

AGGIORNAMENTO P.I.S.

società' della salute lunigiana

PISL 2006 -2008



Piano Integrato di Salute **LUNIGIANA**



2010

INDICE

INDICE	pag. 2
PREMESSA	pag. 3
INDAGINE PASSI D'ARGENTO	pag. 4
QUADRO SINTETICO ATTIVITA'	pag. 93
INTERVENTI SOCIALI E SOCIO-SANITARI ANNO 2009	pag. 99
FONDO NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2010	pag. 104
PROGRAMMI E PROGETTI 2010	pag. 114
LE RISORSE	pag. 117

PREMESSA

Questo documento rappresenta l'aggiornamento per l'anno 2010 del Piano Integrato di Salute 2006-2008, in attesa di nuove linee guida da parte della Regione Toscana.

La metodologia adottata non si discosta dalla precedente; vi è un aggiornamento dello stato di salute e la realizzazione di alcuni progetti.

In particolare si è voluto approfondire, in materia di promozione della salute, strategie comuni tra Regione Toscana e Società della Salute della Lunigiana sugli stili di vita degli anziani, questo permetterà di orientare meglio gli interventi di prevenzione e di promozione della salute.

Nello specifico è stato realizzato lo studio nazionale, promosso dal Ministero della Salute (CCM) coordinato dalla Regione Umbria e dall'Istituto Superiore di Sanità, "Passi d'argento", ricerca sulla qualità attraverso indagini ripetute sulla vita percepita dalle persone con più di 64 anni, che raccoglie dati sullo stato di salute e sulla qualità della vita nella popolazione ultra 64enne.

E' stata inoltre monitorata la programmazione ed integrata dai progetti del bando del privato sociale quale elemento di partecipazione.

Per quanto riguarda le risorse si prevede un minor trasferimento di risorse da parte della Regione Toscana pari al 30%, risorse derivanti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali (all'incirca € 150.000,00 in meno) che comunque non hanno avuto al momento attuale ricadute negative sui servizi.

PASSI D'ARGENTO

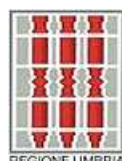


PASSI d'Argento

La qualità della vita vista
dalle persone con più di 64 anni

Società della Salute/Zona- Distretto Lunigiana

Indagine 2009
BOZZA 10.02.2010



Copia del volume può essere richiesta a:

Ilenia Borrini, SdS Lunigiana, piazza della Vittoria 22 Aulla, Tel. 0187406142-143
sdslunigiana@usl1.toscana.it

Siti internet di riferimento per lo studio:

<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
<http://sanita.regione.umbria.it/news.asp?id=924>

Indicare ulteriori siti internet dedicati a PASSI d'Argento esistenti a livello regionale/locale

A cura di:

Amedeo Baldi, Chiara Lorenzini, Anna Lisa Del Monte (SdS Lunigiana), Giuseppina Attardo, Patrizio Nocentini (Regione Toscana), Francesco Profili, Matilde Razzanelli, Paolo Francesconi (Agenzia Regionale di Sanità per la Toscana)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio a livello locale:

Riccardo Varese, Mario Guastalli, Rosanna Vallelonga, Liviana Magnani, Ilenia Borrini (SdS Lunigiana)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio a livello nazionale:

Alberto Perra, Lilia Biscaglia, Benedetta Contoli, Arianna Dittami, Lorenzo Fantozzi, Pier Francesco Barbariol, Stefania Salmaso (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità)

Amedeo Baldi, Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Vincenzo Casaccia (Gruppo Tecnico Operativo)

Marcello Catanelli, Antonio Cherubini, Paolo D'Argenio, Teresa Di Fiandra, Maria Donata Giaimo, Fiammetta Landoni, Lorenzo Spizzichino, Stefania Vasselli (Gruppo Tecnico Scientifico)

Hanno coordinato ed effettuato lo studio:

Area locale SdS Lunigiana Amedeo Baldi (coordinatore locale), Chiara Lorenzini, Loredana Tavernelli, Carolina Anna Mobilia, Silvia Barella, Debora Luccini, Renata Leonardi, Monica Venturini, Leda Amorfini (intervistatrici)

Un sentito ringraziamento per la preziosa collaborazione, il tempo e l'attenzione generosamente dedicati: agli ultra 64enni che hanno preso parte all'indagine e alle persone che talvolta li hanno supportati durante l'intervista, ai Medici di Medicina Generale, al Direttore Generale della Asl 1 di Massa e Carrara, ai Sindaci dei Comuni della Lunigiana, alle associazioni Sindacali, agli intervistatori di PASSI d'Argento.

Un ringraziamento agli operatori PASSI d'Argento della SdS della Lunigiana che hanno contribuito alla stesura di questo rapporto.

Prefazione

Premessa

L'invecchiamento di popolazione è un fenomeno globale, che riguarda da vicino il nostro Paese. Innovare ed agire è la duplice risposta del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento alle sfide poste dall'invecchiamento di popolazione. Innovare perché l'attuale transizione demografica – caratterizzata dall'allungamento della speranza di vita e dal calo delle nascite – richiede una nuova visione della società e dei rapporti tra cittadini. Non a caso, il 2012 è stato proclamato “Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni”. PASSI d'Argento - che dal 2009 fornisce informazioni tempestive e confrontabili tra le Regioni italiane sullo stato di salute e l'invecchiamento attivo delle persone con 65 anni e più - promuove uno sguardo nuovo al fenomeno, a partire dalla definizione di invecchiamento attivo voluta dall'OMS. Per la prima volta, PASSI d'Argento “misura” il contributo che le persone con 65 anni e più offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità. Sono centrali aspetti come la partecipazione e il benessere psicologico e sociale della persona con 65 anni e più.

PASSI d'Argento permette anche di “misurare per agire”, sostenendo azioni concrete di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo. Il sistema PASSI d'Argento fornisce informazioni dettagliate su abitudini e stili di vita della popolazione con 65 anni e più, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI sulla popolazione con 18 - 69 anni. L'invecchiamento attivo è infatti, un processo che si costruisce ben prima dei 65 anni. In particolare, la sorveglianza di popolazione è un eccezionale strumento di *governance* per far fronte all'elevata e crescente diffusione delle malattie croniche. I piani d'azione della Regione Europa per le malattie croniche non trasmissibili 2008-2013 e 2012-2016, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza (Risoluzione OMS, settembre 2011, punto 2a) come strumento capace di seguire nel tempo e fornire dati affidabili e tempestivi sui problemi di salute, i loro determinanti, la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, in particolare con informazioni “disaggregate sui determinanti sociali”. Inoltre, PASSI d'Argento è uno strumento interno al sistema dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Le informazioni prodotte dalla sorveglianza PASSI d'Argento permettono di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale e delle singole Regioni. L'utilizzazione dei dati di sorveglianza diventa essenziale per i livelli operativi – ad esempio le ASL, i distretti o i grandi comuni – laddove si programmano e si realizzano gli interventi a favore della popolazione con 65 anni e più. Il sistema centrato sulle Regioni fin dalle fasi iniziali di sperimentazioni, ha contribuito al monitoraggio Piano Nazionale della Prevenzione 2010–2013 offrendo elementi importanti per la valutazione delle attività di prevenzione. Il sostegno fornito in questi anni dalle Regioni italiane e l'eccezionale partecipazione all'indagine 2012-2013 – che ha coinvolto 19 tra regioni e Province Autonome – testimoniano la rilevanza dei temi trattati e l'interesse per l'approccio innovativo proposto dalla sorveglianza PASSI d'Argento. L'auspicio per gli anni a venire è che la sorveglianza diventi, a tutti i livelli, parte integrante del Sistema. Solo in questo modo sarà possibile affrontare al meglio le opportunità offerte da una società che “progredisce in età”, prestando attenzione fin da ora al futuro delle generazioni più giovani.

Stefania Salmaso
Direttore del CNESPS

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

INDICE

	pag.
Prefazione	5
Executive summary	9
Introduzione	11
Verso un sistema di sorveglianza	12
Metodologia	14
Indicatori di processo	16
Parte I: Profilo della popolazione ultra 64enne	
Caratteristiche socio-demografiche	19
La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi	22
Parte II I tre pilastri per un invecchiamento attivo	
1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale	
Essere una risorsa per la famiglia e la collettività	27
Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione	28
	31
2. Rimanere in buona salute	
Percezione dello stato di salute	33
Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	33
Problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie	36
Cadute	43
Sintomi di depressione	45
Isolamento sociale	47
	49
3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato	
Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali	51
Aiuto nelle attività della vita quotidiana	51
Reddito percepito e proprietà della casa	55
Pensione e attività che producono reddito	62
	63
Parte III: Profili dei sottogruppi di popolazione ultra 64enne	
In buona salute e a basso rischio di malattia	
In buona salute ma a rischio di malattia e fragilità	67
Con segni di fragilità	70
Disabili	73
	76
Appendice	
Sottogruppi di persone ultra 64enni: le definizioni	82
Monitoraggio	83
	89
Bibliografia essenziale	

Executive summary

Cos'è l'invecchiamento di popolazione?

Gli ultimi decenni sono stati segnati da un evidente fenomeno demografico: l'invecchiamento della popolazione. L'allungamento della vita media e la riduzione delle nascite hanno determinato in molti Paesi, l'incremento della popolazione anziana, e i trend di crescita indicano un aumento del fenomeno nei prossimi anni. In Italia circa il 20% della popolazione ha più di 64 anni e la proiezione al 2051 è che una persona su tre sarà anziana.

Cos'è l'invecchiamento attivo?

A fronte di questo fenomeno sono nate diverse iniziative per fare dell'invecchiamento globale "un trionfo e una sfida". Nel 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha delineato una strategia mirante a creare o rafforzare le condizioni per un "invecchiamento attivo" le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana. La parola "attivo" si riferisce alla possibilità delle persone più anziane di partecipazione nelle questioni sociali, economiche, culturali, spirituali e civiche, in misura dei bisogni, dei desideri e delle inclinazioni di ciascun individuo o gruppo sociale. Tale strategia ha delle implicazioni nei confronti dei sistemi sanitari e sociali che sono chiamati a migliorare l'efficacia delle loro performance attraverso l'aumento dell'efficienza e il monitoraggio continuo delle attività e degli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne.

Perché PASSI d'Argento?

Facendo propria tale strategia, il Ministero della Salute (CCM) ha promosso il progetto PASSI d'Argento coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Attraverso indagini ripetute sullo stato di salute e sulla qualità della vita nella popolazione ultra 64enne, il progetto intende sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione anziana, attivo su tutto il territorio nazionale ma centrato sulle esigenze delle realtà regionali. Terminata questa fase di sperimentazione, il sistema, sostenibile con le risorse a disposizione dei servizi del settore sociale e sanitario, andrà a regime nelle regioni italiane. Esso permetterà di monitorare da una parte l'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate al progredire dell'età e dall'altra di valutare l'efficacia e la penetrazione degli interventi messi in atto dai servizi, dalle famiglie e dall'intera collettività.

Cosa è stato fatto ad oggi?

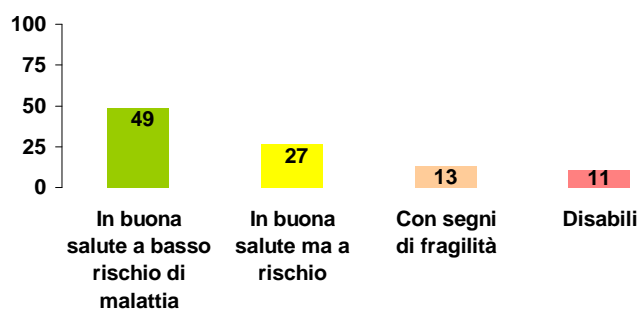
La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento si è svolta, nel 2009, in sette regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Sono state intervistate 3567 persone ultra 64enni. In alcuni casi l'intervista è stata realizzata con l'aiuto di un familiare o di una persona di fiducia. Le interviste sono state effettuate da operatori dei servizi, appositamente formati. La sorveglianza di popolazione, di cui PASSI d'argento costituisce un valido esempio, per sua natura a costi limitati, mette a disposizione dati di qualità, in quanto le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi. In questo modo è possibile indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento. La collaborazione tra servizi del settore sociale e sanitario è essenziale per la sostenibilità dell'indagine e per l'utilizzazione congiunta dei risultati, che permettono il monitoraggio delle azioni già intraprese e la pianificazione di nuovi interventi.

E nella nostra Zona-distretto?

Nel 2009 è stato intervistato un campione di 322 ultra 64enni. Il campione è rappresentativo della popolazione di persone ultra 64enni di **Zona-distretto Lunigiana**. Sono state raccolte informazioni su problemi e interventi realizzati in ambiti che riguardano i cosiddetti "pilastri" dell'invecchiamento attivo: Partecipazione, Salute e Sicurezza delle persone con più di 64 anni. Anche nella nostra **Zona-distretto**, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi che tengono conto dei vari bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Come si distribuisce la popolazione ultra 64enne in Zona-distretto Lunigiana?

Utilizzando le definizioni messe a punto nell'indagine PASSI d'argento, la popolazione è stata suddivisa in quattro sottogruppi di persone ultra 64enni. Nella nostra **Zona-distretto**, la distribuzione della popolazione ultra 64enne nei 4 sottogruppi è la seguente:



Quali sono i tre pilastri per un invecchiamento attivo?

1. Essere risorsa per la famiglia e la collettività e partecipare alla vita sociale

Circa la metà (46%) degli ultra 64enni è una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Gli ultra 64enni che, in una settimana tipo partecipano ad attività con altre persone, sono il 21%. Solo l'1% partecipa a corsi di cultura, esempio di inglese o di computer.

2. Rimanere in buona salute

Il 25% degli ultra 64enni giudica positivamente il proprio stato di salute. Il 52% è in eccesso ponderale e solo il 14% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate. Il 17% degli intervistati ha problemi di vista; tra questi il 10% ha detto di vedere male nonostante l'uso di occhiali. Gli ultra 64enni che hanno problemi di masticazione sono il 34%, tra questi solo il 33% è andato dal dentista.

Il 21% ha riferito sintomi di depressione e il 13% è a rischio di isolamento sociale. Le persone ultra 64enni che non possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 13%.

3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

Il 60% delle persone ultra 64enni ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani e tra questi il 9% vi si è recato. Il 9% ha sentito parlare di "attività fisica adattata e 1,5% del "punto insieme".

Il 70% ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

L'11% è disabile ovvero presenta limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana (es. lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi), di questi il 94% può disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo, principalmente dai familiari nel 74%, da persone a pagamento nel 26%: di questi il 67% riceve un contributo da familiari (25%) o dai servizi pubblici (75%). Il 61% degli intervistati ultra 64enni arriva a fine mese con alcune o con molte difficoltà. Indipendentemente dal percepire una pensione, hanno un lavoro pagato meno dell'1% degli ultra 64enni e un'attività che produce reddito il 2%.

Quali indicazioni per l'azione?

Le informazioni della sorveglianza PASSI d'Argento forniscono indicazioni utili al monitoraggio degli interventi e alla pianificazione di programmi efficaci per la tutela e la promozione della qualità della vita delle persone ultra 64enni. Gli ultra 64enni sono un'importante risorsa sia per la famiglia che per la collettività. Questo essere risorsa, pur riducendosi, non cessa neppure tra le persone più fragili o disabili. In particolare, sembra che esistono ampi margini di manovra per interventi che, mirati e portati avanti congiuntamente ed efficacemente dagli operatori dei servizi sociali e sanitari, possono agire soprattutto sulla prevenzione dei fattori di rischio di malattia e fragilità. Si tratta infatti, per lo più di fattori modificabili attraverso la promozione della salute e l'adozione di stili di vita salutari, attuabili attraverso il miglioramento degli interventi e servizi già disponibili.

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione costituisce “*un trionfo e una sfida*” per la società (OMS, 2002). Il generale aumento dell'aspettativa di vita è un'importante conquista legata al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi sanitari. Tuttavia, più anni di vita non sempre corrispondono a una qualità di vita migliore. Da un lato, l'aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'invecchiamento, oltre ad incidere sulla qualità della vita delle persone, determina una crescita dei costi di cura e assistenza. Dall'altro, l'invecchiamento della popolazione fa nascere nuove sfide di carattere sociale, che richiedono risposte globali ed efficaci in tempi brevi.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione riguarda in modo particolare l'Italia che, nel panorama mondiale, continua a essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di anziani. A oggi gli ultra 64enni costituiscono circa il 20% della popolazione e le più recenti proiezioni ISTAT indicano che nel 2051 tale percentuale sarà superiore al 30%. Cresceranno anche le persone molto anziane: gli ultra 84enni oggi pari al 2% del totale, raggiungeranno l'8% nel 2051.

Per far fronte a tale scenario, l'OMS ha di recente delineato una cornice strategica, indicata con il nome di “*Active Ageing*”, che mira a creare e rafforzare le condizioni per un “invecchiamento attivo”, le cui basi sono da costruire ben prima dell'età anziana. “Salute, Partecipazione e Sicurezza delle persone più anziane” sono i tre pilastri dell'*Active Ageing*. L'obiettivo è favorire il passaggio da politiche basate sui bisogni delle persone anziane, considerate come soggetti passivi, a politiche che riconoscono a ogni persona il diritto e la responsabilità di avere un ruolo attivo e partecipare alla vita della comunità in ogni fase della vita, inclusa l'età anziana. In particolare, questa visione ha implicazioni profonde nei confronti dei sistemi sanitari e sociali che sono chiamati a migliorare l'efficacia delle loro performance attraverso una maggiore efficienza e il monitoraggio continuo delle attività e degli aspetti di salute.

In questo contesto PASSI d'Argento si configura come importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi messi in atto primariamente dalla rete dei servizi sociali e sanitari e dall'intera società civile, in linea con le indicazioni dell'OMS.

PASSI d'Argento è un progetto promosso dal Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e delle Regioni, coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto è collegato al programma europeo “Guadagnare salute” e al “Piano nazionale della prevenzione”.

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, si sta sperimentando un sistema di indagini periodiche da ripetere con cadenza biennale; questo consentirà la raccolta d'informazioni precise e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse Regioni o realtà territoriali, sia sullo stato di salute e la qualità della vita delle persone ultra 64enni, sia sugli interventi messi in atto dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e sulle azioni realizzate da altri settori della società civile.

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento è stata realizzata nel 2009 in 7 regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta.

Verso un sistema di sorveglianza...

Alcuni aspetti innovativi di PASSI d'Argento

Vivere bene e più a lungo è possibile. Se si opera su più fronti con strategie integrate e intersettoriali, e interventi di comunità e individuali, è possibile incidere positivamente sulla salute e la qualità della vita dei cittadini in ogni fase della vita e ancor prima dei 65 anni che, per convenzione, segnano l'inizio dell'età anziana.

Il primo passo in questo percorso è “conoscere per agire”, ovvero poter disporre di un'accurata e costante raccolta e diffusione di informazioni su stato di salute della popolazione, andamento dei fenomeni rilevanti, interventi attuati e risultati conseguiti.

Ad oggi, il sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) rivolto alla popolazione di 18-69 anni, consente di disporre di informazioni sui fattori di rischio comportamentali e sugli interventi messi in atto, seguendone l'evoluzione nel tempo; queste informazioni sono preziose per decisori politici e amministratori, ma anche per operatori socio-sanitari e cittadini. La sorveglianza PASSI d'Argento rivolta alla popolazione di persone ultra 64enni si sviluppa sul modello e sull'esperienza del sistema PASSI, pur differenziandosi per alcune caratteristiche innovative.

In linea con le indicazioni dell'OMS, PASSI d'Argento valuta aspetti importanti riguardanti la Partecipazione, la Salute e la Sicurezza delle persone ultra 64enni, e si rivolge a numerosi settori della società civile, incluso quello dei servizi dell'area sociale e sanitaria, ai quali è affidata la realizzazione delle indagini. La collaborazione tra questi servizi è il primo aspetto innovativo della sorveglianza PASSI d'Argento; essa è fondamentale per la sostenibilità delle indagini, ma anche e soprattutto per l'utilizzazione dei risultati e la messa in atto di interventi integrati, capaci di fornire nel contempo risposte sanitarie e azioni di valorizzazione e protezione sociale.

Da questo aspetto deriva una descrizione della popolazione di persone ultra 64enni in rapporto ai diversi bisogni di tipo sociale e sanitario: in questa ottica si è sperimentata, per la prima volta, una descrizione della popolazione ultra 64enne in sottogruppi che corrispondono ai diversi target di intervento da parte dei servizi. Per far questo si è partiti da una definizione positiva di Salute in cui la dimensione soggettiva è fondamentale: la Salute, intesa come risorsa per la vita quotidiana e non come assenza di malattia, è la capacità di un individuo o di un gruppo di identificare e realizzare aspirazioni, soddisfare bisogni e utilizzare le proprie risorse personali e sociali per cambiare l'ambiente circostante e farvi fronte. A fronte di questa più ampia visione della Salute, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi in rapporto alla autonomia presente nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. In PASSI d'Argento, in particolare, l'autonomia non è misurata come una caratteristica assoluta dell'individuo, ma come risultante di un'interazione fra individuo, storia personale e ambiente fisico e socio-economico in cui vive.

Un secondo aspetto innovativo è legato alla scelta degli indicatori, cioè delle variabili misurate nello studio: questi sono stati selezionati non solo per la loro validità (cioè per la capacità di misurare con efficacia), ma anche per la possibilità di fornire informazioni immediatamente utilizzabili per l'azione.

Ma non è tutto. Con PASSI d'Argento si vuole promuovere una diversa maniera di guardare al progredire dell'età. Nell'indagine, ad esempio, l'espressione “persona ultra 64enne” è preferita al termine “anziano”. In questo modo si vuole evidenziare come l'inizio della cosiddetta terza età sia principalmente legata all'età personale, cioè a quell'età che un individuo si auto attribuisce in base alle proprie personali percezioni.

Il sistema PASSI d'Argento infine non indaga le patologie principali degli ultra 64enni per un duplice ordine di motivi: si vuole da un lato evitare la raccolta di informazioni già disponibili da altre fonti e dall'altro dare spazio ad altre dimensioni sconosciute, quali la partecipazione della persona ultra 64enne e il supporto fornito alla famiglia e alla collettività. A questo proposito, un importante aspetto innovativo è costituito dallo studio delle persone ultra 64enni che, così come indicato dall'OMS, costituiscono “una risorsa per la famiglia, la collettività e l'economia”¹.

¹ WHO Brasilia declaration on Ageing and Health, 1996

Le prospettive nell'immediato futuro

Nel 2010, la seconda indagine multi-regionale PASSI d'Argento sarà estesa a circa altre 10 regioni; alla conclusione del progetto pertanto la quasi totalità delle regioni italiane avrà partecipato alla sperimentazione. Questo consentirà di tarare i metodi e le procedure della sorveglianza sulle reali esigenze regionali e locali. Il risultato di questa fase di sperimentazione sarà, auspicabilmente, la messa a regime di un sistema di sorveglianza informativo, efficiente e sostenibile, tecnicamente ed economicamente, a livello di ciascuna Regione e area territoriale.

PASSI d'Argento si affiancherà ad altri sistemi di sorveglianza di popolazione, come PASSI, OKkio alla Salute e HBSC, previsti dalle strategie del Ministero della Salute per il monitoraggio delle malattie non trasmissibili. Tra tutti questi sistemi di sorveglianza è necessario sviluppare modelli di integrazione per ottimizzare le risorse, contribuire allo scambio di esperienze e favorire la sostenibilità. In questi sistemi di sorveglianza le attività di raccolta e analisi dei dati e la comunicazione dei risultati sono realizzate direttamente dagli operatori coinvolti a livello locale. Questo determina una notevole mobilitazione di energie, risorse e interesse per le attività di sorveglianza di popolazione e favorisce lo sviluppo di reti collaborative estese anche ad altri enti o servizi. L'utilizzo inoltre di strumenti e metodologie di lavoro standardizzate consente la confrontabilità dei risultati ottenuti su tutto il territorio nazionale.

Metodologia

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

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne;
- monitorare gli interventi messi in atto e suggerire azioni efficaci e strategie d'intervento.

Gli strumenti e le procedure adottate sono semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili con le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali; per la realizzazione dell'indagine PASSI d'Argento è essenziale la collaborazione di enti e istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale).

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento si è svolta, nel 2009, in sette regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Sono state raccolte preziose informazioni su un campione di 3567 persone ultra 64enni. In quasi tutte le regioni, il periodo di raccolta dei dati è stato di circa tre mesi (marzo – maggio 2009). In Emilia-Romagna l'inizio e la fine dell'indagine sono stati differiti di diverse settimane. In Sicilia, nonostante il sostegno del settore sociale e di quello sanitario, non è stato possibile completare la raccolta dei dati.

In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia che ha sostenuto e aiutato la persona ultra 64enne durante l'intervista.

Strumenti e metodi

La popolazione in studio è costituita dalle persone di età maggiore ai 64 anni, non istituzionalizzate².

In ciascuna regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo di persone di età maggiore ai 64 anni utilizzando le liste anagrafiche sanitarie. Le strategie di campionamento adottate sono state diverse. In particolare, in Emilia-Romagna è stato realizzato un campionamento stratificato a due strati. In Toscana il campionamento è stato casuale semplice con stratificazione territoriale. Nelle restanti regioni è stato estratto un campione casuale semplice stratificato per genere e classe di età (<75 anni o ≥75 anni). Anche il livello di rappresentatività del campione era diverso in ogni regione: di Asl in Liguria (ASL 3 genovese), di ASL e regionale in Umbria e Valle d'Aosta, a livello di un distretto (Lunigiana) e regionale in Toscana ed esclusivamente regionale in Emilia Romagna e Puglia.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario è stato somministrato alle persone campionate da oltre 300 operatori specificamente formati.

La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: intervista telefonica o faccia a faccia. Nel gennaio 2009 per confrontare le due modalità di intervista e verificarne l'effettiva interscambiabilità, il questionario è stato somministrato nella doppia modalità ad un campione di convenienza di 71 soggetti (37 donne e 34 uomini). Il coefficiente kappa (k) di Cohen, utilizzato come misura dell'accordo tra le due modalità di somministrazione, ha evidenziato una sostanziale sovrapposibilità delle modalità di intervista faccia a faccia e telefonica.

Utilizzando le indicazioni emerse dalla letteratura scientifica e gli strumenti statistici adatti sono stati definiti gli indici che hanno permesso l'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione ultra 64enne.

Il primo passo è stato la valutazione dell'autonomia misurata rispetto alle capacità riferite nello svolgere le attività di base e più complesse della vita quotidiana (*Activities of Daily Living - ADL* e *Instrumental Activities of Daily Living - IADL*).

² persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento del contatto telefonico o per i 30 giorni successivi

Utilizzando la Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*) è stato individuato un *cut-off* per le IADL che ha permesso di dividere la popolazione in due grandi gruppi: autonomi e non autonomi. Sono stati definiti autonomi gli ultra 64enni che non sono in grado di svolgere da soli al massimo 1 IADL, non autonomi coloro che non sono in grado di svolgere 2 o più IADL. Successivamente l'utilizzo di indici che descrivono problemi di salute e stili di vita ha permesso la suddivisione della popolazione nei seguenti quattro gruppi di ultra 64enni:

- a) in buona salute a basso rischio di malattia
- b) in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
- c) con segni di fragilità
- d) disabili

A questi gruppi si aggiunge quello, trasversale ai primi quattro, degli ultra 64enni-risorsa. L'inserimento dei dati è stato realizzato utilizzando una base dati predisposta con il software Epi-Info versione 3.5.1.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati, prevalentemente di tipo descrittivo, è coerente con i due obiettivi dell'indagine PASSI d'Argento: sperimentare un sistema di sorveglianza fortemente orientato all'azione e descrivere i fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni. Sono stati così costruiti grafici e tabelle di frequenza e sono stati ricavati indici e prevalenze calcolando gli intervalli di confidenza al 95%. Ciò ha consentito di valutare l'entità dei fenomeni oggetto di studio e la qualità dei dati suggerendo nuove strategie di analisi. In questa fase, le differenze tra sottogruppi di popolazione non sono state quindi valutate mediante l'uso di test statistici e devono essere lette tenendo conto di alcuni fattori di tipo statistico, epidemiologico e di contesto che possono incidere sulle differenze osservate. Il software utilizzato per le analisi statistiche è stato Epi-Info ver. 3.5.1, seguendo il piano d'analisi indicato nel protocollo dell'indagine.

Etica e privacy

È stata chiesta una valutazione sull'indagine PASSI d'Argento al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

Le operazioni previste dall'indagine PASSI d'Argento in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità degli intervistati. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per chiedere il consenso all'intervista. In quell'occasione sono stati spiegati gli obiettivi e i metodi dello studio. Prima dell'intervista, sia faccia a faccia che telefonica, l'intervistatore ha indicato nuovamente gli obiettivi dello studio, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy. Dopo l'intervista i dati nominativi delle persone selezionate sono stati conservati per alcuni giorni in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore regionale dell'indagine e quindi distrutti dopo la validazione del questionario. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati e quindi non è possibile in alcun modo risalire all'intervistato.

Indicatori di processo

Quante persone sono state intervistate per l'indagine?

Nella nostra zona-distretto, il campione iniziale, scelto per effettuare le interviste, era costituito da 322 persone. Di queste ne sono state effettivamente intervistate 322 (100% del campione inizialmente previsto). Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra il (16 aprile) e il (19 giugno).

Delle 322 interviste analizzate, il 6% era costituito da persone rimpiazzate in quanto "non eleggibili", ovvero non rispondenti ai criteri di selezione per l'indagine perché:

- domiciliate fuori del comune di residenza (17 casi, 27%);
- decedute (3 casi, 5%);
- istituzionalizzate³ al momento dell'indagine (6 casi, 10%).

Complessivamente, tra il campione effettivamente contattato il tasso di risposta è stato pari al 90%. Le persone ultra 64enni selezionate sostituite sono state 36, pari al 10% del campione. Il 32% delle sostituzioni era dovuto al rifiuto a sostenere l'intervista e il restante 26% riguardava persone che non era stato possibile rintracciare.

I principali indicatori di monitoraggio sono riassunti nelle tabelle e grafici riportati in appendice.

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

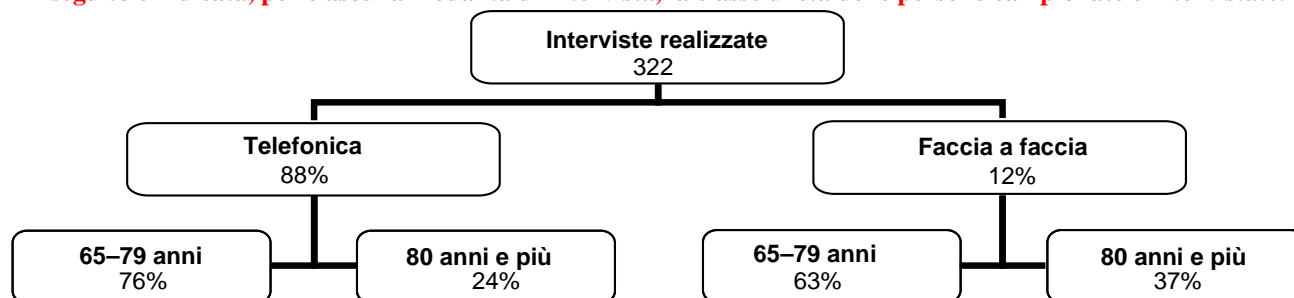
In alcuni casi, la persona ultra 64enne è stata intervistata con l'aiuto del "proxy" che poteva essere un familiare o una persona di fiducia dell'anziano. Questo ha consentito di raccogliere informazioni su persone che altrimenti non avrebbero potuto sostenere l'intervista a causa delle condizioni di salute.

Nella zona-distretto Lunigiana l'intervento del proxy si è verificato nel 26% dei casi (nel 23% fin dall'inizio dell'intervista e nel 3% dopo il test della memoria e dell'orientamento previsto).

