

L'Equità per target

Piano Regionale della Prevenzione

Popolazione adulta over 64 anni

Agosto 2024

PP02 – Comunità Attive

PP03 – Luoghi di lavoro che promuovono salute

PP04 – Dipendenze

PP05 – Sicurezza negli ambienti di vita

PL12 – Alimenti nutrizione e sicurezza

PL 13 – Percorso preventivo diagnostico terapeutico assistenziale
delle MCNT

PL 14 – Screening oncologici

Procedura HEA

Profilo di salute e di equità

Progettazione partecipata

Programmazione

Azioni

Valutazione

Centro Regionale per la Salute Globale
Laboratorio di Equità



Introduzione:

Una delle principali tematiche sociali sul piano globale, nazionale e locale, è l'invecchiamento della popolazione. Questa – sebbene debba essere considerata come una storia di successo umano, che mostra il progresso della salute, della scienza biomedica, dello sviluppo economico e sociale e che porta inevitabilmente a un andamento della distribuzione per età della popolazione più ampio nelle fasce di età over 64. Con una accentuazione ancora più marcata dell'inversione della piramide delle età.

L'OMS considera l'invecchiamento della popolazione come uno dei “mega-trends” che caratterizzano la popolazione mondiale di oggi, e che continuerà ad avere impatti importanti e duraturi sullo sviluppo sostenibile nei prossimi decenni (WHO WorldPopulationAgeing2019-Report p.1). Per questo motivo l'OMS ha lanciato nell'agosto del 2020 la Decade of Healthy Ageing 2020–2030 , poiché si prevede che entro la fine di questo decennio il numero delle persone oltre i 60 anni sarà del 34% più alto, passando da 1 miliardo nel 2019 a 1,4 miliardi nel 2030. Entro il 2050, la popolazione mondiale delle persone over 64 sarà più che raddoppiata, a 2,1 miliardi.

Nel 2021 l'Italia era al secondo posto dopo il Giappone con 39,6% di popolazione anziana in relazione alla capacità lavorativa ; nel 2025 la percentuale del rapporto salirà al 45,6% e si avrà in Italia una popolazione anziana complessiva pari a n. 14.507.013 .

In Umbria la popolazione over 64 è 227.477 abitanti nel 2021, il totale residenti è 865452 e l'età media è 47,5 anni (Dati Istat al 01/01/2022).

La popolazione residente in Umbria al 01/01/2021 over 64 anni è pari a 227.477 di cui 99.532 (43,75%) di sesso maschile e il restante 127.945 (56,25%) di sesso femminile. La popolazione totale residente in Umbria ad inizio 2021 è pari a 865.452, quindi oltre il 26,3% della popolazione rientra nella categoria degli anziani.

La popolazione stimata residente in Umbria al 01/01/2022 over 64 anni è pari a 228.082 di cui di sesso maschile 99.957 (43,83%) mentre di sesso femminile 128.125 (56,17%). La proiezione della popolazione totale in Umbria nel 2022 è pari a 859.572, ossia una riduzione totale del 0,68% rispetto al 2021 e di questi 859 mila il 26,5% è over 64 anni. La popolazione straniera in Umbria ad inizio 2022 over 64 anni risulta essere pari a 6.654 ossia circa il 2,9% degli over 64 anni, di questi 6 mila residenti oltre il 67% è di genere femminile.

La popolazione over 64 residente nel 2025 in Umbria si stima essere pari a 232.959 di cui di sesso maschile il 44% mentre di sesso femminile il 56%, rispetto al 2021 l'aumento degli anziani supera il 2%. Per il 2030 la popolazione over 64 residente in Umbria si stima essere pari a 251.880 di cui di sesso maschile il 44,3% mentre di sesso femminile il 55,7% rispetto al 2021 l'aumento degli anziani supererà il 10,7%. Si stima che nel 2050 il rapporto sarà pari al 74% con l'Italia al quarto posto su scala globale . Con questo primo quadro di riferimento, si comprende la necessita dell'OMS nel presentare per la decade dell'invecchiamento in salute 2020-2030 ; una serie di progetti e azioni che portano gli anziani al centro di questo piano, riunendo governi, società civile, agenzie internazionali, professionisti, mondo accademico e scientifico per migliorare la vita delle persone anziane, le loro famiglie e le loro comunità (WHO 2020 report). L'OMS definisce l'invecchiamento sano e attivo come un processo continuo e di mantenimento delle capacità funzionali che consentono il benessere in età avanzata.

La definizione di salute che l'Organizzazione Mondiale della Sanita (OMS) inserisce nel suo atto costitutivo del 1948, “... uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità, conteneva già l'invito ai governi ad adoperarsi al fine di garantire ai cittadini un alto livello di benessere” andando oltre la dimensione strettamente fisica e la conseguente risposta esclusivamente sanitaria, ma anche l'ambiente sociale e urbano. Difatti quest'ultimo incide sulla salute agendo su diversi livelli, dall'esposizione della popolazione a fattori di rischio legati a un ambiente fisico inadeguato, ai cambiamenti sociali che accompagnano l'urbanizzazione e alterano i comportamenti individuali, alle alterazioni dei sistemi di supporto vitale della biosfera e del clima per la rilevante impronta ecologica delle popolazioni urbane moderne; vi è una stretta relazione tra il benessere fisico, psichico e sociale e l'ambiente urbano in cui si vive (Vineis 2020).

La crescita rapida e incontrollata delle aree urbane a scapito di quelle Agricole, definito come Urban Sprawl, ha trasformato inaspettatamente la quotidianità dei cittadini impattando negativamente sullo stato di salute, comprese le abitudini alimentari, l'attività fisica e l'accesso a cibi sani (Vineis 2020). Difatti è evidente che una buona pianificazione dell'assetto urbano, il miglioramento della circolazione stradale e del manto stradale e aree pedonali, la riqualificazione di zone degradate, la costruzione di spazi verdi, di piste pedonali e ciclabili e di percorsi sicuri sono tra le principali misure efficaci per ridurre l'inquinamento dell'aria, promuovere l'attività fisica delle persone, favorire la socializzazione e contribuire a ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili (Accordo Urban Health n127-22-settembre-2021)

Secondo la Business and Sustainable Development Commission, è cruciale il perseguimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals, SDG), i diciassette obiettivi di sviluppo sostenibile fissati dalle Nazioni Unite dell'Agenda 2030, servono per garantire le condizioni di salute e benessere per tutti, rendere sicure le città e le comunità, inclusive, resistenti e sostenibili, contribuendo anche alla lotta al cambiamento climatico, in modo da innescare un impatto positivo sull'occupazione e sull'economia dei paesi (<http://businesscommission.org>). Perseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile significa lavorare per costruire un mondo più sostenibile, sicuro per l'ambiente e inclusivo nella consapevolezza che l'ambiente che ci circonda può influenzare le nostre abitudini e stili di vita. Per questo motivo, il miglioramento dei nostri spazi vitali è un obiettivo imprescindibile entro il 2030) Accordo Urban Health n127-22-settembre-2021)

Dai dati riportati, emerge che l'invecchiamento demografico presenta sfide e opportunità da molteplici punti di vista: dalla domanda di assistenza sanitaria all'assistenza a lungo termine, la necessità di rendere gli ambienti fisici e sociali più adatti agli anziani, siano essi intimi e familiari o destinati alla comunità locale e alla società in generale, dalla conoscenza dei bisogni della popolazione anziana ai processi di empowerment per i destinatari.

Da un punto di vista scientifico, le condizioni della popolazione over 64 nel corso degli ultimi anni è stato affrontato in differenti modi e mediante differenti aspetti della letteratura scientifica: «a) invecchiamento e cross-cultural studies, b) di invecchiamento e società complesse, c) invecchiamento e politiche e pratiche di cura, d) invecchiamento e processi migratori, e) invecchiamento attivo 6) invecchiamento e nuove tecnologie» (Quattrocchi 2022: 14).

Riassumendo possiamo notare che questa tematica è stata affrontata negli ultimi anni a livello internazionale attraverso la Decade of Healthy Ageing 2020–2030, in Italia si è costituita la Regions for Health Network una rete che ha come fine migliorare la salute e il benessere dando priorità all'equità, sviluppando alleanze strategiche e promuovendo una buona governance; in particolare la regione Friuli Venezia Giulia ha valorizzato nuovi modelli di protezione sociale, promosso azioni per lo sviluppo di nuove relazioni e reti sociali sul territorio al fine di promuovere la sostenibilità, la solidarietà nelle relazioni e nei comportamenti, sottolineando l'importanza che gli ambienti sani per le persone anziane sono ambienti sani per tutti. In Umbria si deve far riferimento al Piano Regionale della Prevenzione 2020 – 2025 che evidenzia l'importanza della salute bio-psico-sociale della popolazione, mediante un approccio interdisciplinare per la promozione della salute e lo sviluppo di strategie di empowerment. Per noi, come CERSAG, vi è al centro il concetto di equità per costruire un ambiente salutare, pertanto diviene essenziale sviluppare attività di ricerca partecipata finalizzata all'azione di un miglioramento della qualità della vita di una popolazione che sta invecchiando. Il progetto prevederà sin dalle prime fasi la costituzione di una Cabina di regia e di un Tavolo di coordinamento, ma soprattutto il coinvolgimento attivo di alcuni attori sociali, figure di riferimento che possiamo considerare come dei testimoni privilegiati, per portare avanti le fasi di progettazione partecipata. Mediante tale coinvolgimento, non solo si vuole evidenziare la metodologia di progettazione, ma far emergere durante gli incontri i bisogni reali della popolazione target, gli obiettivi e le azioni da condividere e attuare, mediante anche un processo di empowerment delle persone anziane e dei vari portatori di interesse che parteciperanno a tale percorso.

I numerosi determinanti sociali della salute, in connessione all'invecchiamento attivo, includono fattori che incidono direttamente sulla persona, come l'accesso all'assistenza sanitaria, gli ambienti fisici rurali e urbani, i trasporti e le infrastrutture, l'occupazione e le condizioni di lavoro, l'alloggio, l'istruzione, le questioni sociali, le pensioni, la giustizia, la violenza e l'abuso. Altri determinanti influenzano indirettamente la salute; questi includono stili di vita, attività fisica, alimentazione, fumo, alcool, stress e uso di farmaci. Inoltre, il mantenimento

delle capacità funzionali e il vivere a lungo sono il risultato di esperienze lungo l'intero arco della vita. Ciò significa che c'è un grande potenziale per le disuguaglianze nel modo in cui le persone invecchiano, sulla base di queste esperienze (WHO 2018).

La fonte dei dati:

Passi d'Argento è un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese. Questo tipo di sorveglianza costituisce un approccio abbastanza moderno cominciato in Italia nel 2007 con Passi, una sorveglianza per la popolazione da 18 a 69 anni. Si tratta di prendere in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia e di seguirli, producendo in tempo utile un'informazione per gli amministratori, per chi opera nel sistema sanitario, per gli ultra64enni stessi e per le loro famiglie, in maniera tale da offrire a tutti un'opportunità per fare meglio proteggendo e promuovendo la salute, prevenendo le malattie e migliorando l'assistenza per questo gruppo di popolazione. Al momento attuale vi partecipano 18 Regioni e la P.A. Trento, che con i loro operatori appositamente formati, raccolgono l'informazione, attraverso un questionario, direttamente dalle persone selezionate con un campionamento casuale semplice stratificato o a cluster dalla liste anagrafe degli assistiti della Asl.

Perché le persone con più di 64 anni

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. Passi d'Argento seguirà nel tempo gli ultra64enni registrandone la qualità della vita percepita, alcuni aspetti sociali, sanitari e ambientali. Mettere a disposizione le informazioni che possono permettere di mantenerli in buona salute promuovendone le condizioni di vita, costituirà un beneficio per loro 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. Molti piani sanitari o piani di prevenzione regionali mettono in atto delle azioni a favore degli ultra64enni e la sorveglianza di Passi d'Argento può costituire una fonte di informazioni utile per il loro monitoraggio e valutazione.

Cosa fare con le informazioni:

La raccolta dei dati in ogni Regione o Asl partecipante è periodica (ogni 1-2 anni). In questa maniera non solo sarà possibile confrontare all'interno di una stessa regione una Asl con l'altra, ma anche la stessa Asl nel tempo. Se per esempio nell'Asl XX oggi sappiamo che il 20% degli ultra64enni mastica male, ci aspettiamo che chi è responsabile dei servizi socio-sanitari faciliti l'informazione di queste persone e attivi i servizi odontoiatrici necessari a dare una soluzione al problema, dopodiché l'anno successivo si misura se la percentuale di "cattivi masticatori" si è migliorata. La stessa logica si applica alla percentuale di ultra64enni che conoscono le misure per proteggersi dai colpi di calore o che ricevono aiuto nelle attività della vita quotidiana quando non siano completamente autosufficienti e così via. Il Passi d'Argento descrive degli aspetti e dei problemi di salute che, se correttamente comunicati e a chi di dovere (ultra64enni stessi, famiglie, operatori sanitari, amministratori delle Asl o dei Comuni, e altri) dovrebbero produrne un miglioramento delle condizioni di vita tramite delle azioni che già in molti contesti si sono dimostrate efficaci.

