

Libro Bianco 2012

La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute

Stato di salute, opportunità e qualità
dell'assistenza nelle regioni italiane



ROMA

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Libro Bianco 2012

La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute

Stato di salute, opportunità e qualità
dell'assistenza nelle regioni italiane

Hanno curato il Libro bianco*Direzione Scientifica*

Prof. Walter Ricciardi

Segreteria Scientifica

Dott. Antonio Giulio de Belvis

Coordinamento redazionale

Dott.ssa Tiziana Sabetta

Autori

Tiziana Sabetta

Maria Avolio

Antonio Giulio de Belvis

Roberto Falvo

Silvia Longhi

Francesco Maddalena

Marta Marino

Andrea Silenzi

Walter Ricciardi

**Si ringraziano per la collaborazione
alla stesura di questo documento**

Francesco Landi

Giovanni Minisola

Maria Antonietta Pellegrini

Matteo Piovella

Alessandro Stefani

Cecilia Zuppi

Editore

HPS srl

Via Piccinni 2, 20131 Milano

tel. 02.2772991 fax. 02.29526823

www.aboutpharma.com

aboutpharma@aboutpharma.com

REA: 1935962

Progetto grafico e impaginazione

Studio Priori & C

©HPS

È vietata la riproduzione anche parziale di
testi e immagini presenti su tutto il volume

Edito da



HPS
Health Publishing
and Services

Con il contributo non condizionato di



Abbott
A Promise for Life

Indice

Premessa , Sergio Pecorelli <i>Presidente Aifa e Rappresentante</i> <i>Governo Italiano presso l'High Level Steering Group on Active & Healthy Ageing dell'Unione Europea</i>	1
Intervento introduttivo , Fabrizio Greco <i>General Manager Abbott</i>	4
Prefazione , Prof. Walter Ricciardi <i>Direttore Dipartimento Sanità</i> <i>Pubblica Policlinico A. Gemelli Roma, Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane</i> – Dott. Antonio Giulio de Belvis <i>Professore Incaricato Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Segreteria Scientifica del Rapporto Osservasalute</i>	7

Parte I – La popolazione anziana

12

1. Popolazione

1.1 Struttura demografica della popolazione	13
1.2 Popolazione anziana in nucleo monocomponente	16
1.3 Famiglie con anziani	18

2. Sopravvivenza, mortalità e morbilità

2.1 Speranza di vita	20
Focus on Valore della medicina di Laboratorio nell'Healthy Ageing	
2.2 Speranza di vita libera da disabilità	22
Focus on Garantire l'invecchiamento in salute ed in attività dei malati reumatici	
2.3 Mortalità per causa	25
2.4 Prevalenza malattie croniche	31
Focus on Diabete nell'anziano	

3. Disabilità

3.1 Persone con disabilità	34
Focus on Oculistica: la sfida del terzo millennio	

4. Partecipazione degli anziani alla vita sociale

4.1 Impiego del tempo	37
-----------------------------	----

Parte II – Rischi per la salute ed assistenza sanitaria	40
5. Reti sociali	
5.1 Supporto delle reti sociali alle famiglie con anziani	41
5.2 Supporto delle famiglie	43
5.3 Partecipazione alle reti sociali	45
6. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione	
6.1 Fumo di tabacco	48
6.2 Consumo di alcol	50
6.3 Sovrappeso ed obesità	52
Focus on Nutrizione ed invecchiamento: la sarcopenia	
6.4 Attività fisica	55
6.5 Copertura vaccinale antinfluenzale	57
7. Malattie neurodegenerative e salute mentale	
7.1 Ospedalizzazione per Parkinson ed Alzheimer	60
Focus on Parkinson e senescenza: un destino fragile o una occasione terapeutica?	
7.2 Suicidi ed autolesione	63
8. Assistenza territoriale	
8.1 Assistenza Domiciliare Integrata	66
8.2 Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per anziani	68
8.3 Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali	70
9. Assistenza ospedaliera	
9.1 Ospedalizzazione e tipologia di attività	72
Conclusioni , Prof. Walter Ricciardi, Dott.ssa Tiziana Sabetta	77
Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati	82

Premessa

La Commissione Europea ha identificato nell'invecchiamento attivo e in salute una delle principali sfide comuni a tutti i Paesi Europei. La European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing si pone come obiettivo far condurre ai cittadini una vita in salute, attiva e indipendente mentre invecchiano, migliorare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari e sociali, nonché potenziare la competitività dei mercati per beni e servizi innovativi.

Al fine di incrementare di 2 anni, da qui al 2020, la speranza di vita in buona salute, sono stati individuati tre pilastri o ambiti tematici: prevenzione e promozione della salute; cure e cura; vita attiva e indipendente della popolazione anziana.

Ciascuno di essi prevede un sottoinsieme di possibili azioni che spaziano dalla prevenzione alla gestione delle malattie croniche, dalla continuità nella cura alla polimorbilità, dall'e-health all'aderenza ai farmaci.

Il tema dell'aderenza alle prescrizioni a livello regionale è stato indicato dallo Steering Group della European Innovation Partnership tra le azioni prioritarie per il 2012. L'Agenzia Italiana del Farmaco è attualmente capofila di un consorzio di partners europei che hanno come obiettivo proprio questa tematica.

All'interno del progetto è stata posta particolare attenzione su alcuni aspetti, quali la prevenzione del potenziale uso inappropriato dei farmaci, l'adeguamento della documentazione a disposizione del paziente per la comprensione delle indicazioni d'uso e del follow-up degli esiti, l'utilizzo di database per il monitoraggio attento delle prescrizioni e dell'aderenza e la promozione dell'uso di prodotti farmaceutici elderly-friendly.

Per l'Italia è di particolare importanza assumere un ruolo da protagonista nei consessi dell'Unione Europea ed avviare al più presto i processi e le strategie che perseguono come obiettivo l'invecchiamento attivo e in salute.

Il Libro Bianco “La salute dell’anziano e l’invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane” e il Decalogo “Healthy Ageing. Dieci regole per invecchiare in buona salute” rappresentano un significativo contributo conoscitivo e divulgativo in tale direzione.

Sergio Pecorelli

Presidente Aifa e Rappresentante Governo Italiano presso l’High Level Steering Group on Active & Healthy Ageing dell’Unione Europea

Intervento introduttivo

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle maggiori sfide per la società e l'economia dell'Unione Europea (UE) e degli Stati membri, specialmente l'Italia. Ciò è tanto più vero se si guarda alla dimensione della salute. Abbott, con i suoi vari ambiti di impegno, vanta una solida esperienza in una serie di malattie croniche e intende contribuire al dibattito in corso a livello europeo e nazionale sul tema dell'invecchiamento in salute (cd. Healthy Ageing).

A tal riguardo, è singolare il fatto che gran parte delle discussioni su come estendere il numero di anni vissuti in buona salute si sia focalizzato quasi esclusivamente sull'assistenza alla popolazione (già) anziana, laddove uno dei fattori determinanti di una buona longevità consiste nell'assicurare che le persone raggiungano in buona salute l'età anziana.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, due terzi dei cittadini europei che hanno raggiunto l'età della pensione soffrono di almeno due condizioni croniche, con una forte pressione sui sistemi sanitari. Inoltre, i Paesi dell'UE spendono già, in media, più di un quarto del proprio Prodotto interno lordo in strumenti di protezione sociale, principalmente sotto forma di pensioni, sanità e assistenza a lungo termine. L'attuale crisi finanziaria sta mettendo a dura prova tale quadro.

Al fine di stimolare il dibattito in Italia, Abbott è stata ben lieta di sostenere il Libro Bianco 2012 "La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane", a cura dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Rapporto Osservasalute).

Tale ricerca rappresenta infatti un contributo importante per una migliore comprensione delle sfide principali e dei bisogni assistenziali di una popolazione che invecchia e trova il suo naturale completamento nel Decalogo 2012 "Healthy Ageing. Dieci regole per invecchiare in buona salute", sempre a cura dell'Osservatorio. Si tratta di un insieme di raccomandazioni, elaborate da un team di

esperti sulla base di solide evidenze, come guida di buone pratiche e stili di vita salutari per la vita di ogni giorno, secondo lo spirito dell'Anno Europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni.

Per Abbott, la prevenzione delle malattie croniche lungo tutto il corso della vita e in tutte le sue forme (primaria, secondaria e terziaria), nonché un approccio integrato alla cura, rappresentano un elemento essenziale della strategia volta ad estendere gli anni di vita in buona salute dei cittadini europei ed italiani. Nuove soluzioni sono sempre più necessarie per migliorare gli esiti per i pazienti e la società e assicurare, al contempo, la sostenibilità dei sistemi sanitari. Tale risultato può essere raggiunto solo mediante un impegno congiunto di industria, governo e pazienti.

Fabrizio Greco

General Manager Abbott

Prefazione

Il primo Libro bianco, “La salute dell’anziano e l’invecchiamento in buona salute – Stato di salute, opportunità e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane”, ha lo scopo di analizzare in maniera uniforme ed aggiornata la molteplicità di tematiche che gravitano attorno alla salute ed all’assistenza degli anziani, corredando le analisi di dati validi e confrontabili tra le realtà regionali italiane.

Ma non è solo un libro sugli anziani o per gli anziani, né solo per coloro che studiano o si occupano degli aspetti clinici, assistenziali ed economico-sociali legati all’invecchiamento della popolazione.

Nell’Unione Europea (UE), come in altre regioni del mondo, si vive più a lungo e in migliore salute. Questo è un risultato storico: dal 1960, l’aspettativa di vita è salita di 8 anni e le proiezioni demografiche prevedono un ulteriore aumento di 5 anni nel corso dei prossimi 40 anni. Ciò significa, tuttavia, che, insieme ai bassi tassi di natalità degli ultimi decenni, la popolazione europea sta invecchiando rapidamente a differenza dei Paesi più poveri.

In questo contesto, come prodotto della combinazione di una fecondità da lungo tempo particolarmente bassa e una durata media di vita tra le più elevate, l’Italia risulta essere (e lo sarà ancor di più nel futuro) il Paese più vecchio d’Europa.

Anche nell’area OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), siamo l’unico Stato ad aver già raggiunto quota 20% come proporzione di persone di 65 anni e oltre sulla popolazione totale e livelli inferiori al 25% della quota di popolazione under 25 (OCSE, 2005).

L’Ufficio Statistico Europeo ha stimato che in Europa, entro il 2060, ci saranno solo due persone in età lavorativa (15-64 anni) per ogni persona oltre 65 anni, rispetto al rapporto di 4 a 1 di oggi. La forte spinta in questa direzione dovrebbe avvenire durante il periodo 2015-2035, in cui i baby boomers, la generazione nata nei due decenni dopo la II guerra mondiale, inizierà ad andare in pensione (Eurobarometer, 2012).

E in Italia? Il nostro gruppo è stato chiamato recentemente dal Ministero della Salute a tracciare e delineare gli scenari sui bisogni e la domanda di assistenza socio-sanitaria da oggi al 2020.

In ambito demografico, abbiamo utilizzato le proiezioni dell’I-

stituto Nazionale di Statistica che, come noto, si basano su tre scenari: alto, medio e basso.

Nell'ipotesi più ottimistica ("scenario alto") nel 2020 gli uomini arriveranno a vivere in media sino a 82,0 anni e le donne fino a 87,3 anni. Lo "scenario centrale" contempla, invece, un'evoluzione un po' meno ottimistica. Il miglioramento risulterebbe comunque sensibile, portando nel 2020 la vita media maschile e femminile, rispettivamente, a 80,7 ed a 86,1 anni. Infine, lo "scenario basso" propone valori pari per uomini a 79,3 anni e per le donne a 84,9 anni.

Questi scenari hanno alla base diverse ipotesi sulla possibilità di riduzione dei rischi di morte per le principali cause e sulle possibilità d'incremento della sopravvivenza dopo i 60 anni. Attualmente, del resto, a tale età giunge oltre il 90% della popolazione maschile e oltre il 95% di quella femminile. Le possibilità di ulteriore incremento futuro della vita media sono, quindi, affidate al miglioramento delle condizioni di sopravvivenza degli ultra 60enni.

È su questa considerazione che si inserisce questo Libro bianco: come incrementare e valorizzare sia "in ingresso" (promuovendo stili di vita e comportamenti, oltre che applicando in maniera appropriata le tecniche di diagnosi e trattamento precoce), che "in permanenza" tale quota rilevante della nostra popolazione?

Che è, poi, l'obiettivo che l'Unione Europea (UE) si è data definendo il 2012 come "Anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni".

L'evento si propone, infatti, d'incoraggiare tutti gli attori chiave a fare il possibile per creare una società in cui gli anziani possano svolgere attivamente un ruolo importante. Si tratta di una grande opportunità per sensibilizzare, per condividere le buone pratiche assistenziali e sociali e, soprattutto, per favorire politiche che siano realmente efficaci nella lotta contro l'esclusione sociale degli anziani e rafforzino la loro attiva partecipazione nella società, incoraggiando anche le attività di volontariato e il sostegno alle reti di partecipazione/supporto, anche informale.

Ma è anche l'occasione per promuovere un invecchiamento sano e indipendente, attraverso un approccio proattivo alla prevenzione, all'adozione di comportamenti ed abitudini salutari ed all'accesso ai servizi e alle conoscenze, fino a rendere la vita di tutti i giorni più age-friendly.

In Italia, le analisi dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, a partire dal Rapporto Osservasalute, rappresentano da 10 anni un'occasione di studio per i ricercatori e di aggiornamento e di riflessione per esperti, decisori, giornalisti e cittadini sui temi della salute e della sanità nelle regioni italiane.

Dall'Osservatorio sono nati anche approfondimenti tematici e

strumenti di analisi e policy-making, sempre costruiti cercando di conciliare rigore della ricerca e concretezza della proposta. In particolare, ricordiamo le tre edizioni del “Libro bianco sulla salute della donna”, redatto in collaborazione con l’Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna o il “Libro bianco sulla salute dei bambini”, in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria e la Società Italiana Medici Manager.

Con tali premesse, anche questo prodotto – realizzato con il determinante sostegno di Abbott – si propone di offrire una visione d’insieme sullo stato di salute e dell’assistenza agli anziani e sull’invecchiamento in salute nel nostro Paese. Solo partendo da questo tipo di analisi riteniamo sia possibile una migliore conoscenza dei bisogni di salute e dei relativi determinanti e, parimenti, la valutazione del grado di tempestività, adeguatezza ed efficacia delle reti assistenziali regionali a fronte di tali bisogni.

Per raggiungere tale obiettivo il Libro bianco propone un’analisi sistematica di alcuni indicatori core la cui lettura permette di analizzare, per ciascuna tematica di salute o assistenziale, l’evolversi dei fenomeni nel tempo e, quindi, proporre interventi ad hoc.

Il volume è strutturato in due sezioni dedicate, la prima, alla descrizione della popolazione anziana e la seconda ai bisogni di salute e alla qualità dell’assistenza sanitaria.

Nel complesso, sono stati elaborati:

– 23 Core indicators: in cui sono stati descritti gli aspetti essenziali della salute e dei servizi sanitari presenti sull’intero territorio italiano con l’ausilio di tabelle, grafici e cartogrammi.

– 6 Box: in cui vengono analizzate alcune patologie prioritarie.

La metodologia utilizzata nell’individuazione, elaborazione e analisi degli indicatori, riportata in Appendice, è scientificamente rigorosa e si riferisce, proprio per garantire la replicabilità e la confrontabilità, a dati provenienti da fonti ufficiali o da banche dati istituzionali che coprono l’intero territorio nazionale.

L’auspicio è che tale processo di elaborazione e analisi, pur nell’incompleta esaustività degli attuali sistemi informativi socio-sanitari, possa consentire ai responsabili delle Istituzioni di settore, sia a livello nazionale che regionale, di valutare e adottare strategie ad hoc, in modo da garantire a tutti, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo status socio-economico delle loro famiglie, adeguata ed equa opportunità di salute e di assistenza.

Tuttavia, con ogni probabilità, questo Libro bianco da solo non basterà a conseguire tale scopo.

L’invecchiamento della popolazione presenta, infatti, una serie impressionante di sfide per i nostri sistemi di welfare e di finanza pubblica.

In effetti, gli Stati membri dell’Unione Europea (UE) già spendono, in media, più di un quarto del loro Prodotto Interno Lordo nella protezione sociale (l’Italia è arrivata nel 2010 al 29,1%), la maggior

parte a favore delle persone anziane in forma di pensioni, sanità e assistenza a lungo termine, e la crisi economica in corso sta determinando enormi difficoltà finanziarie proprio nel momento in cui le grandi coorti di baby-boomers stanno entrando nella terza età e cominceranno a ritirarsi dal mercato del lavoro.

La questione chiave è, pertanto, come i sistemi socio-sanitari a oggi sviluppati possano essere sostenibili non solo per la sopravvivenza del nostro sistema di welfare ma, probabilmente, per la nostra stessa convivenza sociale.

La speranza è che anche questo lavoro possa contribuire a vincere questa sfida.

Prof. Walter Ricciardi
*Direttore Dipartimento Sanità
Pubblica Policlinico A. Gemelli Roma,
Direttore Osservatorio Nazionale
sulla Salute nelle Regioni Italiane*

Dott. Antonio Giulio de Belvis
*Professore Incaricato Istituto
di Igiene Università Cattolica
del Sacro Cuore Roma,
Segreteria Scientifica del
Rapporto Osservasalute*

Parte I

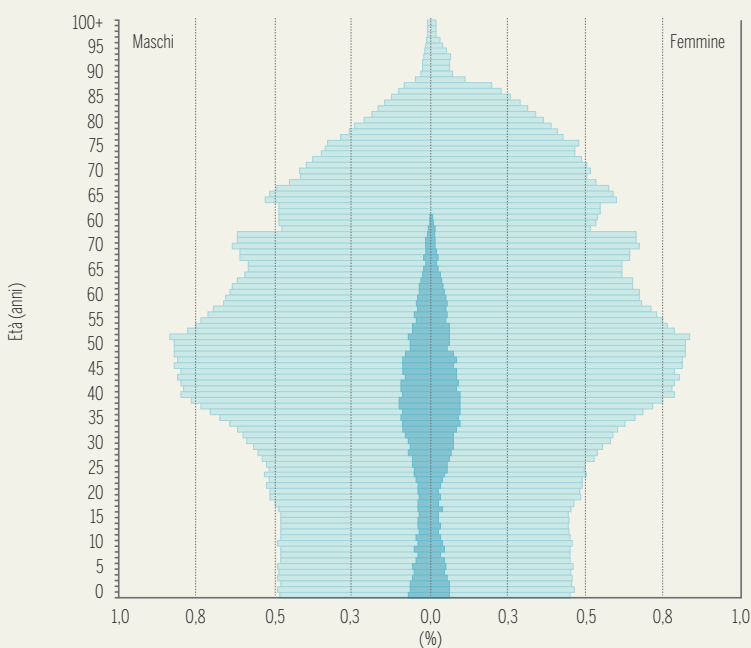
La popolazione anziana

1. Popolazione

1.1 Struttura demografica della popolazione

Significato. L'analisi della struttura demografica della popolazione e la sua evoluzione nel tempo, è di fondamentale importanza per il dimensionamento e la pianificazione dei servizi socio-sanitari. Infatti, la diversità delle patologie che interessano le varie fasce di età della popolazione, implica la necessità di adattare l'offerta sanitaria alla domanda di assistenza che ne deriva per cui, la diversa struttura per età presente nelle regioni, dovrebbe riflettersi sulla programmazione delle attività e sulla ripartizione delle spese.

In particolare, nella pianificazione dei servizi influiscono, in modo determinante, le fasce di popolazione “fragili”, come la popolazione “anziana” (65-74 anni) e “molto anziana” (75 anni ed oltre) che sono quelle maggiormente esposte al rischio di malattie gravi e invalidanti e che richiedono assistenza e impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. All'interno di questi segmenti di popolazione, da considerare è anche l'accentuata variabilità, in termini di condizioni di salute fisica e mentale, che si riscontra tra gli individui e che determina, di conseguenza, una eterogeneità relativamente alla tipologia di assistenza richiesta.