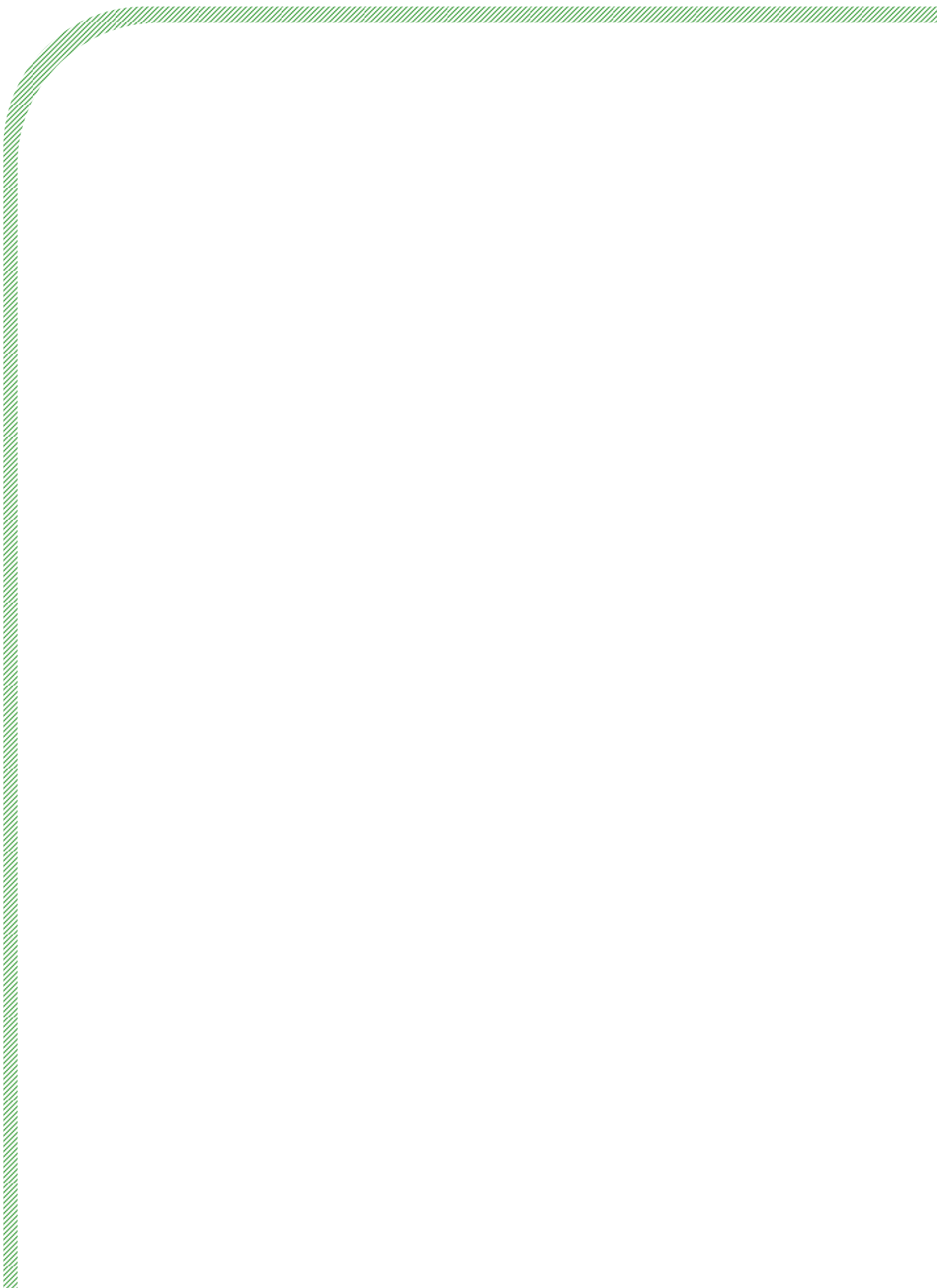
Quale era la modalità di intervista e l'età degli intervistati?

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 8 operatori specificamente formati. La durata media delle interviste è stata di circa 21 minuti per quelle faccia a faccia e di circa 19 minuti per quelle telefoniche. La modalità di intervista era scelta sulla base di un albero decisionale che guidava l'operatore: le persone con meno di 80 anni erano invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata, si proponeva in prima battuta la modalità di intervista faccia a faccia.

Di seguito è indicata, per ciascuna modalità di intervista, la classe di età delle persone campionate e intervistate.



³ persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento del contatto telefonico o per i 30 giorni successivi



PARTE I

Profilo della popolazione ultra 64enne

- Caratteristiche socio-demografiche
- La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi

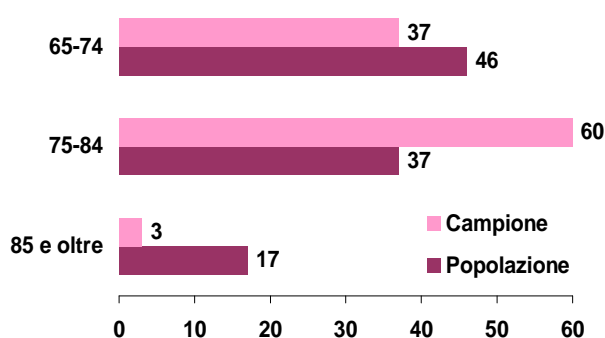
Caratteristiche socio-demografiche

Nella zona-distretto Lunigiana, la popolazione in studio è costituita dai 15155 residenti di età superiore ai 64 anni, iscritti nelle liste anagrafiche sanitarie della ASL 1 Massa e Carrara. Nei mesi di Aprile/Giugno 2009, è stato intervistato un campione rappresentativo della popolazione in studio, costituito da 322 persone di età superiore ai 64 anni.

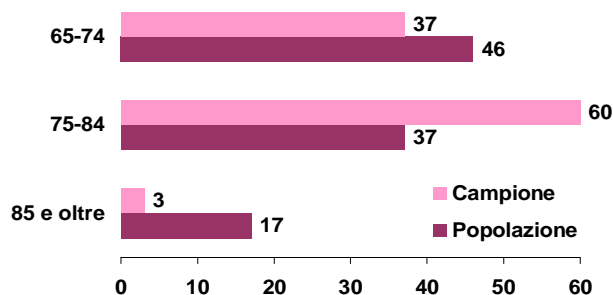
Qual è l'età e il genere?

- La distribuzione per genere e classi di età del campione PASSI d'Argento è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione residente al 1° gennaio 2009⁴.
- Le donne rappresentano il 59% del campione complessivo. Il dato riflette il fenomeno di « femminilizzazione » della popolazione anziana, particolarmente evidente nelle classi di età più avanzate. La percentuale di donne passa infatti dal 54% nella classe 65-74 anni al 63% in quella 75+.

Classi di età - UOMINI (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)



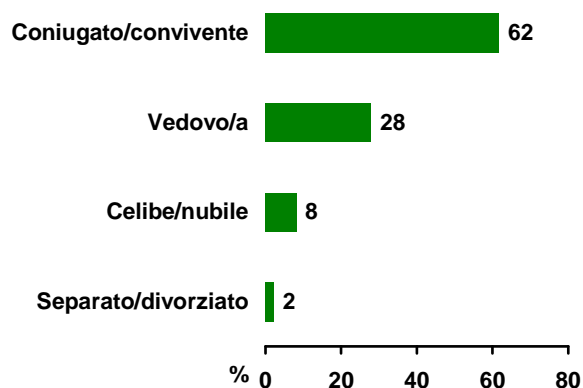
Classi di età - DONNE (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Qual è lo stato civile e la cittadinanza?

- I coniugati o conviventi sono il 62%, i vedovi/e il 28%, i celibi/nubili l' 8% e i separati/divorziati il 2%.
- Circa la metà delle donne è vedova (43%), mentre gli uomini vedovi sono solo il 7%; questa differenza nello stato civile è riconducibile alla maggiore durata della vita media tra le donne.
- Per quanto riguarda la cittadinanza, meno dell'1% ha cittadinanza straniera. Sono esclusi gli stranieri che non risiedono legalmente in Italia e coloro che non possono sostenere l'intervista in Italiano.

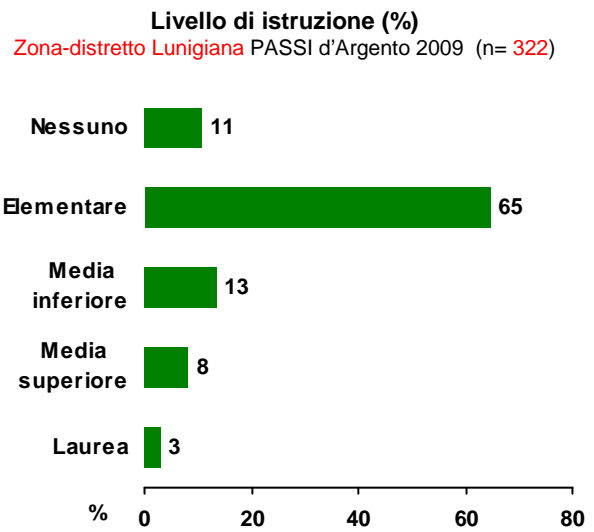
Stato civile (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)



⁴ Per confrontare la distribuzione per sesso ed età del campione con quella della popolazione regionale si suggerisce di utilizzare i dati ISTAT. I dati riportati nel grafico per la popolazione, si riferiscono alla popolazione residente in Italia al gennaio 2008 indicata dall'ISTAT.

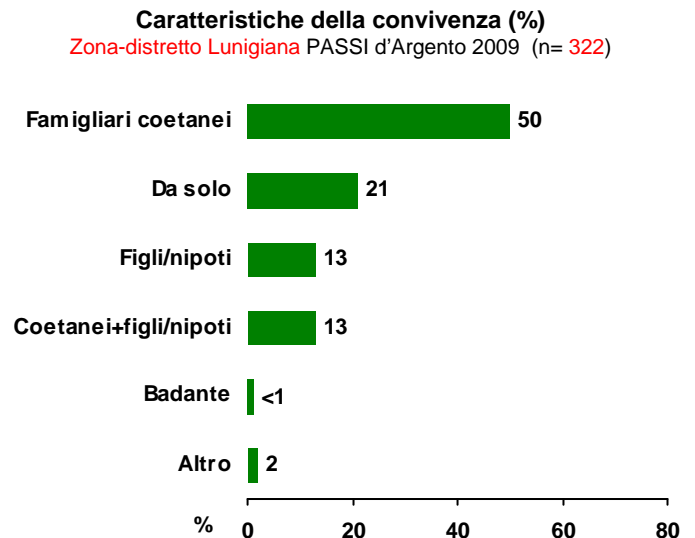
Qual è il livello di istruzione?

- Il 76 % ha un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare).
- Le donne presentano un livello di istruzione più basso rispetto agli uomini (78% contro 73%); il basso livello d'istruzione delle donne aumenta con l'età fino ad arrivare al 85% nella classe di età 75 anni e più.



Con chi vivono gli ultra 64enni?

- La metà il 51% vive con familiari della stessa generazione (coniuge, fratelli o sorelle), il 13% con figli e il 13% con entrambi.
- Circa il 21% vive da solo/a.
- Le persone che vivono senza familiari e con una badante sono meno dell'1%.
- Il vivere da soli è più frequente nelle donne (24% contro 14 %) e nella fascia di età 75 e più (22% contro 17%).



Lavoro principale svolto nella vita

- La quasi totalità delle persone intervistate (93%) ha riferito di ricevere una pensione.
- I lavori principali svolti prima del pensionamento sono stati l'operaio (23%), la casalinga (21%) e l'agricoltore (19%).



Considerazioni

Il campione selezionato nella zona-distretto Lunigiana presenta un sufficiente livello di rappresentatività rispetto alla popolazione in studio: le caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati appaiono sostanzialmente sovrapponibili a quelle della popolazione di riferimento rispetto alla distribuzione per genere e classi di età.

In particolare, anche nella zona-distretto Lunigiana si rileva il fenomeno della femminilizzazione della popolazione anziana legato alla maggiore durata media della vita per le donne. Il fenomeno appare evidente con l'aumentare dell'età ed è particolarmente rilevante nella classe 85+ anni. Le donne più anziane, solitamente vedove, presentano quasi sempre un basso livello di istruzione e possono essere maggiormente vulnerabili a fenomeni quali la povertà e l'isolamento sociale. Ai fini dell'indagine, è necessario che i confronti per genere, presentati nelle pagine successive di questo rapporto, tengano sempre conto dell'effetto dell'età.

La popolazione ultra 64enne e i suoi sottogruppi

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali ed economici (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali). Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione ultra 64enne non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi.

Alla luce di questa diversità, nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione ultra 64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi di **persone ultra 64enni**:

- **in buona salute a basso rischio di malattia**
- **in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità**
- **con segni di fragilità**
- **disabili**

Le definizioni utilizzate per l'individuazione dei sottogruppi sono riportate in Appendice.

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

I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento



L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione ultra 64enne è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è essenziale per la programmazione e valutazione delle strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

Nella parte III del rapporto sono valutati in dettaglio i problemi di salute, i bisogni e gli interventi messi in atto per ciascun sottogruppo individuato.

Come sono stati individuati i sottogruppi?

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di Salute intesa come stato di benessere, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La Salute non è quindi semplicemente l'assenza di malattia: per raggiungere il completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o gruppo deve essere capace, da un lato, di identificare e realizzare aspirazioni e soddisfare bisogni e, dall'altro, di utilizzare le proprie risorse personali e sociali, così come le capacità fisiche per modificare l'ambiente circostante e farvi fronte.

A fronte di questa definizione di Salute, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare sono state valutate:

- le attività di base della vita quotidiana o Activities of Daily Living (ADL) come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, ecc...
- e le attività strumentali della vita quotidiana o Instrumental Activities of Daily Living (IADL) come, ad esempio usare il telefono, prendere le medicine, ecc....

Combinando i risultati di questi due indici, sono stati definiti:

- "in buona salute" gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in al massimo 1 IADL.
- "con segni di fragilità" gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL.
- "disabili" gli ultra 64enni che non sono autonomi hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL.

Successivamente, utilizzando alcuni indici che valutano problemi di salute e stili di vita, il sottogruppo di ultra 64enni "in buona salute" è stato diviso in ultra 64enni:

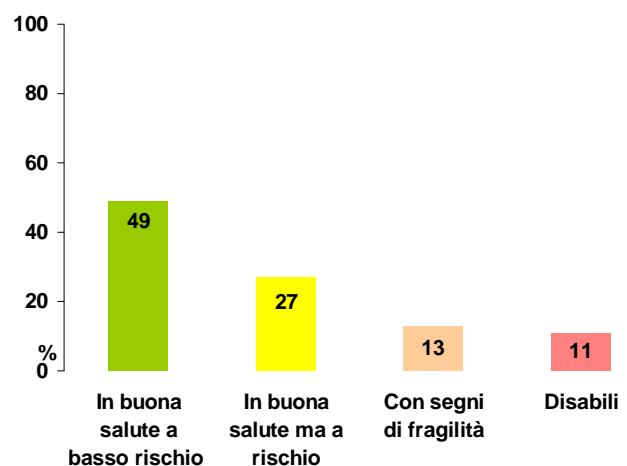
- in buona salute a basso rischio di malattia (nei grafici e tabelle indicati come "in buona salute ma a basso rischio")
- in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità (nei grafici e tabelle indicati come "in buona salute ma a rischio").

In Appendice sono riportate **le definizioni** utilizzate per l'individuazione dei 4 sottogruppi

Come è distribuita la popolazione ultra 64enne rispetto ai sottogruppi?

- Nel campione intervistato:
 - il 49% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia
 - il 27% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità
 - il 13% mostra segni di fragilità
 - il 11% risulta disabile ovvero ha bisogno di aiuto in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL).
- Le persone con segni di fragilità pari al 13% possono essere distinte in:
 - persone con segni di fragilità (3%)
 - persone con marcati segni di fragilità (10%).
- I disabili (11%) si dividono in parzialmente disabili (9,5%) e totalmente disabili (1,5%).

Sottogruppi di popolazione ultra 64enne (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)



Considerazioni

Per offrire opportunità e risposte ai differenti sottogruppi di popolazione individuati sono necessarie politiche di intervento in grado di coinvolgere numerosi settori della società civile; in particolare un posto fondamentale è quello occupato dai servizi alla persona, che mettono in atto interventi di tipo sanitario e/o azioni di valorizzazione e protezione sociale.

La maggior parte della popolazione (76%) è compresa nei primi due sottogruppi: presenta cioè buona salute di salute, anche se circa più di un terzo delle persone ha fattori di rischio, che sono però modificabili. Per questa considerevole fetta di popolazione ultra 64enne l'obiettivo strategico è quello di valorizzare le capacità a proprio favore, della propria famiglia e della collettività.

Per coloro che presentano fattori di rischio modificabili si tratterà di migliorare le attività di promozione della salute e di prevenzione (vedi nello specifico i capitoli seguenti). Ciò consentirà di evitare condizioni di disagio sociale (isolamento), patologie derivanti dai fattori di rischio (ad esempio fumo e alcol), condizioni che favoriscono la fragilità (ad esempio cattiva masticazione) e conseguente perdita di autonomia con scivolamento verso una condizione di patologia cronica, di fragilità e in seguito di disabilità.



PARTE II

I tre pilastri per un invecchiamento attivo

- Essere risorsa e partecipare alla vita sociale
- Rimanere in buona salute
- Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

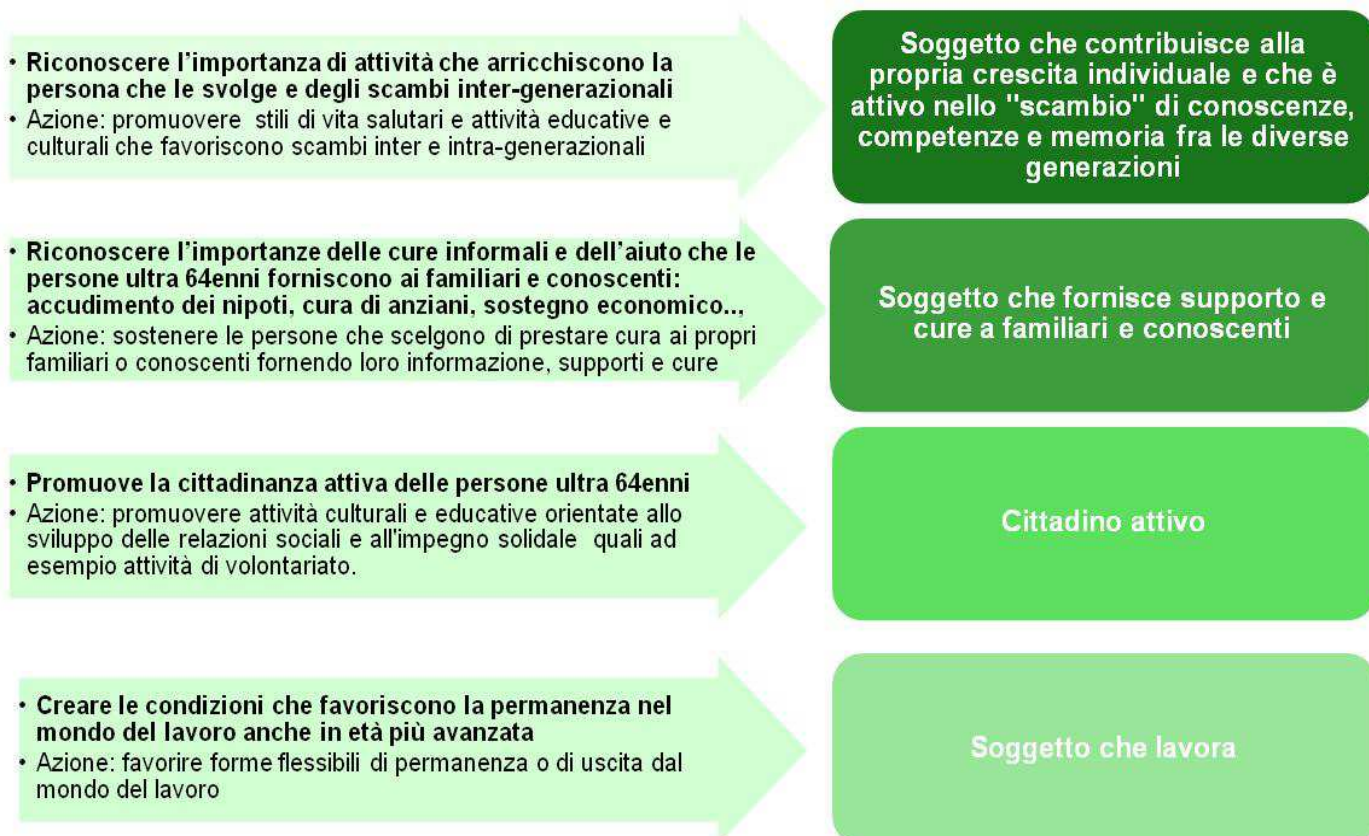
1. Essere risorsa e partecipare alla vita sociale

Già nel 1996 l'OMS definiva la persona anziana come una risorsa per la famiglia, la comunità e l'economia. Oggi è sempre più riconosciuto il valore sociale ed economico di alcune attività effettuate anche dalle persone più anziane quali, ad esempio, attività lavorative retribuite, attività di volontariato non retribuito, attività svolte per membri del proprio nucleo familiare o amicale, come prendersi cura dei propri nipoti, assistere persone care, aiutare altri anziani.

Nell'indagine PASSI d'Argento, sono state sperimentate alcune forme di misura dell'essere risorsa. In particolare, è stato considerato l'essere risorsa per la famiglia e i conoscenti e l'essere risorsa per la collettività attraverso la partecipazione ad attività di volontariato. Inoltre, è stata valutata la partecipazione ad attività sociali e a corsi di cultura e formazione. Questi ultimi due aspetti, pur non rientrando nella definizione adottata di "ultra 64enne risorsa", permettono di valutare indirettamente alcune delle azioni messe in atto dalla società per valorizzare gli ultra 64enni.

In questa indagine PASSI d'Argento, è stata utilizzata una definizione ristretta di "ultra 64enne-risorsa". Il concetto di "ultra 64enne-risorsa" parte infatti da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla propria crescita individuale e collettiva. In quest'ottica l'essere una risorsa si manifesta anche in attività che arricchiscono la persona che le svolge, come ad esempio le attività intellettuali o spirituali e l'esercizio fisico. In questo modo si considerano anche forme non strettamente economiche dell'essere risorsa come la trasmissione culturale, la saggezza, il sostegno o il supporto emozionale. Inoltre, si riconosce l'importanza di attività che migliorano la salute fisica e mentale e accrescono la qualità delle relazioni interpersonali, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e innalzare la qualità della propria vita.

Lo schema sotto riportato offre una visione sintetica dei principi e di alcune delle azioni preconizzate affinché la persona ultra 64enne possa rimanere una risorsa all'interno dei diversi ambiti di vita.



Essere una risorsa per la famiglia e la collettività

Nell'indagine PASSI d'Argento si è valutato il supporto fornito dalla persona ultra 64enne ai propri familiari, ai conoscenti e alla collettività.

Per la sfera familiare è stato chiesto agli intervistati con quale frequenza fornivano aiuto o "accudivano" familiari come il congiunto, figli, fratelli e/o sorelle; domanda analoga è stata posta alle persone con nipoti con meno di 14 anni. Un'altra domanda riguardava l'essersi preso cura di familiari o conoscenti anziani nei 12 mesi precedenti.

Il supporto alla collettività è stato definito come le attività di volontariato a cui si è partecipato nei 12 mesi precedenti. Per volontariato si intendevano le attività prestate "gratuitamente a favore di altri, come bambini, disabili, ospedali, scuole".

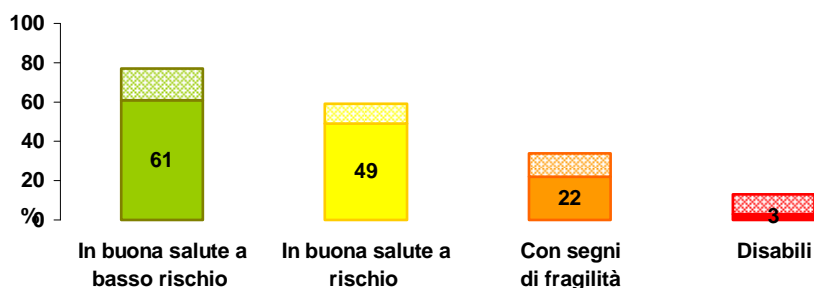
- Circa il 47% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività.
- Questa percentuale è più alta nelle persone:
 - sotto i 75 anni
 - con livello alto d'istruzione
 - senza difficoltà economiche percepite
 - in buona salute.
- Il 39% è risorsa solo per l'ambito familiare e amicale, l' 1% solo per la collettività e il 7% per entrambi.
- E' importante sottolineare come la persona ultra 64enne costituisca una risorsa non solo quando è in buona salute, ma anche quando è fragile o disabile.

Essere risorsa*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Totale	%	IC 95%
Totale	47	41-52
Classi di età		
65-74	58	
75 e oltre	39	
Genere		
uomini	40	
donne	51	
Istruzione		
bassa	41	
alta	65	
Difficoltà economiche		
molte	38	
alcune	44	
nessuna	54	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	61	
in buona salute ma a rischio	49	
con segni di fragilità	22	
disabili	3	

* Persona ultra 64enne che accudisce frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o presta assistenza ad altri anziani o fa attività di volontariato

Essere risorsa* per sottogruppi di popolazione (%)

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



*L'essere risorsa è evidenziato con il colore pieno e sono indicati e valori (%)

Quanti ultra 64enni sono una risorsa per famiglia e conoscenti?

- Il 46% degli ultra 64enni rappresenta una risorsa per famiglia in quanto si occupa dei nipoti o di altri familiari quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni.
- Il 22% delle persone con nipoti sotto ai 14 anni si occupa di loro quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni; un altro quarto (24 %) si occupa dei nipoti solo per alcuni giorni e il rimanente 54% mai.
- L'assistenza quasi quotidiana ai propri nipoti è più alta tra le persone con meno di 75 anni (32% contro 9%) ed è più diffusa nelle donne (24 vs 18).
- Il 34% accudisce e aiuta altri familiari quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni, il 14% per alcuni giorni e il 52% mai. L'assistenza quasi quotidiana ai familiari è più diffusa nelle donne (39% contro 28%) e nelle persone con meno di 75 anni (40% contro 30%).
- Il 26% presta assistenza ad altri anziani. Questa attività è maggiormente diffusa tra le donne (28 vs 24) ed è più frequente nelle persone con meno di 75 anni (34% contro 21%).

Essere risorsa per la famiglia e i conoscenti*

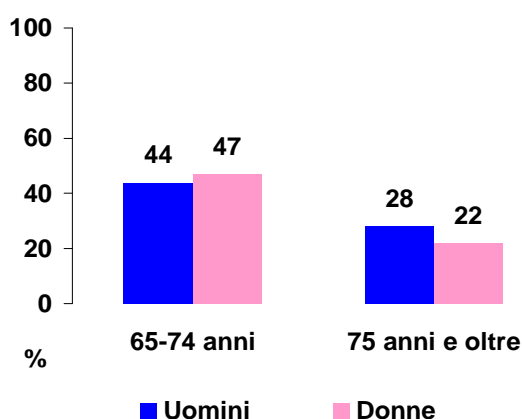
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)

Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	46	40-51
Classi di età		
65-74	58	
75 e oltre	38	
Genere		
uomini	40	
donne	50	
Istruzione		
bassa	41	
alta	62	
Difficoltà economiche		
molte	38	
alcune	44	
nessuna	51	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	60	
in buona salute ma a rischio	49	
con segni di fragilità	22	
disabili	3	

* Persona ultra 64enne che accudisce frequentemente nipoti con meno di 14 anni o altri familiari o presta assistenza ad altri anziani

Prendersi cura di nipoti* con meno di 14 anni per genere e classe di età (%)

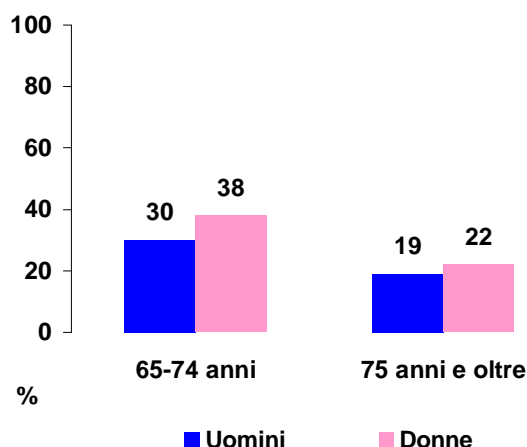
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



* tra chi ha dichiarato di aver nipoti con meno di 14 anni e si prende cura dei nipoti quasi tutti i giorni o per più della metà dei giorni

Assistenza ad altri anziani per genere e classe di età (%)

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Quante persone ultra 64enni sono una risorsa per la collettività?

Nell'indagine si è valutato il supporto fornito all'interno della collettività, definito come le attività di volontariato a cui si è partecipato nei 12 mesi precedenti.

- L' 8% ha partecipato, nei 12 mesi precedenti, ad attività di volontariato.
- Questa percentuale è più alta nelle persone:
 - sotto i 75 anni
 - con livello d'istruzione alto
 - senza difficoltà economiche percepite
 - in buona salute.
- Non si evidenziano differenze di genere per le attività di volontariato.

Essere risorsa per la collettività*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	8	6-12
Classi di età		
65-74	13	
75 e oltre	5	
Genere		
uomini	8	
donne	8	
Istruzione		
bassa	4	
alta	21	
Difficoltà economiche		
molte	2	
alcune	6	
nessuna	13	
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio	15	
in buona salute ma a rischio	3	
con segni di fragilità	0	
disabili	0	

* Persona ultra 64enne che ha svolto attività di volontariato nei 12 mesi precedenti

Partecipazione ad attività sociali e corsi di formazione

Quante persone ultra 64enni partecipano ad attività sociali?

- Il 21% partecipa, in una settimana tipo, ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro.
- La partecipazione è maggiore:
 - nelle donne
 - nelle persone senza difficoltà economiche percepite
 - nelle persone in buona salute e a basso rischio di malattia e fragilità.
- Gli ultra 64enni partecipano, in una loro settimana tipo, a attività con altre persone :
 - quasi tutti i giorni il 3%
 - per più della metà dei giorni il 2 %
 - solo alcuni giorni il 16 %
 - mai il 79 %.

Partecipazione ad attività sociali*		
<i>Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)</i>		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	21	17-26
Classi di età		
65-74	21	
75 e oltre	21	
Genere		
uomini	12	
donne	27	
Istruzione		
bassa	18	
alta	30	
Difficoltà economiche		
molte	17	
alcune	20	
nessuna	23	
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio	22	
in buona salute ma a rischio	30	
con segni di fragilità	10	
disabili	6	

* Partecipazione in una settimana tipo ad attività con altre persone, quali ad esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia, al teatro

Quante persone ultra 64enni partecipano a corsi di cultura o formazione per adulti?

- L' 1% ha partecipato, nei 12 mesi precedenti, a qualche corso di cultura o formazione, come ad esempio corso di inglese, di cucina o di computer.
- La partecipazione è maggiore:
 - nelle persone con meno di 75 anni
 - nelle persone con più alto livello d'istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche riferite
 - nelle persone in buona salute.

Partecipazione a corsi*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	1	0-3
Classi di età		
65-74	2	
75 e oltre	1	
Genere		
uomini	1	
donne	1	
Istruzione		
bassa	1	
alta	3	
Difficoltà economiche		
molte	0	
alcune	1	
nessuna	2	
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio	2	
in buona salute ma a rischio	0	
con segni di fragilità	0	
disabili	0	

* Partecipazione, nei 12 mesi precedenti, a corsi di cultura o di formazione per adulti come ad esempio di inglese, di cucina, di computer.

Partecipare ed essere risorsa: considerazioni

I risultati dell'indagine mostrano come anche nella nostra zona-distretto le persone ultra 64enni rappresentano un'importante risorsa per la società, sia per le attività prestate all'interno della famiglia sia per quelle rivolte verso la collettività. Inoltre l'essere una risorsa per famiglia e collettività è un fenomeno trasversale, presente anche tra le persone ultra 64enni con segni di fragilità o condizioni di disabilità, anche se in misura più ridotta rispetto a quelle in buona salute.

La partecipazione a momenti di vita sociale rileva alcune criticità: circa tre ultra 64enni su quattro non partecipano mai ad attività con altre persone (centro anziani, circolo, parrocchia, teatro) e solo una quota molto ristretta ha seguito corsi di cultura o formazione.

Le azioni di valorizzazione e tutela dell'essere risorsa della persone ultra 64enne e della sua partecipazione alla vita sociale richiedono azioni da parte di numerosi settori della società. Amministratori, associazioni e gruppi della società civile dovranno continuare a porsi in atteggiamento sempre più pro-attivo nei confronti della valorizzazione degli ultra 64enni, che in pochi anni costituiranno un terzo della popolazione totale. In particolare è necessario promuovere una nuova visione del progredire dell'età che è un processo che ci riguarda in ogni fase della vita. Ciò al fine di promuovere una cultura dello scambio e della solidarietà intergenerazionale. Il bambino di ieri è infatti l'adulto di oggi e sarà l'anziano di domani; la qualità della sua vita dipenderà da rischi e opportunità occorsi nell'arco di tutta la vita e dal modo in cui le varie generazioni offrono mutuo aiuto e il sostegno necessario.

In attesa di valutazioni di efficacia di questi interventi, è necessario intraprendere delle iniziative e studiare dei progetti anche sulla scorta delle buone pratiche già messe in atto sul territorio nazionale.

2. Rimanere in buona salute

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

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

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

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

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

Percezione dello stato di salute

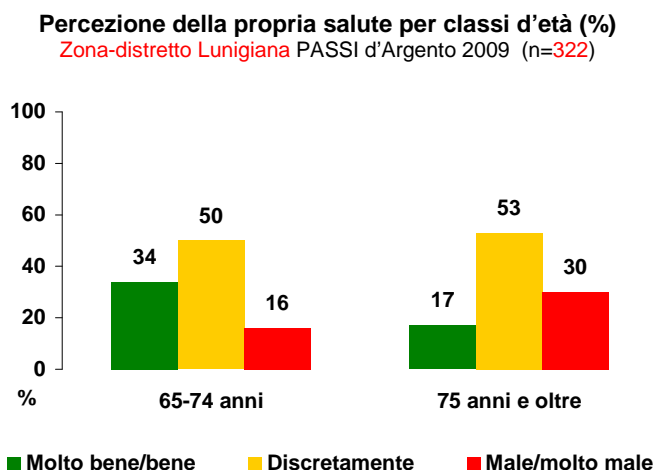
La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Nelle persone con più di 64 anni, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla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

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

A queste domande si aggiunge, in PASSI d'Argento, quella sullo stato di salute rispetto all'anno precedente, informazione rilevante in particolare nelle persone di età avanzata.