Aspetti innovativi del sistema di sorveglianza

Alcune caratteristiche fanno di Passi d'Argento un sistema di sorveglianza innovativo: la sua realizzazione poggia sulla collaborazione fra operatori sociali e sanitari. Questa collaborazione è valida non solo per la raccolta dei dati ma anche per l'interpretazione dei risultati e per la messa in opera di azioni congiunte. Ancora, la popolazione di ultra64enni è stata suddivisa in 4 sottogruppi, in buona salute a basso rischio di malattie, in buona salute a rischio di malattia, a rischio di disabilità e con disabilità. Ognuno di questi gruppi fa appello a degli operatori o gruppi di

interesse diversi. Il primo gruppo, per esempio, fa appello principalmente agli amministratori e a coloro che agiscono per la protezione della salute, mentre l'ultimo gruppo fa appello prevalentemente a operatori socio-sanitari specializzati nell'assistenza domiciliare. Per ognuno di questi gruppi verranno descritte le condizioni di salute, gli aspetti problematici e le indicazioni all'azione che ne derivano, dando in questa maniera informazioni specifiche su ciascun sottogruppo e delle figure che hanno particolare interesse in ciascuno di essi.

Obiettivi del sistema di sorveglianza

La sorveglianza della popolazione ultra64enne trova la sua ragione di esistere nel fatto che dalla lettura delle condizioni (problematiche o no) si traggono delle indicazioni operative per promuovere la salute o prendersi carico delle patologie di questo gruppo di popolazione. A tale scopo dopo la realizzazione, in tutto il Paese, di una raccolta di dati fra aprile 2012 e marzo 2013, una ulteriore rilevazione si realizzerà nell'anno 2016 per informare operatori e popolazione sui progressi nelle aree di salute studiate. Progressivamente si farà in modo che si abbia una fotografia della condizione degli ultra64enni non solo per le Regioni ma anche per tutte le Aziende sanitarie locali.

Come sono raccolti i dati (metodologia)

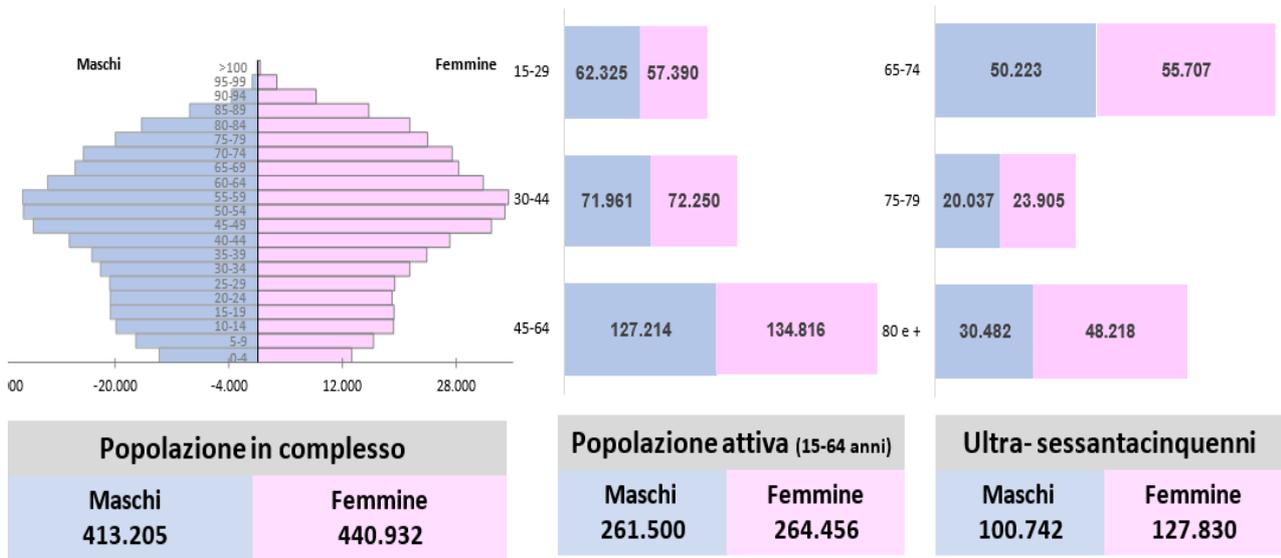
I dati sono le informazioni che un numero di ultra64enni, selezionati a caso nelle liste anagrafiche delle Regioni, daranno all'intervistatore che (per una ventina di minuti) registrerà su un questionario messo a punto dall'Istituto superiore di sanità. Naturalmente le informazioni sono raccolte in maniera anonima. Nel questionario, cioè, saranno annotate le risposte ma non le generalità della persona intervistata che quindi è libera di pronunciare liberamente le sue risposte o i suoi commenti. Ogni Regione e ogni Azienda ha un responsabile il cui nome e numero di telefono sarà disponibile sul sito. Infine, chiunque potrà conoscere le condizioni degli ultra64enni della sua Regione o della sua Azienda sanitaria (se ha partecipato all'indagine). Basta che vada sul sito e per avere un quadro dei risultati, argomento per argomento e, quando possibile, anche il trend per anni.

Fonte ISS Istituto Superiore di Sanità

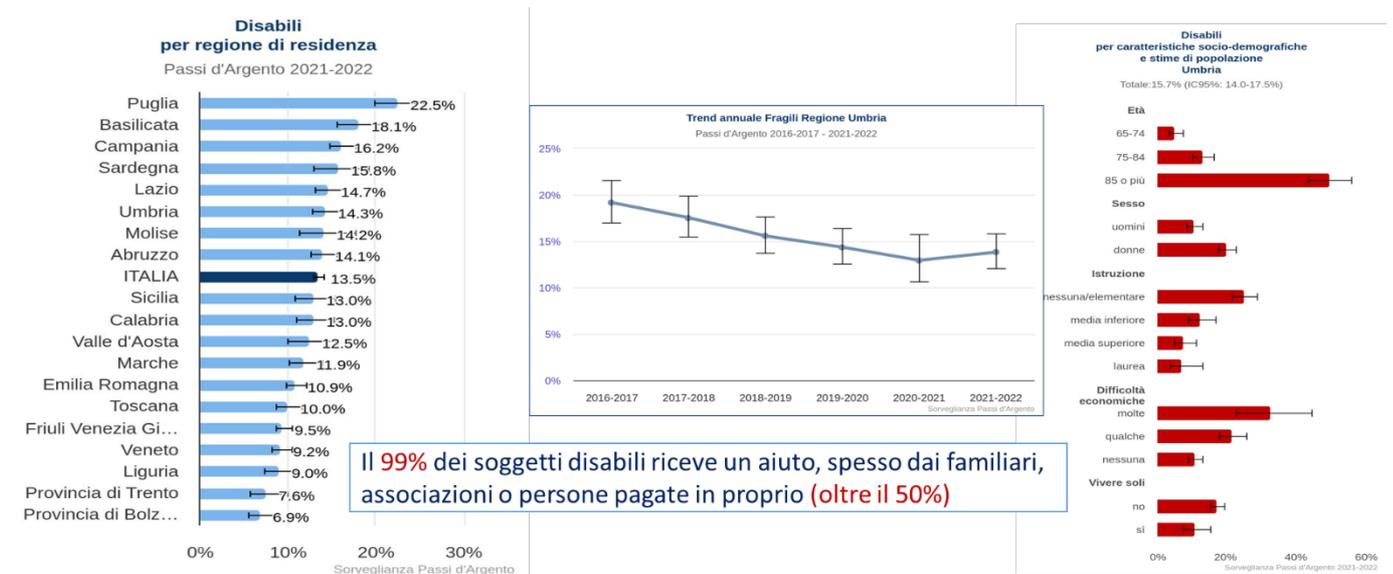
Le disuguaglianze evidenziate dal Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento:

Composizione per genere della popolazione umbra

al 1° gennaio 2023



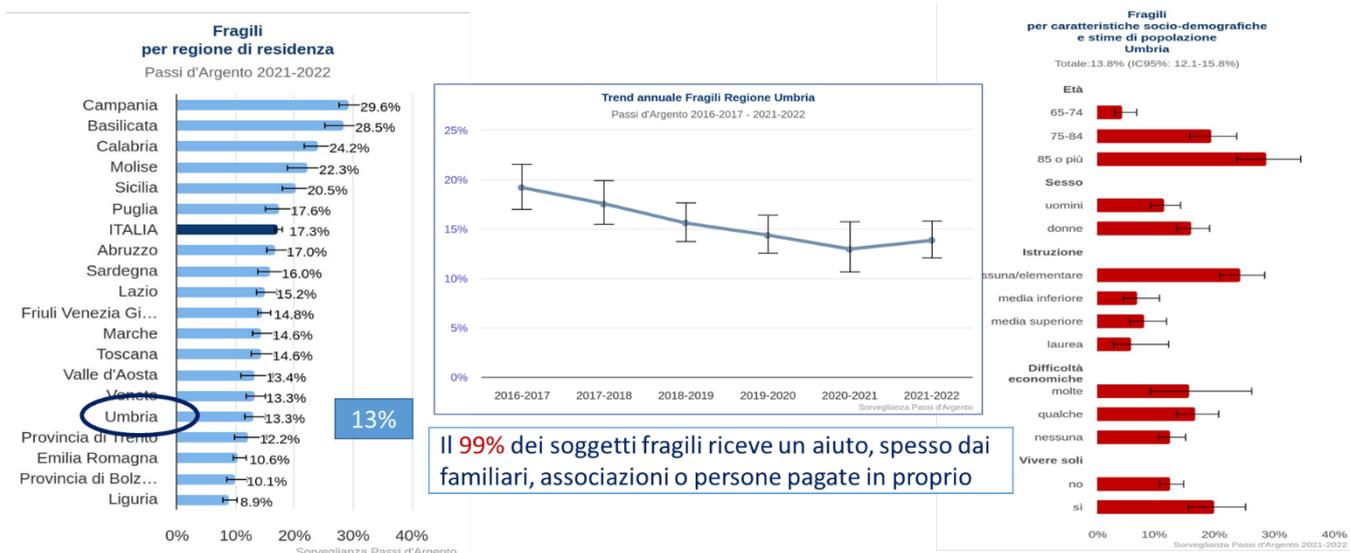
La disabilità nella popolazione over 64 in Umbria



Persona con 65 anni o più, residente in Italia, che dichiara di avere problemi a svolgere in maniera autonoma 1 o più attività fondamentali della vita quotidiana, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continente, usare i servizi igienici per fare i propri bisogni (*Activity of Daily Living - Adl*).

Nella nostra regione il numero dei disabili è piuttosto elevato, oltre il 14% della popolazione. Esistono evidenti differenze regionali. Per le condizioni socio economiche si vede come la prevalenza della disabilità è maggiore nelle persone over 85, nelle donne, nelle persone con bassa istruzione, che vivono da sole e con molte difficoltà economiche.

La Fragilità nella popolazione over 64 in Umbria



Persona con 65 anni o più, residente in Umbria, che dichiara di avere problemi a svolgere in maniera autonoma 2 o più attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activity of Daily Living – Iadl*), ma è completamente autonomo in tutte le funzioni fondamentali della vita quotidiana, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continente, usare i servizi igienici per fare i propri bisogni (*Activity of Daily Living – Adl*).

La fragilità in Umbria è più bassa della media nazionale. Si evidenziano anche qui le stesse disuguaglianze socio economiche della disabilità con minore peso del livello di istruzione.

Fattori di Rischio – Sedentarietà

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), per attività fisica si intende "qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo" (1). L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie croniche degenerative (2). Adeguate livelli di attività fisica svolta con regolarità sono, infatti, in grado di:

ridurre il rischio di condizioni patologiche (ipertensione, patologia coronarica, infarto, diabete, tumore della mammella e del colon, depressione) e di cadute;

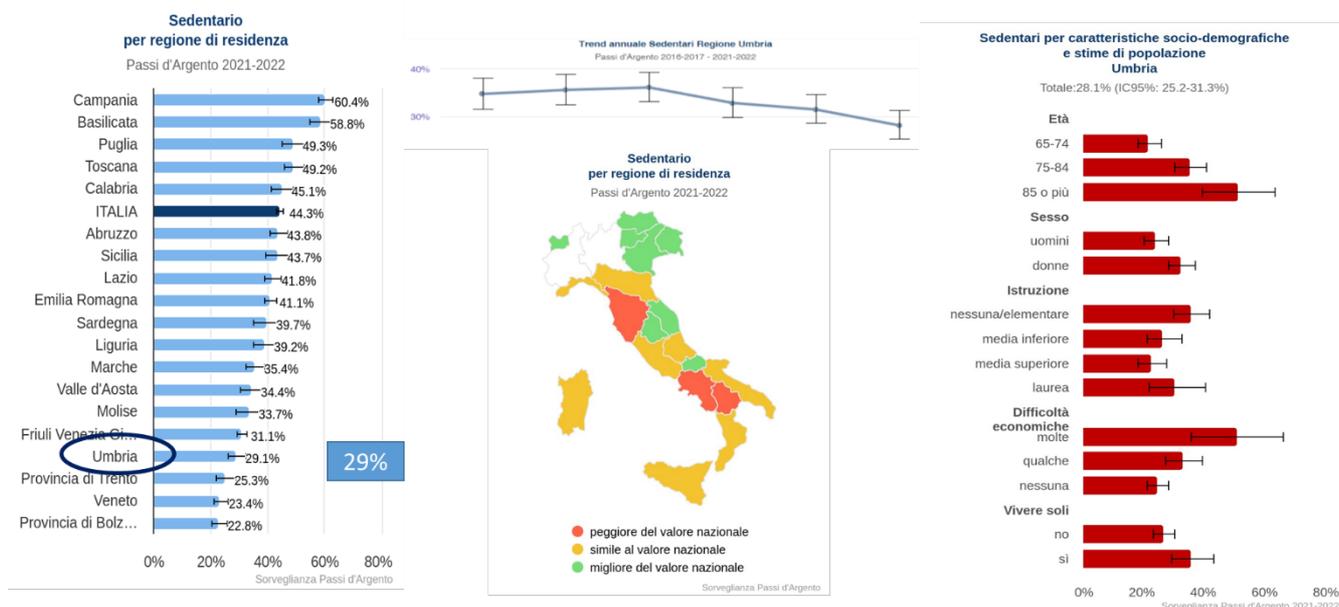
migliorare lo stato di salute e il funzionamento del sistema muscolo- scheletrico;

aiutare a controllare il peso corporeo migliorando il bilancio energetico dell'organismo.