► **Fig. 1**
Piramide per genere ed età: Italia – Situazione al 1 gennaio 2010

Nota
All'interno della piramide, in colore più scuro, è rappresentata la popolazione residente straniera

Fonte dei dati
Rapporto Osservasalute 2011 – Di Giorgio, Heins, Rinesi – Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2011

Regioni	65-74			75+		
	Valore assoluto (migliaia)	Valore relativo % P.T.	Quota donne % P.C.	Valore assoluto (migliaia)	Valore relativo % P.T.	Quota donne % P.C.
Piemonte	516,7	11,6	53,2	498,5	11,2	62,8
Valle d'Aosta	13,8	10,8	52,2	12,9	10,1	63,7
Lombardia	1.043,3	10,6	53,6	927,9	9,4	64,2
Bolzano-Bozen	47,7	9,5	52,9	42,2	8,4	62,4
Trento	50,8	9,7	53,3	50,4	9,6	64,7
Veneto	505,9	10,3	53,1	469,8	9,6	64,1
Friuli Venezia Giulia	148,5	12,0	53,1	140,3	11,4	65,1
Liguria	209,6	13,0	54,5	223,8	13,9	63,3
Emilia-Romagna	478,3	10,9	53,3	507,2	11,5	61,9
Toscana	424,2	11,4	53,6	442,9	11,9	62,0
Umbria	99,5	11,0	53,2	109,0	12,1	61,5
Marche	167,3	10,7	53,4	182,7	11,7	61,2
Lazio	583,3	10,3	54,5	539,8	9,5	61,8
Abruzzo	135,9	10,2	52,7	148,8	11,1	61,2
Molise	32,1	10,0	53,5	38,1	11,9	61,1
Campania	483,6	8,3	53,9	445,5	7,6	62,3
Puglia	383,8	9,4	53,7	361,0	8,8	60,7
Basilicata	56,2	9,5	53,4	62,1	10,5	59,3
Calabria	184,2	9,2	52,6	191,5	9,5	60,1
Sicilia	464,3	9,2	54,0	464,0	9,2	60,5
Sardegna	169,5	10,1	53,5	149,6	8,9	60,9
Italia	6.198,5	10,3	53,6	6.008,0	10,0	62,3

► Tab. 1

Popolazione di 65-74 e di 75 anni ed oltre (valori assoluti in migliaia, valori relativi in percentuale) e percentuale di donne per regione – Situazione al 1 gennaio 2010

Legenda

P.T. = Popolazione Totale 0-∞ anni;
P.C. = Popolazione totale della Classe di età corrispondente

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Di Giorgio, Heins, Rinesi – Elaborazioni su dati Istat disponibili nel sito <http://demo.istat.it>. Anno 2010

Analisi dei dati La composizione della popolazione residente nel nostro Paese per genere, età e cittadinanza è stata rappresentata graficamente con la tradizionale “piramide” (Fig. 1). Dall’analisi della forma assunta da tale piramide si evidenzia come il processo d’invecchiamento della popolazione risulta piuttosto avanzato. Infatti, la quota dei giovani sul totale della popolazione è estremamente contenuta, mentre il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente. Da osservare, è anche il rapporto tra generi che sottolinea lo sbilanciamento a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata. All’interno della piramide, inoltre, in colore scuro, è rappresentata la presenza di residenti stranieri che risulta in maggior misura concentrata nelle età giovanili e centrali.

Complessivamente, come riportato nella Tabella 1, il dato italiano della popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,3% della popolazione residente, mentre quella di 75 anni e oltre al 10,0%. A livello territoriale, la regione caratterizzata da una elevata presenza di anziani e molto anziani è, ormai da tempo, la Liguria

(rispettivamente, 13,0% e 13,9%). Valori elevati si riscontrano, per la classe di età 65-74 anni, anche in Friuli Venezia Giulia (12,0%), Piemonte (11,6%) e Toscana (11,4%), mentre per la fascia di età 75 anni e oltre si registrano percentuali rilevanti anche in Umbria (12,1%) e, a pari merito, in Toscana e Molise (11,9%). La Campania, invece, è la regione dove, globalmente, il processo d'invecchiamento della popolazione si trova in una fase meno avanzata. Seguono, per quanto riguarda la popolazione anziana la Sicilia e, a pari merito, la Calabria con un valore pari a 9,2% e la Puglia con il 9,4% e, relativamente alla popolazione molto anziana, la PA di Bolzano (8,4%), la Puglia (8,8%) e la Sardegna (8,9%).

In riferimento alla composizione per genere la quota di donne rappresenta, a livello nazionale, il 53,6% della popolazione di 65-74 anni ed il 62,3% della popolazione *over 75* anni. La regione in cui risiedono maggiormente le donne anziane è la Liguria a pari merito con il Lazio (54,5%), mentre le donne molto anziane risiedono in percentuale maggiore in Friuli Venezia Giulia (65,1%). Al contrario, in Valle d'Aosta ed in Basilicata si registrano le percentuali minori (rispettivamente, 65-74 anni: 52,2%; 75 anni ed oltre: 59,3%).

1. Popolazione

1.2 Popolazione anziana in nucleo monocomponente

Significato. In fase di elaborazione dei piani di offerta dei servizi sanitari nazionali e regionali, fondamentale è il monitoraggio della quota di anziani che vivono soli in quanto, questo segmento della popolazione può essere portatore di bisogni specifici in termini di domanda di servizi socio-sanitari.

Gli anziani, infatti, specie negli ultimi anni di vita, sono esposti all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare alla necessità di assistenza anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana. Questo tipo di assistenza, specie se di lungo periodo, è affidata, nel nostro Paese, principalmente al settore *for profit* o/e alla rete parentale ed amicale.

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	20,1	38,8	30,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,0	44,1	32,6
Lombardia	14,0	37,7	27,8
Bolzano-Bozen	15,8	37,6	28,2
Trento	14,5	39,8	29,4
Veneto	11,1	35,4	25,2
Friuli Venezia Giulia	14,9	36,4	27,5
Liguria	20,5	43,6	34,1
Emilia-Romagna	15,5	38,3	28,6
Toscana	14,1	30,9	23,8
Umbria	13,6	35,9	26,4
Marche	10,8	32,0	22,9
Lazio	18,8	42,4	32,4
Abruzzo	11,4	35,1	25,0
Molise	15,3	38,7	28,8
Campania	14,8	35,7	26,9
Puglia	14,3	38,9	28,3
Basilicata	12,1	41,9	28,9
Calabria	13,4	41,7	29,4
Sicilia	14,7	41,8	30,2
Sardegna	15,8	37,8	28,3
Italia	15,1	38,0	28,3

► **Tab. 2**

Percentuale della popolazione di 65 anni ed oltre che vive sola per genere e regione – Anno 2009

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Di Giorgio, Heins, Rinesi – Istat. Health For All-Italia. Anno 2011

Analisi dei dati Dalla lettura dei dati presenti in Tabella 2 risulta che, a livello nazionale, nel 2009, più di un anziano ogni quattro vive in un nucleo monofamiliare e, rispetto all'anno precedente (dati non riportati in tabella), si registra un *trend* in crescita (27,8% vs 28,3%). A livello territoriale, la percentuale maggiore si registra in Liguria (34,1%), seguita dalla Valle d'Aosta (32,6%) e dal Lazio (32,4%), mentre la percentuale minore si riscontra nelle Marche (22,9%).

Da sottolineare, relativamente al rapporto tra uomini e donne, è il netto sbilanciamento verso il genere femminile. Infatti, a livello nazionale, solo il 15,1% degli uomini di 65 anni e oltre vive solo, mentre la percentuale delle donne risulta decisamente più elevata e pari al 38,0%. Questo divario può essere imputabile sia alla differenza di età fra i coniugi che alla più elevata mortalità maschile che rende le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.

1. Popolazione

1.3 Famiglie con anziani

Significato. La famiglia è e sarà sempre l'istituzione fondamentale di ogni società umana e il luogo privilegiato per lo sviluppo e la protezione degli individui.

Nel nostro Paese, il benessere degli anziani è ancora legato al contesto familiare in cui vivono. La famiglia, quindi, continua a svolgere la primaria azione di assistenza e cura dell'anziano rappresentando l'elemento essenziale per una qualità della vita accettabile. Infatti, proprio nell'ambito familiare, l'anziano ha la possibilità di continuare ad esercitare un ruolo attivo con uno scambio ottimale di esperienza e disponibilità di tempo.

Regioni	Con almeno un anziano (65+)	Con almeno un anziano (75+)	Con tutti anziani (65+)	Con tutti anziani (75+)
Piemonte	37,3	19,2	26,0	12,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	33,3	15,4	23,4	10,9
Lombardia	34,5	17,1	22,3	10,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	31,5	14,9	19,9	9,3
<i>Trento</i>	32,4	16,1	22,7	10,3
Veneto	35,2	18,4	21,0	10,5
Friuli Venezia Giulia	38,9	20,0	25,6	11,5
Liguria	41,9	23,6	30,5	15,6
Emilia-Romagna	37,4	19,2	24,8	11,9
Toscana	40,4	23,2	24,5	13,0
Umbria	41,0	23,8	26,1	14,1
Marche	40,3	22,4	23,4	12,0
Lazio	35,4	17,8	22,9	11,4
Abruzzo	39,6	22,6	23,4	13,0
Molise	41,7	25,2	26,6	16,1
Campania	34,0	18,3	19,3	10,8
Puglia	35,6	18,7	23,1	12,2
Basilicata	38,9	21,5	24,8	14,4
Calabria	37,2	19,2	22,4	12,3
Sicilia	36,7	20,2	23,0	12,5
Sardegna	35,7	17,3	20,2	9,9
Italia	36,5	19,2	23,1	11,7

► **Tab. 3**

Percentuale di famiglie con anziani per alcune tipologie e regione – Anni 2008-2009

Fonte dei dati

Istat. Famiglia in cifre. Anno 2010

Analisi dei dati In generale, nel corso degli ultimi anni il numero delle famiglie è aumentato (dati non mostrati in tabella: nel 2009 quasi 24 milioni; 2003: poco più di 22 milioni), ma parallelamente se ne sta modificando la struttura con una diminuzione del numero dei componenti.

Negli anni 2008-2009 le famiglie con almeno un anziano *over 65* anni sono il 36,5%, mentre le famiglie composte da tutti anziani *ultra 65enni* sono il 23,1%. La regione in cui si osserva la percentuale maggiore per entrambe queste categorie analizzate è, ovviamente, la Liguria (41,9%; 30,5%) essendo, ormai da anni, la regione più “vecchia” d’Italia. Seguono, il Molise (41,7%; 26,6%) e l’Umbria (41,0%; 26,1%). Al contrario, le regioni in cui vi sono meno famiglie con almeno un anziano *over 65* anni sono le PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 31,5%; 32,4%), invece in Campania e nella PA di Bolzano si registrano le percentuali minori di famiglie composte da tutti anziani *ultra 65enni* (rispettivamente, 19,3% e 19,9%).

Relativamente alle famiglie con almeno un anziano *over 75* anni la percentuale, a livello nazionale, risulta del 19,2% e la maggiore concentrazione di tali nuclei familiari si riscontra in Molise (25,2%), Umbria (23,8%) e Liguria (23,6%). Nelle stesse regioni si registrano anche le percentuali più alte di famiglie composte da tutti anziani *ultra 75enni* (Molise 16,11%; Liguria 15,6%; Umbria 14,1%). I valori minori, invece, si osservano per la prima classificazione (famiglie con almeno un anziano *over 75* anni) nella PA di Bolzano (14,9%), Valle d’Aosta (15,4%) e PA di Trento (16,1%), mentre per il secondo raggruppamento (famiglie con tutti anziani *ultra 75enni*) nella PA di Bolzano (9,3%), Sardegna (9,9%) e PA di Trento (10,3%).

2. Sopravvivenza, mortalità e morbilità

2.1 Speranza di vita

Significato. Per il calcolo della sopravvivenza è stato utilizzato come indicatore la speranza di vita (o durata media della vita o vita media) all'età y . Tale indicatore consente di calcolare il numero medio di anni che una persona, che compie l' y^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se, nel corso della sua esistenza futura, fosse esposto ai rischi di morte osservati in quello stesso anno a partire dall'età y .

Regioni	Maschi		Femmine	
	65 anni	75 anni	65 anni	75 anni
Piemonte	17,79	10,58	21,39	13,10
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,79	10,58	21,39	13,10
Lombardia	17,76	10,59	21,73	13,46
<i>Bolzano-Bozen</i>	18,11	10,70	22,36	13,79
<i>Trento</i>	18,01	10,76	22,28	14,00
Veneto	17,96	10,71	22,18	13,73
Friuli Venezia Giulia	17,63	10,68	21,73	13,44
Liguria	17,90	10,78	21,61	13,41
Emilia-Romagna	18,33	11,01	21,88	13,55
Toscana	18,27	10,91	21,79	13,46
Umbria	18,24	10,77	21,87	13,41
Marche	18,56	11,13	22,37	13,86
Lazio	18,10	10,94	21,50	13,27
Abruzzo	18,09	11,02	22,02	13,62
Molise	18,09	11,02	22,02	13,62
Campania	16,95	10,34	20,40	12,52
Puglia	18,24	10,93	21,55	13,23
Basilicata	18,35	11,21	21,57	13,38
Calabria	18,19	11,07	21,37	13,17
Sicilia	17,64	10,58	20,79	12,76
Sardegna	18,39	11,26	21,81	13,46
Italia	17,92	10,76	21,55	13,30

► **Tab. 1**

Speranza di vita a 65 ed a 75 anni per genere e regione – Anno 2008

Fonte dei dati

Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2011

Analisi dei dati L'analisi dei dati relativi alla speranza di vita alla nascita ha evidenziato che, nell'anno 2008, le donne possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,07 anni e gli uomini 78,81 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur risultando ancora consistente (+5,26 anni a favore delle donne) (dati non mostrati in tabella).

Anche per la speranza di vita a 65 anni (Tab. 1) sono sempre le donne a godere di una più elevata aspettativa, con un notevole vantaggio rispetto agli uomini (donne: 21,55 anni; uomini: 17,92 anni). A livello territoriale, l'Italia presenta una situazione con forti differenziali. Infatti, la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 1,97 anni per le donne e di 1,61 anni per gli uomini. Analizzando la situazione regionale le Marche, per entrambi i generi, mantengono il primato di regione più longeva (donne: 22,37 anni; uomini: 18,56 anni), mentre la Campania conserva il primato negativo (donne: 20,40 anni; uomini: 16,95 anni).

Relativamente alla speranza di vita a 75 anni e oltre, i dati hanno evidenziato che le donne presentano un'aspettativa di vita, in media, pari a 13,30 anni, invece, per gli uomini, risulta pari a 10,76 anni. Diversamente da quanto osservato per la speranza di vita a 65 anni, le regioni ad eccellere sono la PA di Trento (14,00 anni) per il genere femminile e la Sardegna (11,26 anni) per il genere maschile, mentre la regione più svantaggiata risulta, ancora una volta, sia per le donne che gli uomini, la Campania (donne: 12,52 anni; uomini: 10,34 anni).

Valore della medicina di Laboratorio nell'Healthy Ageing

A cura della Prof.ssa Cecilia Zuppi*

Il laboratorio clinico svolge un ruolo essenziale nella Sanità dal momento che circa il 60-70% delle diagnosi vengono effettuate sulla base dei dati di laboratorio ed è sua *mission* specifica rispondere con sollecitudine alle esigenze cliniche via via che si presentano. In considerazione "dell'invecchiamento" della popolazione il laboratorio si prepara a rispondere focalizzando tre problematiche:

1. nella diagnosi e controllo delle patologie croniche tipiche dell'età che avanza deve adeguare i valori di riferimento spesso calcolati su "maschi giovani e sani" alla popolazione ultra 60enne divisa in uomini e donne. Ciò perché l'invecchiamento comporta una serie di modificazioni fisiche che possono provocare valori dei test di laboratorio fuori dai *range* di riferimento senza che questi siano espressione di una patologia. Spesso, questi risultati patologici sono causa di aumento di ulteriori esami diagnostici, magari molto costosi, ed anche d'interventi terapeutici inutili. Discriminare tra test veri positivi e quelli positivi per età è una *mission* importante per il laboratorio;
2. ricerca ed individuazione di bio-marcatore precoci di malattia e di prognosi (ad esempio, malattie neurodegenerative, cardiovascolari e neoplasie) in modo da offrire al clinico l'opportunità di affrontare le diverse patologie il più precocemente possibile, quando ancora l'intervento terapeutico ha più opportunità di successo;
3. ricerca in ambito di genomica e Sanità Pubblica per la definizione di pannelli di marcatori genetici in grado d'indicare con un certo grado di accuratezza la predisposizione alle patologie dell'invecchiamento e di permettere, sulla base del profilo genetico-metabolico, l'individuazione di strategie personalizzate e non farmacologiche, ma di tipo comportamentale (dieta e stile di vita) in grado di rallentare i processi degenerativi alla base dell'invecchiamento e delle patologie croniche degli anziani.

*Prof.ssa Cecilia Zuppi, Professore Ordinario di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica, Primario Laboratorio analisi ormonali Università Cattolica di Roma

2. Sopravvivenza, mortalità e morbilità

2.2 Speranza di vita libera da disabilità

Significato. Un indicatore molto utile per definire lo stato di salute della persona anziana, è la speranza di vita libera da disabilità che consente di valutare sia l'aspettativa di vita, cioè la quantità di anni che restano da vivere, sia la qualità della vita, ossia la capacità del soggetto di adattarsi/reagire alle modificazioni indotte dall'invecchiamento conservando la propria autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane.

Questo indicatore, quindi, esprime il numero medio di anni che una persona di una certa età può aspettarsi di vivere senza essere colpita da disabilità.

Regioni	Maschi		Femmine	
	65 anni	75 anni	65 anni	75 anni
Piemonte	14,83	7,89	16,54	8,66
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,22	8,93	16,63	8,90
Lombardia	15,38	8,77	17,06	9,24
<i>Bolzano-Bozen</i>	15,54	8,37	18,73	11,10
<i>Trento</i>	15,80	8,79	18,31	10,09
Veneto	14,64	7,99	17,19	9,18
Friuli Venezia Giulia	15,47	8,86	16,79	8,86
Liguria	14,76	7,96	16,57	8,80
Emilia-Romagna	15,93	9,04	17,19	9,30
Toscana	15,29	8,39	16,64	8,75
Umbria	15,18	8,46	15,74	7,94
Marche	15,60	8,60	16,74	8,69
Lazio	14,77	8,16	16,05	8,07
Abruzzo	14,68	7,94	16,20	8,45
Molise	14,41	7,65	15,58	7,99
Campania	13,84	7,51	14,82	7,27
Puglia	14,49	7,82	14,41	7,22
Basilicata	14,50	7,79	14,93	7,11
Calabria	14,81	8,14	14,39	7,23
Sicilia	13,71	6,82	13,40	5,82
Sardegna	14,38	7,70	16,04	8,39
Italia	14,85	8,13	16,08	8,33

► **Tab. 2**

Speranza di vita libera da disabilità a 65 ed a 75 anni per genere e regione – Anno 2005

Fonte dei dati

Istat. Health For All-Italia. Dicembre 2011

Analisi dei dati In termini di speranza di vita libera da disabilità si sono registrati, confrontando i dati dell'anno 2000 (non riportati in tabella) con quelli del 2005 (Tab. 2), guadagni significativi più evidenti per gli uomini che per le donne. Nello specifico, il numero medio di anni in assenza di disabilità per gli uomini di 65 anni è passato da 13,66 a 14,85 anni (+1,19 anni), mentre per le donne i valori sono passati da 15,20 a 16,08 anni (+0,88 anni). Analoga situazione di svantaggio femminile, in termini di guadagno, si osserva anche a 75 anni in quanto gli uomini presentano un incremento maggiore (+0,83 anni) rispetto alle donne (+0,67 anni).

A livello territoriale, i valori più elevati e superiori al dato nazionale si riscontrano, per entrambi i generi e le classi di età considerate, in quasi tutte le regioni del Centro-Nord.

Nel dettaglio, per la classe 65 anni, le regioni con i valori maggiori sono per gli uomini l'Emilia-Romagna (15,93 anni) e per le donne le PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 18,73 anni e 18,31 anni), mentre le regioni con i valori minori sono per il genere maschile la Sicilia (13,71 anni) e la Campania (13,84 anni) e per il genere femminile la Sicilia (13,40 anni).

Analoga distribuzione regionale si osserva per la classe di età 75 anni e oltre.

Relativamente alle differenze di genere, da evidenziare sono i dati registrati, a 65 anni, in Puglia, Calabria e Sicilia poiché sono le uniche regioni in cui l'indicatore calcolato per le donne è più basso del corrispondente per gli uomini. Stessa situazione si evidenzia anche a 75 anni in Valle d'Aosta, Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia. In generale, nel commento di tali dati, però, occorre tener conto della differenza tra speranza di vita e speranza di vita libera da disabilità a 65 anni che evidenzia come siano le donne a dover sperimentare un numero medio di anni vissuti con disabilità maggiore rispetto agli uomini.

Garantire l'invecchiamento in salute e in attività dei malati reumatici

A cura del Prof. Giovanni Minisola*

Le malattie reumatiche comprendono una serie di patologie, oltre 120, accomunate dal prevalente interessamento articolare, dal dolore, dall'infiammazione, dalla compromissione funzionale, dal carattere invalidante e dalla capacità di compromettere la qualità della vita.

Oltre che numerose, le malattie reumatiche sono anche molto frequenti: si stima che ne soffrano oltre 5 milioni e mezzo di persone solo in Italia. Se non curate adeguatamente e nei tempi giusti, dopo 10 anni circa il 50% delle forme più severe determina una disabilità permanente.

Si tratta, dunque, di malattie che possono incidere gravemente sulla qualità di vita ed avere un grosso impatto sociale ed economico in termini d'invalidità, giornate di lavoro perse e ridotta produttività.

Sebbene molto diverse tra loro per cause e manifestazioni, le malattie reumatiche sono, principalmente, di due tipi: degenerative, come l'artrosi, o infiammatorie, come l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica e la spondilite anchilosante. La prima colpisce per lo più gli anziani, le altre interessano più frequentemente soggetti tra i 25-50 anni: in entrambi i casi è in gioco la qualità dell'invecchiamento.

Oggi, grazie ai passi avanti compiuti dalla ricerca medica e dalla disponibilità di risorse farmacologiche, la maggior parte delle malattie reumatiche potenzialmente invalidanti si può trattare con efficacia. Ciò è possibile se esistono e funzionano reti reumatologiche che, sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e di un'appropriata formazione della medicina generale, consentano la diagnosi precoce delle malattie reumatiche e l'invio tempestivo allo specialista reumatologo.

