



ASSESSORATO DELLA SALUTE

**Dipartimento per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico**



ASSESSORATO REGIONALE DELLA FAMIGLIA,
DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO

Dipartimento della Famiglia e Delle Politiche Sociali

Salute e Invecchiamento Attivo nella Regione Sicilia

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

Indagine 2023-2024

Rapporto a cura di: Sebastiano Pollina Addario, Patrizia Miceli, Maria Paola Ferro

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine

- a livello nazionale:

Maria Masocco (Responsabile Scientifico), Nicoletta Bertozi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Benedetta Contoli, Marco Cristofori, Angelo D'Argenzio, Amalia Maria Carmela De Luca, Pirous Fateh-Moghadam, Valentina Minardi, Mauro Ramigni, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli (Membri del Gruppo tecnico)

- a livello regionale:

Assessorato Regionale della Salute

Daniela Faraoni - Assessore Regionale della Salute

Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
Giacomo Scalzo - Dirigente Generale

Referente regionale: Sebastiano Pollina Addario

Coordinatori Regionali: Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli

Coordinatori Aziendali: Gabriella Schembri, Maria Antonietta Campo, Gabriele Giorgianni, Franco Belbruno, Patrizia Restuccia, Rosario Asciutto, Angelo Battaglia, Enza D'Antoni, Ranieri Candura

Intervistatori aziendali:

Gabriella Schembri, Ida Beretta, Maria Antonietta Campo, Erika Barbagallo, Letizia Baiamonte, Manuela Costanzo, Fabiola Cabibbo, Stefano Zappalà, Emilia Todaro, Fabrizio Cavarra, Gaia Vitale, Franco Belbruno, Caceci Clotilde Laura, Francesca Lo Iacono, Francesco Muschio, Giuseppina Sorbera, Massimo Varvarà, Natalia Corio, Enrica Maria Gallo, Giuseppa Maiorana, Antonietta Di Nola, Patrizia Ingrassia, Jole Danzi, Pietro Magazzù, Rosa Anna Oliva, Vincenzo Merlina, Silvana Parisi, Stefano Puglisi, Salvatore Bilardo, Marilena Spadafora, Salvatore Nicolina, Antonella Casablanca, Caterina Alessi, Patricia Maria Camarda, Viviana Gelsomino, Sara Palmeri, Alessandro Leonardi, Luca Sparacino, Sofia Gattuso, Giovanna Parrino, Rosario Asciutto, Maria Cristina Interlandi, Rossana Carbonaro, Federica Gilestro, Rossella Venga, Giovanni Flavio Brafa Misicoro, Calogero Claudio Pace, Enza D'Antoni, Michele Assenza, Adriana Marchingiglio, Anna Barbera, Giovanna La Francesca, Arianna Conforto, Ranieri Candura

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

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

Sommario

La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento

Impatto sulla salute

Risultati 2023-2024

I risultati a colpo d'occhio

Caratteristiche socio-demografiche

Fragilità e Disabilità

Percezione dello stato di salute

Insoddisfazione per la propria vita

Stili di vita

Attività fisica

Stato nutrizionale

Consumo di frutta e verdura

Consumo di alcol

Abitudine al fumo

Patologie croniche

Problemi di vista, udito e masticazione

Cadute

Sintomi di depressione

Isolamento sociale

Sicurezza nell'uso dei farmaci

Vaccinazione antiinfluenzale

Partecipazione sociale

Tutela e sicurezza

Accessibilità ai servizi

Abitazione

Quartiere

Rinuncia a visite mediche ed esami diagnostici

La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento

L'invecchiamento è un processo che interessa tutti gli individui. Il modo in cui ciascuno di noi invecchia dipende da caratteristiche individuali e fattori genetici, ma è fortemente influenzato anche da fattori sociali, dagli stili di vita e più in generale dalle opportunità di salute offerte dal proprio contesto di vita.

Nel nostro Paese il gruppo di persone ultra64enni cresce in continuazione. Oggi rappresenta circa il 21% della popolazione, ma fra 20 anni arriverà a più del 30%. È un cambiamento profondo per la nostra società che deve cominciare a considerare queste persone non come “anziani” oggetto di assistenza ma come risorsa, per se stessi, per le famiglie e per la società intera.

Il sistema PASSI d'Argento fa riferimento al modello dell'OMS (dal 2002 in poi) *dell'healthy and active ageing*, che sollecita lo sviluppo di politiche e interventi nell'ambito dei tre pilastri dell'invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza. Con Passi d'Argento si “misura” anche il contributo che gli anziani offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità, per i quali sono aspetti centrali la partecipazione e il benessere psicologico e sociale della persona.

Sperimentato nel 2009, realizzato nel 2012 come indagine trasversale, Passi d'Argento è avviato come raccolta in continuo dal 2016.

Per la realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento in diversi contesti si è rivelata essenziale la collaborazione tra enti e istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale). In una prospettiva rivolta a tutte le fasi della vita, “Rimanere in buona salute” è un obiettivo essenziale che coinvolge i servizi sociali e sanitari e tutti i settori della società civile, oggi più che mai, chiamati a costruire un ambiente sicuro e “salutare” in una società realmente “age-friendly”.

Obiettivi del sistema di sorveglianza

La sorveglianza è orientata ad una duplice finalità:

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

Promuove condizioni di vita favorevoli e di buona salute negli anziani, ciò costituirà un beneficio per gli anziani stessi e per la società, in quanto migliori condizioni di salute si associano a minori costi economici socio-sanitari ma anche a maggiori risorse per le famiglie e la comunità.

Campionamento ed interviste

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

In ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo (con campionamento casuale semplice stratificato). Il campionamento viene effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL

aderenti. Si formano 6 strati: per ciascuno dei due sessi vengono considerate le classi di età 65-74 anni, 75-84 e 85 e più anni.

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

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, diviso in 6 sezioni.

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

L'intervistatore effettua l'intervista attraverso CATI (computer assisted telephone interview) o questionari cartacei con successiva immissione dei dati su un personal computer.

Etica e privacy

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

COVID- 19 e report biennale

La pandemia di COVID-19 non è priva di conseguenze sui fenomeni indagati dalla sorveglianza PASSI d'Argento. Per questa ragione, anche quest'anno, il report è riferito al biennio 2023-2024 e non al quadriennio, come invece è stato fatto in passato. In questo modo, per ogni indicatore di ciascuna tematica si disporrà di analisi relative al periodo pre-pandemico, depurate da impatto pandemia (la più recente disponibile resterà riferita al quadriennio 2016-2019) e di una prima fotografia riferita alla fase pandemica 2020-21, più impattante su molti aspetti della vita dei cittadini, e delle fotografie riferite a fasi successive della pandemia, biennio 2021-2022, biennio 2022-2023 e biennio 2023-2024 con un impatto mitigato dalla disponibilità dei vaccini e dall'estensione della campagna vaccinale con un ritorno verso la normalità delle

attività economiche, lavorative e sociali. I dati relativi ai cambiamenti temporali, fino al periodo pandemico, potranno essere letti, come sempre, attraverso i trend annuali.

Impatto sulla salute

Fragilità e disabilità

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) che indagano rispettivamente la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e le funzioni complesse (come ad esempio, preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono) che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma.

Percezione dello stato di salute

Un obiettivo rilevante in termini di sanità pubblica, oltretutto in una società caratterizzata da una grande proporzione di persone in età avanzata, è quello di minimizzare l'impatto delle malattie croniche e della disabilità sullo stato di salute dei più anziani, conservare la loro indipendenza e migliorare la qualità complessiva della loro vita. I parametri che si dimostrano più affidabili e realistici per misurare la qualità della vita salute-correlata sono quelle basate sull'esperienza soggettiva. Il sistema di sorveglianza Passi d'Argento (PdA), come anche la sorveglianza Passi (dedicata alla popolazione adulta), indaga la percezione complessiva sullo stato di salute e il numero di giorni (nell'arco dei trenta giorni che precedono l'intervista) in cui non si è stati bene in salute, sotto il profilo fisico, psicologico o funzionale. Con questi dati 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.

Il numero di giorni-NON-in-salute, come misura continua della percezione dello stato di salute fisico e mentale, rappresenta un indicatore che si presta bene a identificare i gruppi più vulnerabili della popolazione più anziana.

I gruppi di persone anziane più vulnerabili sono costituiti da quelle con un livello inferiore 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. Come atteso, le persone anziane con ridotta mobilità, e di conseguenza comportamenti sedentari per la paura di cadere, e storia di cadute pregresse hanno un peggiore qualità della vita in relazione alla salute.

Un fattore protettivo per la qualità della vita degli anziani è invece il supporto sociale: esiste un'associazione tra elevati livelli di supporto sociale e rischi ridotti di malattie e morte. Il supporto sociale include le risorse materiali e spirituali fornite da altre persone che consentono al soggetto di sentirsi accudito e valorizzato, in quanto parte di un tessuto fatto di reciprocità, e legami basati sulla responsabilità e i doveri di mutuo aiuto. Il supporto sociale può essere il fattore critico per quegli adulti più anziani che si appoggiano sulla famiglia, gli amici o su organizzazioni per essere aiutati nelle attività della vita quotidiana e trovare compagnia. Il supporto sociale include la percezione del supporto emotivo, di quello strumentale (l'assistenza diretta, come ad es. il trasporto). Il supporto sociale è associato a meno giorni in cattiva salute.

Nel sistema di sorveglianza Passi d'Argento, la qualità della vita viene misurata col metodo dei “giorni in salute” (*Healthy Days*), che si basa su quattro domande: valutazione complessiva dello stato di salute riferito; il numero di giorni negli ultimi 30 in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici; il numero di giorni negli ultimi 30 in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici; il numero di giorni negli ultimi 30 in cui le normali attività abituali hanno subito delle limitazioni a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica. Dalle risposte vengono calcolati diversi indicatori, tra cui i principali sono:

1. la prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute
2. la prevalenza di persone che si dichiarano in cattiva salute
3. la media dei Giorni NON in buona salute fisica
4. la media dei Giorni NON in buona salute mentale
5. la media dei Giorni NON in buona salute fisica o psicologica
6. la media dei Giorni con limitazioni funzionali.

Insoddisfazione per la propria vita

La qualità della vita è un concetto multidimensionale, che rimanda a elementi “oggettivi” che possono concorrere nel determinare buone condizioni di vita, come ad esempio la salute, il reddito, l'accesso al mercato del lavoro, le condizioni abitative ma anche a valutazioni “soggettive” altrettanto rilevanti per il benessere individuale. Sapere come gli anziani giudicano la propria vita, se sono soddisfatti di dimensioni fondamentali dell'esistenza come le relazioni familiari e amicali, il tempo libero, la percezione della loro condizione economica e quanta fiducia nutrono negli altri, costituisce un complemento necessario alle misure “oggettive” di benessere per individuare eventuali processi d'esclusione sociale dovuti sia alla perdita di determinate capacità fisiche che si accompagnano all'ingresso, e all'avanzare, dell'età anziana, sia al progressivo restringersi delle relazioni sociali. Dal punto di vista della sanità pubblica, la soddisfazione per la propria vita è un predittore della longevità, con una evidente relazione dose-risposta tra insoddisfazione e mortalità per tutte le cause, degli incidenti. Inoltre, la soddisfazione per la propria vita è associata con la percezione del proprio stato di salute e, più in generale, con la qualità della via relativa alla salute, espressa in termini di giorni in cattiva salute. L'insoddisfazione è risultata associata a numerosi problemi di salute come:

- disabilità
- disturbi nella sfera della salute mentale, come sintomi depressivi e ansia
- disturbi del sonno
- malattie croniche, come il diabete, artrosi, malattie cardiovascolari e asma.

Inoltre l'insoddisfazione per la propria vita è associata ad aumentata prevalenza di fattori di rischio per le malattie croniche, come:

- fumo
- obesità
- inattività fisica
- consumo eccessivo di alcol.

Tra le persone insoddisfatte è anche più frequente la mancanza di supporto sociale

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

Le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano, infatti, il modo in cui le persone affrontano la vita e per questo motivo possiedono un elevato valore informativo. La felicità nell'accezione originale è intesa e misurata, da alcuni decenni, come "soddisfazione della vita". PASSI d'Argento l'ha rilevata come soddisfazione complessiva della vita condotta da un individuo ricorrendo ad una sola domanda con 4 possibili risposte. In particolare si definiscono insoddisfatti della propria vita gli ultra 65enni che, alla domanda «Quanto è soddisfatto/a per la vita che conduce?» rispondono "poco" oppure "per niente".

In Passi d'Argento la domanda sulla soddisfazione per la propria vita viene raccolta solo fra le persone che sostengono l'intervista in modo autonomo senza ricorrere all'aiuto di un familiare o persona di fiducia (*proxy*).

Stili di vita

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

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

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto se si considera l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative. Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a

fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità). Per questo motivo, la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

Attività fisica e il PASE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandava prima del 2020 ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità, in sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Oggi le più recenti raccomandazioni non considerano il limite minimo dei 10 minuti consecutivi e il movimento fisico è considerato utile per la salute anche se praticato per brevi sessioni, con l'obiettivo di contrastare la completa sedentarietà.

Per benefici aggiuntivi di salute, le raccomandazioni Oms indicano ulteriori fattori: 300 minuti a settimana di attività fisica aerobica di intensità moderata oppure 150 minuti a settimana di attività fisica aerobica intensa oppure una combinazione equivalente di attività a intensità moderata e intensa, più un'attività di rafforzamento dei gruppi muscolari 2 o più volte a settimana. Nella popolazione ultra 65enne e in particolare nelle persone con mobilità ridotta, per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute, sono raccomandati esercizi specifici (camminare: all'indietro, di lato, sulle punte, sui talloni; alzarsi in piedi da seduti) almeno 3 giorni a settimana. Tali raccomandazioni sono rivolte a individui sani, senza differenze per caratteristiche socio demografiche ma anche ad anziani con patologie croniche o con disabilità che, qualora non riuscissero a raggiungere i livelli di attività fisica raccomandati, potrebbero necessitare di programmi personalizzati. Ad ogni modo, il concetto che sostanzia le raccomandazioni Oms è che, in tutte le fasce di età, la pratica costante di attività fisica, seppure al di sotto dei livelli raccomandati, è comunque in grado di produrre benefici.

In PASSI d'Argento l'attività fisica praticata dagli ultra 65enni, viene valutata attraverso il "Physical Activity Scale for Elderly" (PASE), uno strumento validato a livello internazionale e specifico per la popolazione anziana, che considera tutti i tipi di attività comunemente svolte da persone di questa età, dalle attività di svago e sportive (strutturate e non) alle attività casalinghe (dai lavori domestici, giardinaggio, cura dell'orto, fino al prendersi cura di altre persone), fino a eventuali attività lavorative non sedentarie. 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.

Le domande del PASE sono somministrate solo a persone autonome nella deambulazione, dopodiché vengono considerate valide solo le interviste a persone che non hanno fatto ricorso all'aiuto di un familiare o di qualcuno di fiducia (proxy) durante il colloquio.

In PASSI d'Argento viene individuato convenzionalmente il 40simo percentile dei punteggi PASE, pari al valore 76 (stimato su tutto il campione 2016-2019 eleggibile al PASE), quale “valore soglia” sotto cui considerare i livelli di attività fisica insufficienti o comunque migliorabili. Questo valore soglia è stato finora considerato per distinguere i sedentari dagli altri, considerando sedentari gli ultra 65enni che non raggiungono tale punteggio.

Il PASE è dunque uno strumento molto specifico che da una parte permette di “quantificare” l’attività fisica svolta dall’anziano e valutare i cambiamenti nel tempo, seppur lievi e specifici per tipo di attività, ma dall’altra può risultare complesso e la determinazione di ultra 65enni in persone fisicamente “attive”, “parzialmente attive” e “sedentarie” richiederebbe scelte di valori soglia, che possono risultare arbitrarie e rendono il Pase uno strumento di non semplice comparazione.

Tuttavia la possibilità di avere informazioni sul tipo di attività svolta, l’intensità e la durata (quest’ultima disponibile per tutte le attività ma non prevista per le attività casalinghe, considerate routinarie) permette di ricostruire, a partire dal questionario PASE, un indicatore coerente con le raccomandazioni dell’OMS, più facilmente comparabile e intuitivo.

Così, gli ultra65enni eleggibili al PASE possono anche essere classificati secondo i livelli dell’attività fisica attualmente raccomandati dall’OMS in:

Personne fisicamente attive:

- coloro che, nella settimana precedente l’intervista, hanno raggiunto un ammontare settimanale di almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa o una combinazione equivalente delle due modalità (assumendo che i minuti di attività intensa valgano il doppio di quella moderata), stimata a partire dalle attività di svago o sportive e dalle attività lavorative che richiedono uno sforzo fisico), contemplate nel questionario PASE
- coloro che hanno raggiunto un punteggio PASE superiore al 75simo percentile con le sole attività domestiche, indipendentemente dal tempo dedicato alle altre attività (di svago o sportive e lavorative).

Personne parzialmente attive:

- coloro che nella settimana precedente l’intervista hanno fatto attività moderata o vigorosa senza però raggiungere i livelli raccomandati settimanalmente (150 minuti di attività moderata o 75 minuti di attività intensa o una combinazione equivalente)
- coloro che pur non essendo riusciti a garantire questi livelli di attività fisica hanno raggiunto un punteggio PASE compreso fra il 50simo e il 75simo percentile con le sole attività domestiche.

Personne sedentarie:

- coloro che non rispondono alle definizioni precedenti, ovvero non hanno fatto alcuna attività fisica e con le sole attività domestiche hanno un punteggio PASE inferiore al 50simo percentile.

In queste definizioni entrano in gioco tutte le attività (di svago o sportive, casalinghe e lavorative che richiedono uno sforzo fisico) rilevate nel questionario PASE, con esclusione della sola attività riferita come

“passeggiata o uscita per portare a spasso il cane” considerata poco significativa e non riconducibile alle indicazioni date dall’OMS in merito ai livelli raccomandati.

Stato nutrizionale

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, tale da influire sulla salute dell’individuo ed esporlo a rischi. Persone con stili di vita caratterizzati da un elevato consumo di cibi ad alto contenuto di grassi e da inattività fisica sono esposte allo sviluppo di queste condizioni. Alle cause attribuibili ai comportamenti a rischio, e quindi modificabili, se ne associano altre genetiche e individuali; tuttavia, i fattori dall’impatto più rilevante sulla sanità pubblica sono di natura sociale ed economica. In particolar modo, l’obesità deriva dalla “reazione normale delle persone agli stimoli provenienti dall’ambiente obesogenico di vita”. Tale caratterizzazione favorente l’obesità è legata all’offerta progressiva e crescente di alimenti invitanti, ipercalorici e a basso costo, nonché a efficienti sistemi di distribuzione commerciale che rendono questi alimenti più accessibili e a metodi di marketing convincenti e pervasivi.

Un’alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono inoltre l’insorgenza o l’aggravamento di numerose patologie, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità. L’eccesso ponderale è infatti un importante fattore di rischio per molte malattie croniche non trasmissibili: patologie cardiovascolari (principalmente cardiache e ictus), che sono la principale causa globale di morte; diabete; disturbi muscoloscheletrici (in particolare l’artrosi, che è una malattia degenerativa altamente invalidante delle articolazioni); alcuni tipi di cancro (che colpiscono organi quali endometrio, seno, ovaio, prostata, fegato, cistifellea, rene e colon).

L’Indice di massa corporea (Imc o Bmi da Body Mass Index) rappresenta la misura più utile a livello di popolazione per la valutazione del sovrappeso e dell’obesità, poiché è omogenea per genere ed età negli adulti. È definito come il peso di una persona in chilogrammi diviso per il quadrato della sua altezza in metri (kg/m^2). Per gli adulti, l’Organizzazione mondiale della sanità definisce il sovrappeso e l’obesità come segue:

- si definisce “sovrappeso” chi presenta un indice di massa corporea maggiore o uguale a 25;
- si definisce “obeso” chi presenta un Imc maggiore o uguale a 30 (3).

Nell’ambito del sistema di sorveglianza Passi d’Argento, le prevalenze di sovrappeso e obesità vengono calcolate in base ai dati riferiti dagli intervistati su peso e altezza. La raccolta di dati autoriferiti si associa a una eventuale sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale.

La prevenzione del sovrappeso e dell’obesità negli anziani è fondamentale per evitare il rischio dello sviluppo di diverse patologie invalidanti e croniche: nelle persone di età superiore ai 65 anni, infatti, una perdita di peso importante conseguente a diete drastiche potrebbe peggiorare lo stato di salute, creando fragilità muscolare e ossea. Se l’obiettivo ottimale di salute è la prevenzione dell’obesità, in caso di sovrappeso è pertanto raccomandabile rivolgersi a un medico o a uno specialista. In ogni modo, come in tutte le altre fasce di età, avere uno stile di vita sano e attivo rimane il metodo più efficace per far sì che non

si incorra in condizioni di sovrappeso od obesità. Restano valide le 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. A uno stile alimentare corretto e salutare, va associata una vita attiva, per cui è bene svolgere frequentemente attività fisica o sport di intensità moderata che se praticati in gruppo includono anche aspetti di aggregazione sociale.

Consumo di frutta e verdura

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. È noto che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti. In generale, un ridotto consumo di frutta e verdura è associato a un aumento del rischio di patologie croniche. 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. Nella popolazione europea, l'introito quotidiano raccomandato ridurrebbe le ischemie cardiache e cerebrali del 7% e del 4% rispettivamente, prevenendo oltre 20.000 morti. Studi recenti condotti in Europa mostrano che il consumo di frutta e verdura negli anziani è associato a un minor rischio di fragilità a breve termine, secondo un effetto "dose-dipendente".

Secondo l'Oms, l'obiettivo nutrizionale per un'efficace prevenzione delle patologie croniche corrisponde all'assunzione di cinque porzioni di frutta e verdura al giorno (*five a day*; equivalenti a circa 400 grammi, ad esclusione di patate e altri tuberi amidacei). Si assume infatti che una porzione di frutta o verdura pesi circa 80 grammi, ossia la quantità che sta in una mano oppure in mezzo piatto nel caso di verdure cotte. L'indicazione del *five a day* è valida anche per la popolazione anziana, con l'ulteriore raccomandazione di preferire cibi freschi, facilmente masticabili, digeribili e saporiti, in modo da aumentarne l'appetibilità e, quindi, il consumo.

I Centers for disease control and prevention (Cdc) hanno individuato dieci strategie per incrementare il consumo di frutta e verdura nella popolazione adulta: 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 promuovere gli orti urbani e domestici.

Nella serie di opuscoli tematici realizzati dalla Società italiana di medicina di prevenzione e degli stili di vita (Simp e Sv) una sezione dei testi sulla corretta alimentazione è dedicata alla popolazione anziana. In particolare, prima ancora che gli aspetti nutrizionali, la prevenzione delle difficoltà masticatorie dovute alla mancanza parziale o totale della dei denti (edentulità) è considerata prioritaria. Chi è interessato da questo tipo di problematica tende a eliminare spontaneamente tutti gli alimenti che non è in grado di masticare con facilità (carne, frutta, verdura in particolare), privilegiandone altri di consistenza più morbida come minestre o latticini.

Consumo di alcol

L'alcol è un fattore di rischio, spesso sottovalutato, per diverse patologie: causa infatti circa il 4% dei decessi (la metà di quelli provocati dal fumo di sigaretta) e il 5% delle patologie croniche a livello globale (lo stesso impatto del fumo di sigaretta), con importanti costi in termini sia sociali sia di assistenza sanitaria. Il consumo di alcol è associato a numerose malattie croniche e può creare dipendenza; come effetto immediato, determina inoltre alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali e infortuni sul lavoro, comportamenti sessuali a rischio ed episodi di violenza. I danni causati dall'alcol gravano quindi 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 al mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. La quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce 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. Si deve considerare inoltre l'interazione tra alcol e farmaci che, nella maggioranza dei casi, le persone anziane assumono quotidianamente.

Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 65enni, le Linee Guida del Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, senza distinzioni tra uomini e donne, consigliano di non superare l'assunzione quotidiana di un'unità alcolica (Ua) pari a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in base alle gradazioni delle bevande alcoliche in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml).

Passi d'Argento misura il consumo alcolico individuale attraverso domande che indagano il numero di giorni (negli ultimi 30) in cui sono state consumate bevande alcoliche e il numero medio di Ua assunte.

Fin dai primi anni '90, la Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) si è posta l'obiettivo di ridurre i danni causati dall'alcol. Spurata dallo slancio delle azioni proposte dalla strategia globale 2010 per ridurre il consumo dannoso di alcol, la Regione ha presentato il "Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020", un documento che elenca le priorità per la sanità pubblica e suggerisce le azioni da intraprendere. L'8 dicembre del 2017 a Bruxelles, inoltre, il Consiglio dell'Unione europea (Epsco) ha presentato un documento contenente le conclusioni su alcune politiche trasversali di prevenzione, secondo le quali un settore che ci si propone di sviluppare è la regolamentazione della pubblicità e del marketing delle bevande alcoliche attraverso i nuovi mezzi di comunicazione online, proteggendo i soggetti più esposti a questo fenomeno mediatico. È stata infatti dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità, eliminando la pubblicità delle bevande alcoliche. Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo. Anche per la fascia anziana della popolazione, rimane confermato il ruolo importante nella prevenzione dei comportamenti a rischio dei Medici di medicina generale (Mmg), che possono intervenire con l'identificazione precoce dei consumatori a rischio, e in particolare attenzione di coloro che, per patologie o per assunzione di farmaci, dovrebbero evitare il consumo di alcol. In considerazione della elevata vulnerabilità della popolazione anziana rispetto all'alcol, i Mmg dovrebbero porre la necessaria attenzione nel cogliere negli ultra 65anni i segnali di possibili effetti dell'alcol.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta, inoltre, il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui 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. La cessazione dell'abitudine tabagica è in assoluto il metodo più efficace per contrastare gli effetti nocivi del fumo ma, sebbene la riduzione della mortalità sia comprovata a prescindere dall'età in cui si smetta di fumare, è più difficile negli anziani per i quali è un'abitudine più radicata.

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; (ai fumatori) 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. Gli indicatori e le rispettive definizioni operative utilizzate si rifanno alle indicazioni dei Cdc (Centers for Disease Control and Prevention) in base alle quali si definiscono "fumatori" coloro che dichiarano di aver fumato più di 100 sigarette nella vita e di fumare al momento

dell'intervista; "ex fumatori" chi dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita ma non fuma al momento dell'intervista); "non fumatori" quei soggetti che hanno fumato meno di 100 sigarette nella loro vita e non fumano al momento dell'intervista.

Politiche e interventi per la prevenzione dell'abitudine al fumo negli anziani si concentrano principalmente, da una parte, sull'aumento della cessazione e, dall'altra, sulla riduzione dell'esposizione passiva al fumo negli ambienti chiusi quali locali pubblici, ambienti di lavoro confinati e abitazioni. A livello globale, le strategie di contrasto al fumo rivestono un ruolo di rilievo nel "Piano d'Azione Globale dell'Oms per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013 - 2020" che promuove, anche la sorveglianza delle malattie croniche e dei principali fattori che le determinano, valutando i progressi registrati in termini di esiti e impatto sulla salute della popolazione ai diversi livelli. In base alle evidenze scientifiche, programmi preventivi di comprovata efficacia si basano su misure regolatorie volte a ridurre la disponibilità dei prodotti del tabacco e gli stimoli a fumare. Si tratta dunque di misure normative (divieti di fumo nei locali aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro, i limiti imposti alla vendita e alla pubblicità, gli aumenti dei prezzi, realizzati tramite le accise) o relative alla regolamentazione e auto-regolamentazione dei media e delle politiche scolastiche e aziendali. In Italia, un esempio di strumento normativo è il Decreto Legislativo n. 6 del 12 gennaio 2016 che, recependo la Direttiva europea 2014/40/UE, rappresenta un importante passo verso un'efficace protezione dei cittadini dai gravissimi danni alla salute causati dal consumo di prodotti del tabacco e dall'esposizione al fumo.

Patologie croniche

L'aspettativa di vita è costantemente aumentata, negli ultimi decenni, in tutte le società europee. L'invecchiamento progressivo della popolazione rappresenta un importante traguardo per la sanità pubblica, tuttavia ci pone anche di fronte a sfide ambiziose. Il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, l'aumento della sopravvivenza e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione fanno emergere le patologie cronico-degenerative come una priorità sanitaria, 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.

Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti se per molte di queste patologie non si conoscono misure preventive efficaci, per altre invece già sono note. Fra queste c'è l'adozione di uno stile di vita sano che include regolare attività fisica, sana alimentazione e di evitare il fumo. Inoltre le misure di prevenzione includono anche indagini cliniche per la diagnosi precoce, come nel caso degli screening per il tumore del seno, della cervice uterina e del colon retto, del diabete (e relative complicazioni) e della depressione.

La coesistenza di più patologie, è un'altra caratteristica dei nostri tempi, che comporta nuovi bisogni di salute perché "nuovo" è il paziente, denominato anche "paziente complesso".

La Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010 distingue fra comorbilità e multimorbidità. La comorbilità viene definita come la presenza di ogni altra patologia distinta preesistente o coesistente rispetto alla malattia indice, ovvero alla malattia che determina un peggioramento dello stato di salute di un individuo, e/o l'evento acuto o la malattia che ne condiziona maggiormente la prognosi. La definizione di malattia indice è quindi fortemente influenzata dal punto di vista del professionista sanitario che si trova a gestire il paziente. Il termine multimorbidità descrive invece la semplice intercorrenza di due o più malattie o condizioni mediche nello stesso individuo senza attribuire ad alcuna di esse un ruolo causale o un'importanza clinica prioritaria. Nell'anziano, il rischio di ospedalizzazione per le complicanze di patologie croniche aumenta esponenzialmente con l'aggravarsi della multimorbidità.

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 le malattie ischemiche del cuore (69.653 decessi, 11,6% del totale), le malattie cerebrovascolari (57.230, 9,6%) e le altre malattie del cuore (49.554, 8,3%) 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.

Le malattie ipertensive vedono invece aumentare il proprio peso sul totale dei decessi (da 3,8 del 2003 a 5,1% del 2014, con 30.690 decessi). Demenza e Alzheimer risultano in crescita; con 26.600 decessi rappresentano la sesta causa di morte nel 2014. Anche alcuni tumori maligni sono tra le prime dieci cause di morte, in particolare i tumori di trachea, bronchi e polmoni (quarta posizione, 33.386 decessi, 5,6% del totale), del colon, retto e ano (nono posto, 18.671 decessi, 3,1%) e del seno (decimo posto con 12.330 decessi, 2,1%).

