetto di assistenza individuale socio-sanitario integrato" (PAI). La percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione è un indicatore che rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione multidimensionale, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'UVM. L'indicatore non tiene conto quindi delle cure prestazionali mono professionali occasionali erogate al domicilio del paziente.

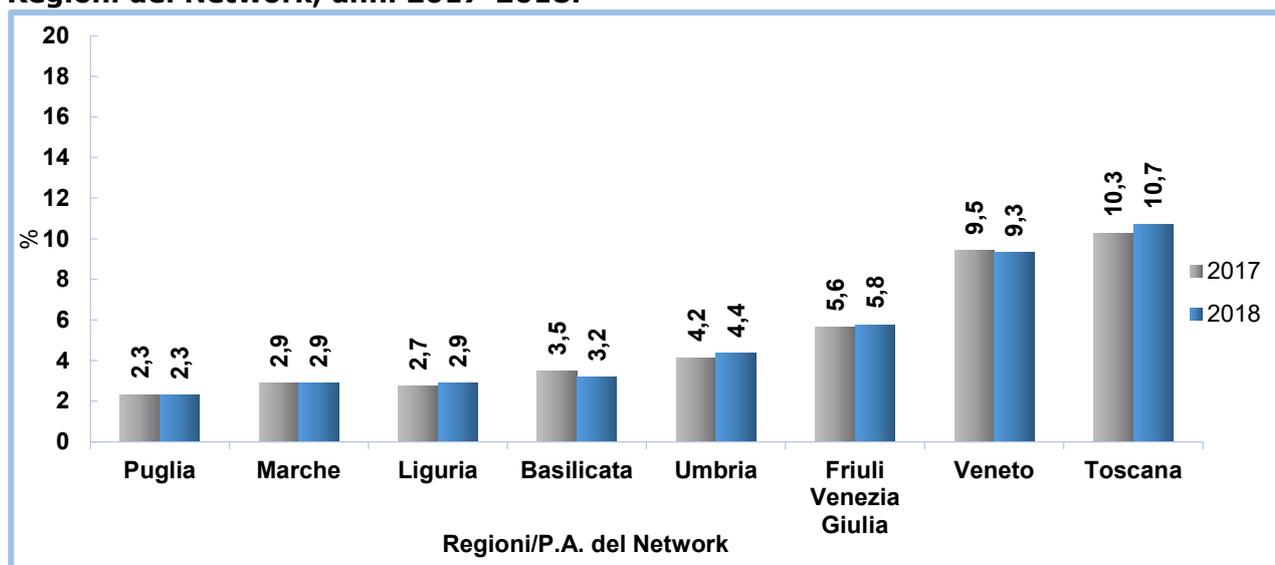
Il network delle Regioni<sup>10</sup> che aderiscono al "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali" (facente capo al Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa), da anni monitora l'andamento di questo indicatore. Per l'Area Vasta 2 nel 2018 la percentuale è pari al 2,3%, inferiore al dato della regione Marche pari al 2,9%.

Complessivamente il quadro che viene restituito dall'analisi del Network delle Regioni, per il biennio 2017-2018 è ancora quello di un non sistematico utilizzo della valutazione multidimensionale non solo in AV2 (grafico 4.1.2), ma anche in tutto il territorio regionale come risulta dal confronto tra la Regione Marche e le altre Regioni che fanno parte di questo Sistema di Valutazione (grafico 4.1.3).

<sup>10</sup> Basilicata, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento Umbria, Veneto

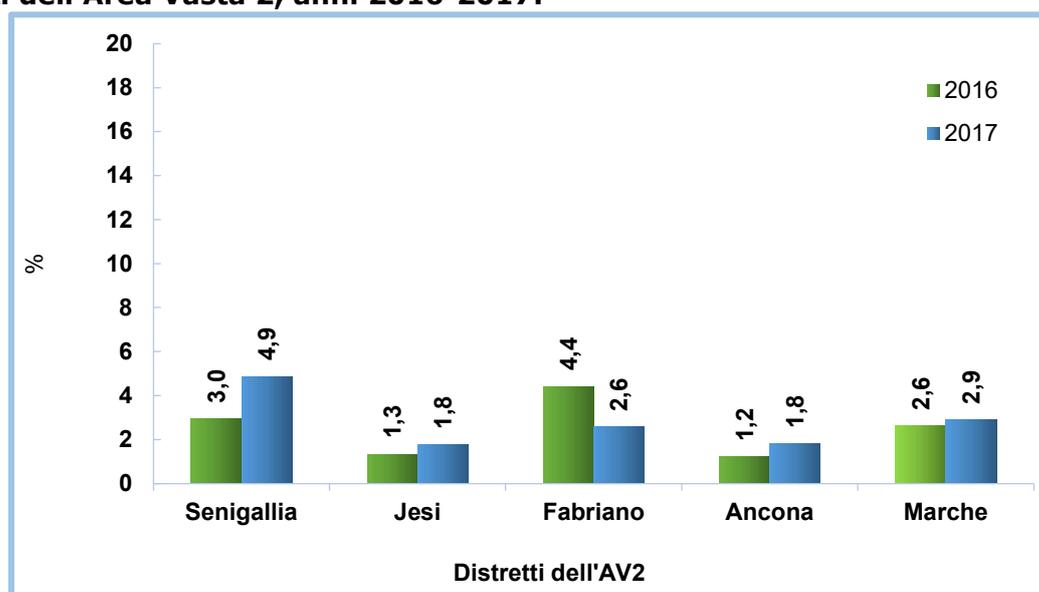
**Graf. 4.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione. Confronto Aree Vaste- Regione Marche, anno 2018**

Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 385 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019)

**Graf. 4.1.3 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione. Confronto tra Regioni del Network, anni 2017-2018.**

Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 385 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019).