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

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



Esistono delle importanti disuguaglianze regionali, i sedentari in Umbria nella fascia di età dai 65 anni in su sono il 29%. E' maggiore nelle persone più anziane, nelle donne, nelle persone che vivono da sole e con molte difficoltà economiche.

Fattori di Rischio – Sovrappeso e Obesità

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

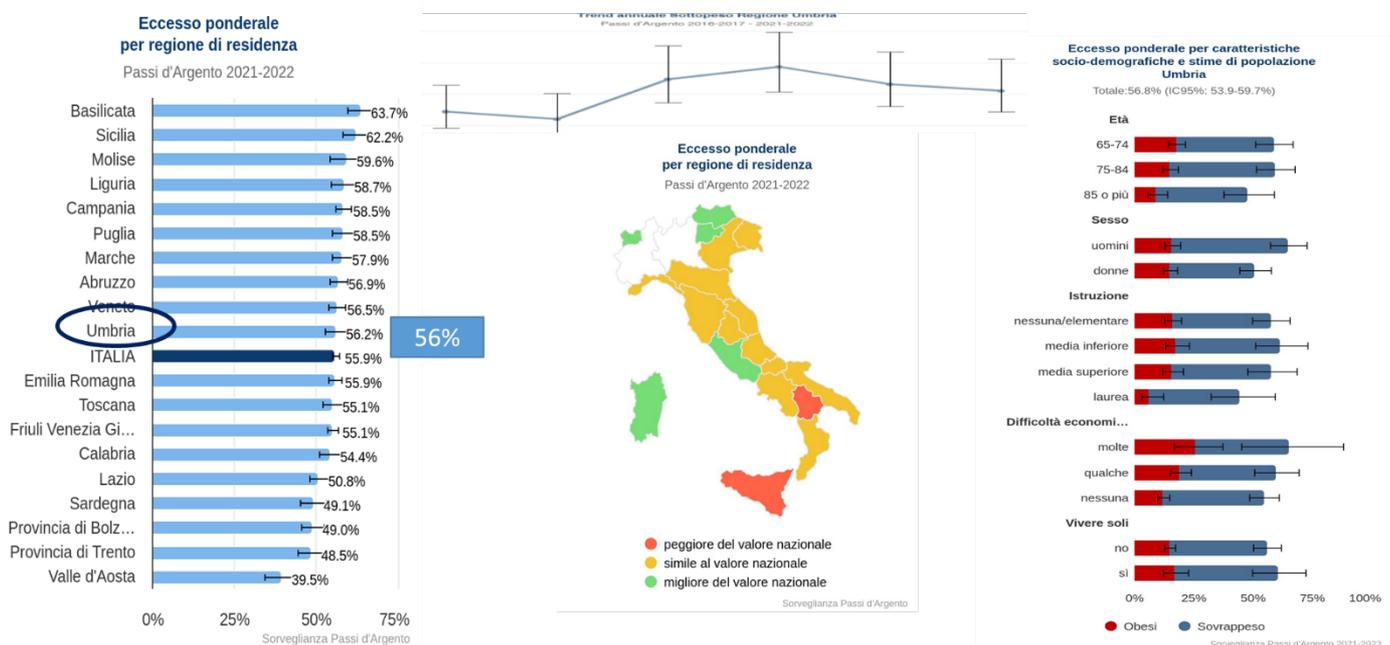
Un'alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono inoltre l'insorgenza o l'aggravamento di numerose patologie, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità. L'eccesso ponderale è infatti un importante fattore di rischio per molte malattie croniche non 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).

Misure e raccomandazioni

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/m²). 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.



Oltre alle consuete differenze regionali, non esistono significative differenze socio economiche ma se si seleziona solamente il sovrappeso allora il peso dell'istruzione diventa essenziale.

Politiche di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

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.

Fattori di Rischio – Consumo a rischio 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

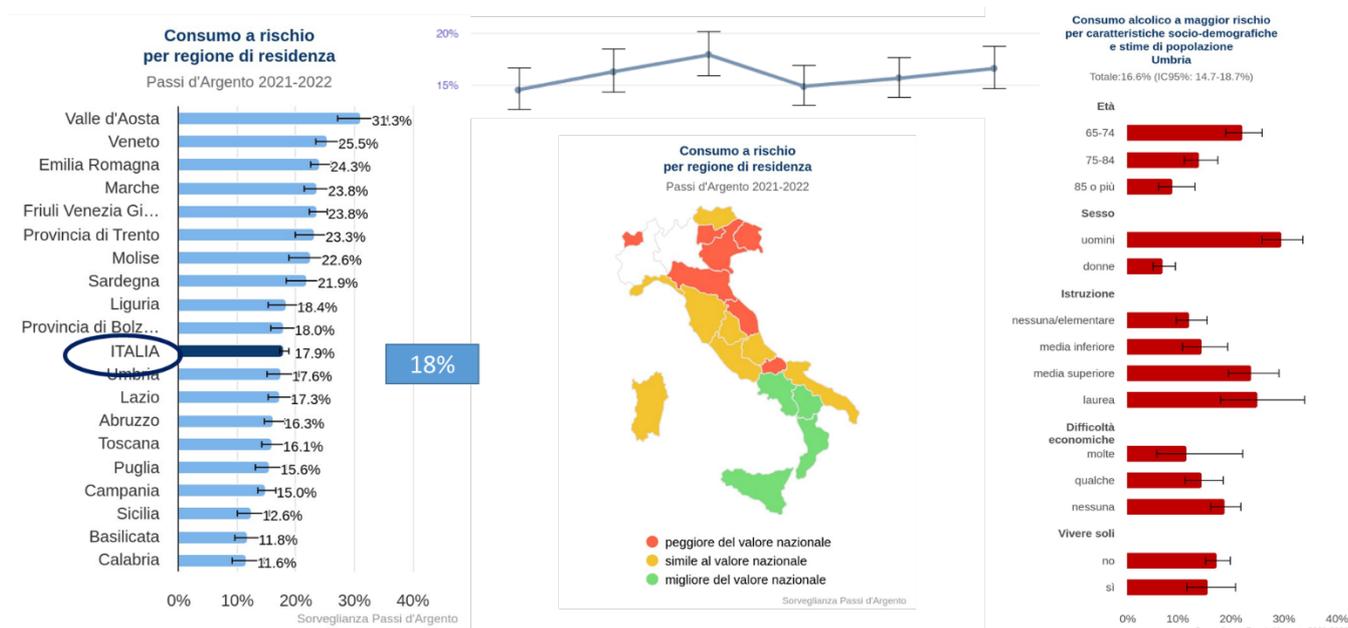
più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, e di una ridotta mobilità; il consumo di 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.

Il contesto internazionale e nazionale

I dati europei relativi agli ultimi 30 anni mostrano un trend in calo per il consumo di alcol, che si attesta su una prevalenza dell'11%. Quasi la metà del decremento è stata osservata nel 2007, in corrispondenza della crisi economica. Inoltre, il consumo è diminuito maggiormente nei Paesi del Mediterraneo (34% in meno): questa tendenza è il risultato principale di una diminuzione del consumo di vino nei Paesi in cui era tradizionalmente più diffuso (Francia, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna).

Livello di consumo raccomandato

Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 65enni, le Linee Guida del Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Crea; già Istituto nazionale per la ricerca sugli alimenti e la nutrizione - Inran, 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).



Il consumo a rischio di alcol in Umbria nella popolazione anziana è pari al 18% con prevalenza molto forte negli uomini, nelle persone con alto livello di istruzione e con poche o nulle difficoltà economiche.

Politiche di prevenzione del consumo dannoso di alcol a livello internazionale e nazionale

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. Spronata 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) (7) 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.

Fattori di Rischio – Abitudine al fumo

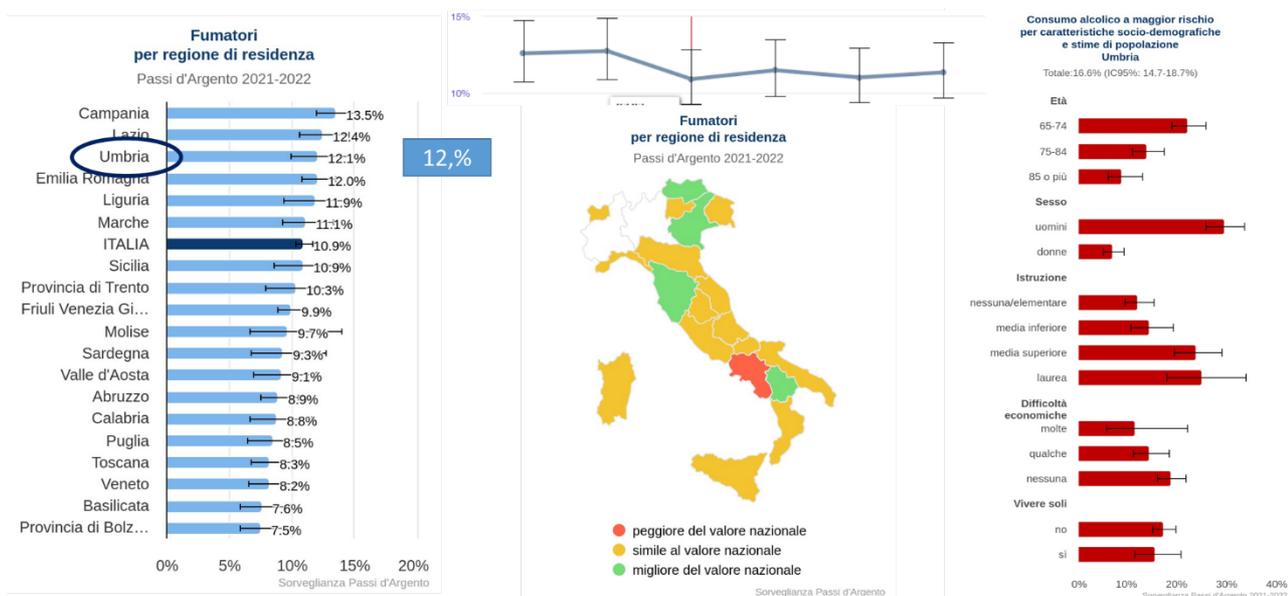
Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l’insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell’apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta, inoltre, il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui si attribuisce circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi (Daly; Disability-adjusted life year). Gli effetti negativi sulla salute causati dal 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 contesto internazionale e italiano

Ogni anno nel mondo vengono venduti circa 18 miliardi di sigarette al giorno. A livello globale, si stima che oltre 900 milioni di uomini e quasi 200 milioni di donne siano attualmente fumatori. Secondo l’Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il fumo uccide 6 milioni di persone ogni anno e causa, in tutto il mondo, centinaia di miliardi di dollari di danno economico. Inoltre, solo nel 2016, il fumo passivo ha causato 884.000 morti. Se nei paesi altamente sviluppati il numero di fumatori è in calo, nel resto del mondo sta aumentando.

Come Passi d’Argento misura l’abitudine al fumo

Il dato sull’abitudine al fumo in Passi d’Argento viene raccolto attraverso 4 domande: la presenza dell’abitudine al fumo, con riferimento all’intero corso della vita e al momento dell’indagine; (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.



L'abitudine al fumo in Umbria, nella popolazione over 64 anni, è ancora molto elevata e rispecchia i dati a partire da HBSC fino a PASSI. Influenzano molto le politiche socio economiche questa abitudine maggiormente esposti sono le persone più giovani, gli uomini, Le persone con livello di studio più alto e le persone con poche difficoltà economiche.

Politiche di prevenzione del fumo a livello internazionale e nazionale

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.

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.

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 del 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.