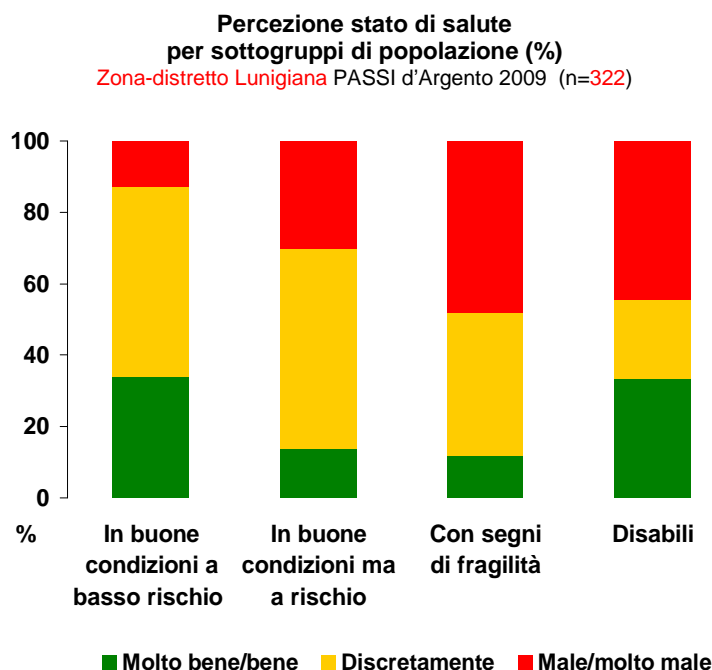
Come percepiscono il proprio stato di salute le persone ultra 64enni?

- Il 25% giudica il proprio stato di salute positivamente (molto bene o bene), il 52% discretamente e il rimanente 23% in modo negativo (male o molto male).
- La percezione negativa del proprio stato di salute è più frequente nelle donne (28% contro 16%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi. Tra gli uomini hanno considerato cattivo il proprio stato di salute il 9% dei 65-74enni e il 24% degli ultra 74enni; tra le donne tale differenza è più marcata (22% e 33% rispettivamente).



Come percepiscono la propria salute i 4 sottogruppi di popolazione?

- Riferiscono di avere uno stato di salute buono o molto buono il 34% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia e il 14 % delle persone in buona salute ma a rischio di malattia.
- Questa percentuale è del 12 % tra le persone con segni di fragilità e del 33 % tra i disabili.
- Parallelamente la proporzione di coloro che si percepisce in cattiva salute sale dal 13% del primo gruppo al 44 % dei disabili.



Quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese e in che misura limitano le attività di tutti i giorni?

Media dei giorni percepiti in cattiva salute al mese

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)

Caratteristiche	N° gg/mese (DS) per					
	Motivi fisici		Motivi psicologici	Attività limitata		
Totale	8	(12)	7	(11)	4	(10)
Classi di età						
65-74	6		4		3	
75 e oltre	10		9		6	
Genere						
uomini	4		3		3	
donne	11		10		6	
Istruzione						
bassa	9		8		5	
alta	5		4		3	
Difficoltà economiche						
molte	11		10		8	
alcune	10		8		6	
nessuna	5		4		3	
Sottogruppi						
in buona salute a basso rischio	5		3		2	
in buona salute ma a rischio	12		11		7	
con segni di fragilità	15		12		10	
disabili	12		5		9	

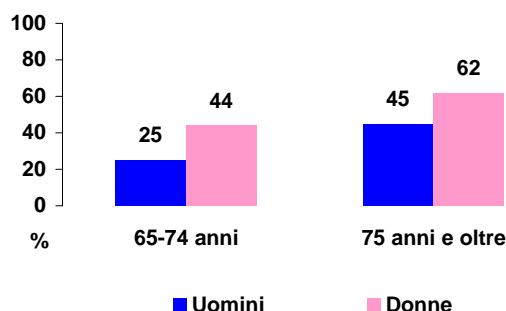
- Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività aumenta al progredire dell'età.
- Le donne hanno riferito un maggior numero medio di giorni in cattiva salute percepita per motivi fisici, psicologici e per limitazioni nelle attività.
- Nelle persone con molte difficoltà economiche percepite si è rilevato un maggior numero medio di giorni vissuti in cattiva salute per motivi fisici, psichici o per limitazioni di attività.
- Gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia hanno riferito un minor numero di giorni in cattiva salute.

Come percepiscono la propria salute rispetto un anno fa?

- Il 47% degli ultra 64enni riferisce di star peggio rispetto un anno fa, il 45 % allo stesso modo e solo l' 8 % meglio.
- Il 34 % degli uomini ha segnalato un peggioramento nella propria salute rispetto all'anno precedente; nelle donne questa percentuale sale al 55 %.
- Il peggioramento dello stato di salute è più consistente al crescere dell'età in entrambi i sessi.

Peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente (%)

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



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

Attività fisica

Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Negli ultra 64enni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni di salute generali e dell'età. Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica, tratto da alcune indagini internazionali in grado di tener conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana; sono state considerate sia le attività sportive o ricreative quali ad esempio ginnastica e ballo, sia altre attività fisiche come i lavori di casa pesanti o il giardinaggio.

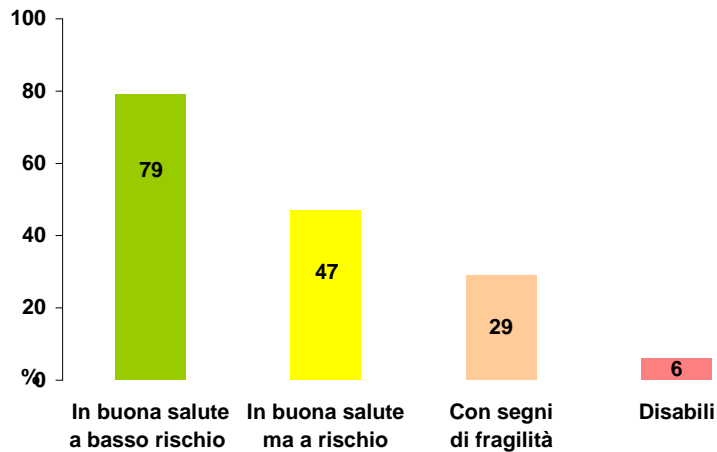
Quante sono le persone ultra 64enni attive fisicamente?

- Il 56% svolge quasi tutti i giorni un'attività fisica che fa sudare o faticare per almeno dieci minuti.
- La percentuale di persone attive è maggiore
 - negli uomini
 - nei 65-74enni
 - nelle persone con un alto livello d'istruzione
 - nelle persone senza difficoltà economiche percepite
- La percentuale di attivi si riduce progressivamente passando dal sottogruppo delle persone in buona salute a quello dei disabili.

Attivi fisicamente*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	56	50-61
Classi di età		
65-74	64	
75 e oltre	50	
Genere		
uomini	71	
donne	45	
Istruzione		
bassa	53	
alta	66	
Difficoltà economiche		
molte	48	
alcune	50	
nessuna	66	
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio	79	
in buona salute ma a rischio	47	
con segni di fragilità	29	
disabili	6	

* Persone ultra 64enni che hanno svolto per almeno dieci minuti quasi tutti i giorni un'attività che fa sudare un po'

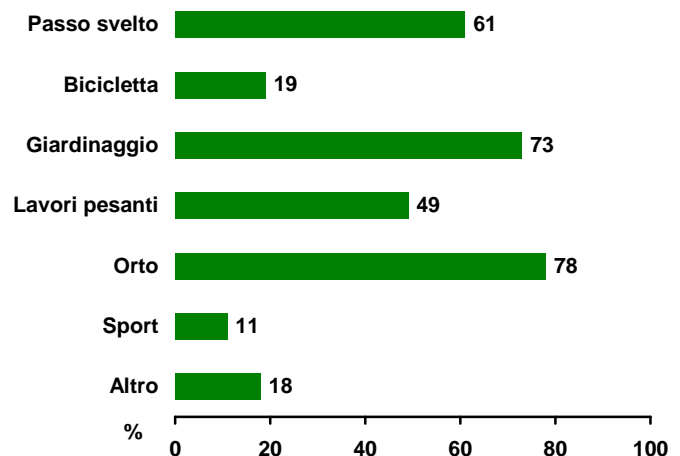
Attivi fisicamente* per sottogruppi di popolazione (%)
 Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)



Che tipo di attività svolgono le persone attive fisicamente?

- Le attività fisiche maggiormente praticate sono il lavori nell'orto o nei campi (78 %) seguito dal giardinaggio (73%), camminare a passo svelto (61%), dai lavori di casa pesanti (49%), e dall'andare in bicicletta (19%).

Attività fisica svolta (%)
 Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)



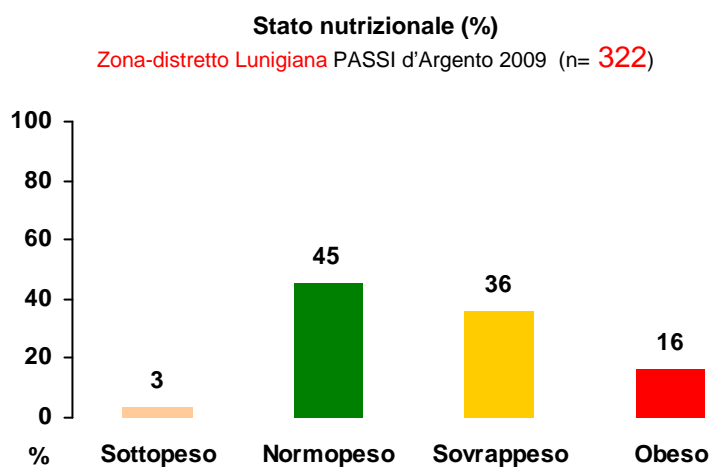
Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. In particolare dopo i 64 anni l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona, mentre la perdita di peso non intenzionale⁵ rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Per valutare e confrontare le caratteristiche ponderali degli individui si utilizza l'indice di massa corporea (*Body Mass Index* o *BMI*) che si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in kg diviso il quadrato della sua statura espressa in metri. In base ai valori assunti dall'indice le persone vengono raggruppate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale delle persone ultra 64enni?

- Il 45% delle persone ultra 64enni risulta normopeso, il 3 % in sottopeso, il 36% in sovrappeso e il 16% obeso.
- Le persone in eccesso ponderale, cioè in sovrappeso e obese, sono il 52 %.
- Se riportiamo la prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrata in questa indagine a tutta la fascia di persone ultra 64enni, il numero di persone in soprappeso/obese nella nostra zona-distretto risulta di circa 7800 (2400 persone obese e 5400 persone in soprappeso).



⁵ Perdita di almeno 4,5 kg nei dodici mesi precedenti o perdita di peso superiore al 5% del peso iniziale

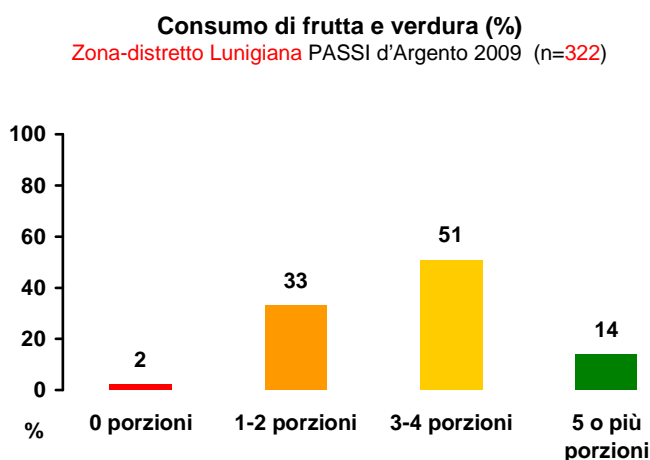
Quante persone ultra 64enni sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- Le persone ultra 64enni in eccesso ponderale sono il 52% circa.
- L'eccesso ponderale è maggiormente diffuso nelle persone:
 - di genere maschile
 - con basso livello d'istruzione
 - con difficoltà economiche

Eccesso ponderale		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	52	46-57
Classi di età		
65-74	52	
75 e oltre	51	
Genere		
uomini	56	
donne	49	
Istruzione		
bassa	53	
alta	48	
Difficoltà economiche		
molte	50	
alcune	55	
nessuna	47	
Sottogruppi		
in buona salute e a basso rischio	57	
in buona salute ma a rischio	47	
con segni di fragilità	46	
disabili	47	

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

- Solo il 14% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate; meno della metà consuma solo 1-2 porzioni, valori inferiori rispetto a quelli indicati dalla sorveglianza PASSI 2008 relativi alla classe 50-69 anni (33%).
- Tra gli ultra 64enni in buona salute a basso rischio di malattia il 23% ha dichiarato di seguire il "five a day", la percentuale scende al 7% nelle persone in buona salute, ma a rischio di malattia e fragilità, al 5% nelle persone con segni di fragilità e allo 0% nei disabili.



Consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stato valutato il numero di persone che bevono almeno una unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno; inoltre è stato valutato il numero di persone che hanno ricevuto da parte di un operatore sanitario, il consiglio di ridurre il consumo di alcol.

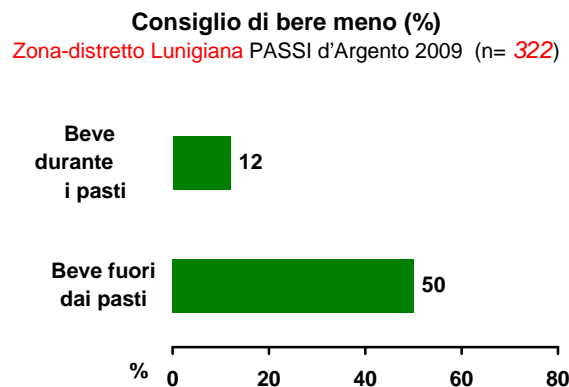
Quanti ultra 64enni consumano almeno una unità alcolica al giorno e quali sono le loro caratteristiche?

- Il 62 % consuma alcol in una giornata tipo.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (82% contro 48 %), nelle classi d'età 75 e oltre, nelle persone con minori difficoltà economiche.

Consumatori di almeno un'unità alcolica*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	62	56-67
Classi di età		
65-74	57	
75 e oltre	66	
Genere		
uomini	82	
donne	48	
Istruzione		
bassa	63	
alta	60	
Difficoltà economiche		
molte	48	
alcune	63	
nessuna	66	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	70	
in buona salute ma a rischio	58	
con segni di fragilità	63	
disabili	32	

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

- Tra chi consuma alcol, solo l' 12% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario.
- Questo consiglio è più frequente tra i bevitori fuori pasto (50%) rispetto a chi consuma alcol solo durante i pasti (12%).

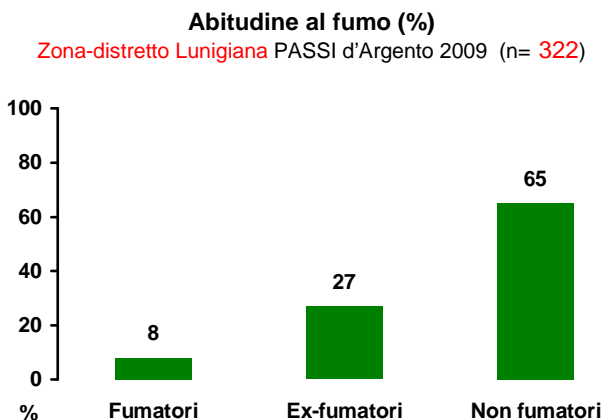


Abitudine al fumo

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nella zona-distretto Lunigiana gli ultra 64enni che hanno riferito di fumare sono l' 8 %. Il 27 % ha detto di aver fumato almeno cento sigarette ma di aver smesso e il 65 % di non avere mai fumato.
- Le percentuali sono in linea con quelle della sorveglianza PASSI che indicano una progressiva riduzione dell'abitudine al fumo all'aumentare dell'età (23% nella classe 50-69 anni nel 2008)



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori e quanti hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare?

- L'abitudine al fumo è risultata più alta:
 - negli uomini
 - nella classe d'età 65-74 anni
 - nelle persone con alto livello d'istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche percepite.
- I fumatori rappresentano il 8% degli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia, il 14% di quelli in buona salute ma rischio di malattia, il 5% delle persone con segni di fragilità e lo 0% dei disabili.
- L' 88% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario.

Abitudine al fumo		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	8	5-12
Classi di età		
65-74	13	
75 e oltre	5	
Genere		
uomini	15	
donne	3	
Istruzione		
bassa	7	
alta	10	
Difficoltà economiche		
molte	8	
alcune	10	
nessuna	6	
Sottogruppi		
in buona salute	8	
a basso rischio		
in buona salute ma a rischio	14	
con segni di fragilità	5	
disabili	0	

* Persone ultra 64enni che dichiarano di aver fumato più di 100 sigarette nella loro vita e di fumare al momento

Problemi di vista, udito e difficoltà masticatorie

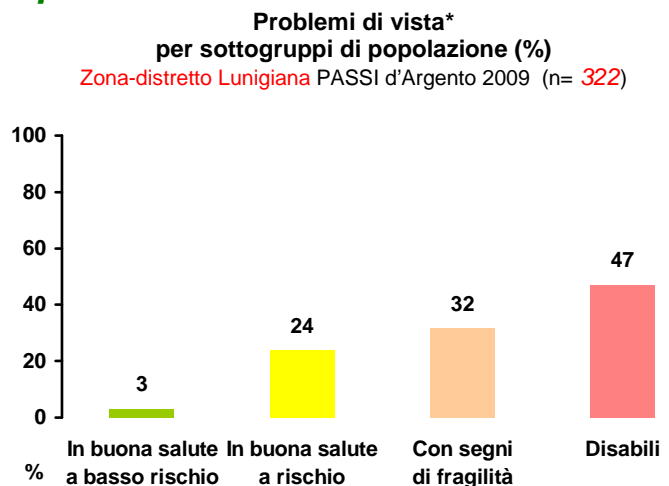
Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persona ultra 64enne peggiorandone notevolmente la qualità della vita.

I problemi di vista costituiscono inoltre un importante fattore di rischio per le cadute. Nel 1997, l'OMS ha lanciato un programma d'azione per eliminare i problemi di vista evitabili entro il 2020. Per far questo è importante fornire un'assistenza oculistica appropriata alle persone con disabilità visive collegate all'età e ridurre le iniquità di accesso all'uso di occhiali correttivi tra le donne e gli uomini di età più avanzata.

Per quanto riguarda la salute orale, questa costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona. Nei più anziani le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e disabili. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona ultra 64enne, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

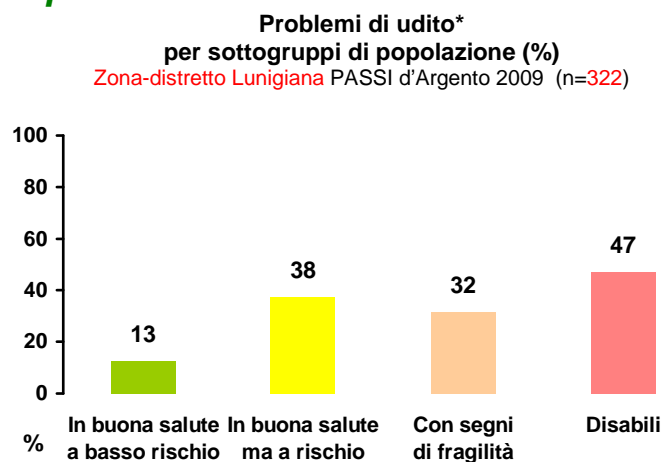
Quante persone ultra 64enni hanno problemi di vista?

- L' 12% degli ultra 64enni riferisce di vedere senza problemi, il 71% di aver bisogno di occhiali per vedere bene e il 17% di avere problemi di vista.
- Tra coloro che hanno problemi di vista, il 10% vede male nonostante porti gli occhiali.
- La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone a rischio, tra quelle con segni di fragilità e tra i disabili.



Quante persone ultra 64enni hanno problemi di udito?

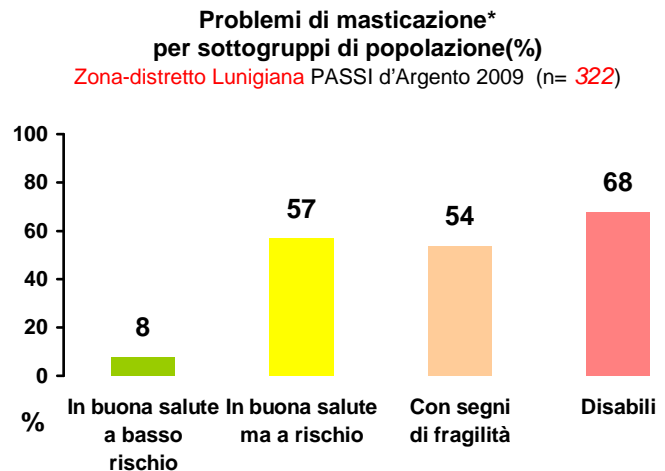
- Il 26% ha problemi di udito.
- La prevalenza di questo problema percettivo è particolarmente rilevante tra le persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, tra quelle con segni di fragilità e tra i disabili.
- Complessivamente, il 10% riferisce di usare una protesi acustica ma, tra coloro che la usano, il 23% riferisce di sentire male.
- Tra coloro che hanno problemi di udito il 77% non porta la protesi acustica.



* Persone ultra 64enni che hanno risposto di sentire male o di non sentire

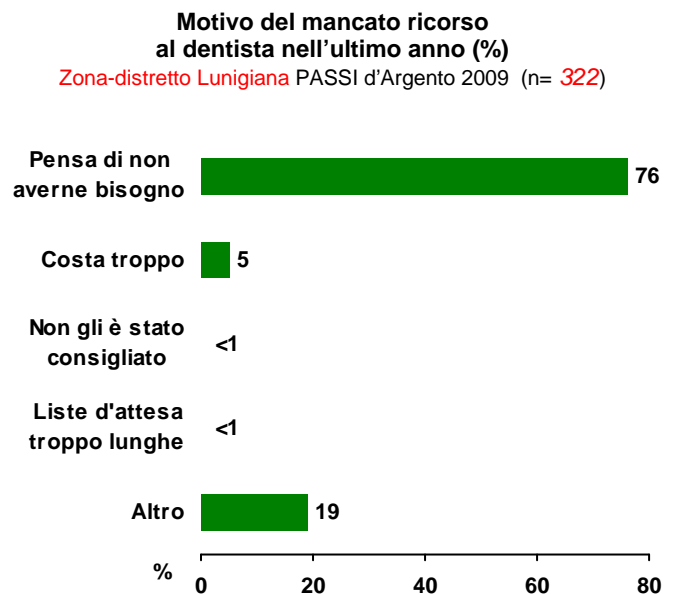
Quante persone ultra 64enni hanno difficoltà a masticare?

- Il 66% riferisce di non avere problemi di masticazione; di questi oltre i due terzi (70%) utilizzano una protesi dentale.
- Il 34% ha difficoltà masticatorie; di questi il 65% porta una protesi dentale, mentre il restante 35% non la utilizza.
- La prevalenza dei problemi masticatori è particolarmente rilevante nelle persone in buona salute ma a alto rischio di malattia e fragilità (57%), in coloro con segno di fragilità (54%) e nei disabili (68%).



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

- Il 35% si è recato dal dentista negli ultimi 12 mesi.
- Tra gli ultra 64enni che hanno difficoltà a masticare, solo il 33% si è recato dal dentista.
- Il motivo principale per cui le persone con problemi di masticazione non si sono recate dal dentista è il non averne sentito biso
- Il ricorso al dentista è superiore nei due sottogruppi delle persone in buona salute (40 % e 33 %), mentre è inferiore tra le persone con segni di fragilità (32%) e i disabili (21%).



Cadute

L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per frequenza, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio per le cadute (quali ad esempio l'uso inappropriato di farmaci), a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole alle persone più anziane e a promuovere l'attività fisica.

Quante persone ultra 64enni sono cadute negli ultimi 30 giorni e quali sono le loro caratteristiche?

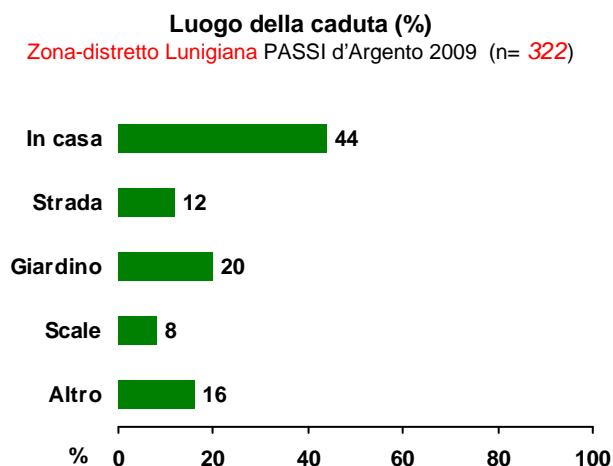
- In Lunigiana l' 8% è caduto negli ultimi 30 giorni.
- Le prevalenze delle cadute aumenta con il crescere dell'età: 6 % nella fascia 65-74 anni e 10% sopra i 74 anni e tra le persone che hanno riferito molte difficoltà economiche (23% vs qualche difficoltà 5%, nessuna 7%) .
- Le cadute sono un fenomeno particolarmente frequente tra gli ultra 64enni con segni di fragilità (12%) e i disabili (24%).

Cadute negli ultimi 30 giorni
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)

Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	8	5-12
Classi di età		
65-74	6	
75 e oltre	10	
Genere		
uomini	8	
donne	9	
Istruzione		
bassa	9	
alta	7	
Sottogruppi		
in buona salute	5	
a basso rischio		
in buona salute ma a rischio	6	
con segni di fragilità	12	
disabili	24	

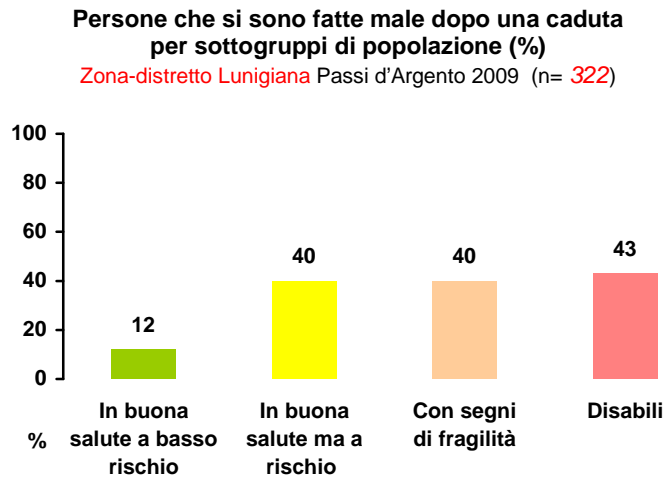
Dove si è verificata la caduta?

- Il 44% è caduto in casa.
- Le cadute in strada sono state il 12%, quelle in giardino e nell'orto sono state il 20%.
- Gli ultra 64enni che hanno riferito di essere caduti per la scale sono stati l' 8%.



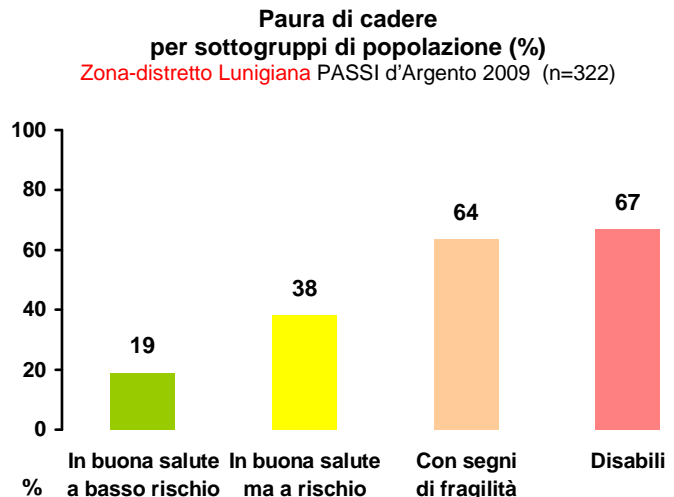
Quante persone ultra 64enni si sono fatte male e quante sono state ricoverate a seguito della caduta?

- Tra gli ultra 64enni che sono caduti, coloro che riferiscono di essersi fatti male a seguito della caduta sono il 32%.
- Questa percentuale è più alta tra i disabili (43%), le persone in buona salute ma a rischio di malattia (40%) e tra i le persone con segni di fragilità (40%).
- Il 56% degli ultra 64enni sono stati ricoverati per più di un giorno a seguito delle caduta.



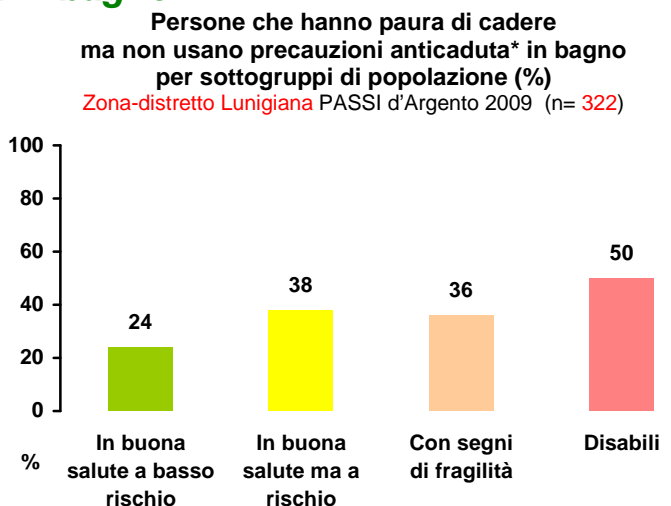
Quante persone ultra 64enni hanno paura di cadere?

- Il 31% ha paura di cadere.
- La paura di cadere è una condizione più frequente nelle donne (40% contro 16% degli uomini) e negli ultra 74enni (41% contro 21% dei 65-74enni).
- La paura di cadere è maggiore tra le persone cadute nell'ultimo mese (61%) rispetto a quelle che non sono cadute (29%).
- Tra gli ultra 64enni il 38 % di quelli a rischio di fragilità e il 64 % di quelli con segni di fragilità hanno paura di cadere, percentuale che sale al 67 % tra i disabili.



Quante persone ultra 64enni sono cadute o hanno paura di cadere, ma non usano precauzioni anticaduta in bagno?

- Le persone che hanno paura di cadere sono a maggior rischio di cadute successive. Ciò si accompagna ad una insufficiente adozione di misure preventive, come già dimostrato dalla sorveglianza PASSI 2008: solo il 10% degli ultra 50enni che sono caduti ha adottato misure di sicurezza negli ultimi 12mesi.
- Il 58% degli ultra 64enni caduti e il 34% di chi ha paura di cadere non adotta misure anticaduta in bagno, percentuale che varia tra il 24% di quelli in buona salute e il 50% tra i disabili (riferito alla paura di cadere).



* tappetino antiscivolo, maniglioni, seggiolini, altre misure

Sintomi di depressione

La depressione è una condizione associata a sofferenza e disabilità e costituisce una significativa fonte di costi diretti e indiretti. Dopo i 64 anni la presenza di sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché associata ad altre forme di patologia e perché causa un disagio clinicamente significativo e socialmente rilevante, associandosi più spesso che in altre età a tentativi di suicidio e suicidio.

Al contrario, esiste spesso una sottostima della necessità di curarsi, da parte dell'anziano stesso che considera il suo stato psicologico una necessaria conseguenza della sua storia di vita e da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione abituale dell'età avanzata.

Quante sono le persone ultra 64enni con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- In Lunigiana il 21 % presenta sintomi di depressione.
- Questi sintomi sono più diffusi:
 - nella fascia di età 75 e più
 - nelle donne
 - nelle persone con molte difficoltà economiche percepite
 - nelle persone in buono stato di salute percepito ma ad alto rischio di malattia, in quelle con segni di fragilità e nei disabili.