La situazione all'interno dell'AV2 viene invece mostrata nel grafico 4.1.4: i dati sono relativi agli anni 2016-2017; in questo periodo è evidente un trend in crescita dell'utilizzo della valutazione multidimensionale per il paziente in ADI in tutti i distretti ad eccezione di quello di Fabriano.

**Graf. 4.1.4 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione. Confronto tra Distretti dell'Area Vasta 2, anni 2016-2017.**

Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Reports anni 2016 e 2017, pag. 194 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019).

#### 4.1.3 LE CURE DOMICILIARI, PER LIVELLO D'INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Il DPCM sui LEA del 2017 classifica l'ADI in sottolivelli facendo riferimento al Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Si tratta sostanzialmente di un indicatore che misura la frequenza degli accessi nel periodo di presa in carico<sup>11</sup>. L'obiettivo è quello di distinguere le "cure domiciliari integrate vere e proprie", da quelle definite di "livello base" corrispondenti ad interventi meramente estemporanei-prestazionali che rispondono a bisogni di bassa complessità e, conseguentemente, richiedono una frequenza minima (meno di una volta alla settimana). Le cure domiciliari integrate vere e proprie invece vengono classificate in tre livelli (I, II, III), per questi è prevista una sempre maggiore intensità degli accessi, multi-professionalità e complessità delle risposte (art. 22). Il DPCM fa poi un'altra distinzione dedicata alle cure palliative domiciliari (art. 23), a loro volta articolate su due livelli (base e specialistico)<sup>12</sup>.

Il discrimine tra cure domiciliari di livello base e quelle di livello più complesso è un valore di CIA pari a 0,13 che equivale a quattro accessi domiciliari in 30 giorni.

L'assunto è che, in un dato periodo (rappresentato dal primo all'ultimo accesso a domicilio del paziente) più la frequenza di accesso è elevata, maggiore è la complessità dell'assistenza richiesta dal caso e di conseguenza probabilmente più impegnativo da gestire a domicilio è il caso stesso.

Da tempo il Network delle Regioni che aderiscono al "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali, monitora anche l'intensità dell'Assistenza Domiciliare all'anziano assistito in ADI, attraverso il seguente indicatore proxy: "percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari".

Per l'Area Vasta 2 nel 2018 la percentuale è pari all'89%, superiore al dato della regione Marche pari all'84% e complessivamente l'analisi evidenzia una elevata intensità assistenziale oltre che in AV2, che su tutto il territorio regionale (grafico 4.1.4). Il confronto tra le Marche e le altre Regioni facenti parte del Network fornisce la conferma che nel nostro

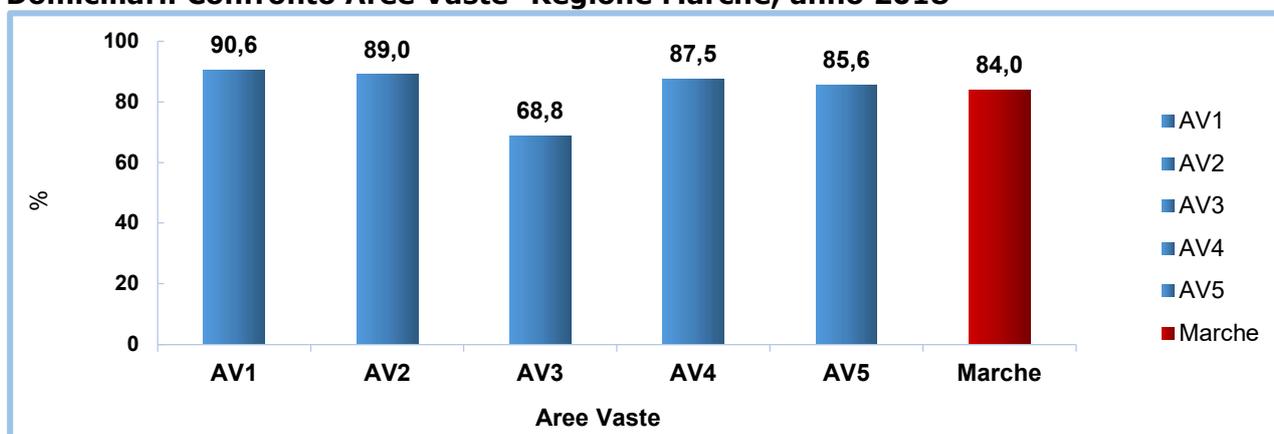
<sup>11</sup> Il CIA viene calcolato come rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso.

<sup>12</sup> DPCM 12 gennaio 2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)" <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&articolo=22>

territorio regionale vi è un'elevata percentuale di prese in carico con CIA > 0,13 tra gli anziani assistiti in ADI (grafico 4.1.5).

