



Provincia Autonoma di Trento  
Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale



Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari

# Profilo di salute degli anziani nella provincia di Trento



PASSI  
d'Argento



# **Profilo di salute degli anziani nella provincia di Trento**

Edizioni Provincia autonoma di Trento  
Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale  
Trento, 2014

## **Profilo di salute degli anziani nella provincia di Trento**

A cura dell' Osservatorio per la salute, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, Provincia autonoma di Trento

L'Osservatorio per la salute è composto da:

Laura Battisti, Elena Contrini, Pirous Fateh-Moghadam, Laura Ferrari, Maria Grazia Zuccali

Il paragrafo sulle prestazioni sanitarie è a cura di Alessandra Lombardi, U.O. Cure primarie, Distretto Centro Nord, APSS

Si ringraziano le operatrici e gli operatori di servizi, istituzioni ed enti che, attraverso la raccolta, l'archiviazione e l'elaborazione dei dati, hanno contribuito a rendere possibile la stesura di questo Profilo di salute degli anziani nella provincia di Trento.

Si ringraziano per la collaborazione:

Luca Comper, Paolo Daini (Servizio Politiche sociali, PAT)

Gli intervistatori: Antonia Banal, Enrico Bianchera, Marco Bonfante, Silvia Bortolotti, Daniele Bridi, Mario Caproni, Caterina Cariola, Lucia Carli, Elisabetta Cenci, Cornelia Ciappina, Giada Dalpalù, Giulia Demadonna, Michele Fontanari, Gabriella Frison, Maddalena Giotti, Giuseppina Gravante, Loretta Guidarini, Lina Iachemet, Raffaella Marchiodi, Giovanni Miotto, Gloria Nadalini, Luisa Paolazzi, Barbara Pasquinoli, Francesco Picello, Veronica Pontalti, Cristina Rizzardi, Sandra Salvetti, Ilaria Severini, Livia Solè, Milena Trentini, Linda Waldner, Bruna Zanoni, Daniela Zortea

Un ringraziamento particolare per la collaborazione va inoltre a tutti i cittadini intervistati nell'ambito dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

Copie del Profilo e maggiori informazioni possono essere richieste a:  
Osservatorio per la salute, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale  
Via Gilli 4, 38100 Trento  
dip.salute@provincia.tn.it  
telefono 0461.494171  
<http://www.trentinosalute.net>

© copyright Giunta della Provincia autonoma di Trento – 2014  
L'utilizzo del materiale pubblicato è consentito con citazione obbligatoria della fonte



Negli ultimi quarant'anni in provincia di Trento la speranza di vita è aumentata considerevolmente e di conseguenza gli anziani sono diventati sempre più numerosi. Questa evoluzione verso un progressivo allungamento della vita rappresenta contemporaneamente un "trionfo e una sfida", come affermano gli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

La sfida consiste nella necessità di prepararsi ad accogliere dignitosamente un numero crescente di anziani e nel garantire loro le condizioni affinché gli anni aggiunti possono essere vissuti attivamente e in buona salute.

Si tratta di una sfida dal punto di vista sia sanitario che economico e sociale. Al fine di creare le condizioni per poter vincere tale sfida e rendere gli anziani non più destinatari passivi dei servizi sanitari e sociali ma risorsa preziosa per la società, l'OMS propone la strategia dell'invecchiamento attivo, basata su tre colonne: partecipazione, salute e sicurezza.

Esattamente questi tre aspetti vengono indagati da PASSI d'Argento, il sistema di monitoraggio sulle condizioni di vita degli anziani coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, al quale anche la nostra provincia ha deciso di aderire a partire dal 2012 e di cui questo documento riassume i principali risultati integrandoli con i dati derivanti da altri flussi informativi.

**Donata Borgonovo Re**

*Assessora alla Salute  
e Solidarietà sociale*





Le persone anziane devono essere messe in grado di vivere con serenità una lunga vita in salute, vivendo in sicurezza nella propria casa e con relazioni positive con la comunità dove sono inserite.

Credo che tutti ci riconosciamo in questa affermazione, che però ha bisogno di trovare coerenza e concretezza nelle decisioni/azioni sia dei singoli cittadini che di tutti i livelli istituzionali, perché possa diventare un obiettivo raggiunto, un vanto della intera comunità.

Il testo predisposto dall'Osservatorio per la salute del Dipartimento provinciale salute e solidarietà sociale è molto prezioso in questa direzione: ci documenta come, arrivare in buone condizioni di salute nell'età anziana, dipenda essenzialmente dall'aver speso la vita in condizioni adeguate, dall'aver adottato stili di vita sani, dall'aver saputo costruire un sistema di relazioni efficaci. Ci fa riflettere quindi, prima di tutto, sulla responsabilità individuale di ricercare la qualità della vita in tutto il suo percorso. Il Servizio pubblico – e la sanità in particolare – ha l'obbligo di sostenere le scelte individuali attraverso l'informazione, la motivazione, la valorizzazione delle esperienze positive all'interno della comunità. Non è infatti così scontato che i cittadini siano a conoscenza della rilevanza, per la loro qualità di vita, di alcuni principi fondamentali come la corretta alimentazione, il movimento fisico, coltivare le relazioni sociali. Così come non è scontato che si sappia che, anche se la maggiore efficacia si ottiene quando la responsabilizzazione sui propri stili di vita parte fin dalla giovane età, si ottengono buoni risultati di salute anche quando adottare certi comportamenti virtuosi avviene con un certo ritardo, lungo il corso della vita, addirittura quando sono già presenti segni/sintomi di malattia.

Ma questo non è sufficiente: il tema dei determinanti della salute, pur presente da anni nell'ambito della salute pubblica, richiama alla responsabilità collettiva, alla salute in tutte le politiche, alla elevata incidenza che hanno sulla salute di tutti – e in particolare degli anziani – le condizioni socio economiche, il livello di istruzione, l'inserimento delle persone nel mondo del lavoro, la qualità delle relazioni sociali, il significato di vita, la equità dell'accesso ai servizi. Agire su questi fattori ha molteplici vantaggi: risponde alle attese degli anziani che, in buona salute, vogliono mantenere un ruolo attivo nella società; fa risparmiare al Servizio pubblico costi sanitari evitabili; promuove nella popolazione anziana il desiderio realizzato di essere, a pieno titolo e il più a lungo possibile, cittadini capaci di fare libere scelte rispetto a tutte le opportunità che il mercato offre.

È altrettanto necessario però considerare che l'invecchiamento della popolazione, anche trentina, ci porta ad avere grande attenzione agli interventi necessari perché le persone ricevano dalla intera comunità, in ogni contesto di vita, quella attenzione e quel rispetto che consenta di promuovere il loro benessere qualsiasi siano le condizioni di indipendenza.

E qui ovviamente entrano in gioco i Servizi sanitari e Servizi di protezione sociale e di assistenza e la loro capacità di fare rete, assieme con le Residenze per anziani, il Privato sociale e con la grande risorsa costituita dall'Associazionismo per offrire un sistema integrato e modulato di interventi in grado di accompagnare la persona anziana che mostra segni/sintomi di fragilità/cronicità e la sua famiglia con idee, proposte, attivazione di percorsi, interventi che siano in grado, nel tempo, di rispondere a un livello di complessità di assistenza sempre più elevato, privilegiando soluzioni condivise con la persona stessa.

Il Sistema PASSI d'Argento organizzato dall'Istituto superiore di sanità, i cui primi risultati sono presentati in questo testo, riveste un ruolo importante: infatti, monitorare nel tempo

come i cittadini anziani si percepiscono rispetto ai temi della salute, in Trentino e con un raffronto nazionale, diventa essenziale per riflettere sulla efficacia delle azioni messe in campo, per riconoscere in modo diretto le attese delle persone anziane e le loro difficoltà, per ri-orientare i servizi, per promuovere quella cultura di condivisione delle scelte, anche politiche, di promozione della qualità di vita che sono utili a mantenere un dialogo continuo tra i livelli istituzionali e i cittadini.

**Paola Maccani**

*Direttore della Direzione per l'Integrazione sociosanitaria  
Azienda provinciale per i Servizi sanitari, Trento*

# Indice



## **Invecchiamento e anziani: caratteristiche socio-demografiche generali**

L'età .....	11
La speranza di vita .....	12
La qualità e la soddisfazione della propria vita .....	14
Il genere e lo stato civile .....	16
L'istruzione e la formazione .....	16
Riassunto .....	19
La strategia dell'invecchiamento attivo .....	20

## **Invecchiamento attivo – Prima colonna: Partecipazione**

Le reti sociali .....	25
Il rischio di isolamento sociale .....	25
La cultura e il tempo libero .....	26
Riassunto .....	28

## **Invecchiamento attivo – Seconda colonna: Salute**

Le condizioni di salute e il livello di autonomia .....	33
Comportamenti e condizioni legati alla salute .....	36
L'alimentazione e lo stato nutrizionale .....	37
L'attività fisica .....	39
L'abitudine al fumo .....	40
Il consumo di alcol .....	42
I fattori fisici e sensoriali: vista, udito e masticazione .....	44
Le cadute .....	47
La salute mentale e i sintomi di depressione .....	48
Le prestazioni sanitarie: ricoveri, specialistica e consumo di farmaci .....	50
Riassunto .....	54

## **Invecchiamento attivo – Terza colonna: Sicurezza**

L'accessibilità dei servizi .....	59
La criminalità .....	60
La situazione economica .....	62
La famiglia .....	65
Riassunto .....	67

## **Riassunto e conclusioni**

Riassunto e commento ai risultati principali .....	71
Principali indicatori descritti nel profilo .....	73
Tabella riassuntiva dei problemi emersi dal profilo .....	76
Approfondimenti .....	78



caratteristiche  
socio-demografiche generali

# **Invecchiamento e anziani**



## L'età

Al 1° gennaio 2013 la popolazione residente in Trentino ammonta a 530.308 persone, con un aumento assoluto rispetto a 30 anni fa di quasi 90.000 persone.

L'aumento della popolazione è disomogeneo a seconda dell'età. C'è stato un decremento per le età giovani, fino ai 30 anni (con la sola eccezione della classe d'età 0-4 anni), mentre incrementi significativi di popolazione si sono registrati a partire dai 35 anni, con variazioni spettacolari per le età più anziane, in particolare per le età 80-84 anni, in cui la popolazione è più che raddoppiata, e 85 anni e oltre, in cui la popolazione si è addirittura quadruplicata.

Queste variazioni hanno così portato a mutamenti nella struttura della popolazione, rappresentata dalla piramide per età, che se confrontata in periodi differenti permette di stimare l'evoluzione della popolazione nel tempo [Figura 1].

Così la piramide della popolazione al 1° gennaio 2013 è caratterizzata, rispetto all'analoga di 30 anni prima, da un restringimento alla base (la quota di giovani rispetto alla

popolazione totale) e da un allargamento al centro e all'apice, per il consistente peso della popolazione adulta e anziana.

In Trentino  
una persona  
su cinque ha  
più di 64 anni

La forma assunta dalla piramide evidenzia come il processo di invecchiamento della popolazione sia arrivato in una fase piuttosto avanzata.

Se, infatti, nel 1983 la popolazione trentina con meno di 15 anni rappresentava il 19,2% della popolazione, quella ultra 64enne il 13,9% e quella ultra 74enne il 5,6%, nel 2013 la popolazione al di sotto dei 15 anni si è ridotta al 15,2% della popolazione totale, mentre quelle con più di 64 e di 74 anni sono salite, rispettivamente, al 20,1% e al 10,0%.

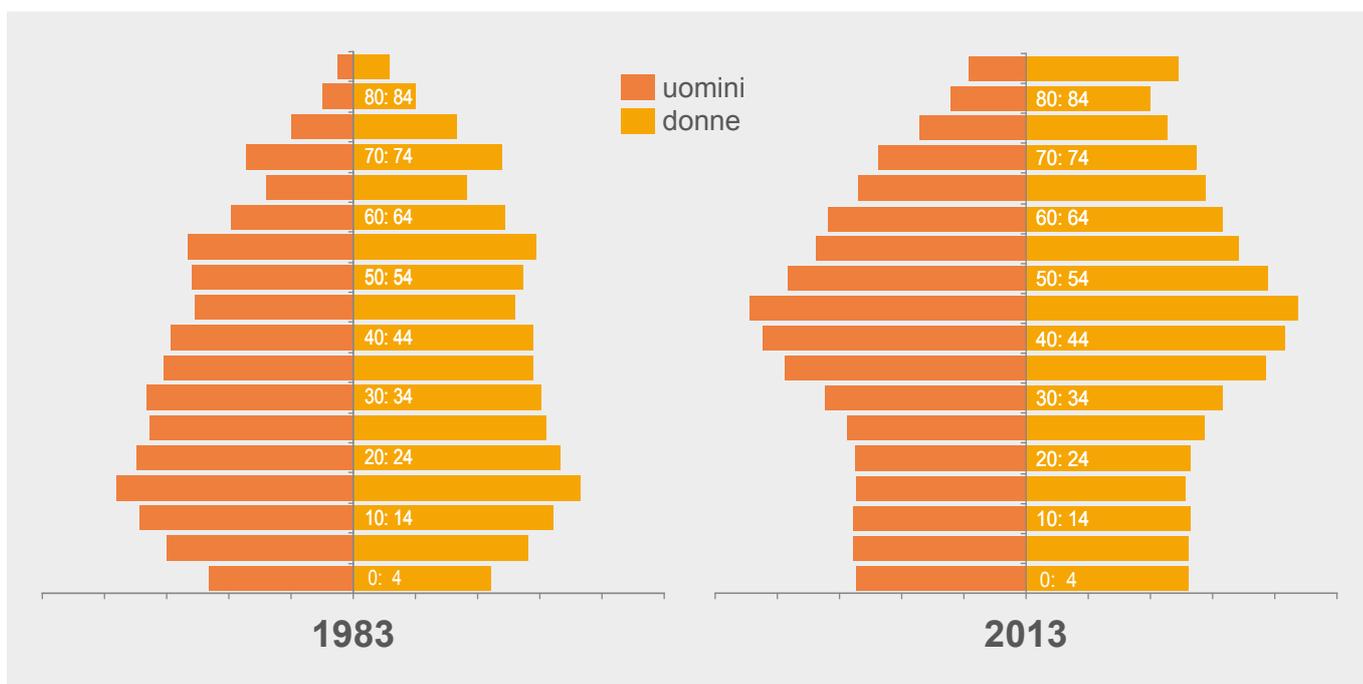
Ciò significa che oggi, in Trentino, una persona ogni cinque ha più di 64 anni (in numeri assoluti 106.424 persone) e tra queste la metà ne ha più di 74 (52.911 persone).