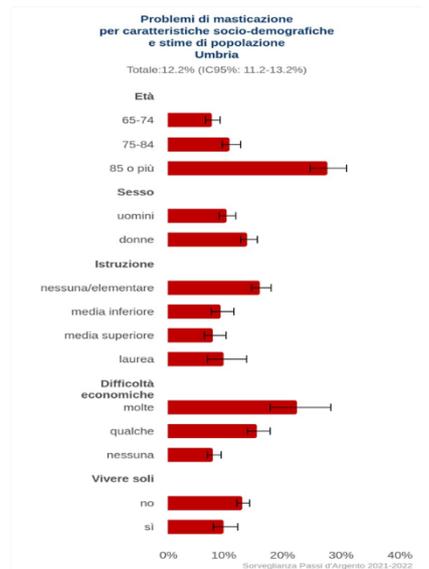
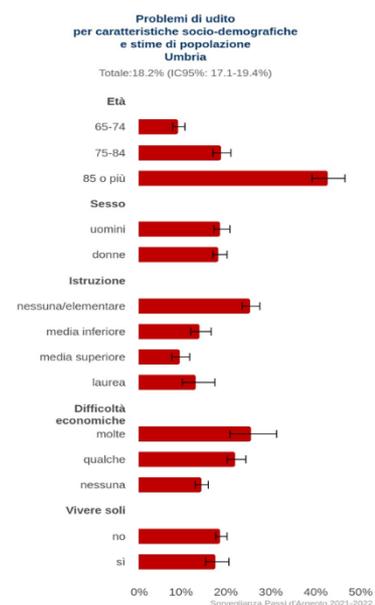
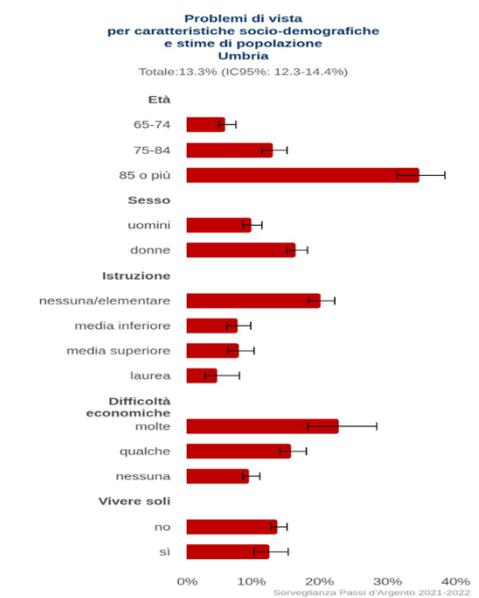
Problemi di masticazione

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 cranio-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.



I problemi di udito, vista e masticazione sono l'esempio evidente delle disuguaglianze in salute di tipo socio-economico e culturale. Sono sicuramente più esposte le persone over 84 anni, con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Fattori di Rischio – 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. 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.

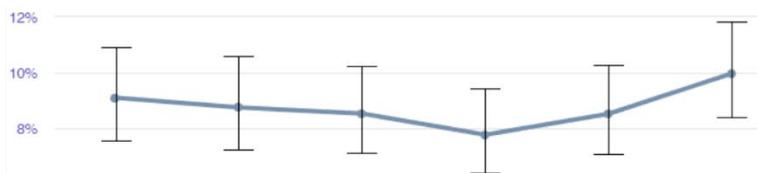
Gli anziani che vivono in case di riposo cadono più frequentemente di quelli che vivono in comunità. Circa il 30-50% delle persone ricoverate in situazione di lungodegenza cade ogni anno e il 40% di queste è vittima di cadute ricorrenti.

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 [6].

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.

Il ministero della Salute dedica una sezione del proprio sito web a "Anziani sicuri in casa... si può!" che fornisce alcuni consigli da mettere in pratica per rendere più sicuro l'ambiente domestico in cui vive una persona anziana ed evitare i rischi di caduta più frequente.

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.



Cadute e percezione del rischio

	Regione n =			Italia n = 25093			Valore più basso	25° percentile	75° percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Cadute *	10.0	8.4	11.8	7.6	7.1	8.1				
Ricovero per caduta **	8.1	4.4	14.6	12.7	10.3	15.5				
Paura di cadere	48.4	45.9	51.0	35.2	34.4	36.1				
Cadute in casa	57.9	46.7	68.3	64.0	60.3	67.6				
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	44.5	41.6	47.5	31.0	30.2	31.8				
Uso presidi anticaduta ***	72.8	70.3	75.3	70.9	69.9	71.8				
Consiglio medico ****	14.3	11.9	17.1	12.5	11.6	13.4				

* = Cadute avvenute nei 30 giorni precedenti l'intervista

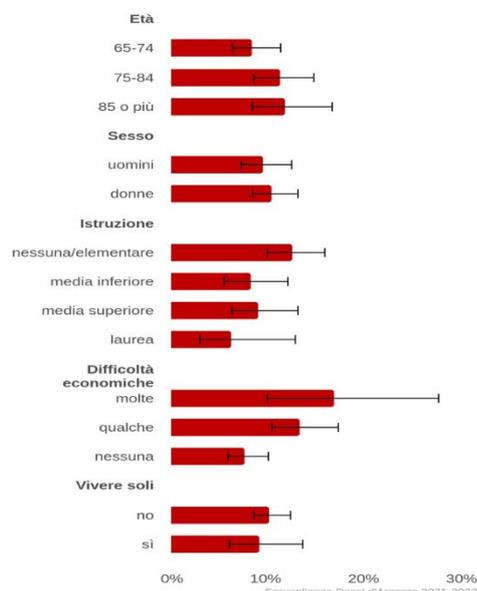
** = Persone cadute nei 30 giorni precedenti l'intervista che a seguito della caduta hanno subito un ricovero di almeno un giorno

*** = 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 per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria

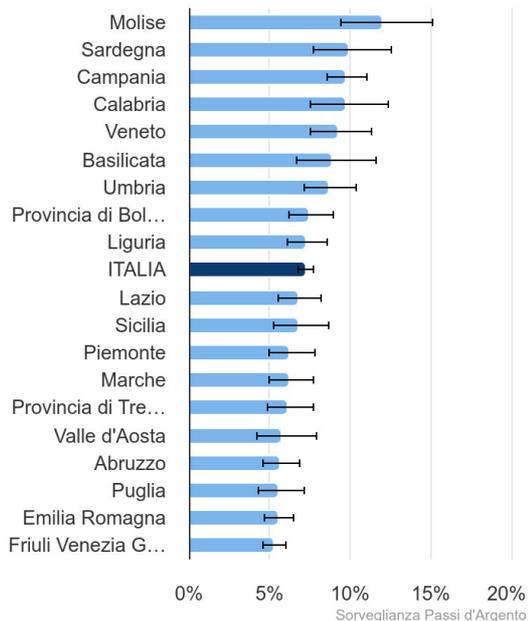
Totale: 10.0% (IC95%: 8.4-11.8%)



Disuguaglianze regionali

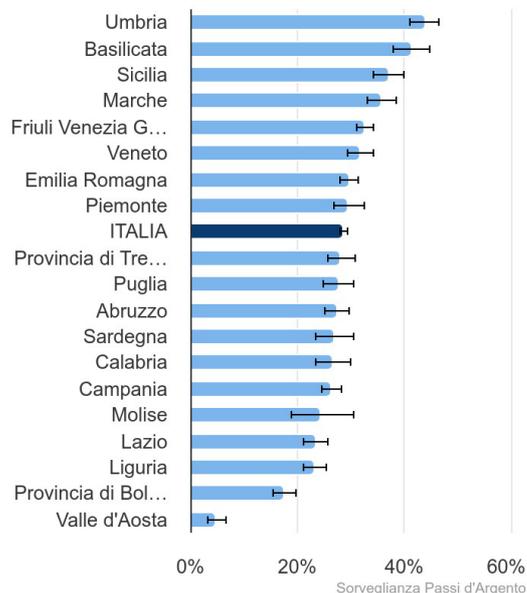
Cadute per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



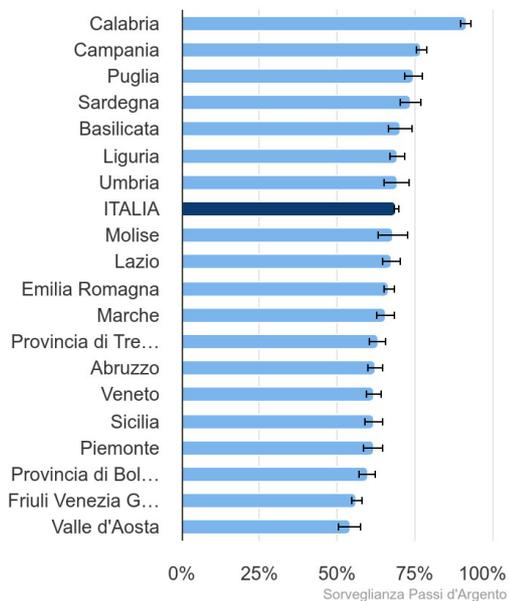
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



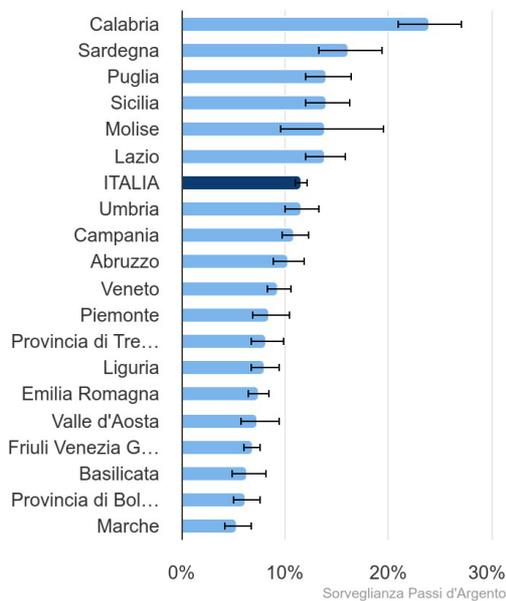
Uso presidi anticaduta * per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



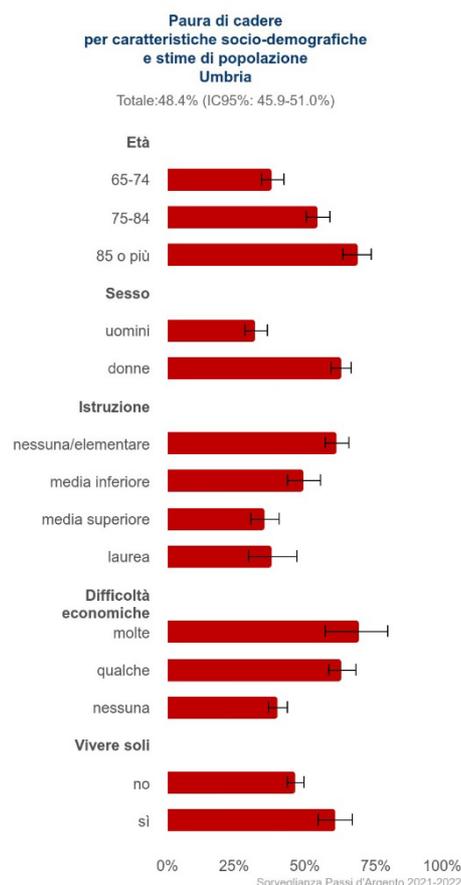
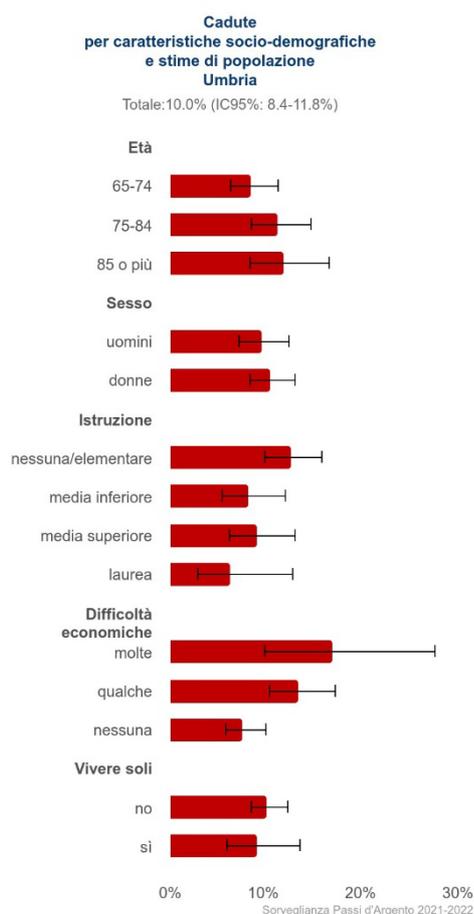
Consiglio medico per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Le differenze regionali sono piuttosto evidenti e in parte contraddittorie, vediamo che mentre la percezione di incidente domestico, in Umbria, è molto alta, in realtà poi le cadute sono significativamente più alte della media nazionale, così come la paura di cadere.

Disuguaglianze sociali ed economiche:



Si evidenziano anche in questo caso delle disuguaglianze sociali importanti, sia nell'evento caduta che nelle conseguenze che sono peggiori nelle persone con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche. Anche nella paura di cadere che è un proxy importante per le cadute si verificano le stesse condizioni di iniquità.

Fattori di Rischio – 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.

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.