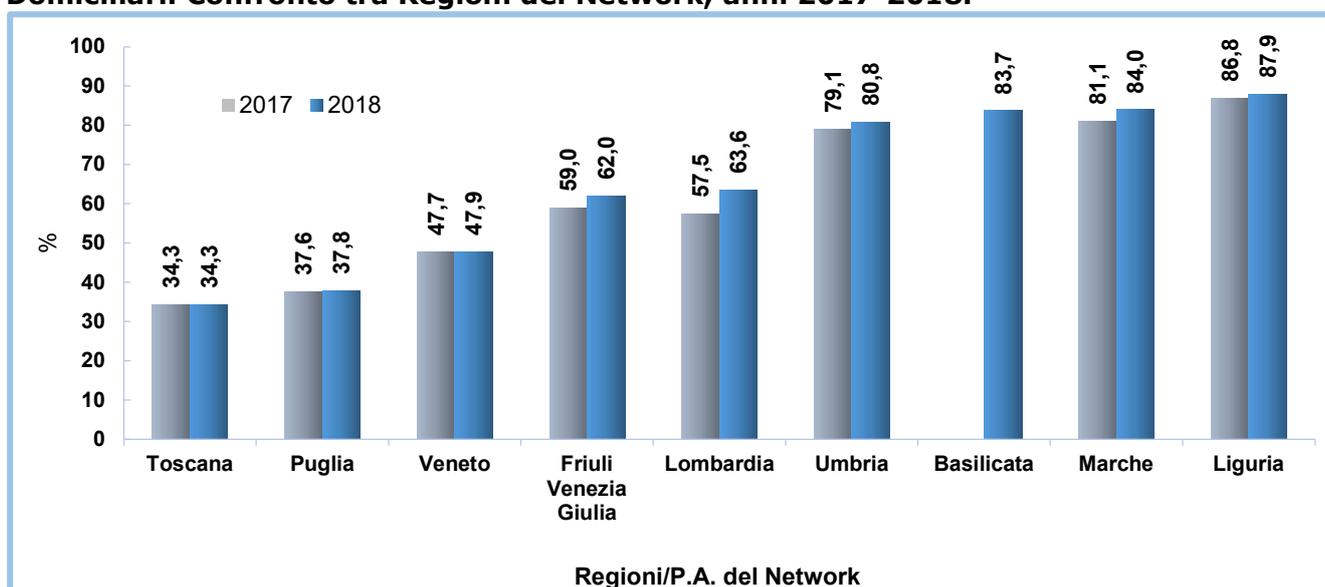
A livello nazionale nel 2017 circa il 38% delle prese in carico erano annoverabili quali cure domiciliari di base.

**Graf. 4.1.4 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari. Confronto Aree Vaste- Regione Marche, anno 2018**



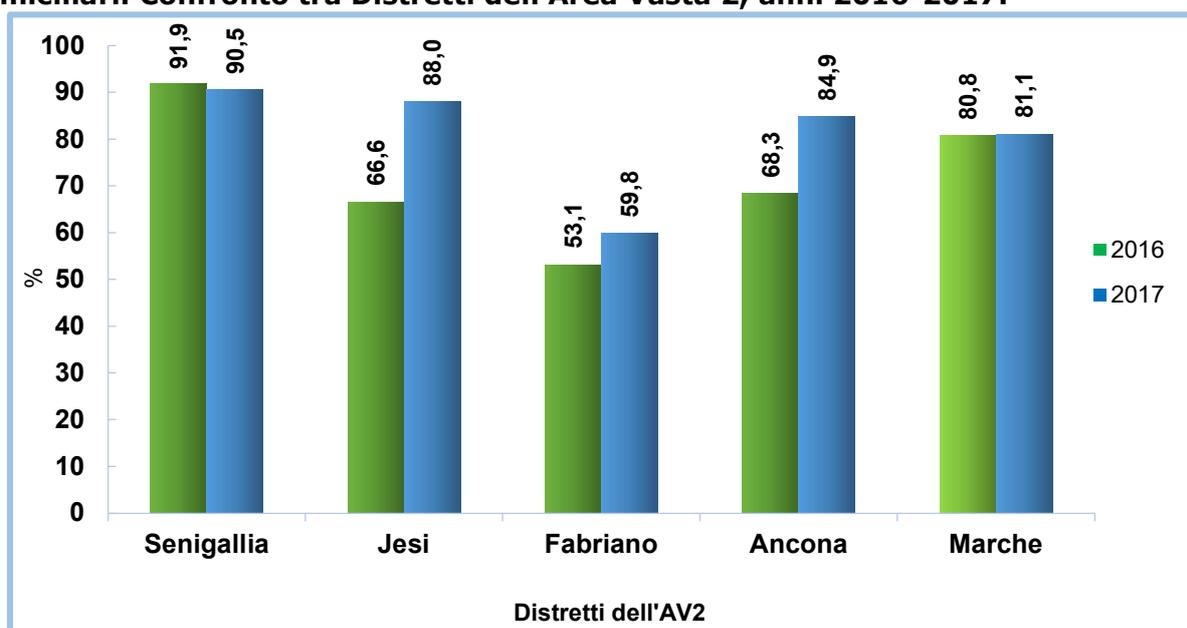
Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 387 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019)

**Graf. 4.1.5 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari. Confronto tra Regioni del Network, anni 2017-2018.**



Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 387 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019)

La situazione all'interno dell'AV2 viene mostrata nel grafico 4.1.6: i dati sono relativi agli anni 2016-2017; in questo periodo è evidente a Senigallia un'elevata intensità assistenziale costante nel biennio; essa è in forte aumento nei distretti di Jesi ed Ancona; a Fabriano invece, seppure i valori siano in miglioramento, l'intensità dell'assistenza in ADI risulta costantemente più bassa rispetto agli altri distretti dell'AV2.

**Graf. 4.1.6 Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari. Confronto tra Distretti dell'Area Vasta 2, anni 2016-2017.**

Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Reports anni 2016 e 2017, pag. 196 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019).

#### 4.1.4 LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA NEL PASSAGGIO DAL RICOVERO OSPEDALIERO ALLE CURE DOMICILIARI

Il momento della dimissione ospedaliera del paziente anziano, affetto da patologie croniche che richiedono assistenza e cura continuata nel tempo, molto spesso evidenzia importanti difficoltà inerenti la possibilità di far fronte alla necessità di erogazione di cure ed assistenza senza soluzione di continuità.

Da una parte infatti c'è il paziente fragile, con la riduzione del suo livello di autonomia e delle sue capacità relazionali, dall'altra il più delle volte c'è una struttura familiare "debole" nello svolgimento di questa assistenza, a causa della propria organizzazione di vita.