In proiezione, se il fenomeno di crescita della popolazione non si arresterà, la futura struttura per età sarà caratterizzata da un apice sempre più largo, per lo slittamento verso

**Figura 1**

Struttura per età e genere della popolazione residente, in provincia di Trento.

ISTAT 1983, 2013



**Tabella 1**

Indicatori della struttura della popolazione residente in Trentino e in Italia. ISTAT 1983, 2013

Indicatore (%)	Trentino 1983	Trentino 2013	Italia 2013
Indice di vecchiaia	72,4	131,8	151,4
Indice di dipendenza	20,8	31,0	32,7
Indice di ricambio	169,5	83,7	77,4

l'alto delle coorti numerose che attualmente si trovano nelle classi di età centrali.

In Tabella 1 sono riportati tre interessanti indicatori della struttura per età della popolazione:

- l'*indice di vecchiaia*, dato dal rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella con meno di 15 anni, indica che vi sono 132 anziani ogni 100 giovani, mentre erano 72 nel 1983
- l'*indice di dipendenza* degli anziani, cioè il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella di età tra i 15 e i 64 anni, indica che nel 2013 ci sono 31 ultra 64enni ogni 100 persone in età lavorativa, erano 21 nel 1983
- l'*indice di ricambio* della popolazione è il rapporto tra la popolazione di 15-19 anni con quella di 60-64 anni e risulta, nel 2013, pari a 83,7%. Indica che per ogni 100 persone che usciranno dal mercato del lavoro ce ne saranno 84 che vi entreranno, la metà rispetto alle 169 del 1983. Anche considerando classi d'età differenti, 20-24 anni (tenendo conto del prolungamento degli studi) e 65-69 anni (posticipo dell'uscita dal lavoro), l'indicatore, pur salendo al 96%, non raggiunge comunque i valori di 30 anni fa.

Il confronto degli indicatori con quelli nazionali dice che la popolazione trentina è relativa-

Rispetto alla media italiana, i trentini sono meno anziani e più longevi

mente meno anziana della media italiana. Se, infatti, in Trentino ci sono circa 130 anziani ogni 100 giovani, in Italia gli anziani, sempre ogni 100 giovani, sono 151.

## La speranza di vita

La riduzione della mortalità, prima infantile e poi in età adulta, avvenuta nel corso del secolo scorso, in Trentino, come nel resto d'Italia e dei paesi occidentali, ha portato a un progressivo allungamento della vita media.

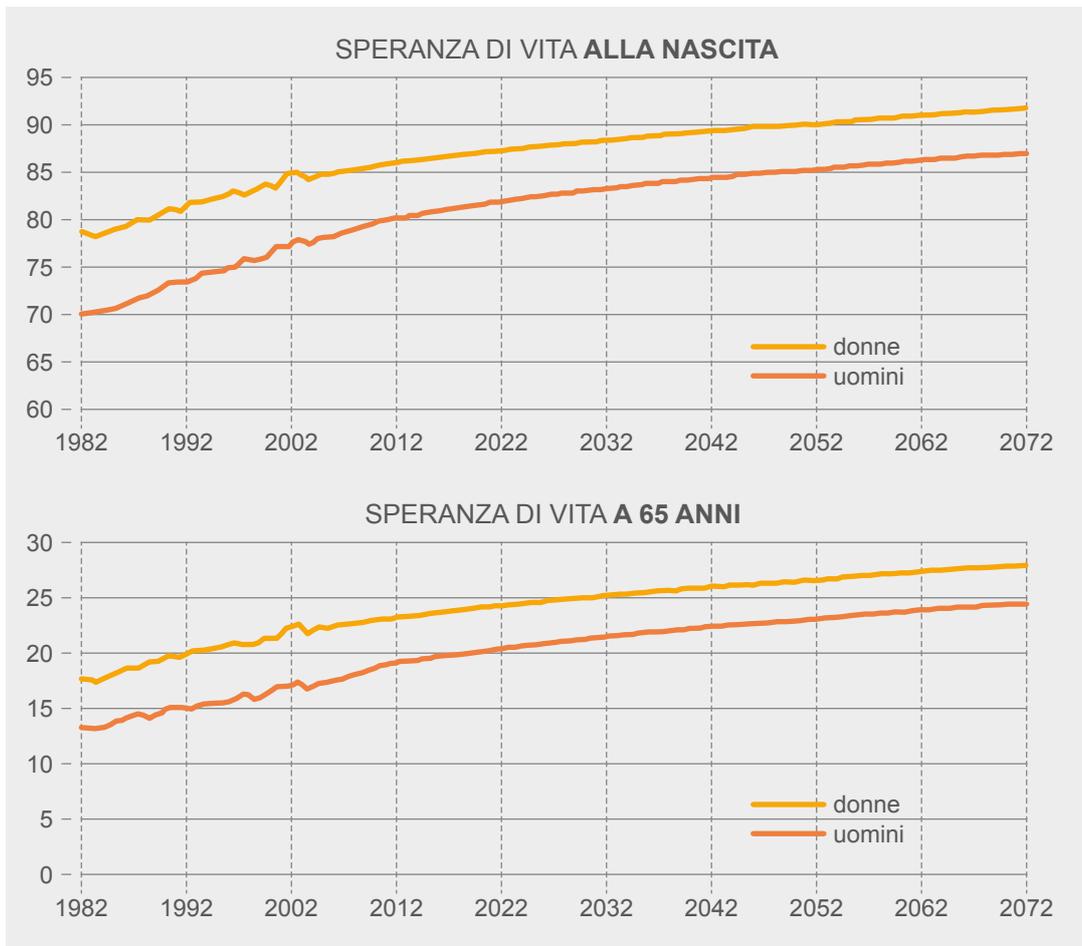
Gli italiani, ad esempio, sono passati da una speranza di vita alla nascita (la *speranza di vita* è il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere a partire da una certa età – in questo caso, alla nascita) di 63 anni per gli uomini e di 67 anni per le donne negli anni '50 a una speranza di vita di oltre 79 anni per gli uomini e di quasi 85 anni per le donne nel 2011. Lo spostamento sempre più in avanti del momento del decesso ha comportato un aumento della speranza di vita, non solo alla nascita, ma a tutte le età.

In Trentino, ad esempio, gli uomini di 65 anni hanno guadagnato circa 6 anni di vita dal 1982 ad oggi, passando da poco meno di 14 ai quasi 20 anni di vita ancora da vivere.

Analogamente le donne hanno incrementato la loro speranza di vita di circa 5 anni, dai circa 18 anni di attesa di vita agli oltre 23 [Figura 2]. Le stime per gli anni futuri indicano, inoltre, un continuo aumento della speranza di vita a tutte le età.

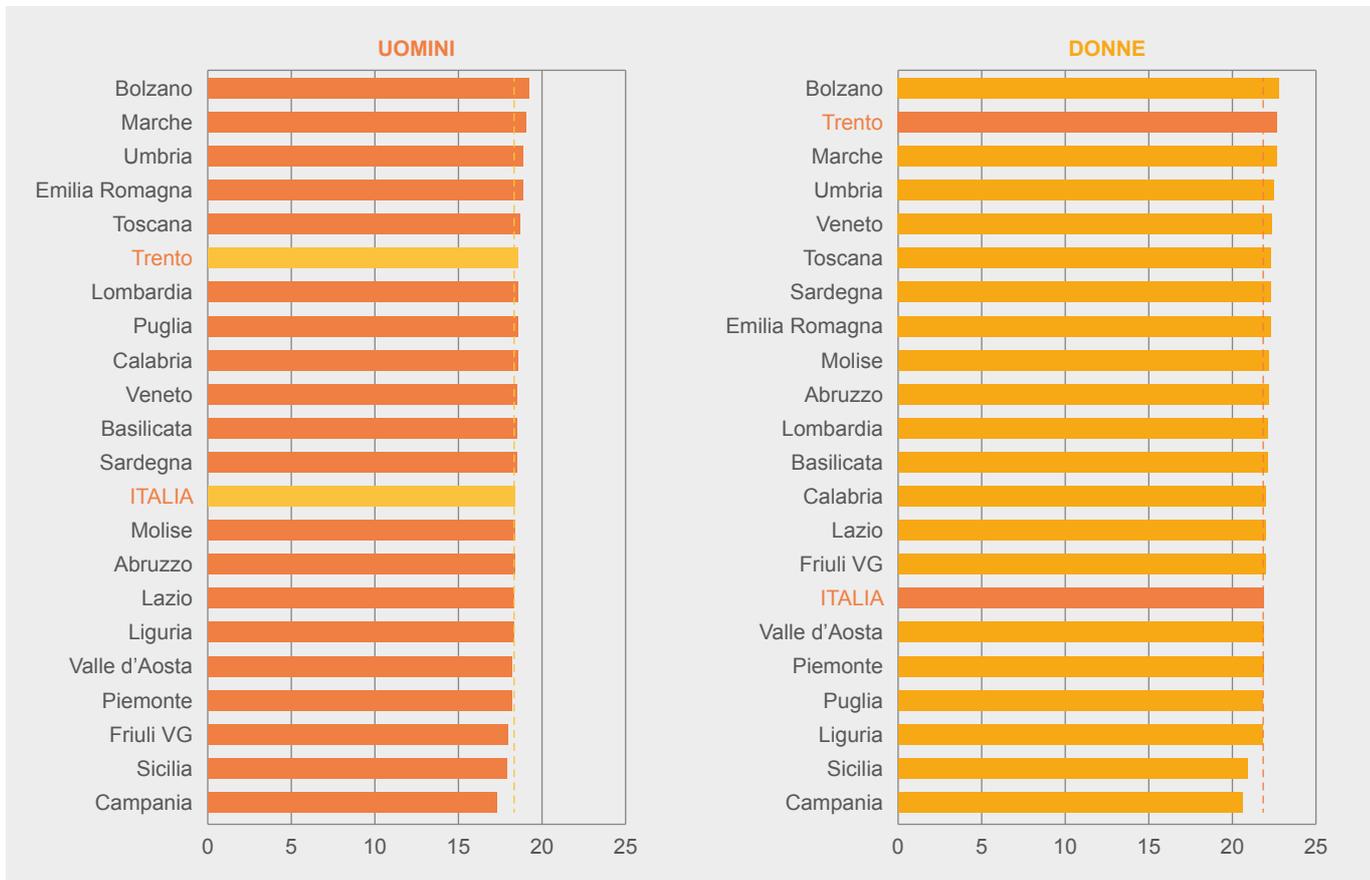
Ad un confronto con il contesto nazionale i trentini risultano tra i più longevi, con particolare evidenza per le donne.

Questo considerando non solamente la vita media alla nascita, che in provincia di Trento è di 80 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne (in Italia: uomini 79,4 anni, donne 84,5 anni), ma anche considerando gli anni di vita che mediamente restano ancora da vivere anche alle età più avanzate, come ad esempio a 65 [Figura 3] e 85 anni.



**Figura 2**  
Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, in provincia di Trento, per genere.  
Servizio Statistica 1982, 2072

**Figura 3**  
Speranza di vita a 65 anni in Italia, per residenza e genere.  
ISTAT 2011



## La qualità e la soddisfazione della propria vita

Il progressivo allungamento della vita media e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione obbligano a interrogarsi sulle condizioni di salute in cui si vivono gli anni di vita guadagnati. La qualità della vita è fortemente connessa con lo stato di salute, che assume un ruolo sempre più rilevante con il progredire dell'età, diventando tra le persone anziane l'elemento prioritario. È fondamentale quindi capire se, oltre all'aumento della sopravvivenza, ci sia stato anche un aumento degli anni vissuti in buona salute o se, invece, l'aumento della longevità sia il risultato di miglioramenti terapeutici che avrebbero consentito solo una maggiore sopravvivenza prevalentemente in cattive condizioni di salute. Uno degli indicatori più ricorrenti a livello internazionale che cerca di coniugare aspettativa di vita e qualità della vita è la speranza di vita libera da disabilità (Healthy Life Years, HLY). L'indicatore consente di valutare sia l'attesa di vita, sia la qualità della vita, ossia

la capacità della persona di adattarsi/reagire alle modificazioni indotte dall'invecchiamento conservando la propria autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. L'indicatore dunque esprime il numero di anni che una persona di una certa età può aspettarsi di vivere senza limitazioni severe o moderate nel compiere le attività della vita quotidiana.