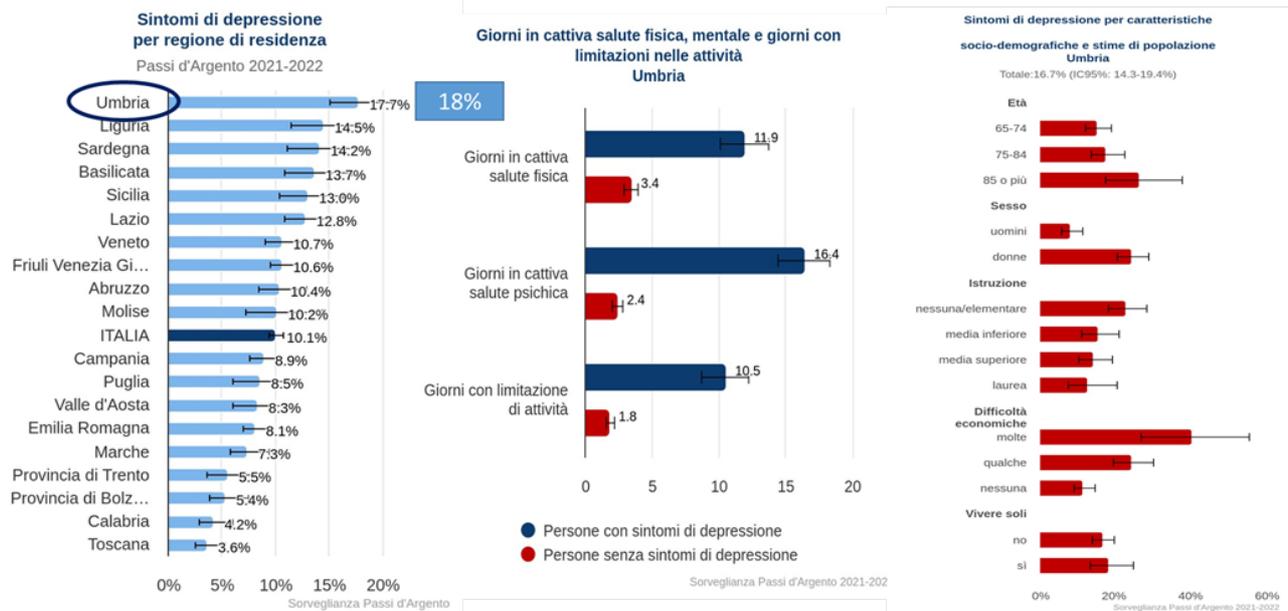
Come Passi d'Argento misura la depressione

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 [8]. 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.

Politiche di prevenzione della depressione

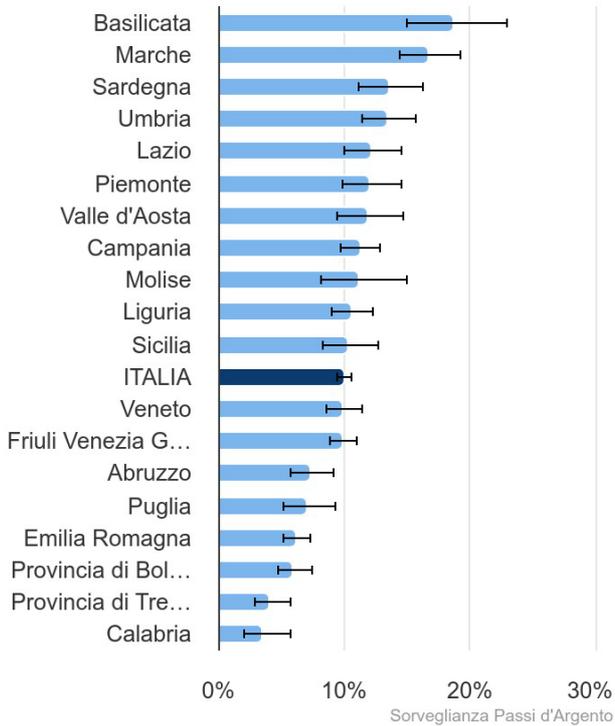
La depressione è una condizione prevenibile e, qualora già presente, trattabile e risolvibile; non deve essere considerata una componente normale dell'invecchiamento. Spesso i disturbi depressivi negli anziani sono sottovalutati e non vengono riconosciuti come problema di salute. Si corre perciò il rischio 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 [10] 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.



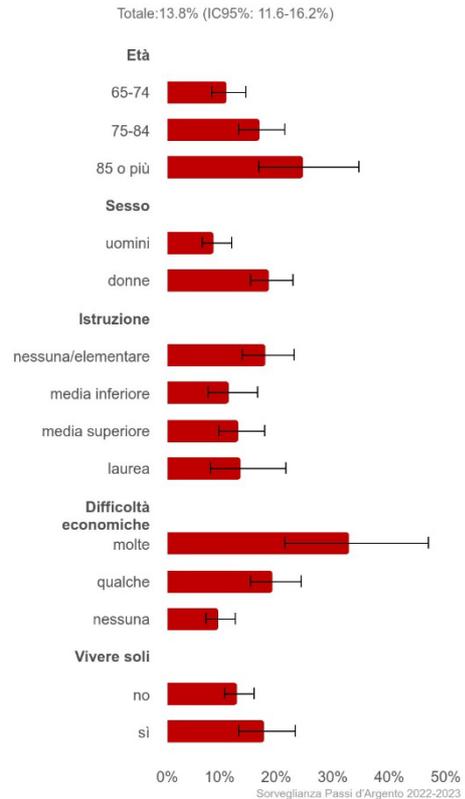
Sintomi di depressione per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Sintomi di depressione per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria

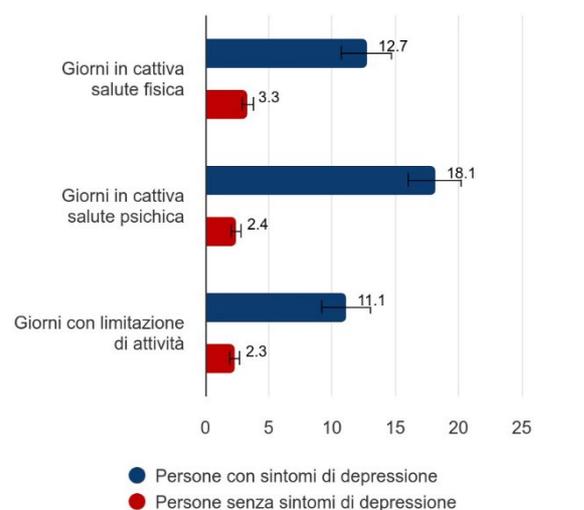
Totale: 13.8% (IC95%: 11.6-16.2%)



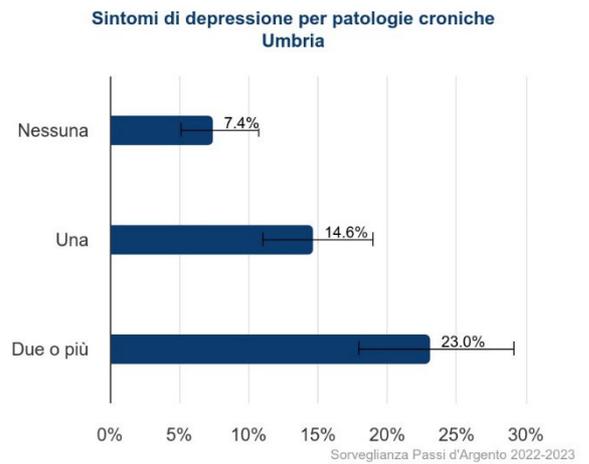
Esistono importanti differenze regionali, l'Umbria è fra le regioni dove la prevalenza della depressione è oltre la media nazionale. Sono evidenti le differenze socio economiche la malattia prevale nelle persone più anziane, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione, con molte difficoltà economiche e che vivono da sole

La depressione limita molto la qualità della vita con differenze importantissime fra chi ha sintomi di depressione e chi non le ha. I giorni percepiti in cattiva salute psichica e fisica sono da 5 a 7 volte superiori nelle persone depresse, così come la limitazione nelle attività.

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni nelle attività Umbria

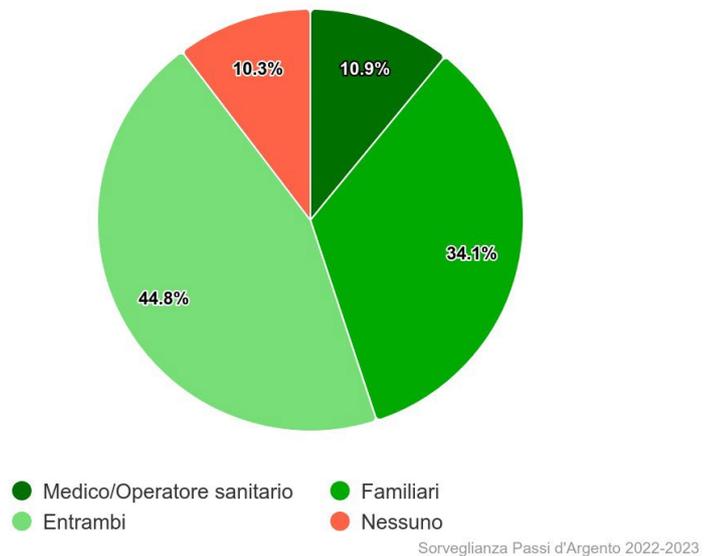


Esiste anche una differenza notevole con l'aumento delle patologie croniche che sono però più numerose nei soggetti a basso reddito e basso livello di istruzione



Le persone con sintomi di depressione si rivolgono al sistema sanitario nella misura di 1 su 10 mentre un terzo si rivolge esclusivamente alla famiglia. Uno su 10 non si rivolge a nessuno

Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto - Umbria



Uso di farmaci:

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 risconterà 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.

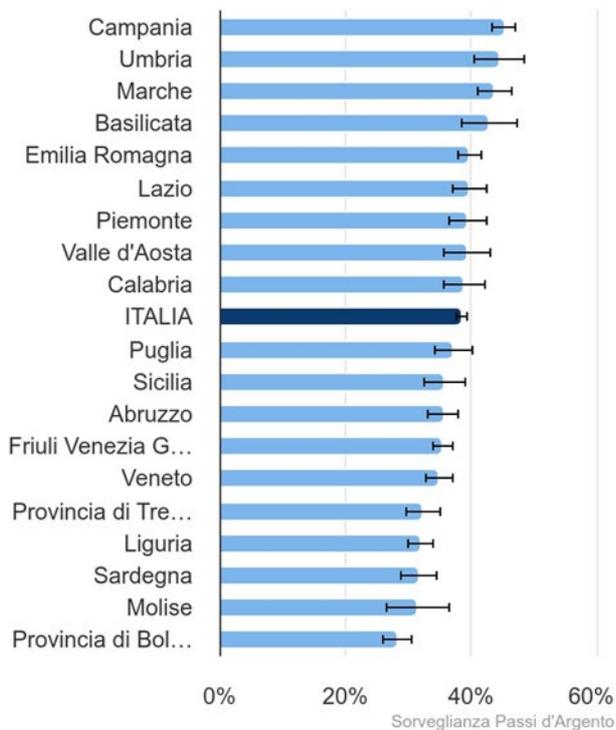
Assumere i farmaci nel modo corretto e solo quando sono veramente necessari è molto importante. I farmaci possono infatti curare le malattie, alleviarne i sintomi e prevenire le complicazioni e quindi, in parte, migliorare la qualità e la durata della vita ma anche avere effetti negativi, soprattutto 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. Le cadute rappresentano un comune e complesso quadro di patologia geriatrica. Circa il 30% degli anziani che vivono in comunità cade almeno una volta all'anno, metà di essi va incontro a cadute ripetute [. La percentuale è maggiore nelle fasce di età più avanzate e nei soggetti istituzionalizzati. Le cadute e le loro complicanze sono una delle principali cause di morte negli anziani, inoltre possono portare a declino funzionale, ospedalizzazione, istituzionalizzazione e a elevati costi sanitari.

Le disuguaglianze regionali

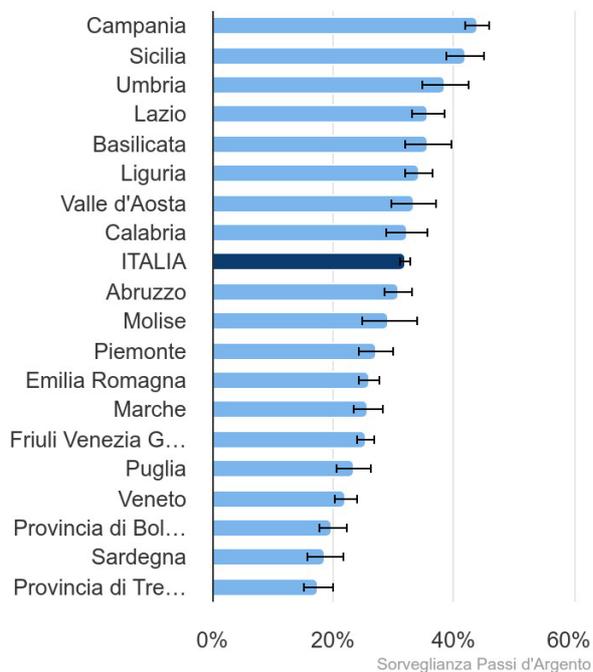
Uso di almeno 4 tipologie diverse di farmaci per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci (negli ultimi 30 gg) per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Come si evidenzia dai grafici sopra riportati l'Umbria è la seconda regione per l'uso di almeno 4 tipologie di farmaco anche se il controllo da parte del Medico di medicina generale è migliore rispetto alla media nazionale ma comunque intorno al 40%.