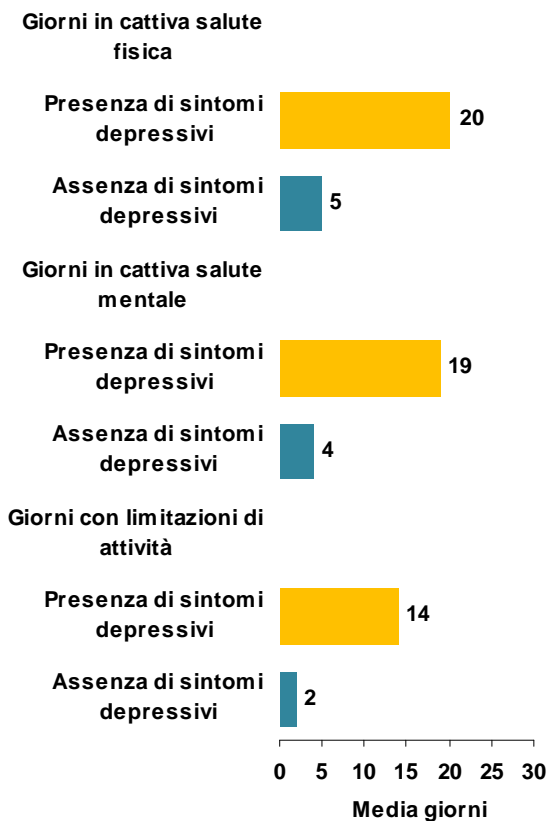
Sintomi di depressione*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	21	16-26
Classi di età		
65-74	13	
75 e oltre	28	
Genere		
uomini	14	
donne	25	
Istruzione		
bassa	24	
alta	12	
Difficoltà economiche		
molte	31	
alcune	23	
nessuna	15	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	4	
in buona salute ma a rischio	42	
con segni di fragilità	36	
disabili	44	

* Persone ultra 64enni con punteggio ≥ 3 del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depressa o senza speranza.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla qualità percepita della vita?

- Gli ultra 64enni che presentano sintomi di depressione hanno una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone senza sintomi.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è più alta tra le persone con sintomi di depressione.
- In particolare, tra le persone con sintomi di depressione, il numero medio di giorni con limitazioni è 14 giorni rispetto ai 2 nelle persone senza sintomi.

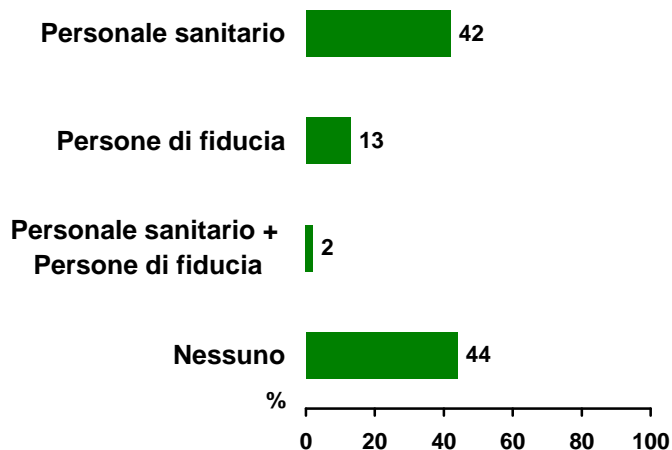
Media dei giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazione di attività
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)



A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

- Il 56% delle persone con sintomi di depressione si rivolge alle seguenti figure: il 42% a medici/operatori sanitari, il 12% a familiari/amici e il 2% a entrambi.
- Le persone che non chiedono aiuto pur avendo sintomi di depressione sono il 44%.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Isolamento sociale

L'isolamento sociale non ha una definizione univoca, ma nelle sue componenti è molto importante per le implicazioni di natura psicologica, per esempio per la depressione, e di cura, ad esempio attenzione per la vita quotidiana dell'anziano e i suoi bisogni. Nell'indagine PASSI d'Argento è stata valutata la partecipazione a incontri collettivi e l'incontrare altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere. Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale non svolgevano nessuna di queste attività. Inoltre, è stata valutata la possibilità di contare sull'aiuto gratuito di qualcuno in caso di necessità.

Quante persone ultra 64enni sono a rischio di isolamento sociale e quali sono le loro caratteristiche?

- Le persone intervistate a rischio di isolamento sociale sono risultate il 13%.
- L'isolamento sociale è più diffuso:
 - nella fascia d'età 75 e oltre
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.
- Tra gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia solo l'1% è a rischio di isolamento sociale.

Rischio di isolamento sociale*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	13	9-17
Classi di età		
65-74	7	
75 e oltre	17	
Genere		
uomini	14	
donne	12	
Istruzione		
bassa	15	
alta	6	
Difficoltà economiche		
molte	25	
alcune	14	
nessuna	6	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	1	
in buona salute ma a rischio	17	
con segni di fragilità	22	
disabili	47	

* Persone ultra 64enni che in una settimana normale non partecipano ad incontri collettivi e non incontrano altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere

Quante persone ultra 64enni possono contare sull'aiuto gratuito di qualcuno in caso di necessità?

- Le persone che possono contare su un aiuto gratuito per piccole commissioni sono l' 87%.
- La percentuale di chi ha riferito di non poter trovare qualcuno che svolga per lui piccole commissioni gratuitamente è più alta:
 - tra chi vive solo
 - nelle persone con 75 anni e più
 - nelle donne
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.

Non può contare su aiuto gratuito per commissioni*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	13	9-18
Classi di età		
65-74	10	
75 e oltre	17	
Genere		
Uomini	11	
donne	15	
Istruzione		
bassa	14	
alta	13	
Difficoltà economiche		
molte	17	
alcune	14	
nessuna	12	
Vive da solo		
sì	33	
no	8	

* Persone ultra 64enni che dichiarano di non poter contare sull'aiuto di qualcuno per fare delle piccole commissioni gratuitamente

Rimanere in buona salute: considerazioni

L'aumento delle malattie croniche-degenerative ha messo in luce l'importanza dei comportamenti che influiscono sullo stato di salute della popolazione.

Nella popolazione anziana, per sua natura più fragile e predisposta all'insorgenza di patologia, riveste particolare importanza agire sistematicamente per limitare l'influenza di tutti i determinanti che possono provocare o aggravare patologie, facendo scivolare l'anziano verso la fragilità o la disabilità.

L'attenzione degli operatori socio-sanitari ma anche delle famiglie e delle associazioni che si occupano di anziani, dovrà focalizzarsi sui diversi gruppi di fattori di rischio, cominciando da quelli comportamentali (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), proseguendo con quelli fisici e bio-medici (problemi di vista, udito e masticazione), finendo con quelli sociali (indicatori di rischio di isolamento). La grande diffusione di alcuni di questi rischi, indicata dai risultati di PASSI d'Argento, può dare utili indicazioni per prioritizzare, pianificare e progettare attività mirate.

3. Usufruire di cure e tutele, e avere un reddito adeguato

Sviluppare servizi sociali e sanitari accessibili, di qualità ed *age-friendly* è essenziale per rispondere ai bisogni e ai diritti di uomini e donne che avanzano nell'età, operando per la prevenzione di patologia, fragilità e disabilità. Per realizzare questo è necessario:

- qualificare la rete dei servizi alla persona potenziando l'integrazione tra cure primarie, settore sociale e sanitario.
- sostenere l'*informal care*, ovvero il lavoro di cura di familiari e conoscenti, fornendo loro informazioni, supporti e cure in modo da garantire interventi personalizzati, continuità nelle cure e sostegno alla domiciliarità.
- garantire alle persone ultra 64enni disponibilità economiche sufficienti e possibilità di vivere in un luogo confortevole e sicuro.

Nell'indagine PASSI d'Argento si è valutata la conoscenza e l'utilizzo di programmi di intervento dei servizi sociali, ma anche l'assistenza fornita da servizi e rete informale agli ultra 64enni che hanno bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana. Si sono inoltre indagate le condizioni di godimento dell'alloggio, integrando questi aspetti con informazioni sulla disponibilità di una pensione e di altre forme di reddito.

Conoscenza e uso di programmi di intervento e servizi sociali

Quanti ne hanno sentito parlare e quanti si sono recati al centro anziani?

- Il 60% ha sentito parlare di centri, circoli o associazioni per anziani.
- La percentuale di chi, nei 12 mesi precedenti, si è recato almeno 1 volta ad un centro o altra associazione per anziani è più bassa:
 - negli uomini
 - nelle persone con un alto livello d'istruzione
 - tra le persone con segni di fragilità

Conoscenza e partecipazione centro anziani o circoli e associazioni per anziani			
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322 e n=322)			
Caratteristiche	Centro anziani, circoli e associazioni per anziani (IC95%)		
	Conoscenza	Partecipazione	
Totale	60	54-65	9 5-14
Classi di età			
65-74	72		8
75 e oltre	51		10
Genere			
uomini	63		6
donne	58		10
Istruzione			
bassa	56		11
alta	72		4
Difficoltà economiche			
molte	55		8
alcune	53		11
nessuna	70		7
Sottogruppi			
in buona salute a basso rischio	70		8
in buona salute ma a rischio	51		10
con segni di fragilità	50		5
disabili	43		14

Quanti hanno sentito parlare di “attività fisica adattata” e quanti vi hanno partecipato?

- Il 9% ha sentito parlare di “attività fisica adattata”.

Il 2%, nei 12 mesi precedenti, ha partecipato almeno 1 volta ad un programma di attività fisica adattata per anziani.

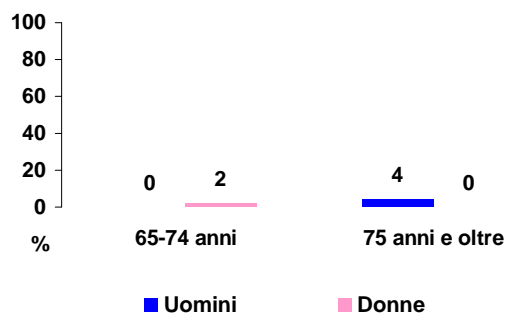
Conoscenza e partecipazione “attività fisica adattata”
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)

Caratteristiche	Attività fisica adattata (IC95%)	
	Conoscenza	
Totale	9	6-13
Classi di età		
65-74	8	
75 e oltre	9	
Genere		
uomini	5	
donne	11	
Istruzione		
bassa	7	
alta	13	
Difficoltà economiche		
molte	4	
alcune	7	
nessuna	13	
Sottogruppi		
in buona salute	6	
a basso rischio		
in buona salute ma a rischio	14	
con segni di fragilità	10	
disabili	6	

Quanti ultra 64enni hanno sentito parlare di “punto insieme”?

- L'1,5% ha sentito parlare dei servizi di “punto insieme”.

Conoscenza di “punto insieme” (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=607)



Quante persone ultra 64enni hanno sentito parlare di misure di prevenzione delle ondate di calore?

- Il 26 % riferisce che durante l'ultima estate il suo medico o un altro operatore dei servizi pubblici gli ha fornito consigli per proteggersi dalle ondate di calore.
- Questa percentuale è più bassa:
 - negli ultra 74enni
 - negli uomini
 - nelle persone con bassa istruzione
 - nelle persone con molte difficoltà economiche.

Consigli ricevuti per la prevenzione delle ondate di calore		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	26	22-32
Classi di età		
65-74	29	
75 e oltre	24	
Genere		
uomini	21	
donne	30	
Istruzione		
bassa	28	
alta	20	
Difficoltà economiche		
molte	38	
alcune	28	
nessuna	20	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	25	
in buona salute e a rischio	24	
con segni di fragilità	27	
disabili	34	

Quante persone ultra 64enni hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale e a quante è stata consigliata?

- Il 70% delle persone ultra 64enni intervistate ha riferito da aver fatto la vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti all'intervista.
- Questa percentuale è maggiore:
 - negli ultra 74enni (75%)
 - nelle persone disabili (79%).
- Il 90% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un consiglio di fare regolarmente la vaccinazione antinfluenzale.
- Il consiglio influisce fortemente sull'effettuazione della vaccinazione: infatti il 77% delle persone che hanno avuto il consiglio si è vaccinato contro il 3% di chi non l'ha ricevuto.

Vaccinazione antinfluenzale		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	70	64-75
Classi di età		
65-74	63	
75 e oltre	75	
Genere		
uomini	67	
donne	72	
Istruzione		
bassa	71	
alta	66	
Sottogruppi		
in buona salute a basso rischio	67	
in buona salute ma a rischio	67	
con segni di fragilità	78	
disabili	79	

Aiuto nelle attività della vita quotidiana

Il bisogno di aiuto e assistenza delle persone ultra 64enni può essere valutato sulla base della capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana.

In PASSI d'Argento le attività della vita quotidiana sono state valutate mediante due indici validati e diffusi a livello nazionale ed internazionale.

- ADL - *Activities of Daily Living* per valutare le attività di base
- IADL - *Instrumental Activities of Daily Living* per valutare le attività strumentali

Per valutare la presenza di bisogno di aiuto per limitazioni nello svolgimento delle ADL e IADL, è stato chiesto di indicare, per ciascuna attività, se questa veniva svolta “da solo/a”, “solamente se aiutato/a”, oppure non poteva essere svolta. A seconda del tipo di attività, la modalità “solamente se aiutato/a” è stata valutata come indice di presenza o meno di limitazioni nello svolgimento di quella ADL o IADL.

In particolare, sono stati definiti:

- “in buona salute” gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL e non sono autonomi in al massimo 1 IADL.
- “con segni di fragilità” gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL.
- “disabili” gli ultra 64enni che hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL.

In PASSI d'Argento, il termine “disabilità” è stato quindi utilizzato ad indicare “bisogno di aiuto nello svolgimento delle ADL”. La disabilità in una ADL comporta di per sé una condizione di bisogno; tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del numero di attività in cui il soggetto è disabile. Per questo motivo, sono stati differenziati i soggetti che erano disabili in 1-5 e tutte le ADL.

Cosa sono le ADL/IADL?

Le **ADL** comprendono le attività che la persona deve necessariamente svolgere per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa.

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

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

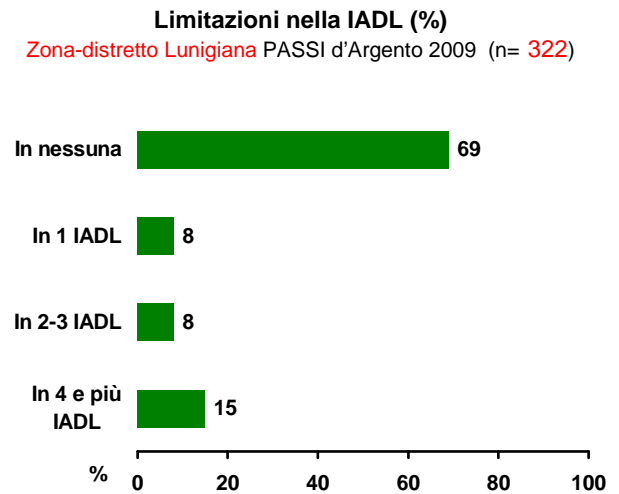
Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da solo esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della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

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

Il bisogno di aiuto nello svolgimento delle IADL

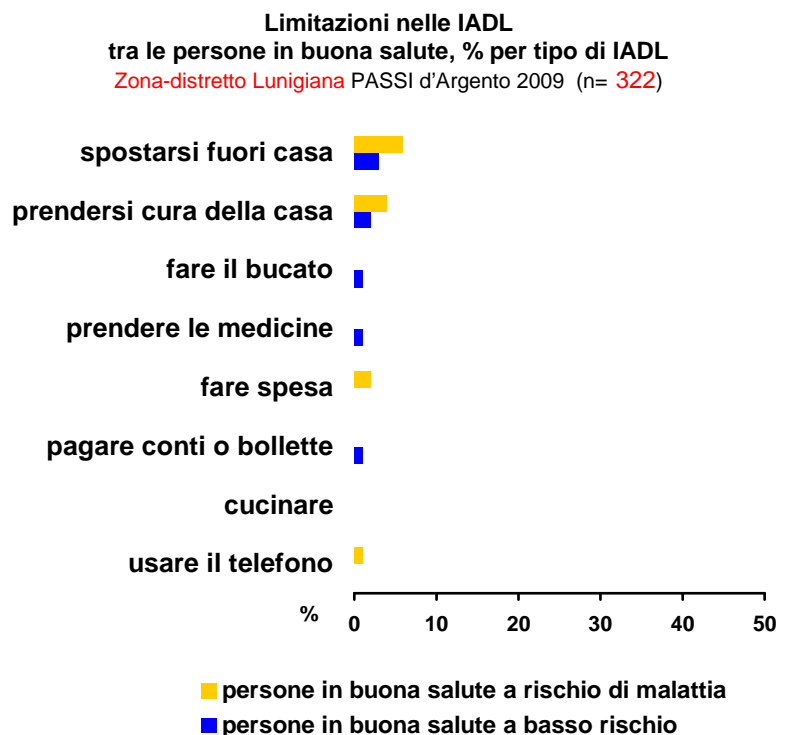
Quante sono le persone ultra 64enni con limitazioni nelle IADL?

- Gli ultra 64enni con limitazioni in almeno una IADL sono il 31%; in particolare l' 8% ha una limitazione in una sola IADL, l' 8% in due o tre e il 15% in quattro e più.
- Il 69% è in grado di svolgere da solo le otto attività misurate dalla scala IADL.
- Le donne hanno limitazioni in almeno una IADL in percentuale maggiore rispetto agli uomini (34% contro 26%).
- Hanno una limitazione in almeno una IADL l' 8 % delle persone in buona salute a basso rischio di malattia, il 14% di quelle in buona salute ma a rischio di fragilità e il 97% delle persone con segni di fragilità e il 97% dei disabili.



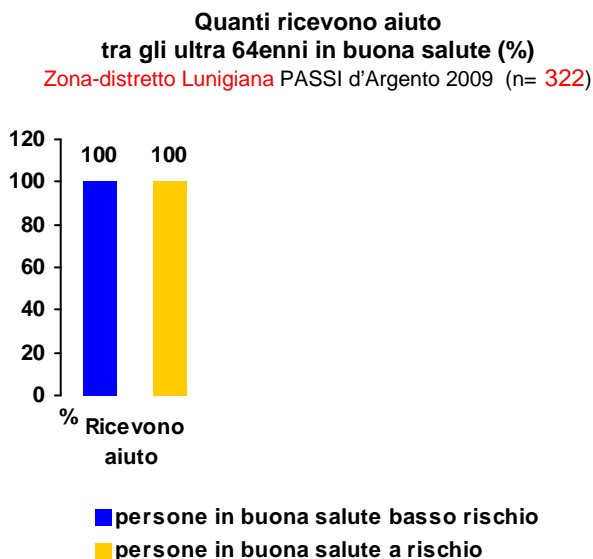
Tra gli ultra 64enni in buona salute quali sono le IADL con limitazioni?

- Per definizione gli ultra 64enni in buona salute sono le persone in grado di svolgere da soli tutte le ADL e hanno limitazioni in al massimo 1 IADL.
- Le persone in buona salute che sono in grado di svolgere da soli tutte le IADL sono il 92%
- Le IADL che più spesso non vengono svolte autonomamente dalle persone in buona salute a basso rischio di malattia sono lo spostarsi fuori casa (3%) e il prendersi cura della casa (2%).
- Tra le persone in buona salute ma a basso rischio le IADL che più spesso non vengono svolte autonomamente sono lo spostarsi fuori casa (6%) e il prendersi cura della casa (5%).



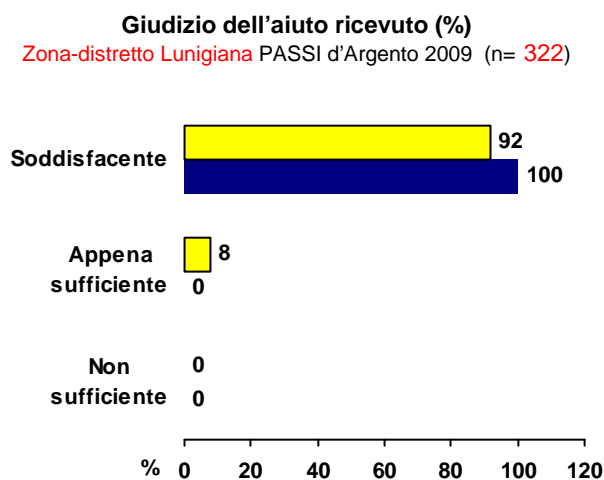
Tra gli ultra 64enni in buona salute, quanti ricevono aiuto e chi fornisce principalmente questo aiuto?

- Il 100% delle persone ultra 64enni in buona salute che ha limitazioni in 1 IADL, riceve aiuto.
- Il 92% delle persone in buona salute a basso rischio riceve aiuto principalmente da parte di familiari, l'8% da persone a pagamento e l'83% delle persone in buona salute a rischio riceve aiuto principalmente da parte di familiari, il 17% da persone a pagamento.



Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone in buona salute?

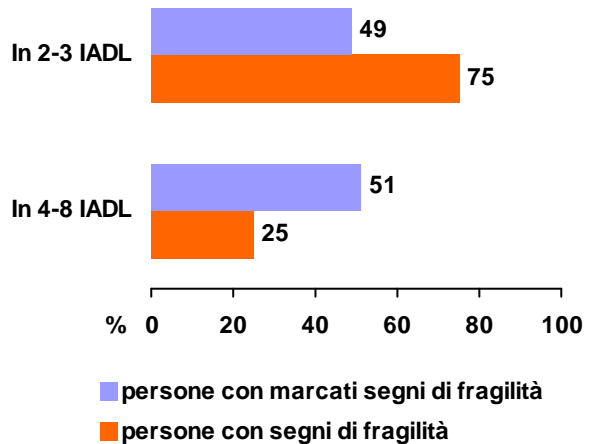
- Il 100% delle persone in buona salute a basso rischio ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, il 92% delle persone in buona salute a rischio ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente l'8% appena sufficiente.
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come non sufficiente.



Tra gli ultra 64enni con segni di fragilità in quante IADL sono presenti limitazioni?

- Per definizione le persone con segni di fragilità sono coloro che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL e hanno limitazioni 2 o più IADL.
- Il 42% delle persone con segni di fragilità presenta limitazioni in 2 IADL, tale percentuale sale al 48% tra coloro con marcati segni di fragilità.
- Le IADL che più spesso non vengono svolte autonomamente dalle persone con segni di fragilità sono fare la spesa (85%), lo spostarsi fuori casa (78%), prendersi cura della casa (61%), fare il bucato (44%), cucinare (39%), prendere medicine e pagare i conti (37%), usare il telefono (17%).

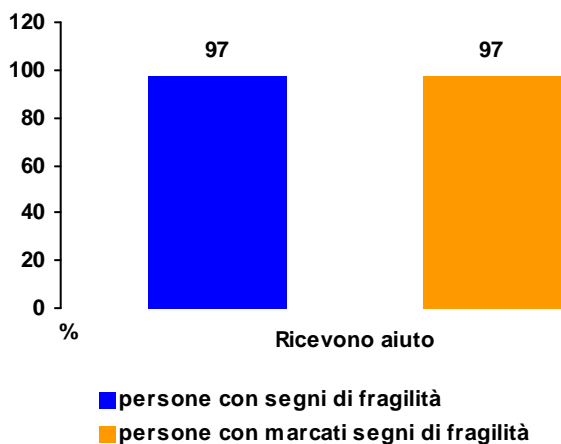
Presenza di limitazioni (%)
nelle IADL tra gli ultra 64enni con segni di fragilità
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Tra gli ultra 64enni con segni di fragilità, quanti ricevono aiuto e chi fornisce principalmente questo aiuto?

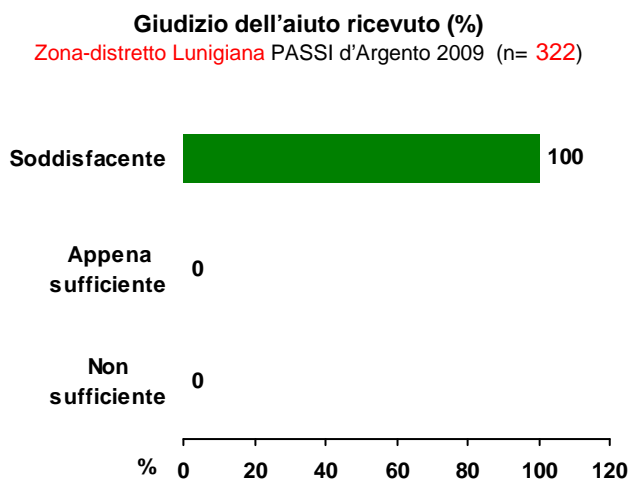
- Il 97% delle persone ultra 64enni con segni di fragilità riceve aiuto. Questa percentuale è del 97% tra gli ultra 64enni con marcati segni di fragilità.
- Il 94% riceve aiuto principalmente da parte di familiari, il 6% da persone a pagamento.

Quanti ricevono aiuto
tra gli ultra 64enni con segni di fragilità (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone con segni di fragilità?

- Il 100 % delle persone con segni di fragilità ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente.
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come insufficiente.



Il bisogno di aiuto nello svolgimento della ADL: il sottogruppo degli ultra 64enni disabili

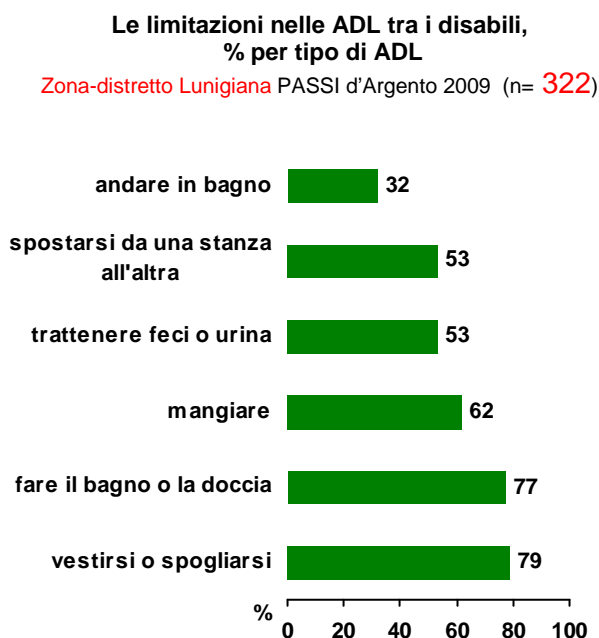
Quali sono le caratteristiche degli ultra 64enni disabili nella ADL?

- Gli ultra 64enni disabili ovvero che presentano limitazioni nello svolgimento di 1 o più ADL sono il 11% (IC 95% 8%-14%).
- Tra questi:
 - il 9,5% è parzialmente disabile in quanto presenta limitazioni in un numero di ADL che va da 1 a 5.
 - il 1,5% è totalmente disabile poiché presenta limitazioni nelle 6 ADL.
- I disabili sono risultati essere in maggior parte donne (74%), avere un'età media di 78 anni, vivere nel 56% con un coniuge o coetaneo ma nel 12% da solo e nel 3% con una badante. Nel 68% dei casi hanno percepito il proprio reddito come insufficiente.

Caratteristiche dei disabili		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)		
Caratteristiche	Disabili	
	Parzialmente (1-5 ADL)	Gravemente (6 ADL)
Età media	78 anni	79 anni
Genere		
uomini	27%	25%
donne	73%	75%
Vive		
da solo	14%	0%
con familiari di pari generazione	59%	33%
con figli/nipoti	21%	33%
con badante	3%	<1%
Reddito percepito		
sufficiente	30%	50%
insufficiente	70%	50%

Quali sono le ADL in cui necessitano aiuto i disabili?

- Le attività in cui le persone in condizioni di disabilità hanno dichiarato di avere maggiori problemi sono il vestirsi o spogliarsi (79%), fare il bagno o la doccia (77%), mangiare (62%) .

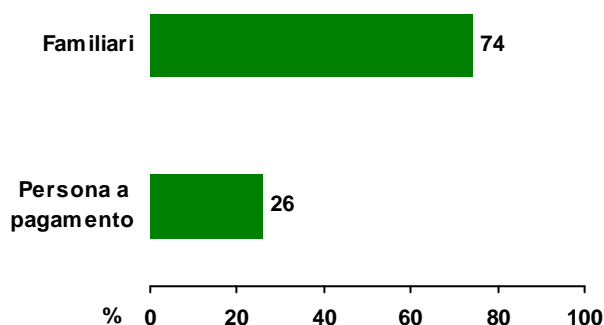


Quanti ricevono aiuto e chi fornisce principalmente questo aiuto?

- il 94 % delle persone disabili ricevono aiuto nelle ADL che non sono in grado di svolgere da soli.
- Il 74 % riceve aiuto principalmente da parte di familiari: tra questi il 48 % dal coniuge, il 44 % da un figlio e l' 8 % da un altro parente.
- Il 26 % riceve aiuto principalmente da una persona a pagamento che lo aiuta; tra questi il 67 % usufruisce di un contributo da familiari o dai servizi pubblici.
- Il 75% delle persone che ricevono un contributo economico dichiara di riceverlo principalmente da asl/servizio pubblico.

Da chi ricevono aiuto gli ultra 64enni disabili nelle ADL (%)

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)

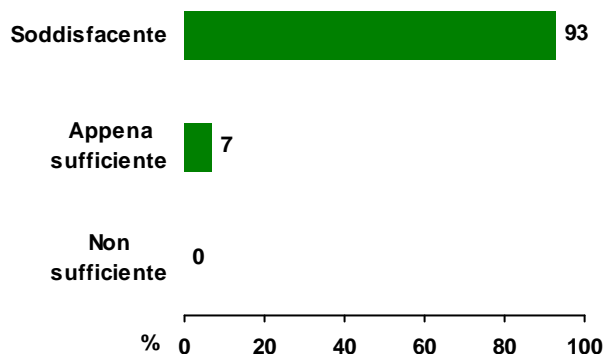


Come giudicano l'aiuto ricevuto le persone disabili nelle ADL?

- Il 93 % delle persone disabili ha giudicato l'aiuto ricevuto soddisfacente, il 7 % appena sufficiente .
- Nessuna persona ha giudicato l'aiuto ricevuto come insufficiente.

Giudizio dell'aiuto ricevuto (%)

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Reddito percepito e proprietà della casa

Vivere in una abitazione adeguata ai propri bisogni individuali, in un contesto sicuro, ricco di socialità, dove la libertà di movimento è assicurata, sia dentro le abitazioni che al di fuori è un bisogno e un diritto essenziale in ogni fase della vita. Con l'avanzare dell'età disporre di un alloggio sicuro e confortevole diventa poi, estremamente importante per una buona qualità della vita. E' per questo che le più recenti politiche abitative tengono sempre più conto delle esigenze delle persone più anziane, nell'intento di far fronte a bisogni emergenti che derivano dal generale invecchiamento della popolazione. Gli aspetti dell'abitare delle persone più anziane da considerare sono numerosi: dalla presenza di barriere architettoniche alla manutenzione e sicurezza degli alloggi.

In PASSI d'Argento è stata valutata la condizione di possesso dell'alloggio e tale informazione è stata incrociata con un altro aspetto importante costituito dalla percezione del reddito ovvero dalle difficoltà che le persone dichiarano nell'arrivare a fine mese con le risorse economiche a loro disposizione.

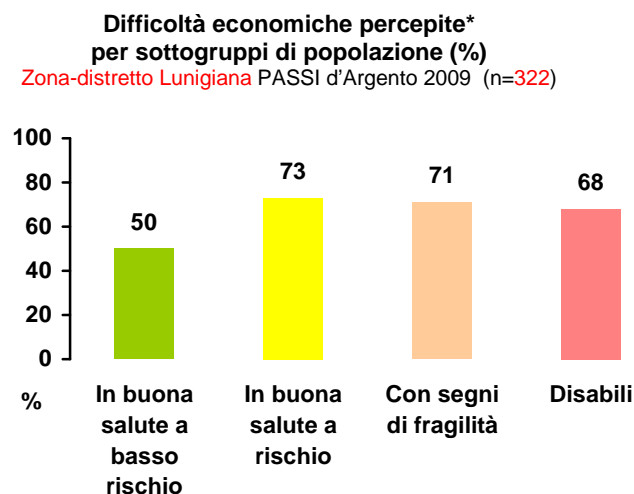
Difficoltà economiche percepite

- Con le risorse finanziarie a disposizione (da reddito proprio o familiare), le persone ultra 64enni dichiarano di arrivare a fine mese:
 - molto facilmente il 1 %
 - abbastanza facilmente il 38 %
 - con alcune difficoltà il 46 %
 - con molte difficoltà economiche il 15%.
- Complessivamente ha riferito difficoltà economiche il 61% degli ultra 64enni.
- Questa percentuale è più alta:
 - nelle donne
 - nelle persone con un basso livello d'istruzione
 - nelle persone che non hanno una casa di propria proprietà o del coniuge

Difficoltà economiche percepite*		
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n=322)		
Caratteristiche	%	IC 95%
Totale	61	55-66
Classi di età		
65-74	58	
75 e oltre	63	
Genere		
uomini	59	
donne	62	
Istruzione		
bassa	70	
alta	34	
Proprietà alloggio		
propria o del coniuge	58	
di persona di fiducia	55	
usufrutto/comodato	73	
affitto	95	

* Persone ultra 64enni che dichiarano di arrivare a fine mese con alcune difficoltà o con molte difficoltà

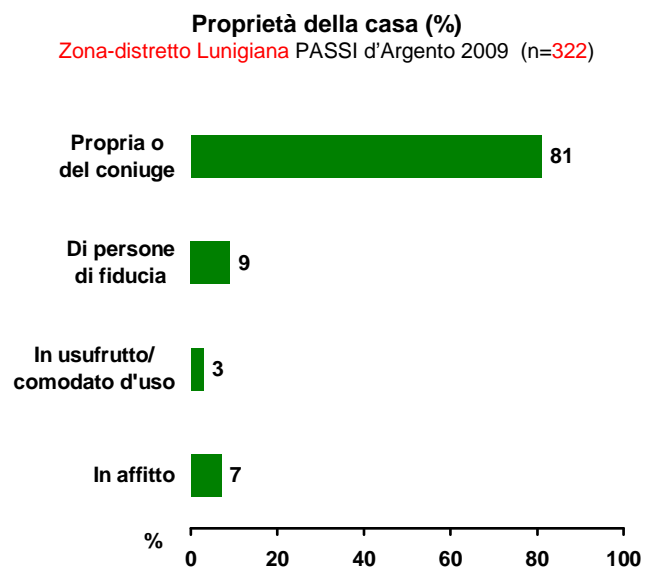
- Il 68% dei disabili, il 73 % delle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità e il 71 % delle persone con segni di fragilità hanno riferito difficoltà economiche.
- Il 50 % delle persone in buona salute a basso rischio di malattia ha dichiarato il proprio reddito insufficiente ad arrivare a fine mese.