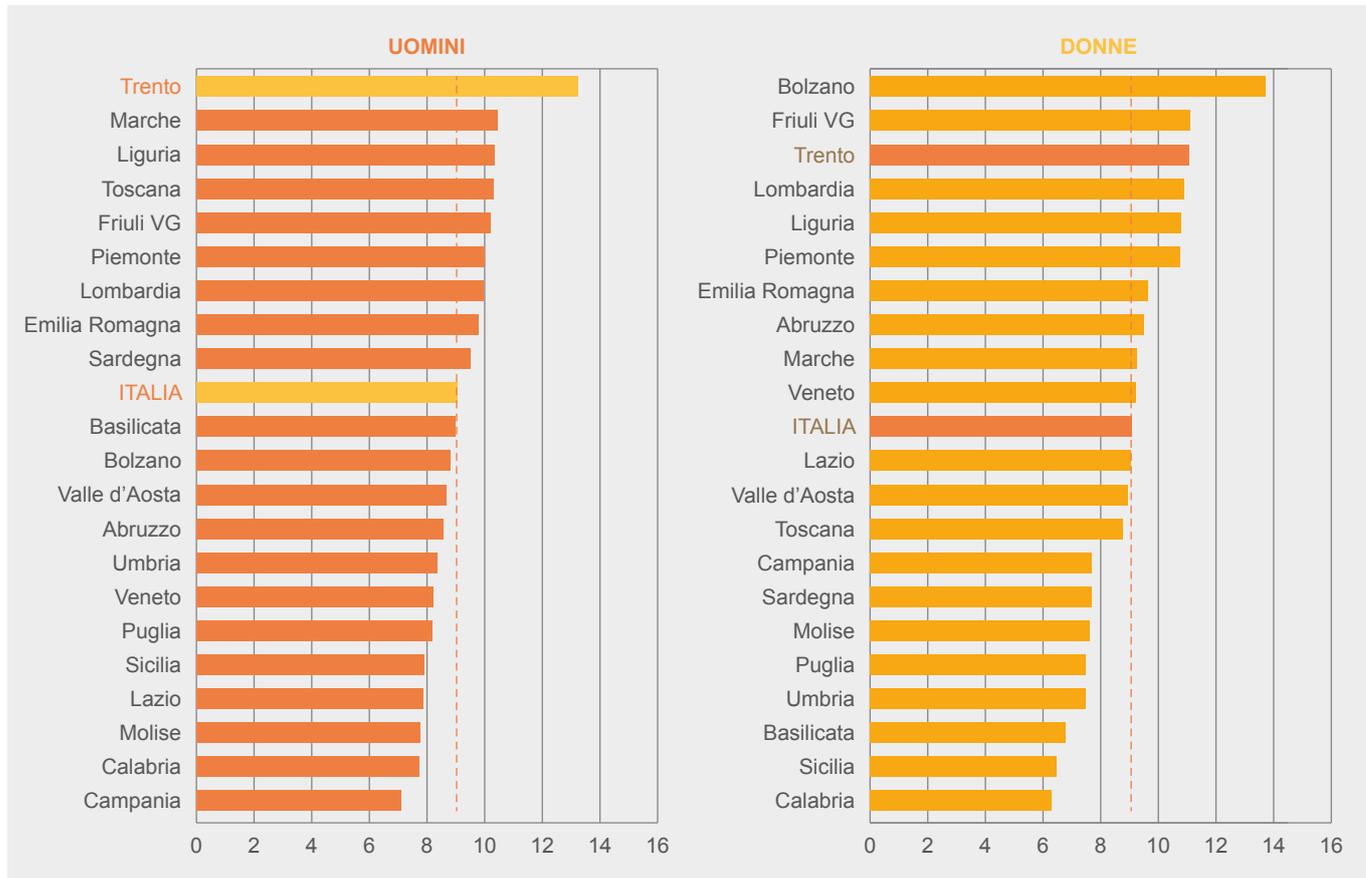
Gli ultimi dati disponibili indicano che anche per l'attesa di vita libera da disabilità il Trentino, per entrambi i generi, primeggia in Italia. Considerando l'attesa di vita a 65 anni agli uomini restano ancora 13,2 anni da vivere senza limitazioni (9 anni media italiana), alle donne 11,1 anni (9,1 anni media italiana) [Figura 4]. Considerando l'attesa di vita a 65 anni generale, pari a 18,3 anni per gli uomini e 22,4 per le donne, va osservato che gli uomini passano 5,1 anni (pari al 28%), tra quelli che gli restano ancora da vivere, con qualche limitazione nello svolgere le attività quotidiane, le donne 11,3 anni (pari al 50%). Il maggior tempo trascorso con limitazioni delle donne può, almeno in parte, essere spiegato dal fatto che queste

**Figura 4**

Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività di vita quotidiana in Italia, per residenza e genere.

ISTAT 2010

La stima per l'Italia differisce dall'estremo inferiore e dall'estremo superiore di 1 anno, per le regioni piccole lo scostamento raggiunge anche i 5 anni



vivono più a lungo e quindi se anche gli uomini vivessero quanto le donne, verosimilmente trascorrerebbero gli ultimi anni di vita con delle limitazioni.

Tuttavia, pur ipotizzando che i 4 anni di attesa di vita in più siano interamente vissuti liberi da disabilità da parte delle donne, resterebbero comunque 7,2 anni di vita con limitazione a fronte dei 5,1 degli uomini. Le donne dunque vivono sì più a lungo, ma questo vantaggio si ridimensiona se si considera anche una dimensione qualitativa degli anni vissuti; trascorrono, infatti, rispetto agli uomini, una proporzione più elevata della loro vita affetta da qualche limitazione d'attività.

Il concetto di salute può essere interpretato anche secondo un'accezione più soggettiva, basata sulla percezione autoriferita che le persone hanno della propria salute, sia fisica che mentale.

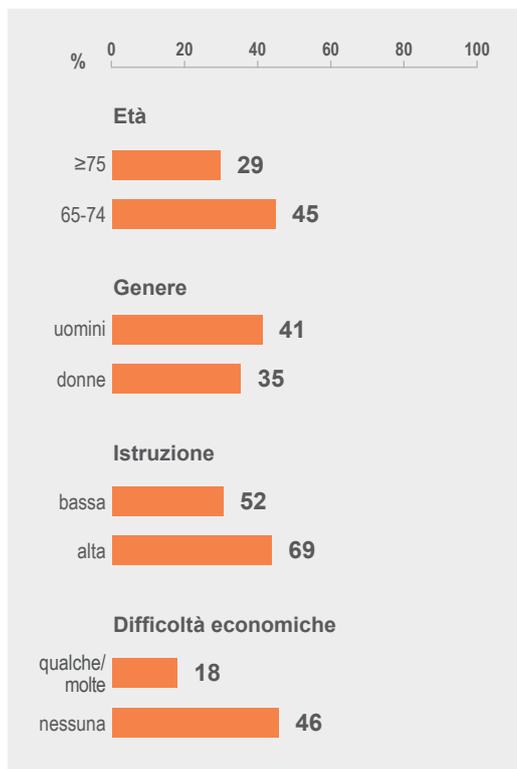
In provincia di Trento il 38% delle persone con 65 anni e più giudica il proprio stato di salute positivamente (ritiene di stare bene o molto bene; 31% in Italia), il 52% discretamente (51% in Italia) e il rimanente 10% in modo negativo (male o molto male; 18% in Italia). Rispetto alla media nazionale, gli anziani trentini si sentono meglio, infatti se da un lato sia in Italia che in provincia la metà degli anziani reputa di stare discretamente, dall'altro è la quota di chi si sente bene/molto bene che fa la differenza, essendo ben più alta in provincia di Trento.

La prevalenza di persone che valuta positivamente il proprio stato di salute diminuisce con l'aumentare dell'età, è minore tra le donne, tra le persone con bassi livelli d'istruzione e con difficoltà economiche [Figura 5].

L'analisi multivariata conferma l'associazione con l'età, l'istruzione e la situazione economica.

Le associazioni tra stato di salute percepito e caratteristiche socio economiche rilevate nella popolazione anziana trentina confermano quanto già trovato nella popolazione adulta (18-69 anni).

Una parte consistente della popolazione trentina anziana ha riferito di essersi sentita bene per tutti i 30 giorni precedenti a quando



**Figura 5**  
Prevalenza di persone anziane che percepiscono positivamente la propria salute, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche.  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 6**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per giorni in cattiva salute a causa di motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività.  
PASSI d'Argento 2012

è stata intervistata: 46% in buona salute fisica, 56% in buona salute psicologica e 70% senza limitazioni nelle attività abituali a causa di motivi fisici e/o psicologici [Figura 6].

I problemi fisici sono la principale causa di cattiva salute, il 54% degli anziani hanno trascorso almeno un giorno (dei 30 precedenti l'intervista) in cui non si sentivano fisicamente bene (in media 6,2 giorni).

Sommando i giorni di cattiva salute fisica e quelli di cattiva salute psicologica, il 23% della popolazione trentina anziana risulta passare la maggior parte dei giorni in cattiva salute (20 o più giorni dei 30 precedenti l'intervista). Questa proporzione sale al 32% per le persone che hanno qualche o molte difficoltà economiche (vs. 19% nessuna difficoltà economica; differenza significativa confermata dall'analisi multivariata).

Così come la qualità della vita, anche la soddisfazione complessiva della propria vita può essere misurata unicamente su dati riferiti dai singoli individui. Negli ultimi anni è stata attribuita grande importanza alle misure soggettive di soddisfazione della vita; le percezioni e le valutazioni soggettive influenzano, infatti, il modo in cui le persone affrontano la vita e per questo motivo possiedono un elevato valore informativo.

La grande maggioranza dei trentini di 65 anni e più (87%) è soddisfatta della vita che conduce (26% molto, 61% abbastanza). Il rimanente 13%, invece, non è soddisfatto. Il livello di soddisfazione è più elevato in Trentino che mediamente in Italia, dove il 74% degli anziani si dichiara soddisfatto della vita che conduce. Delle variabili demografiche e sociali indagate (età, genere, istruzione, difficoltà economica, l'essere in buona salute o avere segni di disabilità), l'unica che incide significativamente sul livello di soddisfazione della vita delle persone è la loro situazione economica: sono soddisfatte il 92% delle persone prive di difficoltà a fronte del 73% di quelle con alcune o molte difficoltà economiche.

## Il genere e lo stato civile

Analizzando la struttura della popolazione provinciale per genere si nota come, all'avanzare dell'età, questa risulti sbilanciata a favore delle donne, che sopravvivono più a lungo degli uomini [Figura 2]. Infatti, se fino ai 70 anni il rapporto donne/uomini è circa pari a 1, nelle età successive il rapporto continua a crescere tanto che per età superiori agli 85

anni le donne sono circa tre volte gli uomini [Figura 1]. Un'identica dinamica si può osservare anche per la popolazione italiana.

La maggiore sopravvivenza femminile, combinata alla tendenza che in una coppia è la donna a essere la più giovane, comporta una composizione per stato civile differente tra uomini e donne. Se tra gli uomini di almeno 65 anni ben il 77% è coniugato e solo il 10% è vedovo, tra le donne di pari età solo il 42% è coniugato e ben il 46% è vedovo. Per gli ultra 84enni si arriva ad avere ancora la maggioranza di uomini coniugati (61%; 29% vedovi), a differenza delle donne che per i 2/3 sono vedove (76%; 9% coniugate) [dati ISTAT, 2012].

## L'istruzione e la formazione

L'istruzione, la formazione e il livello di competenze influenzano il benessere delle persone e aprono opportunità altrimenti precluse. L'istruzione ricevuta nell'infanzia, assieme alla possibilità di formazione nel corso della vita, contribuisce a fornire le abilità cognitive e la fiducia necessarie per gestirsi e restare indipendenti anche in età anziana.

Generalmente coloro che sono più istruiti hanno un tenore di vita più alto, hanno maggiori opportunità di trovare lavoro qualificato e vivono di più e meglio. La scarsa alfabetizzazione e i bassi livelli di istruzione accrescono non solo i rischi di disabilità, ma anche di mortalità. I differenziali di speranza di vita tra i più istruiti (almeno diploma) e i meno istruiti (al massimo scuola dell'obbligo) sono notevoli (superiori ai 6 anni), presenti in entrambi i generi, in tutte le età e in aumento nel tempo [Figura 7].

### La spesa pubblica per l'istruzione e la formazione

La spesa pubblica in istruzione e formazione dà indicazioni rispetto le politiche a sostegno dell'apprendimento della popolazione e dell'aumento delle conoscenze, consentendo di quantificare quanto i paesi/regioni spendono per migliorare le strutture e incentivare insegnanti e studenti a partecipare ai per-

Un basso livello di istruzione accorcia di sei anni la vita

corsi formativi. In Trentino la spesa in istruzione e formazione è pari al 4,8% (anno 2010, ultimo disponibile) ed è superiore, seppur di poco,

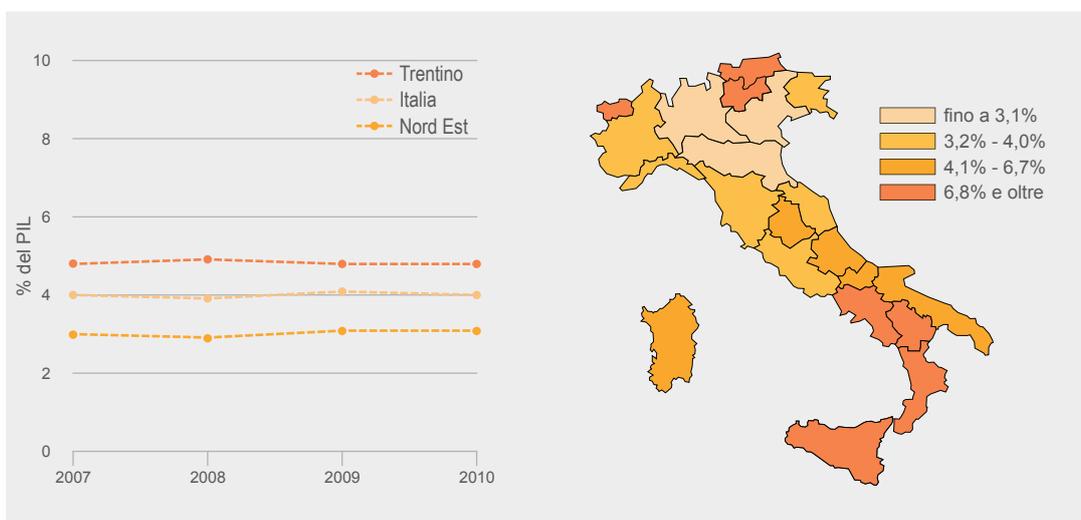
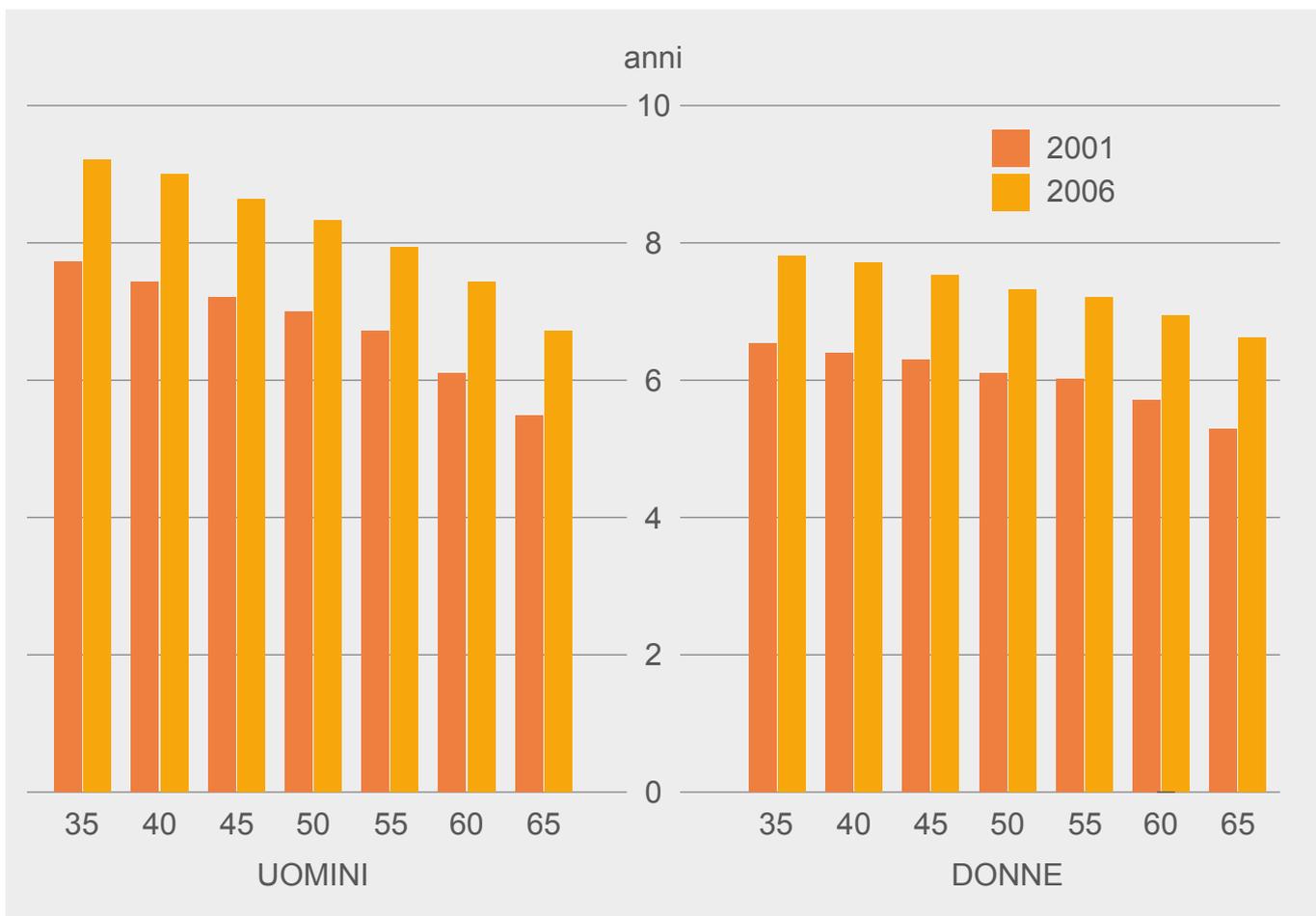
alla media italiana pari al 4% e alla media sia dell'intero Centro Nord che del solo Nord Est entrambi fermi al 3% [Figura 8].