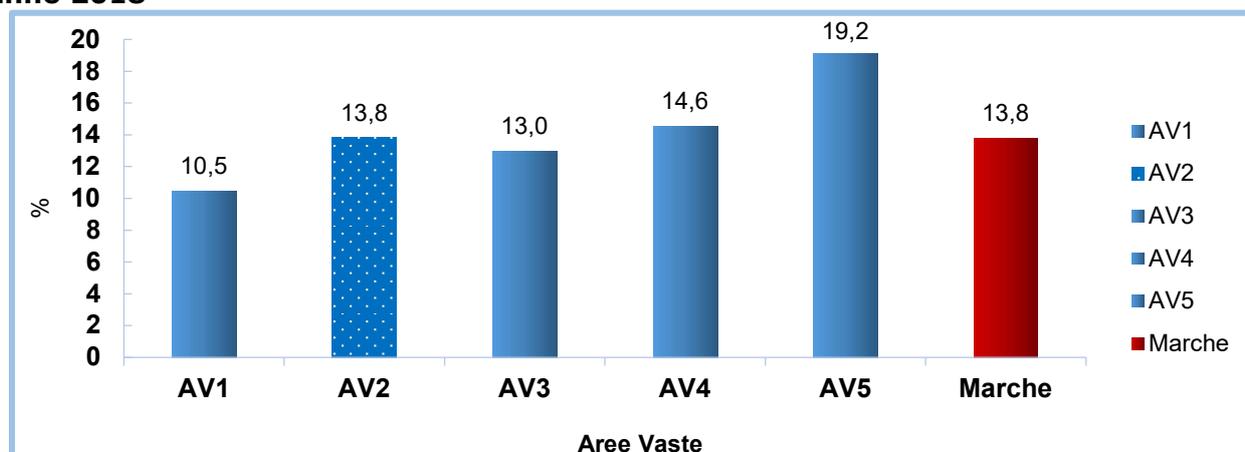
Di qui la necessità di un passaggio organizzato, tempestivo e competente, da un setting assistenziale all'altro, che garantisca al paziente la necessaria continuità assistenziale e che aiuti la famiglia in un riequilibrio del suo assetto domestico.

La "percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni" è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla tempestiva presa in carico dei pazienti più fragili sul territorio stesso. Anche questo indicatore è da tempo monitorato dal Network delle Regioni che aderiscono al "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali".

Per l'Area Vasta 2 nel 2018 la percentuale è pari a circa il 14%, uguale al dato della regione Marche (grafico 4.1.7). Complessivamente il quadro che viene restituito dall'analisi del Network delle Regioni, per il biennio 2017-2018 è quello di un aumento debole o di una sostanziale stabilità dei valori di questo indicatore (grafico 4.1.8).

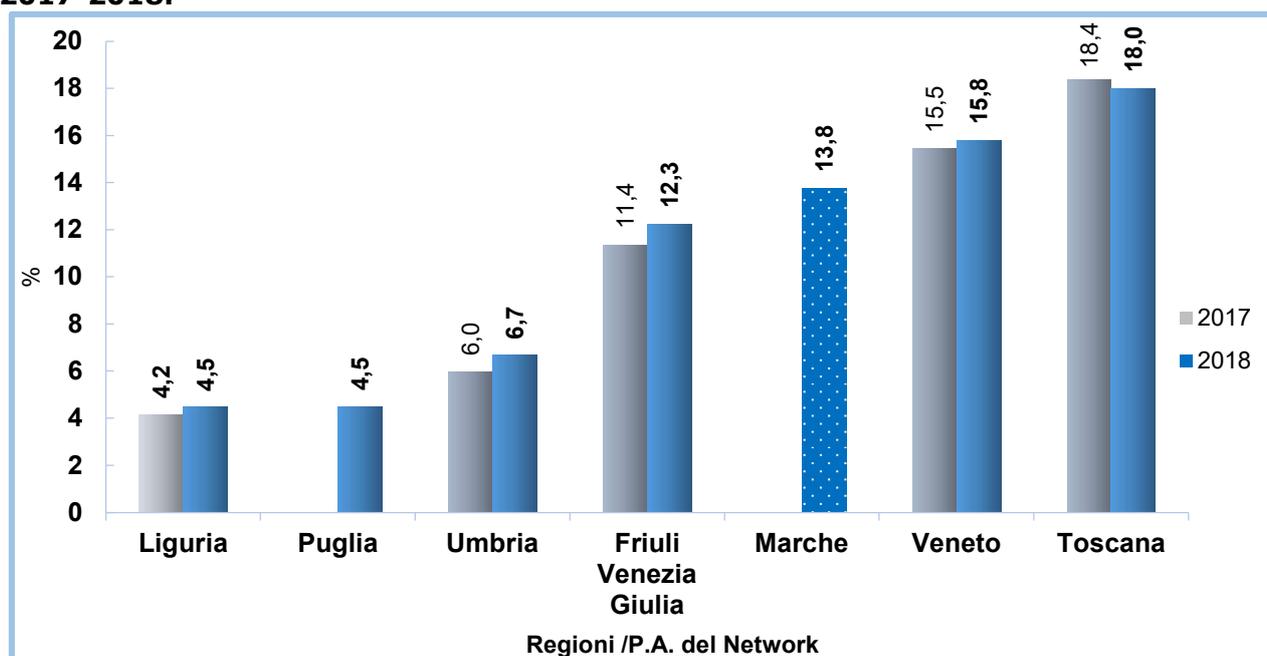
La situazione all'interno dell'AV2 viene invece mostrata nel grafico 4.1.9: i dati sono relativi agli anni 2016-2017; in questo periodo è evidente uno spiccato trend in crescita in tutti i distretti.