* Persone ultra 64enni che dichiarano di arrivare a fine mese con alcune difficoltà o con molte difficoltà

Proprietà della casa

- La casa in cui vivono gli ultra 64enni è:
 - di proprietà loro o del coniuge nell' 81 % dei casi
 - di persone di fiducia nel 9%
 - in usufrutto o comodato d'uso nel 3 %.
- Le persone che pagano un affitto sono il 7 %.



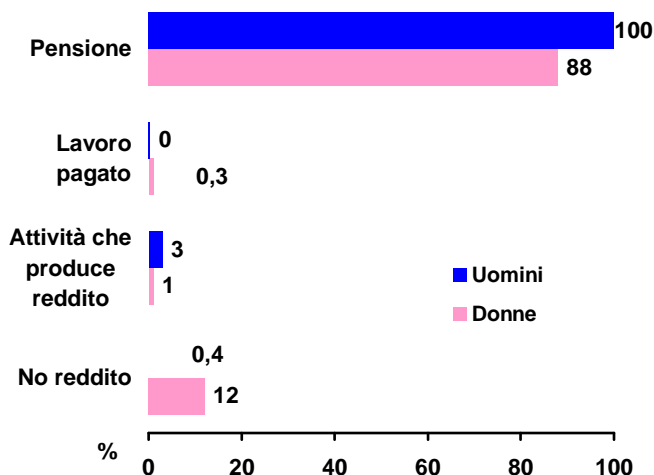
Pensione e attività che producono reddito

Il passaggio anagrafico all'età anziana non significa necessariamente ritiro dal mondo del lavoro: se è vero infatti che la principale fonte di reddito degli anziani deriva dalla pensione, non è da sottovalutare il fatto che alcuni di loro vivono grazie ad un reddito da lavoro autonomo o dipendente, particolarmente diffuso tra gli uomini e tra i giovani anziani. Inoltre alcuni pensionati hanno comunque redditi integrativi derivanti da attività lavorativa e rendite da locazione.

Quante persone ultra 64enni percepiscono una pensione, lavorano o hanno altre forme di reddito?

- Il 93 % riceve una pensione. Questa percentuale è del 91 % nei 65-74enni e di 94 % negli ultra 74enni.
- Meno dell'1% ha un lavoro pagato: 0% nella classe 65-74 anni e meno dell'1 % in quella 75 anni e più.
- Il 2 % ha una attività che produce reddito: 3 % tra i 65-74enni e 1 % tra gli ultra 74enni.
- Il 7 % è risultato essere senza reddito: 8 % nella classe 65-74 anni e 6 % in quella 75 anni e oltre.
- Gli uomini hanno dichiarato in proporzione maggiore rispetto alle donne di ricevere una pensione, di avere un lavoro pagato o un'attività che produce reddito.

Pensione e attività che producono reddito (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Considerazioni

Le informazioni della sorveglianza PASSI d'Argento forniscono indicazioni utili alla pianificazione di interventi e programmi di tutela e promozione della qualità della vita delle persone ultra 64enni. I dati raccolti mostrano che nella zona-distretto la conoscenza dei centri e circoli o associazioni per anziani è abbastanza diffusa tra gli ultra 64enni ma non altrettanto la partecipazione a tali centri: infatti meno del 30% ha dichiarato di averli frequentati negli ultimi 12 mesi. Tra gli ultra 64enni è bassa anche la conoscenza di “attività fisica adattata e punto insieme”...

Il 26% ha riferito di avere avuto informazioni da un operatore socio-sanitario su come proteggersi dalle ondate di calore. Il 30% ha dichiarato di non aver fatto la vaccinazione antinfluenzale e il 10% di non averne mai ricevuto il consiglio. Il 6% delle persone con disabilità hanno riferito di non disporre di un aiuto per le attività di base che non sono in grado di svolgere da soli. Tra chi riceve aiuto il 7% lo ha ritenuto appena sufficiente. Tra chi ha limitazioni nelle attività strumentali il 3% ha dichiarato di non ricevere alcun aiuto.

Dai dati di PASSI d'Argento anche la protezione economica sembra essere tra le necessità espresse dagli ultra 64enni intervistati: il 61% ha riferito difficoltà economiche.

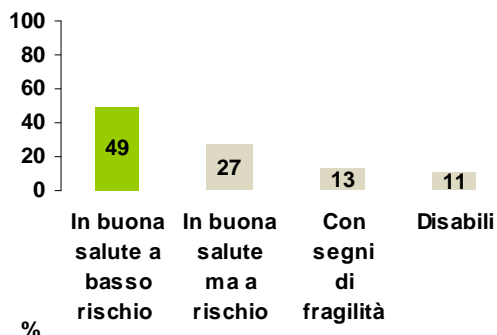
I dati sottolineano la presenza di diversi problemi le cui soluzioni vanno accuratamente vagliate e realizzate a cura delle famiglie e del sistema socio-sanitario. In particolare va però notato che in molti casi, come le ondate di calore, si sono rilevati semplici mancanze di informazione, da parte degli ultra 64enni, che potrebbero essere corretti con adeguate campagne di informazione

PARTE III

Profili dei sottogruppi di popolazione ultra 64enne

- In buona salute e a basso rischio di malattia
- In buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
- Con segni di fragilità
- Disabili

Profilo degli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia⁶



Le persone ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia, presentano, complessivamente, una migliore qualità della vita legata alla salute psico-fisica. La maggior parte costituisce inoltre una risorsa per la famiglia o la comunità, mentre una parte limitata presenta sintomi di depressione o è a rischio di isolamento sociale.

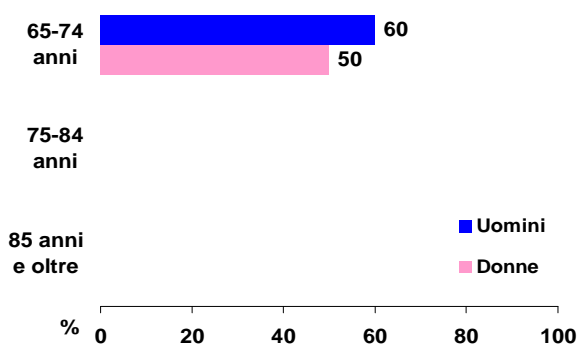
Le informazioni riportate di seguito hanno l'obiettivo di caratterizzare i bisogni di questo sottogruppo di persone che possono giovare primariamente di interventi di tipo sociale a valenza promozionale o preventiva quali ad esempio promozione della socializzazione e del mantenimento delle funzioni cognitive, relazionali e motorie, interventi di tipo culturale ricreativo e interventi di promozione di attività socialmente utili.

Quante sono le persone ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia?

- Gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia sono il 49%; questa stima corrisponde in Regione a oltre 7400 persone ultra 64enni.
- La maggior parte delle persone in buona salute a basso rischio di malattia ha 65-74 anni (55%), il 45 % ha 75 anni e più.
- L'età media è di 74 anni in entrambi i sessi.
- Le donne sono il 49%.

Persone in buona salute e a basso rischio di malattia per genere e classe di età (%)

Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)

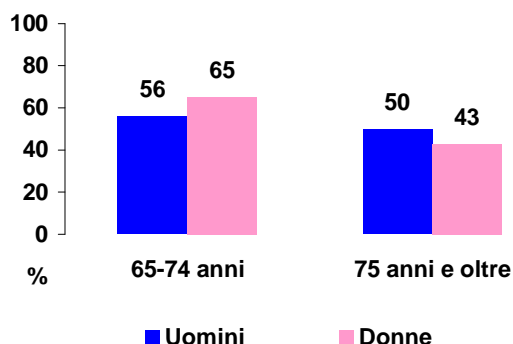


⁶ Aggiorna i valori del grafico collocato in alto a destra

Quanti sono risorsa?

- Il 61% risulta essere una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o l'intera collettività:
 - il 60% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - il 15% ha fatto attività di volontariato (risorsa per la collettività).
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (65% contro 58%) e nelle donne (69% contro 54%).

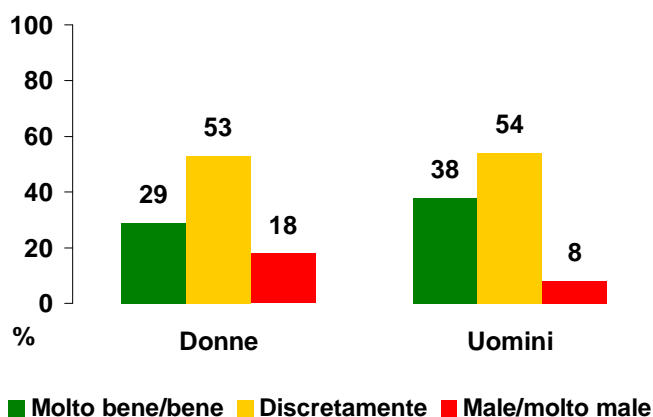
Essere risorsa per genere e classe di età (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



Come percepiscono il proprio stato di salute?

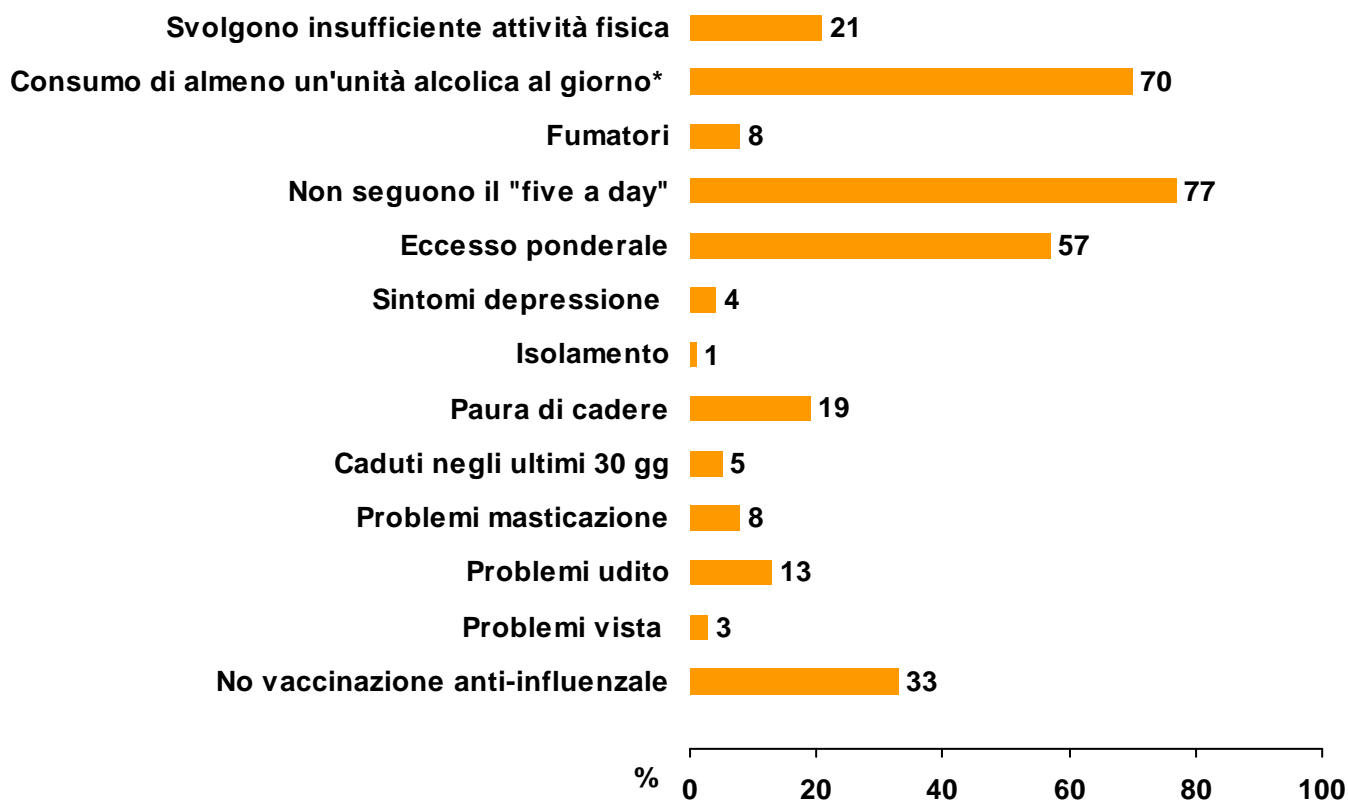
- Il 34% delle persone in buona salute e a basso rischio di malattia ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 53% discretamente e il 13% negativamente.

Percezione della propria salute per genere (%)
Zona-distretto Lunigiana PASSI d'Argento 2009 (n= 322)



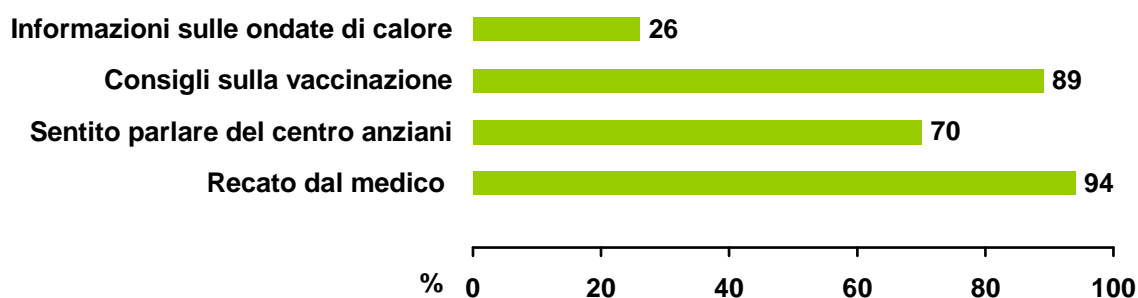
Il «barometro»⁷: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia: dove agire?



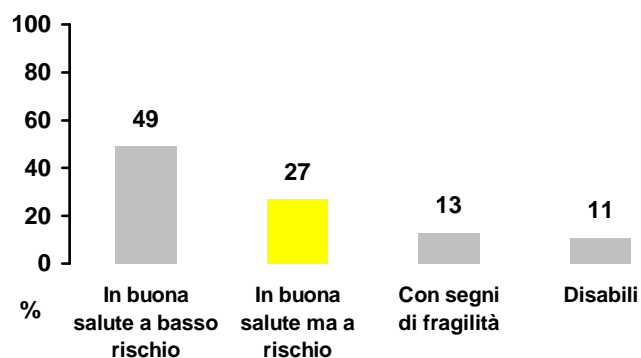
*il rischio per gli ultra 64enni è configurato dall'assunzione di più di un'unità alcolica al giorno

Ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e promozione della salute, in particolare sugli "stili di vita"; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Profilo degli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità⁸

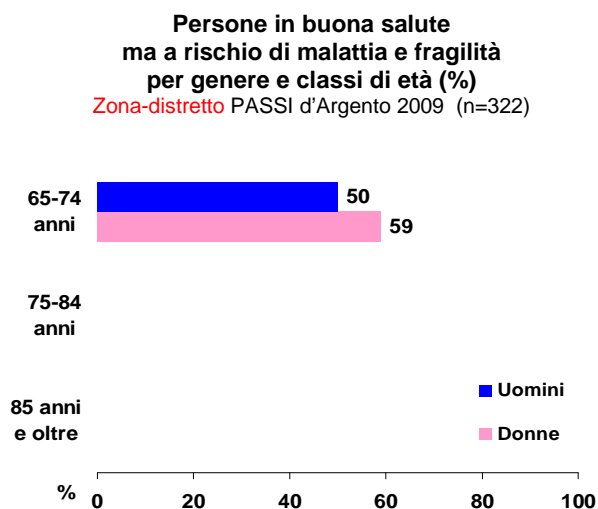


Negli ultimi anni la letteratura scientifica ha ben sottolineato la relazione delle patologie più frequenti negli ultra 64enni con diversi fattori comportamentali, alcune situazioni di rischio fisico o biomedico (es. la cattiva masticazione) o condizioni di natura psico-sociale (es. l'isolamento sociale). In generale, la *sindrome di fragilità* fa riferimento ad uno stato di "aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica" (Fried et al., 2004). Tutto ciò conduce ad una spirale di decadimento drammaticamente rapido della persona, che può portare ad una condizione di disabilità o alla morte nel giro di poco tempo. La fragilità non è un processo inevitabile, ma una condizione che può essere prevenuta o trattata (Harris et al., XXXX). E' ormai accettata l'idea di un processo dinamico che conduce alla fragilità col passaggio da uno stato di "robustezza" ad uno di pre-fragilità, che può condurre o meno alla fragilità (Topinková, 2008). Questa concezione dinamica apre un'importante finestra di intervento per rallentare o rendere reversibile sia la pre-fragilità sia la fragilità, identificando ed agendo sui fattori di rischio "modificabili" della fragilità.

A oggi, sono stati sviluppati interventi di prevenzione efficaci che agiscono non solo sulle condizioni di salute fisica, ma anche sul benessere psicologico e sociale della persona ultra 64enne. Per questo identificare le persone a maggior rischio offre quindi un'opportunità unica per gli operatori sanitari e sociali per effettuare azioni più mirate ed efficaci di prevenzione della fragilità. Nello studio PASSI d'Argento, per definire le condizioni di "rischio di malattia e fragilità" sono stati considerati contemporaneamente diversi fattori fisici, psicologici e sociali, in linea con una definizione bio-psicosociale della salute e del benessere della persona, che spinge ad andare oltre la semplice identificazione del "fenotipo fisico" della fragilità. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 82.

Quante sono le persone ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità?

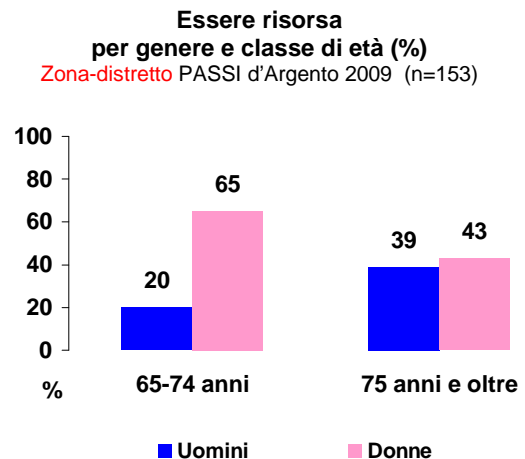
- Gli ultra 64enni in buona salute e ma a rischio di malattia sono il 27%; questa stima corrisponde in Regione a oltre 4000 persone ultra 64enni.
- Il 33% delle persone in buona salute ma basso rischio di malattia ha 65-74 anni, il 67% ha 75 anni e più.
- L'età media è di 76 anni in entrambi i sessi.
- Le donne sono il 68%.



⁸ Aggiorna i valori del grafico collocato in alto a destra

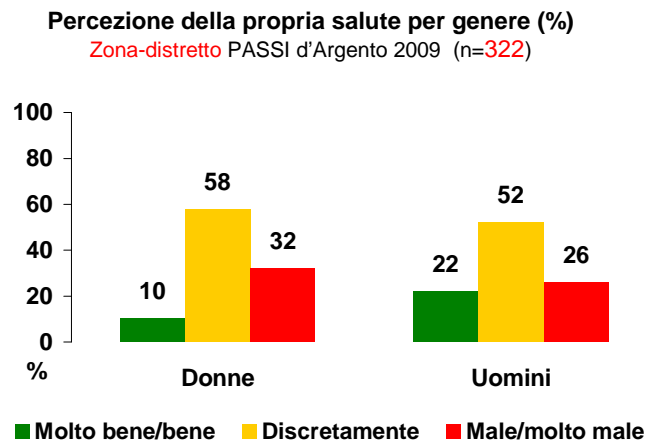
Quanti sono risorsa?

- Il 49% risulta essere una risorsa per la famiglia o i conoscenti e/o per l'intera collettività:
 - il 49% degli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - il 3% ha svolto attività di volontariato (risorsa per la collettività).
- Questa proporzione è più frequente nelle persone di 65-74 anni (55% contro 46%) e nelle donne (57% contro 32%).



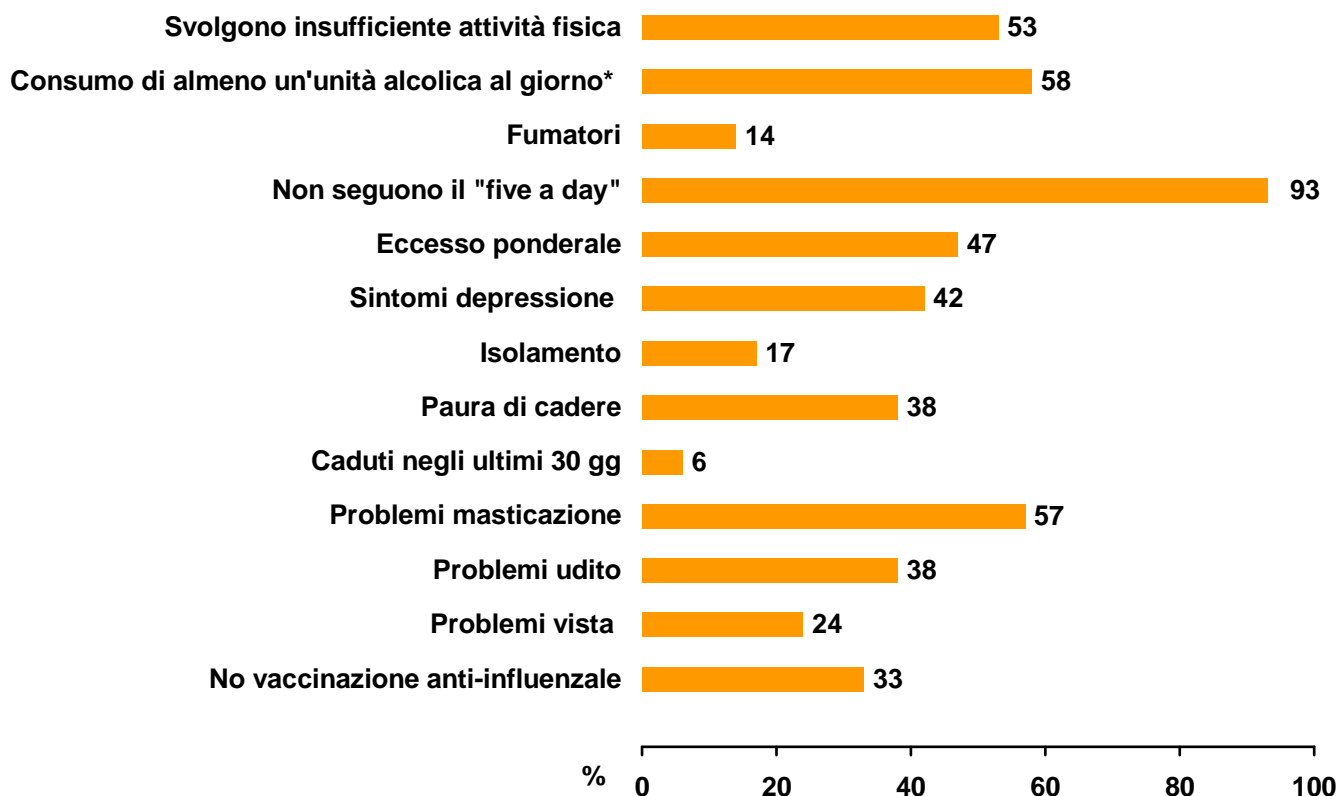
Come percepiscono il proprio stato di salute?

- Il 14% delle persone in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 56% discretamente e il 30% negativamente.



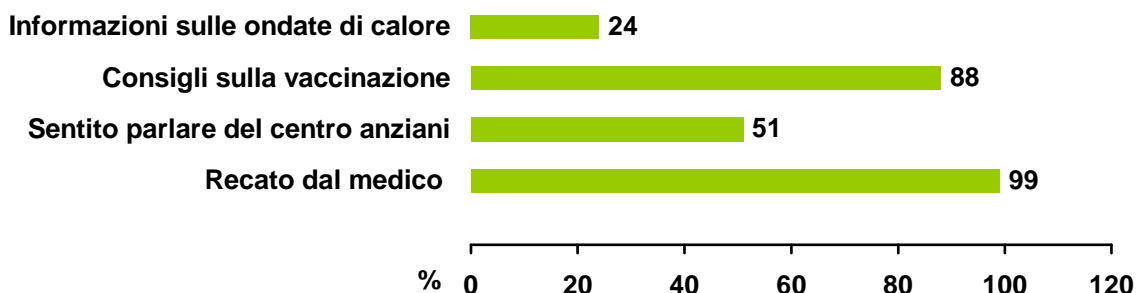
Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità: dove agire?



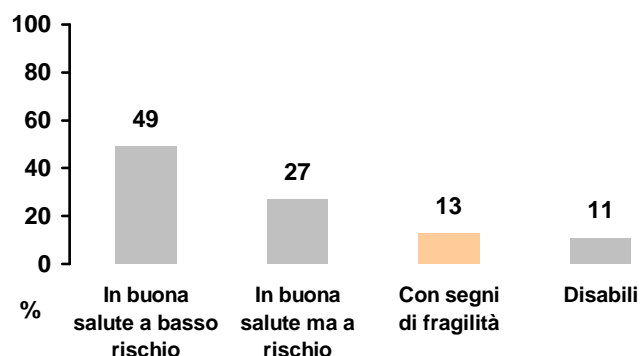
*il rischio per gli ultra 64enni è configurato dall'assunzione di più di un'unità alcolica al giorno

Ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e promozione della salute, in particolare sugli "stili di vita" e verso azioni di miglioramento di alcune condizioni, quale problemi di masticazione e sensoriali che possono fragilizzare l'anziano predisponendolo alla disabilità; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Profilo degli ultra 64enni con segni di fragilità⁹



La fragilità è uno “stato di aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica”. Si tratta di una sindrome definita da un gruppo di sintomi e segni che vanno a costruire il “fenotipo clinico della fragilità”; anche se la fragilità da un punto di vista fisico è maggiormente indagata, è ormai accettata una più ampia definizione di fragilità che include il dominio cognitivo, funzionale e sociale. Attualmente si riconoscono due approcci principali per la misura della fragilità: il primo è basato sulla misura dei deficit che la persona ha accumulato (indice di fragilità) e il secondo su uno specifico “fenotipo” con la presenza di almeno 3 dei seguenti 5 segni:

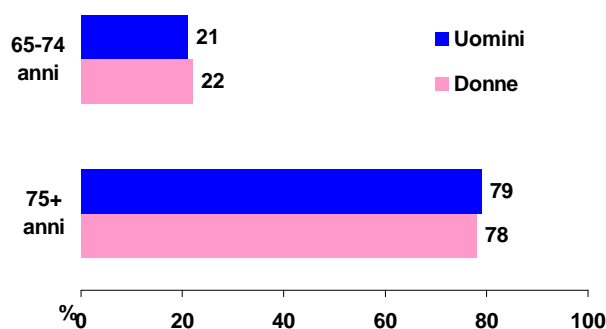
- involontaria perdita di peso (10 libbre nell’ultimo anno pari a 4,5 kg)
- prestazioni rallentate (riduzione della velocità del cammino)
- affaticamento o scarsa resistenza
- riduzione della forza muscolare (in particolare della presa della mano)
- ridotta attività fisica.

La fragilità, strettamente collegata anche se distinta dalla disabilità, è pertanto la conseguenza di un più o meno lento declino delle funzioni di organi ed apparati che indice vulnerabilità con risultati negativi sulle prestazioni funzionali che possono essere misurate anche mediante la valutazione periodica delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL). La salute percepita è un altro indicatore usato per l’individuazione di soggetti fragili. Nel PASSI d’Argento non si è adottata una definizione particolare di fragilità, ma, basandosi sulle evidenze disponibili in diversi studi, si sono identificati alcuni segni che, pur non configurando interamente la sindrome di fragilità, tuttavia ne segnalano la sua presenza con una certa probabilità. Le persone con segni di fragilità sono stati divisi in due gruppi: quelli con segni di fragilità e quelli con marcati segni di fragilità. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 82.

Quante sono le persone ultra 64enni con segni di fragilità?

- Il 13% presenta segni di fragilità (10% con segni di fragilità e il 3% con marcati segni di fragilità). Questa stima corrisponde in Lunigiana a circa 1970 persone ultra64enni (rispettivamente 1520 e 450).
- Tra le persone con segni di fragilità il 22% delle ha 65-74 anni, il 78% ha 75anni e oltre.
- L’età media è di 78 anni negli uomini e di 77 anni nelle donne.
- Le donne sono il 66%

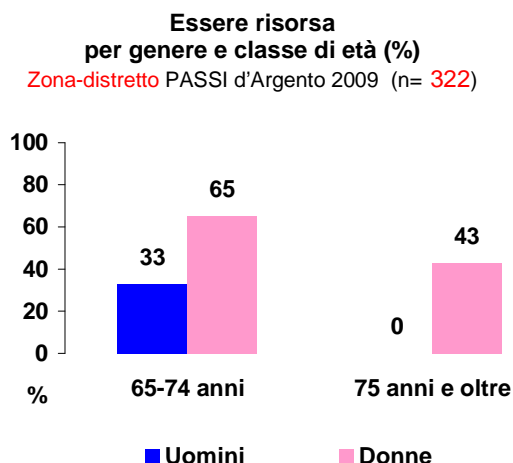
Persone con segni di fragilità per genere e classi di età (%)
Zona-distretto PASSI d’Argento 2009 (n= 322)



⁹ Aggiorna i valori del grafico collocato in alto a destra

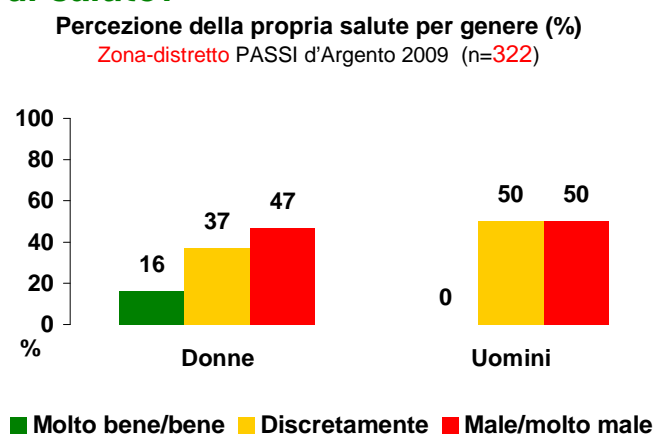
Quanti sono risorsa?

- Il 22% è una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività:
 - il 22% degli ultra 64enni con segni di fragilità accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - Nessuno di questi ha svolto attività di volontariato (risorsa per la collettività).
- L'essere risorsa è una caratteristica più frequente nelle persone di 65-74 anni (33% contro 19%) e nelle donne. (30 vs 7)



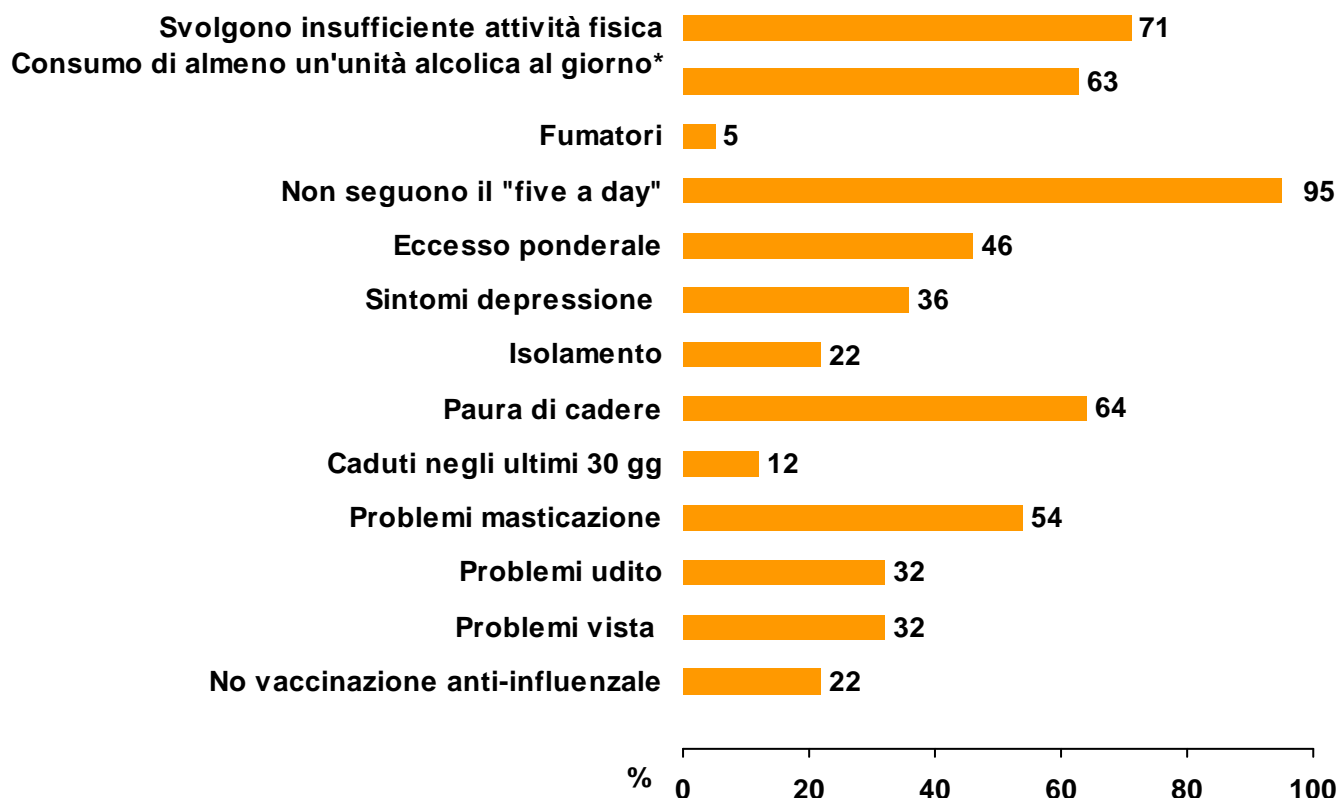
Come percepiscono il proprio stato di salute?