Le regioni del Mezzogiorno, caratterizzate da una maggiore presenza di popolazione in età scolare, sono quelle che investono relativamente di più in questo settore, con quote pari a circa il 7% del Pil nel periodo 2007-2010.

**Figura 7**

Differenza in anni nella speranza di vita tra più e meno istruiti, in Italia, per genere ed età.

Banca d'Italia 2001 e 2006

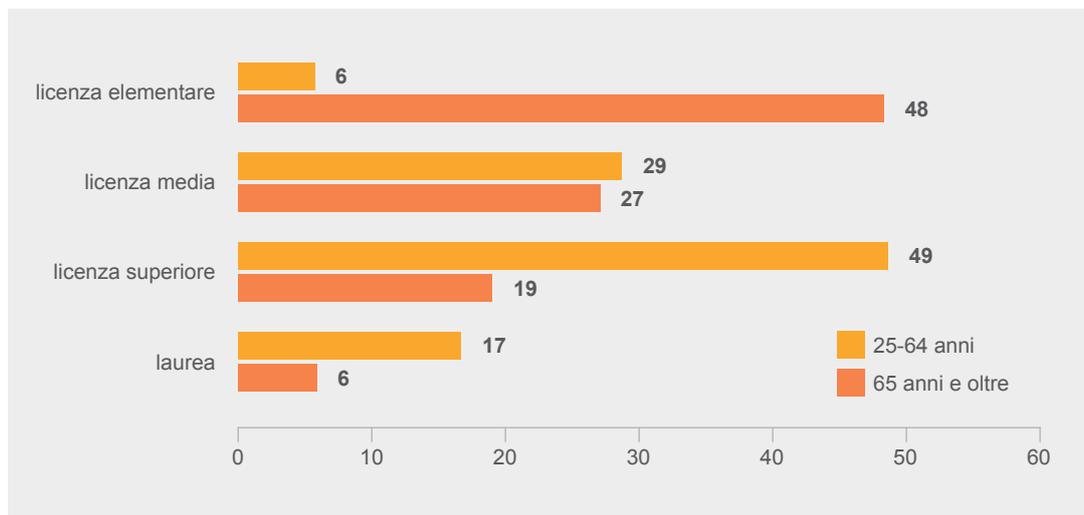


**Figura 8**

Spesa pubblica (in percentuale sul PIL) per l'istruzione e la formazione in Italia.

ISTAT 2007-2010

**Figura 9**  
Prevalenza di persone di almeno 25 anni, in provincia di Trento, per età e titolo di studio.  
ISTAT e PASSI d'Argento 2012



### Il titolo di studio

Circa la metà (49%) dei trentini di età tra i 25 e i 64 anni ha conseguito la licenza di scuola superiore (45% in Italia), il 29% ha conseguito la licenza di scuola media e il 6% la licenza elementare (in Italia: 32% licenza media, 9% elementare).

La maggioranza dei trentini di 65 anni e oltre ha conseguito al più il titolo di scuola elementare, ossia il 48% della popolazione anziana (60% in Italia), che diventa 43% per le persone di età tra i 65 e i 74 anni e 53% per le persone con almeno 75 anni. Il 29% possiede la licenza di scuola media (20% in Italia), il 19% quella di scuola superiore (15% in Italia) e il 6% è laureato (5% in Italia) [Figura 9].

### L'apprendimento permanente

L'aggiornamento delle competenze individuali durante tutto l'arco della vita rappresenta un requisito essenziale per restare integrati nel mercato del lavoro e costituisce un elemento chiave nella lotta contro l'esclusione sociale.

Negli anni più recenti l'Italia non manifesta significativi progressi in questo ambito con l'indice che oscilla attorno al 6%. In Trentino si registra la situazione migliore di tutt'Italia (nel 2011 l'8,3% degli adulti, il 7,9% degli uomini e l'8,7% delle donne), tuttavia sono da osservare il lieve calo dell'indicatore negli ultimi cinque anni [Figura 10] e il non

raggiungimento dell'obiettivo, entro il 2010, posto dalla Strategia di Lisbona del 12,5% di adulti impegnati in attività formative.

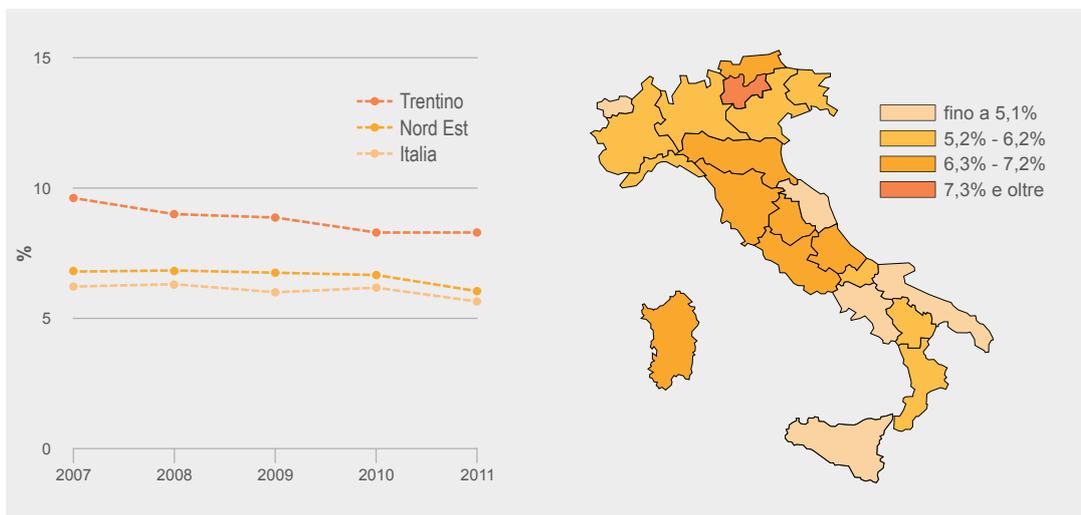
L'obiettivo di avere una maggiore partecipazione degli adulti all'apprendimento permanente è attualmente inserito nel quadro strategico per la cooperazione europea nel settore dell'istruzione e della formazione (ET2020).

Per quanto concerne la popolazione trentina anziana, l'11% circa partecipa a corsi per adulti (in Italia, poco più del 4%), come ad esempio

L'11% degli anziani trentini partecipa a corsi per adulti

corsi di lingue straniere, di computer, corsi organizzati dall'Università della terza età. Sono le persone della fascia d'età più giovane, le donne e le persone con minori difficoltà economiche a usufruire in maniera più consistente di queste opportunità formative [Figura 11].

Nell'anno accademico 2011-2012 risultano iscritte all'Università della terza età e del tempo disponibile 7.150 persone, di cui l'84% donne. Il 32% degli iscritti ha un'età compresa tra i 56 e i 65 anni; il 62% ha 66 anni e più. A partire dai primi anni '90 le iscrizioni mostrano un progressivo aumento.



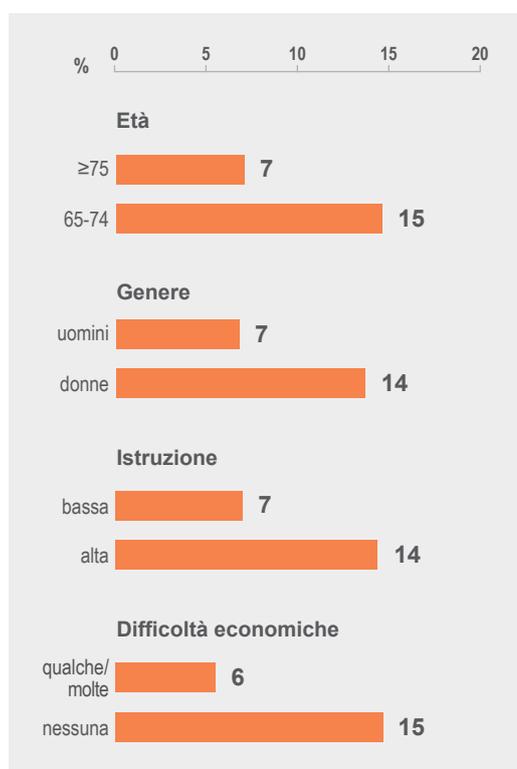
**Figura 10**  
Popolazione in età 25-64 anni che partecipa all'apprendimento permanente in Italia, per residenza.  
ISTAT 2007-2011

## Riassunto

La popolazione trentina è meno anziana rispetto alla popolazione italiana e a un confronto con il contesto nazionale i trentini risultano anche tra i più longevi, con particolare evidenza per le donne. Questo considerando non solamente la vita media alla nascita, ma anche gli anni di vita che mediamente restano ancora da vivere alle età più avanzate.

È però importante valutare non solo l'attesa di vita, ma anche la qualità della vita, ossia la capacità della persona di adattarsi/reagire alle modificazioni indotte dall'invecchiamento conservando la propria autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Gli ultimi dati disponibili indicano che anche per l'attesa di vita libera da disabilità il Trentino, per entrambi i generi, primeggia in Italia. Importante notare che le donne vivono sì più a lungo, ma questo vantaggio si ridimensiona se si considera anche la dimensione qualitativa degli anni vissuti, trascorrono, infatti, rispetto agli uomini, una proporzione più elevata della loro vita affetta da qualche limitazione d'attività.

Di fronte a questa situazione non sorprende quindi che anche la percezione soggettiva degli anziani sia sostanzialmente positiva e migliore rispetto alla media italiana. Tuttavia la prevalenza di persone che valuta positivamente il proprio stato di salute diminuisce con l'aumentare dell'età, tra le donne, tra le persone con bassi livelli d'istruzione e con difficoltà economiche.



**Figura 11**  
Prevalenza di persone anziane che partecipano a corsi di formazione, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-economiche.  
PASSI d'Argento 2012

La grande maggioranza dei trentini di 65 anni e più è soddisfatta della vita che conduce, soddisfazione che è influenzata significativamente dalla situazione economica.

Nell'ambito dell'istruzione il Trentino può essere considerato privilegiato rispetto alla maggior parte delle altre realtà italiane: la popolazione è relativamente giovane e la parte anziana è più istruita e più coinvolta nell'apprendimento continuo. Inoltre, sia gli indicatori della popolazione adulta (titolo di studio conseguito e apprendimento continuo) che gli investimenti in istruzione e formazione collocano il Trentino ai primi posti delle classifiche nazionali. Importan-

te quindi mantenere e migliorare ulteriormente questa condizione anche per i futuri anziani, per il valore che l'istruzione ha di per sé e anche alla luce del notevole potenziale dell'istruzione sull'aspettativa di vita (i più istruiti vivono almeno 6 anni più a lungo dei meno istruiti), che evidenzia il ruolo fondamentale che in generale hanno i fattori sociali sulla salute. Tuttavia, per quanto privilegiato nell'ambito nazionale, il Trentino è ancora lontano dai livelli di eccellenza registrati in alcune regioni europee e anche da molti degli obiettivi fissati dalla Commissione europea, che comunque possono essere raggiunti con alcuni sforzi in più.

## La strategia dell'invecchiamento attivo

Il Trentino, come il resto d'Europa, ha vissuto e vive tutt'ora il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. È il risultato di una transizione demografica che ha visto l'abbattimento della mortalità, un conseguente calo della natalità e un progressivo allungamento della vita, avendo, anche le età più anziane, continuato a guadagnare in aspettativa di vita residua.