**Graf. 4.1.7 Percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni. Confronto Aree Vaste- Regione Marche, anno 2018**



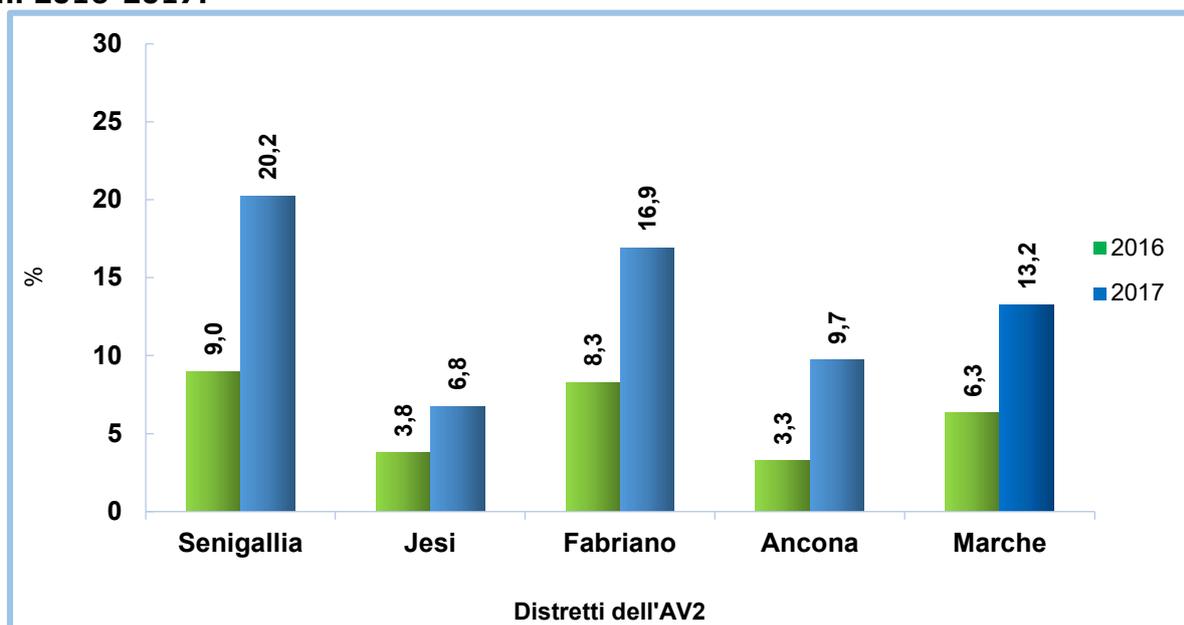
Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 386 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019)

**Graf. 4.1.8 Percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75 enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni. Confronto tra Regioni del Network, anni 2017-2018.**



Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 386 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019)

**Graf. 4.1.9 Percentuale di dimissioni dall'ospedale a domicilio di ultra 75 enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni. Confronto tra Distretti dell'Area Vasta 2, anni 2016-2017.**



Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Reports anni 2016 e 2017, pag. 196 <http://performance.sssup.it/netval/start.php> (ultimo accesso 19 novembre 2019).

## 4.2 L'assistenza ospedaliera

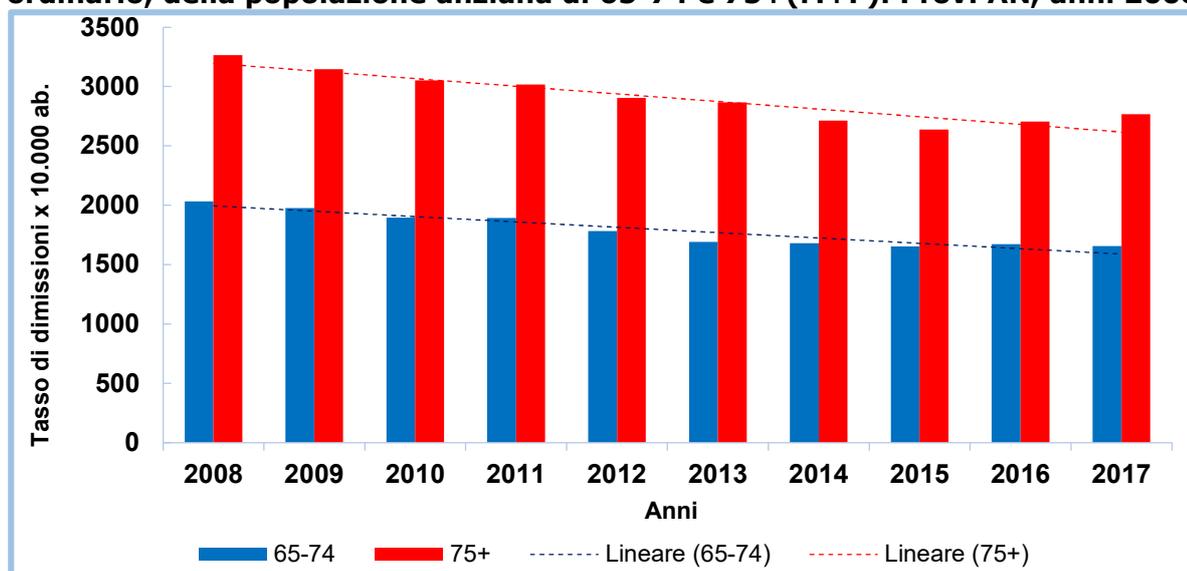
Nonostante sia opportuno che il Servizio Sanitario Nazionale privilegi sempre di più, per le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, percorsi assistenziali a domicilio, ancora oggi il ricovero ospedaliero rappresenta la risposta più efficace in caso di comparsa di uno scompenso o riacutizzazione di malattia, come anche in caso di insorgenza di nuovi sintomi che fanno sospettare l'insorgenza di un'altra nuova patologia.

Una misura sintetica circa il ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione anziana viene ottenuta dal calcolo del tasso di ospedalizzazione, solitamente elaborato separatamente per ricoveri ordinario e per i day hospital.

I grafici 4.2.1 e 4.2.2 evidenziano che, in provincia di Ancona nel decennio 2008-2017, i valori del tasso di ospedalizzazione (tassi per 10.000 abitanti) in regime di ricovero ordinario, sono sempre molto più elevati di quelli in regime di day hospital in entrambe le fasce d'età anziane.