Le malattie reumatiche rappresentano, dunque, un esempio paradigmatico in ambito della salute in cui la prevenzione secondaria e terziaria possono svolgere un ruolo fondamentale a fronte di una prevenzione primaria talvolta condizionata dalla scarsa conoscenza dell'eziopatogenesi di alcune malattie reumatiche

**Prof. Giovanni Minisola, Presidente "Società Italiana di Reumatologia", Primario "Divisione di Reumatologia", Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini*

2. Sopravvivenza, mortalità e morbilità

2.3 Mortalità per causa

Significato. Per studiare la geografia della mortalità e le relative modificazioni nel tempo, è stato utilizzato come indicatore il tasso di mortalità, specifico per età ed alcune cause di decesso, che esprime indirettamente lo stato di salute ed il benessere della popolazione di riferimento.

Questo indicatore consente di analizzare sia l'evoluzione della mortalità nel complesso e per "gruppi" definiti di popolazione che, nel nostro studio, comprendono anziani e molto anziani, e sia di orientare, in modo selettivo, gli interventi di Sanità Pubblica per la prevenzione delle patologie a elevato impatto sulla mortalità.

Regioni	Tumori			Malattie del sistema circolatorio			Malattie del sistema respiratorio			Malattie del sistema digerente			Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche			Totale cause		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	105,80	101,33	99,56	61,21	59,12	56,48	11,19	10,77	9,68	9,66	8,61	8,53	7,18	6,43	5,93	215,07	207,20	201,09
Valle d'Aosta	100,10	104,60	97,97	70,99	60,35	61,77	18,31	11,73	20,69	11,04	12,28	6,32	6,52	3,52	6,90	230,04	232,91	210,89
Lombardia	114,05	112,15	107,43	55,87	53,17	50,24	9,84	8,66	9,60	9,38	8,63	8,56	6,19	5,86	5,52	214,95	207,63	200,50
Bolzano-Bozen	91,87	89,16	85,25	56,24	48,67	55,54	13,50	9,87	7,27	8,74	9,48	6,24	3,68	3,53	5,21	193,02	177,83	181,89
Trento	113,20	104,80	93,90	52,28	49,41	53,19	8,74	5,89	9,55	16,11	13,50	13,50	4,76	4,58	4,94	214,94	196,34	193,80
Veneto	105,44	104,55	100,98	54,79	54,14	50,15	7,76	8,45	7,01	9,41	8,23	9,76	7,45	6,46	7,16	203,90	201,40	194,47
Friuli Venezia Giulia	111,29	108,18	111,35	56,99	55,17	57,41	11,13	8,96	9,50	12,59	11,08	9,88	6,03	5,51	6,35	219,41	212,18	216,78
Liguria	104,55	97,68	101,11	57,80	52,27	47,12	10,04	12,12	10,88	10,52	8,64	7,61	8,52	8,86	7,94	215,70	205,18	199,42
Emilia-Romagna	97,77	100,33	93,84	54,76	49,38	47,87	7,99	7,83	8,52	7,41	5,96	7,62	7,25	7,22	7,22	193,32	191,22	185,96
Toscana	99,37	97,28	90,54	52,13	49,88	48,78	9,64	9,60	8,86	6,59	6,60	6,60	5,93	6,08	7,15	193,61	189,33	182,44
Umbria	81,87	89,83	83,25	49,15	49,48	50,11	10,59	8,09	8,84	6,72	7,60	7,09	6,91	5,49	6,89	175,44	178,41	178,55
Marche	87,34	89,81	91,35	51,57	51,25	45,97	9,49	7,84	7,61	8,78	7,29	7,37	7,09	6,69	4,88	184,11	179,85	174,78
Lazio	102,75	100,67	97,19	60,52	56,55	57,87	10,06	10,80	9,63	9,49	8,99	9,00	7,31	8,20	7,60	209,18	204,60	200,19
Abruzzo	82,55	81,78	86,47	59,61	60,62	60,07	11,67	15,35	12,92	10,12	10,12	9,06	8,14	9,66	8,93	196,31	199,32	201,59
Molise	77,99	80,27	83,28	63,27	54,73	67,01	14,11	8,76	14,64	13,05	12,51	9,53	14,11	10,02	7,76	202,23	187,64	198,90
Campania	107,13	109,67	109,91	76,87	76,59	73,31	15,28	14,65	15,43	15,02	13,25	12,14	13,07	13,62	13,02	252,77	251,83	247,16
Puglia	93,26	91,91	89,09	52,53	53,55	50,21	11,58	11,87	11,13	11,05	10,79	10,39	9,35	8,60	9,78	200,10	196,93	190,69
Basilicata	90,32	92,68	85,42	60,96	62,28	61,01	15,27	13,36	8,10	14,96	13,07	12,75	11,11	14,90	13,51	219,47	219,15	201,99
Calabria	82,99	81,04	79,99	66,01	61,50	61,10	10,73	12,13	14,54	10,51	12,50	11,91	11,17	13,36	10,68	206,18	201,36	199,52
Sicilia	89,58	89,81	89,50	70,30	66,22	62,74	13,95	14,03	12,38	10,68	10,70	9,59	11,82	13,16	13,16	218,31	217,01	210,36
Sardegna	102,37	96,31	94,26	62,69	49,87	52,77	11,38	10,61	10,67	12,03	11,47	11,50	7,65	6,78	8,03	217,86	192,60	198,99
Italia	101,24	100,14	97,49	59,42	56,69	54,78	10,77	10,55	10,28	10,02	9,30	9,16	8,14	8,17	8,04	210,49	205,48	200,48

► Tab. 3

Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) complessivo e per alcune cause di morte nella classe di età 65-74 anni per regione. Maschi – Anni 2006-2008

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappalardo, Egidi – Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008

Regioni	Tumori			Malattie del sistema circolatorio			Malattie del sistema respiratorio			Malattie del sistema digerente			Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche			Totale cause		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	48,86	50,68	47,94	27,27	25,47	24,93	5,48	4,14	3,99	5,13	5,79	5,20	4,31	4,28	4,42	103,75	102,15	101,32
Valle d'Aosta	58,71	57,55	42,98	37,17	29,77	20,93	6,96	5,57	4,12	2,80	5,76	6,97	2,80	1,44	0,00	119,63	111,24	84,71
Lombardia	53,23	53,67	53,58	23,70	24,06	20,69	3,75	3,47	3,24	4,59	4,22	4,69	3,68	3,18	3,60	100,98	100,89	98,22
Bolzano-Bozen	48,63	47,13	45,71	18,95	20,04	19,36	3,49	5,62	3,74	3,49	2,98	2,53	1,73	2,14	1,65	83,29	84,90	80,57
Trento	57,52	54,64	53,70	29,30	24,36	19,69	1,56	3,08	3,40	2,31	3,06	5,25	2,73	4,24	2,66	105,86	98,58	96,08
Veneto	49,11	49,67	45,98	24,25	21,94	19,99	2,64	2,24	2,42	5,22	4,59	4,72	3,79	3,46	3,96	95,99	93,14	87,71
Friuli Venezia Giulia	59,20	59,92	52,36	27,47	22,06	20,31	4,27	2,79	2,47	6,60	4,12	5,80	3,47	4,77	4,28	115,12	107,62	96,72
Liguria	50,38	47,44	52,33	26,68	24,58	23,08	3,06	3,51	3,78	4,67	4,88	5,34	5,18	4,02	4,55	105,35	98,82	103,88
Emilia-Romagna	52,78	49,96	51,67	24,32	21,13	20,52	3,24	3,20	3,19	3,97	4,13	4,68	4,17	4,25	3,54	99,86	96,19	95,12
Toscana	47,02	47,76	48,86	20,90	24,11	22,02	2,92	3,88	3,72	3,49	3,61	3,98	3,81	3,65	4,67	89,54	94,65	96,55
Umbria	44,29	45,51	47,22	26,35	19,96	20,22	3,90	3,53	3,88	3,72	3,57	2,62	2,97	3,17	3,55	90,92	86,94	87,65
Marche	44,16	44,88	43,08	18,87	19,69	18,91	2,70	3,04	3,22	2,91	2,71	2,94	3,89	2,29	3,09	83,42	83,65	82,65
Lazio	49,49	52,76	52,67	29,99	27,49	25,70	4,07	4,01	4,34	5,24	3,93	4,56	5,19	4,43	4,91	105,68	104,60	103,79
Abruzzo	37,42	38,87	40,09	28,56	26,40	24,43	3,16	3,49	3,88	4,12	4,45	4,86	5,81	4,68	4,04	91,62	91,15	89,16
Molise	38,83	39,07	33,81	28,93	28,21	37,42	4,27	0,50	3,86	2,54	7,30	5,16	6,63	6,31	7,83	92,79	94,27	100,06
Campania	50,71	50,99	48,77	44,02	40,99	39,75	4,69	5,55	6,21	10,13	8,92	9,28	12,26	12,35	11,63	136,25	134,35	130,29
Puglia	42,38	44,10	42,69	30,58	30,11	26,47	4,02	4,65	3,33	6,19	6,58	5,89	8,81	8,08	7,87	105,00	107,53	98,76
Basilicata	43,32	48,09	39,78	30,78	32,73	34,14	4,39	3,51	3,27	5,67	7,44	4,76	7,59	9,81	6,50	103,12	117,69	106,50
Calabria	37,75	40,17	40,34	36,44	37,02	32,24	3,97	4,69	3,85	5,85	4,89	4,95	7,76	8,64	9,05	106,82	110,64	104,96
Sicilia	47,13	46,24	46,30	38,14	38,97	37,96	4,45	4,48	3,88	5,86	5,56	6,69	12,18	10,80	10,57	120,99	121,19	120,41
Sardegna	46,48	47,00	46,77	24,07	24,13	24,98	3,84	4,24	2,57	4,98	4,36	5,00	4,29	4,89	4,40	96,36	98,18	96,26
Italia	48,83	49,42	48,67	28,43	27,34	25,50	3,84	3,84	3,70	5,26	4,96	5,25	5,87	5,52	5,57	104,64	104,03	101,52

► Tab. 4

Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) complessivo e per alcune cause di morte nella classe di età 65-74 anni per regione, Femmine - Anni 2006-2008

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 - Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappagallo, Egidi - Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008

Regioni	Malattie del sistema circolatorio			Tumori			Malattie del sistema respiratorio			Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche			Totale cause		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	387,68	380,89	388,63	244,47	253,89	242,78	99,34	100,66	97,82	27,18	27,33	28,23	918,18	921,52	922,16
VdA	365,59	365,23	288,21	260,94	289,21	258,19	126,00	136,98	114,75	7,32	29,69	19,33	947,20	977,96	873,80
Lombardia	356,00	351,16	351,38	267,69	266,26	270,69	89,79	94,58	89,94	24,58	26,17	24,40	881,29	888,82	898,01
Bolzano	335,59	335,38	372,55	246,72	242,40	227,78	111,33	112,74	103,34	17,04	7,57	12,38	848,24	841,78	912,54
Trento	367,58	366,98	395,59	278,42	249,87	250,57	114,14	112,55	82,43	12,67	21,44	21,36	895,40	871,53	892,14
Veneto	359,50	364,80	369,47	254,92	254,85	248,54	82,09	85,74	85,79	26,62	27,35	30,60	867,75	878,87	886,99
FVG	350,71	342,34	352,48	259,13	245,24	245,30	88,74	82,03	102,42	29,15	31,63	29,29	878,96	853,19	891,24
Liguria	357,62	352,32	360,16	250,02	243,40	239,72	84,94	87,19	88,75	28,89	30,06	32,15	890,91	883,61	886,75
E-R	357,57	348,79	345,82	246,16	244,52	237,79	79,39	79,78	82,49	25,34	27,16	28,44	849,72	842,49	852,97
Toscana	362,20	356,70	361,84	232,10	232,66	235,67	86,62	86,90	90,75	27,50	30,59	30,39	851,50	859,81	877,11
Umbria	376,78	367,52	388,36	237,16	227,32	215,72	83,81	83,23	89,52	21,65	27,64	27,96	875,17	863,05	883,23
Marche	356,63	359,45	367,23	215,38	223,28	215,87	80,79	81,04	79,86	27,91	26,73	25,98	824,14	841,96	838,12
Lazio	384,23	378,17	369,17	248,69	240,78	229,79	74,44	74,84	72,65	36,37	35,37	33,16	883,47	867,73	850,70
Abruzzo	344,22	357,45	351,42	198,05	199,90	195,40	93,41	96,40	84,73	34,41	31,89	29,20	831,56	849,93	822,47
Molise	372,26	379,20	417,59	198,82	192,78	201,29	77,83	81,90	74,09	28,62	38,03	36,51	852,39	856,11	887,17
Campania	418,69	422,94	421,74	230,72	223,51	223,44	97,84	95,88	91,45	39,92	37,98	44,44	918,45	921,55	916,72
Puglia	347,91	368,61	341,57	226,18	217,02	228,57	99,39	106,37	96,20	37,14	39,15	37,65	860,88	889,21	864,26
Basilicata	410,19	364,60	365,35	207,30	186,13	198,31	89,34	94,89	84,10	33,78	39,61	31,07	881,34	829,57	823,03
Calabria	382,86	387,84	383,52	191,98	186,45	181,46	89,02	93,84	86,94	35,36	35,12	36,19	836,50	847,02	835,14
Sicilia	412,66	412,42	406,64	194,32	205,36	203,66	84,24	94,92	85,25	46,08	43,09	45,86	884,76	908,93	903,35
Sardegna	342,89	323,82	308,38	217,83	232,04	226,54	93,14	84,39	84,35	27,43	26,83	27,44	828,84	823,37	810,72
Italia	371,95	370,00	369,17	236,96	235,94	233,54	87,95	90,15	87,44	30,92	31,55	31,99	873,89	878,05	878,83

◀ Tab. 5

Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) complessivo e per alcune cause di morte nella classe di età 75 anni e oltre per regione. Maschi – Anni 2006-2008

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappalardo, Egidi – Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008

Regioni	Malattie del sistema circolatorio			Tumori			Malattie del sistema respiratorio			Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche			Totale cause		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Piemonte	294,16	283,32	294,49	116,81	120,39	121,73	40,23	41,61	41,96	24,89	24,94	27,44	601,85	596,22	625,90
VdA	260,54	262,62	261,89	137,03	112,92	125,30	44,51	58,25	45,24	14,58	23,92	21,56	605,05	597,47	619,07
Lombardia	263,59	259,71	260,63	127,71	130,05	128,78	39,30	40,07	41,86	21,69	22,12	21,17	566,82	572,97	582,86
Bolzano	296,01	274,35	277,48	121,83	121,70	120,51	37,04	44,95	38,69	12,44	10,96	16,39	576,84	563,73	567,55
Trento	237,74	263,64	270,81	118,28	126,57	118,68	39,34	41,69	37,40	21,17	17,95	18,76	512,89	545,39	547,69
Veneto	259,52	265,80	262,95	115,94	119,77	116,79	33,82	37,54	35,25	22,59	23,86	24,81	539,97	559,83	566,30
FVG	264,74	257,34	270,05	119,29	125,15	127,42	38,96	39,48	42,28	20,93	23,77	27,08	552,05	556,60	590,80
Liguria	268,40	267,63	271,65	118,89	118,54	111,28	32,77	34,67	33,92	28,14	28,24	28,12	589,70	581,52	591,51
E-R	258,85	264,09	259,90	119,62	122,83	124,60	32,52	37,21	40,74	22,85	24,65	22,92	549,93	567,93	578,66
Toscana	264,93	273,25	278,80	110,58	111,67	110,42	32,09	31,72	36,81	24,07	25,81	27,03	554,52	566,00	592,88
Umbria	282,64	293,27	285,35	106,09	107,45	115,66	28,17	35,76	34,24	22,31	24,48	26,05	552,05	575,37	591,29
Marche	276,52	278,56	269,97	109,84	101,51	104,13	29,87	26,97	32,72	22,14	23,11	24,88	544,43	542,74	548,14
Lazio	306,78	296,33	298,55	120,63	117,83	116,87	35,90	36,62	34,40	33,38	33,29	32,21	609,42	598,88	603,59
Abruzzo	292,47	291,18	278,55	94,13	93,11	90,58	32,65	33,33	30,23	30,70	29,58	31,28	569,47	582,75	566,64
Molise	314,80	302,70	287,81	91,56	81,51	92,54	24,64	33,80	25,69	40,39	37,79	24,38	586,97	567,03	544,11
Campania	363,06	379,33	363,70	98,92	100,98	101,49	33,58	35,59	34,71	44,40	47,67	48,23	648,45	682,31	666,51
Puglia	300,84	310,15	290,44	100,94	102,07	101,63	37,95	37,63	37,48	44,26	44,31	43,79	609,47	631,66	609,33
Basilicata	314,12	321,43	309,69	86,86	91,12	88,91	30,42	41,79	37,61	48,72	44,48	37,62	609,12	611,38	587,85
Calabria	335,97	344,84	336,07	83,31	80,34	83,29	33,09	36,24	30,96	37,00	38,60	39,14	595,58	618,20	607,97
Sicilia	347,10	355,41	340,22	101,06	100,38	95,95	34,13	35,36	30,30	48,45	47,53	45,63	660,22	676,84	652,83
Sardegna	249,25	266,25	251,21	104,57	104,98	108,78	34,84	34,60	35,05	30,60	30,50	29,83	561,08	577,39	578,48
Italia	288,51	290,80	287,96	112,85	113,98	113,39	35,34	37,06	37,04	29,66	30,37	30,39	584,58	594,85	599,94

◀ Tab. 6

Tasso standardizzato di mortalità di mortalità (per 10.000) complessivo e per alcune cause di morte nella classe di età 75 anni e oltre per regione. Femmine – Anni 2006-2008

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione censuaria italiana del 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Di Fraia, Spizzichino, Frova, Pappalardo, Egidi – Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni 2006-2008

Analisi dei dati Le cause di morte considerate nelle fasce di età oggetto dello studio, 65-74 e 75 anni ed oltre, sono i Tumori, le Malattie del sistema circolatorio, le Malattie del sistema respiratorio, le Malattie del sistema digerente (solo nella classe 65-74 anni) e le Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche.

Considerando l'insieme di tali cause si osserva, nella classe di età 65-74 anni e nell'arco temporale 2006-2008, una riduzione della mortalità nettamente più marcata per gli uomini (210,49 per 10.000 vs 200,48 per 10.000) rispetto alle donne (104,64 per 10.000 vs 101,52 per 10.000) (Tab. 3 e 4). In questo caso, una parziale giustificazione della tendenza della mortalità femminile a una minore riduzione può essere ricondotta al valore dei rispettivi tassi che risultano molto più bassi e pari a circa la metà di quelli maschili. Dall'analisi dei dati riportati in Tabella 3 si evince che, per il genere maschile, le maggiori riduzioni, a livello nazionale, si registrano per le Malattie dell'apparato digerente (-8,6%) e per quelle del sistema circolatorio (-7,8%), seguite dalle Malattie dell'apparato respiratorio (-4,5%), dai Tumori (-3,7%) e dalle Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (-1,2%). Da sottolineare, però, che tale andamento non si registra in tutte le regioni. Infatti, in alcune di esse si osservano degli incrementi, anche consistenti, come, ad esempio, nella PA di Bolzano relativamente alle Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

(+41,6%) e in Calabria per quanto riguarda le Malattie del sistema respiratorio (+35,5%). Per il genere femminile, invece, le riduzioni dei tassi sono generalmente inferiori a quelle degli uomini, con l'eccezione delle Malattie del sistema circolatorio (-10,3% vs -7,8%) e delle Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (-5,1% vs -1,2%) (Tab. 4). Esaminando il dettaglio territoriale, anche per il genere femminile non in tutte le regioni si osserva una diminuzione. Gli andamenti controcorrenti più evidenti si registrano nel gruppo delle Malattie del sistema digerente e nello specifico in Valle d'Aosta (+148,9%), nella PA di Trento (+127,3%) e in Molise (+103,1%).

Nella classe di età 75 anni ed oltre si invertono le tendenze. Valutando il totale delle cause, infatti, si osserva un aumento che risulta più marcato per il genere femminile (584,58 per 10.000 vs 599,94 per 10.000) rispetto al genere maschile (873,89 per 10.000 vs 878,83 per 10.000) (Tab. 5 e 6). Per gli uomini, dalla lettura dei dati presenti in Tabella 5, si registra, per le Malattie del sistema circolatorio, per i Tumori e per le Malattie del sistema respiratorio, un lieve decremento a livello nazionale pari, rispettivamente, a 0,7%, 1,4% e 0,6%. Anche in questa classe di età e per queste specifiche cause di morte non in tutte le regioni si osserva una diminuzione. Le Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, invece, presentano, nel complesso, un aumento del 3,5%, ad eccezione della PA di Bolzano (-27,3%), delle Marche (-6,9%), del Lazio (-8,8%), dell'Abruzzo (-15,1) e della Sicilia (-0,5%). Al contrario, per le donne (Tab. 6) l'unico gruppo di cause che, a livello nazionale, presenta un andamento lievemente decrescente sono le Malattie del sistema circolatorio (-0,2%), mentre per le restanti cause considerate si osservano valori in aumento (Tumori +0,48%, Malattie del sistema respiratorio +4,81%, Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche +2,46%). Inoltre, come già osservato per il genere maschile anche per le donne queste tendenze non si riscontrano in tutte le regioni.

2. Sopravvivenza, mortalità e morbilità

2.4 Prevalenza malattie croniche

Significato. In base ai dati 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Salute, circa il 60% della mortalità globale è attribuibile alle malattie croniche, con un *trend* che è destinato ad aumentare nel prossimo decennio.