Problemi di 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 qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. I problemi di vista costituiscono, inoltre, un importante fattore di rischio per le cadute. Per quanto riguarda la salute orale, questa costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona. Con il progredire dell'età, le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale del peso con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

Problemi di vista

Le patologie oculari interessano tutte le età ma, a causa dell'allungamento progressivo della vita media e la diffusione sempre maggiore di alcune malattie croniche quale ad esempio il diabete, dopo i 50 anni i tassi di

prevalenza e incidenza aumentano considerevolmente, con il conseguente aumento anche di patologie oculari degenerative (come la degenerazione maculare legata all'età con perdita della visione centrale e il glaucoma).

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), in tutto il mondo 253 milioni di persone sono affette da disabilità visive, di cui 36 milioni sono non vedenti. Secondo i dati disponibili, oltre l'80% dei deficit visivi, cecità inclusa, è evitabile. A livello mondiale, oltre l'84% dei deficit visivi deriva da malattie croniche dell'occhio.

Le due principali cause dei deficit visivi sono gli errori di rifrazione non corretti (42%) e la cataratta (33%). In tutti i Paesi esistono interventi dotati di un buon rapporto costo-beneficio per la riduzione del carico di entrambe queste condizioni. In generale, i deficit visivi colpiscono in misura maggiore le popolazioni più povere e sono più frequenti nelle fasce di età più elevata: l'81% di tutte le persone con moderata o grave compromissione della vista sono ultra 50enni. Si stima che le persone con deficit visivi abbiano una probabilità due volte superiore rispetto al resto della popolazione di cadere mentre camminano, e tre volte superiore di soffrire di depressione e disturbi d'ansia.

Il Piano di azione globale Oms 2014-2019 sulla salute oculare universale, il cui scopo è ridurre i deficit visivi evitabili in quanto problema globale di sanità pubblica e garantire l'accesso ai servizi di riabilitazione per le persone affette da deficit visivi, si articola su tre obiettivi principali: il primo è mirato alla necessità di raccogliere evidenze scientifiche sull'entità e sulle cause dei deficit visivi e sui servizi di salute oculare, e di utilizzarle per sensibilizzare gli Stati membri a un maggior impegno politico e finanziario sulla salute oculare; il secondo incoraggia l'elaborazione e l'attuazione di politiche, piani e programmi nazionali integrati per la salute oculare, al fine di migliorare la salute oculare universale attraverso attività in linea con il quadro d'azione dell'Oms per il rafforzamento dei sistemi sanitari e il miglioramento dei risultati sanitari; il terzo obiettivo promuove l'impegno multisettoriale e partenariati efficaci per il miglioramento della salute oculare. Per la misurazione dei progressi a livello nazionale, sono indicati tre indicatori di base a cui possono aggiungersene altri a discrezione dei Paesi: prevalenza e cause dei deficit visivi; consistenza numerica del personale del settore della salute oculare; interventi di chirurgia della cataratta.

In Italia, secondo la "Relazione annuale (2017) al Parlamento ai sensi della Legge 284/97 sulla riabilitazione visiva" (pdf 2,6 Mb) il 5,4% degli ultra64enni e l'8,6% di chi ha 75 anni e più soffrono di gravi limitazioni sul piano visivo. Se si sommano le limitazioni visive moderate a quelle gravi il 33,4% dai 65 anni e il 43% dai 75. Il documento riporta inoltre le attività di prevenzione della cecità e ipovisione in applicazione della legge 284/97 che prevede l'attivazione di Centri di prevenzione e riabilitazione visiva in supporto del lavoro dell'Agenzia Internazionale per la prevenzione della Cecità e del suo Polo Nazionale. Il numero dei casi assistiti risulta aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 22.091 nel 2016 a 26.900 nel 2017. L'incremento dei casi (+4809) segnala un aumento significativo della domanda di riabilitazione visiva, in particolare nelle persone ultra 65enni.

Nelle persone anziane, le patologie oculari pregiudicano l'autonomia e la partecipazione, e le espongono inoltre a un maggior rischio di cadute accidentali. Sia a fini preventivi sia di riduzione del danno e potenziamento dei servizi di riabilitazione, è importante una strategia integrata che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. Per questo è importante che tutti possano accedere a un'assistenza oftalmica e a cure adeguate, migliorando tra l'altro i propri comportamenti. È sempre più importante investire nella prevenzione primaria e secondaria per evitare l'insorgenza delle patologie oculari o per diagnosticarle e trattarle precocemente, non solo per assicurare una buona qualità di vita ma anche per il crescente peso economico delle terapie farmacologiche e chirurgiche sul bilancio sanitario.

Problemi di udito

Il fenomeno della perdita dell'udito è in aumento in tutto il mondo (è previsto un incremento del fenomeno da 466 milioni di persone nel 2018 a 900 milioni nel 2050), con crescenti costi diretti per il sistema sanitario ma anche per la società nel suo complesso, a causa di una complessiva riduzione della produttività. Diversi fattori stanno provocando l'aumento della perdita dell'udito a livello globale, come la crescita della popolazione globale e l'aumento della popolazione anziana.

Le cause principali di perdita dell'udito tra gli anziani sono il normale processo di invecchiamento, l'esposizione a suoni forti in qualsiasi impostazione, l'alta pressione sanguigna, il diabete, l'uso di alcuni medicinali (tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo specie se in presenza di una ridotta funzionalità renale, frequente nelle persone anziane).

La riduzione della capacità uditiva legata all'età o presbiacusia è un fenomeno comune nell'invecchiamento progressivo, bilaterale e spesso silente, del quale gli individui sono spesso inconsapevoli, a differenza di quanto notano conviventi e conoscenti. L'esclusione dalla comunicazione può avere un impatto significativo sulla vita quotidiana, causando sentimenti di solitudine, isolamento e frustrazione; è associata nell'anziano a declino cognitivo precoce; si associa anche a un aumentato rischio di cadute, con la frequente conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità per l'anziano.

L'uso di dispositivi acustici e la riabilitazione permettono a coloro che perdono l'udito di raggiungere il loro pieno potenziale uditivo, però anche tra gli anziani rimane fondamentale l'identificazione precoce del deficit. A questo proposito, l'Oms raccomanda l'esecuzione di test annuali dell'udito in persone di età superiore ai 60 anni al fine di identificare la perdita dell'udito correlata all'età e poter intervenire in modo adeguato e tempestivo.

La diagnosi e il trattamento della presbiacusia rappresentano, quindi, importanti priorità di salute pubblica. Essendo, inoltre, la diagnosi di presbiacusia semplice e poco dispendiosa, l'accesso ai servizi diagnostici audiologici per l'anziano risulta di particolare rilevanza ai fini della prevenzione delle complicanze legate alla progressiva riduzione della capacità uditiva.

In PASSI D'Argento i problemi di udito sono indagati attraverso una domanda che non fa riferimento ad una

diagnosi medica ma alla percezione del singolo di avere un deficit di udito tale da rendere difficoltoso fare quattro chiacchiere con qualcuno.

Problemi di masticazione

Le malattie orali hanno un andamento generalmente progressivo e cumulativo: il processo di invecchiamento del cavo orale può aumentare infatti il rischio di malattia in modo diretto o indiretto ed è ulteriormente aggravato da un cattivo stato generale di salute e malattie croniche non trasmissibili (Mcnt). I problemi di masticazione che caratterizzano l'età avanzata diventano un fattore di rischio di disabilità importante per le ricadute su corretta nutrizione e mantenimento di adeguati peso corporeo e massa muscolare. Nell'anziano, si osservano elevati valori di comorbilità e ostacoli all'assistenza associati a condizioni patologiche e/o di rischio quali: peggiore stato della dentizione, prevalenza di carie con necessità di assistenza insoddisfatte, scarsa igiene orale, perdita dei denti e limitato funzionamento orale, condizioni relative alla dentiera, montaggio errato di protesi mobili, cancro del cavo orale e lesioni della mucosa orale, xerostomia, dolore crano-facciale e disagio.

La perdita dei denti è l'ultima conseguenza della carie e della parodontite, malattia gengivale, che derivano dall'esposizione permanente a fattori di rischio comuni ad altre Mcnt quali ad esempio stili di vita non salutari, diete ricche di zuccheri, igiene orale inadeguata (che tra gli anziani è anche più presente), abitudine tabagica e consumo eccessivo di alcol. Secondo la World Health Survey, la perdita completa dei denti colpisce circa il 30% delle persone di età compresa tra 65 e 74 anni; tuttavia, i tassi di prevalenza aumentano drammaticamente nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente tra i gruppi di popolazione poveri e svantaggiati.

Tra le persone anziane, è ancora più rilevante l'associazione tra salute orale e stato di salute generale: una cattiva salute orale aumenta i rischi per la salute generale in quanto ridotte capacità di masticare e mangiare influiscono negativamente sull'assunzione nutrizionale e a sua volta una nutrizione deficitaria può provocare una risposta immunitaria bassa. Lo stato di cattiva salute orale infatti, per il suo effetto sulla masticazione e sulla deglutizione, è una delle maggiori cause di malnutrizione che si traduce in apporto scorretto e sbilanciato di sostanze nutritive, comportando gravi carenze di energia. Grave malattia parodontale è associata a diabete e infezione da Hiv e, allo stesso modo, altre malattie sistemiche e/o gli effetti collaterali dei loro trattamenti - l'età anziana è caratterizzata da un'alta prevalenza di terapie multi-farmaco - possono portare a un aumentato rischio di malattie orali, riduzione del flusso salivare ("secchezza delle fauci"), alterazione dei sensi del gusto e dell'olfatto, dolore oro-facciale, crescita eccessiva delle gengive, riassorbimento osseo alveolare e mobilità dei denti. Oltre che alla perdita dei denti, una funzionalità masticatoria alterata è correlata anche alla mancanza di saliva, alla forza della masticazione e ai problemi di malocclusione.

Gli ostacoli a una buona salute orale degli anziani sono diversi e comunque consistenti: l'accesso all'assistenza sanitaria orale può essere impedito da una mobilità ridotta o compromessa, dai costi reali o percepiti dei trattamenti odontoiatrici o da un atteggiamento inadeguato nei confronti della salute orale, o da combinazioni di aspetti differenti. Ancor di più, poiché in molti casi le persone anziane vivono da sole, lontano da amici e

familiari, la mancanza di sostegno sociale e sentimenti di solitudine/isolamento possono influenzare la loro salute mentale e livello di benessere, rendendo ulteriormente difficoltoso l'accesso alle cure odontoiatriche. Come indicato dall'Organizzazione mondiale della sanità, la sorveglianza dei problemi di salute orale è rilevante perché i servizi sanitari riconoscano i fattori di rischio psicosociale e identifichino le aree prioritarie di intervento al fine di garantire un'offerta di servizi e assistenza appropriata, equa e accessibile.

Cadute

Le cadute sono una causa importante sia di morbilità sia di mortalità, nonché la fonte principale di lesioni fatali e non fatali tra gli anziani. La popolazione anziana è più esposta infatti a fattori di rischio per le cadute quali: problemi di equilibrio e debolezza muscolare; deficit visivi; carenza di vitamina D; uso di medicinali (come tranquillanti, sedativi o antidepressivi); patologie croniche, come malattie cardiache, demenza, ipertensione (o anche ipotensione che può portare a vertigini e una breve perdita di coscienza), dolore ai piedi o utilizzo di calzature inappropriate. La probabilità di cadere degli anziani è maggiore in presenza di condizioni domestiche sfavorevoli quali: pavimenti bagnati o recentemente lucidati, illuminazione scarsa, tappeti non adeguatamente fissati, scale. Nelle persone anziane, inoltre, le cadute possono essere particolarmente problematiche perché l'osteoporosi è una patologia più comune nelle donne ma a cui sono soggetti anche gli uomini. La maggior parte delle cadute sono causate da una combinazione di questi fattori di rischio, molti dei quali possono essere modificati, pertanto gli operatori sanitari hanno un ruolo nel contribuire a ridurre il rischio intervenendo sui fattori modificabili.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) stima che nel mondo circa il 28-35% delle persone di 65 anni e oltre cade ogni anno, percentuale che sale al 32-42% negli ultra 70enni. La frequenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età e della fragilità. Cadono più spesso le donne anziane rispetto ai loro coetanei maschi, anche se la mortalità è più elevata negli uomini: una differenza di genere di cui politiche e programmi di prevenzione dovrebbero tenere conto.

Circa il 30-50% delle cadute negli anziani si traduce in lesioni lievi, inclusi lividi, abrasioni e lacerazioni, ma circa il 10% di tutte le cadute negli anziani causa lesioni gravi, tra cui lesioni intracraniche (ICI) e fratture. L'1% di tutte le cadute di questa popolazione provocano fratture dell'anca, che rappresentano un rischio significativo per la morbilità e la mortalità, inoltre, secondo i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc), tra il 2006 e il 2010, le cadute sono state la principale causa di decessi traumatici da lesioni cerebrali in persone di 65 anni o più. Meno della metà dei pazienti più anziani che cadono però dice al proprio medico che ha avuto una caduta, spesso infatti gli anziani sono restii nel segnalare una caduta perché attribuiscono il crollo al processo di invecchiamento o perché temono di essere successivamente limitati nelle loro attività o istituzionalizzati.

Gli anziani che vivono in case di riposo cadono più frequentemente di quelli che vivono in comunità. Circa il 30-50% delle persone ricoverate in situazione di lungodegenza cade ogni anno e il 40% di queste è vittima di cadute ricorrenti.

In Italia nel 2014, secondo l'Istat, tra le vittime di incidenti domestici di 65 anni e più l'incidenza delle cadute è del 76,9%, percentuale che sale all'81% nel caso di donne ultrasettantacinquenni. Anche secondo i dati del Siniaca (Sistema informativo sugli infortuni in ambienti di civile abitazione dell'Istituto superiore di sanità), le cadute rappresentano la prima causa di incidente domestico, soprattutto con l'aumentare dell'età, quando cominciano a comparire eventi strettamente legati a problemi di salute: cadute dal letto, cadute alzandosi dal letto o dalla sedia o in seguito a malore fanno la prima comparsa a partire dai 60 anni. L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) relative ai ricoveri nel 2010 per incidente domestico mostra come negli anziani le diagnosi di ricovero più frequenti siano: la frattura del femore (46,5% nei maschi e 55,3% nelle femmine), la frattura dell'arto superiore (omero, radio e ulna: 6% nei maschi e 12% nelle femmine), la frattura della colonna vertebrale (5,2% nei maschi e 4,1% nelle femmine). Rilevante è pure il trauma cranico con conseguenti emorragie. Una precedente caduta, inoltre, rende l'anziano più insicuro, portandolo a una situazione psicologica precaria tale da impedire la normale conduzione delle semplici azioni quotidiane. Anche l'appartenenza al sesso femminile e il crescere dell'età sono fattori di rischio rilevanti. Gli anziani che cadono, in particolar modo quelli che cadono ripetutamente, tendono ad avere deficit della capacità di svolgere le attività quotidiane semplici e strumentali e sono ad alto rischio di successivo ricovero, di ulteriore limitazione fisica e morte. È chiaro pertanto che la vita dell'anziano cambia drasticamente dopo una caduta. Il tutto si traduce non solo in termini di disabilità e ricoveri ospedalieri, lunghi e costosi per il Servizio sanitario nazionale, ma anche in gravi ripercussioni psicologiche: la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare infatti il declino funzionale e indurre depressione o isolamento.

Le cadute minacciano l'indipendenza degli anziani e causano una cascata di conseguenze individuali e socioeconomiche rappresentando quindi un problema di salute comune e serio con conseguenze anche gravi, tuttavia possono essere prevenute attraverso numerosi interventi basati sull'evidenza. Identificare i pazienti a rischio è la parte più importante della gestione, poiché l'applicazione di misure preventive in questa popolazione vulnerabile può avere un profondo effetto sulla salute pubblica. I medici di famiglia hanno un ruolo chiave nello screening dei pazienti anziani per il rischio di cadute e nell'applicazione di strategie preventive per i pazienti a rischio.

È importante che il medico effettui una valutazione multidimensionale del paziente, comprensiva della valutazione di tutti i rischi possibili (i motivi e l'intensità della paura dopo una caduta, la capacità del paziente di stare eretto, di girarsi, di sedere e di camminare agevolmente, di mantenere l'equilibrio, ecc) e degli interventi utili a prevenire gli incidenti, molti dei quali sono semplici e costo efficaci: esercizi fisici individualizzati mirati a migliorare la forza, la deambulazione, l'equilibrio, gli spostamenti e la salita delle

scale; rivalutazione di terapie farmacologiche, specialmente in caso di polifarmacoterapia; assunzione di integratori di vitamina D; controlli alla vista annuali; piccoli interventi di sicurezza nelle infrastrutture e nell'arredo delle abitazioni.

L'Oms, all'interno del quadro di riferimento sull'invecchiamento attivo, ha previsto un modello di prevenzione delle cadute nel quale si individuano come pilastri fondamentali d'azione la costruzione di consapevolezza sull'importanza della prevenzione delle cadute; l'identificazione e la valutazione dei fattori di rischio e dei determinanti delle cadute; l'identificazione ed implementazione di interventi realistici ed efficaci. L'Oms pone l'accento su quanto i legami sociali e il senso di appartenenza siano fondamentali per la salute in età avanzata e come l'interazione sociale sia inversamente proporzionale al rischio di caduta. Benché i fattori legati all'ambiente fisico siano le più comuni cause di caduta, gli atteggiamenti influiscono su come le persone interpretano e accettano le cadute in età avanzata; per questo risultano fondamentali interventi di informazione e counselling su come prevenire, affrontare ed accettare le cadute, sia per gli anziani che per i caregiver, e un adeguato supporto sociale per il contrasto della povertà e dell'isolamento, correlati anch'essi a un aumento del rischio.

Sintomi di depressione

La salute mentale è una componente essenziale del benessere dell'individuo e della comunità, ragion per cui i disturbi mentali, specialmente negli anziani, devono essere riconosciuti e trattati con la stessa priorità attribuita ai disturbi fisici. La depressione maggiore è una delle patologie più rilevanti in termini di spesa sanitaria e, secondo le previsioni, sarà la più "onerosa" entro il 2030. In particolare, oltre i 65 anni di età, si associa a disabilità, aumento della mortalità ed esiti di salute sfavorevoli.

La maggior parte degli operatori sanitari, durante la pratica quotidiana, entra in contatto con pazienti anziani che presentano sintomi depressivi; tuttavia, sebbene il trattamento previsto sia efficace quanto negli adulti, si tratta di una condizione spesso sottostimata e poco trattata, con conseguenze rilevanti. Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale di sanità (Oms), rispetto ad altre fasce d'età è maggiore la proporzione di ultra64enni che si suicidano (in Italia, 1/3 dei suicidi), nella parte dei casi, si tratta di persone affette da depressione maggiore. Inoltre, le persone anziane hanno più probabilità di morire nel corso di un tentativo di suicidio e coloro che sopravvivono presentano infine una prognosi peggiore.

Il disturbo depressivo maggiore si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, peggioramento del rendimento difficoltà sul lavoro. I sintomi più frequenti sono: stato d'animo di tristezza, abbattimento; perdita di piacere e interesse; cambiamenti nell'appetito; disturbi del sonno; agitazione, irrequietezza o al contrario rallentamento; riduzione dell'energia, facile stanchezza e spossatezza; senso di valere poco, senso di colpa eccessivo; difficoltà di concentrazione, incapacità di pensare lucidamente; pensiero ricorrente che non vale la pena di vivere o pensieri di morte e di suicidio.

Nella maggior parte dei casi è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Risulta associata ad altri problemi di salute mentale (come il disturbo d'ansia e quello da stress post traumatico), a malattie (come le cardiovascolari, l'ictus, il morbo di Parkinson), a comportamenti nocivi (come la sedentarietà e l'abuso di alcol), a fattori socio-demografici (come la povertà, la mancanza di lavoro, il genere femminile) e a fattori ambientali (come i disastri naturali o causati dall'uomo). La depressione è più comune nelle persone con malattie croniche, come quelle neoplastiche, o con limitazioni funzionali. Riveste un ruolo importante nell'impatto delle patologie croniche sulla salute dell'individuo, sia in termini di diagnosi che di decorso ed esito; non a caso, è una patologia frequente tra i più anziani, perché la maggioranza di questa categoria di persone ha almeno una malattia cronica e la metà ne ha più di una. La prevalenza di sintomi depressivi aumenta in presenza di disturbi neurologici, come la demenza senile e la malattia di Parkinson, nonché di patologie sistemiche, come il diabete mellito e le malattie cardiovascolari. Nella malattia di Alzheimer la prevalenza media di depressione è pari al 30%; tuttavia, a seconda delle stime considerate, questo dato varia dallo 0% all'86%, riflettendo la difficoltà associata alla definizione e alla diagnosi di depressione in pazienti con demenza associata.

La depressione tra le persone anziane è, dunque, un problema di salute rilevante, che si associa ad angoscia e sofferenza e può portare al deteriorarsi delle funzioni fisiche, mentali e delle relazioni sociali. La presenza di sintomi depressivi fa peggiorare il decorso e complica il trattamento delle malattie croniche, provoca l'aumento del ricorso a visite mediche e al Pronto Soccorso, ma anche del consumo di farmaci e della durata dei ricoveri ospedalieri.

Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il Patient Health Questionnaire che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità, una validità che si ottiene anche con una versione a 8 domande (PHQ-8). Passi d'Argento utilizza una versione ridotta, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività. Nella sorveglianza di popolazione, il PHQ-2 è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

La depressione è una condizione prevenibile e, qualora già presente, trattabile e risolvibile; non deve essere considerata una componente normale dell'invecchiamento. Spesso i disturbi depressivi negli anziani sono sottovalutati e non vengono riconosciuti come problema di salute. Si corre perciò il rischio di un trattamento inadeguato. È raccomandato che gli operatori sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o altri fattori di rischio. In tal senso, sarebbe necessario 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.

Il Mental Health Action Plan 2013-20 dell'Oms auspica azioni più incisive per la prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale. Secondo il Piano è di vitale importanza che nell'ambito delle politiche sanitarie, programmi e interventi siano focalizzati non solo su come affrontare le situazioni più gravi (in particolare depressione maggiore, disturbi bipolari e schizofrenia), ma anche su come proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini. In quest'ottica, i servizi territoriali per persone con sintomi di depressione devono essere presenti e facilmente accessibili. L'obiettivo di una campagna globale sulla depressione condotta dall'Oms è che più persone con depressione ("The black dog"), ovunque nel mondo, cerchino e ricevano aiuto.

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.

Più nello specifico, si possono individuare due accezioni di isolamento sociale:

soggettiva quale penuria percepita nelle proprie risorse sociali, come la compagnia o il sostegno sociale
oggettiva ossia una mancanza di contatto con gli altri a causa di fattori situazionali (ad esempio, una ridotta dimensione del network sociale, rara interazione sociale o mancanza di partecipazione all'attività sociale).

I fattori di rischio che determinano l'isolamento sociale possono essere di natura psicologica (come uno stato depressivo), fisica (come le malattie croniche) o, appunto, sociale (legati alle disuguaglianze, aspetti economici o culturali).

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. In particolare gli anziani sperimentano più spesso l'isolamento sociale che può avere un effetto negativo consistente sulla loro salute comportamentale: in età avanzata infatti la mancanza di relazioni sociali può effettivamente aumentare i sintomi comportamentali come disturbi del sonno, depressione e affaticamento. Gli effetti dell'isolamento sociale soggettivo contribuiscono in modo più significativo sui disturbi del sonno e sui sintomi depressivi.

Di contro, i medici e più in generale gli operatori che si occupano della salute di individui con scarse o nulle relazioni sociali dovrebbero valutare quanto tale condizione predisponga soprattutto gli anziani a uno stato depressivo e di disagio psicologico. È importante valutare quindi quanto il distacco degli anziani con sintomi depressivi e disagio psicologico dalle reti relazionali prossimali (come la famiglia) dipenda da problemi di salute mentale. I familiari di un anziano devono riconoscere l'importanza del mantenimento delle relazioni di amicizia e vigilare se in seguito alla perdita di un amico o conoscente si verificasse un cambiamento significativo dell'umore o del comportamento perché siano assicurati corretta assistenza e supporto.

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). Uno studio canadese correla le difficoltà uditive con l'isolamento sociale e la solitudine che a loro volta sono associati anche ad alimentazione inadeguata e povera nell'apporto di nutrienti. Allo stesso modo, gli anziani che sono soli hanno un aumentato rischio di morire prima e hanno maggiori probabilità di sperimentare un declino della loro mobilità (causa di cadute) rispetto a quelli che non sono soli.

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 e rispetto ad altri gruppi di età gli anziani soffrono maggiormente dell'isolamento sociale. In Europa, rispetto ai cittadini di età compresa tra i 26 e i 45 anni, gli adulti di età pari o superiore a 65 anni hanno una percentuale di 9 punti in più di probabilità di non impegnarsi spesso in attività sociali.

Il fenomeno dell'isolamento, a cui è soggetta maggiormente la popolazione in età avanzata, è quindi associato a valori sociali e politici per cui misure efficaci di promozione del benessere multidimensionale dovrebbero tenere conto di una migliore comprensione dei determinanti, così come si dovrebbe valutare l'impatto di interventi preventivi o correttivi. Il contrasto all'isolamento sociale dovrebbe prevedere il concepimento e lo sviluppo di ambienti di vita "age-friendly", contesti che l'Oms definisce come favorevoli a uno stile di vita salutare poiché basati sull'assenza di barriere, sul supporto alle persone con perdita di capacità e sulla garanzia agli anziani che possano "invecchiare in sicurezza" e liberi dalla povertà ossia in un luogo adatto alle loro esigenze, in cui possano coltivare la sfera personale e contribuire alla comunità pur conservando autonomia e salute.

Sicurezza nell'uso dei farmaci

In Italia, secondo i dati del rapporto 2017 dell'Osservatorio sull'impiego dei farmaci (Osmed), pubblicato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) a luglio 2018, la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, nel 2017 risulta in aumento dell'1,2% rispetto all'anno precedente e ha raggiunto 29,8 miliardi di euro, per il 75,0% rimborsati dal Servizio sanitario nazionale (Ssn). L'andamento delle dosi e della spesa nella popolazione anziana cresce all'aumentare dell'età, fino alla fascia 80-84 anni, per poi ridursi lievemente nella fascia di utilizzatori con età superiore agli 85 anni. Le fasce di età che hanno fatto registrare i maggiori consumi sono quelle tra gli 80 e 84 anni e oltre gli 85 anni d'età.

L'incremento notevole della popolazione anziana, fenomeno particolarmente evidente in Italia, che determina una vera e propria rivoluzione sul piano demografico (tra il 2045-50 si riscontrerà un picco della quota di ultrasessantacinquenni, che sarà vicina al 34% della popolazione), comporta inevitabilmente un incremento dell'incidenza di patologie cronico-degenerative tipiche dell'età geriatrica che impegnano il sistema sanitario e il welfare.

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

Il Medico di medicina generale (Mmg) è una delle figure principali nella gestione dei farmaci a beneficio dei pazienti. Come erogatore di assistenza di primo livello, il Mmg è direttamente implicato nella scelta appropriata e nell'utilizzo efficiente della maggior parte dei farmaci e nel monitoraggio del piano terapeutico.

Assumere i farmaci nel modo corretto e solo quando sono veramente necessari è molto importante. I farmaci possono infatti curare le malattie, alleviarne i sintomi e prevenire le complicazioni e quindi, in parte, migliorare la qualità e la durata della vita ma anche avere effetti negativi, soprattutto se sommati l'uno all'altro, complicando il quadro generale. Con l'età, aumentano i problemi di salute e nuovi malanni si sommano ad altri (in un paziente diabetico ad esempio, possono subentrare problemi cardiaci o difficoltà respiratorie). Gli anziani, in genere, consumano più farmaci perché hanno più problemi contemporaneamente e in molti casi si tratta di malattie croniche che richiedono trattamenti continuativi. Aumentando il numero di farmaci assunti, aumenta anche il rischio che compaiano effetti negativi legati alla terapia.

Molti farmaci (farmaci psicotropici, benzodiazepine, antipertensivi, antidiabetici, antiaritmici), soprattutto in caso di polifarmacoterapia, sono correlati alle cadute nei pazienti anziani essendo uno dei più importanti fattori di rischio estrinseci.

Vaccinazione antiinfluenzale

L'influenza è una delle prime dieci cause di morte in Italia e, oltre che una malattia a contagiosità elevata (che può comportare gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche), rappresenta un importante problema di sanità pubblica perché è una fonte rilevante di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il principale strumento di prevenzione dell'influenza in quanto efficace e sicura in termini di riduzione sia della probabilità di incorrere nella malattia e sue complicanze sia dei costi sociali connessi a morbosità e mortalità.

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 conferma che la misura più efficace, riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale, per prevenire l'influenza, sia per il singolo che per la collettività, è la vaccinazione raccomandandone la somministrazione ai soggetti a rischio, tra cui in particolare: chi ha più di 64 anni, persone di età tra 6 mesi e 64 anni affette da malattie croniche e coloro che se ne prendono cura (operatori sanitari e familiari). La circolare 30 maggio 2018 "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2018-2019" ribadisce inoltre l'opportunità di garantire la vaccinazione gratuita non solo alle tradizionali categorie a rischio (anziani e malati) ma anche ai soggetti impegnati nei servizi essenziali e agli addetti ad attività che espongono a rischio contagio (medici e operatori sanitari, forze dell'ordine, insegnanti, personale a contatto con gli animali). Gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale indicati dal ministero della Salute fissano al 75% il traguardo minimo perseguitabile e al 95% l'obiettivo ottimale negli ultra 64enni e nei gruppi a rischio.

Per far sì che negli over 64enni e nei gruppi di popolazione a rischio si ottenga un miglioramento della copertura vaccinale, è necessaria una maggiore integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale: sia la medicina di base sia quella specialistica (pneumologi, oncologi, cardiologi, diabetologi) dovrebbero raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione contro una malattia prevenibile come l'influenza.

L'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, a livello regionale e nazionale, interoperabili tra di loro e con le altre basi dati (residenti/assistiti, malattie infettive, eventi avversi), potrebbe rappresentare un valido supporto alla gestione delle vaccinazioni. Quanto già sperimentato in proposito in ambito regionale potrebbe essere pertanto mutuato a livello nazionale per la creazione di un sistema più solido e omogeneo, collegato ai flussi informativi e accessibile sia ai medici curanti che agli assistiti.