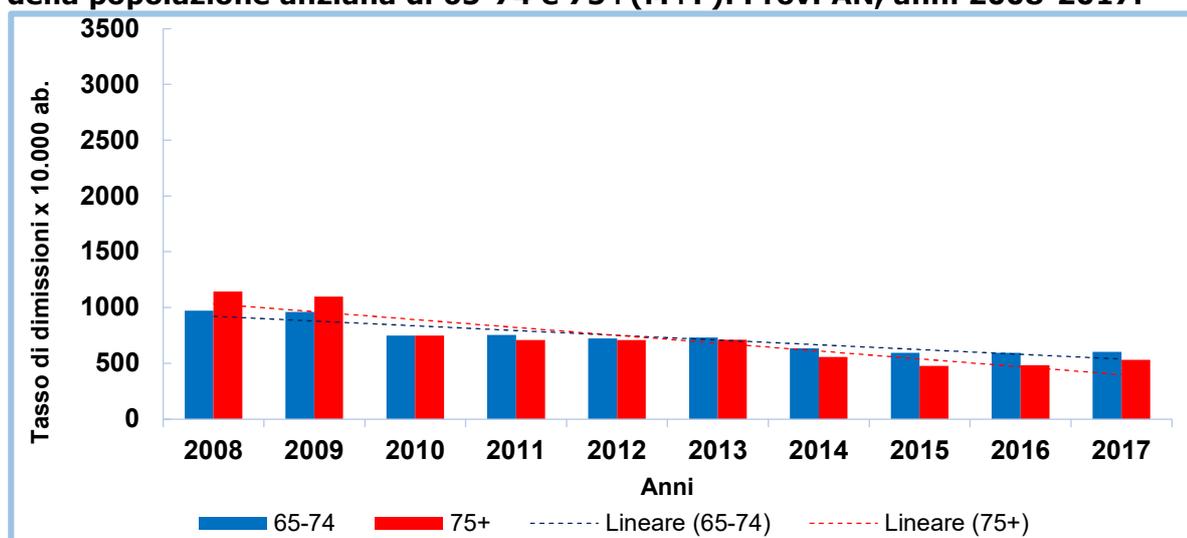
L'analisi del trend mette chiaramente in evidenza una costante e generale riduzione dei tassi di ospedalizzazione per entrambe le tipologie di ricovero ospedaliero: infatti, rispetto al 2008, il valore più recente dell'indicatore in regime ordinario, ha subito una diminuzione all'incirca di -18% e -15% rispettivamente nei pazienti in età 65-74 anni e 75 e più; mentre la diminuzione dei ricoveri in regime di day hospital è stata pari a -38% nella fascia dei 65-74enni e -53% negli ultra settantaquattrenni.

**Graf. 4.2.1 Tasso di ospedalizzazione (x 10.000 abitanti), in regime di ricovero ordinario, della popolazione anziana di 65-74 e 75+(M+F). Prov. AN, anni 2008-2017.**



Fonte: db ISTAT - HFA, 2019. Elaborazioni UOS "Epidemiologia", Ancona

**Graf. 4.2.2 Tasso di ospedalizzazione (x 10.000 abitanti), in regime di day hospital, della popolazione anziana di 65-74 e 75+(M+F). Prov. AN, anni 2008-2017.**



Fonte: db ISTAT - HFA, 2019. Elaborazioni UOS "Epidemiologia", Ancona

Nel 2017 le patologie che più di frequente hanno motivato il ricorso al ricovero ospedaliero, da parte degli anziani di sesso maschile, sono state le malattie del sistema circolatorio e le neoplasie maligne sia tra i 65-74enni che tra i 75enni e più. A seguire tra i "giovani anziani" si osservano le malattie dell'apparato digerente e quelle dell'apparato genito urinario, mentre tra i "grandi anziani" le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie dell'apparato genito-urinario (Tab. 4.2.1)

Sempre nel 2017 le patologie che invece più di frequente hanno motivato il ricorso al ricovero ospedaliero, da parte delle donne tra 65-74 anni, sono state (a differenza di quanto registrato per gli uomini) le malattie del sistema muscolare e del tessuto connettivo: "solo" al secondo ed al terzo posto si ritrovano rispettivamente i tumori maligni e le malattie del sistema circolatorio. Tra le anziane con 75 anni e più invece il primo motivo di ricovero ospedaliero ritorna ed essere la patologia cardiocircolatoria, mentre al secondo posto

compaiono i traumatismi e gli avvelenamenti ed al terzo le patologie dell'apparato respiratorio. I tumori maligni risultano essere la quarta causa di ricorso all'ospedalizzazione (Tab. 4.2.2.).

**Tab. 4.2.1. Tasso di dimissioni (x 10.000 abitanti), per età e gruppi di patologia, nel genere maschile. Prov. Ancona, anno 2017**

Gruppi di patologie	M (65-74)		M (75+)	
	Rango	Tasso x 10.000	Rango	Tasso x 10.000
malattie sistema circolatorio	1	555,0	1	1016,9
tumori maligni	2	436,3	2	591,2
malattie apparato digerente	3	321,1	5	353,8
malattie apparato genito-urinario	4	270,6	4	359,5
malattie sistema muscolare e del tessuto connettivo	5	189,3	9	130,3
malattie dell'apparato respiratorio	6	159,8	3	473,1
malattie sistema nervoso e degli organi di senso	7	139,6	7	197,3
traumatismi ed avvelenamenti	8	136,1	6	286,4
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	9	68,2	8	158,5
malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	10	34,7	10	61,7
malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	11	28,8	12	42,1
malattie infettive e parassitarie	12	18,9	11	43,3
malattie sangue, degli organi ematopoietici e disturbi immunitari	13	11,0	13	32,7

Fonte: db ISTAT - HFA, 2019. Elaborazioni UOS "Epidemiologia", Ancona

**Tab. 4.2.2. Tasso di dimissioni (x 10.000 abitanti), per età e gruppi di patologia, nel genere femminile. Prov. Ancona, anno 2017**