- Il 12% delle persone con segni di fragilità ha percepito il proprio stato di salute positivamente, il 40% discretamente e il 48% negativamente.



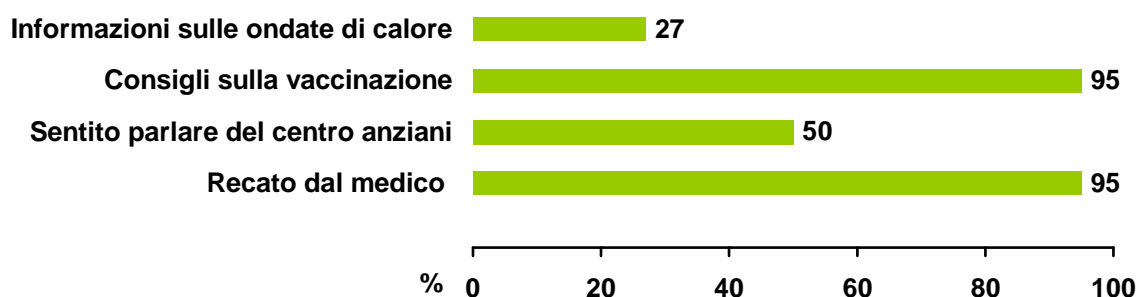
Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni con segni di fragilità: dove agire?



*il rischio per gli ultra 64enni è configurato dall'assunzione di più di un'unità alcolica al giorno

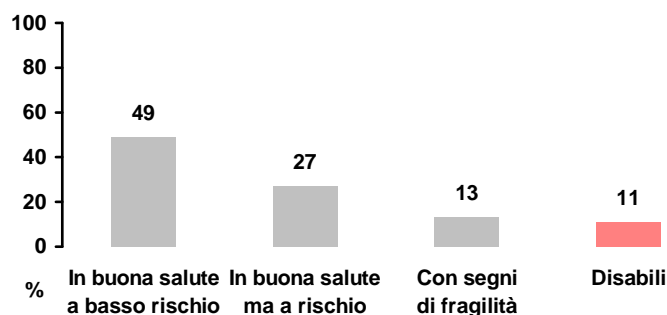
Ultra 64enni con segni di fragilità: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione necessita di un'attenzione particolare in quanto, versando in una generica condizione di fragilità, i diversi fattori presi in considerazione possono favorire una rapida evoluzione verso la disabilità.

Le aree di interesse per l'azione devono essere attentamente vagliate e tutte prese in uguale considerazione, dalla vaccinazione antinfluenzale ai problemi di masticazione o ai fattori di rischio comportamentali, tra cui in particolare la sedentarietà.

Profilo degli ultra 64enni disabili¹⁰

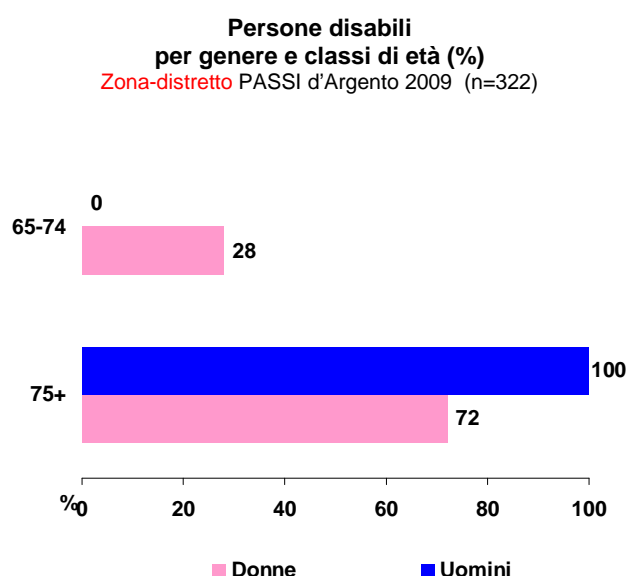


Le persone ultra 64enni con disabilità richiedono un maggiore carico assistenziale sia sanitario che sociale. In PASSI d'Argento sono stati definiti come disabili le persone che hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di almeno una delle attività di base della vita quotidiana indagate con lo strumento ADL (*Activities of Daily Living*).

La disabilità è stata modulata su due livelli d'intensità a seconda del numero di ADL: disabilità parziale e totale. La definizione adottata in questa indagine è riportata a pag. 82.

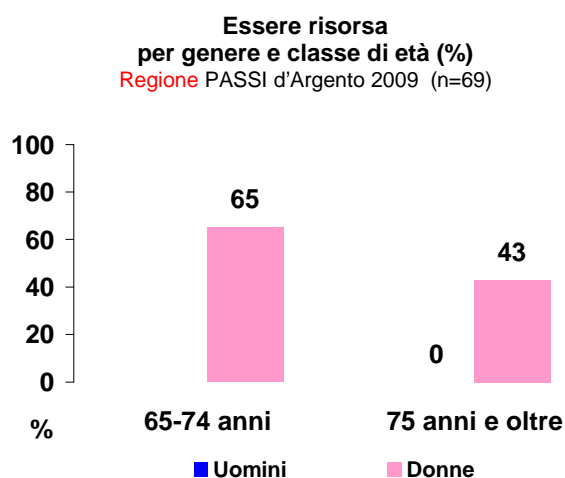
Quante sono le persone ultra 64enni disabili?

- L' 11% degli è disabile ovvero non riesce a svolgere autonomamente almeno un'attività di base della vita quotidiana (9,5% parzialmente disabili e 1,5% totalmente disabili). Questa stima corrisponde in Lunigiana a circa 1660 persone ultra 64enni disabili (1435 parzialmente disabili e 225 totalmente disabili).
- Tra le persone con disabilità il 21% ha 65-74 anni, il 79% ha 75 anni e più.
- L'età media è di 80 anni per gli uomini e di 77 per le donne.
- Le donne sono il 74%.



Quanti sono risorsa?

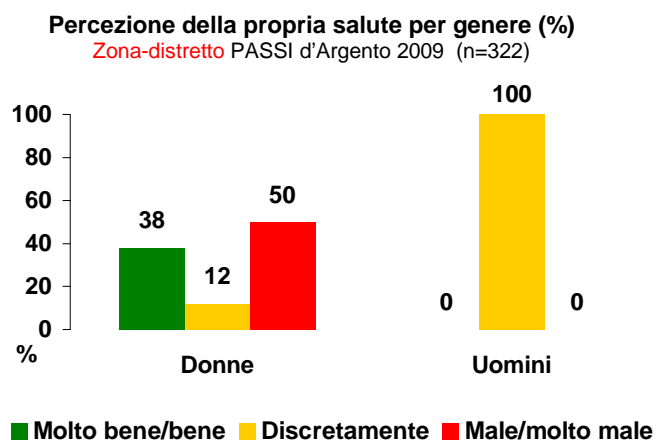
- Il 3% delle persone disabili è una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività:
 - il 3% accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti)
 - Nessuno di questi ha svolto attività di volontariato (risorsa per la collettività)
- Questa proporzione è maggiore nelle persone di 65-74 anni (14% contro 0%); sono emerse differenze per genere: solo donne sono risultate ultra 64enni risorsa.



Come percepiscono il proprio stato di salute?

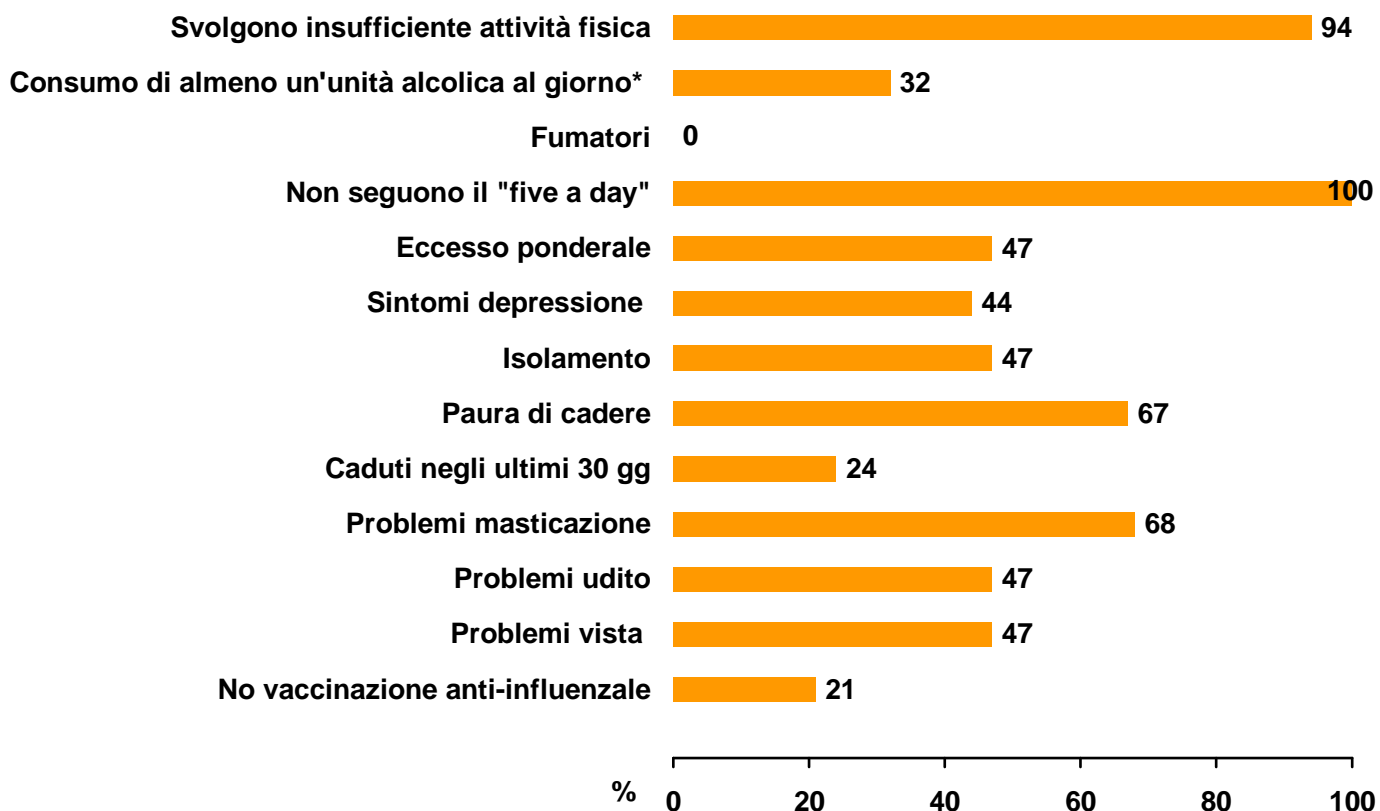
¹⁰ Aggiorna i valori del grafico collocato in alto a destra

- Solo il 33% dei disabili percepisce il proprio stato di salute positivamente, il 22% discretamente e il 44% negativamente.



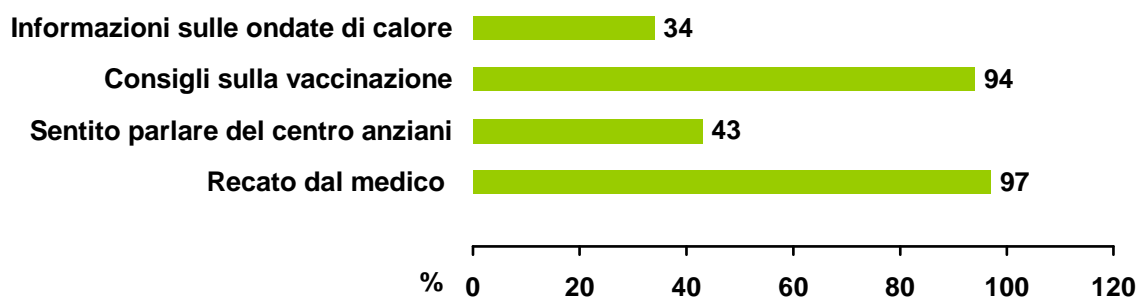
Il «barometro»: pochi indicatori per l'azione

Ultra 64enni disabili: dove agire?



*il rischio per gli ultra 64enni è configurato dall'assunzione di più di un'unità alcolica al giorno

Ultra 64enni disabili: azioni di promozione e tutela della Salute



Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione necessita di attenzioni e assistenza particolari, come testimoniato ad esempio da un'alta frequenza di cadute (un disabile su dieci è caduto durante gli ultimi 30 giorni). La scarsa mobilità e la paura di cadere possono essere dei fattori aggravanti una situazione già difficile. I problemi di masticazione e sensoriali possono compromettere ulteriormente le condizioni delle persone ultra 64enni.



Appendice

- Sottogruppi di persone ultra 64enni: le definizioni
- Monitoraggio dell'indagine

Sottogruppi di persone ultra 64enni: le definizioni

Nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione ultra 64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi di **persone ultra 64enni**:

- **in buona salute a basso rischio di malattia**
- **in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità**
- **con segni di fragilità**
- **disabili**

Gli ultra 64enni in buona salute a basso rischio di malattia

Si tratta di persone che:

- ✓ sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- ✓ non sono autonomi in al massimo in 1 IADL
- ✓ presentano **al massimo 1** delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o di vista o di udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta e verdura;
 - sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale.

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità

Come il gruppo precedente, si tratta di persone che:

- ✓ sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- ✓ non sono autonomi in al massimo in 1 IADL
- ✓ in più presentano **almeno 2** delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale.

Gli ultra 64enni con segni di fragilità

- ✓ sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL
- ✓ non sono autonomi **in almeno 2** IADL.

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone con marcati segni di fragilità che presentano **almeno 1** delle seguenti condizioni:

- percezione dello stato di salute "male o molto male", o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni, o fin dall'inizio l'intervista è effettuata con l'aiuto del proxy
- perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno.

Gli ultra 64enni disabili

- ✓ non sono autonomi **in una o più** ADL.

All'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone:

- **parzialmente disabili**: hanno bisogno di aiuto in un numero di ADL che va da 1 a 5
- **totalmente disabili**: hanno bisogno di aiuto in tutte e sei le ADL.

Monitoraggio dell'indagine

Per la valutazione della qualità dell'indagine si utilizzano alcuni indicatori di monitoraggio:

- Tasso di risposta
- Tasso di sostituzione
- Tasso di rifiuto
- Tasso di non reperibilità
- Tasso di eleggibilità "e"
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- Modalità di reperimento del numero telefonico
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori dei principali indicatori di controllo della zona-distretto Lunigiana:

	valore (%)
Tasso di risposta	90
Tasso di sostituzione	10
Tasso di rifiuto	5
Tasso di non reperibilità	4
Tasso di eleggibilità "e"	94

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra indicati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- Popolazione indagata: persone ultra 64enni residenti in zona-distretto Lunigiana registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nei mesi di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano.
- Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui ultra 64enni campionati residenti in zona-distretto Lunigiana in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistato o del suo proxy.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto.
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata o il suo proxy non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- Senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso comune e strato genere-età specifico.

. Tasso di risposta

Questo indicatore (*RR1*), che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non). Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RR1 = \frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

. Tasso di sostituzione

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$\frac{\text{non reperibili} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Pur avendo i sostituti lo stesso genere e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

. Tasso di rifiuto

Questo indicatore (*REF1*), che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$REF1 = \frac{\text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere);
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali comuni, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

. Tasso di non reperibilità

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (comuni, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

. Tasso di eleggibilità “e”

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

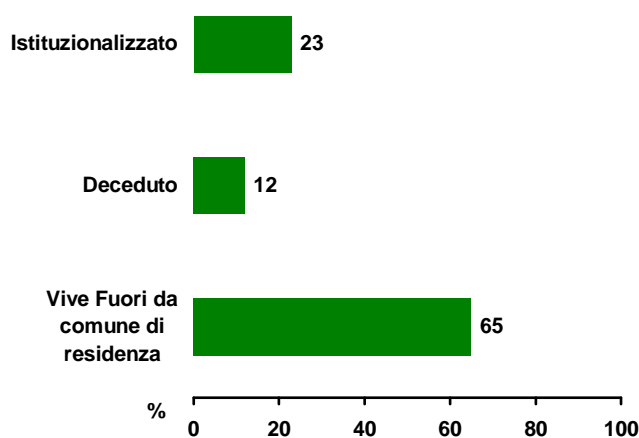
$$e = \frac{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rif.} + \text{residenti altrove} + \text{istituz.} + \text{deceduti} + \text{non conoscenza italiano}} * 100$$

. Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato all'esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

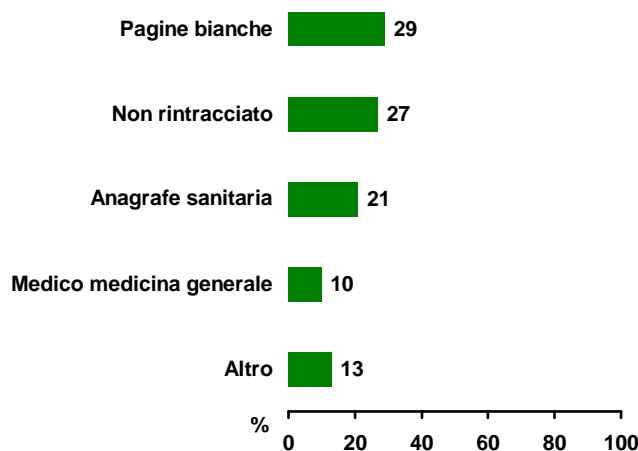
E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

Nel grafico è mostrata la distribuzione dei motivi di non eleggibilità riferita alle 26 persone risultate non eleggibili.



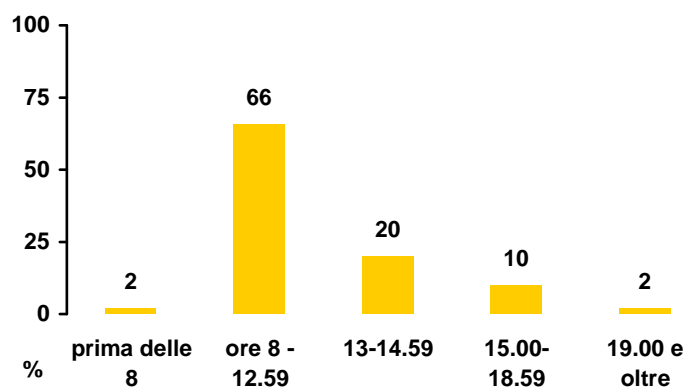
. Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



. Distribuzione delle interviste per orari

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.



Il 95% delle interviste è stata fatta dal lunedì al venerdì e il restante 5% il sabato o la domenica.



Bibliografia essenziale

BIBLIOGRAFIA

Sorveglianze, progetti e indagini sulle persone anziane in Italia

- *Anziani: quali bisogni da soddisfare?* (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/anziani-bisogni.asp>
- *Anziani: studi a confronto.* (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/scafato-farchi.pdf>
- Bertozzi N, Vitali P, Binkin N et al. (2005) Gruppo di lavoro Studio Argento. La "qualità della vita" nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni Italiane (Studio Argento, 2002). *Igiene e sanità pubblica* 61(6):545-559.
- Colitti S, Cristofori M, Casaccia V et al. (2006) Vetus a Orvieto un'indagine sulla qualità della vita delle persone con più di 64 anni nel comune di Orvieto. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2006;19(11):iii-iv. <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/novembre/Novembre.pdf>

Politiche di indirizzo per un invecchiamento attivo

- World Health Organization. *Active Ageing. A policy framework.* 2002. (Consultato: Dicembre 2009). http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

Situazione demografica

- ISTAT. *14° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 2001.* (Consultato: Dicembre 2009). http://www.istat.it/dati/catalogo/20080618_01/
- ISTAT. *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Anni 2001- 2051* (Consultato: Dicembre 2009). http://www.istat.it/dati/catalogo/20030326_01/

Fragilità nelle persone ultra 64enni

- Fried L. P. Tangen CM, Walston J et al. (2001) Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol* 56: 146-156. (Consultato: Dicembre 2009). <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/full/56/3/M146>.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. (2004) Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 59: 255-263.
- Harris T, Kovar MG, Suzman R et al. (1989) Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *Am J Public Health* 79(6):698-702.
- Lawton M.P, Brody M (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-186.
- Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al. (2001) Instrumental Activities of Daily Living as a Potential Marker of Frailty: A Study of 7364 Community-Dwelling Elderly Women (the EPIDOS Study). *Journal of Gerontology* 56A: 448-453. (Consultato: Dicembre 2009). <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/56/7/M448.pdf>
- Rockwood K, Mitnitski A. (2007) Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62(7):722-7.
- Topinková E. (2008) Aging, Disability and Frailty. *Annals of Nutrition & Metabolism* 52, Suppl 1:6-11. (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.online.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=Ausgabe&Ausgabe=235742&ProduktNr=223977>

Disabilità nelle persone ultra 64enni

- Daniel R. van Rossum E, de Witte L et al. (2008) Interventions to prevent disability in frail community-dwelling, elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research* 8:278. (Consultato: Dicembre 2009). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278>

- Katz S, Ford A, Moskowitz R, et al. (1963) Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 21,185:914-9.
- Katz S. et al. (1970) Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 10:20-30.

Cadute

- Gates S, Fisher JD, Cooke MW et al. (2008) Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 19:130-3.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. (2003) Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* (4).
- Rubenstein L.Z. (2006) Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing* 35-S2: ii37–ii41.

Depressione

- Djernes. (2006) Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psych Scand* 113 (5), 372 – 387.

Vaccinazioni

- D'Argenio P et al. (1995) Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. *Igiene Moderna* 103: 209-222.
- Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. (1999) *Influenza vaccination among the elderly in Italy*. Bull WHO 77: 127-131.

Stili di vita

- Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. (2000) Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 34(1):7-17.
- Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. (2000) Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 48:883-93.
- Progetto Guadagnare Salute. (Consultato dicembre 2009)
http://www.ccm-network.it/GS_intro

Ultra 64-enne risorsa

- Morrow-Howell N, Hinterlong J, Sherraden M. (2003) Effects of Volunteering on the Well-being of Older adults *J Gerontol* 2: 137-45.
- Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA. (2001) *Productive Ageing: concepts and challenges* The John Hopkins University Press, Baltimore (MD)
- Birren JE. (2001) Psychological implications of Productive Ageing, in Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA. *Productive Ageing: concepts and challenges* The John Hopkins University Press, Baltimore (MD) pp 102-119.

QUADRO SINTETICO ATTIVITA'

QUADRO SINTETICO DELLE ATTIVITÀ U.F. ATTIVITÀ SANITARIE DI COMUNITÀ ZONA DISTRETTO DELLA LUNIGIANA (2007-2009)

(Fonte flussi budget)

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

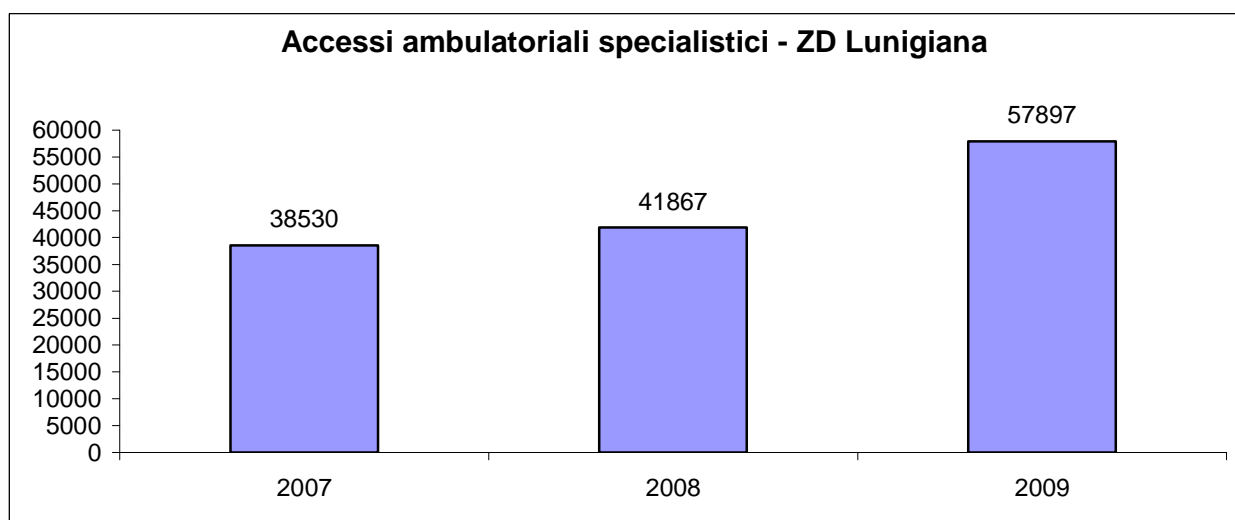
Viene erogata presso i Poliambulatori di Aulla, Pontremoli e Fivizzano e di recente è stato attivato il poliambulatorio di Villafranca.

Nel periodo considerato è stato attuato un continuo ampliamento dell'offerta della tipologia di prestazioni disponibili, nell'ottica di supplire quanto possibile alle specialità non presenti nel presidio ospedaliero di zona e di garantire tempi di attesa tali da rendere appetibili i servizi aziendali in confronto a quelli pubblici di fuori zona o di strutture private. E' stata potenziata la dotazione di ecografi di elevato livello tecnico, assegnati in dotazione ai quattro poliambulatori, in grado di essere utilizzati da tutte le branche specialistiche: sono aumentate le prestazioni effettuate e sono state messe in atto azioni per diminuire i tempi di attesa, sono stati pertanto incrementati gli sforzi sul versante dell'offerta.

Attualmente in Lunigiana sono presenti quasi tutte le specialità disponibili in Azienda e si stanno incrementando gli sforzi per migliorare i tempi di attesa al fine di soddisfare adeguatamente la domanda della popolazione. In particolare sono state attivate ore di oculistica, geriatria, ortopedia, cardiologia, endocrinologia, otorinolaringoiatria.

E' in cantiere l'incremento della disponibilità di prestazioni odontoiatriche, fisiatriche e neurologiche oltre che di dietetica medica;

Nel periodo 2007-2009 si è assistito ad un aumento complessivo delle prestazioni erogate dai diversi servizi afferenti all'UFASC con trend positivo in tutti i settori



Le Cure Domiciliari

E' uno dei settori strategici e di maggior impegno, diretto a persone con gravi stati clinici, perdita dell'autonomia, non autosufficienti che necessitano di programmi assistenziali costruiti in modo integrato all'interno della rete socio-sanitaria;

questa attività coinvolge più tipologie di operatori.

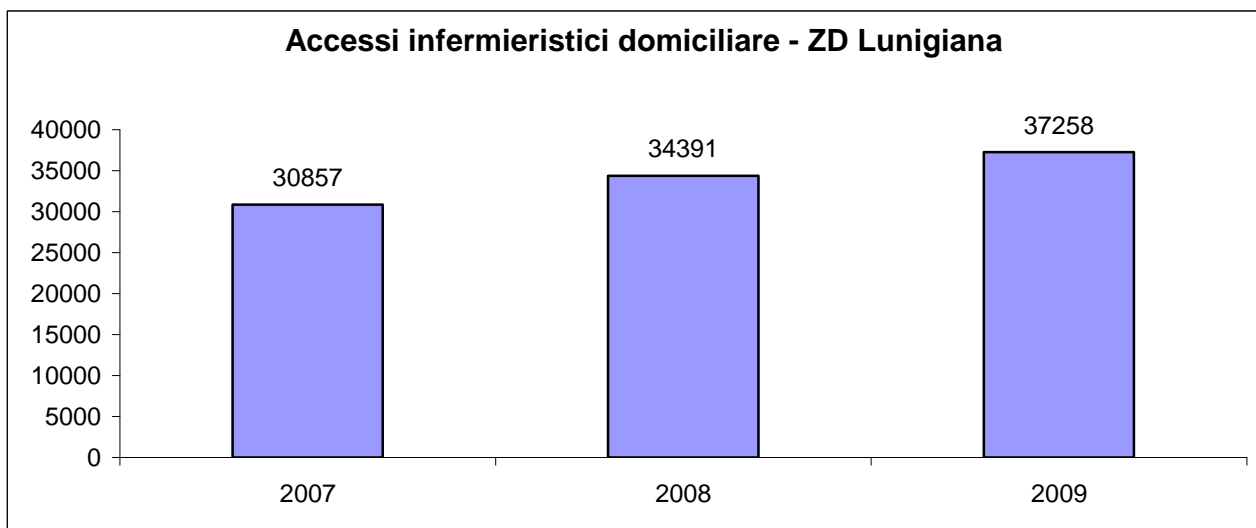
L' UFASC Zona/Distretto della Lunigiana, ha operato con l'obiettivo di dare risposte ai problemi di vita di queste persone e delle loro famiglie e di umanizzare il più possibile i servizi sanitari e assistenziali forniti, valorizzando la ricerca di risposte appropriate alla gravità del caso, e sostenendo le risorse personali e le autonomie residue.

Nel 2009 il servizio ha garantito a domicilio, 37258 accessi infermieristici di primo, secondo e terzo livello (bassa, media e alta intensità assistenziale), ed ha preso in carico totalmente, secondo un progetto terapeutico individuale, 1565 assistiti di cui 235 con bisogni di alta intensità (ADI di terzo livello). Complessivamente sono state assicurate, oltre le tipiche prestazioni infermieristiche e di medicina generale, anche quelle specialistiche di ogni branca rese necessarie, fisioterapiche, di nutrizione artificiale, di medicina palliativa, secondo quanto previsto dagli specifici programmi di cura. Estremamente qualificante per i servizi sanitari domiciliari della Lunigiana, è stato l'inserimento, nei programmi di ADI di terzo livello, di figure di supporto alle attività infermieristiche, (OSS) secondo un progetto approvato e finanziato dalla RT (progetto montanità) che ha permesso di attenuare un po' lo stress delle famiglie e rendere più accettabile la permanenza a domicilio degli ammalati con intensità assistenziale più elevata,

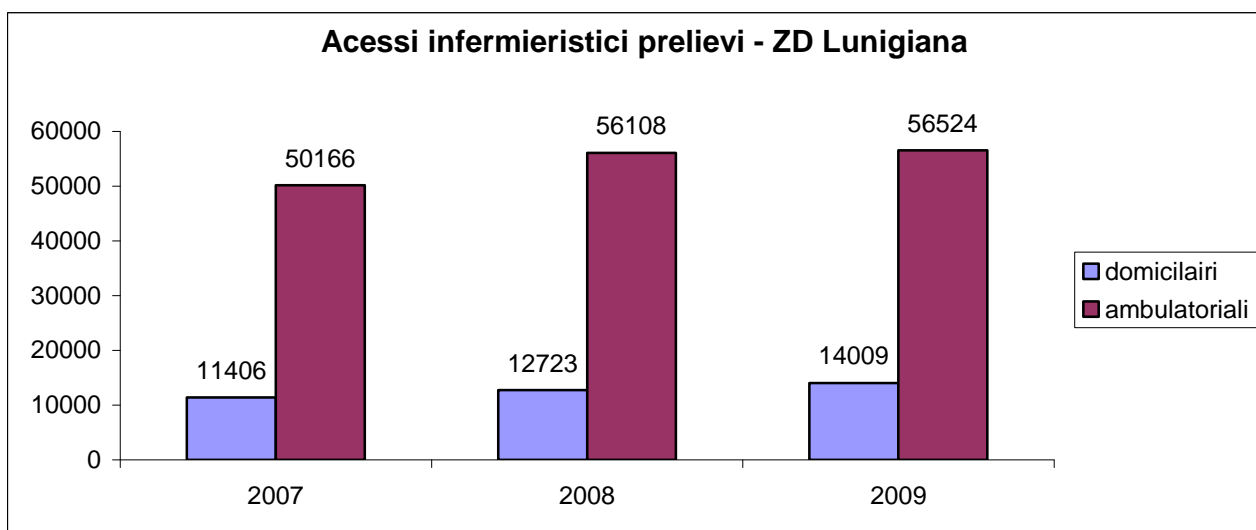
Appare opportuno sottolineare che la valutazione dei Servizi Distrettuali della RT effettuata da Ente esterno, pubblicata di recente, ci colloca ai vertici sia per quel che riguarda la qualità percepita dagli utenti per l'Assistenza Domiciliare/ADI sia per quanto riguarda il giudizio sull'organizzazione dei servizi distrettuali.