La presenza di patologie croniche costituisce un importante indicatore per comprendere lo stato di salute della popolazione poiché impatta sulla qualità di vita e sullo stato di salute percepito dei pazienti e comporta notevoli costi economici e sociali. In particolare, il peso maggiore è imputabile alle patologie cardiovascolari, al cancro, al diabete e alle patologie respiratorie.

Occorre sottolineare che è possibile intervenire sulla loro diffusione attraverso attività di prevenzione ed educazione mirate a ridurre i fattori di rischio che ne sono alla base, quali fumo, dieta scorretta, inattività fisica e consumo di alcool.

La presenza di malattie croniche viene misurata, nel nostro Paese, nell'ambito dell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica sulle famiglie, "Aspetti della vita quotidiana", in base a quanto dichiarato dagli individui coinvolti.

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	30,9	40,0	36,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	35,5	39,7	38,0
Lombardia	33,4	46,5	41,2
Bolzano-Bozen	23,7	42,0	34,3
Trento	38,2	37,3	37,6
Veneto	36,0	47,9	43,0
Friuli Venezia Giulia	31,1	43,3	38,4
Liguria	36,0	42,8	40,0
Emilia-Romagna	36,3	51,3	45,0
Toscana	34,9	47,4	42,2
Umbria	45,2	55,2	51,0
Marche	43,8	52,1	48,5
Lazio	41,2	51,9	47,4
Abruzzo	37,0	49,7	44,2
Molise	37,3	44,6	41,5
Campania	34,1	44,7	40,3
Puglia	35,3	48,2	42,7
Basilicata	39,8	46,4	43,5
Calabria	43,2	57,4	51,3
Sicilia	35,7	51,4	44,7
Sardegna	43,2	58,8	52,1
Italia	36,1	48,0	43,0

► **Tab. 7**

Percentuale di persone di 65 anni ed oltre multicroniche (con tre o più malattie croniche dichiarate) per genere e regione – Anno 2005

Fonte dei dati

Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011

Analisi dei dati Il 43,0% degli over 65enni dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche oggetto dell'indagine, con valori maggiori in Sardegna, Calabria e Umbria, regioni in cui più del 50% della popolazione intervistata dichiara di essere multicronica (Tab. 7). Di contro, la PA di Bolzano e il Piemonte registrano le percentuali più basse (rispettivamente, 34,3% e 36,2%).

In generale, all'avanzare dell'età aumenta l'insorgenza delle malattie croniche con un rischio che risulta più elevato per le donne. Infatti, in tutte le regioni, ad eccezione della PA di Trento, si registrano valori maggiori per il genere femminile. Tale differenza tra generi si conferma, con particolare intensità, nella PA di Bolzano, in Sicilia, in Sardegna ed in Emilia-Romagna (con differenza ≥ 15 punti percentuali).

Inoltre, con riferimento al solo genere femminile, ben 7 regioni fanno registrare percentuali $>50\%$ (Sicilia, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Umbria, Calabria e Sardegna), mentre i valori per il genere maschile si mantengono sempre al di sotto.

A livello di macroarea, si evidenzia una presenza di malattie croniche più elevata nel Centro per gli uomini e nelle Isole per le donne.

Diabete nell'anziano

A cura della Dott.ssa Maria Antonietta Pellegrini*

*“La vecchiaia non può essere compresa se non nella sua totalità; non è soltanto un fatto biologico, ma un fatto culturale”
Simone de Beauvoir*

L'Unione Europea ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni" finalizzato alla ricerca della possibilità di conservare il controllo della nostra vita il più a lungo possibile (1).

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che nella nostra società sta acquisendo sempre maggiore rilevanza. Recenti dati dell'Istituto Nazionale di Statistica riportano percentuali di ultra 65enni, pari al 20,3% della popolazione, valore destinato ad aumentare fino al 2043, anno in cui oltrepasseranno il 32% (2).

Se l'invecchiamento della popolazione è una epidemia, la presenza di diabete nell'anziano può essere, oggi, considerata una vera epidemia nell'epidemia. In effetti, il diabete mellito è una patologia molto frequente nell'anziano con percentuali di prevalenza che possono essere anche superiori al 20% in persone ultra 70enni.

L'Associazione Medici Diabetologi ha recentemente realizzato una Monografia dedicata alla popolazione anziana diabetica che raccoglie informazioni su circa 250 mila pazienti con più di 65 anni afferenti alle strutture Diabetologiche Italiane. Le dimensioni della popolazione fanno riflettere: circa il 60% dei soggetti che vengono visitati quotidianamente da un Servizio di Diabetologia appartiene alla categoria degli anziani ed evidenti motivi epidemiologici (allungamento della vita media, aumentato introito calorico e ridotto dispendio energetico) fanno ritenere che questa prevalenza sia destinata a crescere rapidamente nel tempo. Il termine "Anziano con diabete mellito" è un termine generico che sottintende una grande varietà di situazioni: la malattia diabetica può essere di nuova insorgenza in età senile oppure può essere stata diagnosticata molti anni prima; possono essere presenti o meno complicanze micro- e macrovascolari; possono coesistere fragilità, comorbidità o disabilità che condizionano diverse aspettative di vita ed anche il contesto culturale, economico e sociale del paziente può influenzare in maniera significativa gli obiettivi e la strategia terapeutica. Tutto ciò rende oltremodo difficoltosa la gestione di questi pazienti.

Va inoltre sottolineato come una gran parte degli anziani diabetici, probabilmente i più fragili, sia spesso istituzionalizzata. Il diabete nelle persone anziane si associa ad un maggior rischio di disabilità che priva spesso dell'autonomia la persona. La prevalenza del diabete mellito tra gli ospiti delle Case di riposo è stimata, a livello internazionale, in percentuali variabili comprese tra 7-27%. Non esistono molti dati in letteratura riguardo alla situazione italiana.

Un'indagine condotta nel Triveneto tra il 2000 ed il 2001 su 393 Case di riposo (sulle 496 interpellate), aveva rilevato una prevalenza di circa il 14% (3). Più recentemente è stato condotto uno studio relativo alle Case di riposo delle Province di Pordenone, Udine e Gorizia (4). Sono stati analizzati i questionari provenienti da 79 Case di riposo. Gli ospiti affetti da diabete mellito sono risultati 875 (18,98% del totale) e sono emerse diverse criticità relative all'assistenza che possono essere sintetizzate nella mancanza di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. L'istituzione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali locali, progettati e condivisi da Medici di Medicina Generale, Diabetologi e tutti gli altri Professionisti Sanitari operanti nel settore, potrebbe rappresentare lo strumento ideale per superare le criticità e migliorare l'assistenza.

Come arginare questa epidemia?

È opinione largamente condivisa che la prevenzione del diabete costituisca l'unica arma in nostro possesso per fronteggiare un problema sanitario e sociale che rischia di essere non più gestibile.

Numerosi *trial* clinici hanno dimostrato in maniera incontrovertibile che il diabete mellito di tipo 2 può essere efficacemente prevenuto attraverso interventi farmacologici e non farmacologici. La riduzione del sovrappeso e le modifiche qualitative e quantitative della dieta in associazione all'attività fisica sono in grado di ridurre del 60% il rischio di sviluppare la malattia. Questi dati costituiscono il presupposto per sviluppare progetti d'implementazione che consentano di trasferire nella vita reale e, quindi, alla popolazione a rischio di sviluppare la malattia, i risultati ottenuti nei trial clinici. L'intervento combinato sullo stile di vita (dieta+attività fisica) induce una riduzione della malattia diabetica di circa il 50% nella popolazione a rischio (5). Le caratteristiche principali dell'intervento dietetico per la prevenzione di questa patologia nella popolazione a rischio devono essere: moderata restrizione calorica (con l'obiettivo di una riduzione ponderale del 5-7%) e consumo totale di grassi <30% delle calorie totali, grassi saturi <10% delle calorie totali, fibre >15g/1.000 calorie. Nei soggetti con alterata tolleranza al glucosio una modifica dello stile di vita, che includa un'attività fisica aerobica di moderata intensità e della durata di almeno 20-30 minuti al giorno o 150 minuti/settimana, riduce di circa il 60% l'incidenza del diabete mellito di tipo 2.

*Dott.ssa Maria Antonietta Pellegrini, Coordinatore Gruppo AMD Diabete nell'anziano

Riferimenti bibliografici

(1) Disponibile sul sito: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=it>.

(2) Disponibile sul sito: <http://www.istat.it>.

(3) Pellegrini MA et al Un progetto per il miglioramento della assistenza diabetologica nelle strutture residenziali per anziani del triveneto (Premio AMD). In: Atti XIII Congresso Nazionale AMD, Torino 9-12 maggio 2001. pag. 325-329, Pacini Ed. Pisa 2001.

(4) M.A. Pellegrini, G. Felice, L. Canciani. Progetto Senio: l'assistenza al paziente diabetico anziano istituzionalizzato. Il Giornale di AMD - Volume 14 - numero 4 - Ottobre/Dicembre 2011.

(5) La prevenzione del diabete mellito di tipo 2 dalle evidenze alle strategie d'implementazione. Documento AMD-SID 2011 Idelson-Gnocchi.

3. Disabilità

3.1 Persone con disabilità

Significato. La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma. È per questo che le persone disabili risultano meno autonome nello svolgere le attività quotidiane e spesso sono in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

Per avere un quadro generale sulla popolazione con gravi problemi di salute ed elevati bisogni di assistenza sanitaria, è stata calcolata la percentuale di disabili.

La conoscenza di questo segmento di popolazione consente una pianificazione ed organizzazione dei servizi in base alle esigenze ed alle richieste dell'utenza.

Macroaree	Disabili	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito e parola
Nord-occidentale	6,2	3,1	2,9	1,1
Nord-orientale	5,5	2,9	3,2	0,8
Centro	6,9	3,2	3,5	1,8
Meridione	10,3	5,9	5,2	1,9
Isole	9,8	5,7	5,1	1,5
Italia	7,5	4,0	3,8	1,4

► **Tab. 1**

Percentuale di persone disabili per tipo di disabilità nella classe di età 65-74 anni per macroarea – Anno 2005

Fonte dei dati

Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2008

Macroaree	Disabili	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito e parola
Nord-occidentale	28,7	19,8	14,4	5,7
Nord-orientale	28,4	19,2	14,6	6,1
Centro	31,0	23,3	14,5	7,0
Meridione	35,8	25,7	18,0	8,1
Isole	42,5	28,3	23,0	9,3
Italia	32,0	22,5	16,1	6,9

► **Tab. 2**

Percentuale di persone disabili per tipo di disabilità nella classe di età 75 anni ed oltre per macroarea – Anno 2005

Fonte dei dati

Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2008

Analisi dei dati Dall'analisi dei dati si osserva che, nel nostro Paese, la percentuale di disabili nella classe di età 65-74 anni risulta del 7,5% (Tab. 1), mentre nella fascia di età 75 anni e oltre è pari al 32,0% (Tab. 2).

Considerando la distribuzione territoriale, nella prima classe di età oggetto dello studio, la maggior concentrazione di disabili si riscontra nel Meridione (10,3%) e nelle Isole (9,8%). In queste aree si registrano anche le maggiori percentuali, superiori al valore italiano, di coloro che presentano le diverse tipologie di disabilità esaminate, tra cui la più diffusa è “Difficoltà nelle funzioni”, seguita da “Difficoltà nel movimento” e “Difficoltà vista, udito e parola”.

Nella classe di età 75 anni ed oltre, invece, sono sempre il Meridione e le Isole a presentare le percentuali più alte, ma in ordine inverso. Infatti, il valore maggiore si osserva nelle Isole (42,5%) seguito dalle regioni del Sud (35,8%). Questa tendenza si conferma, altresì, osservando tutti i gruppi di disabilità riportati in tabella ed in base al tipo di disabilità si riscontra una situazione analoga a quella osservata nella classe di età 65-74 anni.

Oculistica: la sfida del terzo millennio

*A cura del dott. Matteo Piovella**

È stato dimostrato che la vista rappresenta l'84% delle possibilità di una persona per poter interagire con l'ambiente che la circonda. Quando un bambino non può usufruire del dono della vista, reagisce a questa grave penalizzazione soppendo, in parte, con la sua capacità di apprendimento e di adattamento. La persona anziana, al contrario, non ha questa stessa opportunità essendo le sue capacità di adattamento ed apprendimento meno flessibili e duttili. Inoltre, la perdita della vista nell'anziano scatena un'inarrestabile spinta verso una forma grave di sindrome depressiva.

In Italia, l'invalidità oggi più costosa è quella dovuta alla perdita della vista. L'occhio invecchia a 40 anni, basta pensare alla necessità d'inforcare un paio di occhiali da lettura, e presenta il sistema di circolazione del sangue più primitivo e peggiore di tutto il nostro organismo.

La retina, un pezzo di cervello che attraverso il nervo ottico tappezza la parte posteriore del bulbo oculare, è il micro cip della telecamera occhio ed è costituita da dieci strati neurosensoriali di tessuto nobile facilmente ed irrimediabilmente danneggiabile. È priva di vasi collaterali e la sua parte più complessa ed efficiente, la macula, che è responsabile del 90% della nostra vista, è priva di vasi tanto da venir nutrita per un processo di diffusione.

Il cristallino, la lente posizionata dietro l'iride, che, insieme alla cornea ha il compito di mettere a fuoco le immagini sulla retina, nel corso della vita perde inevitabilmente la sua trasparenza sviluppando la cataratta, per un fenomeno naturale d'invecchiamento, che colpisce tre persone su quattro a 70 anni e la quasi totalità della popolazione al compimento dell'ottantesimo anno di età.

All'interno dell'occhio è presente un liquido di riempimento e nutrimento, l'umore acqueo, che deve poter mantenere le sue caratteristiche di trasparenza inalterate per non interferire con la qualità della visione. Per questo vi è un giornaliero ricambio dell'umore acqueo: il corpo ciliare ne attiva la produzione, mentre il canale di Schlemm regola il deflusso al di fuori del bulbo oculare. Tutto questo determina una pressione all'interno dell'occhio controllata e normale. Quando il sistema di scarico perde efficienza, salta l'equilibrio idrico e si produce un innalzamento della pressione interna dell'occhio capace, nel tempo, di danneggiare il nervo ottico fino all'atrofia e alla perdita della vista. Il glaucoma è chiamato il ladro silenzioso della vista perché asintomatico fino agli stadi terminali irreversibili. La misurazione della pressione dell'occhio è un atto medico indispensabile da effettuarsi solo durante l'effettuazione di una visita oculistica.

L'avvento delle tecnologie avanzate ha, negli ultimi anni, cambiato il metodo clinico e terapeutico in oculistica. Per la diagnosi e la cura delle patologie della retina l'introduzione della Tomografia a Coerenza Ottica, una vera e propria Tomografia Assiale Computerizzata di semplice esecuzione priva di effetti collaterali, ha

permesso una rivoluzionaria gestione delle alterazioni degenerative della macula distinguendone i differenti stadi e ha permesso l'introduzione delle terapie intravitreali. In questo modo oggi è possibile salvare dalla cecità milioni di persone *over 75* anni.

Attualmente, la chirurgia della cataratta può avvalersi del laser a femtosecondi per standardizzare e perfezionare i diversi passaggi chirurgici e dispone di cristallini artificiali ad avanzata tecnologia in grado di correggere i difetti visivi per lontano oltre che permettere un'agevole lettura da vicino senza dover ricorrere a nessun tipo di occhiali.

I difetti di vista sono tre: miopia, ipermetropia e astigmatismo: nel nostro Paese esistono 16 milioni di miopi, 2 milioni di ipermetropi e 2 milioni di astigmatici. Tutte le persone dopo i 45 anni divengono presbiti ed hanno la necessità di una correzione da vicino per poter leggere.

La prevenzione in oculistica segue un percorso universalmente riconosciuto imperniato sulla visita effettuata da un medico oculista anche in assenza di disturbi visivi (alla nascita entro i 3 anni, durante la pubertà, dopo i 40 anni con controlli triennali, dopo i 50 anni con controlli biennali e dopo i 65 anni con visita oculistica su base annuale).

**Dott. Matteo Piovella, Presidente SOI - Società Oftalmologica Italiana*

4. Partecipazione degli anziani alla vita sociale

4.1 Impiego del tempo

Significato. Per valutare l'impiego del tempo l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica, "Cambiamenti nei tempi di vita ed attività del tempo libero", prende in esame l'organizzazione e la distribuzione delle attività principali svolte nell'arco delle 24h di un giorno medio settimanale. Tali attività comprendono: il tempo fisiologico, l'istruzione e la formazione, il lavoro, il lavoro familiare, il tempo libero e gli spostamenti.

In particolare, sono stati analizzati due indicatori relativi alla durata media generica ed alla durata media specifica. Il primo esprime le modalità di ripartizione del tempo (in ore e minuti) dell'intera popolazione in esame, per cui la somma delle durate è pari alle 24h. In questo modo è possibile ricavare la composizione percentuale delle attività svolte nell'arco di una giornata, utile al confronto tra i generi. Il secondo, invece, prende in considerazione la ripartizione del tempo riferita a quella parte di popolazione effettivamente impegnata nelle attività considerate (per cui non è possibile fare la somma).

Ad esempio, nel caso del tempo fisiologico le due durate sono sovrapponibili, poiché svolte da tutti gli intervistati durante la giornata, mentre il grado di coinvolgimento delle persone ad attività lavorative può variare notevolmente riflettendosi, quindi, in durate differenti.

Attività	Maschi	Femmine
TEMPO FISIOLÓGICO		
M.g.	12,31	12,20
M.s.	12,31	12,20
ISTRUZIONE E FORMAZIONE		
M.g.	0	0
M.s.	-	-
LAVORO		
M.g.	0,21	0,04
M.s.	6,46	6,05
LAVORO FAMILIARE		
M.g.	2,32	4,52
M.s.	3,01	5,16
TEMPO LIBERO		
M.g.	7,31	6,06
M.s.	7,33	6,09
SPOSTAMENTI		
M.g.	1,04	0,38
M.s.	1,18	0,56
NON INDICATO		
M.g.	0,01	0,01
M.s.	0,46	0,45

► **Tab. 1**

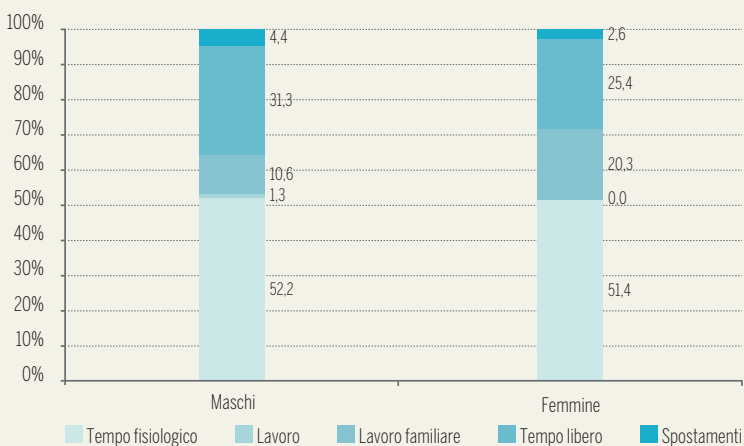
Durata media generica e specifica (in ore e minuti) delle attività principali svolte dalla popolazione di 65 anni e oltre in un giorno medio settimanale per genere – Anni 2008-2009

Legenda

M.g. = durata media generica; M.s. = durata media specifica

Fonte dei dati

Istat. Indagine Multiscopo "Cambiamenti nei tempi di vita ed attività del tempo libero". Anno 2011

► **FIG. 1**

Composizione percentuale delle 24 ore di un giorno medio settimanale della popolazione di 65 anni e oltre per genere – Anni 2008-2009

Fonte dei dati

Istat. Indagine Multiscopo "Cambiamenti nei tempi di vita ed attività del tempo libero". Anno 2011

Analisi dei dati Relativamente alla distribuzione del tempo nel corso della giornata, le persone anziane destinano una quantità maggiore alle attività fisiologiche con una durata pari a 12h31' per il genere maschile e 12h20' per quello femminile.

Inoltre, negli anziani pesa in modo considerevole la quantità di tempo libero a disposizione pari a 7h31' negli uomini e 6h06' nelle donne, con un notevole svantaggio femminile. Incide, in tal senso, una diversa distribuzione del lavoro familiare che assorbe il 10,6% della giornata negli anziani, rispetto al 20,3% nelle coetanee maggiormente impegnate nella gestione familiare.

Per quanto riguarda l'istruzione e la formazione non sorprende che gli anziani non siano impegnati in tali attività, mentre, soltanto per gli uomini, una minima quota di tempo è dedicata all'attività lavorativa, pari a 21'.

Parte II

Rischi per la salute e assistenza sanitaria

5. Reti sociali

5.1 Supporto delle reti sociali alle famiglie con anziani

Significato. Negli ultimi anni è tornata a essere diffusa l'espressione "rete sociale", che viene utilizzata in varie discipline nel campo delle scienze umane per indicare un insieme di situazioni che comprendono relazioni di tipo affettivo, amicale, lavorativo, economico o sociale.

Un processo d'invecchiamento in buone condizioni è associato a determinanti come stili di vita e sviluppo di relazioni all'interno delle cosiddette reti sociali.