Partecipazione sociale

In Passi d'Argento la partecipazione alla vita sociale è indagata attraverso diversi aspetti che si intersecano e si sovrappongono fra loro e che contemplano la dimensione economica (la partecipazione ad attività lavorative retribuite), quella civile (la partecipazione ad attività no-profit che però hanno anche un valore economico e sociale, come l'offerta di aiuto o accudimento di familiari o amici o conoscenti o attraverso attività di volontariato), quella sociale intesa come partecipazione a eventi sociali, o quella culturale come la partecipazione a corsi di formazione per la propria crescita individuale.

Il concetto di “anziano-risorsa”, che l’Oms definisce già nel 1996, parte da una visione positiva della persona, in continuo sviluppo e in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla crescita individuale e collettiva. L’anziano “risorsa” viene identificato come colui che partecipa ad attività per mantenere la salute fisica e mentale, accrescere la qualità delle relazioni interpersonali e migliorare la qualità della propria vita, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e allo stesso tempo rappresentando una risorsa per la collettività.

Passi d'Argento “misura” il contributo che gli ultra 65enni offrono alla società fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare, e della comunità, attraverso due domande che indagano se l'intervistato nei 12 mesi precedenti abbia accudito o fornito aiuto a parenti o amici, conviventi o non conviventi. Una terza domanda raccoglie informazioni su attività di volontariato svolte a favore di anziani, bambini, persone con disabilità, presso ospedali, parrocchie, scuole o altro. Accanto a queste domande, ve ne sono altre inerenti la partecipazione a eventi sociali, come gite o soggiorni organizzati, o a corsi di formazione.

Tutela e sicurezza

La sezione sugli aspetti di tutela e sicurezza rappresenta un pilastro importante dell’invecchiamento attivo secondo quanto inteso dall’Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nel documento “*Active Ageing: a policy framework WHO 2002*”.

Un determinante fondamentale per la salute è infatti la disponibilità di un reddito adeguato assieme ad altri legati alla cura della persona e alla tutela soprattutto in età avanzata. Poiché uno dei maggiori problemi di salute che caratterizza il profilo epidemiologico della popolazione anziana è la plurimorbidità, correlata alla cronicizzazione di patologie e a stili di vita e/o comportamenti a rischio, il sistema socio-sanitario ha il dovere non solo di organizzare servizi efficaci e facilmente accessibili, ma anche di favorire la partecipazione delle persone a tali servizi.

L'intero sistema di *welfare* dovrebbe essere inoltre organizzato sull'aiuto all'anziano con disabilità e soprattutto alla famiglia che se ne fa carico attraverso un supporto economico, una rete di servizi alla persona efficace e tempestiva e la messa a regime di strutture intermedie di alleggerimento del carico familiare che non siano per forza di cose centri di istituzionalizzazione.

Sviluppare quindi servizi sociali e sanitari accessibili, che siano di qualità e *age-friendly*, è essenziale per rispondere ai bisogni e ai diritti di persone che avanzano nell'età, tramite la prevenzione di patologia, fragilità e disabilità. Perché si realizzi tutto ciò, è necessario: qualificare la rete dei servizi alla persona potenziando l'integrazione tra cure primarie, settore sociale e sanitario; sostenere l'*informal care*, ovvero il lavoro di cura di familiari e conoscenti, fornendo loro informazioni, supporti e cure in modo da garantire interventi personalizzati, continuità nelle cure e sostegno alla domiciliarità; garantire alle persone ultra 64enni disponibilità economiche sufficienti e possibilità di vivere in un luogo confortevole e sicuro.

Nell'ambito delle informazioni raccolte dal sistema di sorveglianza Passi d'Argento si è valutata la conoscenza e l'utilizzo di programmi di intervento dei servizi sociali, ma anche l'assistenza fornita da servizi e rete informale alle persone che hanno 65 anni e più con bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana. Si sono inoltre indagate le condizioni dell'ambiente di vita in termini di proprietà e qualità dell'abitazione e di percezione del livello di sicurezza del quartiere in cui si vive.

Gli argomenti che compongono la sezione tematica "Tutela e sicurezza" sono:

- *Accessibilità ai servizi socio-sanitari*
- *Presenza di almeno un problema nell'abitazione*
- *Vivere in una casa di proprietà*
- *Sicurezza del quartiere*

Accessibilità ai servizi socio-sanitari

L'invecchiamento della popolazione impone una rimodulazione dell'organizzazione dei servizi che non lasci indietro gli anziani: uno degli obiettivi a livello globale individuati dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) è proprio quello di allineare i sistemi sanitari con i bisogni dei gruppi di popolazione in età più avanzata. A tale obiettivo corrisponde la promozione di sistemi sanitari che siano congeniali alle reali esigenze e alle preferenze degli anziani, ossia che vengano progettati in un'ottica di integrazione tra le strutture e i fornitori di assistenza per le persone anziane.

Le nuove linee guida dell'Oms sull'assistenza integrata per le persone anziane raccomandano modi in cui i servizi basati sulla comunità possono aiutare a prevenire, rallentare o invertire il declino delle capacità fisiche

e mentali negli anziani. Le linee guida richiedono inoltre agli operatori socio-sanitari di gestire, coordinare e riprogrammare i servizi di assistenza a cui afferiscono in base alle esigenze delle persone anziane. Con particolare riferimento all'accessibilità sanitaria, la riduzione delle disparità è da considerarsi prioritaria ancor più nella popolazione anziana.

Uno studio portoghese accentua le criticità in termini di accesso ai servizi socio-sanitari da parte degli anziani in seguito alla crisi economica: erogazione di servizi di assistenza (primaria, ospedaliera, assistenza a lungo termine), attribuzione delle quote di esenzione, spesa di alcuni farmaci a carico del paziente, aumento dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie e, più in generale, condizioni abitative inadeguate per gli anziani.

In Italia, anche nel Piano nazionale cronicità si evidenzia come una delle dimensioni della qualità dei servizi su cui intervenire sia proprio l'accessibilità, intesa come assistenza tempestiva ed erogata in setting operativi facilmente raggiungibili geograficamente, ove competenze e risorse sono appropriate ai bisogni di salute. Alcuni elementi caratterizzanti le linee di intervento proposte per garantire l'accesso in condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale sono: la definizione di specifici percorsi assistenziali con integrazione sociosanitari, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale, la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico.

Il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas) monitora l'assistenza erogata dalle Regioni sul territorio attraverso una serie di informazioni raccolte e opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, inclusi nella griglia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Tra quelli dell'assistenza distrettuale è individuato un indicatore sull'utilizzo di servizi dedicati agli anziani; più nello specifico, relativamente all'assistenza domiciliare integrata e alle strutture residenziali l'indicatore di offerta della residenzialità territoriale tiene conto delle diverse modalità organizzative rispetto alla popolazione anziana presenti nelle Regioni italiane.

Anche la Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) dedica una sezione della sua pagina web alla raccolta di buone pratiche che si traducono in proposte per migliorare le cure geriatriche tramite interventi migliorativi a partire dalla diffusione di buone pratiche correnti.

L'Oms ribadisce che, per soddisfare i bisogni delle persone anziane, in tutti i Paesi sono necessari sistemi di assistenza a lungo termine: ciò richiede lo sviluppo dei sistemi di governance, delle infrastrutture e della capacità della forza lavoro. In questo senso, l'impegno dell'Oms focalizzato sull'assistenza a lungo termine (comprese le cure palliative) collima con quanto viene realizzato per migliorare la copertura sanitaria universale, affrontare le malattie croniche non trasmissibili e sviluppare servizi sanitari integrati e centrati sulle persone.

Rinuncia alle cure

La rinuncia alle cure mediche costituisce un fenomeno allarmante, in particolare tra la popolazione anziana, che risente di un bisogno sanitario elevato e di una vulnerabilità accentuata. Gli anziani spesso affrontano condizioni di salute più complesse e croniche, che richiedono un accesso regolare e continuo alle cure. La loro vulnerabilità è acuita non solo dal deterioramento fisico associato all'età, ma anche da fattori sociali ed economici, che possono limitare la possibilità di ottenere l'assistenza necessaria. La decisione di rinunciare a trattamenti o controlli sanitari, spesso dettata da barriere economiche, logistiche, o dalla percezione di scarsa efficacia dei servizi, ha conseguenze significative sul benessere fisico e psicologico delle persone anziane. In Italia la rinuncia alle cure rappresenta un problema preoccupante e presente già prima della pandemia di COVID-19. Il piano nazionale e i piani regionali nascevano già con l'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi sanitari e ridurre i tempi di attesa per visite, esami diagnostici e ricoveri e puntava a ottimizzare l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale e garantire equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Questi strumenti sono stati adottati dalle regioni italiane. Esistevano quindi già importanti barriere che impedivano l'accesso ai servizi sanitari, soprattutto per le persone in condizioni socio-economiche svantaggiate. La pandemia ha accentuato queste difficoltà: le restrizioni imposte e la sospensione o i ritardi nella erogazione di molti servizi sanitari convogliati verso la gestione dell'emergenza di COVID-19 hanno certamente avuto un impatto negativo nell'accesso ai servizi sanitari. Il distanziamento sociale e la paura di contagio in ambienti sanitari si sono aggiunte a queste difficoltà, ostacolando di fatto l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, con possibili conseguenze in termini di salute, nel breve e lungo periodo.

La rinuncia alle cure tra le persone anziane può aumentare il rischio di morbilità e mortalità. Le malattie croniche, come diabete, ipertensione e patologie cardiache, richiedono controlli e cure costanti; trascurare queste attenzioni può portare a complicanze gravi e irreversibili, che non solo peggiorano la qualità della vita, ma aumentano anche i tassi di mortalità precoce. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottolinea l'importanza dell'accesso universale alle cure, soprattutto per le popolazioni vulnerabili, e in documenti recenti ha indicato la rinuncia alle cure come uno dei maggiori rischi per la salute nella popolazione anziana in Europa, in quanto amplifica le disuguaglianze sociali. Questo fenomeno ha anche un forte impatto sulle famiglie. I membri della famiglia, spesso i caregiver principali degli anziani, si trovano a dover colmare le lacune sanitarie, gestendo autonomamente le esigenze di cura. Ciò può generare un carico fisico, emotivo ed economico significativo, che influisce sul benessere dell'intero nucleo familiare. Inoltre, il supporto informale non può sostituire adeguatamente l'assistenza sanitaria professionale, il che può esacerbare i problemi di salute dell'anziano. Dal punto di vista economico, la rinuncia alle cure comporta un aumento dei costi a lungo termine per il sistema sanitario nazionale. La mancata prevenzione e cura delle malattie porta a un maggiore utilizzo di servizi di emergenza e ospedalizzazione, che risultano ben più costosi rispetto alla gestione preventiva e alla cura ambulatoriale. L'accesso alle cure è essenziale non solo per chi presenta patologie, ma anche per chi è in buona salute, poiché consente di attuare interventi di prevenzione primaria e mantenere uno stato di benessere ottimale nel tempo. La prevenzione per chi è sano

rappresenta una strategia di sanità pubblica che riduce il rischio di sviluppare malattie croniche come diabete, ipertensione e patologie cardiovascolari, spesso evitabili tramite controlli regolari, vaccinazioni e consulenze su stili di vita salutari. La prevenzione riduce il carico complessivo delle malattie sulla popolazione e sui sistemi sanitari, alleggerendo i costi e favorendo una popolazione più attiva e produttiva. Negare o rendere difficile l'accesso a queste cure preventive compromette, di conseguenza, la salute futura della popolazione e aumenta le disuguaglianze nell'accesso alla salute. In conclusione, l'accesso universale alle cure e alla prevenzione è cruciale per mantenere la salute della popolazione anziana e ridurre i costi sanitari nel lungo periodo. La rinuncia alle cure non solo compromette la qualità di vita degli individui, ma genera costi che si riversano sul sistema sanitario e sull'intera società.

I Risultati 2023 - 2024

I risultati a colpo d'occhio

Determinanti di salute socio-anagrafici	%	IC95% inf	IC95% sup
Basso livello di istruzione *	28.6	25.9	31.5
Molte difficoltà economiche	12.6	10.8	14.7
Vive solo	17.4	15.0	20.1
Ricorso al proxy**	23.3	20.7	26.1

* Basso livello di istruzione: nessun titolo o licenza elementare ** Ricorso al proxy: interviste sostenute con l'aiuto di un familiare o persona di fiducia

Ultra65enni con fragilità	%	IC95% inf	IC95% sup
Fragili	17.0	15.0	19.2
Chi riceve aiuto tra i fragili	99.5	96.3	99.9

Ultra65enni con disabilità	%	IC95% inf	IC95% sup
Disabili	16.3	14.1	18.9
Chi riceve aiuto tra i disabili	100.0		

Percezione dello stato di salute	%	IC95% inf	IC95% sup
Stato di salute percepito positivamente	92.3	89.8	94.2
Stato di salute percepito negativamente	7.7	7.7	7.7

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni nelle attività	n	IC95 inf	IC95 sup
Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	6.6	5.8	7.4
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	4.4	3.7	5.1
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	3.4	2.9	3.9
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane	2.8	2.3	3.4

* 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

	%	IC95% inf	IC95% sup
Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici			
0 giorni	50.8	47.1	54.5
1-13 giorni	38.0	34.2	33.1
14 e più giorni	11.2	8.8	16.5

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi psicologici			
0 giorni	61.2	57.5	64.8
1-13 giorni	30.1	26.5	33.9
14 e più giorni	8.7	6.7	11.3

Distribuzione giorni in cattiva salute per attività limitata			
0 giorni	65.5	61.8	69.1
1-13 giorni	28.3	24.9	32.0
14 e più giorni	6.2	4.3	8.7

Attività fisica				
Punteggio PASE		punteggi o	IC95 inf	IC95 sup
Punteggio medio PASE		83.0	78.8	87.2
Punteggio medio PASE attività di svago		20.9	19.0	22.9
Punteggio medio PASE attività domestiche		71.3	68.3	74.3
Punteggio medio PASE attività lavorative		64.5		

*gli IC del Punteggio medio PASE attività lavorative non sono stati inseriti poiché presentano una variabilità elevata poiché è molto bassa la numerosità delle persone sulle quali viene calcolato il pase medio per il lavoro

Attività fisica OMS		%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo *		28.5	25.0	32.3
Parzialmente attivo *		25.3	22.0	29.0
Sedentario *		46.2	42.3	50.2
Attenzione degli operatori sanitari				
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica		31.1	28.0	34.4
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica		32.8	28.3	37.6
Consigliato dal medico/operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrapeso/obesi)		33.2	29.1	37.6

* indicatore stimato sul 72% del campione definito eleggibile al PASE (autonomi nella deambulazione e in grado di sostenere l'intervista senza ricorso all'aiuto di un familiare o persona di fiducia).

Eccesso ponderale		%	IC95% inf	IC95% sup
Sottopeso		1.2	0.5	3.1
Normopeso		37.3	34.0	40.7
Sovrapeso		46.2	42.6	49.7
Obesi		15.3	12.6	18.6
Calo ponderale involontario		5.7	4.2	7.7

Consumo quotidiano di frutta e verdura		%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni		1.3	0.9	2.1
1/2 porzioni		48.6	45.4	51.7
3/4 porzioni		39.5	36.3	42.9
5+ porzioni		10.6	8.1	13.7

Consumo di alcol	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	26.1	23.4	29.0
Consumo moderato	14.2	11.8	16.9
Consumo a rischio	12.0	10.1	14.2
Consumo a rischio 2 UA giornaliero	6.7	5.3	8.4
Consumo a rischio 3 o più UA giornaliero	5.3	4.0	6.9
Attenzione degli operatori sanitari			
Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico	3.9	1.7	8.5
Abitudine al fumo di sigaretta	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	71.1	67.9	74.1
Fumatori	9.3	7.4	11.6
Ex-fumatori	19.7	16.9	22.7
Attenzione degli operatori sanitari			
Consiglio smettere	54.7	40.6	68.0
	n	IC95 inf	IC95 sup
Numero medio di sigarette fumate	10.6	9.1	12.0

Cronicità	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche *	46.2	43.1	49.4
Persone con almeno 1 patologia cronica *	53.8	50.6	56.9
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *	20.1	17.6	22.9

* Le patologie indagate sono le seguenti: *Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale*

Problemi sensoriali	%	IC95% inf	IC95% sup
Problemi di vista	10.8	8.9	13.0
Problemi di udito	12.0	10.1	14.2
Problemi di masticazione	13.7	11.8	15.8
Almeno un problema sensoriale *	23.3	20.8	26.0
1 problema sensoriale	14.2	12.2	16.6
2 problemi sensoriali	6.0	4.5	7.9
3 problemi sensoriali	3.1	2.4	4.1

Cadute e percezione del rischio	%	IC95% inf	IC95% sup
Cadute *	5.1	3.7	6.9
Ricovero per caduta **	15.6	8.0	28.3
Paura di cadere	28.1	25.1	31.2
Cadute in casa	64.2	50.8	75.7
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	33.0	30.0	36.2
Uso presidi anticaduta ***	59.1	55.8	62.2
Consiglio medico ****	12.2	10.2	14.5

* = 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

Cadute e percezione del rischio	%	IC95% inf	IC95% sup
Cadute *	15.5	13.1	18.2
Cadute ripetute	4.4	3.2	6.1
Fratture	25.0	18.3	33.1
Ricovero per caduta **	23.3	16.7	31.4
Cadute in casa	58.1	49.2	66.4
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	33.0	30.0	36.2
Uso presidi anticaduta ***	59.1	55.8	62.2
Consiglio medico ****	12.2	10.2	14.5

* = Cadute avvenute nei 12 mesi precedenti l'intervista

** = Persone cadute nei 12 mesi 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

Sintomi di depressione	%	IC95% inf	IC95% sup
Sintomi di depressione	9.2	7.0	12.0
Richiesta di aiuto a personale sanitario o persone di fiducia*	70.3	51.1	84.3

* Percentuale di persone che richiedono aiuto per problemi di depressione

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni nelle attività	%	IC95% inf	IC95% sup
Numero medio di giorni in cattiva salute fisica *	13.7	10.2	17.2
Numero medio di giorni in cattiva salute psichica *	15.6	13.2	18.0
Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane *	12.6	9.1	16.0

* Tra le persone con sintomi di depressione

Isolamento sociale	%	IC95% inf	IC95% sup
Isolamento sociale	18.1	16.0	20.4
Impossibilità a conversare con qualcuno	19.2	17.1	21.6
Impossibilità di partecipare ad attività sociali	70.5	67.4	73.3

Uso dei farmaci	%	IC95% inf	IC95% sup
Nessun farmaco *	14.1	12.1	16.5
Uso di farmaci **			
1 farmaco	13.9	11.8	16.3
2 farmaci diversi	17.7	15.1	20.7
3 farmaci diversi	17.9	15.2	21.0
4 o più farmaci diversi	36.3	33.0	39.7
Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci ***	39.1	35.8	42.6

* Persone che dichiarano di non aver assunto farmaci nella settimana precedente l'intervista

** Persone che dichiarano di aver assunto uno o più farmaci diversi nella settimana precedente l'intervista

*** Negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista

Vaccinazione antinfluenzale	%	IC95% inf	IC95% sup
Copertura vaccinale negli ultra65enni	61.2	56.4	65.9
Copertura vaccinale negli ultra65enni con almeno 1 patologia cronica	72.7	65.5	78.8
Copertura vaccinale negli ultra65enni senza patologie croniche	49.1	43.0	55.2

Anziano risorsa	%	IC95% inf	IC95% sup
Anziano risorsa	28.1	25.2	31.3
per familiari	18.7	16.3	21.4
altre persone	13.1	10.9	15.6
volontariato	4.1	2.9	5.9
Lavoro retribuito			
Lavoro retribuito	5.4	4.0	7.2
Partecipazione			
Partecipazione	21.1	18.7	23.7
a gite o soggiorni	19.9	17.6	22.4
a corsi di formazione	4.5	3.6	5.7

Tutela e sicurezza	%	IC95% inf	IC95% sup
Almeno una difficoltà nell'accesso dei servizi socio-sanitari *	32.5	29.6	35.7
Quartiere percepito poco sicuro	4.4	3.2	5.9

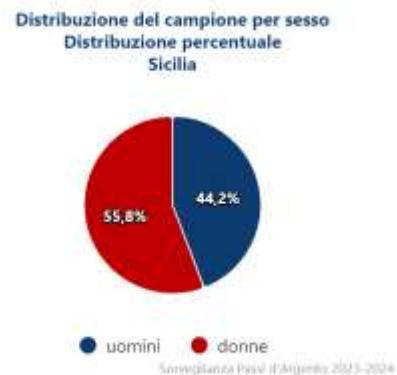
* Almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: servizi dell'AUSL, servizi del Comune, medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali

Rinuncia alle cure	%	IC95% inf	IC95% sup
Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici su tutto il campione	11.12	9.24	13.34
Non rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici	72.29	69.31	75.09
Non ha bisogno di visite mediche e/o esami diagnostici	16.58	14.49	18.91
Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici tra chi ha bisogno	13.3	11.1	15.6

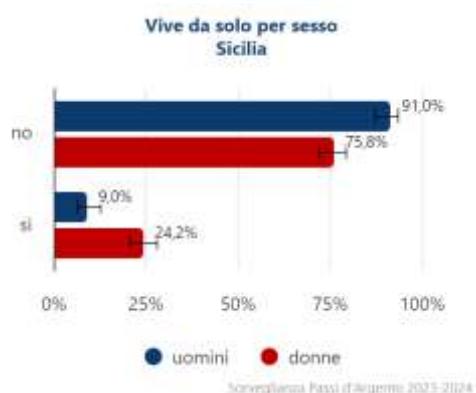
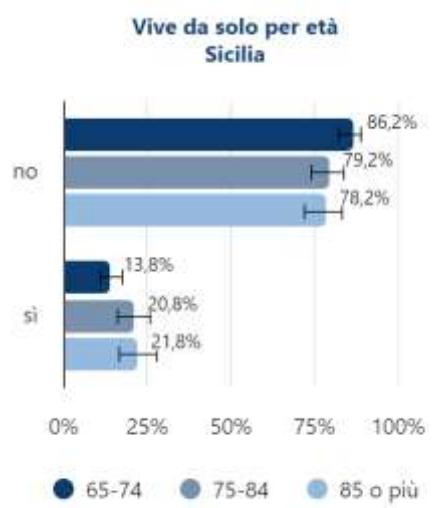
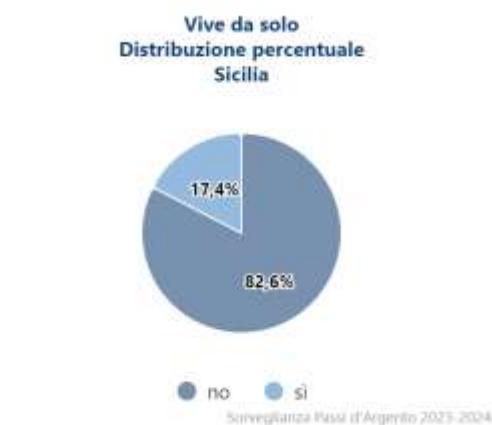
Caratteristiche socio-demografiche

La popolazione oggetto di studio è costituita 1.114.595 residenti in Sicilia ultra 64enni. In Sicilia nel periodo 2023-2024 sono state intervistate 1.234 persone con 65 anni e più.

Il 52% del campione siciliano è costituito da persone con età compresa tra 65 e 74 anni, il 14% da persone di 85 anni o più. Le donne rappresentano il 56% del campione.

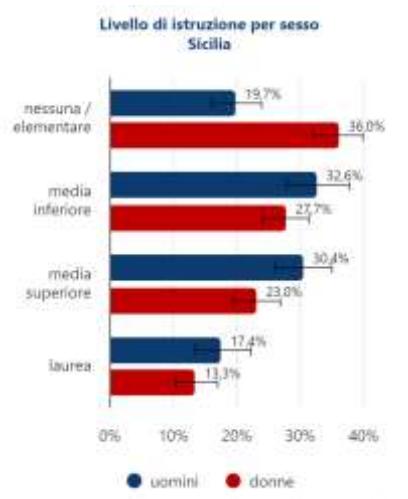
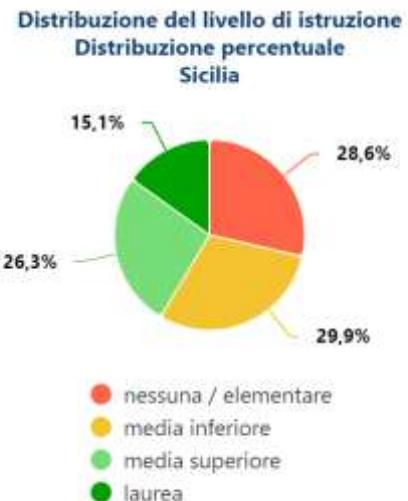
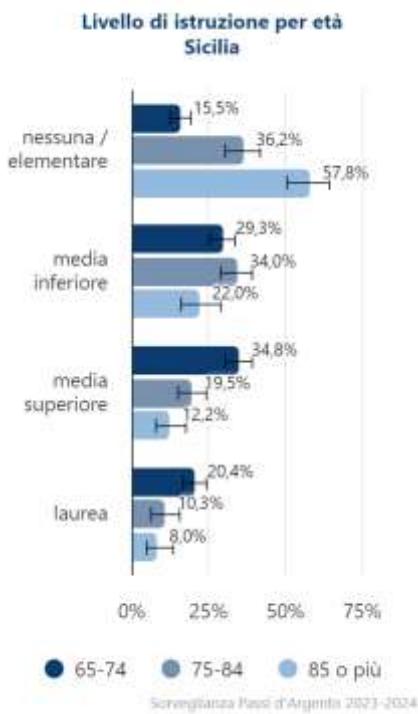


Il 17% degli over 64enni vive da solo. Sono soprattutto le donne egli 85ennio più che vivono da soli.



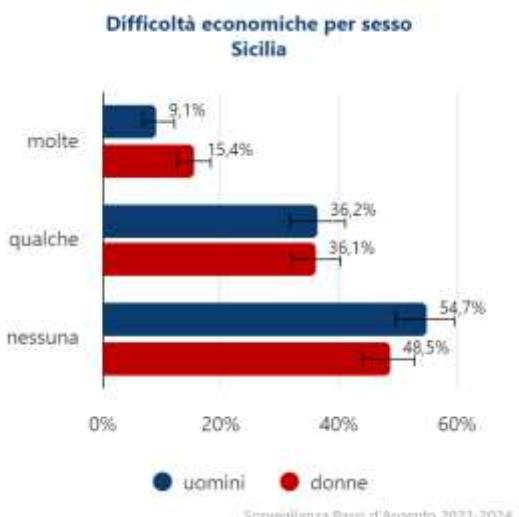
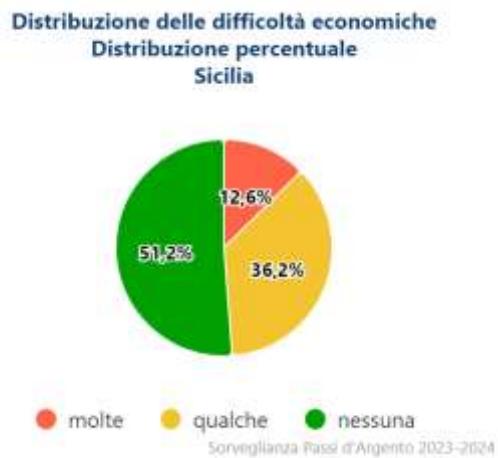
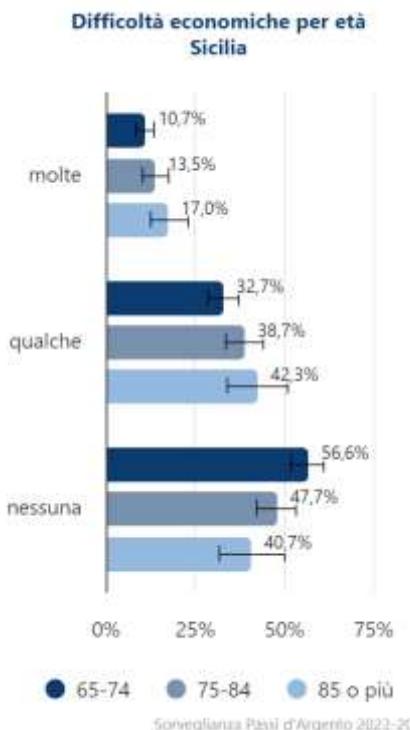
Livello di istruzione

Il 29% del campione intervistato ha un livello di scolarità basso (licenza elementare o nessun titolo di studio), il 15% è laureato. La bassa scolarità è maggiormente diffusa tra over 84enni e tra le donne.



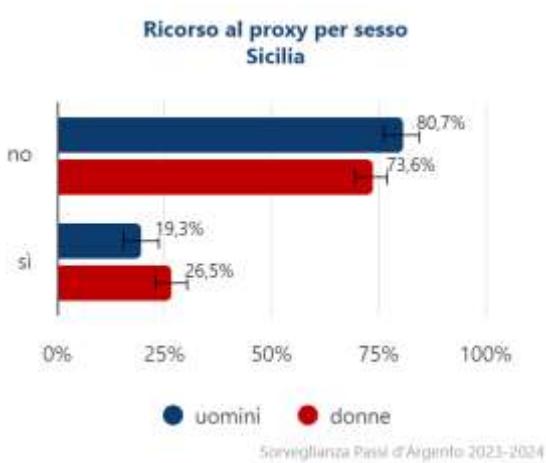
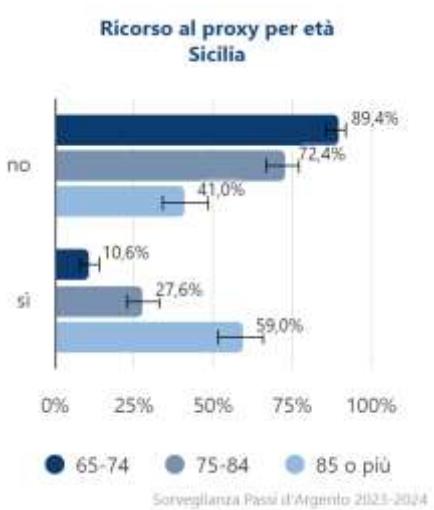
Difficoltà economiche

Il 13% del campione riferisce di avere molte difficoltà economiche, in particolare, dichiarano tali difficoltà maggiormente le donne e gli over 84enni.



Ricorso al proxy

Il 23% del campione siciliano ha fatto ricorso ad un proxy per sostenere l'intervista. Hanno fatto ricorso all'aiuto di un familiare o di una persona di loro fiducia soprattutto gli 85enni o più e le donne.