Nel periodo considerato si è assistito:

- all' aumento dell'attività di assistenza domiciliare di notevole impatto in particolare sull'organizzazione dell'attività assistenziale infermieristica (Trend progressivamente crescente)



- All'aumento dell'attività di prelievo ambulatoriale e a domicilio in particolare per i pazienti in terapia anticoagulante (TAO) di notevole impatto sull'organizzazione dell'attività assistenziale infermieristica

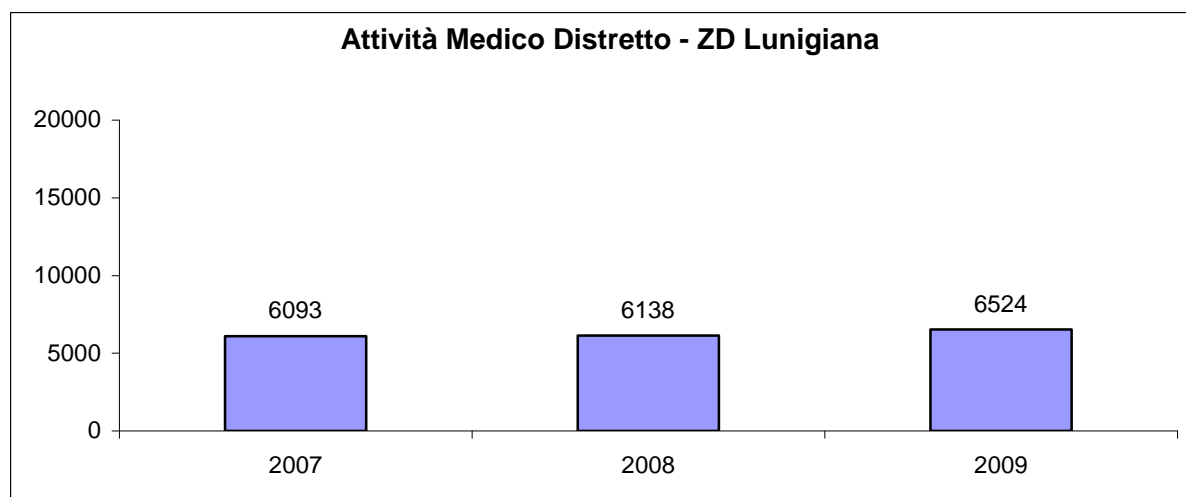


Attività di medicina distrettuale

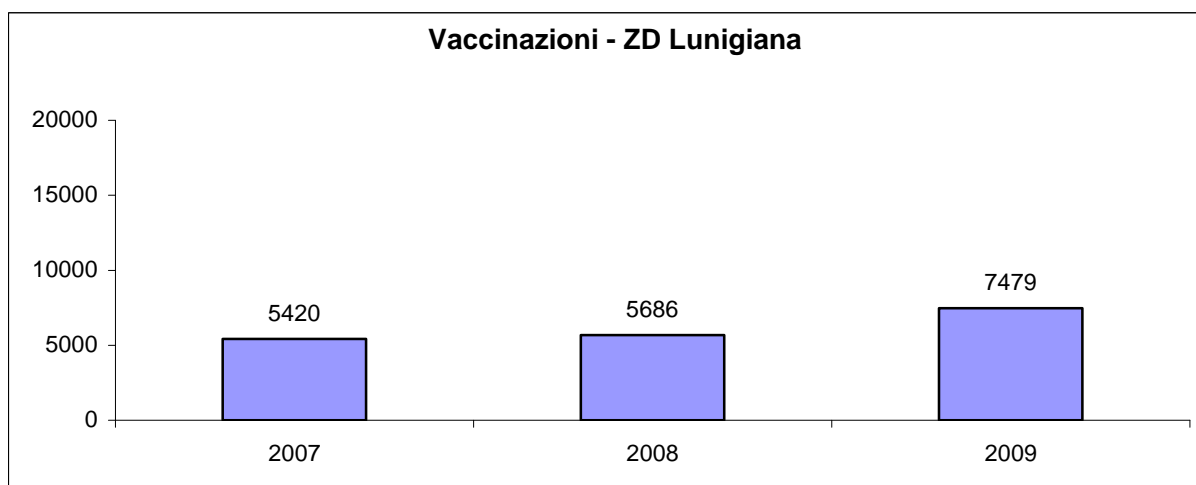
In linea con le restanti attività gestite si rileva:

- l'aumento dell'attività del Medico di distretto in particolare nel settore della valutazione multidimensionale delle persone anziane e di redazione di piani assistenziali personalizzati;

l'implementazione delle attività di cui alla Del. Reg. 402/2004 e normate dalla legge RT 66 dal 18 dicembre 2008 ha avuto un notevole sviluppo e accelerazione anche a seguito dell'attivazione dei Punti Insieme (novembre 2008): sono state valutate in commissione UVM, 598 persone anziane (vs 339 nel 2008 e 175 nel 2007) ed elaborati i Piani Assistenziali Personalizzati (PAP).



- L' aumento dell' attività di vaccinazione in ottemperanza al nuovo calendario vaccinale toscano e alla campagna contro il papillomavirus. (Trend progressivamente crescente)



Le prestazioni consultoriali

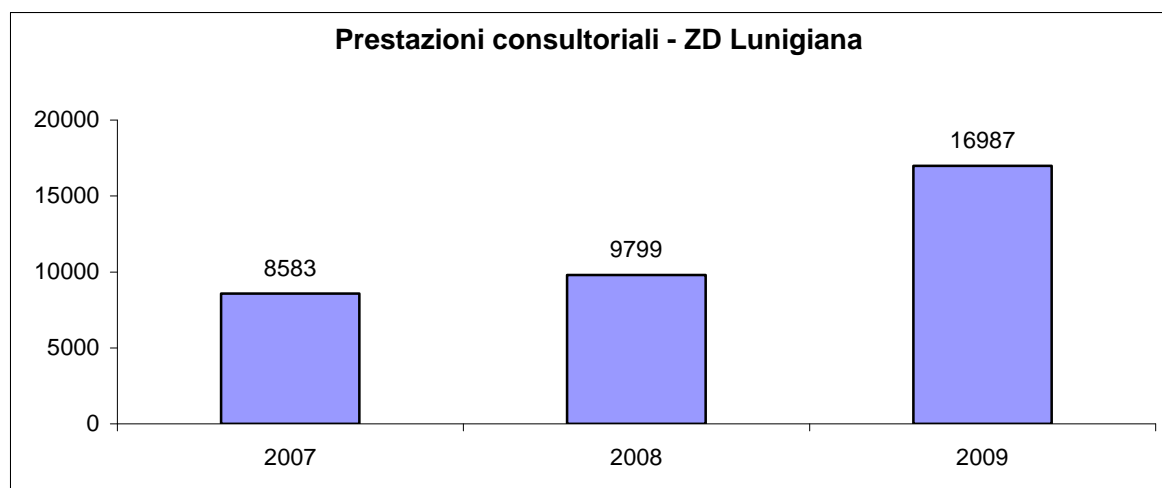
- Le attività sanitarie consultoriali sono assicurate dal personale afferente all'UF ASC. Peculiarità del consultorio sono la funzione di accoglienza e presa in carico del percorso assistenziale globale finalizzato a assicurare la tutela della donna in

relazione all'esperienza della maternità ed alle specificità del vissuto femminile in ogni età; garantire la tutela della salute e della qualità della vita nell'infanzia e nell'adolescenza; favorire lo sviluppo della capacità di fare scelte responsabili di procreazione e di svolgere il ruolo genitoriale. In Lunigiana il servizio è assicurato presso diversi Comuni (Aulla, Pontremoli, Fivizzano, Villafranca, Licciana, Tresana, Bagnone), ad Aulla è presente inoltre il Consultorio Adolescenti dotato di una equipe dedicata, ed a Pontremoli esiste una struttura consultoriale dedicata ai cittadini extracomunitari, in cui sono presenti mediatori culturali. E' in atto il potenziamento delle attività del consultoriali di Fivizzano e Casola e dello screening del tumore del collo dell'utero nei presidi di Zeri, Casola, Fivizzano, Aulla. E' stato incrementato l'orario del personale ostetrico mediante il disimpegno dall'attività vaccinale; è stato inoltre, stimolato l'utilizzo dei data base utilizzati per i flussi informativi.

Saranno attivate a breve le equipe consultoriali gruppi multidisciplinari e multiprofessionali costituiti da operatori provenienti da diverse strutture distrettuali e finalizzati al raggiungimento di una comune programmazione delle attività e all'acquisizione di un comune metodo di lavoro ed alla condivisione dei percorsi a favore di pazienti multiproblematici o manifestanti un disagio particolarmente grave.

Nel periodo 2007-2009 si è assistito:

- ad un aumento complessivo delle prestazioni erogate e registrate con trend positivo
- nel 2009 gli utenti totali dei consultori della Lunigiana risultano oltre 8000 vs 4888 nel 2008 (fonte: flussi S.In.S.S.)



INTERVENTI SOCIALI E SOCIO SANITARI ANNO 2009

RIEPILOGO SPESA SOCIALE E SANITARIA ANNO 2009 PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

<i>INTERVENTI</i>	UTENTI	SPESA SOCIALE	SPESA SANITARIA
ANZIANI			
RETTE RICOVERO ANZIANI RSA PRIVATE (QUOTE SANITARIE)	88	€ -	€ 1.062.767,00
RETTE RICOVERO ANZIANI RSA PRIVATE (QUOTE SOCIALI)	64	€ 412.027,00	€ -
RETTE RICOVERO ANZIANI RSA AZIENDALI FIVIZZANO E PONTREMOLI	69	€ 415.948,00	€ 908.915,00
GESTIONE COOP. CADAL CENTRO DIURNO ALZHEIMER VILLAFRANCA L.	13	€ -	€ 187.903,00
GESTIONE COOP. CADAL CENTRO DIURNO ALZHEIMER PONTREMOLI	12	€ -	€ 187.904,00
PERSONALE COOP. CADAL ASSISTENZA RSA AZIENDALI FIVIZZANO E PONTREMOLI	0	€ -	€ 912.709,00
SERVIZIO ESTERNO PARRUCCHIERE RSA AZIENDALI	0	€ -	€ 7.661,00
SERVIZIO ESTERNO PEDICURE RSA AZIENDALI E CENTRI DIURNO	0	€ -	€ 8.101,00
CONTRIBUTI ECONOMICI ALTERNATIVI AL RICOVERO	25	€ 59.810,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI MINIMO VITALE	18	€ 29.662,00	€ -
CONTRIBUTO ASSISTENZA DOMICILIARITA'(EX 402)	4	€ 12.500,00	€ -
CONTRIBUTO UNA TANTUM	0	€ -	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI ASSISTENZA ALIMENTARE	2	€ 1.350,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI FRAGILI	14	€ 55.715,00	€ -
CONTRIBUTO ECONOMICO ANZIANI FRAGILI	17	€ 53.892,00	€ -
MATERIALE RICREATIVO RSA E CENTRI ANZIANI E CASA FAMIGLIA	0	€ 3.018,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE CADAL	97	€ 400.531,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE CADAL CASA FAMIGLIA	8	€ 50.833,00	€ -
RIMBORSO CURE TERMALI	4	€ 2.569,00	€ -
PASTI CENTRI DIURNI ALZHEIMER	0	€ 23.234,00	€ -
OPERATORI CADAL CENTRO AGGREGAZIONE ANZIANI E ADULTI INABILI	0	€ 19.773,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA FONDO MONTANITA'	60	€ -	€ 565.928,00
FNA ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA	95	€ -	€ 327.839,00
FNA ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA	114	€ -	€ 173.518,00
FNA RICOVERI DEFINITIVI IN STRUTTURE CONVENZIONATE	25	€ -	€ 346.454,00

FNA RICOVERI TEMPORANEI IN STRUTTURE CONVENZIONATE	26	€ -	€ 91.669,00
PROGETTO FIDANZAMENTO E MATRIMONIO	0	€ 1.404,00	€ -
SPESE GENERALI RSA AZIENDALI	0	€ 754,00	€ -
TRASPORTO CADAL CDA VILLAFRANCA	0	€ 49.933,00	€ -
CANONE LOCAZIONE CDA VILLAFRANCA	0	€ 11.154,00	€ -
CONTRIBUTO COMUNE PER CDA FIVIZZANO	0	€ 10.000,00	€ 55.000,00
TRASPORTO ANZIANI	0	€ -	€ 1.599,00
ADEGUAMENTO RETTE	0	€ -	€ 18.260,00
TOTALE	755	€ 1.614.107,00	€ 4.850.624,50
MINORI E FAMIGLIE			
RETTE RICOVERO MINORI	18	€ 385.760,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI MINIMO VITALE	32	€ 98.034,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI ASSISTENZA ALIMENTARE	14	€ 10.047,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI UNA TANTUM	7	€ 3.550,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI MINORI	42	€ 111.826,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI AFFIDO FAMILIARE	27	€ 115.300,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI ASSISTENZA ALIMENTARE MINORI	0	€ -	€ -
CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM MINORI	4	€ 3.000,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI	44	€ 254.331,56	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI	5	€ 16.971,00	€ -
ASSISTENZA CADAL CENTRO DI AGGREGAZIONE GIOVANILE LA FORTEZZA DI AULLA	0	€ 112.151,00	€ -
ASSISTENZA CADAL CENTRO EDUCATIVO DI MONZONE	0	€ 37.560,00	€ -
SERVIZIO COOP. INCONTRO MINORI AFFIDO	0	€ 113.061,00	€ -
MATERIALE ATTIVITA' CENTRO MINORI TERRAROSSA	0	€ 624,00	€ -
MATERIALE RICREATIVO LA FORTEZZA	0	€ 624,00	€ -
CENTRO GIOVANILE SISMONDO	0	€ 26.117,00	€ -
ASSISTENZA EDUCATIVA IL GIRASOLE	0	€ 3.072,00	€ -
PROGETTO CENTRO GIOVANILE SISMONDO	0	€ 3.003,00	€ -
TRASPORTO RIABILITATIVO MINORI	0	€ 3.978,00	€ -
TOTALE	193	€ 1.299.009,56	€ -
HANDICAP			
RETTE RICOVERO IN ISTITUTO HANDICAP GRAVI	10	€ 40.062,00	€ 168.206,45

RICOVERO IN STRUTTURE COMUNITARIE PERSONE A RISCHIO PSICOSOCIALE	5	€ 59.574,00	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI ASSISTENZA HANDICAP	11	€ 49.930,00	€ -
TERAPIE OCCUPAZIONALI	58	€ 89.400,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE CADAL	35	€ 184.740,00	€ -
ASSISTENZA DOMICILIARE CADAL AIUTO PERSONALE	20	€ 168.714,00	€ -
ASSISTENZA SCOLASTICA	11	€ 60.535,00	€ -
ASSISTENZA CADAL CENTRI DI SOCIALIZZAZIONE CAPRIO, QUERCIA E MONCIGOLI	32	€ 402.975,00	€ -
MATERIALE ATTIVITA' RICREATIVE CENTRI SOCIALIZZAZIONE	0	€ 1.864,00	€ -
SERVIZIO SPORTELLI E NUMERO VERDE DISABILI	1	€ 29.661,00	€ -
SERVIZIO COOP. CADAL TERAPIA OCCUPAZIONALE DISABILI	0	€ 39.738,00	€ -
PASTI CENTRI DI SOCIALIZZAZIONE QUERCIA	0	€ 6.675,00	€ -
PASTI CENTRI DI SOCIALIZZAZIONE CAPRIO E MONCIGOLI	0	€ 20.121,00	€ -
MATERIALE ATTIVITA' DISABILITA' COMPLESSA	0	€ 624,00	€ -
TRASPORTO DISABILITA' COMPLESSA	0	€ 13.195,00	€ -
PROGETTO MUSICOTERAPIA	0	€ 5.005,00	€ -
OPERATORI CADAL DISABILITA' COMPLESSA	0	€ 74.074,00	€ -
TOTALE	183	€ 1.246.887,00	€ 168.206,45
PSICHIATRIA			
RETTE RICOVERO IN ISTITUTO	40	€ -	€ 1.006.131,56
RETTE RICOVERO RSA AZIENDALI FIVIZZANO E PONTREMOLI	13	€ 80.168,00	€ 220.638,00
CONTRIBUTI ECONOMICI MINIMO VITALE	21	€ -	€ 53.258,00
CONTRIBUTO UNA TANTUM	0	€ -	€ -
CONTRIBUTI ECONOMICI PER ASSISTENZA ALIMENTARE	2	€ -	€ 3.996,00
COLLOCAZIONI EXTRA FAMILIARI	3	€ -	€ 74.460,00
ASSISTENZA DOMICILIARE	40	€ -	€ 328.163,16
TERAPIE OCCUPAZIONALI	36	€ -	€ 58.567,00
SERVIZIO COOP. CADAL CENTRO DIURNO	0	€ -	€ 116.961,00
ASSISTENZA E SOSTEGNO GRUPPO APPARTAMENTO TERRAROSSA	11	€ -	€ 30.095,00
RETE SOCIALE LUNIGIANA COOP. PEGASO BLUE	0	€ -	€ 55.484,00
ATTIVITA' GREEN HOUSE SERVIZIO CUP	0	€ 8.459,00	€ 6.602,00
CENTRO DELLE OCCASIONI COOP. PEGASO BLUE	0	€ 1.538,00	€ 36.311,00
PERSONALE COOP. CADAL ASSISTENZA RSA AZIENDALI FIVIZZANO E PONTREMOLI	0	€ -	€ 251.945,00

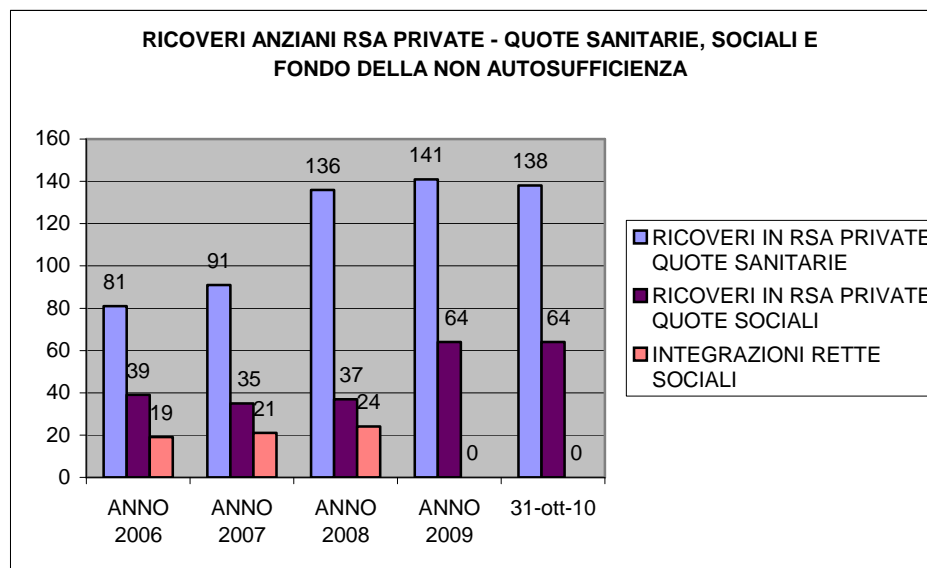
ASSISTENZA SOSTEGNO GRUPPO APPARTAMENTO TAVERNELLE	0	€ -	€ 143,00
CENTRO INFORMATIVO SALUTE MENTALE	0	€ -	€ 8.040,00
LABORATORIO DI MUSICO TERAPIA CENTRI LUNIGIANA	0	€ 3.302,00	€ -
MATERIALE ATTIVITA' CENTRO DIURNO	0	€ 1.248,00	€ -
ADEGUAMENTO RETTE	0	€ -	€ 7.640,00
TOTALE	166	€ 94.715,00	€ 2.258.434,72
TOSSICODIPENDENTI			
RETTE INSERIMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICHE	8	€ -	€ 83.669,00
INSERIMENTI BORSA LAVORO	6	€ -	€ 9.693,00
INSERIMENTI LAVORATIVI	1	€ -	€ 1.920,00
PORTALE INTERNET PROGETTO SENZA TITOLO	0	€ 988,00	€ -
SERVIZIO COOP. CADAL SERT	0	€ -	€ 170.196,00
MATERIALE ATTIVITA' RICREATIVE	0	€ 806,00	€ -
PROGETTO SO STARE INSIEME	0	€ 5.005,00	€ -
PROGETTO PRI-MA QUERCIA D'ORO	0	€ 5.005,00	€ -
PROGETTO UPIGITOS	0	€ 10.426,00	€ -
ADEGUAMENTO RETTE	0	€ -	€ 710,00
TOTALE	15	€ 22.230,00	€ 266.188,00
IMMIGRATI			
PROGETTO MONDO CHE SCUOLA EL KANDIL	0	€ 6.006,00	
TOTALE	0	€ 6.006,00	
COSTI GENERALI			
ADEGUAMENTO ISTAT COOP CADAL	0	€ 117.962,00	€ 159.783,00
COLLEGIO SINDACALE SDS	0	€ 5.954,00	€ -
SOPRAVVENIENZE E SPESE BOLLO SU FATTURE	0	€ 14.846,00	€ 5.187,00
PROGETTO CENTRO DONNA	0	€ 20.000,00	€ -
	0	€ -	€ -
CURE INTERMEDIE	35	€ -	€ 110.787,00
	0	€ -	€ -
TOTALE GENERALE	1347	€ 4.356.967,56	€ 7.767.116,67



FONDO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

RICOVERI EFFETTUATI ANZIANI RSA PRIVATE – QUOTE SANITARIE, SOCIALI E FONDO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

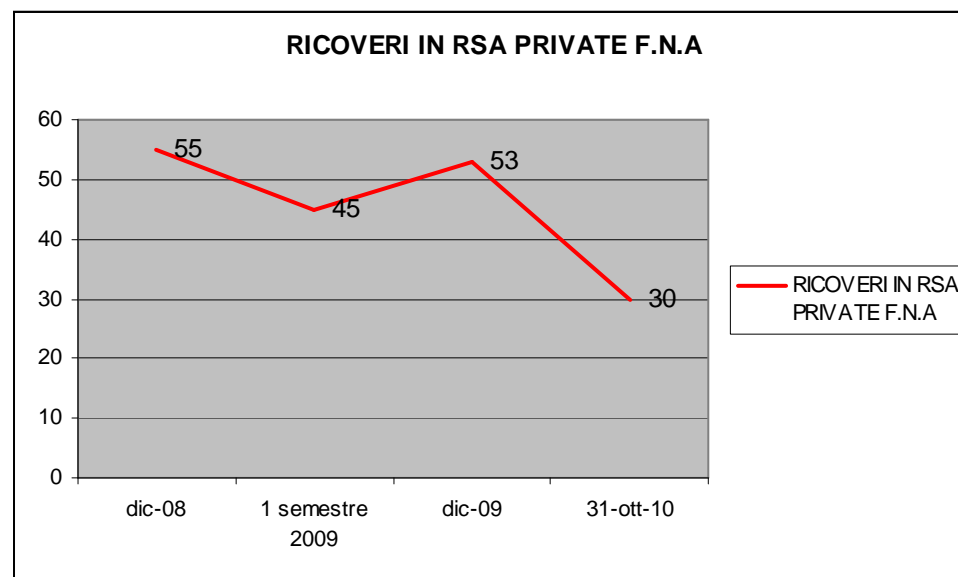
	ANNO 2006		ANNO 2007		ANNO 2008		ANNO 2009		31 OTTOBRE 2010		PROIEZIONE ANNO 2010	
	NUM.	SPESA	NUM	SPESA €	NUM.	SPESA €	NUM	SPESA	NUM	SPESA	NUM	SPESA
RICOVERI IN RSA PRIVATE QUOTE SANITARIE	81	993.654,06	91	€ 1.183.287,76	136 dicui 81 ORD. 55 FNA	1.627.319, 02 di cui 1.271.330,02 ORDINARI 355.989,00 FNA	141 di cui 88 ORD. 53 FNA	€ 1.424.338,41 di cui € 1.062.767,00 ordinari e € 435.614,2 FNA	138 di cui 108 ORD. 30 FNA	€ 1.353.305,06 di cui € 1.069.267,42 ordinari e € 284.037,64 FNA	...	€ 1.611.840,04 di cui € 1.283.120,90 ordinari e € 328.719,14 FNA
RICOVERI IN RSA PRIVATE QUOTE SOCIALI	39	285.629,98	35	€ 240.174,34	37	298.128,18	64	€ 412.027,00	64	€ 412.027,00
INTEGRAZIONI RETTE SOCIALI	19	99.455,00	21	€ 130.441,00	24	111.370,93	0	0	0	0



NOTE: anno 2006 scarse risorse per quote sanitarie – anno 2007 utilizzo finanziamento per l'avvio della SdS per quote sanitarie
anno 2008 sperimentazione FNA - anno 2009 aggiornamento nomenclatore sociale da integrazione retta ad assunzione quote sociali

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA - DETTAGLIO ANDAMENTO 2008-2009

DICEMBRE 2008		DICEMBRE 2009		31 OTTOBRE 2010		PROIEZIONE DICEMBRE 2010		
NUM.	SPESA €	NUM.	SPESA	NUM.	SPESA	NUM.	SPESA	
RICOVERI IN RSA PRIVATE F.N.A	55 di cui 19 DEFINITIVI 36 TEMPORANEI	356.044,6 di cui 143.860,87 DEFINITIVI 212.128,73 TEMPORANEI	53 di cui: 23 DEFINITIVI 30 TEMPORANEI	435.614,20 di cui 334.357,93 DEFENITIVI 101.256,27 TEMPORANEI	30 di cui: 21 DEFINITIVI 9 TEMPORANEI	284.037,64 di cui 261.215,5 DEFINITIVI 22.822,14 TEMPORANEI di cui: ... DEFINITIVI ... TEMPORANEI	328.719,14 di cui 305.897,00 DEFINITIVI 22.822,14 TEMPORANEI

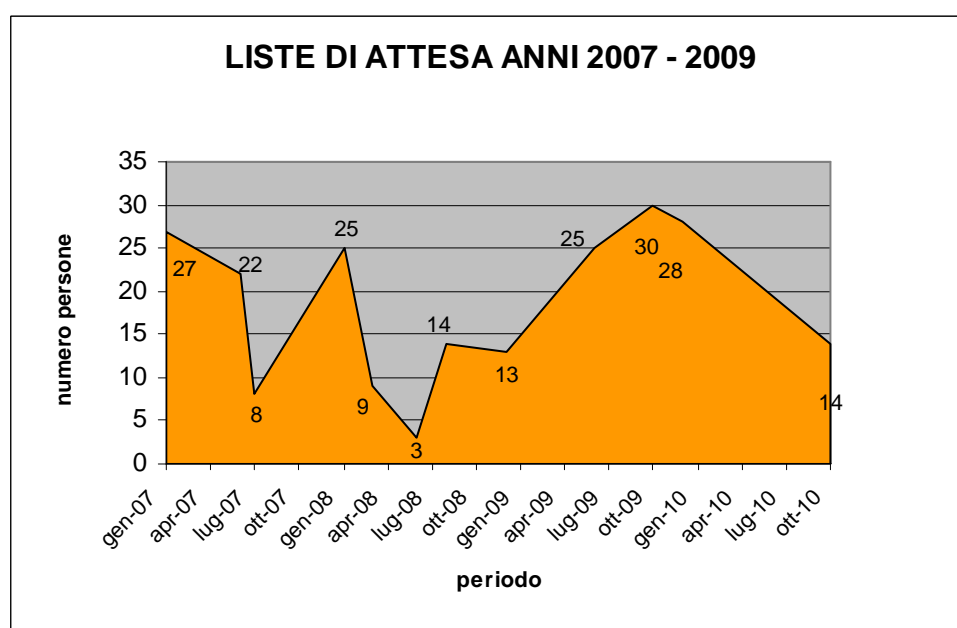


**POSTI A CONVENZIONE E RICOVERATI RSA PRIVATE
COMPRESIVI DEI RICOVERI CON IL FONDO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

RSA PRIVATE CONVENZIONATE	N. POSTI			N.POSTI A CONVENZIONE	UTENTI RICOVERATI			
	N.A.	A.	TOT.		DICEMBRE 08	DICEMBRE 09	OTTOBRE 10	
VILLA VERDE COMANO	58		58	10	10	11	9	
CASA CARDINAL MAFFI FIVIZZANO	60		60	10	7	7	6	
VILLA ROSA ALBIANO MAGRA	50		50	5	7	5 +1 Q.S.	4	
VILLA SERENA COMANO	40		40	3	4	4 + 1 Q.S.	4 + 2 Q.S.	
SANATRIX AULLA	38	20	58	15	13	15	15	
RESIDENCE DEGLI ULIVI PODENZANA	30	30	60	7	9 +1 Q.S.	8 + 1 Q.S.	11 + 1 Q.S.	
RSA CABRINI PONTREMOLI	27	20	47	5	18 + 2 Q.S.	15 + 2 Q.S.	20 + 2 Q.S.	
FONTANA D'ORO MOMMIO - FIVIZZANO	9	5	14	2	8	9	12	
RSA MICHELANGELO AULLA	40		40	4	18 + 1 Q.S.	17 + 2 Q.S.	17 + 2 Q.S.	
VILLA LORY COMANO	20		20	1	2	2	3	
VILLA ANGELA	50	10	60	2	10	12 + 1 Q.S.	12	
TOTALE	422	85	507	64	106 + 4 Q.S.	105 + 8Q.S.	113 + 7 Q.S.	