Esistono numerose difficoltà da parte della rete di servizi istituzionali (malgrado una crescente differenziazione delle prestazioni) a provvedere, con risposte sempre più diversificate, ai bisogni individuali e collettivi complessi, spesso immateriali e soggettivi. Tali difficoltà si riflettono come fattori cruciali che pesano sul funzionamento dell'attuale *welfare state* socio-assistenziale.

All'interno di una prospettiva di *welfare society*, il benessere della collettività e dell'individuo è la risultante dell'azione di un insieme di attori facenti parte di una società vista come "rete", e il funzionamento dei singoli "nodi" dipende dal funzionamento degli altri.

Tipologie familiari	Famiglie che hanno dato aiuti			Famiglie che hanno ricevuto aiuti		
	1983	1998	2003	1983	1998	2003
Famiglie con almeno un anziano e senza bambini	26	25	26	31	16	18
Un componente	18	17	17	49	24	28
Due componenti	26	27	29	29	12	14
Tre componenti e più	34	34	39	16	10	8

► **Tab. 1**

Percentuale di famiglie che nelle ultime 4 settimane hanno ricevuto almeno un aiuto per tipologia familiare - Anni 1983, 1998, 2003

Fonte dei dati

Istat. Famiglia in cifre. Anno 2010

Regioni	Famiglie aiutate con almeno una persona di 65 anni ed oltre	Famiglie aiutate con almeno una persona di 80 anni ed oltre
Piemonte	15,1	38,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,9	14,3
Lombardia	15,9	29,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	20,5	27,2
<i>Trento</i>	18,3	22,8
Veneto	17,8	35,8
Friuli Venezia Giulia	16,3	21,3
Liguria	15,2	28,5
Emilia-Romagna	23,1	32,9
Toscana	17,6	33,5
Umbria	19,6	37,6
Marche	22,0	36,5
Lazio	19,1	23,1
Abruzzo	16,4	23,8
Molise	16,2	24,7
Campania	21,7	35,7
Puglia	21,9	30,2
Basilicata	18,9	37,9
Calabria	19,2	34,3
Sicilia	19,0	31,4
Sardegna	22,6	37,0
Italia	18,6	31,7

► **Tab. 2**
Percentuale di famiglie che nelle ultime 4 settimane hanno ricevuto almeno un aiuto per tipologia familiare e regione – Anno 2003

Fonte dei dati
Istat. Famiglia in cifre. Anno 2010

Analisi dei dati Tra le famiglie che nelle ultime 4 settimane hanno dato aiuti, la percentuale di quelle con almeno un anziano e senza bambini, dal 1983 al 2003, è rimasta costante (26%), mentre quelle che hanno ricevuto aiuti, nel tempo, riportano un decremento di circa il 42%, passando dal 31% del 1983 al 18% nel 2003. Considerando le altre tipologie familiari oggetto dello studio, tra le famiglie che offrono aiuti, negli anni considerati e all'aumentare del numero di componenti, si osserva un incremento, ad eccezione del gruppo “Un componente”, mentre tra le famiglie che ricevono aiuti si registra una diminuzione.

A livello regionale (Tab. 2), tra le famiglie con almeno una persona di 65 anni e oltre che ricevono aiuti, l'Emilia-Romagna risulta essere la regione con la percentuale più alta (23,1%), mentre tra quelle con una persona di 80 anni ed oltre è il Piemonte (38,4%). Al contempo, i valori più bassi, per entrambe le tipologie familiari, si riscontrano in Valle d'Aosta (65 anni e oltre: 12,9%; 80 anni ed oltre: 14,3%).

5. Reti sociali

5.2 Supporto delle famiglie

Significato. La pluralità dei bisogni e le conseguenti risposte insieme a una sempre maggiore specializzazione tecnica dell'offerta, portano a una soglia oltre la quale le prestazioni non riescono a mantenere una valenza comunicativa e di senso colma di calore umano e di affettività. Tale dimensione connota le risposte che vengono fornite ai bisogni individuali di aiuto concreto e psicologico dalle reti sociali primarie (principalmente dalla famiglia). Sono proprio queste reti che, legittimate da legami naturali e motivazionali, sviluppano una forma di lavoro sociale.

Il potenziamento di una rete informale pone al centro del sistema "comunità locale" la famiglia, comportando un coinvolgimento maggiore sia nella programmazione che nella gestione dei servizi.

A tal proposito, la soddisfazione delle relazioni familiari assume un peso rilevante ai fini di una valutazione e al riassetto dell'offerta con sistemi d'incentivazione per le reti sociali informali.

Regioni	Persone molto o abbastanza soddisfatte
Piemonte	85,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	90,9
Lombardia	88,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	87,1
<i>Trento</i>	91,9
Veneto	88,3
Friuli Venezia Giulia	88,1
Liguria	84,4
Emilia-Romagna	88,4
Toscana	81,4
Umbria	87,8
Marche	83,4
Lazio	84,3
Abruzzo	88,7
Molise	84,9
Campania	85,2
Puglia	79,1
Basilicata	86,8
Calabria	88,1
Sicilia	81,7
Sardegna	90,7
Italia	85,6

► **Tab. 3**

Percentuale di persone di 65 anni e oltre che vivono sole, molto o abbastanza soddisfatte delle relazioni familiari per regione – Anni 2008-2009

Fonte dei dati

Istat. Famiglia in cifre. Anno 2010

Analisi dei dati Come riportato nella Tabella 3, complessivamente, le persone sole di 65 anni e oltre che risultano essere molto o abbastanza soddisfatte delle relazioni familiari sono l'85,6%.

A livello territoriale, la PA di Trento si caratterizza per un'elevata percentuale di anziani soddisfatti (91,9%), assieme a Valle d'Aosta (90,9%) e Sardegna (90,7%).

Al contrario, i valori minori ed inferiori al dato nazionale si osservano nella maggior parte delle regioni del Centro-Sud. In particolare, la Puglia risulta essere la regione con la percentuale inferiore (79,1%), seguita da Toscana (81,4%), Sicilia (81,7%), Marche (83,4%) e Lazio (84,3%).

5. Reti sociali

5.2 Partecipazione alle reti sociali

Significato. Una rete sociale consta di un gruppo di persone legate tra loro da diverse relazioni sociali e risulta essere un fondamentale supporto relativamente alla salute fisica e mentale dei soggetti, agendo sia in ambito preventivo che come ammortizzatore. Tale tipo di sostegno sembra essere particolarmente significativo per le persone non autosufficienti o per le cosiddette fasce deboli.

La pluralità di potenziali servizi di assistenza presenti nel contesto in cui ci troviamo, genera difficoltà nella realizzazione di una combinazione tra servizi formali ed informali (culturali, relazionali etc.).

Malgrado la rilevante funzione di supporto svolta dalle reti informali, spesso queste non sono riconosciute dai servizi formali e sono considerate come vere alternative. Un esempio, potrebbe essere rappresentato dal terzo settore (di cui fa parte il volontariato) che non viene considerato quando il problema viene fronteggiato dalla famiglia e sussiste la presenza di una rete formale; viceversa, nel caso in cui non siano disponibili reti primarie il disagio viene fronteggiato dal terzo settore.

Regioni	Conta sui familiari		Conta sugli amici		Conta sui vicini		Conta sui volontari		Conta su altre persone	
	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+	65-74	75+
Piemonte	879	664	603	390	526	376	144	108	100	95
Valle d'Aosta	181	149	130	88	109	81	43	29	33	24
Lombardia	1.200	985	634	425	594	500	209	152	121	123
<i>Bolzano-Bozen</i>	198	165	127	81	112	89	67	68	34	39
<i>Trento</i>	182	135	126	87	111	75	20	14	24	15
Veneto	727	627	415	260	389	309	119	71	59	73
FVG	384	366	218	146	167	171	40	31	19	45
Liguria	449	427	304	233	259	228	51	35	41	41
Emilia-Romagna	826	754	453	342	373	368	109	86	47	82
Toscana	751	720	503	387	481	407	190	197	91	112
Umbria	309	292	221	173	171	157	38	32	25	23
Marche	458	464	244	216	245	248	97	89	55	68
Lazio	609	529	414	298	374	303	64	68	75	103
Abruzzo	446	474	307	283	275	293	59	43	48	44
Molise	276	243	185	157	189	162	19	21	21	33
Campania	866	718	551	388	597	496	107	76	125	107
Puglia	729	616	387	332	438	397	61	57	60	81
Basilicata	309	242	221	155	207	159	65	41	57	39
Calabria	457	382	338	255	332	281	45	41	58	52
Sicilia	653	633	413	386	405	398	41	57	48	79
Sardegna	535	401	347	229	317	260	137	104	90	81
Italia	11.424	9.986	7.141	5.311	6.671	5.758	1.725	1.420	1.231	1.359

► **Tab. 4**
Anziani (valore assoluto) che possono contare su familiari, amici, vicini, volontari ed altre persone, per classe di età e regione – Anno 2005

Fonte dei dati
Istat. Indagine Multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anno 2007

Analisi dei dati Dai dati dell’Indagine Multiscopo dell’Istituto Nazionale di Statistica, “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, emerge che gli anziani ed i molto anziani reputano più probabile in caso di necessità il poter contare sui propri familiari (21.410 soggetti; 11.424 di 65-74 anni e 9.986 di 75 anni ed oltre) ed a seguire sugli amici (12.452 soggetti: 7.141 di 65-74 anni e 5.311 di 75 anni ed oltre), sui vicini di casa (12.429 soggetti: 6.671 di 65-74 anni e 5.758 di 75 anni ed oltre), sui volontari (3.145 soggetti: 1.725 di 65-74 anni e 1.420 di 75 anni ed oltre) ed, infine, su altre persone (2.590 soggetti: 1.231 di 65-74 anni e 1.359 di 75 anni ed oltre).

Nello specifico, su un campione di circa 25.000 soggetti di 65-74 anni, le persone che ritengono di poter contare sugli amici sono maggiori, rispetto alla classe di età 75 anni ed oltre. Analoga situazione si riscontra per familiari e vicini di casa, ad eccezione, per entrambe le categorie considerate, delle Marche e dell’Abruzzo. Come nelle precedenti tipologie, anche per quanto riguarda i volontari, nella classe di età 65-74 anni, i valori risultano superiori rispetto alla classe dei molto anziani, ad eccezione della PA di

Bolzano, della Toscana, del Lazio, del Molise e della Sicilia. Relativamente al poter contare su altre persone (presumibilmente rappresentate dalle badanti), invece, da sottolineare è l'inversione di tendenza in quanto, i valori che si osservano nella fascia di età 75 anni ed oltre risultano, nella maggior parte delle regioni, superiori rispetto alla classe di età 65-74 anni.

6. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

6.1 Fumo di tabacco

Significato. Il fumo di tabacco è una causa nota di patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, comprese diverse forme di cancro.

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, ma non va dimenticato che anche il fumo passivo può rappresentare un pericoloso fattore di rischio.

Secondo il Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di attuazione delle politiche globali di controllo del tabacco, il fumo uccide circa 6 milioni di persone ogni anno e causa, in tutto il mondo, centinaia di miliardi di dollari di danni alle economie. È stato stimato, inoltre, che, nel 2030, più di 8 milioni di persone moriranno ogni anno a causa del fumo.

In base ai dati del sondaggio di Eurobarometro sul consumo di tabacco, si stima che i fumatori saranno in calo rispetto agli ultimi anni, di circa 10,8 milioni di persone; tuttavia, in Italia fuma ancora quasi 1 persona su 4, prevalentemente giovani di 25-34 anni, ed il 76,2% di coloro che continuano a fumare non intende cambiare le proprie abitudini; nonostante le campagne antifumo e la crisi economica, infatti, il numero medio di sigarette fumate al giorno, a livello nazionale, è rimasto di circa 13 sigarette.

Lo studio dei dati di prevalenza sul consumo di tabacco permette di misurare il fenomeno nella popolazione e d'individuare adeguate politiche sanitarie che prevedano attività di prevenzione e di controllo, in particolare in determinati gruppi a rischio: giovanissimi ed anziani.

Per ampliare e valorizzare sia l'offerta delle opportunità per smettere di fumare che i programmi di educazione alla salute, è necessario un maggiore sforzo.

▼ Tab. 1

Prevalenza (per 100) di persone per abitudine al fumo e numero medio di sigarette fumate al giorno per classe di età e genere – Anno 2010

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Sticchi, Alberti, Icardi, Durando, Ansaldo, Crovari – Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010

Classi di età	Maschi				Femmine				Totale			
	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio di sigarette al giorno	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio di sigarette al giorno	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	N medio di sigarette al giorno
65-74	17,5	53,6	27,4	14,2	10,5	16,9	71,1	10,6	13,7	33,5	51,3	12,6
≥75	9,9	59,9	27,7	11,1	3,8	12,4	82,0	9,7	6,2	31,2	60,6	10,6

Analisi dei dati Riguardo l'abitudine al fumo di tabacco, nel 2010, la quota di fumatori (con età >14 anni) in totale è stata del 22,8% e si è mantenuta stabile negli ultimi anni. Da sottolineare sono le differenze di genere. Infatti, la quota di uomini che fumano è pari al 29,2% - diminuita dal 2001 di circa il 2% - mentre quella delle fumatrici si mantiene invariata, pari al 16,9% (dati non mostrati in tabella).

Come si evince dai dati presenti in Tabella 1, nelle età più avanzate l'abitudine al fumo diminuisce in entrambi i generi anche se, complessivamente, si mantiene su valori abbastanza elevati (65-74 anni: 13,7%; 75 anni ed oltre: 6,2%). Nello specifico, la percentuale di fumatori tra i 65-74 anni si attesta al 17,5% negli uomini ed al 10,5% nelle donne, mentre tra i più anziani (75 anni ed oltre) le percentuali si riducono, rispettivamente, al 9,9% ed al 3,8%.

Inoltre, con l'avanzare dell'età aumentano i non fumatori e diminuisce il numero medio di sigarette fumate. Infatti, oltre i 75 anni di età i non fumatori costituiscono il 60,6% ed il numero medio di sigarette fumate al giorno è di 10,6.

6. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

6.2 Consumo di alcol

Significato. L'esposizione al consumo di alcol è di per sé un indicatore di rischio per la salute per cui è necessaria un'analisi dettagliata delle quantità di alcol assunte, della frequenza delle occasioni di consumo, nonché delle occasioni di consumo rischioso o dannoso.

Possono essere considerati a rischio: le donne che consumano più di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche-UA); gli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA); tutti i giovani di età <16 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche; i giovani tra i 16-18 anni che consumano più di 1 UA al giorno e gli anziani di 65-74 e 75 anni ed oltre che eccedono il consumo di 1 UA al giorno. Sono da considerarsi ugualmente a rischio gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*).

Il consumo pro capite ha raggiunto, da anni, un *plateau* e si è osservato come il vero ostacolo all'implementazione di strategie di riduzione del consumo rischioso sia costituito dallo zoccolo duro dei consumatori a rischio. Infatti, nonostante vengano attuate, sia a livello regionale che nazionale, delle campagne di sensibilizzazione e di prevenzione alcol correlata, i trend di un possibile *outcome* positivo o di successo nel contrasto al rischio alcol sono ancora insoddisfacenti e restano elevate la mortalità (oltre 20.000 decessi/anno per uso di alcol), la morbosità (137 ricoveri per 100.000 abitanti/anno per cause totalmente attribuibili all'alcol), la disabilità e l'invalidità nella popolazione lavorativa, con ingenti problemi sociali oltre che di salute, ed il numero di alcol dipendenti (oltre 67.000).

Regioni	65-74			75+		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-VdA	53,0	17,6	33,8	47,3	8,4	23,3
Lombardia	49,0	15,1	30,8	45,8	7,1	21,1
Trentino-Alto Adige*	42,3	12,9	26,7	40,1	9,8	20,9
Veneto	55,9	20,6	38,3	47,3	10,4	22,7
Friuli Venezia Giulia	53,6	26,0	38,2	43,1	12,8	24,3
Liguria	51,7	15,7	31,7	46,1	11,5	24,6
Emilia-Romagna	47,6	17,5	31,0	45,8	11,6	25,1
Toscana	53,4	22,3	37,7	37,7	14,4	22,8
Umbria	47,9	15,3	30,7	34,5	-	16,0
Marche	51,4	10,6	30,2	34,2	9,1	18,5
Lazio	46,5	10,9	27,0	37,1	12,9	22,3
Abruzzo	52,7	4,9	27,7	42,5	4,6	19,2
Molise	55,8	15,7	34,4	49,3	8,9	24,7
Campania	44,9	10,5	26,5	37,4	6,2	17,8
Puglia	42,7	9,1	23,9	42,5	4,7	20,4
Basilicata	49,7	12,4	30,4	48,7	-	21,7
Calabria	38,6	7,6	22,5	37,7	-	16,4
Sicilia	26,4	6,3	15,5	24,3	2,7	11,5
Sardegna	54,0	10,4	30,4	39,5	-	16,6
Italia	47,7	14,1	29,7	40,7	8,4	20,6

► Tab. 2

Prevalenza (per 100) di consumatori a rischio (criterio ISS) di 65-74 e di 75 anni e oltre per genere e regione - Anno 2009

- = dato non disponibile.

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 - Scafato, Ghirini, Galluzzo, Martire, Rossi, Parini, Di Pasquale, Gandin - Elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e del WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010

Analisi dei dati In Italia, la prevalenza dei consumatori, nell'anno 2009, ha raggiunto il 68,5% con un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni settentrionali (dati non presenti in tabella).

Dall'analisi dei dati si riscontra che la prevalenza dei consumatori a rischio è statisticamente più elevata tra gli uomini che tra le donne. In particolare, nella classe di età 65-74 anni la prevalenza dei consumatori anziani a rischio è stata, nel 2009, pari a 47,7% per gli uomini ed a 14,1% per le donne, mentre oltre i 75 anni le percentuali sono state, rispettivamente, del 40,7% e dell'8,4% (Tab. 2).

Gli anziani, a differenza dei giovani che sono maggiormente coinvolti nell'intossicazione occasionale attuata fuori dai pasti (*binge drinking*), sono caratterizzati dall'eccedenza quotidiana di consumo di vino contestualizzata in ambito alimentare.

Il poli-consumo giovanile ed il rischio mono-bevanda degli anziani non possono, ovviamente, essere affrontati allo stesso modo. Occorre, infatti, promuovere la riduzione dell'uso di bevande alcoliche da parte di minori e giovanissimi ed attuare una forte iniziativa d'informazione e sensibilizzazione tra gli anziani, favorendo la diffusione di notizie valide e corrette, soprattutto sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino ai pasti.

6. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

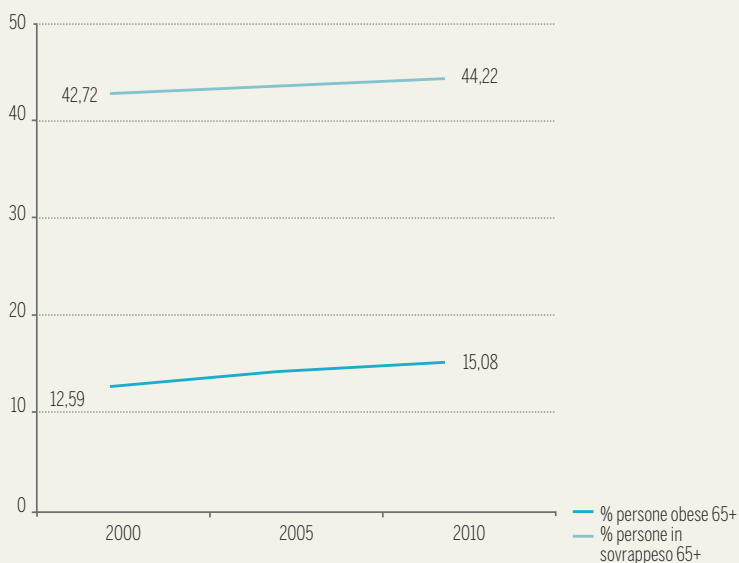
6.3 Sovrappeso ed obesità

Significato. Il tema del sovrappeso e dell'obesità è importante in quanto la loro diffusione rappresenta sempre più un problema di Sanità Pubblica a livello mondiale che impatta, in maniera rilevante, sui sistemi sanitari nazionali. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sono 1,5 miliardi gli adulti di età >20 anni in sovrappeso; di questi sono obesi circa 200 milioni di uomini e 300 milioni di donne.

La condizione di eccesso ponderale rappresenta il quinto fattore di rischio per i decessi a livello mondiale, causando ogni anno la morte di circa 2,8 milioni di adulti; l'aumento di peso è, infatti, strettamente correlato alle patologie cardio e cerebrovascolari che sono fra i fattori responsabili di disabilità fisica e di disturbi della capacità cognitiva e continuano a rappresentare alcune tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità incidendo, in maniera significativa, sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Nello specifico, l'obesità risulta essere responsabile del 2-8% dei costi sanitari e del 10-13% dei decessi nella popolazione europea.

Infine, è da notare l'effetto sempre più concreto e diretto che la crisi economica sta avendo sulla qualità della dieta e, di conseguenza, indirettamente sull'aumento del numero delle persone in eccesso ponderale: infatti, analizzando i dati sui consumi alimentari per tipologia di alimento, nel 2009, la percentuale di persone che hanno assunto almeno "5 o più porzioni al giorno di ortaggi, frutta e verdura" (indicatore obiettivo) (4,8%) è diminuita rispetto al 2008 dello 0,9%, a conferma del peggioramento nella qualità della dieta.