Questo cambiamento della società solleva più questioni. La prima impone una riflessione sulla qualità del guadagno avuto in termini di sopravvivenza: l'allungamento della vita è stato accompagnato da un aumento degli anni vissuti in buona salute? I dati provinciali concordano con quelli nazionali e internazionali nell'indicare che l'elevata longevità raggiunta si ridimensiona se si considerano gli anni vissuti liberi da disabilità. Un obiettivo su cui impegnare risorse è dunque la riduzione del differenziale tra vita vissuta e vita vissuta in buona salute.

La seconda questione riguarda la sfida che l'invecchiamento della popolazione rappresenta per la società con l'aumento della domanda di cure (in particolare per malattie croniche), l'aumento del bisogno di presa in carico e il sovraccarico del sistema pensionistico e di welfare. Per vincere questa sfida si impone un cambio di prospettiva nel concepire la

vecchiaia, non più un problema che grava sul sistema socio-sanitario e previdenziale, ma una risorsa per il ruolo attivo svolto all'interno della società da parte degli anziani: famiglia, attività di volontariato ecc.

Risulta quindi fondamentale salvaguardare la capacità degli anziani di restare indipendenti e in buona salute, come declinato dal concetto di invecchiamento sano e attivo definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, il processo per cui si ottimizzano le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza degli anziani al fine di migliorarne la qualità di vita.

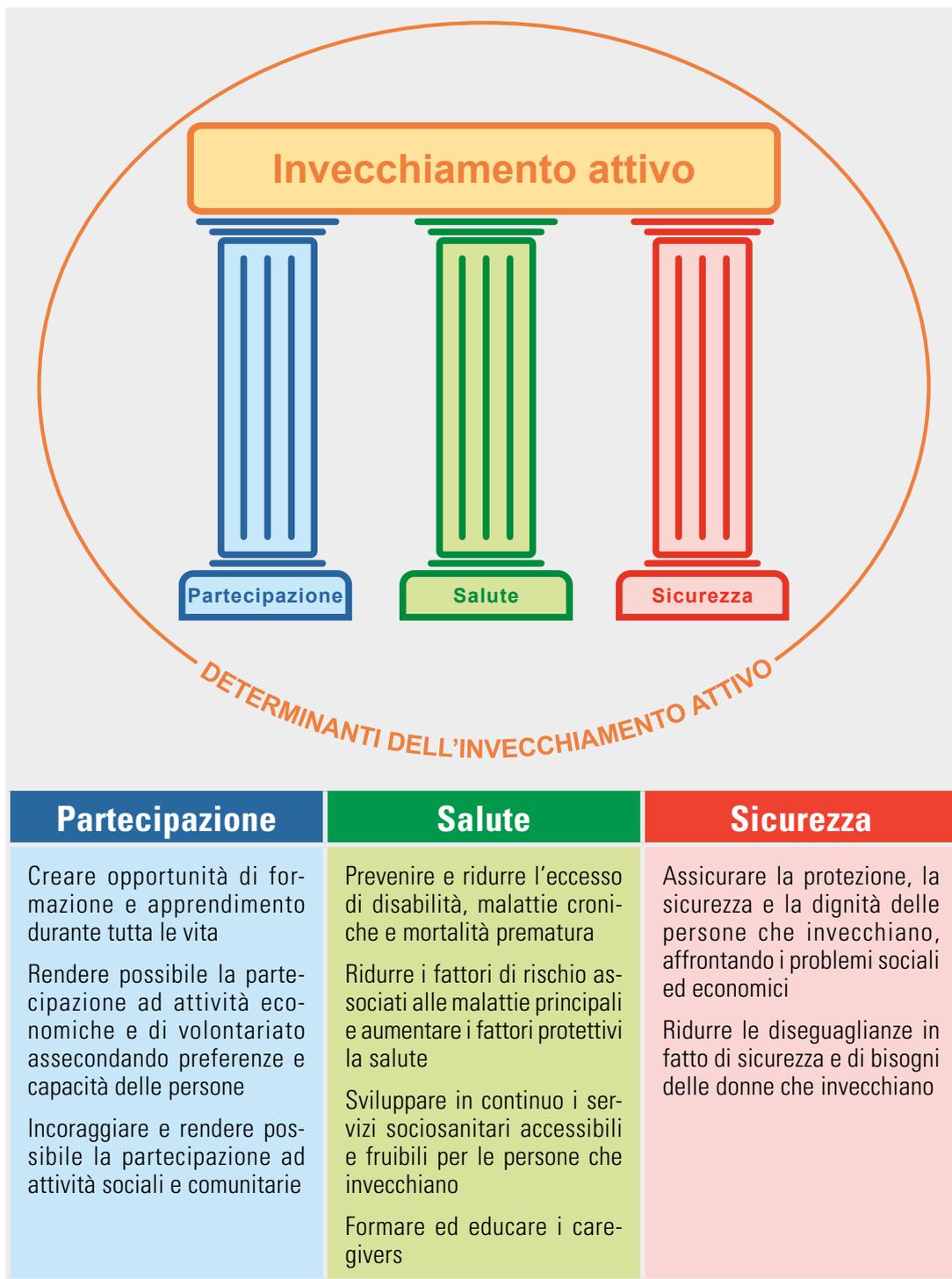
La visione strategica generale è quella di un ambiente di vita fisico e sociale a misura d'anziano, ossia in cui le persone anziane possano conservare salute e capacità funzionali, godendo di uno stato di benessere e vivendo con dignità, senza discriminazioni e con mezzi economici sufficienti, in contesti che li aiutino a sentirsi sicuri, mantenersi attivi, avere il controllo della propria vita, essere impegnati nella società e avere accesso a servizi e aiuti appropriati e di elevata qualità.

Tale strategia individua quattro aree prioritarie di intervento:

- invecchiamento sano attraverso tutto il corso della vita
- ambienti favorevoli alla salute
- sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine adeguati a popolazioni in via di invecchiamento
- potenziamento di monitoraggio e valutazione della salute e dello stato funzionale delle persone anziane e rafforzamento della ricerca.

Con le seguenti finalità:

- permettere a un maggior numero di persone di vivere più a lungo in buona salute, restare attive più a lungo e contrastare le crescenti disuguaglianze esistenti in età avanzata
- favorire l'accesso a servizi sanitari e sociali di buona qualità per le persone che hanno necessità di assistenza e aiuto, allo scopo di rendere più equa l'aspettativa di vita sana
- migliorare la capacità degli anziani di mantenere una piena integrazione nella società e vivere con dignità, a prescindere dallo stato di salute o di dipendenza



**Figura 12**  
L'invecchiamento attivo e i suoi pilastri.  
Principi delle Nazioni Unite per gli Anziani

– aumentare la consapevolezza sulle discriminazioni e gli stereotipi basati sull'età per contribuire al loro superamento.  
Di conseguenza la visione strategica dell'invecchiamento attivo spinge ad agire su tre pilastri base:

**Partecipazione** – Le persone anziane continueranno a portare il loro contributo alla società se le politiche sociali, sanitarie, del

lavoro, dell'educazione sono indirizzate alla piena partecipazione alle attività sociali, economiche, culturali della popolazione anziana, rispettandone i diritti fondamentali, le capacità, i bisogni e le preferenze.

**Salute** – Riducendo i fattori di rischio (ambientali e comportamentali) delle malattie croniche e del declino funzionale e aumentando quelli protettivi le persone



vivono meglio, più a lungo e più a lungo in buona salute. Si riducono quindi gli anziani che necessitano di trattamenti medici e di servizi socio-sanitari costosi. Per gli anziani che hanno bisogno di cure vanno garantiti adeguati servizi sociali e sanitari.

**Sicurezza** – Politiche in grado di rispondere ai bisogni e ai diritti delle persone anziane rispetto a sicurezza sociale, finanziaria e fisica, garantiscono loro protezione, dignità e assistenza, in particolare nel caso in cui non siano più in grado di affermare da soli le loro necessità. Familiari e comunità sono, inoltre, supportati nell’impegno di occuparsi dei loro anziani.

Con l’analisi dei dati dell’indagine PASSI d’Argento, integrata con le informazioni derivanti da altre fonti informative, nei prossimi tre capitoli verrà illustrata la situazione in cui si trova il Trentino rispetto a questi tre ambiti centrali per l’invecchiamento attivo e in buona salute.

invecchiamento attivo  
prima colonna

# Partecipazione



## Le reti sociali

In Trentino, come nel resto d'Italia, la famiglia costituisce il riferimento principale nella vita della maggior parte degli anziani. La famiglia, ovviamente, non esaurisce la totalità degli scambi relazionali fra gli individui e per gli anziani integrati nelle reti sociali e con alti livelli di relazionalità il rischio di esclusione sociale e di solitudine tende a ridursi rispetto ad altre situazioni in cui questo appoggio viene a mancare.

In Trentino poco meno di un ultra 64enne su due (47%) partecipa a qualche attività sociale. Il 31% frequenta il centro anziani, un circolo, la parrocchia. Il 39% partecipa a gite o soggiorni organizzati. Solamente il 13% pratica qualche forma di volontariato [Figura 1].

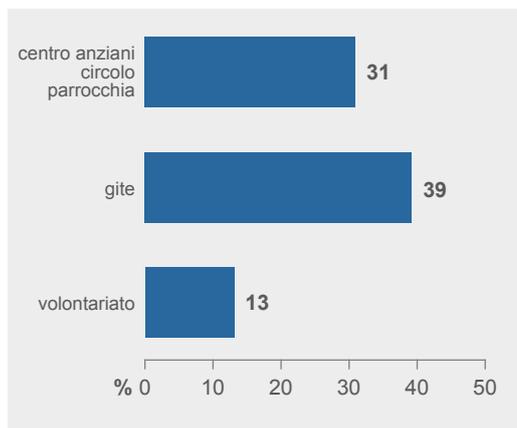
La partecipazione sociale non sembra essere contraddistinta da caratteristiche socio-demografiche come genere, età, istruzione o status economico delle persone e può essere considerata, a maggior ragione, come un elemento trasversale di integrazione e di socializzazione.

La partecipazione alla vita sociale degli anziani in Trentino risulta più attiva di quanto si verifica mediamente in Italia, dove il 28% partecipa a qualche attività sociale e solo il 5% fa volontariato.

## Il rischio di isolamento sociale

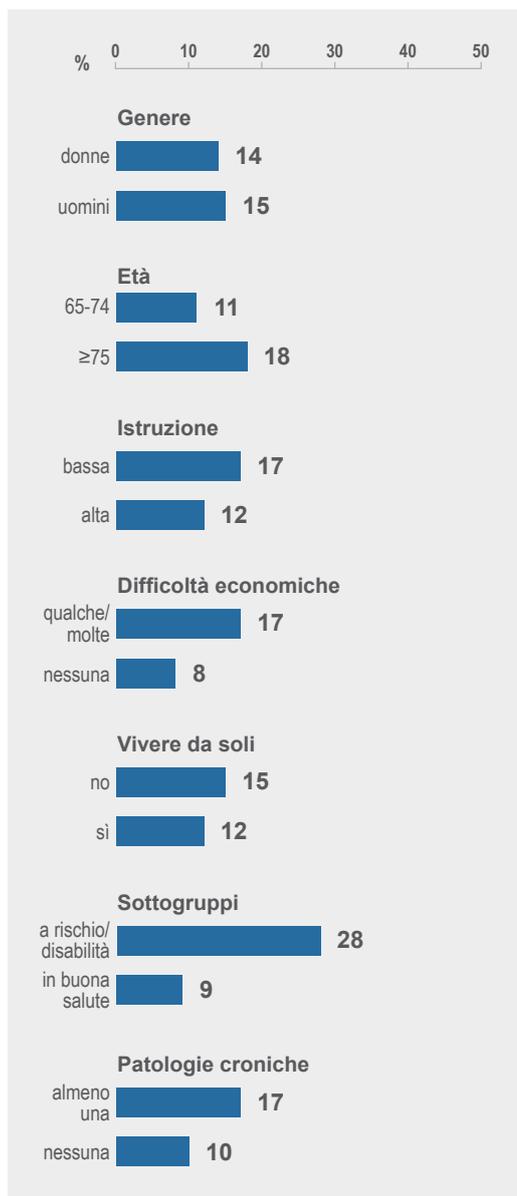
L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale che comprende sia aspetti di natura "strutturale" quali ad esempio il vivere soli e la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura "funzionale" come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere.

L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità, costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona.



**Figura 1**

Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per partecipazione a attività sociali. PASSI d'Argento 2012



**Figura 2**

Prevalenza di persone anziane a rischio di isolamento sociale, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche. PASSI d'Argento 2012

Con il progredire dell'età l'isolamento sociale risulta essere in relazione con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità. Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati a

un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché a una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione, il consumo a rischio elevato di alcol o il rischio di caduta.

Il 15% degli anziani trentini è a rischio di esclusione sociale

Il 15% della popolazione anziana trentina (il 20% in media in Italia) è a rischio di esclusione sociale. Vale a dire che circa 15.600 anziani, in

una settimana normale, non partecipano a incontri collettivi, non frequentano altre persone o non telefonano a qualcuno, anche solo per fare una chiacchierata.

Sono più a rischio di essere socialmente isolati gli uomini, le persone con difficoltà economiche e quelle disabili o a rischio di disabilità [Figura 2].

## La cultura e il tempo libero

La cultura rappresenta un elemento fondamentale per il benessere individuale, l'integrazione delle persone nella vita sociale e per la qualità della vita.

È un fattore strategico per lo sviluppo sociale e economico, per il sostegno alla conoscenza, alla creatività, all'innovazione e allo sviluppo sostenibile.