Fragilità e disabilità

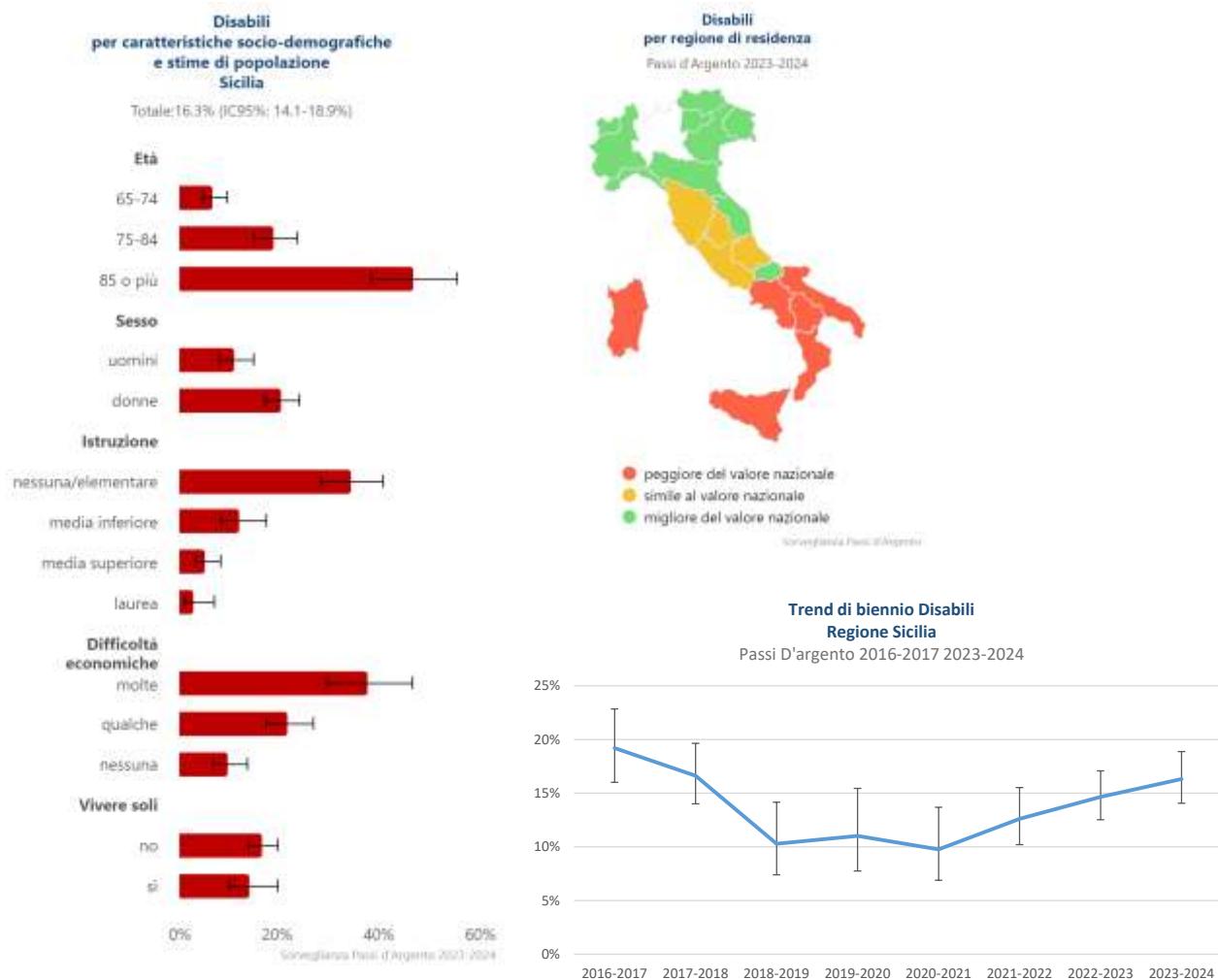
Disabilità

Perdere autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana (Activity of Daily Living (ADL): mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni)) è considerato, secondo la letteratura internazionale, una condizione di disabilità negli ultra 65enni.

Il 16% (14% valore nazionale) del campione regionale è disabile. La disabilità cresce con l'età, passando dal 7% fra i 65-74enni al 46% fra coloro che hanno 85 anni o più, è più frequente fra le donne (20% vs 11% uomini), fra chi non vive solo (17% vs 14%) e si riduce al migliorare delle condizioni socioeconomiche, per titolo di studio (passando dal 34% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare al 3% fra i laureati) e per difficoltà economiche (dal 37% di chi ha molte difficoltà al 9% di chi non ne ha).

Il 100% delle persone con disabilità riceve aiuto per le attività della vita quotidiana per cui non è autonomo, l'aiuto è fornito principalmente dai familiari (95%) e dai badanti (26%). Il 13% dei soggetti con disabilità riceve un contributo economico (come l'assegno di accompagnamento).

L'analisi temporale, delle quote di disabili, mostra un andamento complessivamente in riduzione fino al biennio 2020-2021, mentre, negli ultimi anni si evidenzia un trend in aumento.



Tipo di aiuto ricevuto dai disabili Sicilia n=1129	%	IC95% inf	IC95% sup
Familiari	94.7	86.9	98.0
Conoscenti, amici	14.8	10.6	20.4
Associazioni di volontariato	1.5	0.5	4.7
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	25.7	18.8	33.9
Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	10.2	6.7	15.2
Assistenza presso centro diurno	2.1	1.0	4.7
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	12.6	7.9	19.6

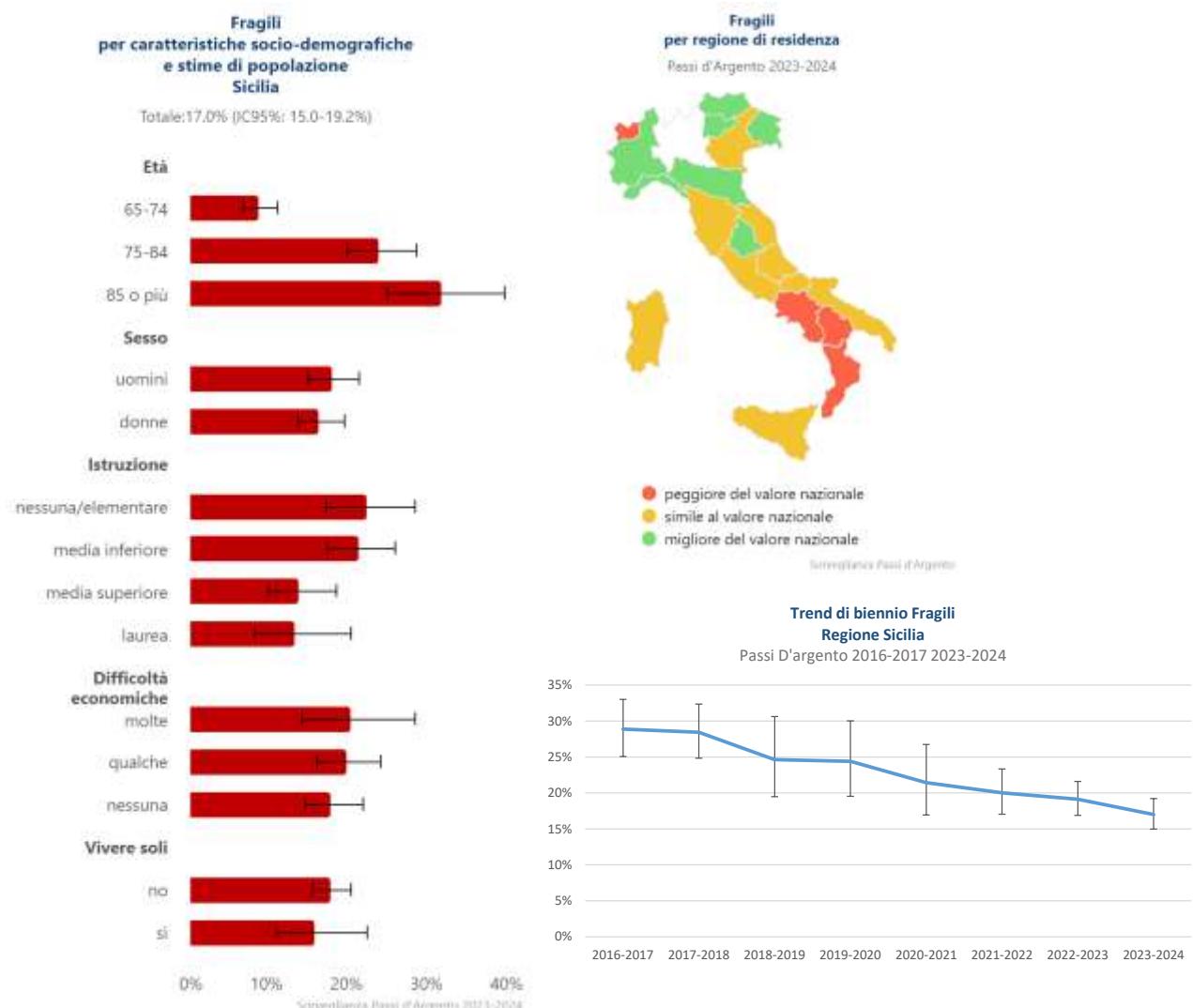
Fragilità

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

Vulnerabilità che può rappresentare un precursore o comunque un fattore di rischio per la fragilità. In Passi d'Argento si definisce anziano fragile la persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse (Instrumental Activity of Daily Living- Iadl) come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono.

Il 17% (16% dato nazionale) dei soggetti intervistati è un anziano fragile; la fragilità aumenta al crescere dell'età (9% fra i 65-74enni, 32% fra gli 85enni o più), è più frequente fra gli uomini (18% vs 16%), fra le persone con nessun titolo di studio o con licenza elementare (22% vs 13% fra chi è laureato), fra le persone con molte difficoltà economiche (20% vs 18% tra coloro che non hanno difficoltà economiche) e fra chi non vive solo (18% vs 16%). Il 100% delle persone con fragilità riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo; questo aiuto è per lo più sostenuto dai familiari (95%), da badanti (19%) e da conoscenti/amici (18%).

Il 4% dei soggetti fragili riceve contributi economici (es. assegni di cura, assegno di accompagnamento). L'analisi temporale, delle quote di persone con fragilità, rivela un andamento in riduzione.



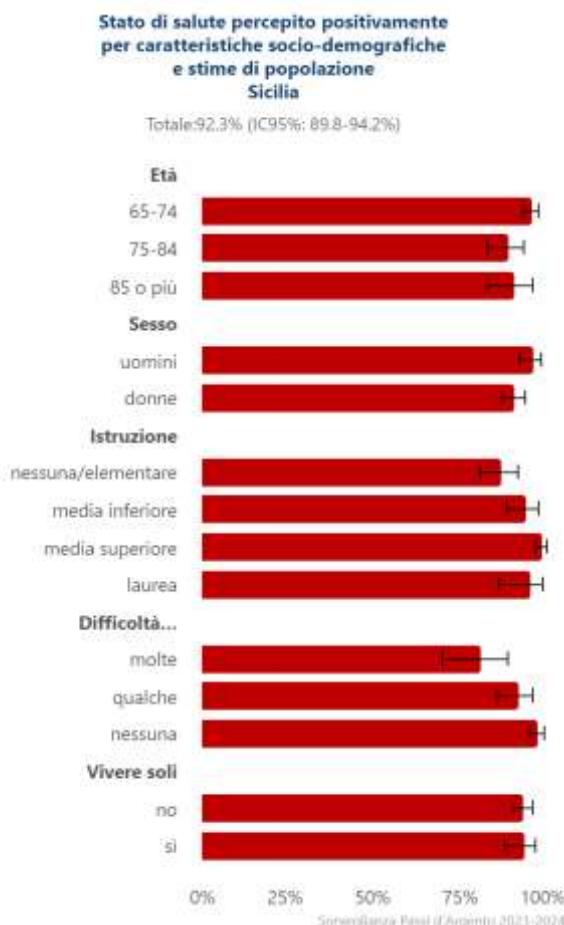
Tipo di aiuto ricevuto dai fragili Sicilia n=1129	%	IC95% inf	IC95% sup
Familiari	95.3	88.9	98.1
Conoscenti, amici	18.4	13.8	24.3
Associazioni di volontariato	1.8	0.6	5.9
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	19.0	13.4	26.3
Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	1.3	0.3	5.5
Assistenza presso centro diurno	0.0	0.0	0.0
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	4.2	1.2	13.8

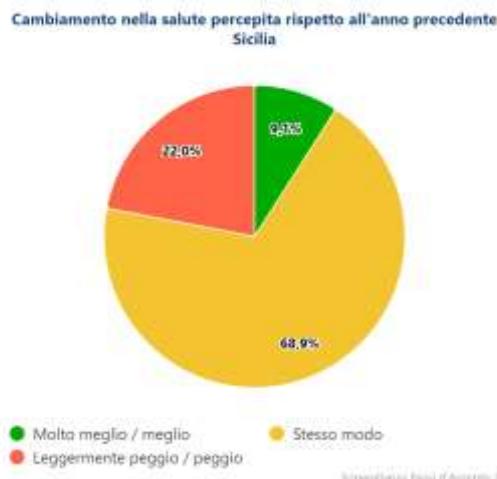
Percezione dello stato di salute

Il 92% (91% dato nazionale) delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (50% bene/molto bene, 42% discretamente).

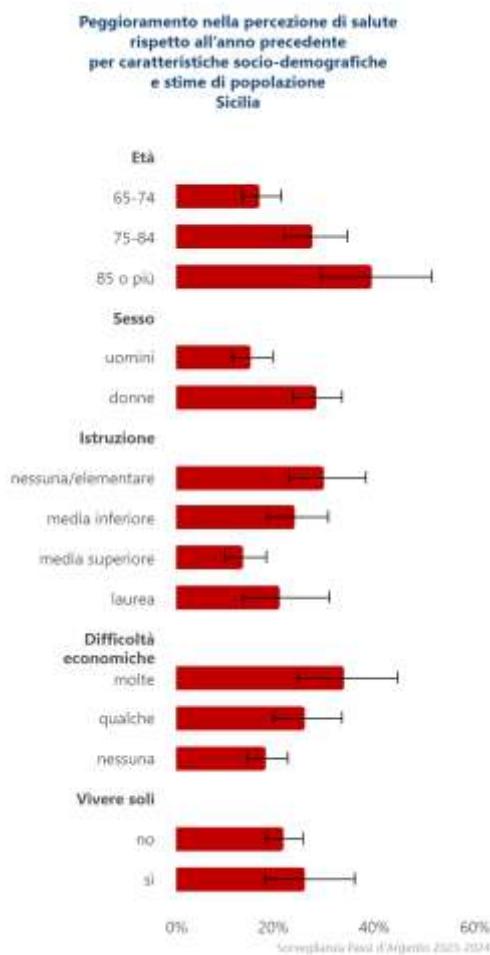
La percezione positiva della propria salute è più elevata fra i 65-74enni (95%), fra gli uomini (95% vs 90%) e fra le persone senza difficoltà economiche (97% vs 80% fra quelle con molte difficoltà economiche).

Aumenta nel tempo, sebbene non in modo lineare, la quota di persone che percepisce positivamente il proprio stato di salute.





Il 22% degli over 64enni percepisce un peggioramento della propria salute rispetto l'anno precedente, tale peggioramento aumenta al crescere dell'età, passando dal 17% fra i 65-74enni al 39% fra gli 85enni o più, è più frequente fra le donne (28% vs 15%), fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare (30%), fra coloro che vivono da soli (26% vs 22%).e si riduce al migliorare delle condizioni economiche (34% fra chi ha molte difficoltà economiche vs 18% di chi non ne ha).



Gli over 64enni intervistati hanno dichiarato di aver vissuto più di 6 giorni in cattiva salute (*unhealthy days*) nel mese precedente l'intervista in particolare sono mediamente 4 i giorni vissuti in cattive condizioni fisiche, 3 quelli vissuti in cattive condizioni di malessere psicologico e i giorni vissuti con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività. Il numero medio di giorni in cattiva salute percepita è maggiore negli over 74enni, nelle donne, nelle persone con nessun titolo di studio o con la licenza di scuola elementare, nelle persone con molte/qualche difficoltà economiche, in coloro che vivono da soli e nelle persone che soffrono di due o più patologie.

Giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici, e giorni con limitazione di attività (numero medio di giorni, negli ultimi 30 giorni)					
		Sicilia			
		Numero medio di giorni in cattiva salute *	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane
	Totale	6.6	4.4	3.4	2.8
Età	65-74	5.6	3.4	3.0	2.2
	75-84	8.1	5.9	4.3	3.6
	85 o più	8.5	5.9	3.8	4.7
Sesso	uomini	5.0	3.6	2.3	2.4
	donne	8.0	5.1	4.4	3.2
Istruzione	nessuna / elementare	9.0	5.9	5.7	4.6
	media inferiore	6.2	4.1	3.2	2.9
	media superiore	5.9	4.1	2.7	2.1
	laurea	5.6	3.6	2.4	1.9
Difficoltà economich e	molte	9.2	5.8	5.6	6.1
	qualche	7.8	5.3	4.3	3.8
	nessuna	5.7	3.8	2.7	1.9
Vivere soli	no	6.4	4.3	3.1	2.7
	sì	7.6	4.8	4.9	3.0

* 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

Stato di salute percepito per patologie croniche				
	Sicilia n= 932			
	Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane
Nessuna	4.0	2.4	2.4	1.6
Una patologia	8.8	5.8	5.8	3.2
Due o più patologie	10.9	7.8	7.8	6.2

* 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

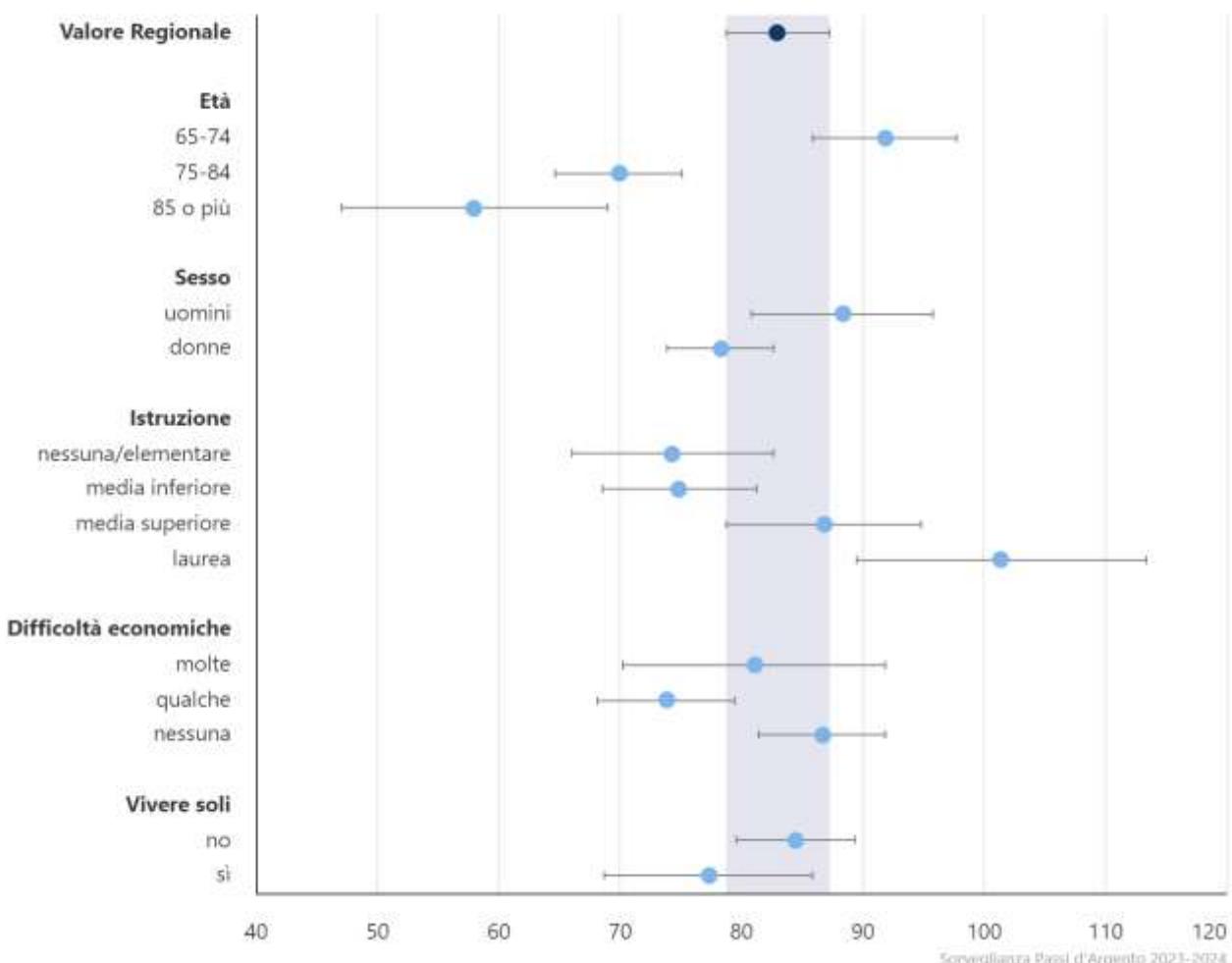
Stili di vita

Attività fisica e il PASE

Il valore medio del punteggio PASE nel biennio 2023-2024 è pari a 83 ed è per lo più sostenuto dalle attività domestiche (punteggio PASE:71), come prendersi cura della casa o dell'orto, fare giardinaggio o prendersi cura di una persona; meno dalle attività di svago (punteggio PASE:21), come passeggiare, andare in bici o fare attività fisica strutturata. Il punteggio PASE si riduce significativamente con l'aumentare dell'età (da 92 nella fascia 65-74 anni scende a 58 tra gli ultra 85enni); è più alto fra gli uomini (88 vs 78 fra le donne), tra coloro che non hanno alcuna difficoltà economica (88 vs 74 di chi ha qualche difficoltà), tra chi ha è laureato (101 vs 74 di chi non ha nessun titolo di studio o ha solo la licenza elementare), fra chi non vive solo (85 vs 77 di chi vive solo).

Punteggio medio PASE per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Popolazione di riferimento: - Regione: 83,0 (IC95: 78,8-87,2)



Camminare fuori casa è l'attività maggiormente praticata tra quelle di svago. Il 58% degli

intervistati ha riferito di aver fatto una passeggiata a piedi (o in bici) nella settimana precedente l'intervista. Solo l'1% svolge attività fisica pesante, come il nuoto, la corsa.

Le attività domestiche leggere sono praticate dal 75% degli intervistati. La cura della casa (dalla pulizia alle attività più pesanti) resta prerogativa delle donne, mentre piccole riparazioni e la cura dell'orto sono attività più frequenti fra gli uomini. Tra le attività indagate vi è anche il lavoro, considerato attività fisica se di tipo dinamico: il 7% degli ultra 65enni ha dichiarato di svolgere un lavoro e fra questi il 2% ha riferito di svolgerne uno durante il quale deve camminare o per cui è richiesto uno sforzo fisico.

Attività svolte per genere			
Sicilia	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (%)
n = 805	IC95% inf - sup	IC95% inf - sup	IC95% inf - sup
Attività di svago e fisica strutturata			
Passeggiare /andare in bicicletta	65.3 59.9 - 70.3	52.4 46.6 - 58.1	58.3 54.4 - 62.2
Fare attività fisica leggera	18.5 14.2 - 23.6	18.9 14.7 - 24.0	18.7 15.6 - 22.2
Fare attività fisica moderata	7.1 4.8 - 10.4	5.9 4.1 - 8.5	6.4 4.9 - 8.4
Fare attività fisica pesante	2.5 1.3 - 4.8	0.6 0.2 - 1.9	1.5 0.8 - 2.6
Ginnastica con attrezzi, flessioni	5.0 3.0 - 8.5	1.3 0.6 - 2.8	3.0 1.9 - 4.7
Attività domestiche			
Attività domestiche leggere	50.5 45.4 - 55.6	95.9 92.6 - 97.7	74.8 72.1 - 77.4
Attività domestiche pesanti	24.6 19.6 - 30.3	56.3 50.9 - 61.6	41.7 38.0 - 45.5
Attività di piccole riparazioni	69.7 64.2 - 74.6	21.6 17.5 - 26.4	44.0 40.6 - 47.6
Cura dell'orto	29.7 24.7 - 35.3	5.1 3.5 - 7.3	16.5 14.0 - 19.4
Attività di giardinaggio	44.8 39.2 - 50.6	44.7 39.7 - 49.8	44.8 41.0 - 48.6
Prendersi cura di una persona	32.3 27.4 - 37.7	39.6 34.3 - 45.1	36.2 32.5 - 40.0
Attività lavorative sia statiche che dinamiche			
Attività lavorative svolte pagate o di volontariato	8.2 5.5 - 12.1	5.7 3.6 - 8.8	6.8 5.1 - 9.2
Attività lavorativa dinamica che richiede sforzo fisico o cammino	2.1 0.8 - 5.7	2.3 1.1 - 4.9	2.2 1.2 - 4.1

All'aumentare dell'età si riduce la quota di persone che pratica attività fisica moderata/pesante, attività domestiche e attività lavorative.

Attività svolte per classi di età			
Sicilia n = 805	65-74 anni (%) IC95% inf - sup	75-84 anni (%) IC95% inf - sup	85 o più anni (%) IC95% inf - sup
Attività di svago e fisica strutturata			
Passeggiare /andare in bicicletta	62.8 57.8 - 67.6	50.2 43.3 - 57.1	53.6 39.2 - 67.5
Fare attività fisica leggera	23.6 19.1 - 28.8	11.0 7.8 - 15.5	7.9 3.5 - 16.7
Fare attività fisica moderata	7.5 5.4 - 10.4	4.7 2.9 - 7.5	4.3 1.1 - 15.0
Fare attività fisica pesante	2.1 1.1 - 3.8	0.6 0.2 - 2.4	0.0 0.0 - 0.0
Ginnastica con attrezzi, flessioni	3.7 2.2 - 6.3	1.6 0.6 - 4.3	2.8 0.7 - 10.5
Attività domestiche			
Attività domestiche leggere	76.1 72.4 - 79.3	75.4 71.1 - 79.2	59.6 46.8 - 71.3
Attività domestiche pesanti	49.4 44.4 - 54.4	30.4 25.0 - 36.5	18.8 10.7 - 30.8
Attività di piccole riparazioni	50.0 45.4 - 54.6	35.1 29.5 - 41.2	29.0 18.3 - 42.8
Cura dell'orto	19.9 16.3 - 24.0	11.3 8.2 - 15.3	8.6 3.9 - 18.1
Attività di giardinaggio	48.7 43.8 - 53.8	38.3 31.9 - 45.1	37.2 27.6 - 47.9
Prendersi cura di una persona	38.1 33.1 - 43.4	32.5 27.1 - 38.4	35.6 24.4 - 48.6
Attività lavorative pagate o di volontariato			
Attività lavorative sia statiche che dinamiche	9.6 6.8 - 13.4	3.8 1.9 - 7.4	1.1 0.3 - 3.6
Attività lavorativa dinamica che richiede sforzo fisico o cammino	2.6 1.2 - 5.6	2.1 0.7 - 6.1	0.5 0.1 - 3.1

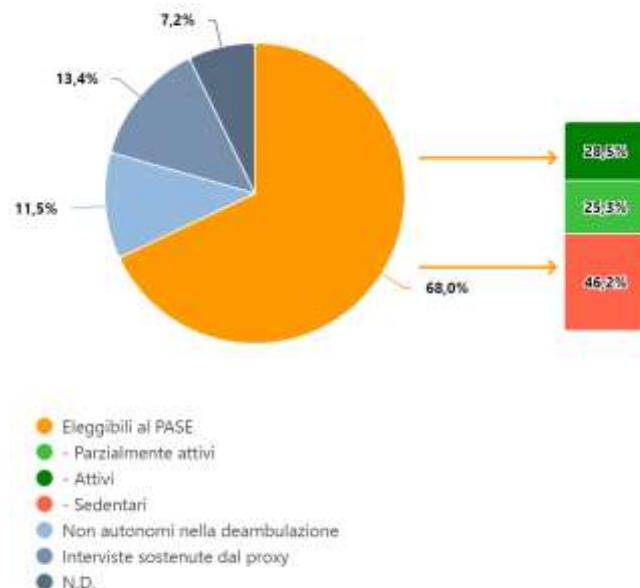
Circa il 14% degli intervistati ha problemi nella deambulazione, fra questi l'11% ha riferito di praticare ginnastica riabilitativa.

Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS

Nel campione siciliano 2023-2024 il Pase è stimato sul 68% degli intervistati, poiché il 25% non è eleggibile al Pase (12% per mancanza di autonomia nella deambulazione e il 13% per aver fatto ricorso al proxy) e il 7% dei casi viene escluso per informazioni incomplete.

Gli ultra65enni eleggibili al PASE possono anche essere classificati, secondo i livelli dell'attività fisica attualmente raccomandati dall'OMS, in: completamente sedentari (46%), in parzialmente attivi (25%) e in attivi (29%).

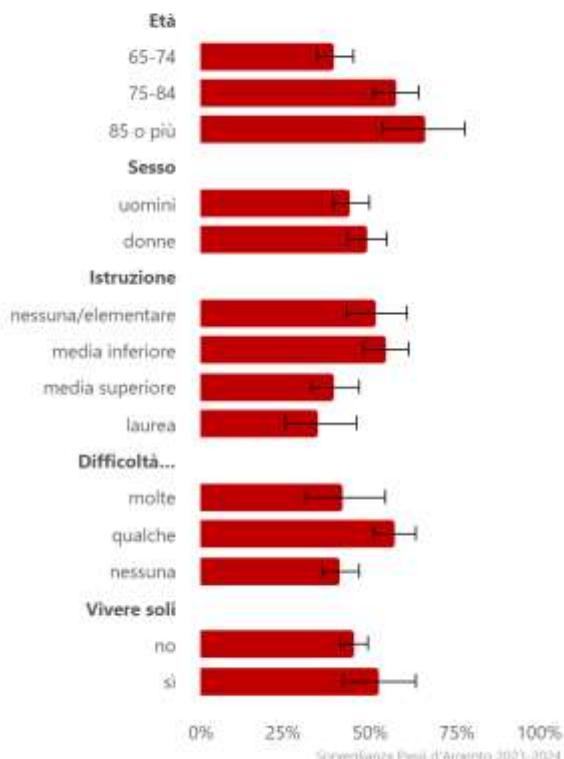
Distribuzione della popolazione per attività fisica - Sicilia



Sovvenzione finale d'Argento 2023-2024

Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia

Totale: 46,2% (IC95%: 42,3-50,2%)



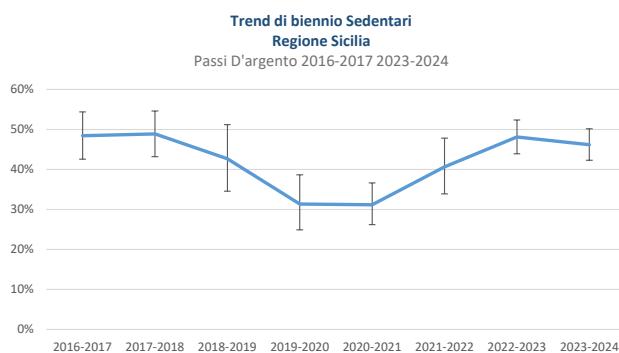
Supervisione Pensi d'Arcanto 2023-2024

Sedentario per regione di residenza

Passi d'Argento 2023-2024



Spiraea prunifolia Presl. et Hoffmann



**Consiglio fare attività fisica
per regione di residenza**
Passi d'Argento 2023-2024



Regione Sicilia Passi d'argento

La quota di sedentari cresce al crescere dell'età passando dal 39% nei 65-74enni al 65% negli over 84enni, è maggiore fra le donne (48% vs 44%), in coloro che hanno il diploma di scuola media inferiore (54%), in chi ha qualche difficoltà economica (56%) e in chi vive solo (52% vs 45%).