Alla luce di quanto detto, appare fondamentale, quindi, attraverso i numerosi sistemi di sorveglianza epidemiologica operanti sul territorio, monitorare la prevalenza dell'eccesso ponderale nelle diverse regioni e nelle diverse fasce di età per un'attenta analisi dei risultati, nonché programmare adeguate iniziative di comunicazione rivolte a specifici gruppi di popolazione che, nel nostro studio, riguardano la popolazione anziana e molto anziana.



► **FIG. 1**
Percentuale di persone in sovrappeso ed obese per classe di età – Anni 2000, 2005, 2010

Fonte dei dati
Istat. Health For All-Italia. Giugno 2012

Regioni	Sovrappeso			Obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	49,53	36,05	41,81	7,75	12,43	10,43
Valle d'Aosta	44,72	39,29	41,61	17,80	7,98	12,18
Lombardia	48,25	33,32	39,58	15,35	15,19	15,26
<i>Bolzano-Bozen</i>	48,39	43,62	45,68	10,32	9,21	9,69
<i>Trento</i>	46,74	37,67	41,45	13,23	10,88	11,86
Veneto	54,24	38,71	45,28	14,12	15,67	15,02
Friuli Venezia Giulia	58,00	42,01	48,67	12,18	15,62	14,19
Liguria	48,23	30,82	38,01	8,36	14,80	12,14
Emilia-Romagna	52,65	38,36	44,46	13,74	14,58	14,22
Toscana	47,08	40,90	43,52	13,72	12,10	12,79
Umbria	56,07	45,15	49,82	14,84	15,38	15,15
Marche	59,44	43,20	50,16	16,25	13,98	14,96
Lazio	46,39	37,59	41,31	13,61	15,64	14,78
Abruzzo	56,35	39,16	46,56	16,64	18,42	17,65
Molise	62,74	46,85	53,61	15,18	15,22	15,20
Campania	52,01	45,57	48,29	19,57	16,76	17,95
Puglia	57,25	45,79	50,72	19,11	20,11	19,68
Basilicata	58,27	42,25	49,23	16,61	13,07	14,62
Calabria	51,35	41,31	45,70	14,02	18,77	16,69
Sicilia	52,58	40,08	45,45	15,47	18,25	17,05
Sardegna	50,89	39,71	44,55	15,61	18,42	17,21
Italia	51,33	38,96	44,22	14,45	15,55	15,08

► **Tab. 3**
Percentuale di persone di età 65 anni e oltre in sovrappeso ed obese per regione – Anno 2010

Fonte dei dati
Istat. Health For All-Italia. Giugno 2012

Analisi dei dati La percentuale di persone in sovrappeso ed obese aumenta, proporzionalmente, con l'età per poi diminuire lievemente negli anziani. Tuttavia, tenendo in considerazione il periodo 2000-2010 (Fig. 1), la percentuale di persone anziane in sovrappeso ed obese è aumentata progressivamente (persone in sovrappeso: 42,72% vs 44,22%; persone obese: 12,59% vs 15,08%). Nel 2010, si conferma il gradiente Nord-Sud, con le regioni meridionali più colpite, in particolare, Molise e Puglia per quanto riguarda il sovrappeso (rispettivamente, 53,61% e 50,72%), mentre Puglia, Campania ed Abruzzo per quanto riguarda l'obesità (rispettivamente, 19,68%, 17,95% e 17,65%).

Al contrario, la Liguria (38,01%) e la Lombardia (39,58%) presentano le percentuali più basse in termini di sovrappeso (Tab. 3), invece, la PA di Bolzano (9,69%) ed il Piemonte (10,43%) registrano le migliori percentuali in termini di obesità.

In termini di differenze di genere, fra gli anziani, la percentuale di persone in sovrappeso è più alta fra gli uomini (51,33% vs 38,96%), mentre l'obesità è più diffusa tra le donne (15,55% vs 14,45%).

Nutrizione e invecchiamento: la sarcopenia

*A cura del Prof. Francesco Landi**

La sarcopenia è una sindrome correlata all'età caratterizzata dalla perdita progressiva e generalizzata della massa muscolare e della forza fisica, che di solito comincia a manifestarsi intorno ai 40-50 anni di età e colpisce, approssimativamente, il 30% degli adulti sopra i 60 anni ed il 50% degli anziani sopra gli 80 anni (per una stima di oltre 5 milioni di persone in Italia). A 50 anni molte persone hanno già perso il 10% della loro massa muscolare e più del 30% entro i 70 anni. Tutto questo si traduce nel progressivo declino della forza muscolare e della performance fisica tanto che la sarcopenia è la principale causa d'invalidità e debolezza nell'anziano. L'importanza di rallentare e trattare la perdita di massa muscolare correlata all'età (sarcopenia) è fondamentale e deve tenere conto di un'alimentazione completa e bilanciata e, laddove necessario, dell'uso di supplementi nutrizionali orali, uniti ad una regolare attività fisica per mantenersi attivi e godere di buona salute.

Mantenere la massa muscolare è essenziale per sostenere il metabolismo, le difese immunitarie, la forza fisica e la vitalità. La sarcopenia è un processo insidioso e progressivo correlato con l'età che può essere prevenuto attraverso un adeguato apporto proteico e l'attività fisica. L'assunzione corretta di aminoacidi ad ogni pasto è una condizione fondamentale per riattivare la sintesi proteica muscolare ad ogni età. Infatti, la sarcopenia si previene, innanzitutto, adottando, fin dalla giovane età, un regime alimentare completo e bilanciato ed attraverso la pratica regolare di un'attività fisica in quanto, come per l'osso, più si raggiunge un picco di massa muscolare elevato, fino a 35-40 anni di età, maggiore è la probabilità di contrastarne la perdita poiché si parte da un livello di massa più elevato.

L'esercizio può essere di tipo aerobico: passeggiata, corsa leggera, nuoto, bicicletta, ma anche di controresistenza, ovvero sollevamento di piccoli pesi con l'ausilio di macchine ed attrezzi in palestra. Inoltre, il muscolo necessita di un rapporto appropriato di equilibrio tra sintesi e degradazione di proteine nelle cellule, attraverso l'introito giornaliero equilibrato di proteine con l'alimentazione.

*Prof. Francesco Landi, Istituto di Medicina Interna e Geriatria, Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

6. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

6.4 Attività fisica

Significato. L'attività fisica, intesa come circa 30 minuti di movimento (cammino, nuoto, bicicletta etc.) al giorno, per almeno cinque volte a settimana, oppure come attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni, rappresenta un elemento imprescindibile nella prevenzione e nella promozione della salute. Le persone fisicamente attive, rispetto a quelle sedentarie, presentano un minor rischio di sviluppare condizioni disabilitanti e malattie croniche come ipertensione, ictus cerebrale, malattia coronarica, diabete di tipo 2, sindrome metabolica ed alcuni tipi di tumori come quello del colon e del polmone.

Inoltre, nelle donne, l'attività fisica comporta una riduzione dei livelli ormonali, abbassa i livelli d'insulina e facilita il mantenimento di un indice di massa corporea normale, evitando l'accumulo di grasso. Per questa influenza sui livelli e sul metabolismo degli ormoni, l'attività fisica nelle donne si associa ad una riduzione del rischio di cancro del seno e dell'endometrio. Negli anziani, a tali vantaggi, si aggiungono anche quelli di un minor rischio di cadute e di una migliore funzione cognitiva.

Mediamente, nel mondo, il 28% degli uomini ed il 34% delle donne sono fisicamente inattive e ciò si ripercuote sull'incidenza sia dei *Disability Adjusted Life Years*, ossia gli anni di vita persi a causa di disabilità, sia dei decessi: la sedentarietà è considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il quarto tra i fattori di rischio per la mortalità, con circa 3,2 milioni di decessi annui.

È quindi fondamentale intervenire sui fattori di rischio comportamentali come l'attività fisica e monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici, cercando di misurare il fenomeno nella popolazione al fine d'individuare gli interventi di promozione della salute più adeguati.

Classi di età	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
65-74	11,3	6,7	41,2	40,6	0,2
>75	5,3	2,3	33,4	58,5	*
Femmine					
65-74	8,5	4,2	34,6	52,4	0,3
>75	2,2	1,8	20,9	74,5	0,5
Totale					
65-74	9,8	5,3	37,6	47,1	0,3
>75	3,5	2,0	25,9	68,2	0,4

► **Tab. 4**
Prevalenza (per 100) di persone che praticano sport o attività fisica per classe di età e genere – Anno 2010

*Dato non attendibile

Fonte dei dati
Rapporto Osservasalute 2011 – Sticchi, Alberti, Icardi, Durando, Ansaldo, Crovari – Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2010

Analisi dei dati Secondo l’Indagine Multiscopo sulle famiglie, “Aspetti della vita quotidiana”, condotta dall’Istituto Nazionale di Statistica nel 2010, per quanto riguarda lo sport e l’attività fisica il 22,8% della popolazione italiana dichiara di praticare con continuità, nel tempo libero, uno o più sport; il 10,2% afferma di praticarlo in modo saltuario; il 28,2% dichiara di svolgere qualche attività fisica (fare passeggiate per almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta etc.), mentre il 38,3% sono i soggetti sedentari, cioè coloro che non svolgono né uno sport né un’attività fisica (dati non presenti in tabella).

L’indagine ha rivelato che, con l’avanzare dell’età diminuisce l’interesse per lo sport, ma cresce quello per l’attività fisica. Infatti, nella classe di età 65-74 anni le percentuali di coloro che dichiarano di svolgere “Sport in modo continuativo” oppure “Sport in modo saltuario” sono relativamente basse (rispettivamente, 9,8% e 5,3%) rispetto al dato di coloro che dichiarano di svolgere “Qualche attività fisica” (37,6%) (Tab. 4). Analoga situazione si riscontra nella classe di età 75 anni ed oltre in cui, però, si registrano percentuali minori. Inoltre, in ambedue le classi di età considerate, aumentano i soggetti sedentari.

L’analisi di genere mostra delle forti differenze, a svantaggio delle donne. Infatti, la percentuale di donne sedentarie, nella fascia di età 65-74 anni, è del 52,4% (vs il 40,6 degli uomini) e raggiunge un valore pari al 74,5% (vs il 58,5% degli uomini) nella fascia di età 75 anni ed oltre.

6. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

6.5 Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi ed alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione ed all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica.

La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target* indicati nella circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza", in particolare bambini ed anziani. Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, (la popolazione di 65-74 anni corrisponde al 10,3% della popolazione residente, mentre quella di 75 anni ed oltre al 10,0%), una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e complicate d'influenza ed alla riduzione della mortalità prematura.

In ambito europeo il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di 65 anni ed oltre ed alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso d'influenza con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra di ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità. Per raggiungere tali obiettivi si rende, però, necessario il raggiungimento di un'alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Vaccini individua in: 75% come obiettivo minimo perseguibile e 95% come obiettivo ottimale.

Per ottenere dati di copertura, per fascia di età, categoria *target* e tipo di vaccino somministrato è stato predisposto, a partire dalla stagione influenzale 2010-2011, un sistema informatizzato di registrazione della vaccinazione antinfluenzale

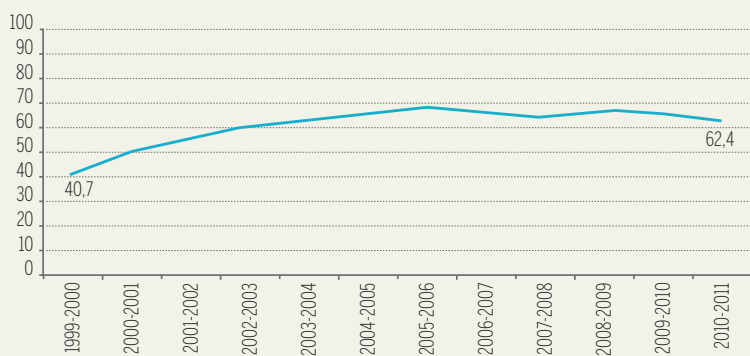
Regioni	65+
Piemonte	57,3
Valle d'Aosta	55,6
Lombardia	54,2
Bolzano-Bozen	44,5
Trento	61,8
Veneto	67,8
Friuli Venezia Giulia	62,4
Liguria	58,0
Emilia-Romagna	63,4
Toscana	68,8
Umbria	75,2
Marche	63,9
Lazio	64,1
Abruzzo	60,9
Molise	65,6
Campania	68,8
Puglia	71,7
Basilicata	63,6
Calabria	55,8
Sicilia	61,3
Sardegna	59,6
Italia	62,4

► **Tab. 5**

Tasso (per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella classe di età 65 anni ed oltre per regione – Stagione 2010/2011

Fonte dei dati

Elaborazioni Ministero della salute – ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province Autonome. Maggio 2012

► **FIG. 2**

Percentuale di persone in sovrappeso ed obese per classe di età – Anni 2000, 2005, 2010

Fonte dei dati

Elaborazioni Ministero della Salute – ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province Autonome. Maggio 2012

Analisi dei dati La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta al 17,9%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico (dati non riportati in tabella).

Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione raggiunge i valori considerati ottimali (95%) dal Piano Nazionale Vaccini e solo l'Umbria (75,2%) raggiunge il valore minimo raccomandato (75%). Dal confronto con la stagione 2009-2010 (dati non presenti in tabella) in tutte le regioni si è registrata una netta diminuzione eccetto in Campania, in cui la percentuale di copertura antinfluenzale è aumentata passando dal 63,4% al 68,8% (Tab. 5).

D'altra parte, negli anziani, il dato nazionale conferma il trend in calo della copertura vaccinale antinfluenzale che si attesta, nella stagione 2010-2011 al 62,4% (65,6% del 2009-2010); tale valore è di poco inferiore a quello registrato nella stagione 2003-2004, confermando l'effettiva stabilità negli ultimi anni, fatta eccezione per il picco di vaccinazioni registrato nella stagione 2005-2006 dovuto al condizionamento psicologico risultante dal rischio di pandemia dell'influenza aviaria A/H1N1 (Fig. 2).

L'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le percentuali di copertura vaccinali attualmente conseguite e l'obiettivo minimo, previsto dalla vigente circolare ministeriale, resta ancora lontano dall'essere raggiunto. Di conseguenza, occorre implementare gli interventi d'informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale e, nel caso dei bambini ai Pediatri di Libera Scelta, una maggiore prevenzione per le categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicità, l'aumento dei costi legati all'assistenza ed alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morte correlati all'influenza.

7. Malattie neurodegenerative e salute mentale

7.1 Ospedalizzazione per Parkinson ed Alzheimer

Significato. Le Malattie di Parkinson (MP) e le Malattie di Alzheimer (MA) sono i principali disordini neurodegenerativi la cui diffusione è legata al progressivo invecchiamento della popolazione. La MP, generalmente, colpisce ad un'età media di 55 anni ed è più comune sopra i 60 anni; tuttavia, molti casi sono diagnosticati intorno ai 40 anni o anche al di sotto.

Relativamente al genere, diversi studi epidemiologici europei ed americani hanno osservato un tasso d'incidenza della MP da 1,5 a 2 volte maggiore negli uomini rispetto alle donne, mentre la frequenza della malattia tende a diminuire dopo gli 85 anni.

La MA rappresenta il 50-60% dei casi di demenza nei Paesi occidentali e si stima che, in Italia, le persone colpite siano oltre 700 mila. Essendo una malattia progressiva e durevole (oltre 10 anni dalla diagnosi), che porta alla perdita delle autonomie del vivere quotidiano, richiede un'assistenza costante nel tempo con notevoli costi che, ad oggi, vengono sostenuti principalmente dalle famiglie.

Dato che nel nostro Paese la vita media si è allungata significativamente, si prevede un aumento dell'incidenza e della prevalenza di entrambe queste patologie neurodegenerative, che andranno a costituire una priorità socio-sanitaria per il servizio nazionale.

L'indicatore analizzato quantifica il ricorso al ricovero in acuzie, nel servizio pubblico e privato accreditato, dei pazienti affetti da MP e MA.

Regioni	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	11,30	9,08	10,02
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,29	12,20	12,13
Lombardia	13,23	11,10	11,98
<i>Bolzano-Bozen</i>	15,24	13,01	13,92
<i>Trento</i>	10,40	9,95	10,18
Veneto	10,01	8,04	8,88
Friuli Venezia Giulia	9,61	6,45	7,70
Liguria	11,77	10,88	11,30
Emilia-Romagna	12,14	9,94	10,89
Toscana	12,17	10,07	10,96
Umbria	11,21	9,87	10,47
Marche	16,78	15,16	15,84
Lazio	15,68	12,69	13,95
Abruzzo	13,66	10,98	12,18
Molise	10,01	9,96	10,01
Campania	9,74	8,21	8,87
Puglia	15,21	11,70	13,20
Basilicata	11,69	8,90	10,17
Calabria	8,76	6,64	7,60
Sicilia	12,40	9,98	11,02
Sardegna	10,66	11,85	11,41
Italia	12,37	10,25	11,15

► **Tab. 1**

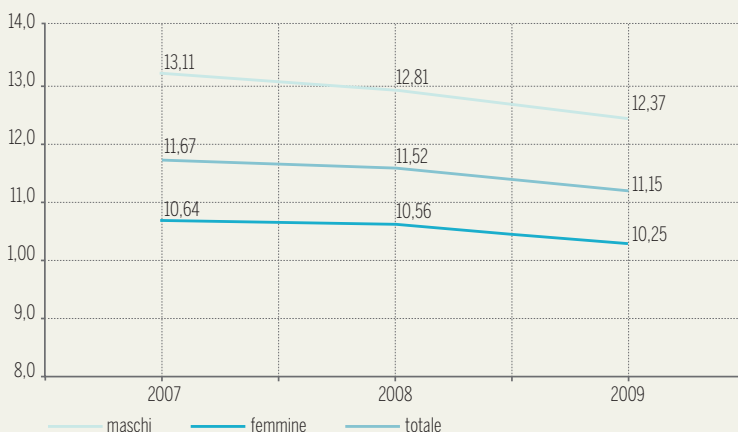
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, da istituti pubblici e privati accreditati, per genere e regione – Anno 2009

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Siliquini, Ferrara, Avolio – Ministero della Salute. SDO – Istat. Demografia in cifre. Anno 2011

► **FIG. 1**

Dimissioni ospedaliere per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer per genere – Anni 2007-2009

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Siliquini, Ferrara, Avolio – Ministero della Salute. SDO – Istat. Demografia in cifre. Anno 2011

Analisi dei dati Nel 2009, l'ospedalizzazione per MP e MA è pari a 11,15 (per 10.000) ricoveri, con valori che oscillano dal 15,84 (per 10.000) delle Marche al 7,60 (per 10.000) della Calabria (Tab. 1). Analoga distribuzione si conferma anche disaggregando i tassi per genere.

Nello specifico, dall'analisi emerge che gli uomini presentano, generalmente, valori più elevati delle donne, con le sole eccezioni della Valle d'Aosta e della Sardegna.

Dal confronto con gli anni precedenti (2007-2009) si evidenzia un trend pressoché stazionario che passa da 11,67 (per 10.000) a 11,15 (per 10.000), con una lieve flessione per gli uomini ed, in maniera meno accentuata, anche per le donne (Fig. 1).

Parkinson e senescenza: un destino fragile o un'occasione terapeutica?

*A cura del Prof. Alessandro Stefani**

La diffusione capillare del nostro Sistema Sanitario Nazionale, oltre alla disponibilità di agenti farmacologici affidabili, sta consentendo di gestire i primi anni della Malattia di Parkinson con discreta efficacia. Peraltro, l'adeguatezza dell'approccio tende a scemare con il tempo: in un decennio o poco oltre, fluttuazioni motorie, turbe della postura e deterioramento cognitivo diventano una sfida difficile da gestire e chiamano in gioco terapie più complesse.

Inoltre, con il progressivo allungamento della vita media, la nostra pratica quotidiana è affollata da soggetti che combattono la malattia nella loro ottava, nona decade di vita, o oltre, quando si paga dazio alla comorbidità.

In questo contesto, noi conosciamo pazienti più fortunati, con una progressione di malattia relativamente lineare e prevedibile o che beneficiano di un'assistenza sociosanitaria di eccellenza, di un conforto familiare ed affettivo costante; altri che difettano di tali supporti o che sono semplicemente sfortunati tanto da palesare in anticipo deficit della deglutizione per una più marcata atrofia del tronco, o intolleranza a dosi medio-alte di farmaci con conseguenti psicopatologie, o che sperimentano esiti invalidanti di cadute ripetute o una severa demenza precoce.

Queste ultime situazioni, appena tratteggiate, delineano i contorni di uno *status* di malignità; attestano una pericolosa accelerazione di patologie che sono sì, per definizione, croniche, ma che di fatto si acutizzano in forma di bisogni estremi: penosa qualità di vita, perdita di autonomia funzionale e sopravvivenza a rischio.

Tali riflessioni si sposano, poi, con un dato di fondo: siamo tutti consapevoli che i nostri figli e nipoti dirigeranno una società di anziani. Sappiamo, infatti, che proprio tra il 2030 ed il 2050 la quota degli *over 70* anni toccherà il suo acme e che l'incidenza di demenza supererà il terzo circa della popolazione. La combinazione di esiti invalidanti di patologie come il Parkinson e di specifici deficit della senescenza richiederanno, quindi, un cambio di prospettiva ed una revisione delle nostre attitudini. È probabile che saranno oggetto di riflessione gli stessi compiti delle famiglie, nell'accezione più ampia del concetto, che verrà implementata una rete assistenziale domiciliare e che saranno benvenute le collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e finanziamenti privati per implementare centri dedicati con *team* multidisciplinari (neurologi, geriatri, fisiatristi e psicologi). D'altro canto, anche l'*ageing*, di per sé, è un fenomeno fisiologico, che chiama in causa meccanismi di riparazione e di compenso; saranno gli stessi "vecchi", per certi aspetti, ad indicarci alcune strade più virtuose.