Gruppi di patologie	F (65-74)		F (75+)	
	Rango	Tasso x 10.000	Rango	Tasso x 10.000
malattie sistema muscolare e del tessuto connettivo	1	288,2	6	170,1
tumori maligni	2	246,5	4	276,9
malattie sistema circolatorio	3	241,2	1	709,8
malattie apparato digerente	4	151,4	5	246,2
traumatismi ed avvelenamenti	5	139,3	2	354,0
malattie apparato genito-urinario	6	136,8	7	155,6
malattie sistema nervoso e degli organi di senso	7	107,6	8	137,7
malattie dell'apparato respiratorio	8	93,7	3	308,8
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	9	44,9	9	107,3
malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	10	26,7	13	21,0
malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	11	21,0	10	49,9
malattie infettive e parassitarie	12	18,2	11	42,9
malattie sangue, degli organi ematopoietici e disturbi immunitari	13	7,5	12	24,2

Fonte: db ISTAT - HFA, 2019. Elaborazioni UOS "Epidemiologia", Ancona

## 5. Conclusioni

La sorveglianza epidemiologica "Passi d'Argento" è una fonte informativa preziosa in quanto fornisce informazioni "affidabili" su aspetti socio-economici e sanitari della popolazione anziana, con disaggregazione fino a livello di Area Vasta. Ciò non è possibile con altri flussi informativi correnti. Per questo motivo è stata utilizzata per la stesura di molti capitoli di questo report.

Nell'Area Vasta 2 la componente di popolazione anziana è notevole: 1 residente ogni 4 ha più di 65 anni, a testimonianza che i marchigiani sono tra i più longevi d'Italia.

Dal campione di intervistati durante la sorveglianza di PASSI d'Argento del 2014-2015, costituito dal 42% di uomini e dal 58% di donne, emerge che il 32% ha un titolo di studio alto (scuole superiori, laurea), quasi tutti percepiscono una pensione, ma più di un anziano su due dichiara di avere difficoltà economiche per arrivare a fine mese con le risorse di cui dispone, il 6% dichiara di avere molte difficoltà.

Circa 113.436 over64enni (94,5%), su una popolazione di 119.959, hanno comunque una percezione positiva della propria vita e 94.887 (79%) sono soddisfatti della vita che conducono.

Quello che risulta evidente in questo biennio è la presenza di una popolazione anziana dove le problematiche tipiche dell'età, come la perdita di autonomia, l'aumento delle patologie croniche o l'isolamento sociale, si presentano per la maggior parte dopo i 75 anni.

Nella tabella seguente abbiamo tentato di offrire indicazioni operative per i problemi rilevati con la sorveglianza Passi d'Argento nel biennio 2014-2015.

<b>Problema rilevato</b>	<b>Azioni proposte</b>
<b>Disabilità</b> 4.078 ultra 64enni (3,4%) in condizioni di "disabilità", 6.237 (5,2%) in condizioni di fragilità.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorizzare le capacità a proprio favore, della propria famiglia e della collettività,</li> <li>• migliorare le attività di promozione della salute e di prevenzione.</li> </ul>
<b>Patologie croniche</b> 71.615 ultra 64enni (59,7%) affetti da una o più patologie croniche.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adottare uno stile di vita sano che include regolare attività fisica, sana alimentazione e di evitare il fumo;</li> <li>• svolgere indagini cliniche per la diagnosi precoce (screening per il tumore del seno, della cervice uterina e del colon retto, del diabete - e relative complicazioni - e della depressione).</li> </ul>
<b>Depressione</b> 10.556 (8,8%) persone con sintomi di depressione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricercare la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'anziano presenta malattie croniche o altri fattori di rischio</li> <li>• promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi perché chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili a risolvere il problema.</li> </ul>
<b>Vista, udito, masticazione</b> 5.038 (4,2%) ultra 64enni con problemi di vista, 12.476 (10,4%) con problemi di udito, 8.277 (6,9%) con difficoltà nella masticazione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorveglianza, educazione sanitaria della popolazione, coordinamento degli screening, migliorare diagnosi e terapia;</li> <li>• Favorire l'accesso ad un'assistenza oftalmica e otorinolaringoiatrica per cure adeguate.</li> </ul>

<p><b>Cadute</b> Circa 8.757 ultra 64enni (7,3%) caduti nei 30 giorni precedenti l'intervista 14.155 persone (solo l'11,8%) hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico o di un operatore sanitario di come prevenire le cadute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening dei pazienti anziani per il rischio di cadute e applicazione di strategie preventive per i pazienti a rischio;</li> <li>• promuovere esercizi fisici individualizzati mirati a migliorare la forza, la deambulazione, l'equilibrio, gli spostamenti e la salita delle scale;</li> <li>• rivalutare le terapie farmacologiche, specialmente in caso di poli-farmaco terapia; assunzione di integratori di vitamina D; controlli alla vista annuali; piccoli interventi di sicurezza nelle infrastrutture e nell'arredo delle abitazioni.</li> </ul>
<p><b>Sedentarietà</b> Circa 38.626 ultra 64enni (32,2%) adotta uno stile di vita sedentario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere almeno 300 minuti a settimana di attività fisica aerobica di intensità moderata oppure 150 minuti a settimana di attività fisica aerobica intensa.</li> </ul>
<p><b>Peso corporeo</b> Circa 78.000 persone con 65 anni e più (circa 65,2%) sono in eccesso ponderale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adottare regole alimentari universali quali una colazione abbondante tutte le mattine ricca di carboidrati a rapido assorbimento e uno spuntino a metà mattina a base di frutta; evitare snack zuccherati e/o grassi, bevande alcoliche, troppa carne rossa e insaccati;</li> <li>• Promuovere frequente attività fisica o sport di intensità moderata meglio se praticati in gruppo (che includono anche aspetti di aggregazione sociale).</li> </ul>
<p><b>Fumo di sigaretta</b> 10% (circa 11.636) di fumatori tra le persone con 65 anni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere la cessazione e ridurre l'esposizione passiva al fumo negli ambienti chiusi quali locali pubblici, ambienti di lavoro confinati e abitazioni;</li> <li>• ridurre la disponibilità dei prodotti del tabacco e gli stimoli a fumare.</li> </ul>
<p><b>Alcool</b> 62.498 (52,1%) ultra 64enni che consumano abitualmente alcol 37.907 (31,6 %) di consumatori di alcol "a rischio".</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare precocemente i consumatori a maggiore rischio, con particolare attenzione a coloro che, per patologie o per assunzione di farmaci, dovrebbero evitare il consumo di alcol.</li> </ul>
<p><b>Frutta e verdura</b> 78.213 (circa il 66,1%) ultra 64enni che consumano tre o più porzioni di frutta e verdura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire il consumo di frutta e verdura, realizzare opuscoli tematici con una sezione sulla corretta alimentazione dedicata alla popolazione anziana;</li> <li>• rendere più accessibili gli esercizi commerciali che vendono prodotti ortofrutticoli freschi, aumentare la disponibilità di frutta e verdura presso i commercianti al dettaglio, supportare e la promuovere gli orti urbani e domestici.</li> </ul>