## Le risorse investite

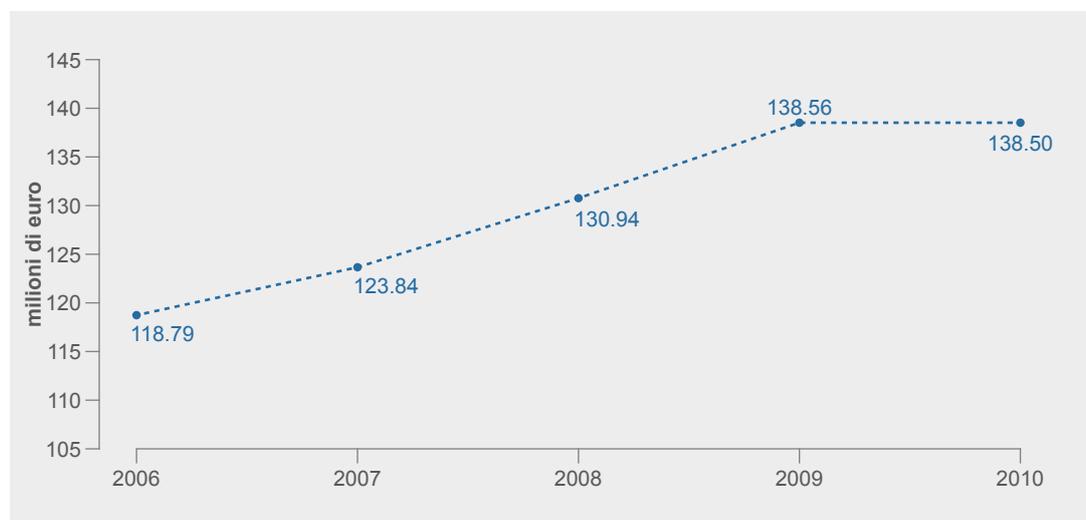
Dal 2006 le risorse investite nella cultura in provincia di Trento sono sempre cresciute, fino al 2010 quando i contributi complessivi erogati sono stazionari rispetto all'anno precedente [Figura 3].

In questo quadro generale l'amministrazione provinciale e i soggetti privati (Caritro e Casse rurali) hanno aumentato la loro partecipazione, mentre è diminuito l'impegno di Comuni e Stato.

## I sistemi culturali

L'offerta museale trentina consta di oltre 100 musei e siti. Si tratta soprattutto di musei d'arte, di storia, di scienze naturali e di siti di etnografia e antropologia. I musei e i beni culturali sono distribuiti sull'intero territorio provinciale, anche se la maggior concentrazione si trova nell'area di Trento e Rovereto [Figura 4].

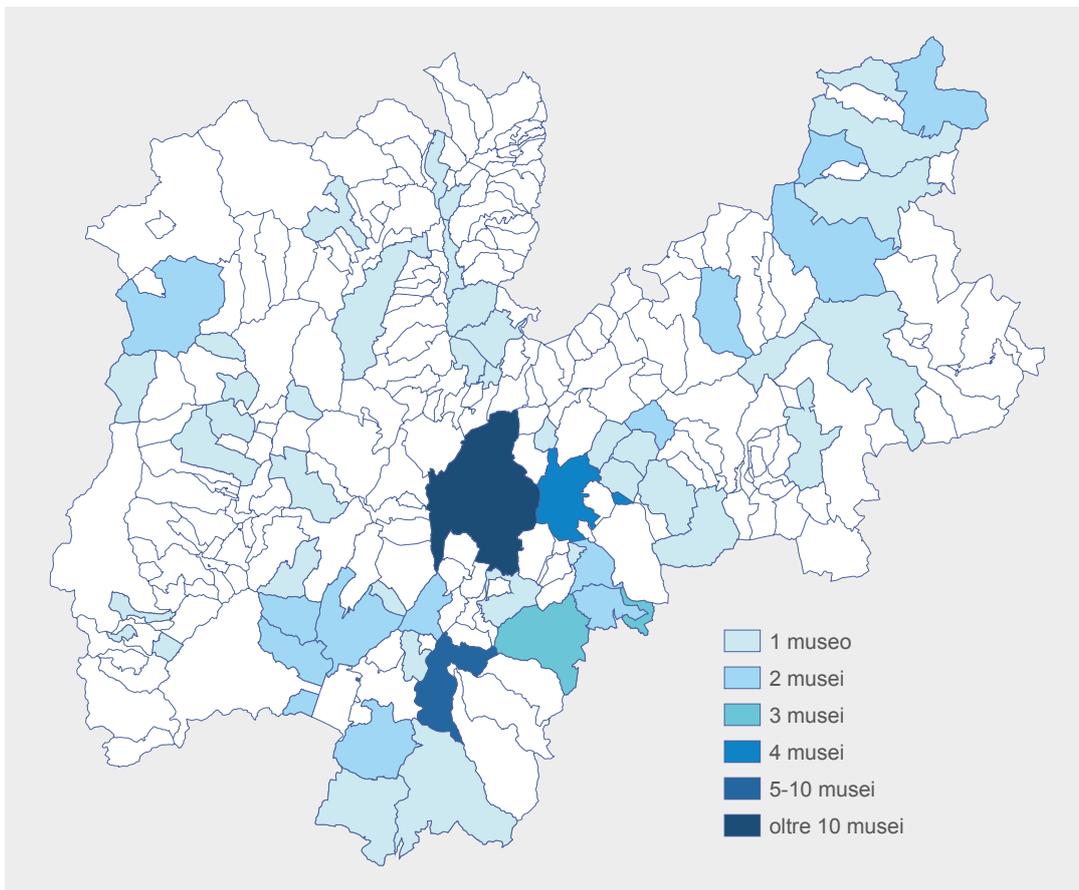
Nel territorio provinciale operano 86 biblioteche comunali di pubblica lettura a cui fanno da corollario 45 punti di lettura e di prestito che complessivamente servono 124 comuni. A queste strutture si aggiungono 52 biblioteche specialistiche e di conservazione. Il patrimonio documentario disponibile ammonta a poco meno di 3.000.000 di documenti (cartacei e digitali). L'offerta documentaria è ricca e in costante aumento, tant'è che l'indice di dotazione (numero di volumi a disposizione per abitante) pari a 6,5 è più che doppio del valore di riferimento nazionale.



**Figura 3**

Le risorse per la cultura, in provincia di Trento. Anni 2006-2010.

Elaborazioni OPAC su dati MBAC, PAT, Amministrazioni comunali, Fondazione Caritro, Casse Rurali trentine



**Figura 4**

Distribuzione di musei e di beni culturali, in provincia di Trento. Anno 2010.

Dati Trentino Cultura < [www.trentinocultura.net](http://www.trentinocultura.net) >. Cartografia a cura dell'Osservatorio Provinciale delle Attività Culturali

	Indice di dotazione	Indice di prestito	Indice di fidelizzazione
<b>Trento</b>	6,47	3,14	10,52
<b>Riferimento</b>	3,66	0,98	7,46

**Tabella 1**

Indicatori di qualità del servizio bibliotecario trentino.

Catalogo bibliografico trentino 2011

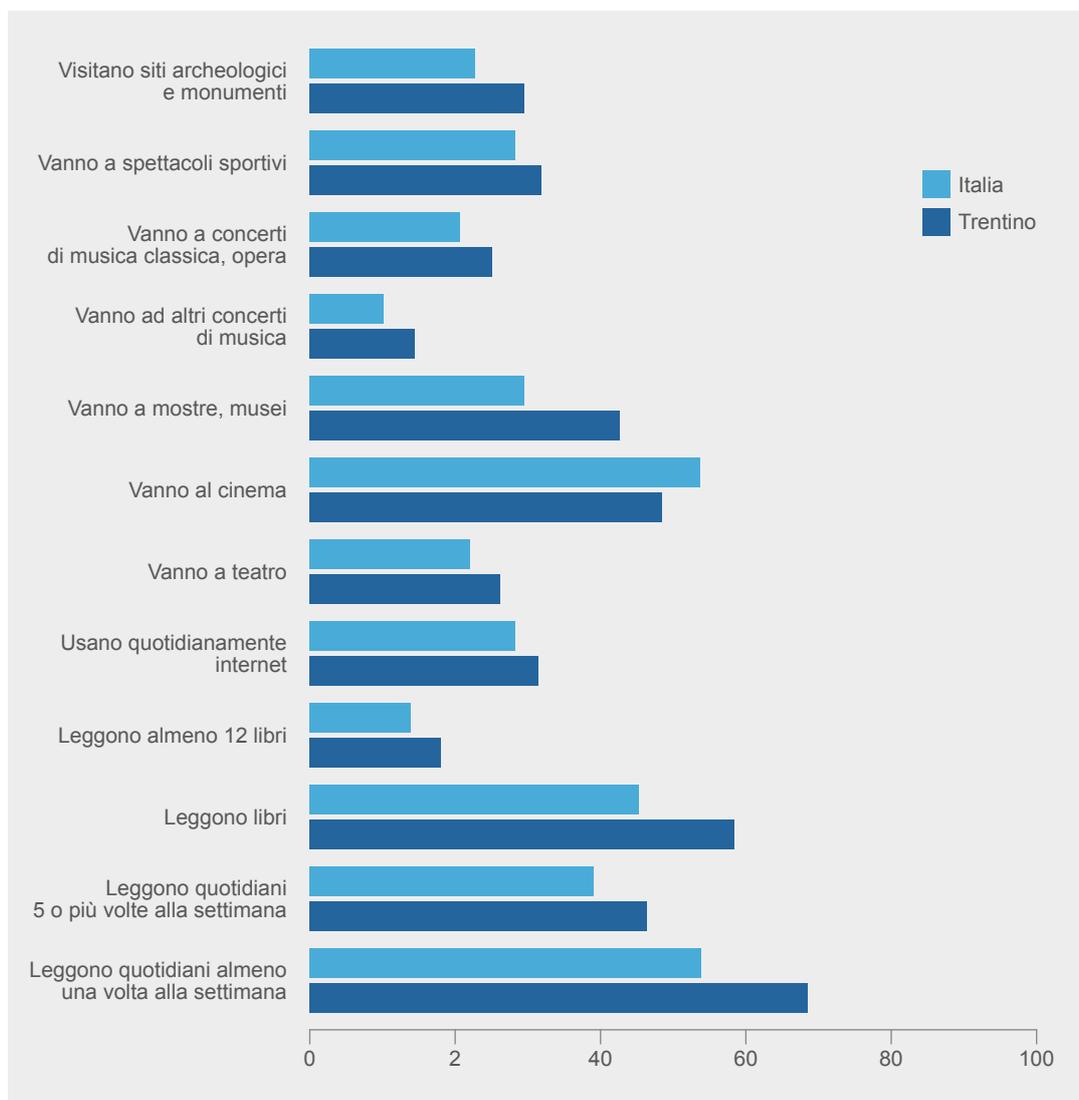
I trentini iscritti al prestito sono circa 89.000 pari al 20% dei residenti in comuni dotati di biblioteca (indice di impatto). L'utilizzo del servizio offerto e il suo gradimento sono elevati: gli utenti risultano fidelizzati e ritornano più volte nell'arco dell'anno a prendere in prestito libri [Tabella 1].

### La partecipazione culturale

I comportamenti dei cittadini nella sfera culturale rappresentano una misura del benessere personale e della coesione sociale. Le scelte adottate dai cittadini per mantenere aggiornate e efficienti le loro conoscenze e la fruizione delle diverse attività culturali sono, infatti, alcune delle dimensioni che contribuiscono alla determinazione del capitale sociale di un paese.

L'analisi dei dati ISTAT relativi alla partecipazione culturale conferma una posizione di primato del Trentino sul panorama nazionale [Figura 5]. I Trentini si dimostrano, infatti, attenti e attivi protagonisti della vita culturale in tutti gli ambiti considerati.

Si sottolinea la propensione e la diffusione della lettura di libri che interessa quasi il 60% dei trentini, ben 13 punti in percentuale in più rispetto alla media nazionale e più 5 a confronto della media delle regioni del Nord Est. Ancora più significativa, e in controtendenza rispetto al panorama italiano, è la lettura di quotidiani: il 69% dei trentini legge un quotidiano almeno una volta alla settimana (in Italia il 54%) e ben il 46% lo legge con continuità nell'arco di tutta la settimana (in Italia solo il 39%).



**Figura 5**  
Prevalenza di persone di 6 anni e più per attività svolte nel tempo libero, per residenza.  
ISTAT 2011

Il 32% fa un uso quotidianamente di internet (il 28% in Italia).

Anche per ciò che concerne la partecipazione a iniziative di spettacolo e eventi, i dati evidenziano l'alto tasso di risposta dei trentini all'offerta e alle proposte culturali: vanno a teatro più che nel resto d'Italia (26% vs. 22%), visitano più mostre e musei (43% vs. 30%), sono più interessati ai siti archeologici e ai monumenti (30% vs. 23%) e sono buoni frequentatori di concerti di musica leggera (25% vs. 21%).

I trentini non si mostrano particolarmente interessati alla musica classica e all'opera (15%) anche a causa di carenze strutturali e di spazi idonei a ospitare queste tipologie di spettacoli, inoltre vanno al cinema meno frequentemente rispetto alla media italiana (48% vs. 54%).

## Riassunto

L'offerta culturale, indicatore di opportunità di partecipazione sociale, in Trentino è buona, sia in termini di strutture (musei, biblioteche ecc), sia di eventi e i trentini si dimostrano attenti fruitori delle diverse proposte culturali.

La partecipazione alle reti sociali è uno dei modi in cui si manifesta il ruolo attivo dell'anziano. Circa la metà degli anziani trentini aderisce a qualche attività sociale senza particolari distinzioni legate a caratteristiche demografiche, sociali o economiche.

Nonostante la buona partecipazione a attività sociali, è presente, sebbene in maniera più contenuta di quanto si verifici mediamente in Italia, il fenomeno dell'esclusione sociale: un anziano trentino su sei è, infatti, a rischio

di isolamento. Inoltre il rischio di isolamento sociale è caratterizzato da disuguaglianze sociali: le prevalenze sono più alte tra le persone con difficoltà economiche e tra le persone disabili o a rischio di disabilità.