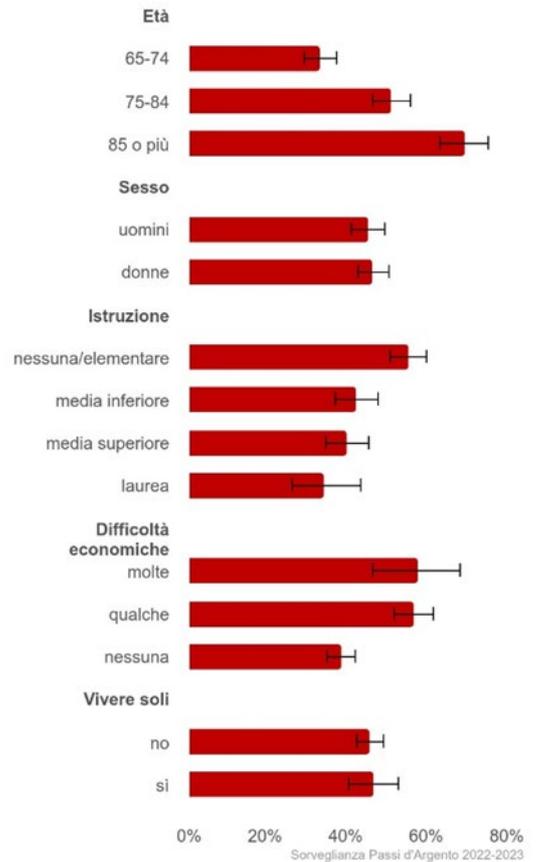
Le disuguaglianze socio economiche:

Sono più esposte all'utilizzo di farmaci in politerapia le persone più anziane, con livello basso di istruzione e con molte o qualche difficoltà economica.

Sono soggetti che hanno maggiori patologie croniche e fattori di rischio comportamentali che seguono le stesse iniquità fino alla terapia.

Uso di almeno 4 tipologie diverse di farmaci per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria

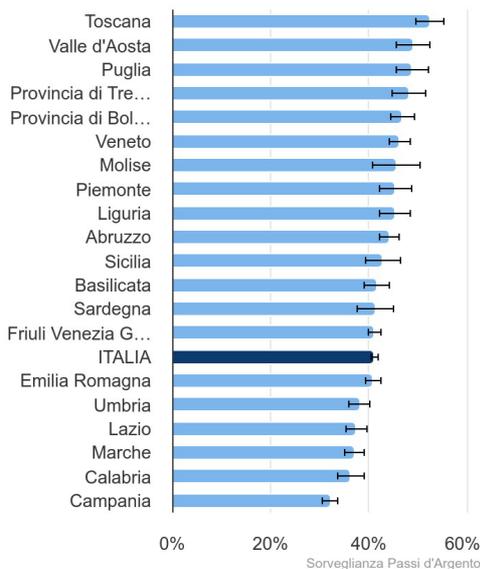
Totale: 45.4% (IC95%: 42.6-48.2%)



Segue grafico della prevalenza regionali delle patologie croniche e la loro fisionomia sotto la lente dell'equità

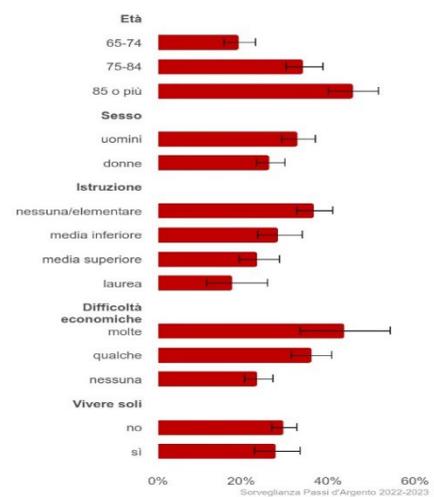
Persone senza patologie croniche per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Persone con 2 o più patologie croniche * (co-morbidità) per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria

Popolazione di riferimento: Totale: 28.8% (IC95%: 26.3-31.3%)



Fattori di Rischio – Partecipazione sociale

Partecipazione sociale e anziano risorsa

L'aspetto della partecipazione nella popolazione anziana non è inteso solo come essere fisicamente o lavorativamente attivi ma è considerato in termini sociali, economici, culturali, spirituali e civici. Le persone

anziane infatti anche se in pensione o in condizioni di malattia o disabilità possono fornire un contributo alle loro famiglie e alla comunità in cui vivono.

La partecipazione si compone a sua volta di ulteriori elementi:

- essere una risorsa per se stessi e per la società
- partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione
- attività che producono reddito.
-

Il report dell'Oms "World report on ageing and health 2015" su invecchiamento e salute descrive il framework operativo per un invecchiamento attivo che si costruisce intorno al concetto di abilità funzionale. Attraverso questo investimento si avranno apprezzabili ritorni socioeconomici sia in termini di salute e benessere degli anziani sia per la loro messa in condizione di partecipazione sociale. Inoltre, in collaborazione con gli Stati membri, partner internazionali e nazionali, l'Oms fa sì che l'invecchiamento attivo si correli fortemente agli Obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable development goals - Sdg) nello sviluppo di azioni concertate e nella formulazione di politiche intersettoriali finalizzate all'empowerment delle persone anziane che siano basate sull'evidenza.

Nel 2011, la Commissione europea per l'occupazione, gli affari sociali e l'inclusione ha individuato nell'invecchiamento attivo "la chiave per affrontare le sfide di un numero sempre crescente di persone anziane nella nostra società e incoraggiare gli anziani a rimanere attivi lavorando più a lungo andando in pensione più tardi, impegnandosi in attività di volontariato dopo la pensione, e che conducano una vita sana e autonoma".

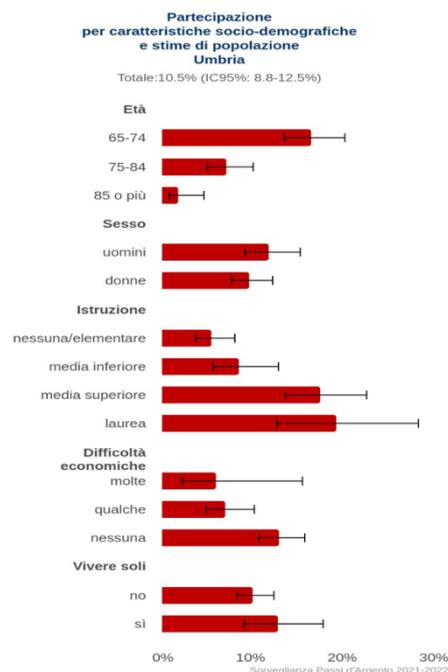
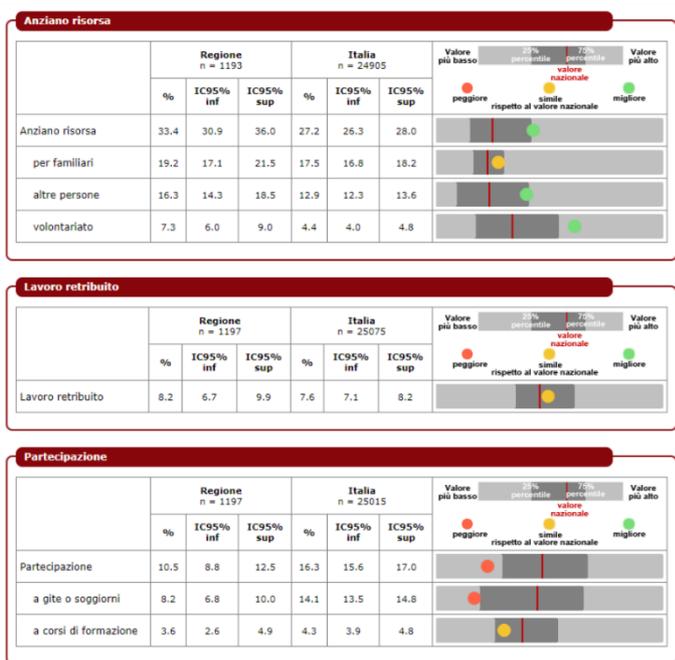
Oltre che per un invecchiamento attivo e una conseguente migliore qualità della vita in età avanzata, una buona partecipazione sociale aumenta la prospettiva di vita del 50%; addirittura valutazioni multidimensionali dell'integrazione sociale conducono a un incremento del 91% della probabilità di sopravvivenza. Differenze significative sono comunque rilevate in base al tipo di inclusione sociale: il contributo è maggiore per misure complesse di partecipazione sociale, mentre il grado di inclusione non è correlato con indicatori dello stato residenziale come ad esempio vivere da soli o con altri.

In generale, se vengono identificate molteplici attività che mettono gli anziani in condizione di essere coinvolti appieno nella vita sociale della comunità, le relazioni familiari di qualità e l'essere una risorsa per figli e nipoti risultano essere le principali modalità di inclusione sociale in età avanzata.

Il Servizio sanitario nazionale britannico suggerisce piccole azioni che incrementare il livello di partecipazione sociale degli anziani come farsi parte attiva della vita della comunità locale attraverso l'associazionismo, l'iscrizione a corsi o all'università della terza età, restare in contatto telefonico con i cari, imparare a utilizzare il computer o altri strumenti tecnologici, scrivere un diario, uscire all'aria aperta, aiutare gli altri e dedicarsi a iniziative di volontariato.

Ad ogni modo il grado di partecipazione sociale e quindi il differenziale di salute in età anziana sono fortemente associati alle disuguaglianze socioeconomiche: un'ampia proporzione delle diverse capacità e condizioni osservate in età più avanzata è il risultato dell'impatto cumulativo del vantaggio, o svantaggio, in cui le persone vivono, tra le cui condizioni un peso rilevante lo ha l'ambiente (fisico e sociale) di vita. L'impegno dei governi dovrebbe quindi essere rivolto a ridurre la variabilità nei determinanti sociali che si traduce in disuguaglianze di salute tra gli anziani.

Disuguaglianze importanti nella partecipazione sociale:



Come si evidenzia ancora dal grafico socio economico sulla partecipazione sociale, questa è maggiore nelle persone più giovani, negli uomini, nelle persone con livello alto di istruzione e nessuna difficoltà economica.

Rinuncia alle cure

La rinuncia a sottoporsi a visite mediche o a esami diagnostici di cui si ha bisogno e, più in generale, il mancato o ritardato accesso a percorsi diagnostici e terapeutici, tempestivi ed efficaci, non solo può tradursi in esiti peggiori

di salute per i singoli individui ma, sul lungo periodo, può anche comportare un aumento dei costi per il sistema sanitario. Questo è particolarmente vero per la popolazione anziana.

Dal 2020, PASSI d'Argento raccoglie dati sulla rinuncia alle cure, un aspetto introdotto inizialmente per monitorare l'impatto della pandemia da COVID-19 sull'accesso ai servizi sanitari. Oggi, le domande sulla rinuncia alle cure fanno parte della raccolta routinaria, senza limitazioni a specifici tipi di visite mediche o esami diagnostici, ma includendo tutte le prestazioni preventive e di cura per le persone con più di 65 anni di età.

Nel biennio 2022-2023, il 18% degli ultra 65enni ha dichiarato di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o a un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno. Il 61% ha riferito di non aver rinunciato a nessuna visita o esame, mentre il 21% ha dichiarato di non averne avuto necessità. Escludendo gli anziani che hanno dichiarato di non aver avuto bisogno di visite o esami, la percentuale di coloro che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie necessarie sale al 23%.

La rinuncia è risultata più frequente tra le donne (25% vs 21% fra gli uomini) e fra le persone più svantaggiate per difficoltà economiche (39% tra coloro che hanno dichiarato di arrivare a fine mese con molte difficoltà vs 20% rispetto a chi non ne ha) o per bassa istruzione (24% tra chi ha al più la licenza elementare vs 19% tra i laureati). I risultati mostrano anche un significativo gradiente geografico a sfavore delle Regioni del Centro e Sud d'Italia dove la stima di chi rinuncia arriva al 27% (vs 16% nel Nord). Non sono emerse differenze significative per età.

Sebbene la quota di persone che ha rinunciato a visite mediche o esami diagnostici di cui avrebbe avuto bisogno, sia oggi non trascurabile, durante la pandemia di COVID-19 era ancora più alta: dal 50% nel 2020, questa quota è scesa progressivamente al 36% nel 2021, al 29% nel 2022 e al 18% nel 2023.

PASSI d'Argento esamina anche le principali ragioni legate alla rinuncia a visite mediche o esami diagnostici, attraverso una domanda a risposta multipla che prevede la possibilità di indicare una o più motivazioni.

Nel biennio 2022-2023 tra coloro che hanno dovuto rinunciare ad almeno una visita o a un esame diagnostico pur avendone bisogno, più della metà (55%) ha indicato le lunghe liste d'attesa come causa principale, il 13% la difficoltà nel raggiungere la struttura (eccessiva distanza o mancanza di mezzi di trasporto adeguati) o orari poco convenienti mentre il 10% ha dichiarato come motivo i costi troppo elevati delle prestazioni sanitarie.

Queste motivazioni sono state indicate sempre più frequentemente nel corso dei 4 anni di rilevazione: le lunghe liste di attesa sono state indicate dal 10% degli intervistati che ha rinunciato alle visite mediche nel 2020 ma dal 63% degli intervistati nel 2023, la difficoltà nel raggiungere la struttura viene indicata dal 4% di chi ha rinunciato nel 2020 al 19% nel 2023, i costi eccessivi dall'1% al 12% negli stessi anni.