Infine le criticità sociali più comuni emerse nella realtà dell'Area Vasta 2 sono rappresentate da vivere da soli (1 su 10), presenza di difficoltà economiche (5 su 10), presenza di almeno

un problema nell'abitazione (quasi 6 persone su 10 dichiarano di avere un'abitazione non adeguata o troppo piccola o in cattive non abbastanza riscaldata, o di avere spese troppo alte, ecc.) e 1 su 10 di non avere un'abitazione propria.

Oltre a queste va comunque sottolineato che circa 1 persona su 10 lamenta difficoltà di accesso ai principali servizi (medico, farmacia, ASL, comune, negozi), circa una su 10 non percepisce una pensione, il 16% è a rischio di isolamento sociale o il 22,7% si sente sicuro nel quartiere in cui vive.

Occorre quindi incoraggiare i pensionati a lavorare part-time, coinvolgerli in iniziative comunitarie e di volontariato, o adattare i sistemi fiscali in modo che venga riconosciuta l'assistenza informale fornita dalle persone anziane (promuovere la funzione dei 'care giver').

Un ultimo aspetto riguarda il sistema sanitario: considerando il ruolo della prevenzione occorre sottolineare che le azioni e i consigli che gli operatori sanitari danno in ottica di prevenzione degli eventi (come le cadute, le ondate di calore, l'assunzione di corretti stili di vita) sono ancora insufficienti visto che i dati mostrano percentuali ancora relativamente molto basse.

La messa a regime della sorveglianza della popolazione ultra 64enne di Passi d'Argento consentirà di osservare questa situazione nel lungo periodo attraverso il monitoraggio dell'evoluzione delle problematiche sociosanitarie e l'efficacia degli interventi messi in atto per limitare l'influenza di tutti i determinanti che provocano o aggravano quelle situazioni, facendo scivolare l'anziano da una condizione di buona salute verso una condizione di fragilità e di disabilità.

§§§

## **APPENDICE**

**GLOSSARIO:**

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- ASUR Marche: Azienda Unica Sanitaria delle Marche
- AV2: Area Vasta n. 2. Il territorio dell'Area Vasta 2 è composto da 50 Comuni: 9 appartenenti alla ex ZT n.4 di Senigallia; 21 alla ex T n. 5 di Jesi (con Cingoli, Airo e Poggio San Vicino della provincia di Macerata); 5 alla ex ZT n. 6 di Fabriano e 15 alla ex ZT n. 7 di Ancona.
- Distretti dell'Area Vasta 2: Distretto 4 (Senigallia), Distretto 5 (Jesi), Distretto 6 (Fabriano), Distretto 7 (Ancona)
- DPCM: Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
- HFA: Health for All Italia-ISTAT
- ISS: Istituto Superiore di Sanità
- ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica
- LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
- PDA: PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia per gli over 65enni)
- Pool di ASL: Gruppo di Aziende Sanitarie Locali nel territorio nazionale che ha partecipato all'indagine

**BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. DB PASSI D'Argento Sorveglianza anni 2012-2013, e 2014-2015 Area Vasta 2
2. DB PASSI D'Argento Sorveglianza anni 2014-2015 Regione Marche
3. Report 2017, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA (per Regione)
4. DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017 – Supplemento n. 15)
5. DPCM 12 gennaio 2017  
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&articolo=22>
6. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
7. <https://www4.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/misure-del-benessere>
8. Katz, T.F. (1963) A.D.L. Activities of Daily Living. Journal of American Medical Association, 185, 914-919.
9. Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9(3), 179-186.
10. Pelliccia L: "Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari". Pubblicato sulla rivista online del Network Non Autosufficienza (NNA): "I luoghi della cura", n. 1-2019 Gennaio  
<https://www.luoghicura.it/pubblicazioni/numero-1-2019/> (ultimo accesso 15 novembre 2019)
11. Profilo di salute 2° report. Anno 2019". Regione Marche  
<http://www.regione.marche.it/portals/3/BlogHomePage/Profilo%20di%20Salute%20Regione%20Marche%202019%20Report%20anno%202019.pdf>
12. Risultati della sorveglianza 'PASSI d'Argento': salute e invecchiamento attivo nelle Marche - La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più", Report ARS Marche - Indagini 2014-2015 e 2016-2017
13. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA -anno 2017- Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria -Ufficio VI,  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2832\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf)
14. Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali - Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa. Report anno 2018, pag. 385 <http://performance.sssup.it/netval/start.php>
15. HEALTH FOR ALL – ITALIA- Sistema informativo territoriale su sanità e salute  
Versione di giugno 2019 - <https://www.istat.it/it/archivio/14562>