Gli interventi di sanità pubblica indirizzati a diminuire la solitudine e l'isolamento promuovendo l'impegno civico delle persone anziane, rafforzando il volontariato e migliorando le relazioni intergenerazionali, non possono prescindere da un obiettivo più generale di riduzione anche di queste disuguaglianze.



invecchiamento attivo  
seconda colonna

**Salute**



## Le condizioni di salute e il livello di autonomia

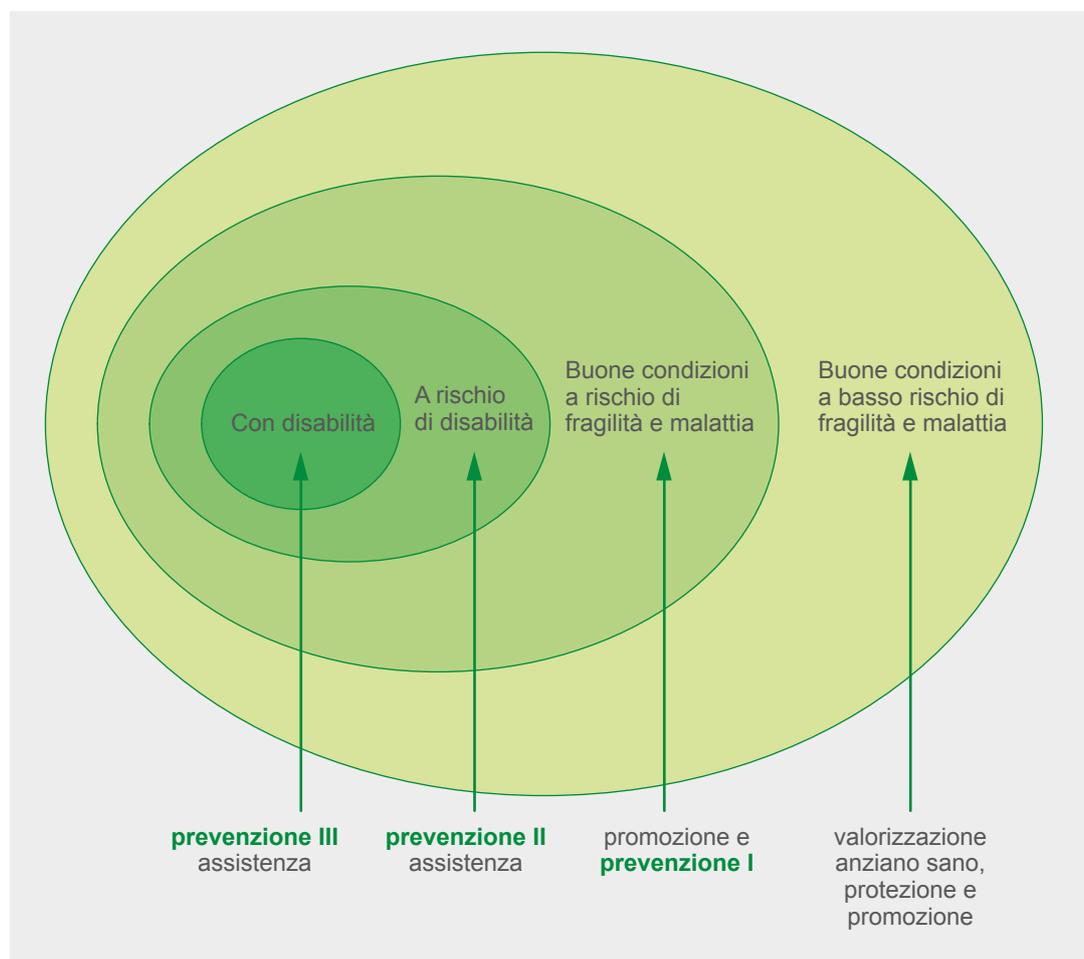
Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali, come ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, aspetti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali. Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano,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

Con il sistema di monitoraggio PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione anziana con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone:

- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

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

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica destinatari di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità, alle azioni di valorizzazione e protezione sociale trasversali a tutti i sottogruppi [Figura 1].



**Figura 1**  
I sottogruppi di popolazione per condizioni di salute.

## Cosa sono le ADL e le IADL?

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

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 (per feci e urine)
- usare i servizi per fare i propri bisogni

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

Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, una persona che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da sola esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura dell'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 (mezzi pubblici/auto)
- pagare conti o bollette

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale.

La salute è intesa quindi come benessere fisico, mentale e sociale di un individuo o gruppo che 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.

La popolazione è stata quindi suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

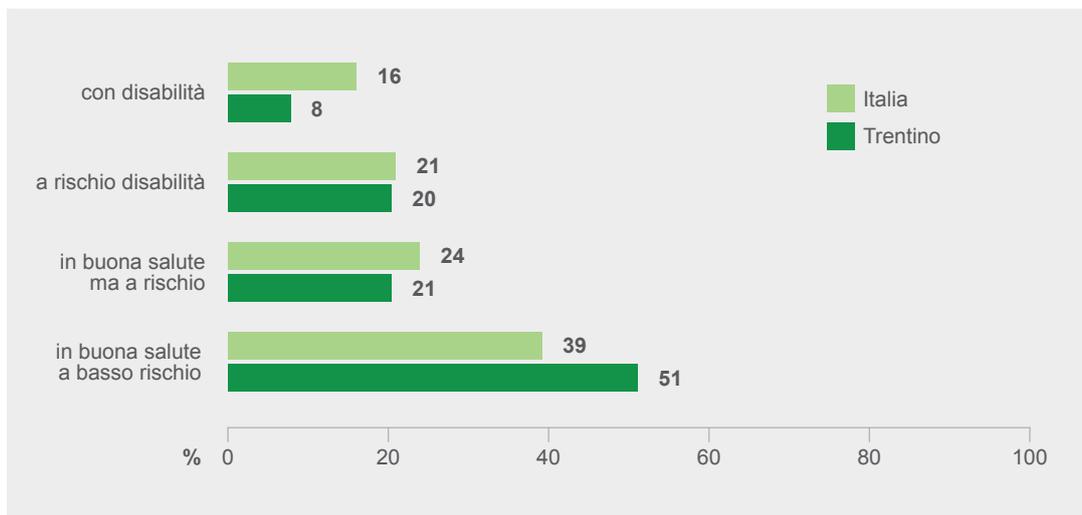
– attività di base della vita quotidiana o *Ac-*

*tivities of Daily Living* (ADL) ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra ecc

– attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine ecc.

Combinando i risultati di questi due indici, sono state definite:

- "in buona salute" le persone che sono in grado di svolgere da sole tutte le ADL e non sono autonome al massimo in una IADL;
- "a rischio di disabilità" le persone che sono in grado di svolgere da sole tutte le ADL, ma non sono autonome in due o più IADL;
- "con disabilità" le persone che non sono autonome e hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di una o più ADL.



**Figura 2**

Prevalenza di persone anziane, per condizioni di salute e residenza.

PASSI d'Argento 2012

In rapporto alla frequenza con cui le persone hanno problemi di salute, stili di vita non adeguati e problemi socioeconomici, nel sottogruppo delle persone "in buona salute" sono state distinte le persone:

- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa<sup>[1]</sup>;
- in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità<sup>[2]</sup>.

Si ricorda che:

- queste definizioni si basano su risposte autoriferite e sono diverse (in quanto stabilite con finalità diverse) da quelle usate in ambito medico-legale per la valutazione delle indennità di accompagnamento
- la popolazione anziana di riferimento è esclusivamente quella non istituzionalizzata.

Entrambi questi aspetti possono comportare discordanze nelle stime da altri fonti e de-

vono quindi essere presi in considerazione prima di eventuali confronti.

La maggior parte dei trentini anziani (il 51%, ossia circa 53.000 persone) è in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa, il 21% (circa 22.000 persone) è in buona salute, ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità. Circa un anziano su quattro, invece, ha qualche forma di disabilità (8%, circa 8.300 persone) o è a rischio di disabilità (20%, circa 21.000 persone) [Figura 2].

Le condizioni di salute degli anziani trentini sono sicuramente migliori di quelle che si riscontrano mediamente in Italia: gli anziani in buona salute sono più numerosi, la prevalenza di disabili, invece, è la metà.

Se si tiene conto dell'età delle persone, la distribuzione delle condizioni di salute si modifica: come atteso, all'aumentare dell'età la quota di anziani in buona salute si riduce

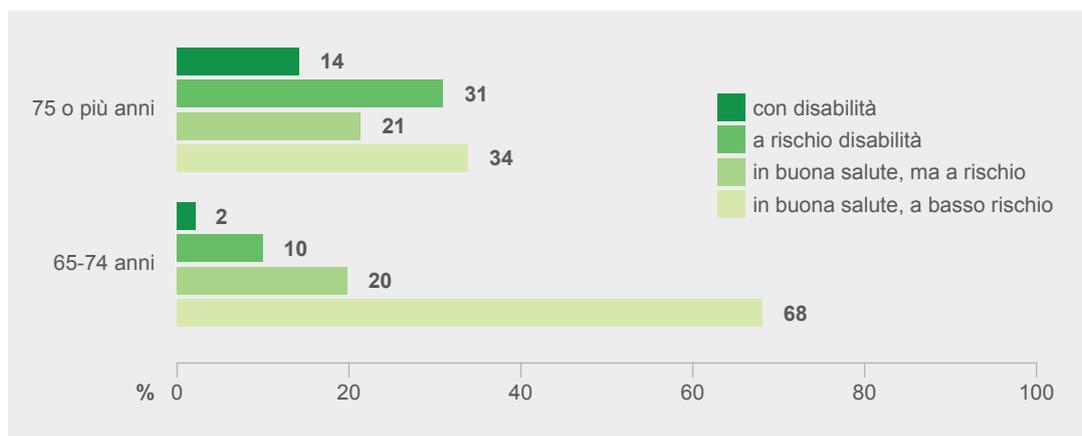
<sup>[1]</sup> Presentano al massimo due delle seguenti caratteristiche o condizioni:

- problemi di masticazione o vista o udito;
- insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
- molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale;
- almeno una patologia cronica;
- ipertensione.

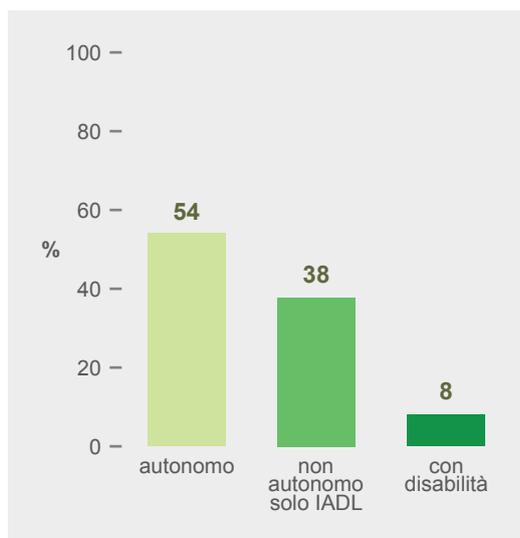
<sup>[2]</sup> Presentano tre o più delle seguenti caratteristiche o condizioni:

- problemi di masticazione o vista o udito;
- insufficiente attività fisica (PASE score età e genere specifico inferiore al 10° percentile) o abitudine al fumo o consumo di alcol definibile a rischio o scarso consumo di frutta e verdura;
- molte difficoltà economiche riferite o sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale;
- almeno una patologia cronica;
- ipertensione.

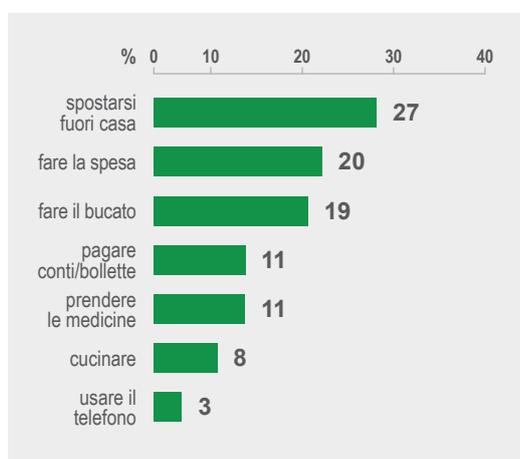
**Figura 3**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per condizioni di salute e età.  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 4**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per limitazioni nelle attività della vita quotidiana.  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 5**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana.  
PASSI d'Argento 2012



(dall'88% tra i 65-74enni al 55% tra gli ultra 74enni) per andare a incrementare la quota di anziani più fragili, che hanno particolare bisogno di assistenza (dal 12% per 65-74enni al 45% per gli ultra 74enni) [Figura 3].

In Trentino circa un anziano su due non ha problemi a svolgere attività della vita quotidiana, mentre il 38% (quasi 40.000 anziani)

presenta qualche problema di autonomia nelle attività strumentali (IADL) [Figura 4]. Spostarsi fuori casa è la difficoltà più diffusa e riguarda circa un anziano ogni quattro (vedi anche grafici del paragrafo "L'accessibilità dei servizi", a pagina 59). Seguono fare la spesa e fare il bucato, attività problematiche per un anziano ogni cinque. Meno problemi pongono attività come pagare conti e bollette, prendere i farmaci, cucinare e usare il telefono [Figura 5].

L'8% degli anziani trentini presenta qualche forma di disabilità, ossia non è autonomo in almeno una attività di base della vita quotidiana (ADL), indipendentemente dalla presenza o meno di limitazioni nelle IADL [Figura 2]. Tra essi, circa la metà (48%) è limitato in un'unica ADL, il 23% in due, il 6% in tre e il restante 23% non è autonomo in almeno quattro attività di base della vita quotidiana.

Agli anziani con disabilità creano limitazioni d'indipendenza i problemi di incontinenza (55%) e attività come l'andare in bagno (55%) e lo spostarsi da una stanza a l'altra (39%).

## Comportamenti e condizioni legati alla salute

Controllare le malattie croniche e correggere i disturbi neuro-sensoriali sono aspetti essenziali per limitare le implicazioni per la fragilità e favorire l'invecchiamento attivo. Accanto

a ciò è fondamentale prevenire gli effetti negativi dei determinati comportamentali: adottare stili di vita sani e partecipare attivamente alla “propria presa in carico” è importante in tutti gli stadi della vita delle persone. Uno degli stereotipi della vecchiaia consiste nel dire che si tratta di un periodo della vita in cui è troppo tardi per adottare sani stili di vita.

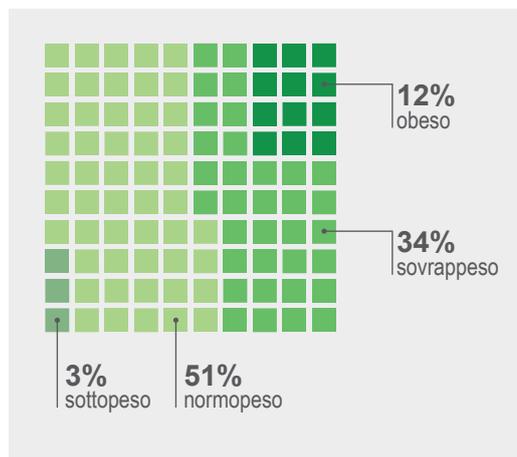
Al contrario, praticare attività fisica, mangiare sano, non fumare, non bere alcol oppure bere con moderazione e ricorrere ai farmaci in maniera controllata, aiuta, anche in età anziana, a ridurre il rischio di sviluppare malattie non trasmissibili, previene il declino funzionale, aumenta la longevità e migliora la qualità della vita.