Inoltre, tra le ragioni della rinuncia raccolte dalla sorveglianza PASSI d'Argento sono presenti anche quelle legate alla pandemia di COVID-19, che nel tempo si sono ridotte ma rimangono ancora presenti. Nel biennio 2022-2023 il 13% ha riferito di aver rinunciato per timore del contagio da SARS-CoV-2 (quota che si riduce dal 40% del 2020 al 2% del 2023), mentre l'8% (che si riduce dal 45% del 2020 all'1% del 2023) lo ha fatto a causa della sospensione del servizio dovuta all'emergenza sanitaria (si ricorda infatti che alcune attività del sistema sanitario sono state interrotte per reindirizzare le risorse verso la gestione della pandemia) e solo poco più dell'1% ha dichiarato di essere in isolamento fiduciario.

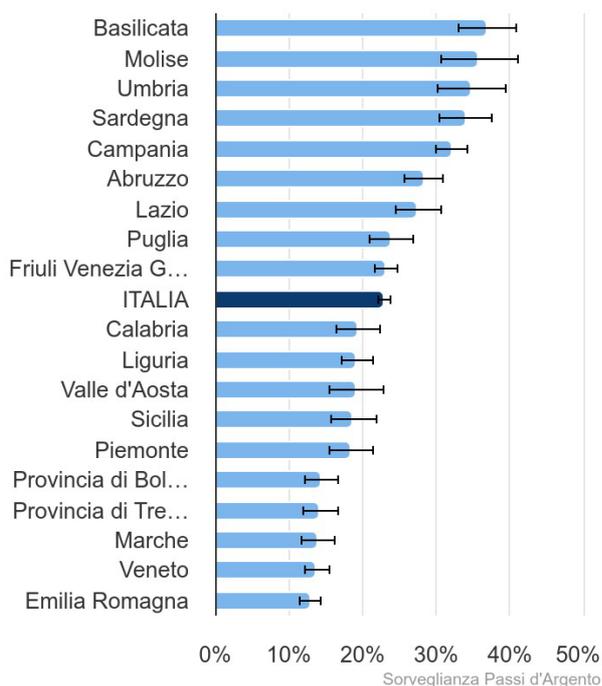
Ne consegue che il dimezzamento della quota di persone che ha rinunciato a visite e esami, pur avendone bisogno, che fra il 2020 e il 2023 è passato dal 50% al 23%, è certamente determinato dal venir meno delle ragioni legate al COVID-19 (disservizi o timore di contagio). Tuttavia, pur riducendosi nel tempo cresce in termini assoluti il numero di persone che indica le lunghe liste di attesa o le difficoltà di accesso della struttura (per raggiungimento o orari scomodi) come motivazione principale di rinuncia.

Dal 2023, PASSI d'Argento raccoglie anche informazioni sul tipo di servizio cui ha fatto ricorso chi ha svolto le visite e gli esami di cui aveva bisogno: oltre la metà dei rispondenti ha fatto ricorso a prestazioni a pagamento (il 10% in modo esclusivo e il 49% talvolta) e solo il 41% ha sempre utilizzato il servizio pubblico.

Le disuguaglianze regionali e socio economiche:

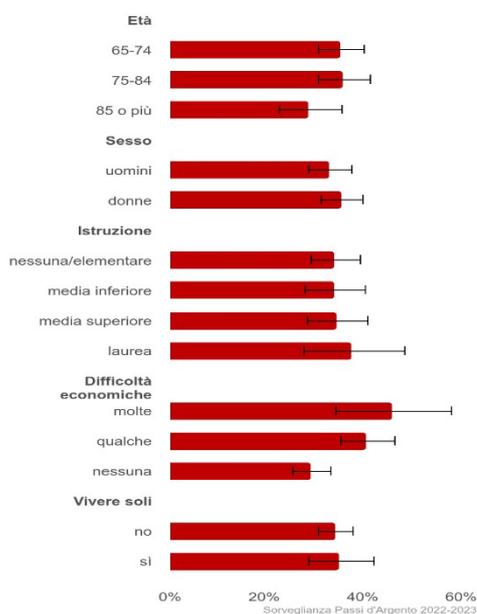
Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici - tra chi ha bisogno per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari socio-demografiche e stime di popolazione Umbria

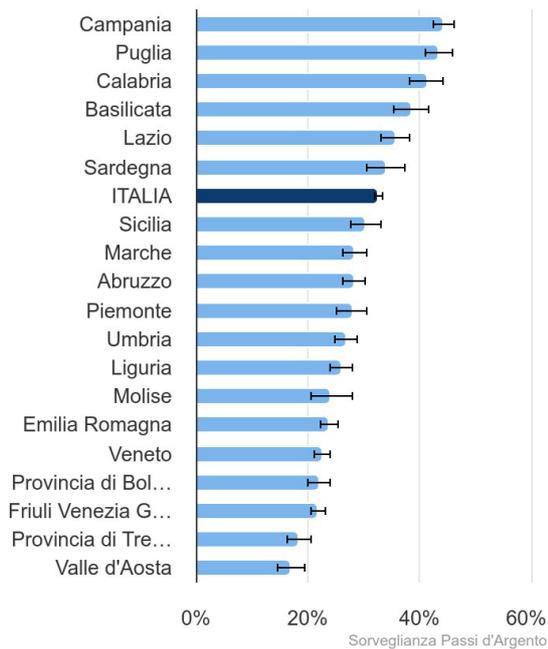
Totale: 34.0% (IC95%: 31.0-37.1%)



L'Umbria è una delle regioni dove le persone hanno rinunciato di più alle cure anche se ne avevano bisogno, soprattutto le persone con difficoltà economiche. Tuttavia il 72% delle persone lo hanno fatto per le liste di attesa troppo lunghe, questa è da considerarsi una disuguaglianza generata dal Sistema Sanitario. Nonostante non ci siano enormi difficoltà di accesso al sistema sanitario anche se con una prevalenza superiore al 20%

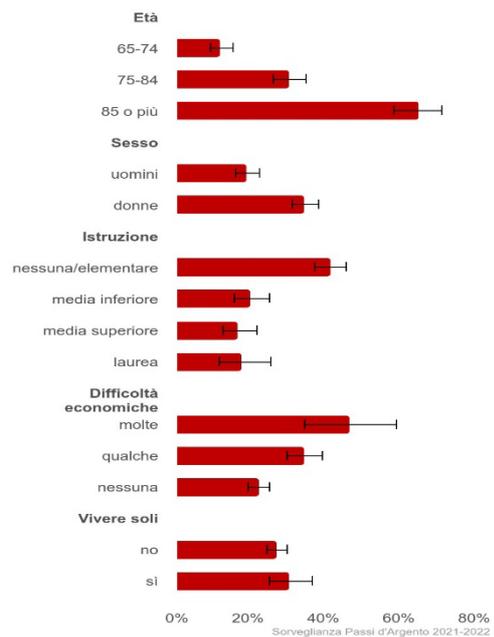
Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari * per regione di residenza

Passi d'Argento 2022-2023



Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari socio-demografiche e stime di popolazione Umbria

Totale: 27.4% (IC95%: 25.1-29.9%)



La difficoltà di accesso al Sistema Sanitario è più alta nelle persone anziane, nelle donne, nelle persone con bassa istruzione e con molte difficoltà economiche.

Viste le molte implicazioni legate alle disuguaglianze e all'azione essenziale dell'equità, è stato messo a punto un progetto ad hoc per questo target. "Civico 65, spazi di partecipazione per un invecchiamento attivo che ha lo scopo di indagare qualitativamente le esigenze della popolazione anziana con incontri di ascolto attivo, progettazione partecipata e valutazione delle attività. In accordo con il terzo settore, le associazioni e l'Istituzione regionale. Segue allegato.

ALLEGATO 1

Progetto di ricerca-azione partecipata “CIVICO 65. SPAZI DI PARTECIPAZIONE PER UN INVECCHIAMENTO ATTIVO”

A cura del CERSAG (CEntro Regionale per la SALute Globale - Regione Umbria) Sintesi

Una delle principali tematiche sociali sul piano globale, nazionale e locale, è l'invecchiamento della popolazione. Questa – sebbene debba essere considerata come una storia di successo umano, che mostra il progresso della salute, della scienza biomedica, dello sviluppo economico e sociale – porta inevitabilmente a un andamento della distribuzione per età della popolazione più ampio nelle fasce di età over 64. Con una accentuazione ancora più marcata dell'inversione della piramide delle età. L'OMS considera l'invecchiamento della popolazione come uno dei “mega-trends” che caratterizzano la popolazione mondiale di oggi, e che continuerà ad avere impatti importanti e duraturi sullo sviluppo sostenibile nei prossimi decenni (WHO WorldPopulationAgeing2019-Report p.1). Per questo motivo l'OMS ha lanciato nell'agosto del 2020 la *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*¹, poiché si prevede che entro la fine di questo decennio il numero delle persone oltre i 60 anni sarà del 34% più alto, passando da 1 miliardo nel 2019 a 1,4 miliardi nel 2030. Entro il 2050, la popolazione mondiale delle persone anziane sarà più che raddoppiata, a 2,1 miliardi.

In base alla classificazione dell'ISS la macroarea degli anziani è suddivisa in 4 macrocategorie che in Umbria è così rappresentata (Dati ISTAT 2021): giovani anziani 64-74 anni 118.127, anziani 74-84 anni 80.085, grandi vecchi 85-99 anni 40.311, centenari 325.

La strategia progettuale parte dalle basi scientifiche e metodologiche del Piano Regionale della Prevenzione dell'Umbria che evidenzia l'importanza della salute bio-psico-sociale della popolazione, mediante un approccio interdisciplinare per la promozione della salute e lo sviluppo di strategie di empowerment. Per noi vi è al centro il concetto di equità per costruire un ambiente salutare, pertanto diviene essenziale sviluppare attività di ricerca partecipata finalizzata all'azione di un miglioramento della qualità della vita di una popolazione che sta invecchiando. Il progetto prevederà sin dalle prime fasi la costituzione di una *Cabina di regia* e di un *Tavolo di coordinamento*, ma soprattutto il coinvolgimento attivo di alcuni attori sociali, figure di riferimento che possiamo considerare come dei testimoni privilegiati, per portare avanti le fasi di progettazione partecipata. Mediante tale coinvolgimento, non solo si vuole evidenziare la metodologia di progettazione ma far emergere durante gli incontri i bisogni reali della popolazione target, gli obiettivi e le azioni da condividere e attuare, mediante anche un processo di empowerment delle persone anziane e dei vari portatori di interesse che parteciperanno a tale percorso. All'interno del progetto, durante la fase esplorativa e di realizzazione, saranno presi in considerazione dati quantitativi e qualitativi in riferimento alle condizioni socio-economiche della popolazione over 64 in relazione ai determinati sociali di salute. Nello specifico il gruppo di lavoro ha iniziato l'analisi dei dati già in questa fase di strutturazione progettuale: in riferimento alla popolazione over 64 sono stati presi in considerazione i dati dal *Sistema di Sorveglianza Passi d'argento*² connessi a l'isolamento sociale e la partecipazione alle attività cittadine, la mobilità urbana e l'attività sportiva, le cadute in casa e i fattori di rischio per la salute.

Contesto

La popolazione stimata residente in Umbria al 01/01/2022 over 64 anni è pari a 228.082³ di cui di sesso maschile 99.957 (43,83%) mentre di sesso femminile 128.125 (56,17%). La proiezione della popolazione totale in Umbria nel 2022 è pari a 859.572, ossia una riduzione totale del 0,68% rispetto al 2021 e di questi 859 mila il 26,5% è over 64 anni. La popolazione straniera in Umbria ad inizio 2022 over 65 anni risulta

¹ <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

² Nello specifico il questionario di riferimento è *La qualità della vita vista dalle persone con 65 e più anni Indagine 2021*.

³ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 07 dicembre 2022 da I.Stat

essere pari a 6.654⁴ ossia circa il 2,9% degli over 64 anni, di questi 6 mila residenti oltre il 67% è di genere femminile.

La popolazione over 64 residente nel 2025 in Umbria si stima essere pari a 232.959 ⁵di cui di sesso maschile il 44% mentre di sesso femminile il 56% rispetto al 2021 l'aumento degli anziani supera il 2%. Per il 2030 la popolazione over 64 residente in Umbria si stima essere pari a 251.880 ⁶di cui di sesso maschile il 44,3% mentre di sesso femminile il 55,7% rispetto al 2021 l'aumento degli anziani supera il 10,7%.

Tabella Indici

Indicatori ⁷	Valori
Cadute	
- Cadute registrate nei 30 giorni precedenti l'intervista ⁸	8,5%
- Ricoveri per cadute ⁹	10,3%
- Paura di cadere ¹⁰	46,1%
- Cadute in casa ¹¹	63%
- Cadute in giardino ¹²	17,6%
- Cadute in strada ¹³	8,1%
Attività fisica¹⁴	
- Mancanza di autonomia nella deambulazione	10,8%
- Popolazione attiva eleggibile al PASE ¹⁵	47,5%
- Sedentari	31,5%
- Punteggio medio PASE	101,6
- Punteggio medio PASE attività di svago	20,2
- Punteggio medio PASE attività domestiche	87,9
- Punteggio medio PASE attività lavorative	86,7
Utilizzo della tecnologia¹⁶	
- Utilizzo del cellulare da solo	86,6%
- Non utilizzano il cellulare	7,95%
- In una settimana telefona per fare quattro chiacchiere	85,5%
Vita sociale¹⁷	
- Impossibilitati a conversare con qualcuno	15,4%
- Impossibilitato a partecipare ad attività sociali	77,1%
- Attività di volontariato	6,7%

⁴ Dati Istat Estratti il 22 novembre 2022 da I.Stat

⁵ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 21 novembre 2022 da I.Stat

⁶ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#> Dati Istat estratti il 21 novembre 2022 da I.Stat

⁷ I dati presi dalla Sorveglianza Passi d'Argento Umbria.