Quanto predetto contempla anche passaggi chiave per noi stessi operatori del settore; medici, produttori di presidi di cura ed autorità sanitarie sono tutte chiamate ad una nuova professionalità. Nessuno di noi è un semplice, tardivo testimone del crollo fisico e mentale del nostro interlocutore-paziente, non entriamo in gioco al capezzale del malato. Se è vero che i moderni strumenti diagnostici permettono, per esempio, d'identificare un Parkinson o un Alzheimer fin dagli albori, allora siamo testimoni di molti anni di quel declino ed abbiamo la responsabilità di partecipare a procedure ed a percorsi che non sono meramente emergenziali, ma anche di prevenzione, e se possibile di adattamento alle diverse fasi del male.

Questa digressione mira a ricordarci come proprio una conoscenza profonda dei nostri pazienti, a tutto tondo, è la premessa indispensabile affinché le scelte più appropriate siano prese. Solo autorità sanitarie accorte sapranno vigilare per tempo su possibili fragilità, riconoscendo i pazienti più a rischio e deliberando quando l'investimento oneroso, ma davvero decisivo per la vita dei nostri assistiti, vada compiuto.

**Prof. Alessandro Stefani, Responsabile del reparto Centro per il Parkinson del Policlinico Ospedaliero Universitario Tor Vergata*

7. Malattie neurodegenerative e salute mentale

7.2 Suicidi ed autolesione

Significato. Il suicidio è un fenomeno complesso condizionato da una molteplicità di fattori principalmente legati alla salute mentale: si stima, infatti, che oltre il 90% dei casi di suicidio sia associato a gravi disturbi mentali, quali psicosi schizofreniche, sindromi maniaco-depressive (disturbo bipolare) e depressioni maggiori ricorrenti. A questi fattori, però, si aggiungono altre determinanti relative alla sfera socio-relazionale ed al contesto culturale che possono comportare dei condizionamenti rilevanti nella vita degli individui, con una diversa intensità in base all'età.

Negli anziani, il fenomeno va letto secondo una duplice prospettiva; accanto ai motivi organici (perdita delle funzioni vitali etc.) pesa anche il disagio sociale legato a situazioni quali la solitudine, la vedovanza e la depressione.

Poiché la mortalità per suicidio ed autolesione rappresenta una delle tipologie di mortalità evitabile, tale indicatore andrebbe considerato in sede di programmazione regionale, con particolare riguardo alla disponibilità ed alla fruibilità dei servizi socio-sanitari per gli anziani e di assistenza psichiatrica territoriale.

Nell'analisi dei dati occorre, però, tenere in considerazione che il fenomeno è sicuramente sottostimato, poiché un certo numero di decessi viene attribuito ad incidenti di diversa natura e non sono inclusi i tentati suicidi.

Regioni	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	12,88	13,62	9,24
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,75	36,36	11,03
Lombardia	8,38	12,51	6,71
<i>Bolzano-Bozen</i>	16,49	21,52	10,69
<i>Trento</i>	0,60	13,38	8,80
Veneto	0,40	11,02	7,82
Friuli Venezia Giulia	13,50	8,03	6,74
Liguria	6,11	10,98	5,05
Emilia-Romagna	9,91	21,39	9,07
Toscana	9,56	17,37	7,56
Umbria	14,01	17,54	9,68
Marche	9,92	16,29	8,32
Lazio	7,48	9,78	5,01
Abruzzo	15,54	11,16	7,87
Molise	4,42	13,73	5,91
Campania	7,51	9,78	5,05
Puglia	7,57	10,26	5,48
Basilicata	15,04	11,93	7,28
Calabria	8,70	10,43	5,95
Sicilia	9,08	10,26	6,55
Sardegna	12,09	17,10	11,37
Italia	9,49	13,04	7,08

► **Tab. 2**

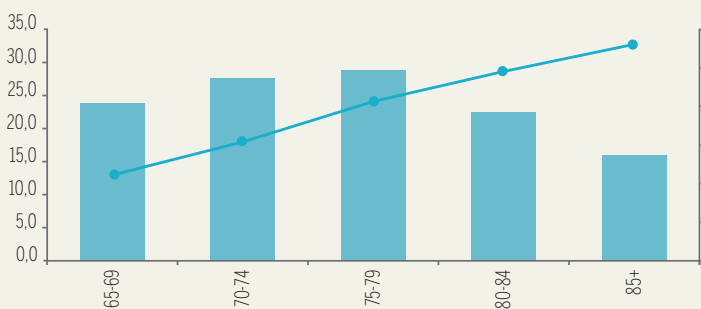
Tasso specifico e standardizzato di mortalità (valori medi annui per 100.000) per suicidio e regione – Anni 2007-2008

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione al Censimento 2001

Fonte dei dati

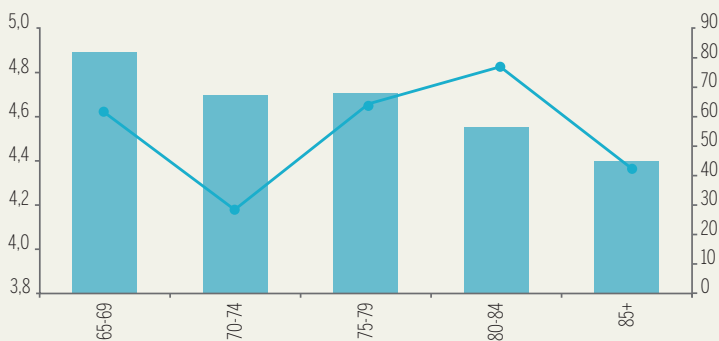
Rapporto Osservasalute 2011 – Vichi, Pompili, Ghirini, Siliquini – Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011

► **FIG. 2**

Numero di decessi e tasso specifico di mortalità (valori medi annui per 100.000) per suicidio e classe di età. Maschi – Anni 2007-2008

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Vichi, Pompili, Ghirini, Siliquini – Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011



► **FIG. 3**
 Numero di decessi e tasso specifico di mortalità (valori medi annui per 100.000) per suicidio e classe di età. Femmine – Anni 2007-2008

Fonte dei dati
 Rapporto Osservasalute 2011 – Vichi, Pompili, Ghirini, Siliquini – Elaborazioni ISS su dati Istat. Anno 2011

Analisi dei dati Nel biennio 2007-2008 il tasso specifico di mortalità per suicidi è stato di 9,49 (per 100.000) per la classe di età 65-74 anni e di 13,04 (per 100.000) per gli over 75enni (Tabella 2). A livello territoriale, l'indicatore presenta una variabilità abbastanza marcata con un *range* che va dal 16,49 (per 100.000) della PA di Bolzano al 4,42 (per 100.000) del Molise per la fascia di età 65-74 anni. Per la popolazione ultra 75enne spicca il tasso particolarmente elevato della Valle d'Aosta, pari a 36,36 (per 100.000), mentre il Friuli Venezia Giulia fa registrare la mortalità più bassa (8,03 per 100.000).

Relativamente ad entrambe le classi di età considerate, non si evidenzia un particolare gradiente Nord-Sud.

Disaggregando i dati per genere (Fig. 2 e 3) si conferma come la mortalità per suicidi ed autolesione vari in relazione all'età, con un aumento particolarmente accentuato per gli uomini dopo i 65 anni di età rispetto alle classi precedenti. Inoltre, in tutte le classi di età oggetto dello studio i tassi di mortalità si mantengono costantemente più elevati per il genere maschile che risulta, quindi, più colpito da tale fenomeno.

8. Assistenza territoriale

8.1 Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio offerto a supporto delle famiglie per l'assistenza a persone non autosufficienti, spesso anziani, o affette da patologie gravi.

A partire dalla sua emanazione (DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”), l'assistenza domiciliare ha subito un processo di progressiva articolazione e strutturazione per affrontare la sempre maggiore complessità dei bisogni e delle patologie: dall'iniziale ed esclusiva gestione delle cronicità è stata estesa alla gestione delle disabilità complesse (ad esempio, la Sclerosi Laterale Amiotrofica) e delle patologie oncologiche e terminali.

In generale, l'ADI si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, tra questi: pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in un secondo ricovero ospedaliero e pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricoveri inappropriati, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra *team* multidisciplinari.

L'intervento prevede l'integrazione di diverse figure professionali (medico, infermiere, fisioterapista, specialisti e personale di assistenza) secondo un piano concordato e sotto la responsabilità del Medico di Medicina Generale (MMG). La richiesta di ADI per un paziente viene fatta al Servizio di Assistenza Sanitaria Territoriale dal MMG e prevede, oltre all'accesso direttamente a domicilio delle figure professionali richieste, la fornitura dei farmaci e del materiale di assistenza.

In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui vanno aggiunti i benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.

Regioni	Anziani trattati in ADI (%)	Tassi di anziani assistibili
Piemonte	77,2	24,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,8	4,0
Lombardia	85,2	43,1
Bolzano-Bozen	55,4	4,3
Trento	57,4	11,6
Veneto	83,0	57,8
Friuli Venezia Giulia	88,1	81,3
Liguria	91,7	36,2
Emilia-Romagna	90,6	87,3
Toscana	78,3	23,3
Umbria	87,0	79,5
Marche	85,0	38,2
Lazio	86,2	41,9
Abruzzo	80,2	50,1
Molise	81,3	25,5
Campania	76,7	19,6
Puglia	83,7	21,5
Basilicata	81,5	53,0
Calabria	81,4	26,7
Sicilia	67,9	11,4
Sardegna	76,2	24,9
Italia	84,1	38,9

► **Tab. 1**
Anziani assistibili (per 100 e tasso per 1.000) di 65 anni ed oltre trattati in ADI per regione – Anno 2009

Fonte dei dati
Rapporto Osservasalute 2011 – Tardivo, Coppo, Loss, Mantovani, Poli, Romano – Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Anno 2011

Analisi dei dati L'analisi dell'attività svolta dall'ADI e relativa all'anno 2009 conferma, sostanzialmente, un progressivo ricorso a tale forma assistenziale, che può essere ricondotta ad una maggiore espansione nei modelli organizzativi delle cure primarie a fronte di un carico di malattia che, a livello territoriale, si sta sempre più spostando su patologie cronico-degenerative. Nel dettaglio, la percentuale di anziani trattati in ADI, a livello nazionale, è pari all'84,1%, valore in crescita rispetto al 2008 (80,7%) ed in lieve diminuzione rispetto ai dati del 2005 e 2006 (84,2% e 84,8%, rispettivamente) (dati non presenti in tabella).

A livello regionale, la PA di Bolzano presenta il valore più basso (55,4%), mentre la Liguria e l'Emilia-Romagna registrano i valori più elevati (rispettivamente, 91,7% e 90,6%) (Tab. 1).

Considerando il tasso di assistibili anziani si osserva, complessivamente, un tasso pari a 38,9 (per 1.000). Il dato maggiore si registra in Emilia-Romagna (87,3%), seguita dal Friuli Venezia Giulia (81,3 per 1.000) e dall'Umbria (79,5 per 1.000). I tassi minori, invece, si riscontrano in Valle d'Aosta (4,0 per 1.000) e nella PA di Bolzano (4,3 per 1.000). Dall'esame dei dati evidente, quindi, è la notevole variabilità regionale. Infine, il dato nazionale, pari a 38,9 casi (per 1.000), è in aumento rispetto al 2007 ed al 2008 (rispettivamente, 34,3 e 33,6 casi per 1.000) (dati non presenti in tabella).

8. Assistenza territoriale

8.2 Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per anziani

Significato. Il tema dell'assistenza agli anziani assume, nel nostro Paese, dimensioni preoccupanti a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e della conseguente espansione della cronicità.

La fascia di popolazione anziana, dove spesso differenti bisogni assistenziali convivono nella stessa persona, rappresenta una sfida per l'integrazione attiva tra Enti istituzionali, tra Istituzioni e soggetti erogatori di sussidiarietà orizzontale e, non ultimo, tra i diversi professionisti in una visione di approccio multidisciplinare al paziente.

Un aspetto in grado di discriminare i comportamenti delle politiche regionali è costituito dalla composizione delle tipologie delle strutture residenziali: sono da apprezzare, difatti, le realtà regionali che hanno provveduto per tempo a riconvertire la rete delle strutture residenziali in strutture protette in grado di assistere gli anziani non autosufficienti. Le Regioni che offrono in prevalenza posti letto di strutture socio-sanitarie (residenze protette) e di Residenze Sanitarie Assistenziali hanno, sicuramente, una migliore capacità di rispondere a questa "epidemia di cronicità" rispetto alle altre Regioni che offrono, in prevalenza, strutture assistenziali formalmente per anziani autosufficienti.

Descrivere l'offerta di residenzialità agli anziani è possibile grazie ai dati raccolti nel tempo da diversi Rapporti, in particolare grazie all'Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari che viene redatta, ogni anno, dall'Istituto Nazionale di Statistica. L'ultima edizione, rivisitata in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed il Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema statistico, ha previsto una serie di modifiche nelle definizioni e nelle classificazioni adottate, che permettono d'indagare più approfonditamente le diverse tipologie di servizio erogate da uno stesso presidio.

Con la nuova indagine s'introduce il concetto di "modulo", inteso come unità di servizio del presidio caratterizzato da una tipologia di assistenza per un determinato *target* di utenza permettendo, così, d'individuare più accuratamente il numero di posti letto a loro destinati.

L'indicatore presentato consente di calcolare il tasso di posti letto per anziani (persone di età >65 anni).

Regioni	Tassi
Piemonte	796,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	796,1
Lombardia	780,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	756,8
<i>Trento</i>	867,0
Veneto	768,9
Friuli Venezia Giulia	860,0
Liguria	736,4
Emilia-Romagna	670,4
Toscana	439,0
Umbria	250,4
Marche	475,2
Lazio	241,0
Abruzzo	397,5
Molise	626,4
Campania	30,7
Puglia	181,4
Basilicata	141,6
Calabria	179,4
Sicilia	242,8
Sardegna	272,0
Italia	478,4

► **Tab. 2**

Tasso di posti letto residenziali (per 100.000) per anziani e regione - Anno 2009

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 - Solipaca, Di Priamo, Pugliese, Auxilia, Cantù, Damiani - Elaborazioni su dati Istat - "Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2011

Analisi dei dati Una valutazione corretta della panoramica dei posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per anziani non dovrebbe prescindere dalla considerazione, per ogni singola regione, sia della domanda di residenzialità che dell'offerta complessiva che tenga conto anche di forme di assistenza alternative rivolte alla popolazione, quali l'assistenza domiciliare. Le singole regioni possono, infatti, avere, da questo punto di vista, orientamenti molto diversi ai quali concorrono valutazioni anche di tipo economico e di appropriatezza.

L'analisi dei dati presenti in Tabella 2 evidenziano che, a livello nazionale, il tasso di posti letto relativo alla tipologia di utenza anziani, è pari a 478,4 (per 100.000). Il tasso più elevato si registra nella PA di Trento con 867,0 (per 100.000), seguita dal Friuli Venezia Giulia con 860,0 (per 100.000), mentre l'offerta più bassa si osserva in Campania con 30,7 (per 100.000). Dall'esame dei dati evidente, quindi, è la notevole variabilità regionale. A livello territoriale, inoltre, da sottolineare sono i valori che si registrano nelle regioni settentrionali che risultano nettamente superiori al dato italiano. Nelle regioni centrali e meridionali, invece, i tassi sono inferiori al valore Italia, ad eccezione del Molise (626,4 per 100.000).

8. Assistenza territoriale

8.3 Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Una delle grandi sfide dichiarate del Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 è stata quella di affrontare i problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza. Il progressivo invecchiamento della popolazione e la conseguente espansione della cronicità, cui la disabilità è spesso associata, ci pone di fronte ad una crescita esponenziale di una nuova categoria di soggetti, che pone problematiche socio-assistenziali così complesse da rappresentare una sfida sia per i professionisti di settore, sia per l'intero sistema di *welfare*, anche in relazione all'elevato consumo di risorse.

Si pone, pertanto, proprio per favorire l'integrazione socio-sanitaria, un problema di governance che, dato l'ordinamento nazionale e regionale, trova nel distretto socio-sanitario il luogo ottimale per coordinare le reti che operano sul territorio (Aziende Sanitarie Locali-ASL, Comuni, volontariato etc.) e le risorse che provengono da diverse fonti (Stato/Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, Regioni, ASL, Comuni etc.) per assicurare, in sintesi, la presa in carico del paziente (competenze sanitarie e sociali) e la continuità assistenziale ospedale-territorio (Punto Unico di Accesso, percorsi di cura etc.).

Per descrivere l'offerta di residenzialità agli anziani valgono le stesse considerazioni riportate nell'indicatore "Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per anziani".

Regioni	Anziani autosufficienti*	Anziani non autosufficienti*
Piemonte	1.172,7	2.223,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	322,9	3.262,4
Lombardia	333,2	3.456,9
Bolzano-Bozen	497,3	3.724,6
Trento	237,2	4.017,2
Veneto	627,4	3.090,9
Friuli Venezia Giulia	648,8	3.028,9
Liguria	847,2	1.617,2
Emilia-Romagna	430,3	2.242,1
Toscana	528,1	1.305,2
Umbria	246,0	863,7
Marche	438,0	1.369,4
Lazio	571,6	622,4
Abruzzo	777,8	1.178,9
Molise	1.112,7	1.359,2
Campania	131,4	85,9
Puglia	380,1	586,3
Basilicata	358,5	558,0
Calabria	378,2	570,9
Sicilia	609,4	685,8
Sardegna	747,5	700,2
Italia	533,6	1.743,2

► **Tab. 3**

Tasso di ospiti anziani (per 100.000), autosufficienti e non delle strutture socio-sanitarie per regione – Anno 2009

* Dati provvisori

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Solipaca, Di Priamo, Pugliese, Auxilia, Cantù, Damiani – Elaborazioni su dati Istat – “Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari”. Anno 2011

Analisi dei dati È stimato che la disabilità, per effetto dell’invecchiamento e delle patologie cronico-degenerative, è in significativo e preoccupante aumento.

L’analisi dei dati presentati in Tabella 3 mostra come, a livello nazionale, il tasso di ospiti anziani non autosufficienti istituzionalizzati ogni 100.000 anziani residenti è pari a 1.743,2, mentre il dato nazionale per gli anziani autosufficienti si attesta a 533,6 (per 100.000).

Per gli anziani non autosufficienti è evidente un marcato gradiente Nord-Sud: i più alti tassi d’istituzionalizzazione si riscontrano, infatti, nelle PA di Trento e Bolzano, in Valle d’Aosta, in Lombardia, in Veneto ed in Friuli Venezia Giulia, mentre nelle regioni del Sud i tassi si riducono considerevolmente. Particolarmente basso è il livello d’istituzionalizzazione riscontrato in Campania, dove gli anziani non autosufficienti nei presidi residenziali sono soltanto l’85,9 (per 100.000).

Più eterogenea appare la situazione degli anziani autosufficienti con i tassi più elevati registrati in Piemonte (1.172,7 per 100.000) e Molise (1.112,7 per 100.000). Valori al di sotto del dato nazionale si riscontrano in ben 12 regioni (5 al Nord, 3 al Centro e 4 al Sud). Da sottolineare, anche come per il tasso di posti letto residenziali, è il valore della Campania che risulta il più basso in assoluto (131,4 per 100.000).

9. Assistenza ospedaliera

9.1 Ospedalizzazione e tipologia di attività

Significato. Il ricorso all'ospedalizzazione risente della struttura per età della popolazione, che influenza l'entità della domanda di prestazioni sanitarie. La prevalenza di malattie croniche ed invalidanti, infatti, cresce in modo esponenziale rispetto all'età determinando una maggiore richiesta di assistenza ospedaliera da parte della popolazione anziana, con diversa intensità di ricorso rispetto ad altre tipologie di attività erogate.

Per questo motivo, l'indicatore tiene conto delle dimissioni da reparti per acuti, riabilitazione e lungodegenza effettuate presso strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, per depurare il fenomeno analizzato dalla diversa struttura per età dei pazienti e consentire confronti regionali, è stato calcolato il tasso standardizzato.

Questa misura fornisce indicazioni utili in un'ottica di pianificazione dei servizi sanitari, la cui organizzazione, troppo spesso, risulta incentrata sul ruolo dell'ospedale. Diminuire il ricorso all'ospedalizzazione ed all'istituzionalizzazione comporterebbe, da una parte una riduzione del disagio per gli anziani e, dall'altra, un notevole risparmio economico per le strutture pubbliche che incidono in modo consistente sulla spesa sanitaria complessiva.

A tal fine, è fondamentale operare sul territorio con l'attribuzione di un ruolo sempre più attivo del Medico di Medicina Generale ed attraverso la costituzione di reti territoriali che consentano interventi sociali e sanitari presso il domicilio degli anziani, in funzione del percorso di cura del paziente.