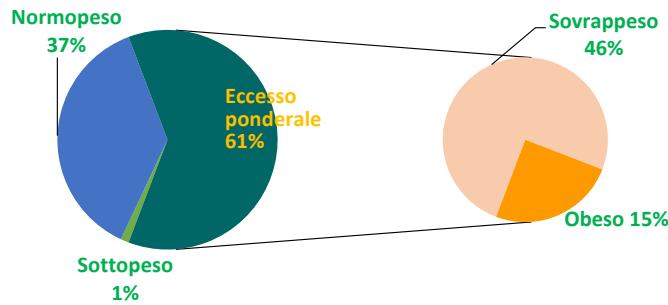
Nonostante si conosca l'importanza dell'attività fisica per il benessere psico-fisico degli anziani e delle persone con patologie croniche o in eccesso ponderale, che potrebbero trovare benefici importanti nel movimento praticato nel rispetto delle loro condizioni di salute e dei loro limiti, si rileva che, solo il 31% degli ultra 65enni, il 33% di coloro che hanno almeno una patologia cronica e il 33% degli obesi ha ricevuto da parte di un medico o altro operatore il consiglio di fare attività fisica., negli 12 mesi precedenti l'intervista.

L'analisi delle prevalenze annuali mostra un trend in riduzione dal biennio 2016-2017 al biennio 2019-2020. A partire dal biennio 2020-2021, invece, si osserva un aumento progressivo della quota di sedentari fino al 2022-2023. Nel 2023-2024 si è registrata una lieve riduzione della prevalenza di sedentarietà rispetto al biennio precedente.

Stato nutrizionale

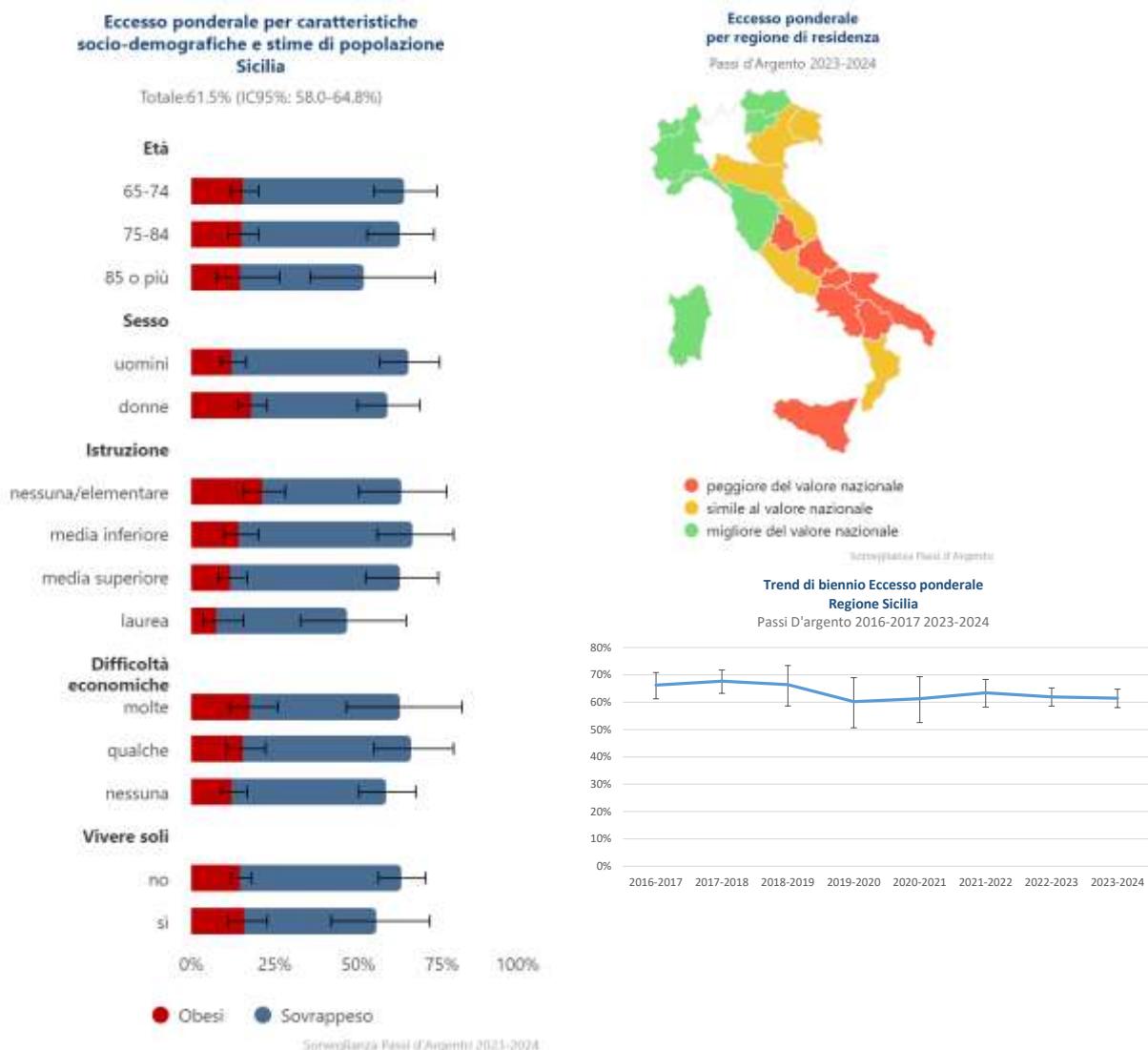
In Sicilia il 61% degli ultra 64enni (54% dato nazionale) risulta in eccesso ponderale, in particolare il 46% risulta in sovrappeso e il 15% è obeso.

Stato nutrizionale (%)
Indagine PASSI d'Argento
Sicilia 2023-2024



L'eccesso ponderale è più frequente nei 65-74enni, negli uomini, in coloro che hanno un livello medio-basso d'istruzione, in quelli che hanno qualche difficoltà economica e in coloro che non vivono da soli.

In Sicilia, la quota di 65enni o più in eccesso ponderale complessivamente si è leggermente ridotta, sebbene non in modo lineare negli anni.



In Sicilia la percentuale di anziani che hanno perso peso (riduzione maggiore del 5% del peso iniziale o maggiore di 4,5 kg rilevata negli ultimi 12 mesi) indipendentemente dalla loro volontà è pari al 6% ed è maggiore fra coloro che sono affetti da due o più patologie croniche (12% vs 2% fra chi non ha nessuna patologia cronica).

Consumo di frutta e verdura

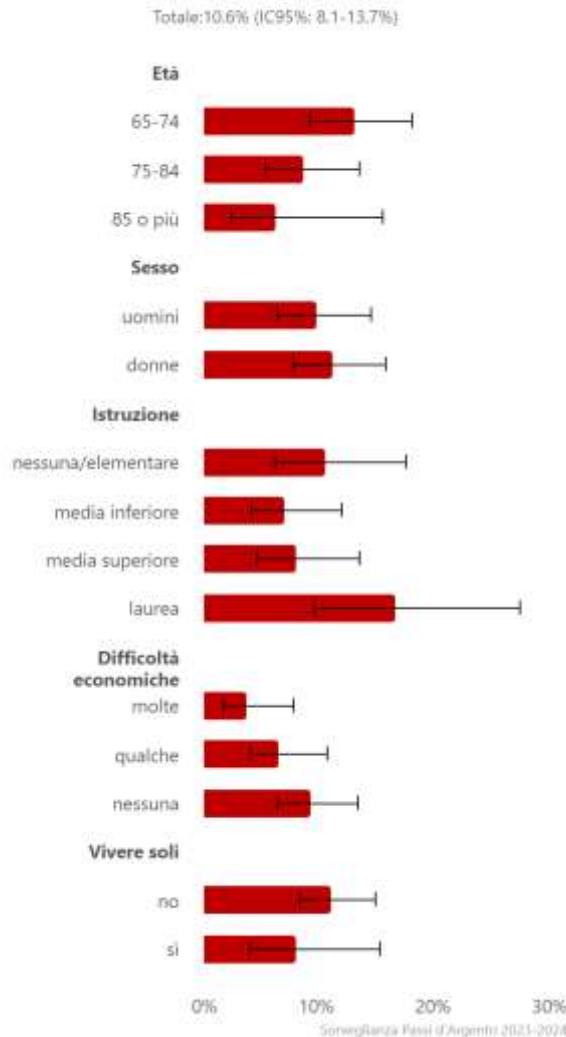
L'11% (9% dato nazionale) degli over 65enni aderisce alle raccomandazioni dell'OMS consumando al giorno almeno 5 porzioni di frutta e verdura (“five a day”), il 40% consuma 3/4 porzioni di frutta e/o verdura al giorno, l'1% non ne mangia nessuna.

Il consumo giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e verdura si riduce al crescere dell'età (13% fra i 65-74enni al 6% fra gli 85enni o più), è leggermente più frequente fra le donne (11% vs 10% fra gli uomini), è più frequente fra i laureati (17%) e fra chi non ha nessuna o ha qualche

difficoltà economica (9% vs 4% fra chi ne ha molte) e fra chi non vive solo (11% vs 8%).

L'analisi temporale evidenzia un andamento altalenante delle prevalenze di persone che aderiscono al *five a day*.

Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per caratteristiche socio-demografiche
+ stime di popolazione
Sicilia



Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura
per regione di residenza

Passi d'Argento 2023-2024

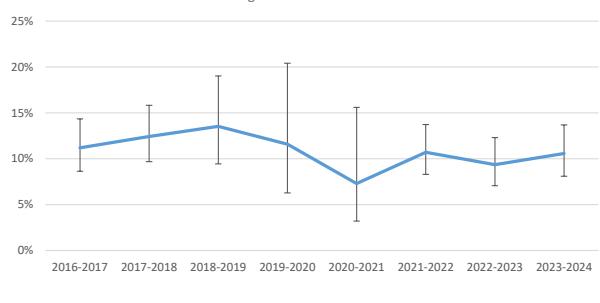


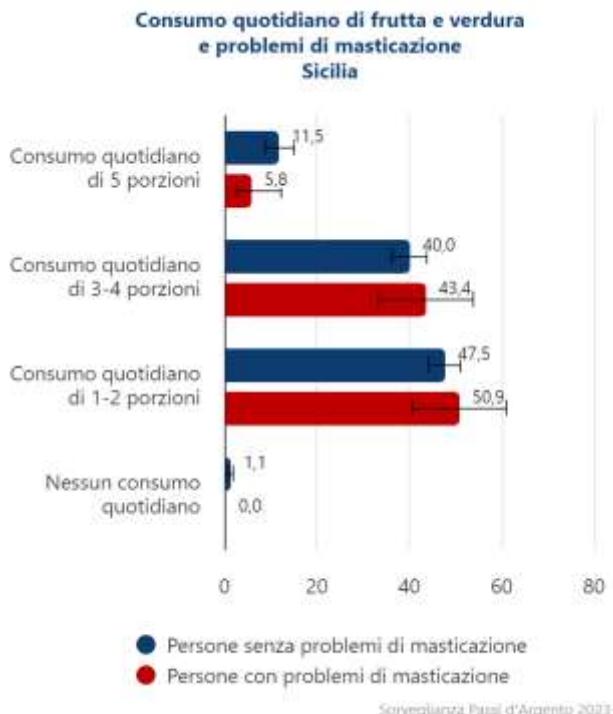
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

Trend di biennio Consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura
Regione Sicilia

Passi D'argento 2016-2017 2023-2024





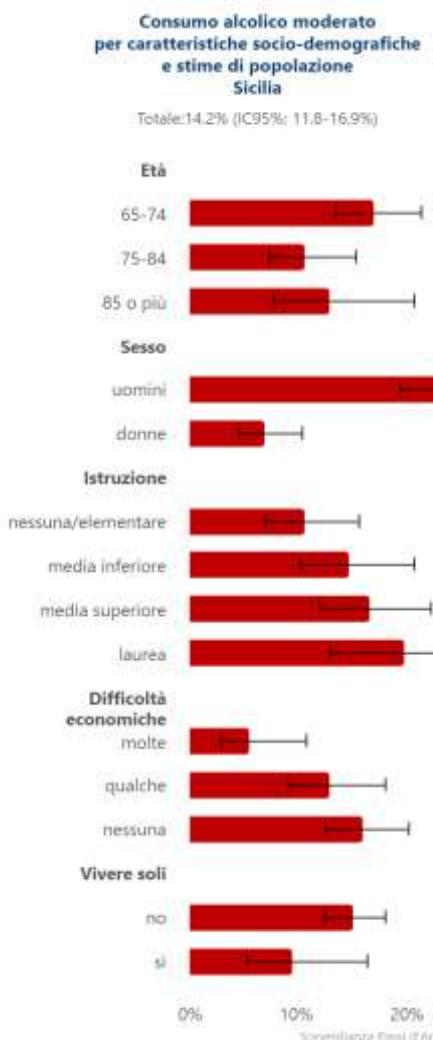
Il consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e/o verdura è più frequente fra coloro che non hanno problemi di masticazione.

Consumo di alcool

In Sicilia il 26% (37% dato nazionale) degli intervistati ha dichiarato di consumare abitualmente alcol, in particolare il 14% (21% dato nazionale) degli over 64enni dichiara un consumo moderato di alcol, il 12% (17% dato nazionale) è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno.

Il consumo di alcool moderato è più frequente fra i 65-74enni (17%), fra gli uomini (23% vs 7%), in chi non vive da solo (15% vs 9%), ed aumenta al migliorare dello stato socioeconomico, per istruzione (passando dal 10% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare al 20% fra i laureati) e per difficoltà economiche (dal 6% di chi ha molte difficoltà economiche al 16% di chi non ne ha) e

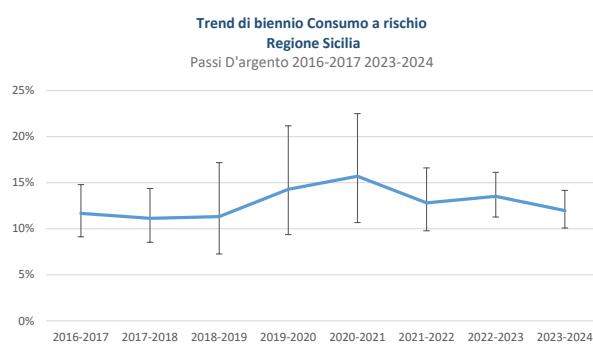
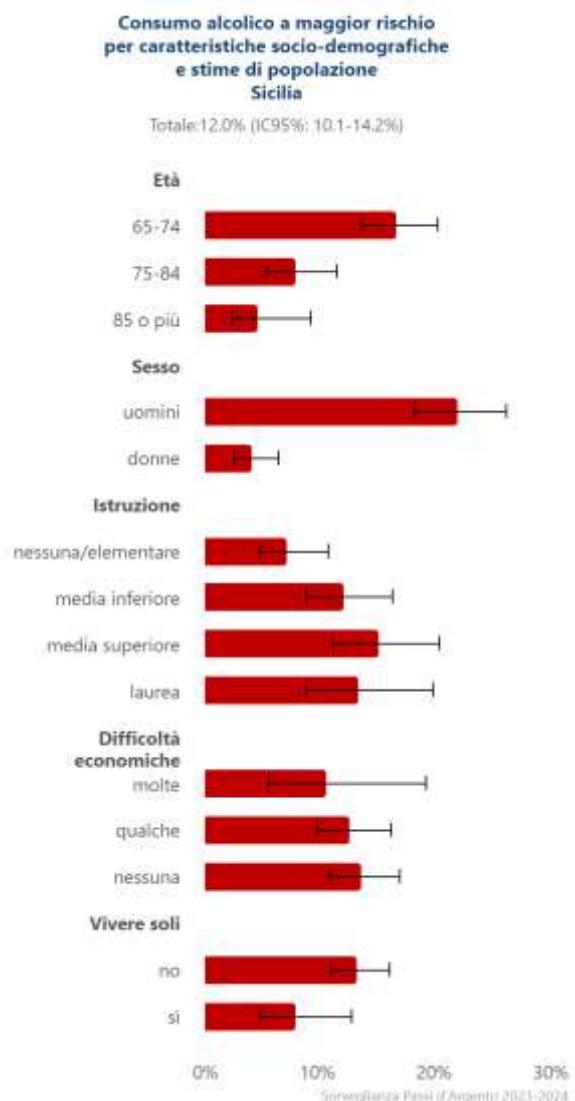
L'analisi per anno delle prevalenze di consumatori di alcool moderato evidenzia valori leggermente maggiori negli anni 2018-2019 e 2019-2020, e un andamento pressochè stabile negli altri anni.



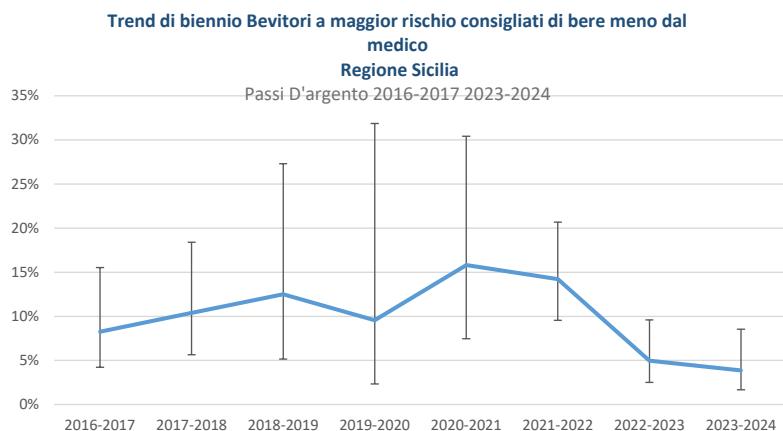
Il consumo di alcool a maggior rischio è un'abitudine che si riduce al crescere dell'età passando dal 17% fra i 65-74enni al 5% fra gli 85enni o più, ed aumenta al migliorare delle condizioni economiche (11% fra chi a molte difficoltà vs 14% fra chi non ha difficoltà), è più frequente negli uomini (22% vs 4% nelle donne), in chi ha il diploma di scuola media superiore (15%) e nei soggetti che non vivono da soli (13% vs 8%).

In Sicilia il 25% (29% dato nazionale) dei pazienti con malattie del fegato consuma alcol, nonostante sia controindicato.

L'analisi annuale, delle prevalenze di consumatori a rischio, evidenzia un andamento altalenante.



Nel biennio 2023-2024, si evidenzia la percentuale più bassa (4%), dell'intero periodo osservato, di consumatori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario.

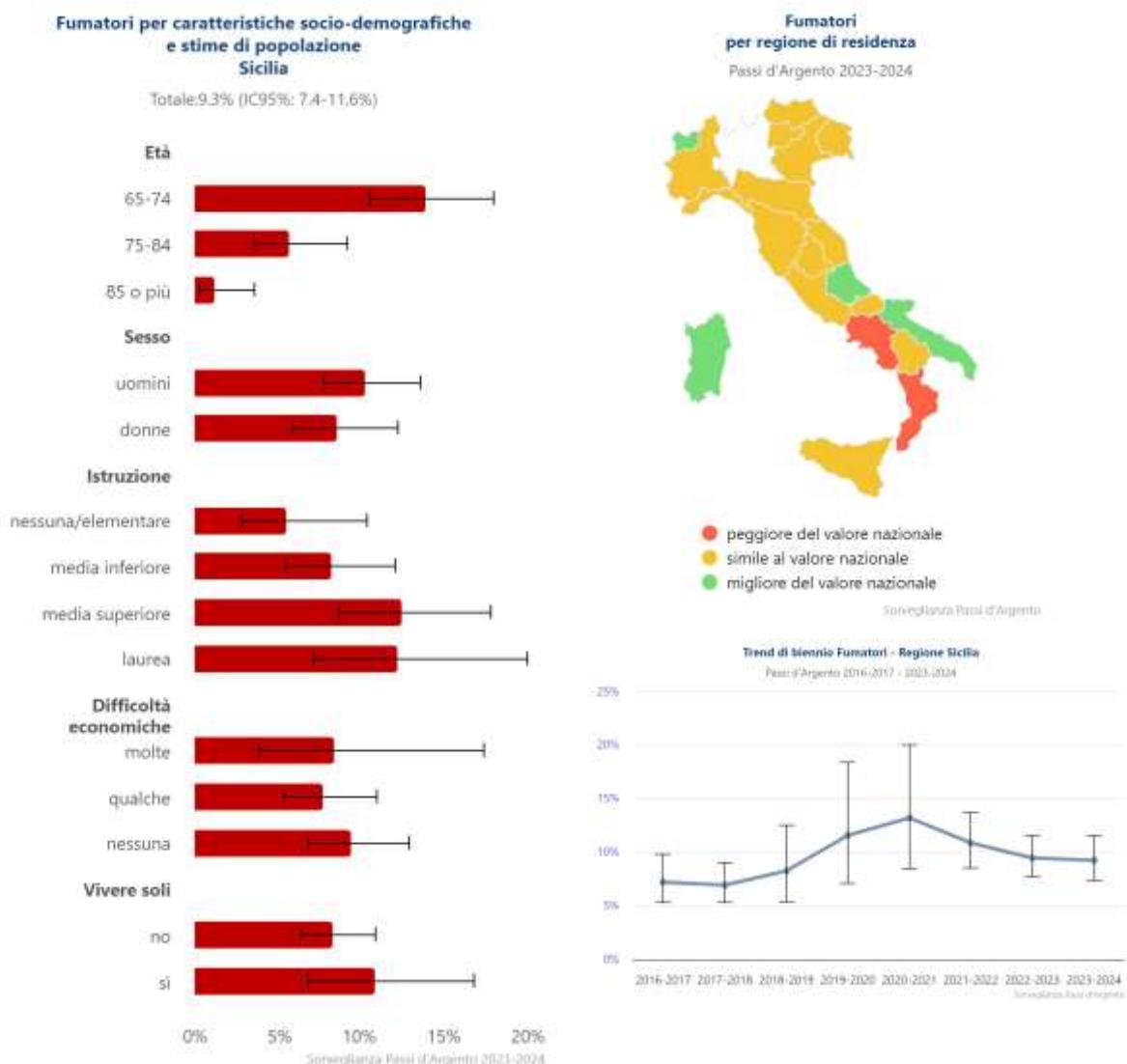


Abitudine al fumo

In Sicilia il 9% (11% dato nazionale) dei 65enni e più è fumatore. L'abitudine al fumo si riduce con l'età (14% fra i 64-74enni vs 1% fra gli ultra 84enni), è maggiore fra gli uomini (10% vs 9%), fra coloro che hanno il diploma di scuola media superiore e fra i laureati (12%), in chi non ha alcuna difficoltà economica (9%) e in chi vive solo (11% vs 8%). L'analisi per anno delle prevalenze di fumatori mostra un trend in crescita fino al biennio 2020-2021, e in riduzione nei bienni successivi.

In media i fumatori over 64enni fumano 11 sigarette al giorno.

Tra i fumatori il 55% ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario.

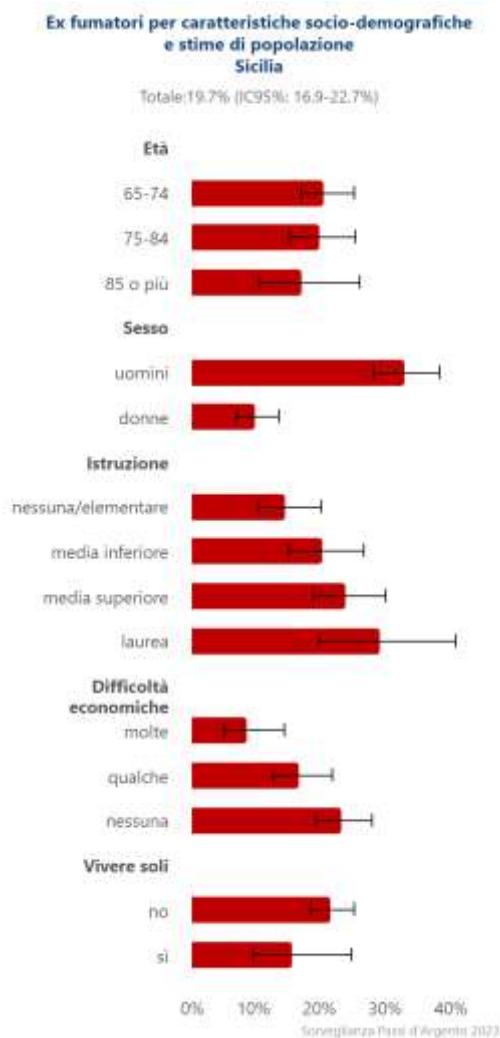


* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento dell'intervista

In Sicilia il 20% degli over 64enni è un ex fumatore. La quota di ex fumatori è maggiore nei 65-

84enni (20%), fra gli uomini (33% vs 10%), fra i laureati (28%), fra coloro che non vivono da soli (21% vs 15%) ed aumenta al diminuire delle difficoltà economiche (dal 9% fra chi ha molte difficoltà economiche al 23% fra chi dichiara di non averne).

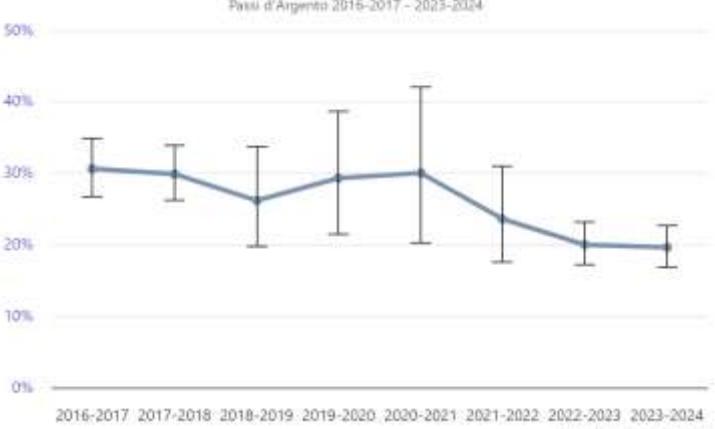
In Sicilia, negli anni la quota di ex fumatori complessivamente si è ridotta, sebbene non in maniera lineare.



Ex Fumatori per regione di residenza
Passi d'Argento 2023-2024



Trend di biennio Ex fumatori - Regione Sicilia
Passi d'Argento 2016-2017 - 2023-2024



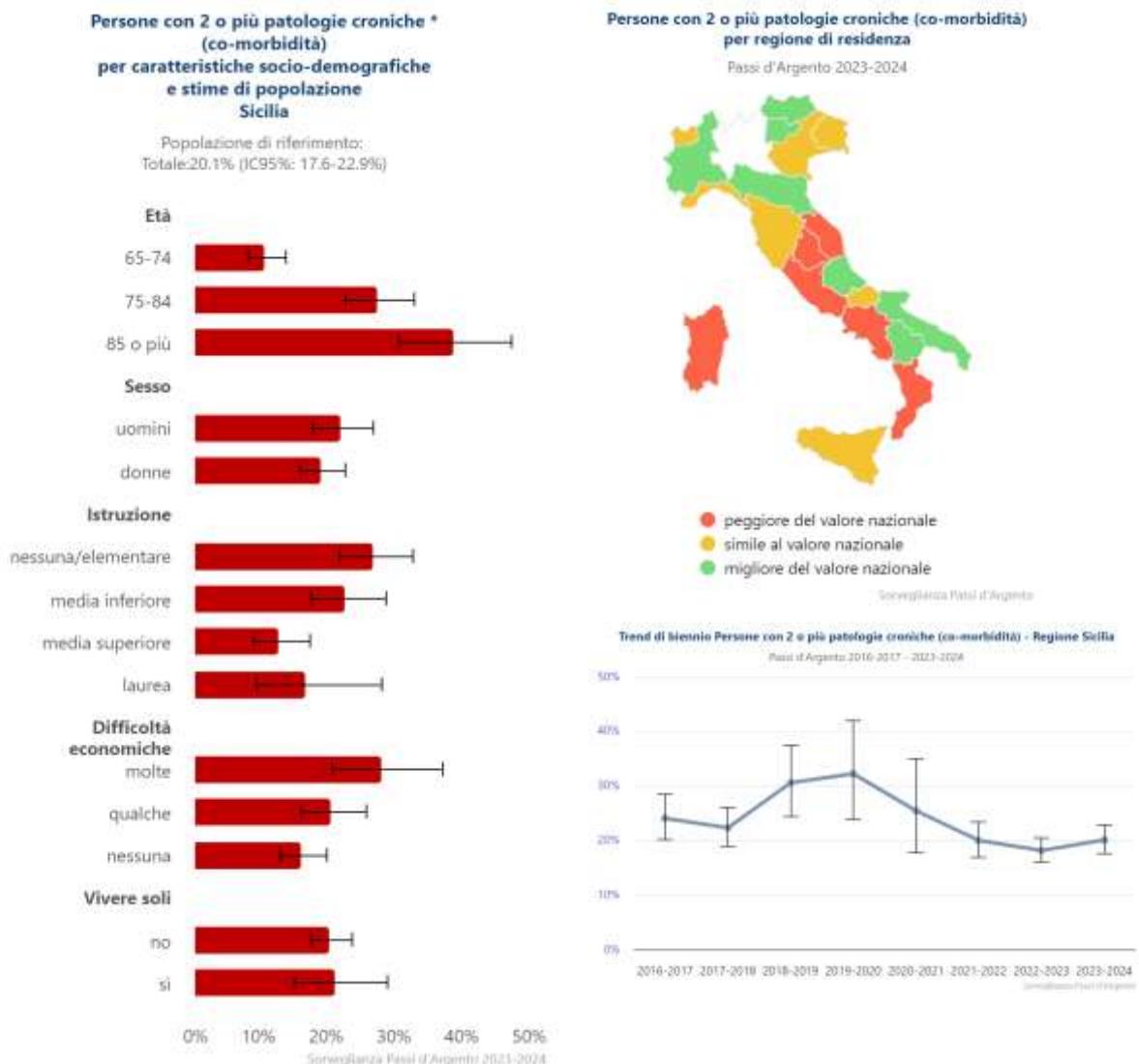
** Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di non fumare da almeno un anno al momento dell'intervista

Patologie croniche

In Sicilia il 46% delle persone con 65 anni e più non è affetto da nessuna patologia cronica, il 54% è affetto da almeno 1 patologia cronica.