⁸ 2020-2021

⁹ 2020-2021

¹⁰ 2020-2021

¹¹ 2017-2020

¹² 2017-2020

¹³ 2017-2020

¹⁴ 2020-2021

¹⁵ *Physical activity scale for elderly (Pase)*, uno strumento validato a livello internazionale che misura l'attività fisica abituale praticata dagli anziani negli ultimi 7 giorni, distinta in: attività di svago e attività fisica strutturata, attività casalinghe/sociali e attività lavorative.

¹⁶ 2021

- Partecipazione a corsi di formazione	4,2%
- Partecipazione ad attività con altre persone nella settimana	23%
Mobilità¹⁸	
- Autonomia a spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto	71,8%
- Raggiungere servizi ASL senza difficoltà	45,3%
- Raggiungere il medico senza difficoltà	51,5%
- Raggiungere la farmacia senza difficoltà	54%
- Difficoltà nel raggiungere i servizi comunali	14,9%
- Difficoltà nel raggiungere negozi di generi alimentari	15,27%
- Autonomia per la spesa e compere	73,9%

Obiettivi

La declinazione degli obiettivi generali del progetto è stata effettuata mediante un'analisi della letteratura scientifica, delle linee guida delle agenzie e dei piani di prevenzione e dei dati statistici riportati.

Se si prendono in esame gli ultimi documenti in materia di salute della Regione Umbria come il Piano regionale della prevenzione 2020-25 e l'Urban Health, è possibile individuare alcuni obiettivi generali:

- Individuare interventi efficaci da parte del gruppo regionale per migliorare la consapevolezza del rischio di incidente domestico in particolari gruppi di popolazione
- Diffondere e promuovere l'applicazione di pratiche di progettazione partecipata secondo il *Project Cycle Management (PCM)*
- Promuovere e supportare azioni di promozione della salute integrate e intersettoriali sui principali fattori di rischio comportamentali rivolte alla popolazione anziana;
- Strutturazione e supporto di programmi di promozione dell'attività fisica rivolta agli over 64 mediante accordi con comuni, associazioni sportive ecc...e costruzione di una campagna ad hoc;
- Aumentare la consapevolezza alla relazione tra salute pubblica e pianificazione urbana per la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute;
- Contribuire a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili, nella consapevolezza che l'ambiente in cui si vive influenza il benessere fisico, psichico e

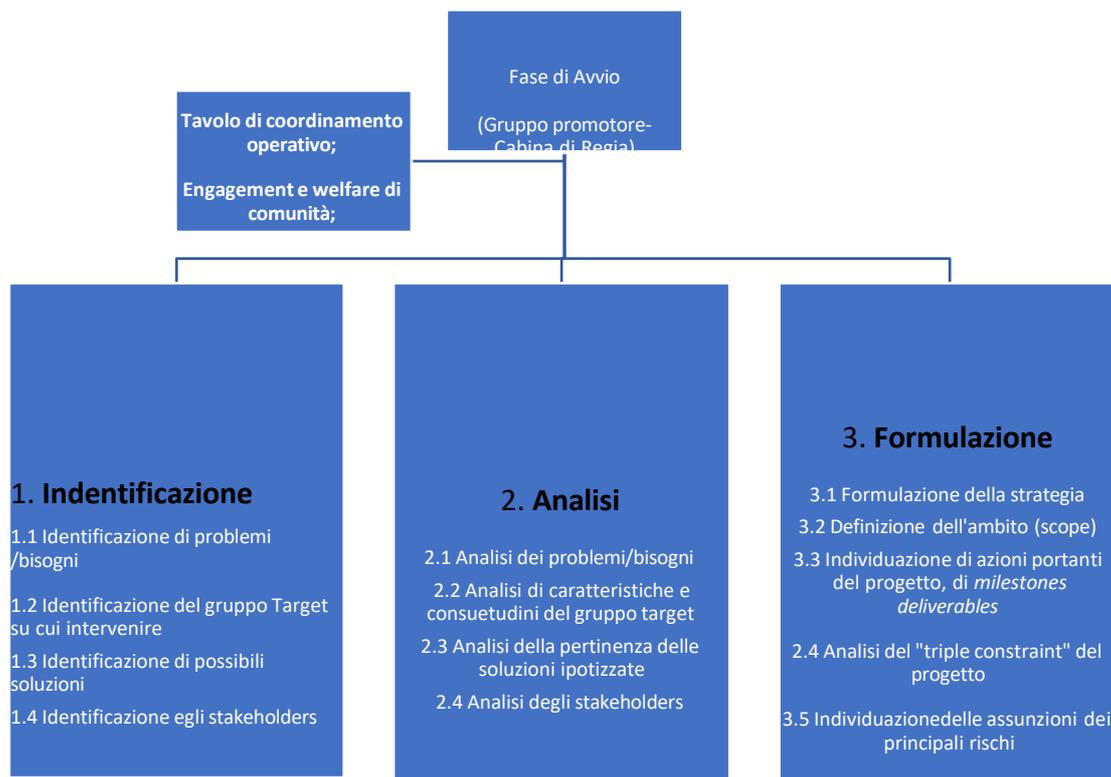
sociale;

- Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alla popolazione anziana;

Il progetto vuole inoltre incoraggiare sinergie tra diversi settori di competenza con particolare attenzione a:

- Sicurezza in casa e nelle aree urbane;
- Processi di empowerment della popolazione anziana e partecipazione alla vita sociale;
- Costruzione di legami sociali reciproci che contribuiscono all'integrazione sociale e all'assistenza delle persone vulnerabili nei propri quartieri;
- L'uso della tecnologia a sostegno dell'autonomia e della socialità delle persone anziane;
- Conoscere meglio i bisogni della popolazione anziana per strutturare azioni significative;

Schema PCM



Metodologia Partecipazione

In questo progetto la metodologia della progettazione partecipata è di fondamentale importanza, poiché solo coinvolgendo la popolazione (attori sociali, testimoni privilegiati, stakeholders, istituzioni) sin dalle prime fasi sarà possibile delineare obiettivi concreti, raggiungibili e prioritari per la popolazione che mirano al miglioramento dello stato di salute. La progettazione partecipata permette di tenere conto della pluralità degli interessi e delle aspettative della comunità, ma anche di far emergere le conflittualità e individuare percorsi realmente e concretamente condivisi. L'obiettivo è il superamento degli orientamenti assistenzialistici, centrati solo sull'offerta di "rimedi" top-down in modo da ridurre la delega alle istituzioni e sviluppare il rafforzamento delle competenze sociali e civili.

In questo percorso sarà compito della *Cabina di regia* coordinare le azioni per la progettazione partecipata, al fine di strutturare un percorso omeogeno per l'individuazione dei bisogni della popolazione, degli obiettivi specifici, e di costruzione delle azioni e del processo di monitoraggio e valutazione partecipata. A compimento di questo processo di coinvolgimento sarà possibile, seguendo le linee del PCM, al fine strutturare un albero dei problemi¹⁹ e degli obiettivi specifici con i diretti interessati al fine di costruire un quadro logico con azioni, attività e piano di valutazione. In tale processo saranno utilizzate anche le metodologie di ricerca qualitativa dell'antropologia come l'etnografia e l'osservazione partecipante: l'etnografia nello specifico può fornire il proprio contributo, in modo proficuo e attivo, attraverso l'individuazione di specifiche sfere d'azione nel quadro della progettazione partecipata.

Nella fase di ricerca saranno individuate tematiche di interesse per la *Cabina di regia*, si potrebbero già ipotizzare alcuni specifici interventi:

- Percorsi formativi rivolti a operatori sanitari, socio-sanitari, care-giver, attori sociali e altri stakeholders (2024);

- comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder per la restituzione del dato;
- scambi intergenerazionali per la costruzione di comunità solidali

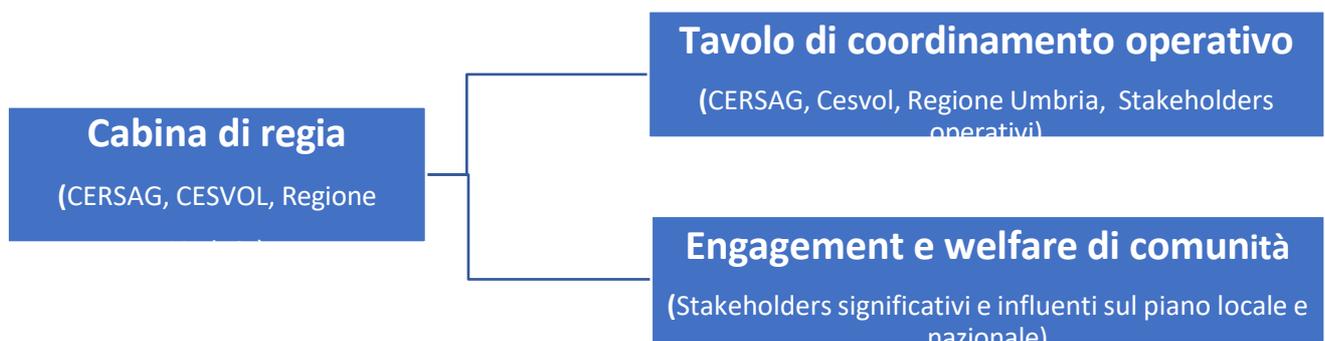
Organigramma

La governance sarà garantita da tre tavoli differenziati ma che collaboreranno per il raggiungimento dell'obiettivo generale:

Cabina di regia: CERSAG, CESVOL Umbria, Regione Umbria. La cabina avrà come compito di coordinare e programmare l'intero progetto in tutte le sue fasi, della parte di progettazione partecipata, di ricerca scientifica e divulgativa, ingaggio delle associazioni e stakeholders, stesura del profilo di salute, monitoraggio e valutazione.

Tavolo di coordinamento operativo: CERSAG, CESVOL Umbria, Regione Umbria, Stakeholders operativi: gli attori sociali e le istituzioni partecipanti che coordinano l'operatività rispetto alle azioni di progettazione e monitoraggio su temi specifici. Oltre ai membri fissi, al tavolo saranno coinvolti attori con interessi e competenze rispetto a tematiche pertinenti e azioni del progetto.

Engagement e welfare di comunità: Stakeholders significativi e influenti sul piano locale e nazionale. Questo tavolo avrà come compito quello della ricerca di collaborazioni esterne, aumento della visibilità del progetto, sostenibilità e policy making funzionale.



Cronoprogramma Progetto over 64

Attività	2023						2024											2025													
	VI I	VI II	IX	X	XI	XI I	I	II	III	VI	V	VI	VI I	VI II	IX	X	XI	XI I	I	II	III	VI	V	VI	VI I	VI II	IX	X	XI	XI I	
Costituzione della Cabina di Regia e del Tavolo di Coordinamento Operativo																															
Validazione del questionario di ricerca quantitativa ²⁰																															
Programmazione e realizzazione di percorsi formativi per operatori sanitari, socio-sanitari, stakeholder e referenti del progetto																															
Progettazione Partecipata e coinvolgimento degli attori sociali per l'identificazione degli obiettivi specifici e delle azioni (esempio di strumento è il GOPP PCM ²¹)																															
Ricerca qualitativa ²²																															

²⁰ La validazione del questionario per la ricerca quantitativa richiede i seguenti step: 1) Identificazione obiettivo ed elaborazione item (gli item vanno modulati in base all'obiettivo principale e a quelli secondari); 2) Test pilota per la validazione (Il test pilota serve per capire se ciò che è stato costruito è valido o meno. La prima fase è far visionare gli item da parte di un gruppo di esperti e successivamente passare alla somministrazione del questionario ad un piccolo campione di rispondenti che appartiene alla popolazione target); 3) Prepararsi all'invio (una volta passato il test pilota il questionario è pronto all'invio dopo il controllo del layout e del testo finale).

²¹ La Progettazione Partecipata utilizza strumenti che promuovono l'ascolto, la consultazione, l'interazione costruttiva attivando l'empowerment di comunità. Il Project Cycle Management è uno strumento, ormai largamente diffuso in Europa e nel resto del mondo, per la progettazione e programmazione in differenti ambiti di intervento, insieme alle tecniche ad esso associate quali il GOPP (Goal Oriented Project Planning) ed il Quadro Logico (LFA - Logical Framework Approach). La caratteristica distintiva del Project Cycle Management è la particolare attenzione rivolta alla definizione degli obiettivi e dei risultati che un progetto deve raggiungere per soddisfare i bisogni dei destinatari degli interventi. È attualmente utilizzato da diverse DG della Commissione Europea, all'interno del Fondo Sociale Europeo e in molti programmi di cooperazione allo sviluppo.

²² In tale processo saranno utilizzate principalmente le metodologie di ricerca qualitativa dell'antropologia come l'etnografia e l'osservazione partecipante: l'etnografia nello specifico può fornire il proprio contributo, in modo proficuo e attivo, attraverso l'individuazione di specifiche sfere d'azione anche nel quadro della progettazione