Regioni	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	179,1	258,2	104,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	208,3	322,1	124,4
Lombardia	209,2	310,9	121,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	238,7	428,1	131,1
<i>Trento</i>	193,6	328,2	107,4
Veneto	181,2	317,0	102,0
Friuli Venezia Giulia	186,7	332,2	104,6
Liguria	177,1	295,3	108,6
Emilia-Romagna	190,4	321,5	113,0
Toscana	178,1	305,6	104,3
Umbria	197,3	309,6	119,1
Marche	198,5	322,4	117,4
Lazio	205,6	312,1	119,0
Abruzzo	216,5	318,9	126,5
Molise	236,8	310,5	130,0
Campania	264,5	335,2	140,7
Puglia	264,6	372,2	148,8
Basilicata	208,7	312,2	113,5
Calabria	223,1	294,7	123,2
Sicilia	229,4	304,9	125,2
Sardegna	205,7	340,7	122,5
Italia	208,4	314,3	119,8

► **Tab. 1**

Tasso specifico e standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di Ricovero Ordinario per acuti e regione – Anno 2009

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Ceccolini, Granella, Nuzzo, Avolio – Ministero della Salute. SDO – Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011

Regioni	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	19,1	25,1	6,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,1	12,2	3,0
Lombardia	23,9	38,7	6,7
<i>Bozano-Bozen</i>	16,1	29,8	5,7
<i>Trento</i>	24,9	31,8	7,4
Veneto	14,1	18,5	4,2
Friuli Venezia Giulia	7,6	7,9	2,6
Liguria	15,5	21,6	4,3
Emilia-Romagna	7,7	8,3	4,4
Toscana	7,9	11,0	2,3
Umbria	9,5	9,4	2,7
Marche	7,4	9,2	2,9
Lazio	15,2	27,9	4,3
Abruzzo	13,3	20,2	4,0
Molise	13,8	17,6	3,8
Campania	8,4	11,0	2,5
Puglia	15,0	18,1	4,3
Basilicata	10,8	13,9	3,1
Calabria	10,0	11,6	2,9
Sicilia	7,7	7,5	2,2
Sardegna	4,4	5,6	1,4
Italia	13,8	19,2	4,2

► **Tab. 2**

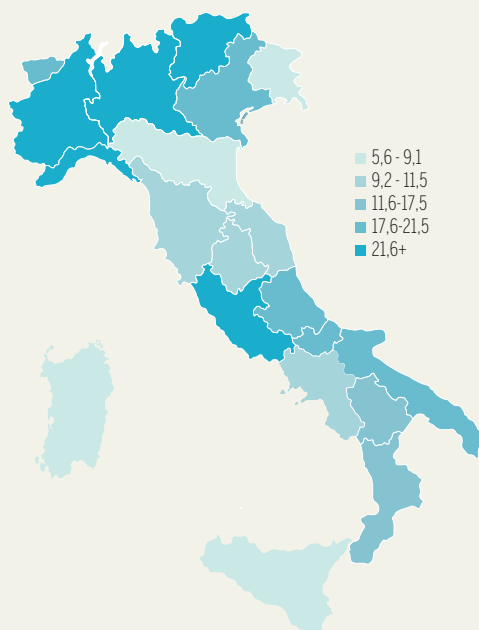
Tasso specifico e standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione e regione – Anno 2009

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Ceccolini, Granella, Nuzzo, Avolio – Ministero della Salute. SDO – Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011



► Tasso specifico di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di Ricovero Ordinario per riabilitazione, classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2009

Regioni	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	3,7	14,1	1,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,4	0,2	0,1
Lombardia	1,7	7,5	0,9
<i>Bozano-Bozen</i>	7,2	33,6	4,1
<i>Trento</i>	5,4	25,4	3,0
Veneto	3,8	18,0	2,1
Friuli Venezia Giulia	2,2	10,7	1,3
Liguria	0,3	1,3	0,2
Emilia-Romagna	10,9	45,9	5,6
Toscana	0,9	5,1	0,6
Umbria	0,4	1,7	0,3
Marche	4,0	18,2	2,5
Lazio	1,7	10,0	1,1
Abruzzo	3,5	13,7	1,8
Molise	2,3	7,8	1,0
Campania	3,0	7,4	1,7
Puglia	2,9	10,1	1,3
Basilicata	2,4	7,1	1,0
Calabria	2,8	7,0	1,1
Sicilia	1,3	3,4	0,5
Sardegna	1,1	4,7	0,6
Italia	3,0	12,4	1,6

► **Tab. 3**

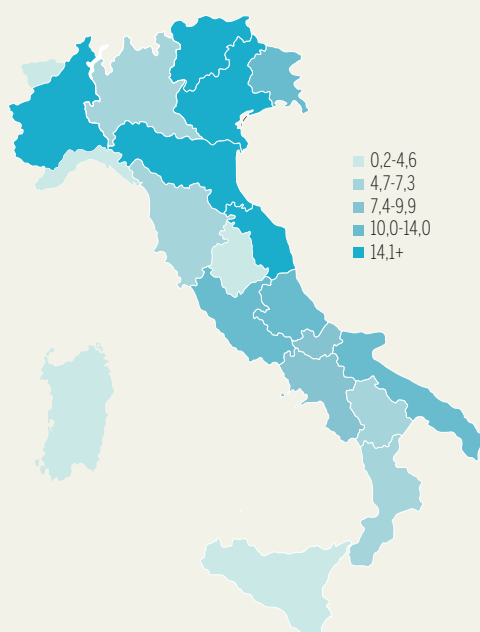
Tasso specifico e standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza e regione – Anno 2009

Nota

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001

Fonte dei dati

Rapporto Osservasalute 2011 – Ceccolini, Granella, Nuzzo, Avolio – Ministero della Salute. SDO – Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011



► Tasso specifico di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di Ricovero Ordinario per lungodegenza, classe di età 75 anni ed oltre e regione. Anno 2009

Analisi dei dati I dati sull'ospedalizzazione, distinti per tipologia di attività, mostrano, a livello nazionale, una tendenza alla riduzione, rispetto all'anno precedente, delle dimissioni in regime ordinario per le acuzie e la riabilitazione, mentre risultano stabili le dimissioni per la lungodegenza.

Non sorprende che la classe di età *over 75* anni ricorra più frequentemente all'ospedalizzazione per ciascuna tipologia di attività considerata.

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per acuti, si registra un'ospedalizzazione pari a 208,4 (per 1.000) per gli anziani e 314,3 (per 1.000) per i molto anziani (Tab. 1).

Tale differenza si conferma sia per la riabilitazione (13,8 per 1.000 vs 19,2 per 1.000) (Tab. 2) che per la lungodegenza (3,0 per 1.000 vs 12,4 per 1.000) (Tab. 3).

A livello regionale, per la classe di età *over 75* anni, si registra una forte variabilità che potrebbe essere spiegata dalla diversa organizzazione, tra le regioni, della rete ospedaliera e dell'offerta di servizi territoriali.

Nello specifico, relativamente all'ospedalizzazione per acuzie si passa da un tasso del 428,1 (per 1.000) della PA di Bolzano al 258,2 (per 1.000) del Piemonte, mentre per la riabilitazione il *range* è compreso tra 38,7 (per 1.000) della Lombardia e 5,6 (per 1.000) della Sardegna. Infine, per l'attività di lungodegenza i dati fanno registrare un modesto ricorso all'ospedalizzazione in Valle d'Aosta 0,2 (per 1.000), rispetto ai valori più elevati che si osservano in Emilia-Romagna (45,9 per 1.000).

Conclusioni

Conclusioni

Uno dei messaggi promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sul tema della salute degli anziani è: "invecchiare è un privilegio ed una meta della società. È anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo".

Nel nostro Paese, il processo d'invecchiamento della popolazione risulta avanzato in quanto, la quota di giovani sul totale della popolazione, è estremamente contenuta, mentre il peso della popolazione anziana e molto anziana è sempre più consistente. Infatti, a livello nazionale, si registra la presenza di una persona di 65 anni ed oltre ogni cinque residenti e di poco più di una persona di 75 anni ed oltre ogni dieci residenti. Ciò implica la necessità di adottare, in tempi brevi, strategie e misure in grado di fronteggiare le conseguenze dell'aumento della popolazione anziana, fra cui l'aumento della frequenza di patologie croniche tipicamente legate all'invecchiamento.

In generale, queste malattie impongono alla popolazione interessata un peso elevato, sia in termini di salute che economici, a causa della lunga durata, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure.

La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute sono quindi, o meglio dovrebbero essere, delle priorità per il nostro sistema sanitario che dispone, attualmente, di diversi strumenti in campo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo finalizzati ad evitare o ad "alleviare" l'insorgenza e/o il decorso ingravescente di molte tra le principali patologie cronic-degenerative.

Il fine di questo Libro bianco è di analizzare le principali tematiche che ruotano intorno alla salute ed all'assistenza della popolazione anziana e molto anziana del nostro Paese, in modo da delineare i reali bisogni assistenziali, sottolineare le eventuali differenze territoriali ed identificare i possibili gap tra l'attuale offerta di assistenza ed i traguardi ottimali cui mirare.

La prima parte del volume è stata dedicata alla descrizione della popolazione anziana e molto anziana, con indicatori relativi agli

aspetti socio-demografici, alla sopravvivenza e mortalità, allo stato di disabilità ed alla loro partecipazione alla vita sociale.

Nella seconda parte, invece, incentrata sui rischi per la salute e sull'assistenza sanitaria, sono stati presentati indicatori relativi alle reti sociali, ai principali fattori di rischio e stili di vita, alla prevenzione, ad alcune patologie neurodegenerative ed all'assistenza territoriale ed ospedaliera.

Dall'analisi dei dati è emerso, principalmente, quanto segue:

- una forte tendenza all'invecchiamento della popolazione con uno sbilanciamento, nelle età più avanzate, a favore delle donne che godono di una maggiore sopravvivenza;
- l'aspettativa di vita è a vantaggio del genere femminile, ma il divario, in "anni di vita guadagnati", si sta riducendo a favore degli uomini, pur risultando ancora consistente;
- la speranza di vita libera da disabilità fa registrare guadagni significativi più evidenti per gli uomini;
- si osserva, in generale, nella classe di età 65-74 anni, una riduzione della mortalità nettamente più marcata per gli uomini rispetto alle donne. Tale tendenza può essere, in parte, ricondotta al valore dei tassi femminili che risultano molto più bassi e pari a circa la metà di quelli maschili. Nella classe di età 75 anni ed oltre, invece, s'invertono le tendenze. Si riscontra, infatti, un aumento della mortalità che risulta più marcato per il genere femminile;
- all'avanzare dell'età aumenta l'insorgenza delle malattie croniche con un rischio che risulta più elevato per le donne;
- più di un anziano ogni quattro vive in un nucleo monocomponente (trend in crescita) ed anche in questo caso si osserva un netto sbilanciamento verso il genere femminile. Questo divario è imputabile sia alla differenza di età fra i coniugi, che alla più elevata mortalità maschile, che rende le donne più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita;
- nel nostro Paese, il benessere degli anziani é ancora essenzialmente legato al contesto familiare in cui vivono, per cui la famiglia continua a svolgere una primaria azione di assistenza e cura, rappresentando l'elemento centrale per una qualità di vita accettabile;
- la maggiore concentrazione di anziani disabili si riscontra nel Meridione e nelle Isole e tra le diverse tipologie di disabilità esaminate la più diffusa è la "difficoltà nelle funzioni", seguita dalle "difficoltà nel movimento" e "difficoltà di vista, udito e parola";
- nell'arco delle 24 ore di un giorno medio settimanale gli anziani dedicano maggior tempo alle attività fisiologiche di base;
- le persone sole di 65 anni ed oltre risultano molto o abbastanza soddisfatte delle relazioni familiari;
- in caso di necessità, gli anziani reputano più probabile il poter

contare sui propri familiari ed, a seguire, sugli amici, sui vicini di casa, sui volontari ed, infine, su altri soggetti;

- l'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini e, con l'avanzare dell'età, aumentano i non fumatori e diminuisce il numero medio di sigarette fumate;

- negli anziani la prevalenza dei consumatori a rischio di alcol è più elevata tra gli uomini che si contraddistinguono per un eccessivo consumo di vino ai pasti;

- la percentuale di persone anziane in sovrappeso ed obese presenta un trend in aumento e, considerando la distinzione per genere, l'obesità risulta più diffusa tra le donne, mentre il sovrappeso lo è tra gli uomini;

- con l'avanzare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport, ma cresce quello per l'attività fisica che viene praticata maggiormente dal genere maschile;

- l'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le percentuali di copertura vaccinali attualmente conseguite e l'obiettivo minimo previsto (75%) dalle vigenti indicazioni ministeriali resta ancora lontano dall'essere raggiunto;

- si prevede un aumento dell'incidenza e della prevalenza delle Malattie di Parkinson e di Alzheimer, che colpiscono maggiormente gli uomini e che andranno a costituire una priorità socio-sanitaria per il Servizio Sanitario Nazionale;

- negli anziani la mortalità per suicidio ed autolesione è maggiore nel genere maschile ed aumenta con l'avanzare dell'età; ciò è dovuto oltre che ai motivi organici (perdita delle funzioni vitali etc.) anche al disagio sociale legato a situazioni come la solitudine, la vedovanza e la depressione;

- si registra un progressivo aumentato del ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata;

- l'ospedalizzazione, che risente della struttura per età della popolazione, risulta maggiore tra i molto anziani, ma presenta un andamento in riduzione per le dimissioni in regime ordinario per acuzie e riabilitazione ed una stabilità relativamente alle dimissioni per lungodegenza.

La “fotografia” della situazione italiana, relativa alla popolazione anziana e molto anziana, evidenzia sia i progressi conseguiti nell'ambito dello stato di salute e della qualità dell'assistenza nel nostro Paese, sia le aree d'intervento dove è necessario implementare e concentrare maggiormente l'attenzione per raggiungere livelli più soddisfacenti.

Infatti, i dati analizzati mostrano un quadro complessivamente buono dello stato di salute degli anziani, ma sottolineano importanti differenze, oltre che a livello regionale, anche tra generi e classi di età, soprattutto per quanto riguarda gli stili di vita ed i comportamenti, così come l'accesso e l'utilizzo dei servizi.

Per limitare tali disomogeneità, fondamentali sarebbero un migliore coordinamento delle politiche sia a livello nazionale che regionale e locale, l'incentivazione delle attività di prevenzione ed educazione alla salute e l'adeguamento dell'offerta dei servizi alla domanda di assistenza, anche attraverso un maggiore coinvolgimento degli stessi cittadini per giungere, effettivamente, ad una più corretta pianificazione ed allocazione delle risorse, soprattutto in un'epoca di crisi finanziaria e di ridimensionamento della spesa pubblica.

Prof. Walter Ricciardi
*Direttore Dipartimento Sanità
Pubblica Policlinico A. Gemelli Roma,
Direttore Osservatorio Nazionale
sulla Salute nelle Regioni Italiane*

Dott.ssa Tiziana Sabetta
*Osservatorio Nazionale sulla
Salute nelle Regioni Italiane*

Descrizione degli indicatori e fonte dei dati

Il Libro bianco sulla salute degli anziani e l'invecchiamento in buona salute fornisce un quadro della situazione demografica e dello stato di salute della popolazione anziana e molto anziana relativamente a specifiche aree tematiche, focalizzando l'attenzione sulle differenze esistenti tra generi ed a livello regionale e/o di macroaree.

Definizione degli Indicatori L'indicatore è una variabile che serve a descrivere, sinteticamente, un fenomeno ed a misurare le sue variazioni nel tempo e tra realtà diverse e deve presentare validità scientifica e correttezza metodologica.

Questo volume è suddiviso in Capitoli con al loro interno vari indicatori scelti in base ai fenomeni da indagare ed alla disponibilità dei dati.

Allo scopo di utilizzare indicatori di cui sia stata accertata l'affidabilità e per rendere possibili i confronti tra la realtà italiana e quella di altri Paesi, gli indicatori utilizzati sono stati scelti tra quelli elencati nel progetto *European Community Health Indicators*.

Per costruire gli indicatori sono state utilizzate diverse fonti ufficiali, prendendo come periodo di riferimento l'anno più recente per cui erano disponibili i relativi dati.

Per ogni indicatore è riportata la spiegazione del significato e l'analisi dei dati.

Fonti dei dati Per la costruzione degli indicatori sono state utilizzate fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali su argomenti specifici relativi alla salute della popolazione di riferimento.

Le fonti scelte rendono disponibili dati di qualità soddisfacente, per tutte le aree geografiche e con cadenza periodica.

Di seguito è riportata una breve descrizione delle fonti utilizzate (in ordine alfabetico) citate nelle schede degli indicatori.

Istituto Nazionale di Statistica L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) è un Ente di ricerca pubblico. Presente nel Paese dal 1926, è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei

cittadini e dei decisori pubblici. Il suo compito istituzionale è di produrre e diffondere informazioni affidabili, imparziali, trasparenti, accessibili e pertinenti, capaci di descrivere le condizioni sociali, economiche ed ambientali dell'Italia ed i cambiamenti che avvengono in esso.

Banca dati Health For All-Italia Il software Health For All è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed adattato dall'Istat alle esigenze informative nazionali.

Il *database* contiene, attualmente, circa 4.000 indicatori sul sistema sanitario e sulla salute raggruppati nei seguenti gruppi tematici:

GRUPPO 1 - Contesto socio-demografico;

GRUPPO 2 - Mortalità per causa;

GRUPPO 3 - Stili di vita;

GRUPPO 4 - Prevenzione;

GRUPPO 5 - Malattie croniche ed infettive;

GRUPPO 6 - Disabilità;

GRUPPO 7 - Condizioni di salute e speranza di vita;

GRUPPO 8 - Assistenza sanitaria;

GRUPPO 9 - Attività ospedaliera per patologia;

GRUPPO 10 - Risorse sanitarie.

Il *software* consente di rappresentare i dati statistici in forma grafica e tabellare e di effettuare semplici analisi statistiche (visualizzare le serie storiche degli indicatori, effettuare delle semplici previsioni e confrontare più indicatori in diversi anni per tutte le unità territoriali disponibili). Per ognuno dei dieci gruppi tematici sono state predisposte delle schede contenenti tutte le informazioni riguardo gli indicatori inseriti nel *database*. Queste consentono all'utente di conoscere la denominazione precisa degli stessi, il metodo di calcolo, le variabili di classificazione, gli anni per i quali è disponibile l'informazione, il dettaglio territoriale, le fonti e la loro periodicità ed eventuali note necessarie per una corretta lettura dei dati, pubblicazioni o siti internet utili per approfondire l'argomento.

Indagini Multiscopo Il sistema di Indagini Multiscopo, avviato nel 1993 e progettato per la produzione di informazioni sugli individui e sulle famiglie, contribuisce a determinare la base informativa del quadro sociale del Paese.

Il sistema si articola su sette indagini che coprono i più importanti temi di rilevanza sociale: una indagine a cadenza annuale sugli aspetti della vita quotidiana, una trimestrale sul turismo e cinque indagini tematiche (Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, I cittadini ed il tempo libero, Sicurezza dei cittadini, Famiglie e soggetti sociali, Uso del tempo) che vengono effettuate a rotazione in un arco di tempo di 5 anni. A queste vanno aggiunte altre indagini di approfondimento che non hanno una pianifica-

zione programmata, ma che vengono realizzate nell'ambito delle suddette aree tematiche.

In questo Rapporto sono stati utilizzati i dati relativi alle indagini “Aspetti della vita quotidiana”, “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” e “Cambiamenti nei tempi di vita ed attività del tempo libero”.

Aspetti della vita quotidiana L'Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” rileva le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie. A partire dal 1993, questa indagine viene svolta ogni anno e le informazioni raccolte consentono di conoscere le abitudini dei cittadini ed i problemi che essi affrontano ogni giorno. Diverse sono le aree tematiche oggetto dello studio (scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, abitazione e zona in cui si vive, tempo libero, partecipazione politica e sociale, salute, stili di vita e rapporto con i servizi) che, nel loro insieme, permettono di capire come vivono gli individui e se sono soddisfatti del funzionamento di quei servizi di pubblica utilità che devono contribuire al miglioramento della qualità della vita.

Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari L'Istat rileva presso i cittadini informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute ed i comportamenti di prevenzione.

Cambiamenti nei tempi di vita ed attività del tempo libero Tale indagine costituisce un importante strumento di osservazione sull'organizzazione della giornata dei cittadini e sulle relazioni tra i tempi quotidiani dei vari componenti della famiglia.

La principale peculiarità consiste nella compilazione di un diario giornaliero attraverso cui è possibile conoscere la ripartizione delle 24h tra le varie attività, gli spostamenti, i luoghi frequentati e le persone eventualmente presenti.

La famiglia in cifre Il Dossier “La famiglia in cifre”, curato dal Dipartimento per le politiche della Famiglia in collaborazione con l'Istat, è stato presentato, nel 2010, alla Conferenza Nazionale della Famiglia.

Le diverse tematiche trattate consentono di tracciare una fotografia aggiornata e globale della famiglia italiana.

Ministero della Salute Il Ministero della Salute mette a disposizione sul sito una banca dati organizzata attraverso un sistema informativo i cui dati sono consultabili per aree tematiche. Tale sistema permette di raccogliere i flussi informativi delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e degli Assessorati regionali alla Sanità.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, lo stato di salute della popolazione e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Servizi Sanitari Regionali e di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali del settore sanitario ed alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Rapporto Osservasalute – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni Italiane

Il principale prodotto dell'Osservatorio è il Rapporto Osservasalute che analizza lo stato di salute della popolazione e la qualità dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'utilizzo di una metodologia di analisi comparativa e d'indicatori validati a livello internazionale, avvalendosi di fonti ufficiali di dati statistici nazionali e regionali e banche dati di progetti riferiti al territorio nazionale su argomenti specifici.