Il 20% degli over 64enni siciliani (22% dato nazionale) è affetto da 2 o più patologie croniche (co-morbidità).

La compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) aumenta all'aumentare dell'età (11% fra i 65-74enni vs 38% fra gli 85enni o più), è più frequente fra gli uomini (22% vs 19% fra le donne), fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare (27% vs 17% fra i laureati) e si riduce al migliorare delle condizioni economiche (28% fra chi ha molte difficoltà vs 16% di chi non ne ha).



L'analisi annuale delle quote di 65enni o più con co-morbidità evidenzia un andamento in riduzione a partire dal biennio 2019-2020, ma nel biennio 2023-2024 si è registrato un valore maggiore (20%) rispetto al biennio precedente (18%).

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

Patologie croniche

Sicilia n = 1215	%	IC95% inf	IC95% sup
Cardiopatie	22.8	20.1	25.8
Ictus o ischemia cerebrale	5.7	4.3	7.7
Tumori	9.1	7.2	11.4
Malattie respiratorie croniche	16.0	13.7	18.4
Diabete	23.8	21.0	26.8
Malattie croniche del fegato e/o cirrosi	1.2	0.7	2.0
Insufficienza renale	7.0	5.4	9.0

Il diabete (24%) e le cardiopatie (23%) e sono le patologie croniche più frequentemente riferite dagli over 65enni.

Problemi di vista, udito e masticazione

In Sicilia il 23% (uguale al dato nazionale) delle persone di 65 anni o più, ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione), che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera.

Sicilia n = 1143	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone socialmente isolate			
fra persone con problemi di vista	18.1	16.0	20.4
fra persone con problemi di udito	48.1	38.7	57.5
fra persone con problemi di masticazione	46.4	37.4	55.6
Sicilia n = 804	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone con sintomi depressivi			
fra persone con problemi di vista	9.2	7.0	12.0
fra persone con problemi di udito	16.6	5.3	41.5
fra persone con problemi di masticazione	29.8	14.5	51.5
Sicilia n = 1199	%	IC95% inf	IC95% sup
Cadute			
fra persone con problemi di vista	5.1	3.7	6.9
fra persone con problemi di udito	15.8	9.7	24.7
fra persone con problemi di masticazione	9.8	5.9	15.8
	12.1	8.1	17.6

Il 18% del campione siciliano è socialmente isolato e riferisce che in una settimana normale non incontra né parla con qualcuno, la quota di persone socialmente isolate aumenta fra coloro che hanno almeno un problema sensoriale, in particolare, risulta socialmente isolato il 48% delle persone con problemi di vista.

Il 9% degli ultra 65enni soffre di sintomi depressivi, si osservano quote maggiori di persone con depressione fra chi ha problemi sensoriali, in particolare il 30% di coloro che hanno problemi di udito riferisce sintomi depressivi.

Il 5% del campione regionale è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista, tra chi ha problemi di vista, la percentuale sale al 16%.

Sicilia	%	IC95% inf	IC95% sup
n = 1122			
Uso occhiali	62.3	59.2	65.3
Uso apparecchio acustico	4.4	3.4	5.8
Uso dentiera	17.6	15.3	20.2

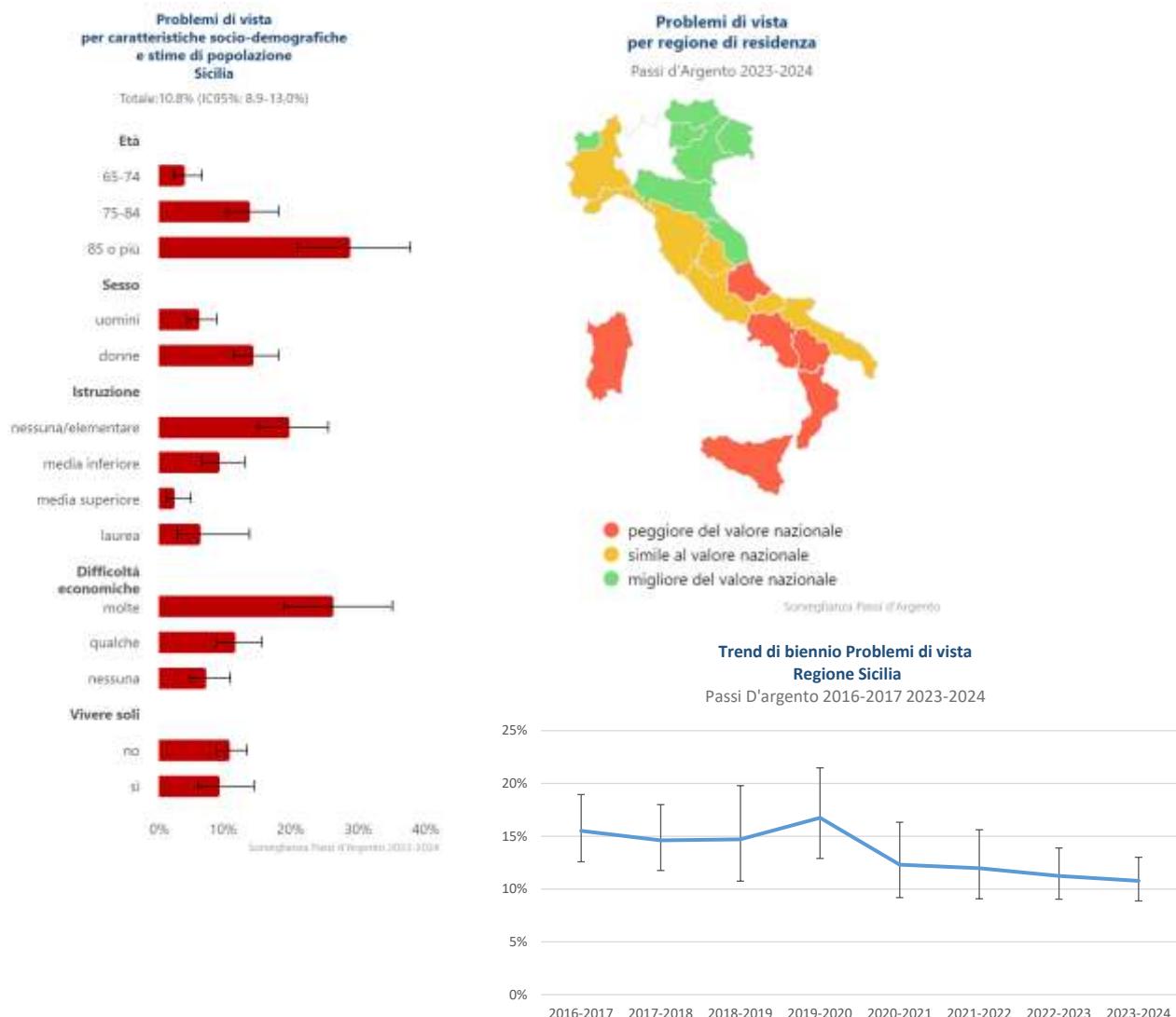
Il 62% degli anziani intervistati ricorre agli occhiali per risolvere il deficit visivo, il 4% ricorre ad un apparecchio acustico per risolvere il suo deficit uditivo ed il 18% fa uso della dentiera per risolvere le proprie difficoltà a masticare cibi difficili.

Problemi di vista

In Sicilia l'11% (9% valore nazionale) delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di vista (non correggibili neppure con l'uso di occhiali).

I problemi di vista aumentano all'aumentare dell'età passando dal 4% nei 65-74enni al 29% negli 85enni o più, sono più frequenti le donne (14% vs 6%), fra le persone che hanno, come titolo di studio, al massimo la licenza elementare (20%) e si riduce al migliorare delle condizioni economiche (26% fra le persone che hanno molte difficoltà economiche vs 7% fra coloro che non ne hanno).

L'analisi delle prevalenze di persone che segnalano problemi di vista mostra un trend in diminuzione.

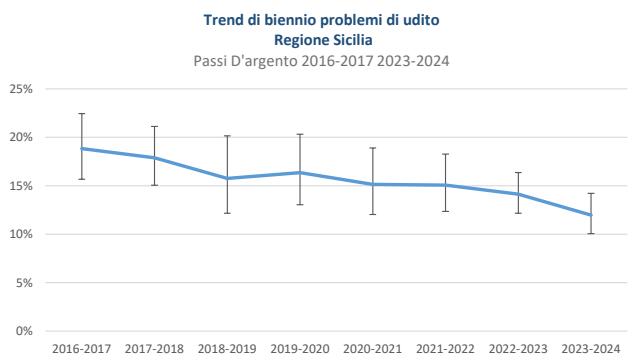
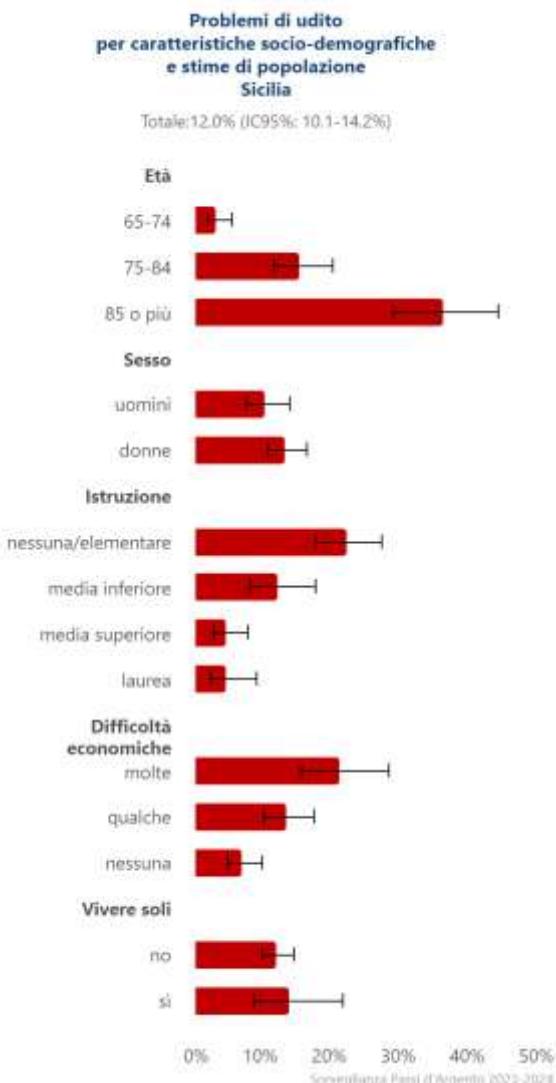


Problemi di udito

Il 12% (13% dato nazionale) delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di udito non risolti o non risolvibili con il ricorso all'apparecchio acustico.

I problemi di udito aumentano con l'età passando dal 3% nei 65-74enni al 36% negli 85enni e più, sono più frequenti fra donne (13% vs 10%), fra le persone senza alcun titolo di studio o con licenza di scuola elementare (22%), fra chi vive solo (14% vs 12%) e si riduce al migliorare delle condizioni economiche (21% fra le persone che hanno molte difficoltà economiche vs 7% fra coloro che non ne hanno).

L'analisi delle prevalenze di persone che riferiscono di soffrire di problemi di udito mostra un trend in leggera diminuzione.

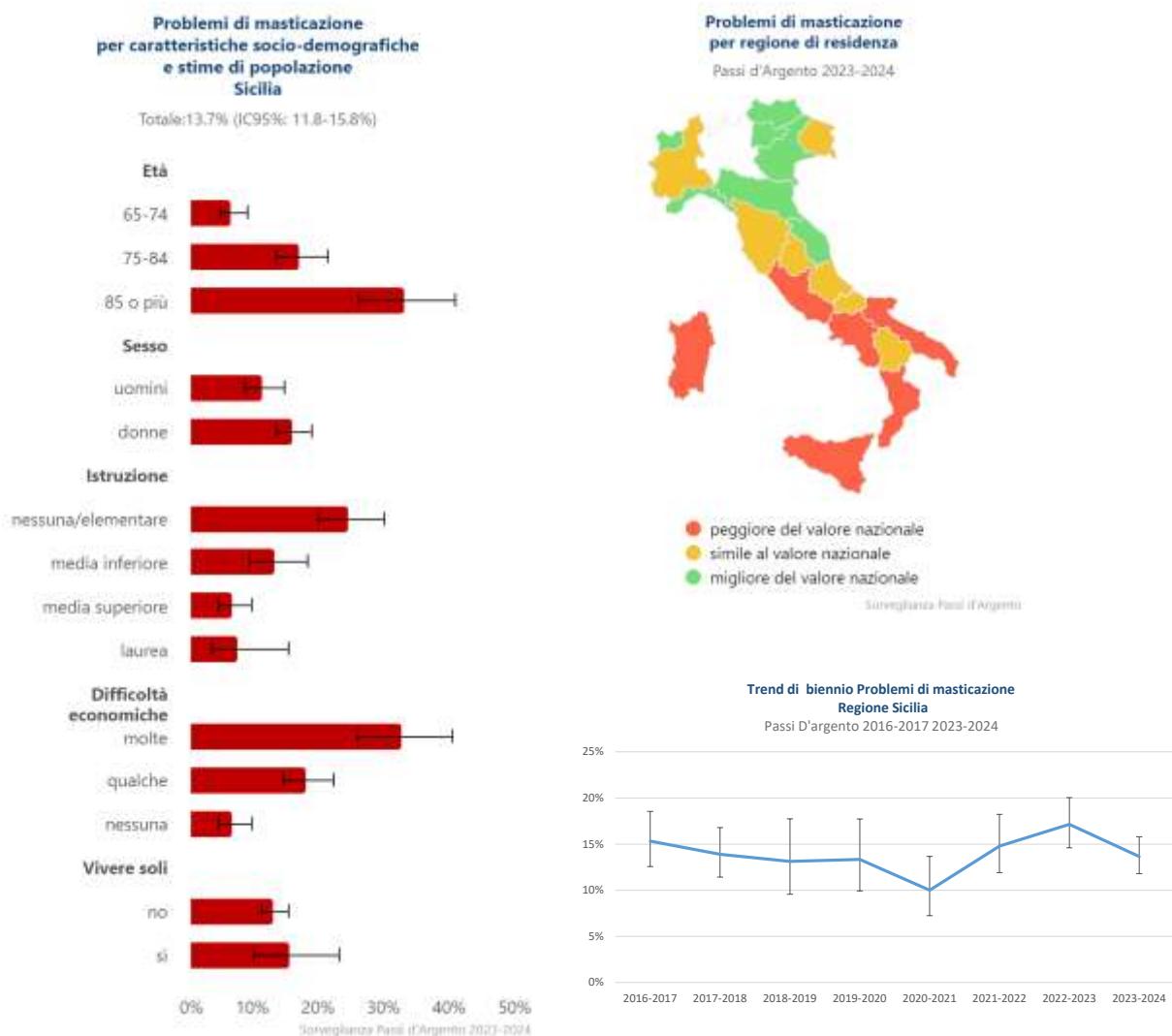


Problemi di masticazione

Il 14% (11% dato nazionale) delle persone con 65 anni e più riferisce di avere difficoltà di masticazione (difficoltà non risolta o non risolvibile con l'uso della dentiera) e non riesce a mangiare cibi difficili.

I problemi di masticazione aumentano con l'aumentare dell'età passando dal 6% nei 65-74enni al 33% negli 85enni o più, sono più frequenti fra le donne (16% vs 11%), fra le persone con un basso livello d'istruzione (24%) e fra chi vive solo (15% vs 13%) e si riduce al migliorare delle condizioni economiche (32% fra le persone che hanno molte difficoltà economiche vs 7% fra coloro che non ne hanno).

L'analisi annuale delle quote di chi riferisce di avere problemi di masticazione si riduce fino al biennio 2020-2021 per poi aumentare nei 2 bienni successivi. Nel 2023-2024, la quota è leggermente diminuita.

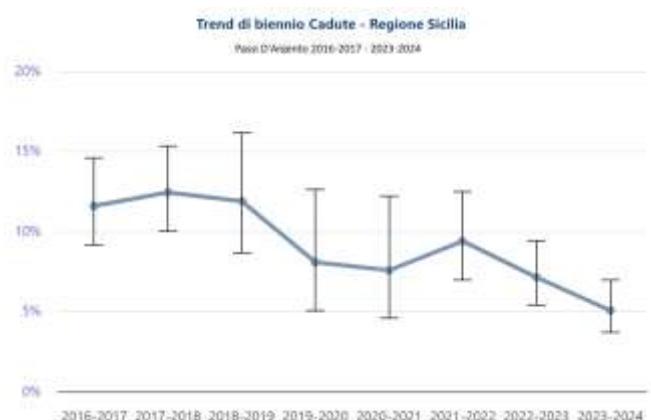
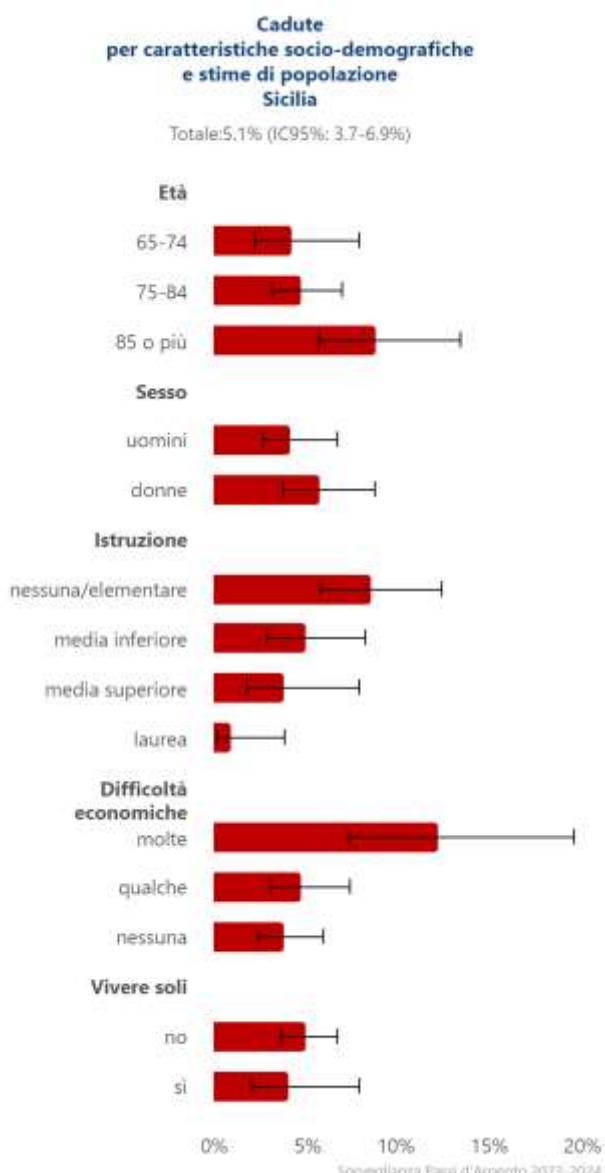


Cadute

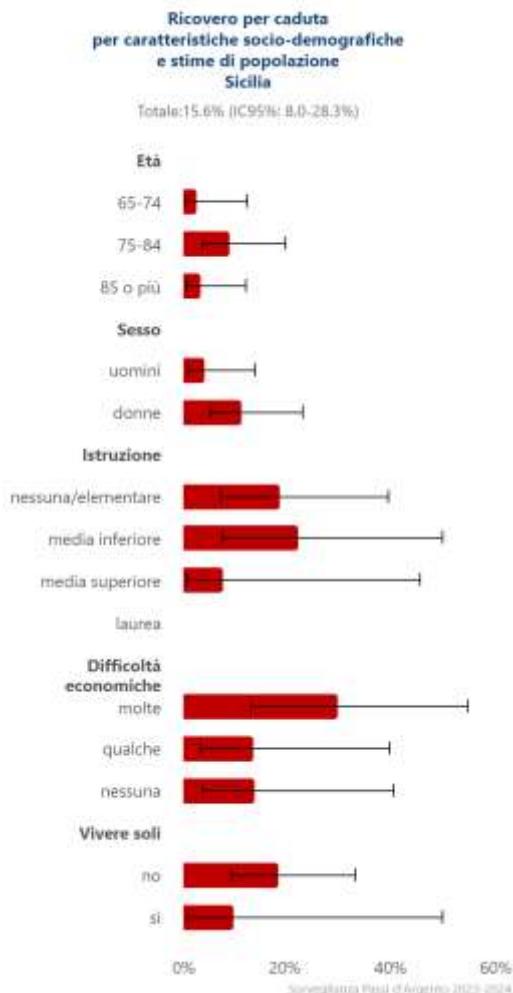
Cadute nei 30 giorni precedenti l'intervista

In Sicilia il 5% (6% dato nazionale) degli intervistati è caduto negli ultimi 30 giorni, in particolare le cadute sono avvenute più frequentemente fra gli 85enni o più (9%), fra le donne (6% vs 4%), fra coloro chi non vive da solo (5%), e si riducono al migliorare del livello d'istruzione (9% fra chi ha al massimo la licenza di scuola elementare vs 1% fra i laureati), e al migliorare delle condizioni economiche (12% fra chi ha molte difficoltà vs 4% fra chi non ne ha alcuna).

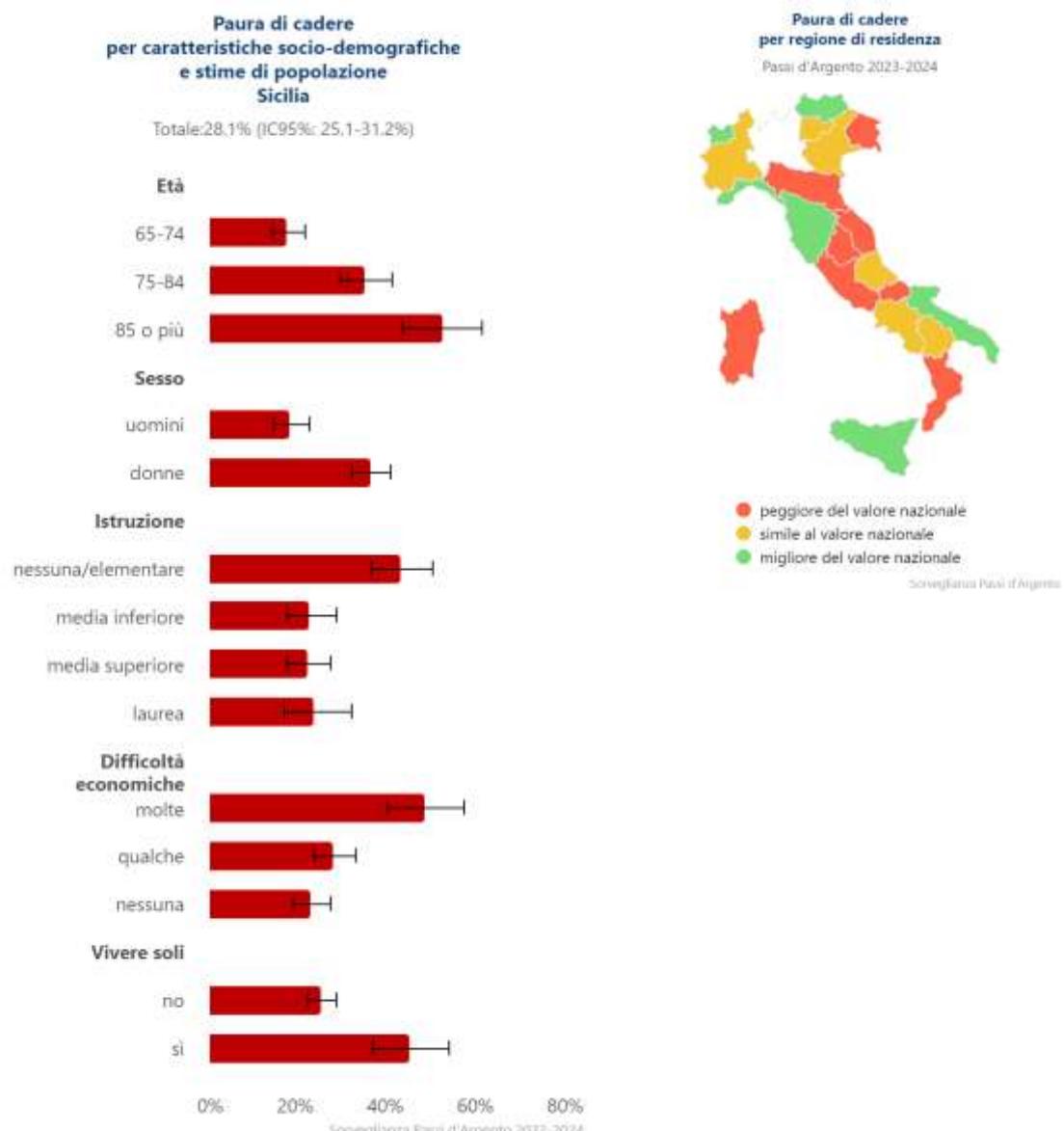
Il trend delle frequenze di cadute negli ultimi 30 giorni mostra un andamento in riduzione, seppur non costante, negli anni.



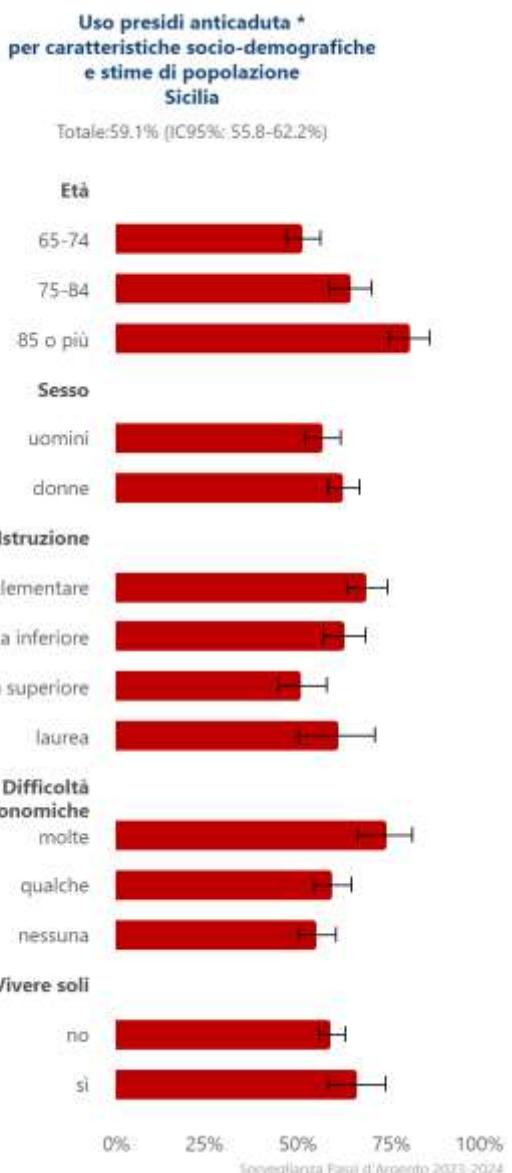
Tra le persone cadute negli ultimi 30 giorni, circa il 16% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta, sono stati ricoverati in seguito ad una caduta principalmente i 75-84enni (9%), le donne (11%), chi ha conseguito il diploma di scuola media superiore (22%), chi ha molte difficoltà economiche (30%) e chi non vive solo (18%).



In Sicilia il 28% (34% dato nazionale) degli intervistati ha paura di cadere, tale percentuale raggiunge il 66% fra coloro che sono già caduti. La paura di cadere aumenta al crescere dell'età passando dal 18% nei 65-74enni al 52% negli 85enni o più, è maggiore fra le donne (36% vs 18% fra gli uomini), fra chi ha molte difficoltà economiche (48 % vs 23% fra coloro che non hanno nessuna difficoltà economica), in coloro che non hanno nessun titolo di studio o la licenza elementare (43%) e in chi vive solo (45% vs 25%).



Il 59% (67% dato nazionale) degli intervistati ricorre all'uso di almeno un presidio anticaduta in bagno, in particolare il tappetino è utilizzato dal 54% degli intervistati, i maniglioni dal 17% e i seggiolini dal 12% degli over 64enni. L'uso di questi presidi è più frequente al crescere dell'età (dal 51 % fra i 65-74enni all' 80% tra gli ultra 85enni), fra le donne (62% vs 56), fra chi ha al massimo licenza elementare (68%), fra chi ha molte difficoltà economiche (73%) e fra chi vive solo (65% vs 58%).



Uso presidi anticaduta *per regione di residenza

Passi d'Argento 2023-2024

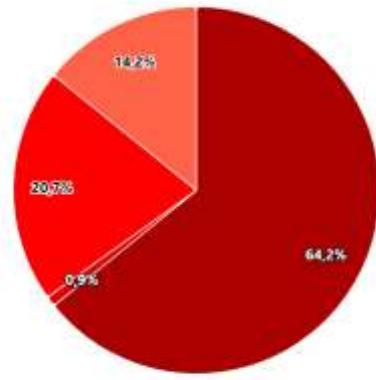


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

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

Luogo delle cadute - Sicilia

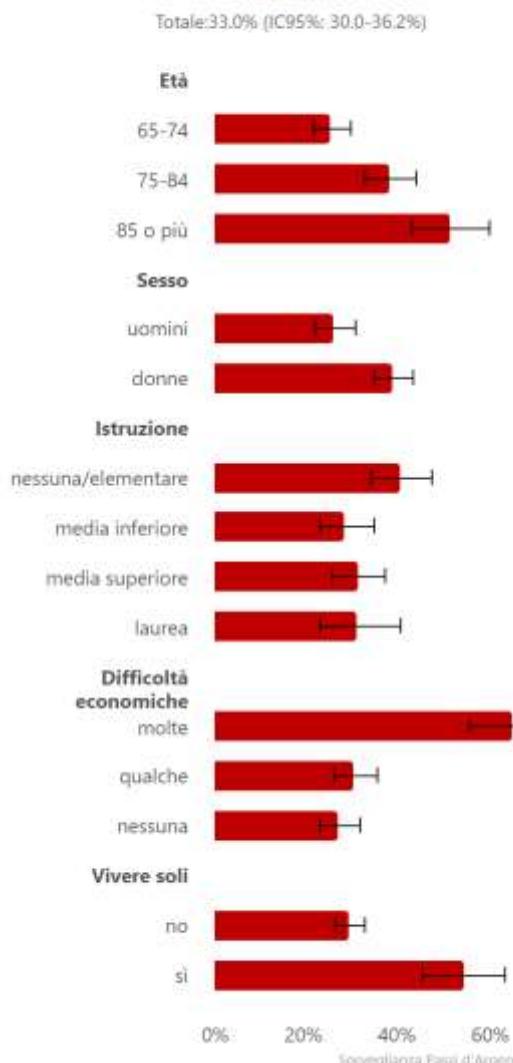


Sorveglianza Passi d'Argento 2023-2024

Le cadute avvengono per lo più in casa (64%), di queste il 10% è avvenuta in bagno, il 7% in cucina, il 19% in camera da letto, il 3% all'ingresso, il 22% nel soggiorno e il 3% nelle scale.