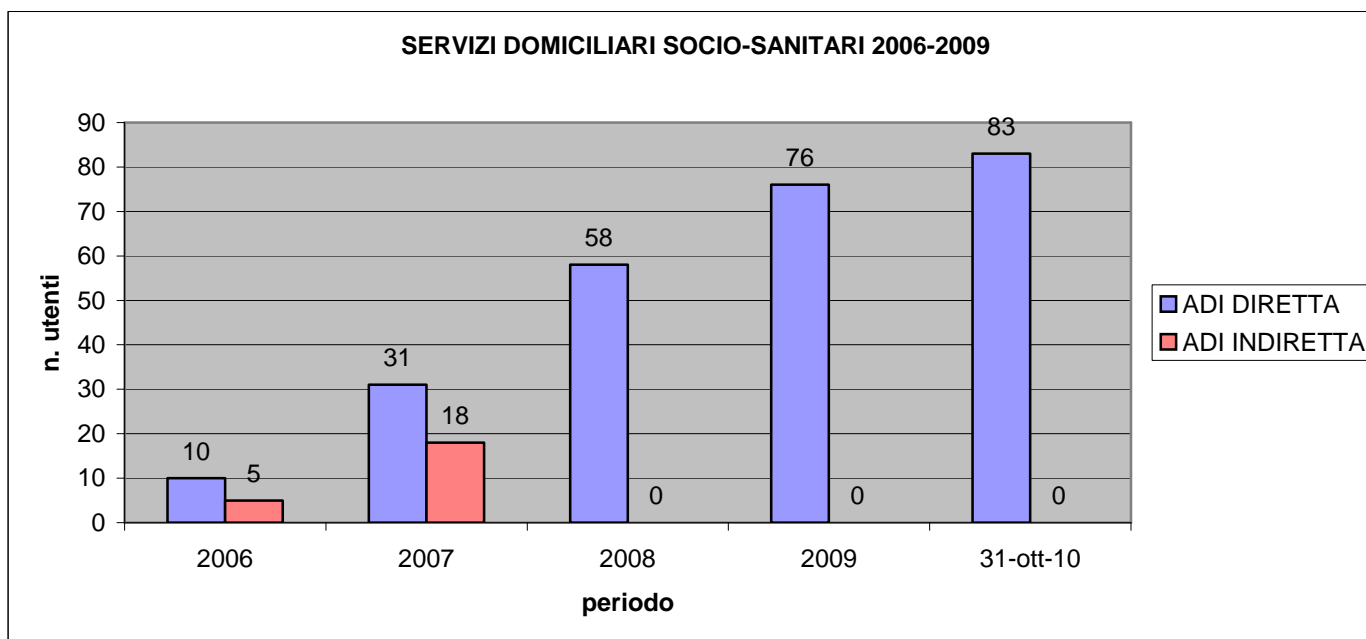
LISTE DI ATTESA ANNI 2007 – 2009

PERIODO	N. PERSONE	
GENNAIO 2007	27	
GIUGNO 2007	22	
<i>LUGLIO 2007</i>	LA SOCIETA' DELLA SALUTE FINANZIA 10 QUOTE DI € 71.145,00 PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA	
AGOSTO 2007	8	
GENNAIO 2008	25	
<i>GENNAIO 2008</i>	LA REGIONE TOSCANA FINANZIA PER IL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA N. 12 QUOTE DI € 84.630,00 RICOVERO DI SOLLIEVO N. 2 QUOTE RICOVERO MODULARE N. 1 QUOTA	
MARZO 2008	9	
GIUGNO 2008	3	
AGOSTO 2008	14	
DICEMBRE 2008	30	
GIUGNO 2009	25	
31 OTTOB 2009	30	
DICEMBRE 2009	28	
31 OTTOBRE 2010	14	



SERVIZI DOMICILIARI SOCIO-SANITARI ANNI 2006-2009

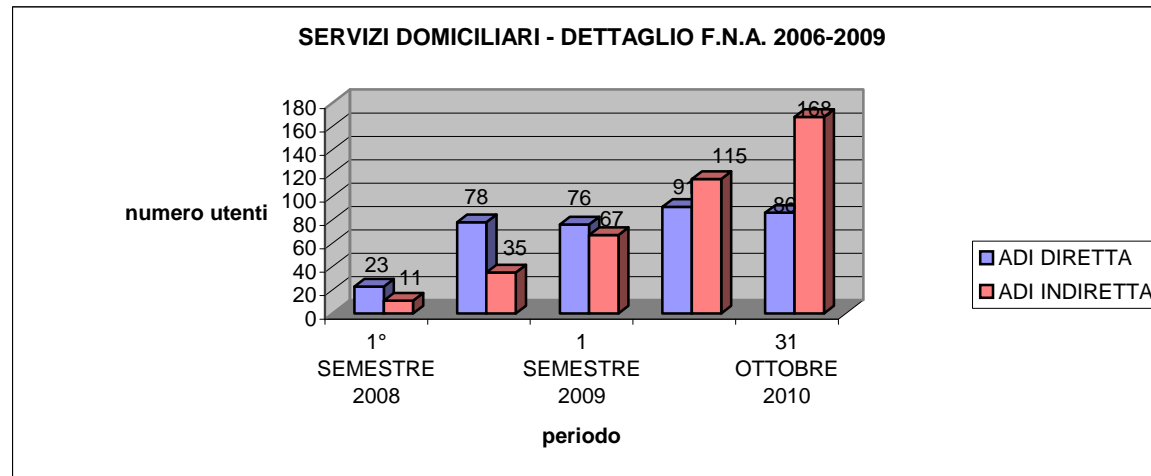
SERVIZI	2006		2007		2008		2009		31 OTTOBRE 2010		PROIEZIONE 31 DICEMBRE	
	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €	N. PERSONE	QUOTA €
ADI DIRETTA	10	€ 60.976,54 di cui 18.085,27 bil. soc. 42.891,27 casa serena	31	€ 196.613,39 di cui 164.461,86 f. mont.tà 32.151,53 casa serena	58	€ 333.291, 92 tutto montanità	76	€ 301.024,20 tutto montanità	83	€ 232.441,31 tutto montanità	...	€ 278.929,57 tutto montanità
ADI INDIRETTA	5	€ 7.200,00 bil.soc.	18	16.500,00	0 bil.soc.	0	0	0				



NOTA: 1° SEMESTRE 2008 RIVALUTAZIONE DEL SERVIZIO PASSAGGIO AL SERVIZIO SOCIALE PER CAMBIO DEI CRITERI DI ACCESSO.

SERVIZI DOMICILIARI SOCIO-SANITARI FONDO NON AUTOSUFFICIENZA

	DICEMBRE 2008		DICEMBRE 2009		31 OTTOBRE 2010		PROIEZIONE DICEMBRE 2010	
	N. PERSONE	QUOTA	N. PERSONE	QUOTE	N. PERSONE	QUOTE	N. PERSONE	QUOTE
ADI DIRETTA	78	€ 110.775,74	91 di cui 51 rinnovi e 40 nuovi	€ 310.165,16 di cui € 232.328,07 rinnovi, 77.837,09 nuovi	86 di cui 59 rinnovi e 27 nuovi	€ 217.368,00 di cui € 188.483,04 rinnovi e € 28.884,96 nuovi	...	€ 262.331,93 di cui € 219.990,61 rinnovi e € 42651 nuovi
ADI INDIRETTA	35	€ 43.334,00	115 di cui 32 rinnovi e 83 nuovi	€ 173.515,50 di cui € 99.750,00 rinnovi € 73.765,50 nuovi	168 di cui 89 rinnovi e 79 nuovi	€ 274.042 di cui € 204901 rinnovi € 69141 nuovi	...	€ 353.067,00 di cui € 242.501 rinnovi ed € 110.566,50 nuovi



RIABILITAZIONE

ANNO	N. PAZIENTI A DOMICILIO	> 65 ANNI	TRATTAMENTI	SPESA*
2007 (OTTOBRE- DICEMBRE)	12		81	€ 56.208,00
2008	59		259	€ 147.498,00
2009	68		311	€ 126.690,00
2010 (al 30 SETTEMBRE 2010)	101	82	424	€ 126.690,00

* La spesa è comprensiva del servizio domiciliare e potenziamento delle strutture ambulatoriali al fine di prendere in carico pazienti in fase post-acuta nell'arco di una settimana.

CURE INTERMEDIE 30 SETTEMBRE 2010

	TOTALE	SANATRIX	CABRINI	RSA AZIENDALE	FONTANA D'ORO
NUOVI 2010	76	49	17	9	1
RINNOVI 2009	4	4	0	0	0
COMUNE DI PROVENIENZA					
AULLA	28	24	2	2	0
BAGNONE	1	1	0	0	0
CASOLA	0	0	0	0	0
COMANO	2	0	1	1	0
FILATTIERA	2	0	1	1	0
FIVIZZANO	10	7	1	1	1
LICCIANA	7	7	0	0	0
MULAZZO	3	1	1	1	0
PODENZANA	2	2	0	0	0
PONTREMOLI	13	3	9	1	0
TRESANA	5	5		0	0
VILLAFRANCA	6	2	2	2	0
ZERI	0	0	0	0	0
REPARTO DI PROVENIENZA					
CARRARA	5	4	0	1	
chirurgia	1	1	0		
neurologia	2	2	0		
oncologia	2	1	0	1	
DOMICILIO	13	8	3	1	1
FIVIZZANO	24	20	2	2	
chirurgia	2	2			
medicina	12	10	2		
ortopedia	4	2		2	
pneumologia	6	6			
MASSA	5	2	1	2	
chirurgia	1	1			
psichiatria	2	0	1	1	
urologia	1			1	
spdc	1	1			
PARMA	1	1	0	0	
neurologia	1	1			
PISA	1	1	0	0	
diabetologia	1	1			
PONTREMOLI	27	13	11	3	
chirurgia	1	1	0		
ginecologia	1	0	1		
medicina	18	8	8	2	
ortopedia	6	4	1	1	
SARZANA	4	4	0	0	

PROGRAMMI E PROGETTI 2010

PROGETTI MONTANITA'

ELENCO PROPOSTA PROGETTI ZONA MONTANA ANNO 2010

	PROGETTO	IMPORTO EURO
A	TRASPORTO MINORI DISABILI	28.428,89
B	POTENZIAMENTO SERVIZI TERRITORIALI ADI PER ANZIANI E ADULTI INABILI	341.000,00
C	POTENZIAMENTO RIABILITAZIONE AMBULATORIALE DOMICILIARE	200.000,00
D	MODULO PSICHIATRICO LIV. ASS.	250.025,00
E	SPERIMENTAZIONE DI RICOVERI IN STRUTTURE INTERMEDIE NELL"AMBITO DELLA MEDICINA DI INIZIATIVA	158.775,00
F	CENTRO DIURNO PER ANZIANI CON VARI GRADI DI DEMENZA	150.000,00
	TOTALE	1.128.228,89

PROGETTI NELL'ANNO 2010 SDS LUNIGIANA

PROGETTO	IMPORTO EURO
Sorveglianza attiva della persona anziana fragile	44.116,14
"Raffaello cresce: una risposta assistenziale per adolescenti con disturbi della relazione e comunicazione".	30.000,00
Musica in rete e ... altro	23.500,00
TOTALE	117.616,14

PROGETTI PRIVATO SOCIALE 2010

PROGETTO	IMPORTO EURO
Interventi per l'integrazione degli immigrati	
Attività volte a favorire l'integrazione dei minori nelle scuole, ambienti di vita e sostegno alle famiglie e mediazione culturale socio-sanitaria	10.000,00
Interventi a favorire la partecipazione giovanile	
Attività volte alla prevenzione del disagio giovanile e alla valorizzazione dell'aggregazione	10.000,00
Interventi di integrazione e socializzazione per le persone affette da disagio psichico	
<i>Attività di gestione CUP gruppo appartamento di Tavernelle</i>	10.000,00
<i>Attività ricreative e di musicoterapica che integrano le attività di riabilitazione del servizio di psichiatria</i>	3.300,00
TOTALE	33.300,00

LE RISORSE

PREVISIONE BILANCIO 2011 ZONA LUNIGIANA

(senza ISTAT)

	SOCIALE	SANITARIO
FONDO SOCIALE COMUNI	2.017.560,00	
FONDO REGIONALE POLITICHE SOCIALI comprensivo del finanziamento anziani fragili e Fondo interistituzionale	985.882,00	
Finanziamenti regionali costi gestione sds	41.800,00	
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	680.000,00	
F.DO SANITARIO A.S.L.		5.191.175,00
CURE INTERMEDIE		300.000,00
FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA VERSATO DAI COMUNI	50.000,00	936.215,39
TOTALE BILANCIO	3.775.242,00	6.427.390,39

FONDO SANITARIO ASL ZONA LUNIGIANA

rette sanitarie anziani non autosufficienti	897.764,00
rette disturbati psichici	1.243.660,00
rette handicap gravi	159.964,00
rette inserimento tossicodipendenti	94.560,00
servizi appaltati	2.580.227,00
contributi economici disturbati psichici	168.000,00
contributi economici tossicodipendenti	28.750,00
contributi economici handicap gravi	18.250,00
rette ricovero cure intermedie	300.000,00
fondo per la non autosufficienza	936.215,39

TOTALE **6.427.390,39**

FONDO SOCIALE SDS LUNIGIANA

rette sociali ricovero anziani	392.000,00
rette sociali ricovero persone a rischio psicosociale	215.000,00
contributi economici minori	165.000,00
rette ricovero minori	363.413,00
interventi economici adulti	50.000,00
interventi economici disabili	123.000,00
interventi economici anziani	196.144,86
oneri vari sociali	51.800,00
servizi appaltati sociale	2.082.675,00
fondo interistituzionale	42.093,00
fondo anziani fragili	44.116,14
fondo per la non autosufficienza	50.000,00

TOTALE **3.775.242,00**

TOTALE GENERALE **10.202.632,39**

PROGETTI DEL PRIVATO SOCIALE ANNO 2011

Somma complessiva da destinarsi al privato sociale

Per progetti per area di intervento derivante dal bilancio sociale € 40.300,00

AREA DI INTERVENTO	SOMMA DESTINATA
Anziani	2.000,00
Disagio psichico	13.300,00
Disabili	5.000,00
Immigrati	10.000,00
Partecipazione giovanile	10.000,00
TOTALE	40.300,00

Bilancio di previsione 2011
Conto economico

A) Valore della produzione	
1) Contributi c/esercizio	4.031.457
2) Proventi e ricavi diversi	5.491.175
3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	680.000
4) Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie	
5) Costi capitalizzati	
Totale valore della produzione	10.202.632
B) Costi della produzione	
1) Interventi per anziani autosufficienti e non/ rette ricovero	2.516.240
2) Rette ricovero e contributi per psichici	1.411.660
3) Rette ricovero e contributi economici handicap	516.214
4) Rette inserimento e e contributi economici tossicodipend.	123.310
5) Rette inserimento e contributi economici minori adulti e famiglie	620.506
6) Cure intermedie	300.000
7) Servizi appaltati	4.662.902
8) Contributi vari	51.800
Totale costi della produzione	10.202.632
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)	-
C) Proventi e oneri finanziari	
Totale proventi e oneri finanziari	-
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-
E) Proventi e oneri straordinari	
Totale partite straordinarie	-
Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)	-
Imposte e tasse	
RISULTATO DI ESERCIZIO	-

IL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA
dott. Mario Guastalli

Schemi di bilancio per le Aziende sanitarie Toscane e Società della Salute

ALLEGATO ALLA DELIBERA N°
 Bilancio di previsione triennio 2011/2012/2013

Conto economico

	2011	2012	2013
A) Valore della produzione			
1) Contributi c/esercizio	4.031.457	4.172.558	4.318.598
2) Proventi e ricavi diversi	5.491.175	5.683.366	5.882.284
3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	680.000	703.800	728.433
4) Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie	-	-	-
5) Costi capitalizzati	-	-	-
Totale valore della produzione	10.202.632	10.559.724	10.929.314
B) Costi della produzione			
1) Interventi per anziani autosufficienti e non/ rette ricovero	3.125.831	3.235.235	3.348.468
2) Rette ricovero e contributi per psichici	1.251.405	1.295.204	1.340.536
3) Rette ricovero e contributi economici handicap	341.177	353.118	365.477
4) Rette inserimento e e contributi economici tossicodipend.	100.444	103.960	107.598
5) Rette inserimento e contributi economici minori	604.856	626.026	647.937
6) Rette inserimento e contributi economici adulti	200.756	207.782	215.055
7) Servizi appaltati	3.992.163	4.131.889	4.276.505
8) Contributi vari	15.000	15.525	16.068
Totale costi della produzione	-	-	-
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)	10.202.632	10.559.724	10.929.314
C) Proventi e oneri finanziari			
Totale proventi e oneri finanziari	-	-	-
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-
E) Proventi e oneri straordinari			
Totale delle partite straordinarie	-	-	-
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	10.202.632	10.559.724	10.929.314
Utile (Perdita) dell'esercizio	-	-	-

IL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA
 Dott. Mario Guastalli

CONTO ECONOMICO DELL'ATTIVITA' SANITARIA

Soggetto erogatore	Fondo per la non autosuff. Quota sanitaria	Fondo sanitario extra Fondo non Autosuff.	CURE INTERMEDIE	Totale
ASL Cnsorziate		€ 5.191.175,00	€ 300.000,00	€ 5.491.175,00
Regione Toscana				€ -
TOTALE	€ -	€ 5.191.175,00	€ 300.000,00	€ 5.491.175,00

IL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA
Dott, Mario Guastalli

CONTO ECONOMICO DEL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

SOGGETTO EROGATORE	QUOTA SANITARIA	QUOTA SOCIALE	TOTALE
ASL 1 di Massa Carrara	€ 100.674,00		€ 100.674,00
Regione Toscana	€ 835.541,39		€ 835.541,39
Comuni consorziati		€ 50.000,00	€ 50.000,00
TOTALE	€ 936.215,39	€ 50.000,00	€ 986.215,39

IL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA
Dott, Mario Guastalli

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA

COMPONENTI DI REDDITO / ATTIVITA'	ANZIANI	HANDICAP.	MINORI	ADULTI/FAM	INDISTINTO	TOTALE SOCIALE
--	----------------	------------------	---------------	-------------------	-------------------	-----------------------

VALORE DELLA PRODUZIONE IN EURO

Contributi in c/esercizio :						
da Regione	220.031	446.448	299.848	9.555	51.800	1.027.682
da Comuni	339.679	729.195	829.686	119.000		2.017.560
da Altri Enti						0
Proventi e ricavi diversi						0
Concorsi recuperi e rimborsi per attività tipiche	670.000	10.000				680.000
TOTALE RICAVI	1.229.710	1.185.643	1.129.534	128.555	51.800	3.725.242

COSTI DELLA PRODUZIONE IN EURO

Consumi di esercizio						0
Ammortamenti						0
Costi per servizi (rette, vacanze, etc.)	400.000	140.000	371.413	60.000		971.413
Godimento beni di terzi (leasing, etc.)						0
Altri costi	227.531	125.000	198.121	53.555	51.800	656.007
Personale						0
Servizi appaltati	602.179	920.643	560.000	15.000		2.097.822
totale	1.229.710	1.185.643	1.129.534	128.555	51.800	3.725.242

PROVENTI PER ONERI FINANZIARI

Proventi						
Oneri						
totale						

PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI

Plusvalenze						
Minusvalenze						
Sopravvenienze ed insussistenze						
totale						
TOTALE COSTI						
DIFFERENZA DELL' ESERCIZIO	0	0	0	0	0	0

IL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE LUNIGIANA
Dott. Mario Guastalli



REGIONE TOSCANA

Società della Salute della Lunigiana



Nota Illustrativa Bilancio di Previsione anno 2011

allegato alla Delibera n.

Si precisa che i modelli sui quali sono stati predisposti i Bilanci di Previsione sia annuali che pluriennali sono stati predisposti dalla Regione Toscana.

RICAVI ammontano a € 10.202.632.39

1. Contributi in conto esercizio: viene iscritta la somma di Euro 4.031.457,39 composta dalle seguenti voci:

- F.S.R di parte sociale Euro 985.882,00
- Fondo regionale per costi di gestione SDS riferiti Al Collegio Sindacale, alla figura del Fiscalista, alla figura del Pubblicista ed altri costi generali
Euro 41.800,00
- Contributi dai Comuni della zona Lunigiana per le funzioni delegate di parte sociale
Euro 2.067.560,00 di cui:
Euro 50.000,00 destinato al
FNA
- Fondo per la non autosufficienza R.T. Euro 835.541,39
- Fondo per la non autosufficienza ASL Euro 100.674,00

Proventi e Ricavi diversi: Euro 5.491.175,00 derivante dal Fondo Sanitario Regionale

C) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche Euro 680.000,00 derivante dalla compartecipazione rette ricovero anziani e portatori di handicap di parte sociale

COSTI ammontano a Euro 10.202.632,39

A precisazione e premessa della presente Nota Illustrativa, si chiarisce che il bilancio è stato redatto secondo le disposizioni impartiteci dalla Regione Toscana e dalle normative vigenti.

1) Interventi per anziani autosufficienti e non/rette ricovero € 1.530.025,00

Si tratta di costi che la SdS sosterrà a favore della popolazione anziana che ha compiuto il 65° anno di età.

Gli interventi comprendono:

- Intervento economico a supporto della domiciliarità;
- Intervento economico di sostegno all'autonomia della persona e del nucleo;
- Inserimento in strutture residenziali, per anziani auto e non auto autosufficienti;
- Inserimento in Casa - famiglia;
- Inserimento in strutture semiresidenziali di persone affette da morbo di Alzheimer e demenze senili.

2) Rette ricovero e contributi per psichici € 1.411.660,00

Si tratta di interventi che saranno destinati a persone, in carico al Servizio di Salute Mentale Adulti, che presentano disagio mentale. Gli interventi sociali nell'area della Salute Mentale Adulti comprendono:

A) Intervento economico di sostegno all'autonomia della persona e del nucleo;

2. Inserimento in strutture residenziali;
3. Inserimenti lavorativi

3) Rette ricovero e contributi economici handicap € 516.214,00

Questi costi verranno sostenuti a favore dei soggetti in possesso dell'Attestato di handicap, come previsto dall'art. 3 della Legge quadro 5 febbraio 1992, n°104.

Le prestazioni e gli interventi erogati per le persone disabili sono:

2. Intervento economico per sostegno alla domiciliarità (Aiuto personale);
3. Intervento economico di sostegno all'autonomia della persona e del nucleo;
4. Inserimento nei Centri diurni di socializzazione;
5. Inserimento in Residenze sanitarie per disabili (R.S.D.);
6. Inserimenti lavorativi.

4) Rette inserimento e contributi economici tossicodipendenti € 123.310,00

Gli interventi posti in essere nell'area delle dipendenze saranno rivolti a tutti i soggetti in carico al Servizio tossicodipendenze e alcologia (Ser.T.).

Gli interventi sociali nell'area delle dipendenze riguardano:

- Supporto educativo e socio-riabilitativo, individuale e a gruppi;
- Inserimento in Borsa lavoro;
- Inserimento in comunità terapeutiche;
- Attività di prevenzione, informazione, consulenza a singoli, nuclei e istituzioni

5) Rette inserimento e contributi economici minori adulti e famiglie € 620.506,00

Si tratta di costi che la SdS sosterrà per i cittadini singoli o i nuclei con minori, italiani e stranieri, regolarmente residenti nel territorio lunigianese che versano in situazioni di disagio sociale.

Le prestazioni e gli interventi erogati nell'area Minori Adulti e famiglie sono:

- Intervento economico di sostegno dell'autonomia di nuclei con minori;
- Interventi di sostegno alle famiglie;
- Adozione;
- Affidamento familiare;
- Affidamento al Servizio Sociale;
- Inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali;
- Interventi educativi e ricreativi per il tempo libero;
- Interventi per il sostegno a gestanti e madri in difficoltà;

6) Cure intermedie € 300.000,00

Trattasi di prestazioni integrate rivolte prevalentemente a persone anziane le cui condizioni siano tali da non permettere una assistenza domiciliare per il recupero adeguato dopo un intervento acuto o riacutizzato, allo scopo di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, supportare la dimissione tempestiva e ridurre l'utilizzo evitabile delle lungodegenze.

7) Servizi appaltati € 4.662.902,00

Rientrano in questa tipologia tutti i costi che la SdS sosterrà per l'assistenza domiciliare ad anziani, adulti, disabili, psichici, assistenza educativa minori, assistenza scolastica, servizi presso le RSA Aziendali di Fivizzano e Pontremoli e presso i Centri Diurni Alzheimer di Villafranca e Pontremoli effettuati dalla Cooperativa CADAL di Aulla aggiudicataria dell'appalto per l'affidamento in

convenzione dei vari servizi socio assistenziali nella Zona della Lunigiana come da Decreto Aziendale n.155 del 23.02.2006 con scadenza dell'appalto il 28.02.2011 (importo complessivo € 4.656.902,00).

Il restante importo (€ 156.000,00) sarà destinato ai costi relativi all'attività di rete sociale, Centro delle Occasioni e Gruppo appartamento per i soggetti psichiatrici, attuati dalla Cooperativa Pegaso Blue come da convenzione delibera n. 44 del 01.02.2005 e successive modifiche e integrazioni.

8) Contributi vari

€ 51.800,00

Si tratta di costi da sostenere per contributi economici ad Enti o Associazioni di supporto alle attività sociali a favore della popolazione della Zona Lunigiana la cui somma è stata inserita a bilancio secondo dati storici.

9) Fondo per la non autosufficienza

€ 986.215,39

I costi che si sosterranno sono ricompresi, in parte negli interventi per anziani per quel che riguarda le rette di ricovero presso le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare indiretta, ed in parte nei servizi appaltati per quel che riguarda l'assistenza domiciliare diretta.

Nello specifico la somma di € 986.215,39 è così ripartita:

- € 265.727,42 ricoveri definitivi o temporanei in RSA pubbliche e private;
- € 281.723,52 assistenza domiciliare diretta
- € 438.764,45 assistenza domiciliare indiretta.

Per quanto riguarda i costi relativi al personale per le Società della Salute, ad oggi, non sono ancora quantificabili. Sarà cura della SdS in accordo con l'Azienda USL 1 di Massa Carrara portare, successivamente, a conoscenza dei Sindaci il costo del personale utilizzato per la gestione del sociale non appena a livello regionale saranno stabilite le disposizioni per il trasferimento e l'assegnazione di tutto il personale.

Aulla, 03 dicembre 2010



REGIONE TOSCANA

Società della Salute della Lunigiana



RELAZIONE BILANCIO PREVISIONE 2011

L'esercizio economico finanziario dell'anno 2010 si sta concludendo con un risultato economico di sostanziale pareggio nonostante la diminuzione del 30 % del Fondo sociale.

A ciò deve aggiungersi la riduzione nelle RSA private dei ricoveri dei cittadini non residenti che, seppure non incide direttamente nei bilanci della SdS, costituisce comunque un elemento di disagio nel contesto socio-economico locale.

Parimenti, la difficile situazione creatasi nell'Azienda USL comporta inevitabili ricadute nella gestione della SdS.

Il Profilo di Salute ha evidenziato che le condizioni di salute dei cittadini della Lunigiana sono simili a quelli del resto della Regione Toscana. Tuttavia si ritiene che vi siano ancora spazi per il miglioramento anche nell'erogazione dei servizi offerti adeguandoli ai mutamenti sociali.

Le azioni più importanti della SdS nell'anno 2010 sono state le seguenti:

- mantenimento del decentramento dei punti prelievi (che a tutt'oggi riscuote un alto gradimento della popolazione) e che ha determinato una rilevante diminuzione dei costi sociali;
- mantenimento dell'attività specialistica ambulatoriale con conseguente controllo delle liste di attesa;
- potenziamento del polo specialistico di Villafranca in Lunigiana e costituzione "Casa della Salute";
- potenziamento dell'attività consultoriale, in particolare nel settore della specialistica ginecologica che ha determinato un sensibile argine alle fughe in atto;
- aumento dell'attività vaccinale con implementazione del calendario regionale, della campagna antinfluenzale;
- potenziamento dello screening del colon/retto;
- ulteriore forte aumento dell'ADI accogliendo gli indirizzi regionali;
- mantenimento della riduzione delle liste di attesa dell'attività specialistica della riabilitazione, soprattutto a domicilio con fondo della montanità;

- integrazione dei prodotti relativi all'assistenza farmaceutica integrativa, nel rispetto di specifici percorsi assistenziali tra ospedale e territorio;

Attività di promozione alla salute:

- apertura di ambulatorio di counseling nutrizionale in età pediatrica ed età adulta in collaborazione con il dipartimento di prevenzione;
- realizzazione di campagne di comunicazione con target primari: MMG – PLS per sensibilizzare sui fenomeni dell'eccesso ponderale e delle cadute.

Con le associazioni di volontariato è stato inoltre organizzato un servizio di trasporto ad integrazione di quello dei non deambulanti, rivolto ai minori che fanno carico alla riabilitazione neuropsichiatrica e ai disabili gravi finanziato con progetto sul fondo della montanità.

A favore delle categorie più fragili nei Comuni di Podenzana, Aulla, Licciana. Filattiera e Villafranca in Lunigiana è stata istituita con l'associazione Anteas degli anziani, la Protezione civile e le Associazioni di volontariato la distribuzione a domicilio dei farmaci.

Nell'erogazione dei servizi si è tenuto conto dell'aspetto demografico che è caratterizzato da un elevato indice di anzianità, atteso che in questa fascia di popolazione sono preminenti le patologie croniche degenerative che determinano un elevato carico assistenziale. La Lunigiana ha usufruito per i progetti della non autosufficienza, finanziati dalla Regione, pari a € 753.067,86 per il 2009, mentre nel 2010 di € 835541,39. Tali risorse sono state tutte utilizzate e implementate con risorse aziendali per € 277.820,98 e con ulteriori risorse dei fondi dei comuni per € 50.000,00.

Per favorire la continuità assistenziale fra l'ospedale ed il territorio sono stati autorizzati n. 10 posti letto di cure intermedie di cui 4 alla RSA Sanatrix di Aulla, n. 4 alla RSA Cabrini, n. 2 alla RSA Fontana D'Oro e con l'apertura della RSA pubblica di Bagnone sono stati attivati ulteriori 4 posti, permettendo quindi alle persone in particolari condizioni sanitarie e socio familiari di prolungare la degenza in un ambiente protetto prima del rientro a casa.

E' stato realizzato un report in collaborazione con ARS Toscana e ISSS che disegna il profilo di salute della popolazione anziana della Lunigiana recependo le linee guida dell'OMS, dell'Active Aging (invecchiamento attivo), finalizzato ad individuare azioni per la promozione della salute della popolazione anziana residente.

Nel versante della prevenzione è stato realizzato il Centro di aggregazione e il progetto "Sorveglianza attiva anziani fragili" in stretta collaborazione con i comuni e le associazioni di volontariato.

Ampio spazio è stato offerto ai minori e alle famiglie con la realizzazione del “Centro minori e famiglia” di Terrarossa, ancora in fase di completamento, creando un luogo che ha l’ambizione di accogliere tutte le famiglie in difficoltà in particolare quelle più bisognose.

Dal punto di vista della prevenzione al disagio giovanile sono stati potenziati i centri di aggregazione ed educativi.

I percorsi della disabilità sono stati ampliati con l’apertura di un centro della disabilità complessa.

La SdS ha fra gli obiettivi anche quello di promuovere la partecipazione delle comunità attraverso il coinvolgimento del Comitato di partecipazione e della Consulta del volontariato, con i quali si hanno rapporti continuativi.

Si sono poi volute approfondire, in materia di promozione alla salute, strategie comuni tra sistema scolastico e sistema sanitario, sugli stili di vita dei giovani in età evolutiva, in particolare sui comportamenti correlati al rischio di malattie cronico degenerative ed in contrasto ai fenomeni tipici dell’età giovanile con progetti finalizzati all’educazione alimentare, ecc.

Le azioni programmatiche previste per l’anno 2010 e realizzate sono le seguenti:

- apertura parziale RSA Bagnone;
- casa famiglia “Filo di Arianna” di Bagnone;
- apertura Centro Diurno per anziani di Fivizzano;
- ampliamento della rete dei Centri di aggregazione giovanile (Villafranca in Lunigiana) e di aggregazione per anziani (Tresana);
- realizzazione dei progetti relativi ai fondi speciali finalizzati “Governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane” di cui al PSR 2008-2010.

Per l’anno 2011 si prevede il mantenimento dei servizi ed il completamento della ricettività della RSA di Bagnone.

La carenza di risorse finanziarie e la diminuzione di fatto sia nella parte sociale che socio-sanitaria, che non consente di coprire nella parte sociale l’aumento fisiologico del 3% che i servizi hanno da un anno all’altro, comportano la necessità di programmare i servizi in modo tale da riuscire a rispondere comunque ai bisogni espressi dalla popolazione.

Quindi, malgrado la diminuzione di risorse trasferite dal Governo alla Regione Toscana e il decremento di servizi sanitari programmati nel 2010, verranno messi in atto progetti di riqualificazione sia in campo sociale che socio-sanitario.

In campo sociale si intende attuare servizi a costo zero di alta valenza preventiva, in parte già attivi, che permetteranno di risparmiare nell'attività specialistica e di ridurre il ricorso a ricoveri di lunga degenza di concerto con l'associazionismo e il volontariato.

Verranno dunque potenziate le attività volte a individuare corretti stili di vita, obiettivo che si inquadra nel contesto della medicina di iniziativa e che costituisce un nuovo approccio, volto alla ricerca del benessere della persona grazie alla partecipazione attiva della persona stessa, che deve essere messa in condizione di apprendere come mantenere il proprio stato di salute e come prevenire malattie e complicanze attraverso la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio. In tale contesto sarà potenziata l'attività fisica adattata, un progetto rivolto alle persone anziane che consiste in programmi di esercizio fisico non sanitario, svolto in gruppo. I programmi sono destinati ai cittadini adulti e anziani, in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta o con riduzione delle capacità funzionali da condizione cliniche pregresse con esiti funzionali stabilizzati. L'attività fisica adattata è mirata, in particolare, a prevenire artrosi, mal di schiena, ipomobilità, osteoporosi e ad impedire la progressione di tali patologie. Accanto all'Afa normale, verrà in particolare potenziata, l'AFA speciale, o di tipo B, attivata recentemente, nella quale rientrano, fra gli altri, i programmi destinati a persone con esiti cronici da ictus e che nel corso del 2011 verrà estesa ai malati di Parkinson e alle reumatopatie. Tutto ciò dovrebbe consentire, tra l'altro, di diminuire i costi derivanti da una riabilitazione se non impropria, comunque inefficace.

Saranno incrementate le attività di aggregazione sia per i giovani che per gli anziani.

Sarà mantenuto l'ambulatorio di counseling nutrizionale in età pediatrica ed età adulta in collaborazione con il dipartimento di prevenzione.

E' inoltre previsto lo sviluppo delle attività consultoriali anche non tradizionali.

Nel settore socio sanitario, in accordo con la zona Apuana, nell'ambito della salute mentale si sta cercando di recuperare le quote delle risorse impegnate in altre USL toscane e nelle Regioni limitrofe, riclassificando la spesa con possibili risparmi che permettano di far fronte all'aumento fisiologico delle fragilità. In particolare si sta progettando l'utilizzo della RSA di Bagnone per ricoveri di pazienti non acuti.

Si intende infine rivisitare il vecchio progetto per il Poliambulatorio di Aulla riducendo la cifra destinata da € 11.000.000 a € 6.000.000, in modo da progettare una struttura che sia in osmosi con la struttura esistente che però permetta di riprogettare tutti i servizi in Aulla che hanno un valore comprensoriale, e che costituiscono l'ultimo argine verso la Regione Liguria e la Regione Emilia-Romagna.

Comunque, nonostante le carenze, non si può fermare la macchina delle idee, della progettazione e la possibilità di integrare le risorse sociali con quelle sanitarie che ci hanno sempre permesso di ridurre i costi e di offrire risposte sempre più appropriate.

IL DIRETTORE SOCIETA' DELLA SALUTE

DELLA LUNIGIANA

Dott. Mario Guastalli



Aulla, 06 Dicembre 2010