Tuttavia solo il 33% degli intervistati percepisce la casa un luogo in cui è alta o molto alta probabilità di avere un infortunio domestico. Questa consapevolezza aumenta all'aumentare dell'età (25% nei 65-74enni vs 51% fra i 75-84enni), fra le donne (38% vs 26%), fra coloro che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (40%), fra coloro che hanno molte difficoltà economiche (64%) e fra chi vive da solo (54% vs 29%).

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Sicilia



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza

Passi d'Argento 2023-2024



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

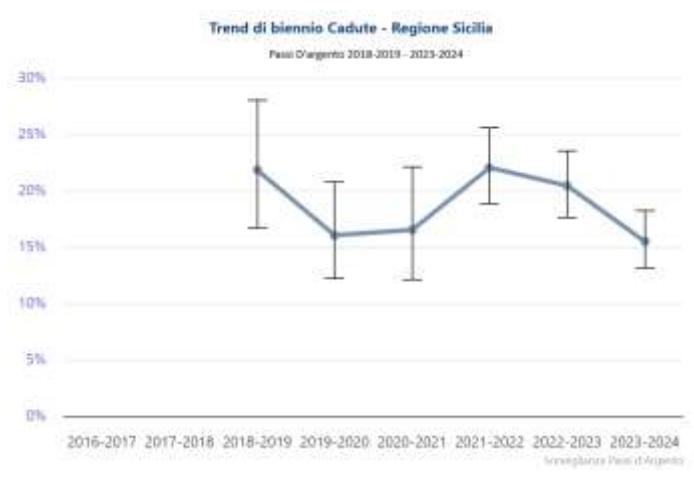
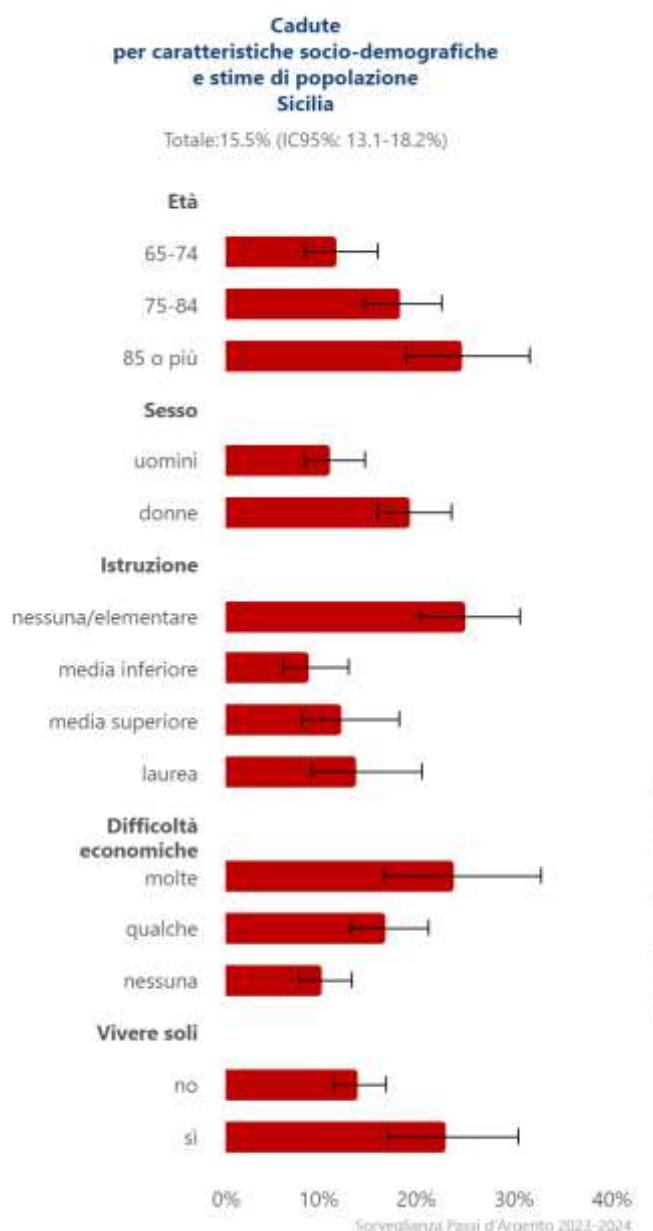
Sorveglianza Passi d'Argento

Cadute nei 12 mesi precedenti l'intervista

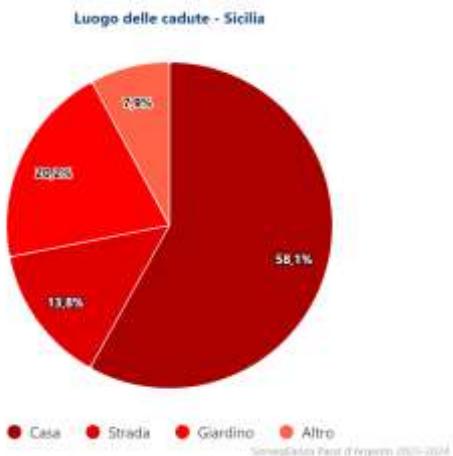
Nel biennio 2023-2024 il 16% (20% dato nazionale) degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 12 mesi precedenti l'intervista, di cui il 4% ha avuto cadute ripetute. Nel 25% dei casi le cadute hanno causato una frattura e nel 23% (16% dato nazionale) dei casi è stato necessario il ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Le cadute sono più frequenti fra gli 85enni o più (24%) fra le donne (19% vs 11% fra gli uomini), fra chi, come titolo di studio, ha al massimo la licenza elementare (25%), fra le persone con molte difficoltà economiche (24%) e fra chi vive solo (23% vs 14%).

Dal biennio 2021-2022 si evidenzia un andamento in riduzione delle cadute negli over 64enni, nei 12 mesi precedenti l'intervista.



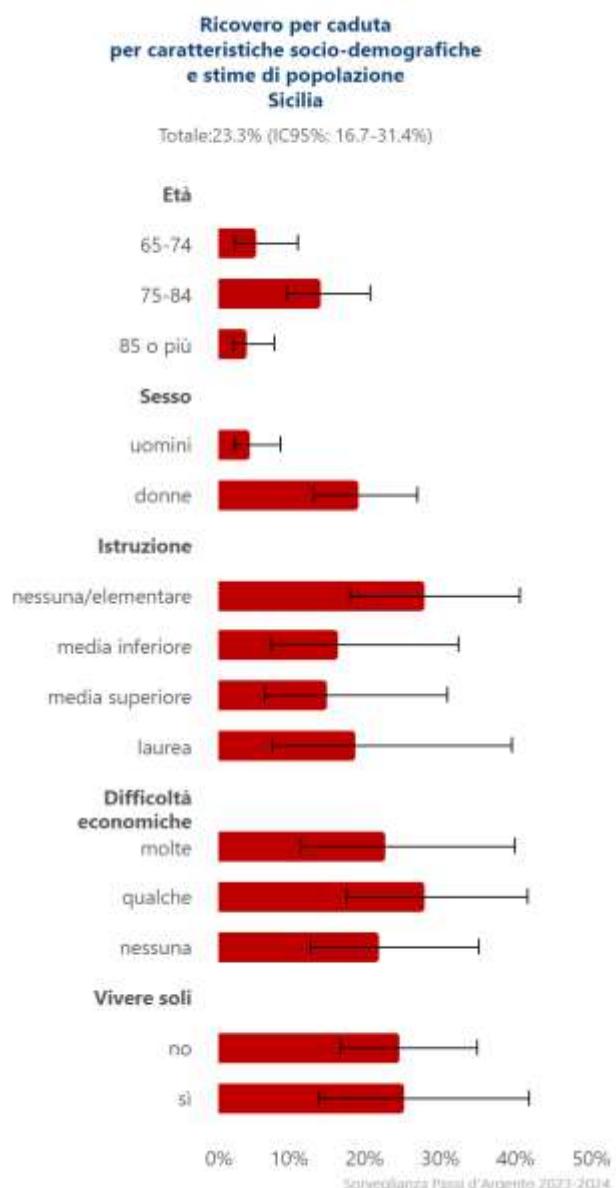
La caduta è anche associata al malessere psicologico: la prevalenza di persone con sintomi depressivi fra le persone che hanno subito una caduta nei 12 mesi precedenti l'intervista è del 21%.



Le cadute avvengono per lo più all'interno della casa (58%) e meno frequentemente in giardino (20%) e in strada (14%).

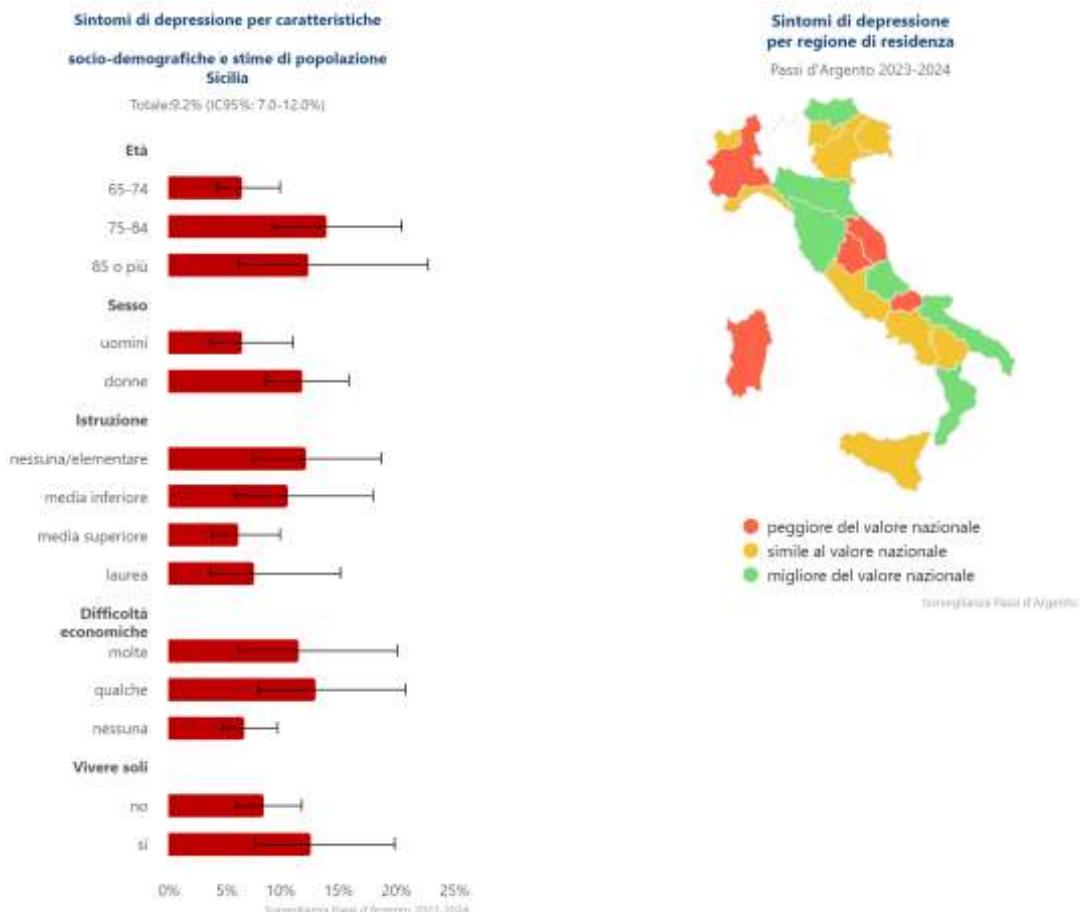
Ancora troppo bassa sembra l'attenzione degli operatori sanitari al problema delle cadute fra gli anziani: solo il 12% (11% dato nazionale) dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

In Sicilia il 23% (15% dato nazionale) dei 65enni o più è stato ricoverato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, per più di un giorno in seguito ad una caduta. In particolare sono stati ricoverati più frequentemente i 75-74enni (14%), le donne (19%), coloro che non hanno nessun titolo di studio o ha conseguito la licenza elementare (28%) e chi ha qualche difficoltà economica (28%)



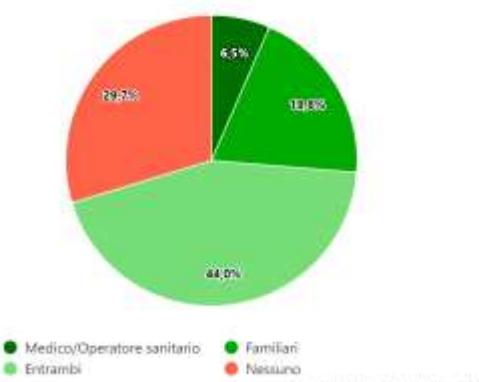
Sintomi di depressione

Il 9% (uguale al dato nazionale) degli intervistati presenta sintomi di depressione. Questi sintomi sono più diffusi tra le donne (12% vs 7%), fra i 75-84enni (14%), fra coloro che non hanno alcun titolo di studio o la licenza elementare (12%), fra chi ha qualche difficoltà economica (13%) e fra chi vive solo (12% vs 8%).



Il 30% degli over 64enni, con sintomi depressivi, non ha richiesto aiuto né ai propri familiari/ amici, né ad un medico/operatoro sanitario.

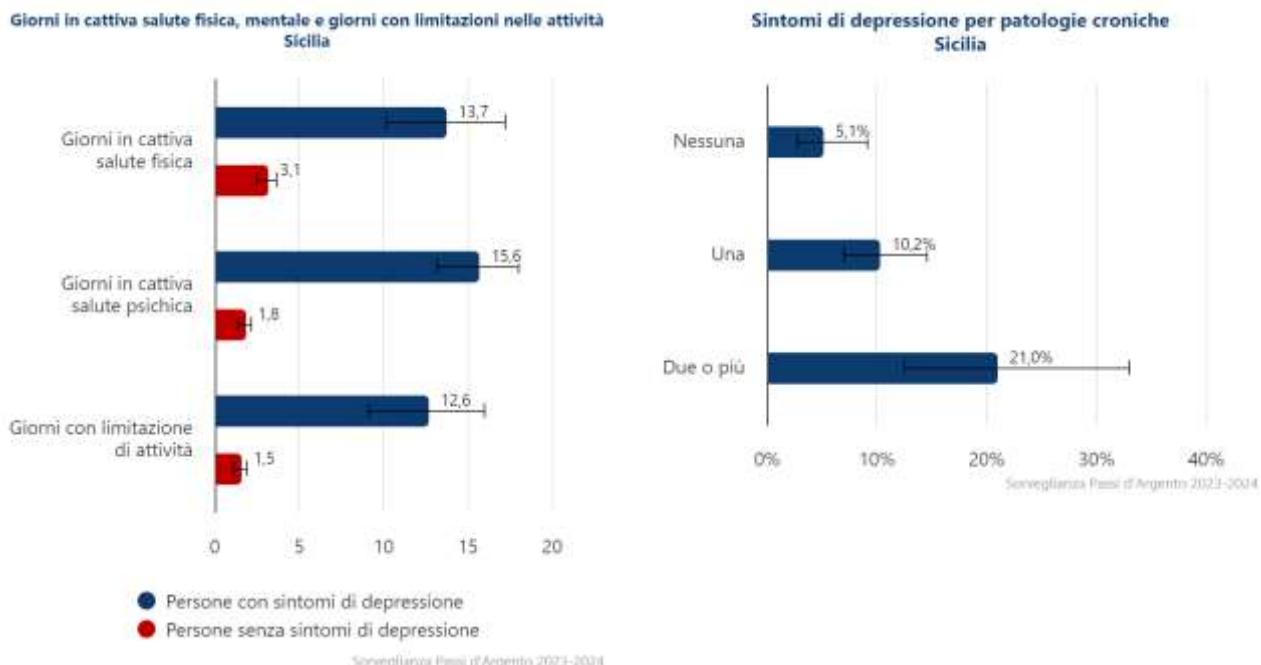
Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto - Sicilia



Nelle persone che soffrono di sintomi depressivi, risulta compromessa oltre alla salute psicologica,

anche la salute fisica: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara un numero di giorni vissuti in cattive condizioni fisiche, psichiche e con limitazione delle attività quotidiane abituali maggiori rispetto al numero di giorni dichiarati dalle persone senza sintomi depressivi.

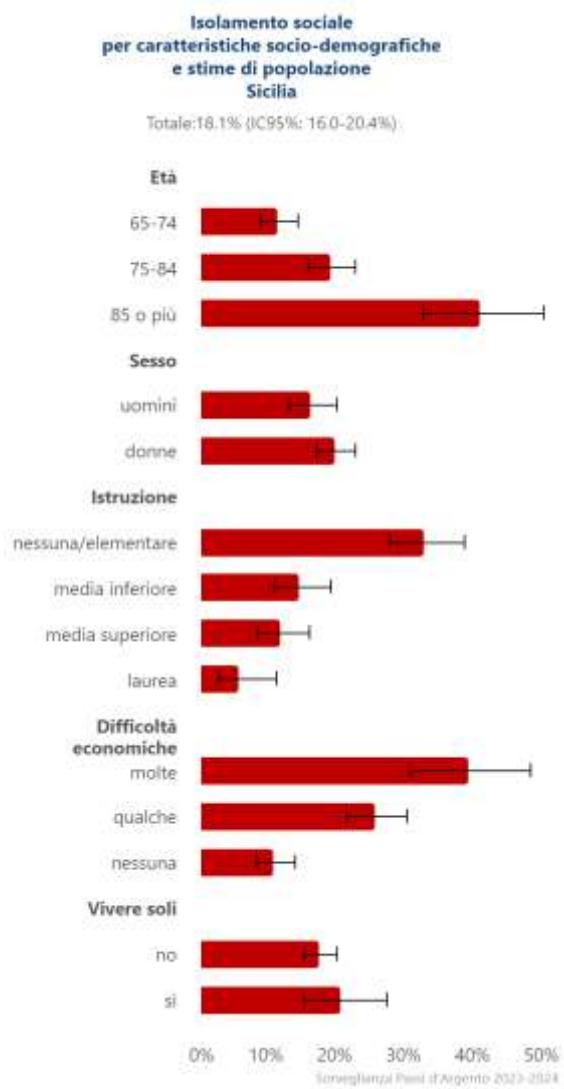
Riferiscono inoltre maggiormente di soffrire di depressione le persone con due o più patologie croniche (21%) rispetto a coloro che non ne hanno (5%).



Isolamento sociale

Il 18% dei 65enni o più siciliani vive in una condizione di isolamento sociale, in particolare, il 19% dichiara che, nel corso di una settimana normale, non incontra o non telefona a nessuno per chiacchierare e il 71% non partecipa ad incontri collettivi presso punti di aggregazione come il centro anziani, il circolo, la parrocchia o le sedi di partiti politici e di associazioni.

La condizione di isolamento sociale aumenta al crescere dell'età passando dall'11% fra i 65-74enni al 41% fra gli 85enni o più, è più frequente fra le donne (20% vs 16%) e in coloro che vivono soli (21% vs 17%), si riduce al migliorare delle condizioni socioeconomiche sia per istruzione (33% fra coloro che hanno al massimo la licenza elementare vs 6% fra i laureati) sia per difficoltà economiche (39% fra coloro che hanno molte difficoltà vs 11% di chi non ne ha nessuna).



Si evidenzia una riduzione, seppur non costante, della quota di persone a rischio di isolamento sociale fino al biennio 2020-2021, a cui segue nei bienni 2021-2022 e 2022-2023 un andamento in crescita. Nel biennio 2023-2024 si registra un valore analogo a quello del biennio precedente.

Sicurezza nell'uso dei farmaci

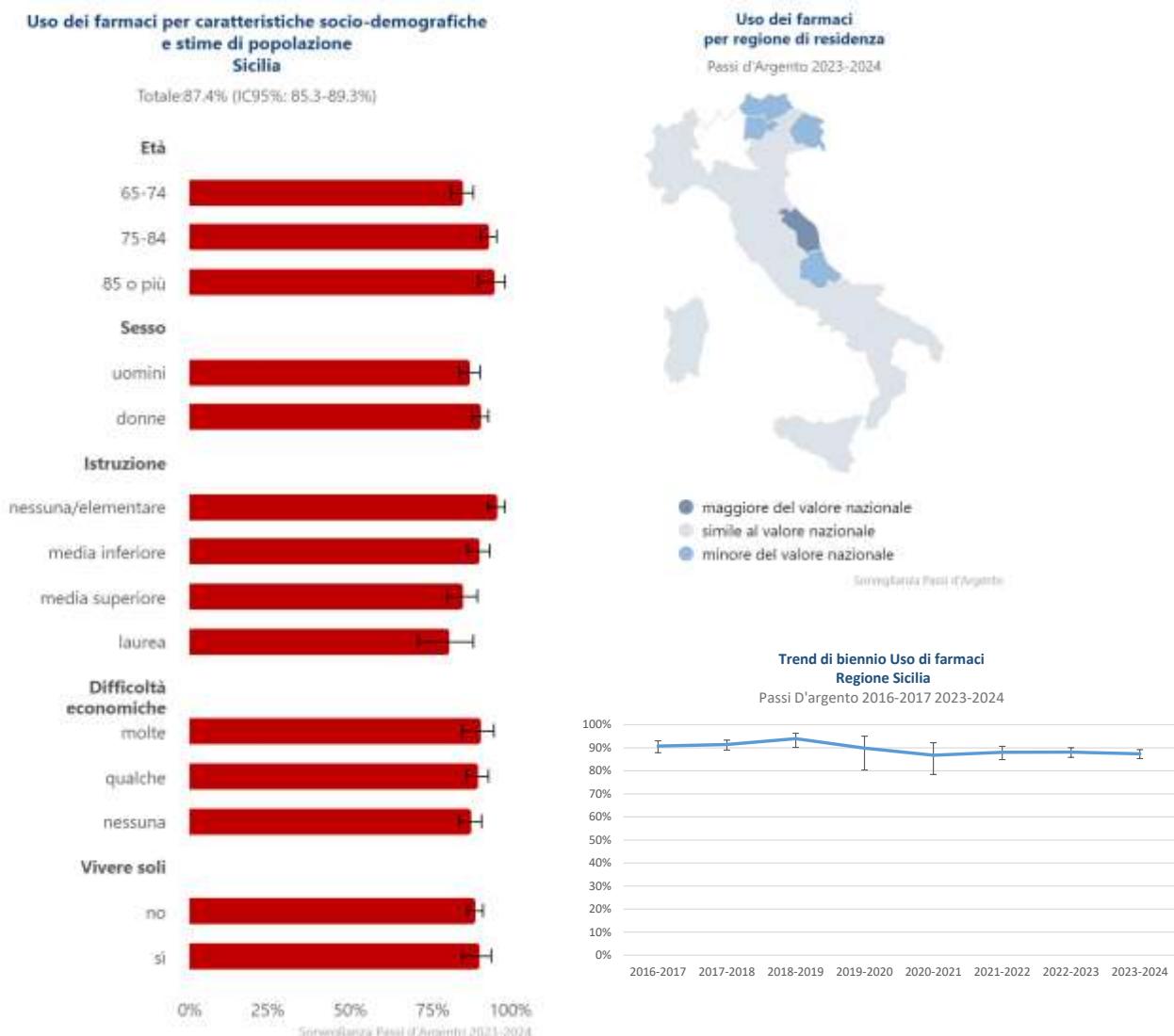
In Sicilia, l'87% (uguale al dato nazionale) degli over 65enni ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni.

Il 98% di coloro che hanno 2 o più patologie assume farmaci.

Uso dei farmaci per le patologie croniche-Sicilia			
Sicilia n = 1168	%	IC95 inf	IC95 sup
Nessuna patologia	76.9	72.9	80.5
Una patologia	95.7	93.0	97.4
Due o più patologie	97.5	94.4	98.9

L'assunzione di farmaci aumenta lievemente al crescere dell'età mentre si riduce al migliorare del livello socio economico, correlato sia all'istruzione che alle difficoltà economiche.

L'analisi temporale non evidenzia variazioni significative nell'uso di farmaci negli anni considerati.



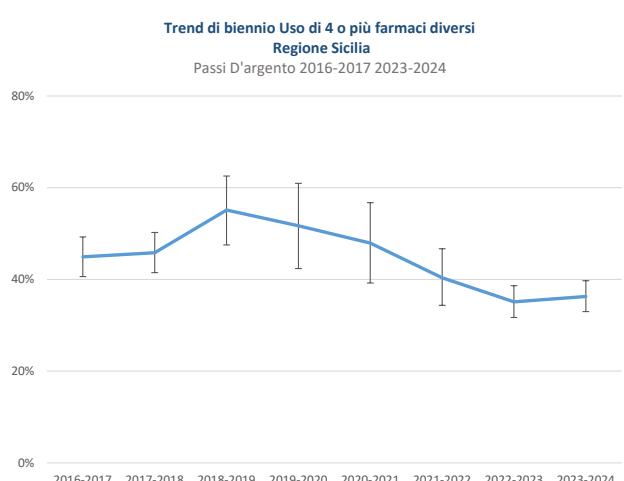
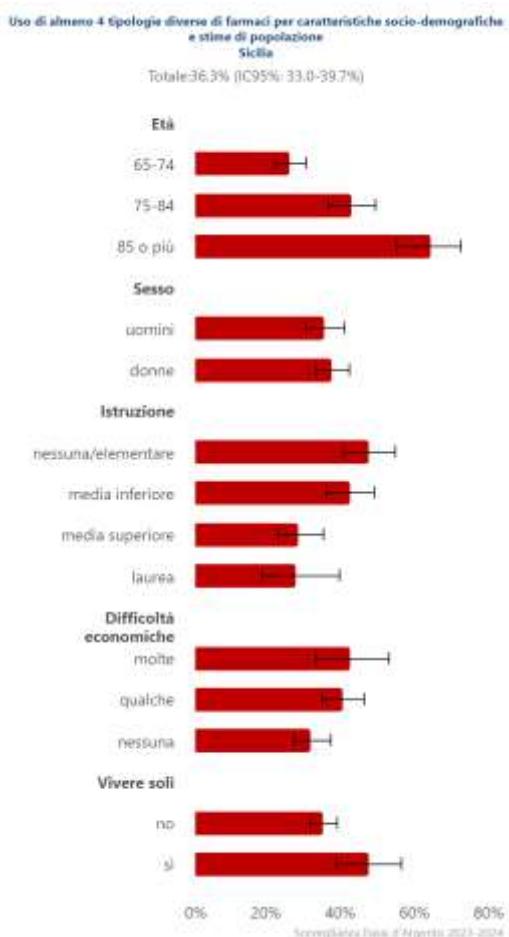
Numero medio di farmaci per patologie croniche-Sicilia			
Sicilia n = 1168	%	IC95 inf	IC95 sup
Nessuna patologia	2.6	2.4	2.9
Una patologia	3.8	3.5	4.0
Due o più patologie	5.6	5.1	6.1

Coloro che soffrono di una sola patologia assumono, in media, circa 4 farmaci, questa media sale a circa 6 farmaci fra coloro che hanno due o più patologie.

Fra coloro che hanno assunto farmaci nei 7 giorni prima dell'intervista, il 32% ha dichiarato di aver assunto da 1 a 2 tipi di farmaci, il 36 % (39 % dato nazionale) ha assunto 4 o più farmaci diversi.

L'assunzione di 4 o più diversi farmaci è più frequente con l'avanzare dell'età (26% nei 65-74enni vs 64% negli 85enni o più), nelle donne (37% vs 35%) e in chi vive da solo (47% vs 35%), mentre si riduce al migliorare dello stato socio economico, per istruzione (passando dal 47% di coloro che hanno al massimo la licenza elementare al 27% fra i laureati), e per difficoltà economica (42% fra coloro che hanno molte difficoltà economiche vs 32% fra chi non ne ha).

Nella nostra regione, dal biennio 2018-2019, si osserva un trend in decrescita dell'uso di almeno 4 tipologie diverse di farmaci. Nel biennio 2023-2024 si rileva un lieve aumento della prevalenza di over 64enni che fanno uso di 4 o più farmaci.

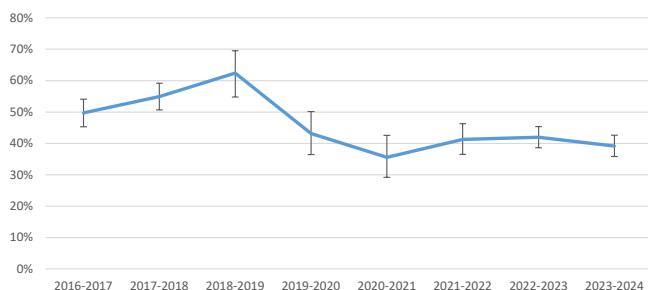


Il 39% (a livello nazionale 33%) degli intervistati afferma che il proprio medico di fiducia ha verificato negli ultimi 30 giorni la corretta assunzione della propria terapia farmacologica ovvero il farmaco e il dosaggio prescritti, l'orario e i giorni di assunzione. Al 6% degli intervistati non è mai stato effettuato tale controllo da parte del proprio medico.

L'analisi temporale evidenzia che nel 2018-2019 la quota più alta (62%) fra le quote di persone che hanno effettuato il controllo dei farmaci nei 30 giorni precedenti l'intervista, a partire da tale biennio si osserva una riduzione negli anni 2019-2020 e nel 2020-2021, e dei valori leggermente più alti, rispetto gli anni precedenti, nei bienni successivi, che comunque rimangono inferiori rispetto ai valori pre-pandemici.

Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci-Sicilia			
Sicilia n = 1032	%	IC95 inf	IC95 sup
Controllo effettuato negli ultimi 30 giorni	39.1	35.8	42.6
Controllo effettuato 1 – 3 mesi prima	25.5	22.7	28.5
Controllo effettuato 4 – 6 mesi prima	8.1	6.4	10.1
Controllo effettuato oltre 6 mesi prima	7.4	5.5	9.9
Mai controllati	5.8	4.6	7.4

Trend di biennio Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci
Regione Sicilia
Passi D'argento 2016-2017 2023-2024



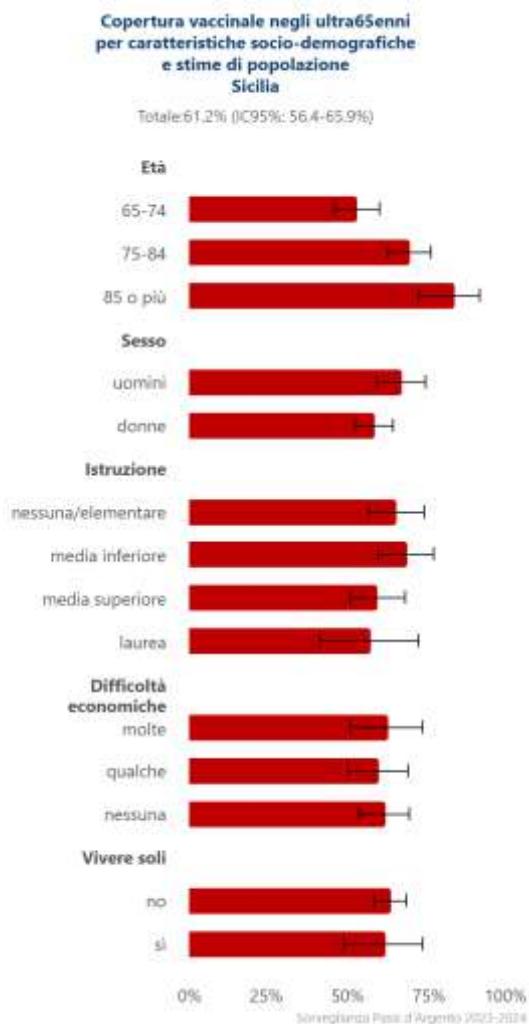
Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci (negli ultimi 30 gg)
per regione di residenza
Passi d'Argento 2023-2024



Vaccinazione antinfluenzale

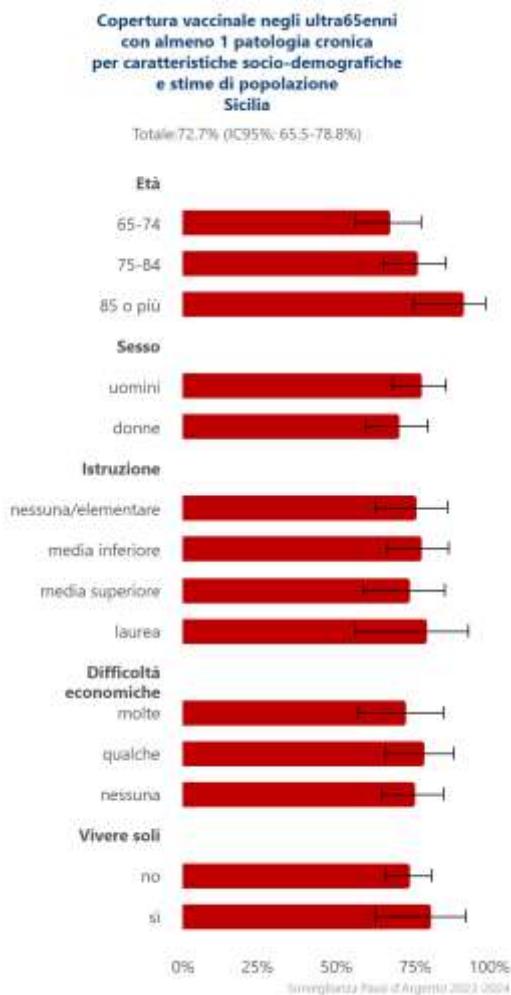
Nel biennio 2023-2024 in Sicilia il 61% (62% dato nazionale) degli ultra 65enni intervistati è ricorso alla vaccinazione contro l'influenza negli ultimi 12 mesi, tale percentuale risulta inferiore ai livelli di copertura vaccinale raccomandati (almeno il 75%) per le persone appartenenti alle categorie a rischio, come le persone con 65 anni e più.

Il ricorso alla vaccinazione aumenta all'aumentare dell'età (dal 52% nei 65-74enni all'82% negli 85enni o più), è più frequente negli uomini (66% vs 58%), in coloro che hanno il diploma di scuola media inferiore (68%), e in chi non vive solo (63% vs 61%). L'analisi temporale evidenzia frequenze più alte di copertura vaccinale, sia in generale sia in coloro che soffrono di almeno una patologia cronica, negli anni della Pandemia COVID -19 (2019-2020).



La copertura del 75% raccomandata non si raggiunge neanche tra le persone che dichiarano di avere almeno una patologia cronica. In Sicilia il 73% (69% dato nazionale) delle persone di 65 anni o più che soffrono di almeno 1 patologia cronica si è vaccinato negli ultimi 12 mesi.

Il ricorso alla vaccinazione, fra coloro che hanno almeno 1 patologia cronica, aumenta all'aumentare dell'età passando dal 66% nei 65-74enni al 90% negli 85enni o più, è più frequente negli uomini (76% vs 69%), e in coloro che vivono soli (79% vs 73%), è leggermente più frequente nei laureati (78%), in chi non ha difficoltà economiche (77%),



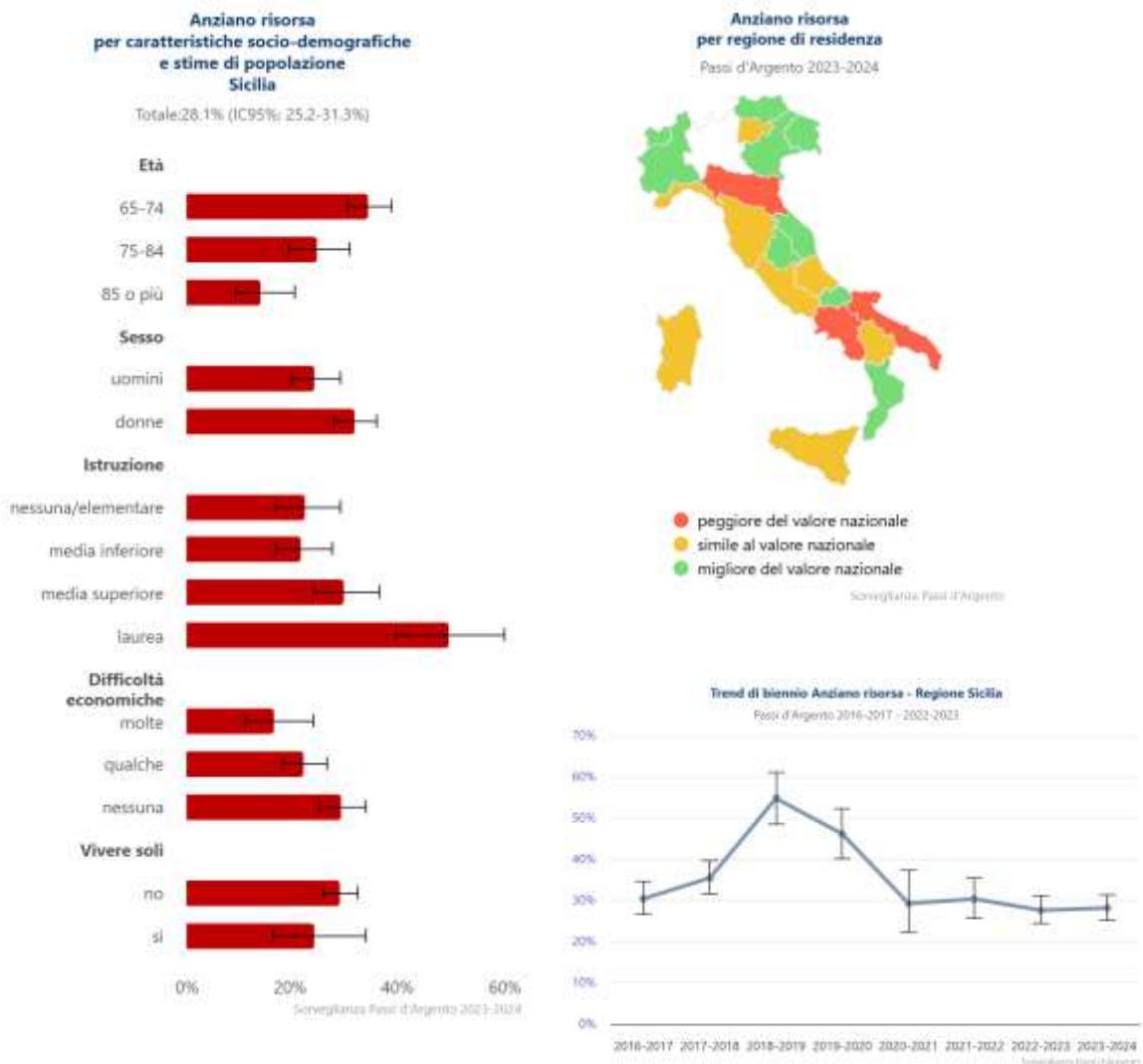
Copertura vaccinale negli ultra65enni con almeno 1 patologia cronica *			
Sicilia	%	IC 95% inf	IC 95% sup
n = 240			
Almeno una patologia cronica	72.7	65.5	78.8
Diabete	74.0	62.5	83.0
Malattie cardio cerebro vascolari	77.6	65.3	86.4
Malattie respiratorie	76.2	64.3	85.0
Tumori	72.9	54.2	86.0
Insufficienza renale	70.3	42.0	88.6
Malattie del fegato	81.6	81.6	81.6

* almeno 1 patologia tra le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale

Il ricorso alla vaccinazione, nelle persone con almeno una patologia cronica, è più frequente fra coloro che soffrono di malattie del fegato e di fra quelli che soffrono di malattie cardiocerebrovascolari.

Partecipazione sociale

Il 28% (29% dato nazionale) degli ultra 65enni rappresenta una risorsa per i propri familiari o per la collettività: in particolare il 19% si prende cura dei familiari, il 4% partecipa ad attività di volontariato. L'essere risorsa, per la famiglia e/o per la comunità, è una caratteristica che si riduce all'avanzare dell'età passando dal 34% fra i 65-74enni al 14% fra gli over 84enni, aumenta al crescere del titolo di studio (22% di chi non ha nessun titolo di studio o ha la licenza elementare vs 49% fra i laureati) e al ridursi delle difficoltà economiche (17% di chi ha molte difficoltà vs 29% di chi non ha difficoltà), inoltre è una prerogativa femminile (32% vs 24% dei maschi), e di coloro che non vivono soli (29% vs 24%).



Con la pandemia si è ridotta significativamente l'opportunità per gli ultra 65enni di rappresentare un aiuto/ risorsa per la propria famiglia e/o per la società, sia per le restrizioni imposte per il contenimento del contagio sia per la volontà di tutelare i familiari più anziani dal rischio contagio. L'analisi per anno

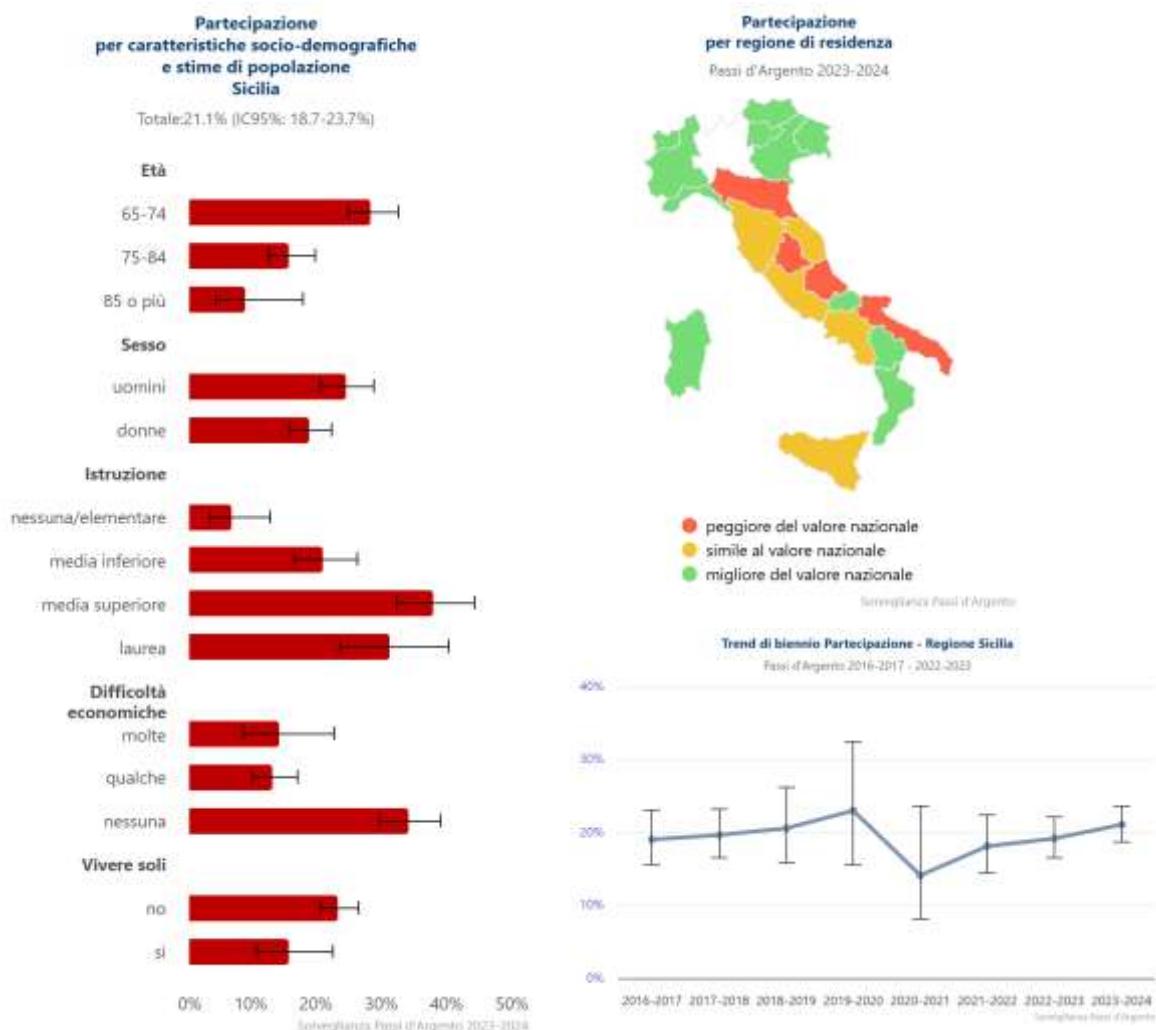
evidenza un trend in riduzione dal periodo prepandemico (2018-2019) al 2020-2021; nei bienni 2022-2023 e 2023-2024 si sono registrati i valori più bassi dall'inizio dell'indagine.

La partecipazione ad eventi sociali, come gite o soggiorni organizzati o la frequentazione di corsi di formazione coinvolge il 21% (22% dato nazionale) dei 65enni o più, tra questi, il 20% ha partecipato a gite e soggiorni, il 5% ha frequentato un corso di formazione (come corsi di inglese, cucina, uso del computer, o percorsi presso università della terza età).

La partecipazione a questi eventi si riduce al crescere dell'età, passando dal 28% nei 65-74enni al 9% negli 85enni o più, mentre aumenta al migliorare delle condizioni economiche passando dal 14% di coloro che hanno molte difficoltà economiche al 34% di coloro che non ne hanno, inoltre partecipano, a tali eventi sociali, maggiormente gli uomini (24% vs 19%), coloro che hanno un diploma di scuola media superiore (38%) e chi non vive da solo (23% vs 16%).

Dal 2020-2021, biennio in cui si è registrata la quota più bassa (14%), del periodo in studio, si osserva un trend in salita di over 65enni che hanno partecipato ad eventi sociali.

In Sicilia il 5% degli over 64enni (7% dato nazionale) svolge un'attività lavorativa retribuita.



Tutela e sicurezza

Passi d'Argento indaga molti aspetti riguardanti tutela e sicurezza: l'accessibilità ai servizi socio-sanitari, alcune caratteristiche dell'abitazione e la percezione della sicurezza del quartiere.

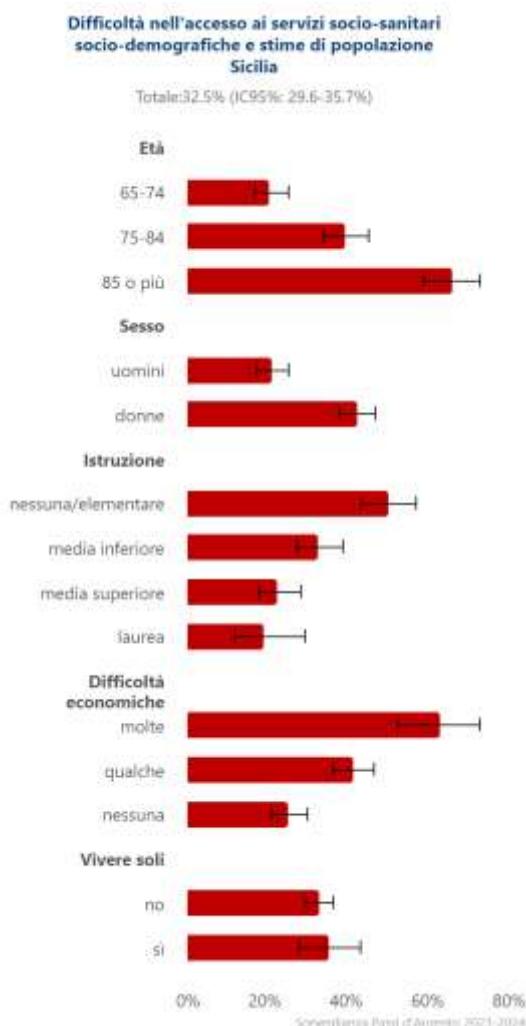
Accessibilità ai servizi

Fra gli ultra 65enni il 33% (31% dato nazionale) dei rispondenti dichiara di avere difficoltà (qualche/molte) di accesso ai servizi sociosanitari (servizi dell'AUSL, servizi del Comune, medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali). La difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari è più frequente con l'avanzare dell'età (21% fra i 65-74enni vs 66% fra gli ultra 85enni), fra le donne (42% vs 21%), fra le persone con al massimo la licenza elementare (50% vs 19% fra i laureati), fra quelle con molte difficoltà economiche (63% vs 25% fra coloro che non hanno nessuna difficoltà economica) e si nota anche una leggera difficoltà in più fra chi vive solo (35% vs 33%).

Dal biennio 2016-2017 al 2020-2021, si evidenza una costante riduzione della quota di over 64enni che dichiara di avere difficoltà nell'accesso ai vari servizi socio sanitari, alla quale però segue, negli ultimi anni, un andamento in crescita

Difficoltà nell'accesso servizi socio-sanitari per tipologia di servizi

Sicilia N=1183	%	IC95% inf	IC95% sup
Difficoltà nell'accesso servizi sanitari	32.5	29.8	35.3
Medico di famiglia	21.3	19.2	23.5
Servizi della Asl	30.2	27.5	33.0
Farmacie	20.8	18.7	23.0
Difficoltà nell'accesso Servizi del comune	29.7	26.7	32.7
Difficoltà nell'accesso ai servizi commerciali	28.2	25.8	30.7



Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari * per regione di residenza
Passi d'Argento 2023-2024



Sorveglianza Passi d'Argento.

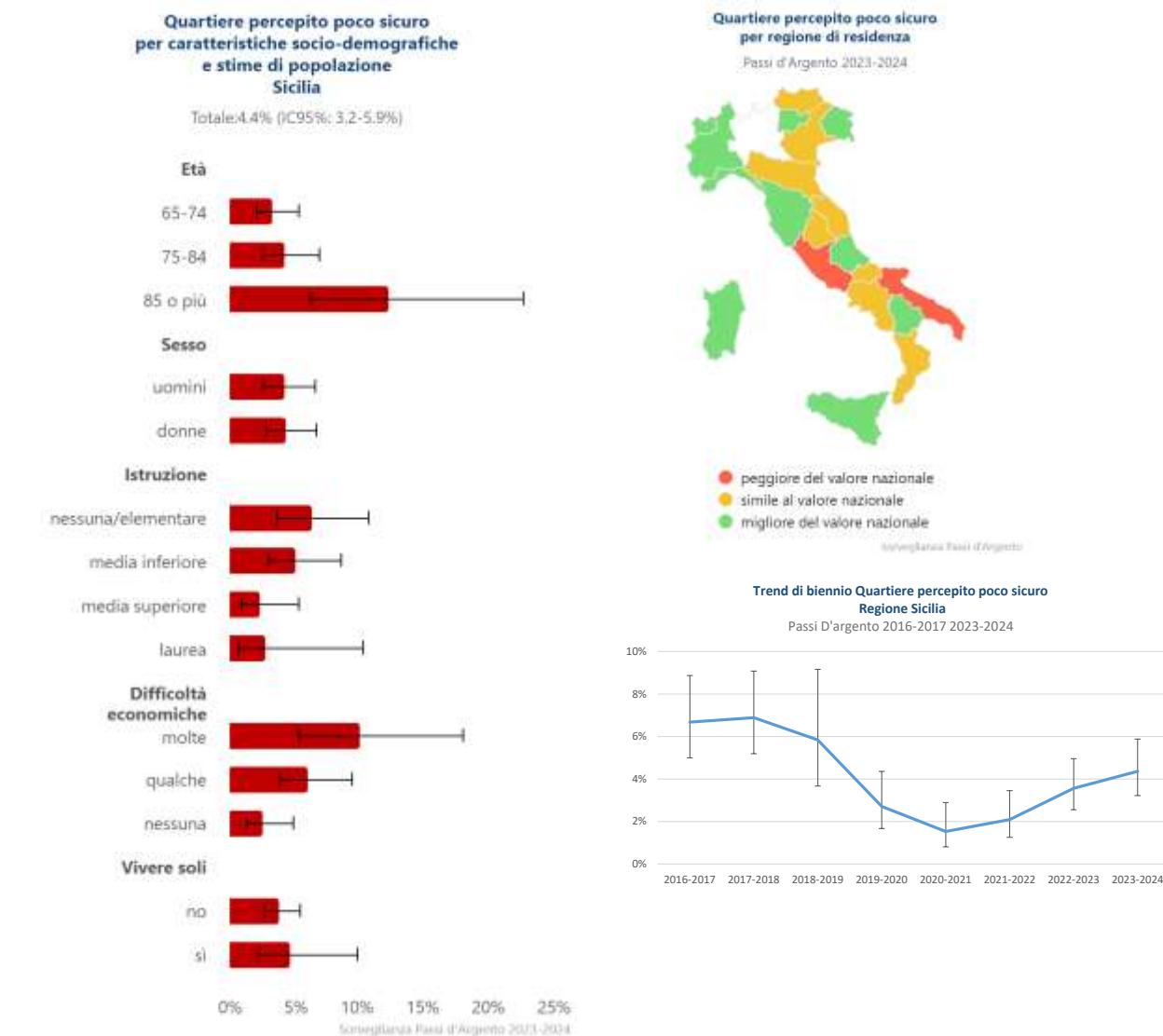
Trend di biennio Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari Regione Sicilia
Passi D'argento 2016-2017 2023-2024



Quartiere

Il 4% (8% dato nazionale) percepisce il proprio quartiere poco sicuro. Questa percezione è più frequente fra gli 85enni o più (12%), fra chi vive solo (5% vs 4%) e fra le persone socio-economicamente più svantaggiate per difficoltà economiche (con molte difficoltà economiche 10%) e istruzione (nessun titolo di studio o con licenza elementare 6%).

Nel complesso è diminuita la quota di over 64enni che ritengono poco sicuro il quartiere in cui vivono; tuttavia, dal 2020-2021 si osserva un trend in crescita.



Abitazione

Il 14% (19% dato nazionale) degli intervistati ha almeno un problema nell'abitazione in cui vive, in cui il 10% lamenta la troppa distanza che separa la propria abitazione da quella dei familiari.

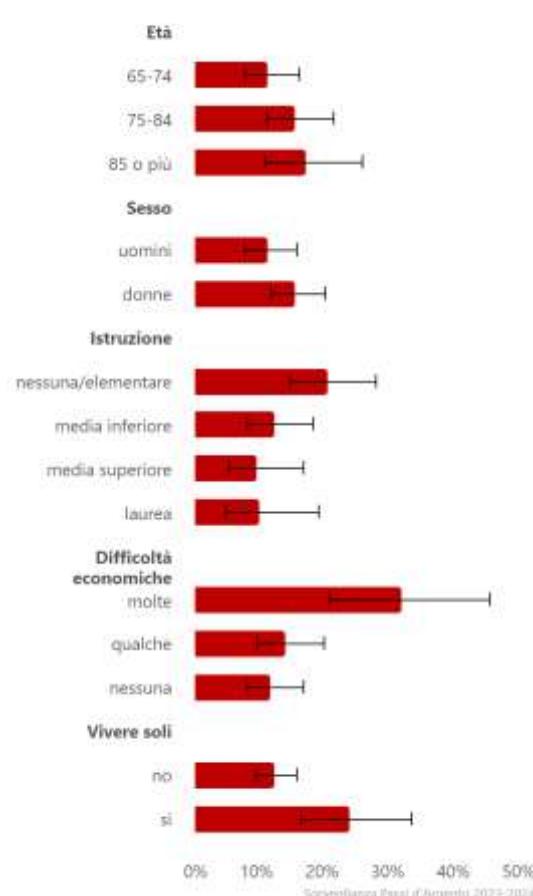
I problemi legati all'abitazione vengono riferiti più frequentemente dalle donne (16%), dagli 85enni o più (17%), dalle persone con molte difficoltà economiche (32%), da chi non ha nessun titolo di studio o ha la licenza elementare (21%), e chi vive solo (24%).

Sicilia n = 607	%	IC95% inf	IC95% sup
Abitazione con problemi strutturali	2.4	1.5	3.7
Abitazione troppo distante da quella di altri familiari	10.2	7.8	13.3
Abitazione con problemi strutturali e distante dai familiari	1.0	0.5	2.2

Presenza di almeno un problema nell'abitazione per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione

Sicilia

Totale: 13.6% (IC95%: 11.0-16.8%)



Presenza di almeno un problema nell'abitazione ** per regione di residenza

Passi d'Argento 2023-2024



● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

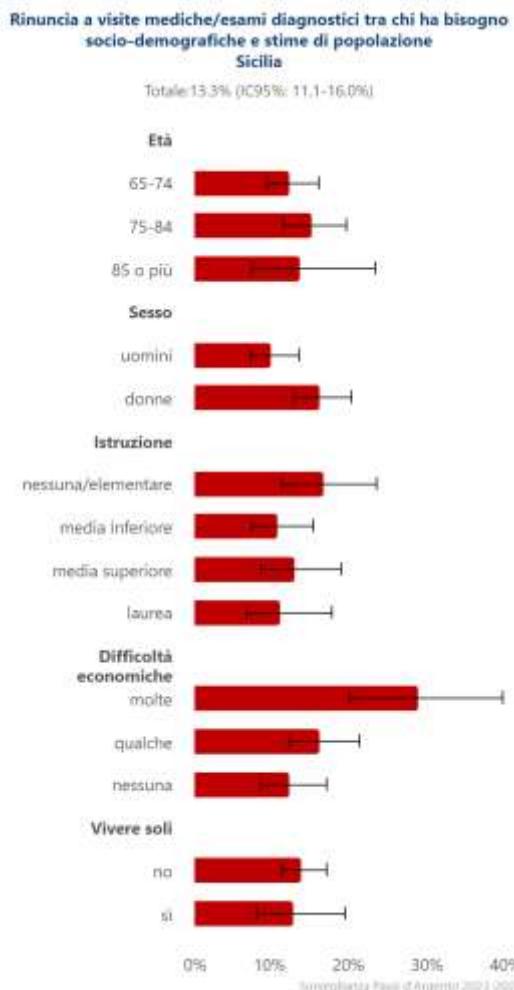
Fonte: ISTAT - Passi d'Argento

Rinuncia alle cure mediche

L'11% (15% dato nazionale) del campione totale ha dichiarato aver rinunciato a visite mediche e ad esami diagnostici.

Fra coloro che avrebbero avuto bisogno di almeno una visita medica o a un esame diagnostico il 13% (18% dato nazionale) dichiara di aver rinunciato nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La rinuncia è stata più frequente tra i 75-84enni (15%), tra le donne (16% vs 15%), tra chi è socio-economicamente più svantaggiato per istruzione (nessun titolo di studio/licenza elementare 17%), e per condizioni economiche (molte difficoltà economiche 29%).



Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici - tra chi ha bisogno per regione di residenza

Passi d'Argento 2023-2024



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

Passi d'Argento indaga anche le principali ragioni legate alla rinuncia a visite o esami, necessari per la prevenzione o la cura della salute, con una domanda a risposta multipla che consente all'anziano di riportare una o più motivazioni.

Tra coloro che hanno dovuto rinunciare ad almeno una visita medica o a un esame diagnostico, il 51% ha rinunciato a causa delle lunghe liste di attesa, il 17% per difficoltà di accesso alla struttura. Il 6% degli anziani ha riferito inoltre che la rinuncia è stata determinata dai costi troppo elevati e non sostenibili.

Principali motivi della rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici tra chi ha rinunciato

Sicilia n = 125	%	IC95 inf	IC95 sup
Lista d'attesa lunga	50.5	39.9	61.1
Difficoltà di accesso alla struttura (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi)	17.4	10.3	27.9
Costi elevati	6.3	3.2	11.8
Ragioni di salute	15.0	8.3	25.6
Assistenza a una persona	3.3	1.1	9.1
Impossibilità ad assentarsi dal lavoro	1.2	0.3	4.8
Altro	10.9	6.7	17.4

L'analisi temporale della rinuncia alle cure, fra coloro che ne avrebbe avuto bisogno, evidenzia una progressiva riduzione negli anni: dal 34% nel 2020 si è passati all'11% nel 2023. Nel 2024 si osserva, però, un leggero incremento (15%).

Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici fra coloro chi ne ha bisogno per anno

Sicilia	%	IC95 inf	IC95 sup
2020	34.3	20.9	50.7
2021	32.4	21.6	45.5
2022	27.3	22.2	33.1
2023	10.9	8.2	14.4
2024	15.4	12.0	19.6