## L'alimentazione e lo stato nutrizionale

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Nelle persone anziane possono manifestarsi problemi nutrizionali dovuti tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, la perdita di peso non intenzionale è un indicatore comunemente utilizzato per individuare la fragilità dell'anziano.

L'eccesso di peso, invece, favorisce l'insorgenza e l'aggravamento di patologie (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona.

Una corretta dieta è, quindi, uno dei fattori principali di prevenzione di molte patologie croniche. Al contrario una dieta molto calorica, ricca di grassi e di sale, povera di frutta e verdura e che non fornisce un sufficiente apporto di fibre e di vitamine, unita a uno stile di vita sedentario, costituisce un fattore di rischio significativo per malattie cardio-



**Figura 6**

Stato nutrizionale della popolazione anziana, in provincia di Trento. PASSI d'Argento 2012

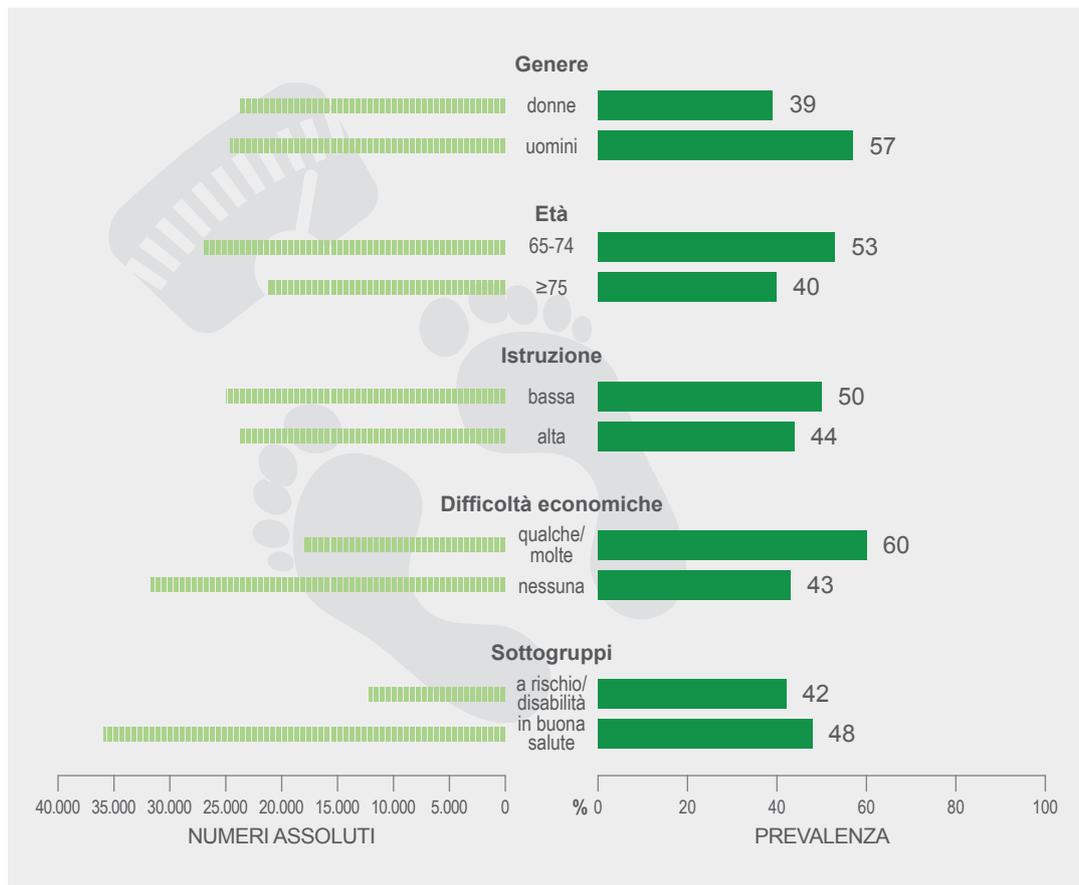
vascolari, diabete, svariati tipi di tumori, artrite ecc. Il 54% dei trentini ultra 64enni è sotto-normopeso, il 34% sovrappeso e il 12% obeso [Figura 6].

Si stima quindi che in Trentino oltre 12.000 anziani siano obesi e oltre 35.000 in sovrappeso. Complessivamente il 46% della popolazione anziana presenta un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità, prevalenza significativamente inferiore a quella registrata mediamente in Italia (58%).

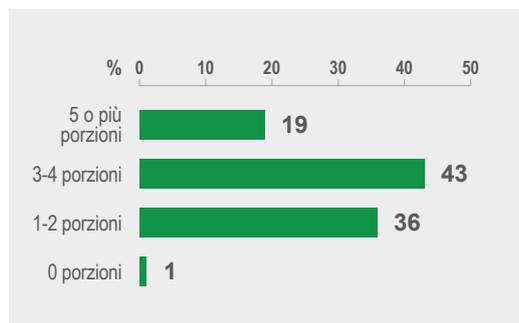
Quasi metà degli anziani trentini dovrebbe perdere qualche chilo

L'eccesso ponderale è significativamente meno frequente nelle donne (39% vs. 57% negli uomini), nelle persone più anziane (40% a partire dai 75 anni vs. 53% tra i 65-74enni), in quelle con un più elevato titolo di studio (44% vs. 50% nessuno-elementare) e nelle persone prive di difficoltà economiche (43% vs. 60% con difficoltà) [Figura 7 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

Secondo stime dell'OMS, lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% di ictus cerebrale.



**Figura 7**  
Eccesso ponderale nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 8**  
Consumo di frutta e verdura nella popolazione anziana, in provincia di Trento.  
PASSI d'Argento 2012

**PORZIONE di frutta e verdura**

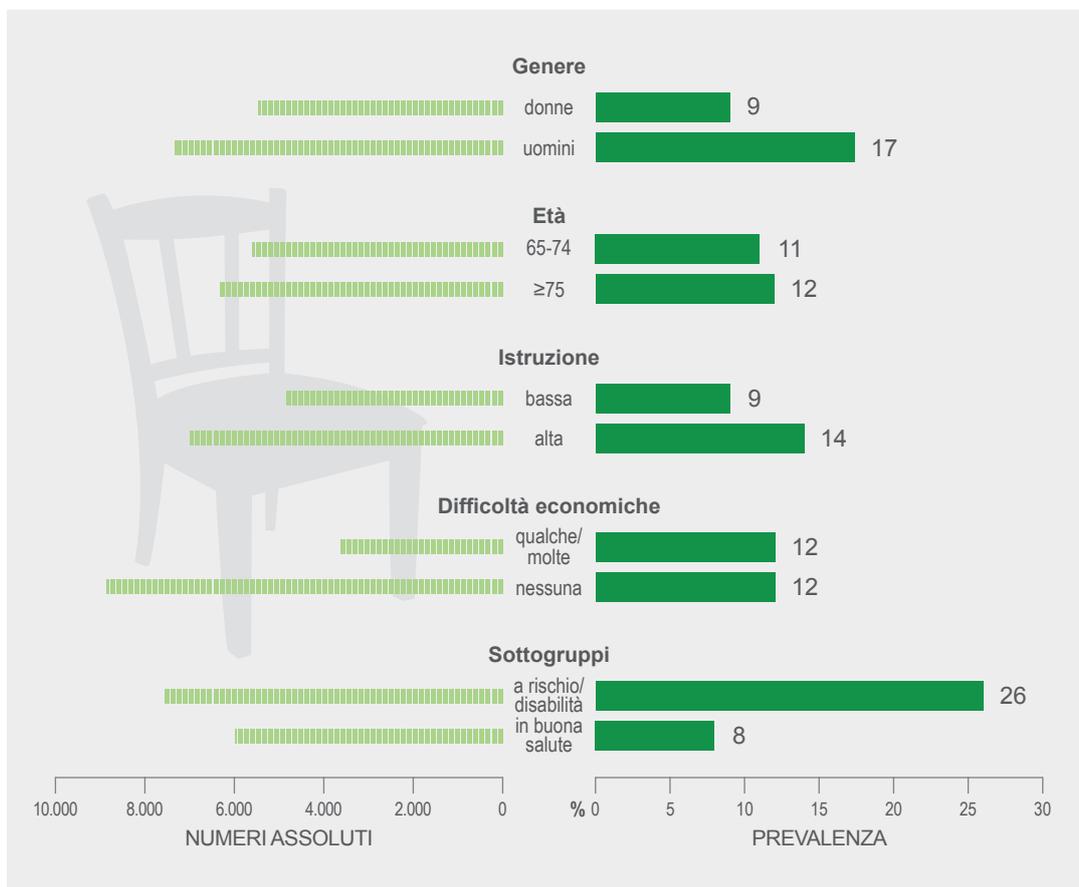
**Frutta e verdura cruda:** la quantità contenuta nel palmo della mano

**Verdura cotta:** la quantità corrispondente a mezzo piatto

La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata per proteggersi da queste e altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti.

In Trentino praticamente tutti gli anziani (99%) mangiano frutta e verdura almeno una volta al giorno: la maggior parte (43%) ne mangia 3-4 porzioni, ma solo il 19% mangia le cinque porzioni raccomandate dall'OMS [Figura 8].

Il consumo di frutta e verdura è comunque più alto di quanto si verifica mediamente in Italia, dove solamente il 55% degli anziani mangiano almeno 3 porzioni al giorno di frutta e verdura, rispetto al 62% del Trentino. Diversamente a quanto si verifica a livello nazionale, dove il maggior consumo di frutta e verdura è legato alla maggior disponibilità economica, in provincia di Trento non si rilevano differenze di comportamento in relazione alle caratteristiche socio-demografiche delle persone.



**Figura 9**  
Sedentari nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).  
PASSI d'Argento 2012

## L'attività fisica

Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza degli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra le persone anziane. Una regolare attività fisica ritarda il declino funzionale, riduce il rischio di malattie croniche e di cadute, migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico, aiuta inoltre a restare il più a lungo possibile indipendenti, non solo per le persone anziane in buona salute, ma anche per quelle con malattie croniche.

Nelle persone anziane 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 secondo le condizioni generali di salute e dell'età.

Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (*Physical Activity Score in Elderly* PASE) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana e considera sia le attività sportive e ricreative (ginnastica e ballo), sia i lavori di casa pesanti e il giardinaggio.

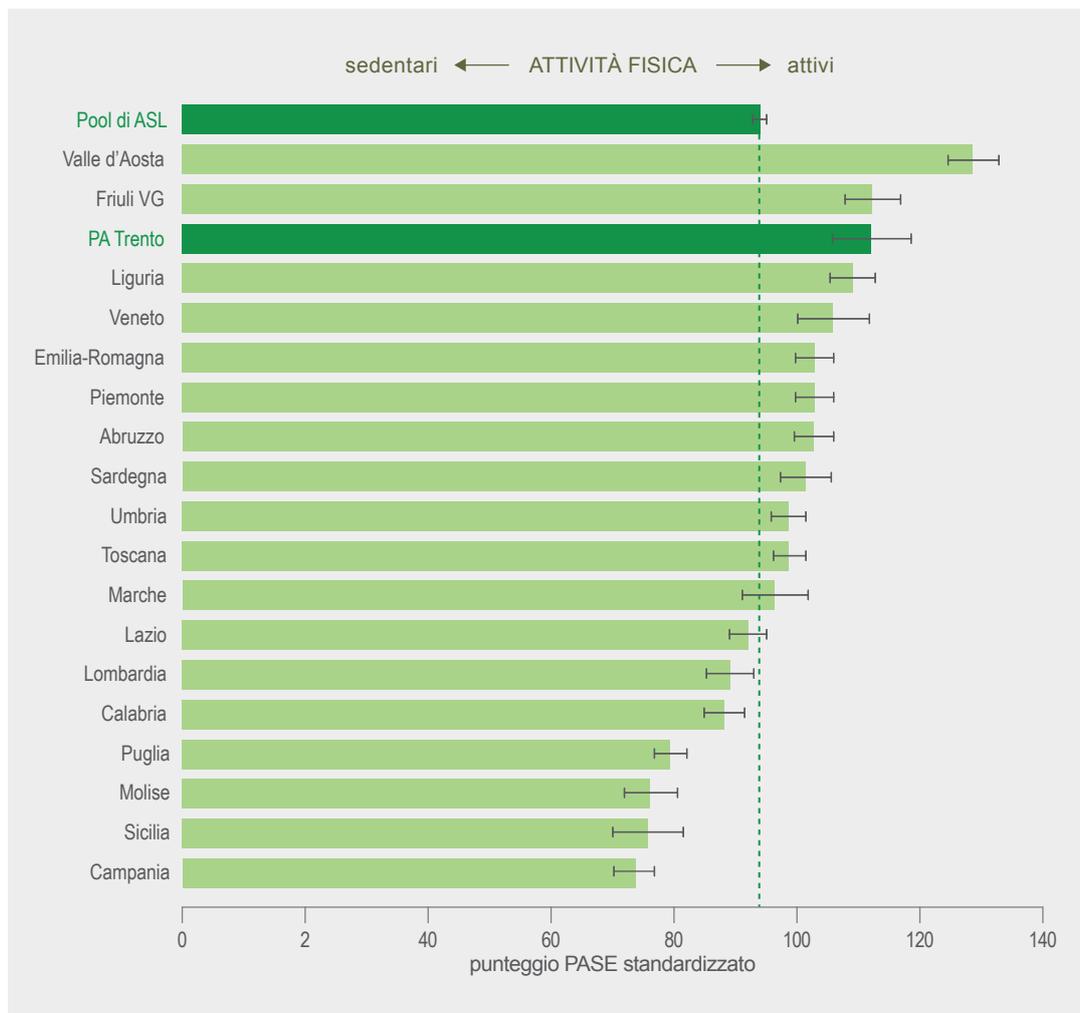
Secondo questa definizione la grande maggioranza degli anziani trentini, seppur a diversi livelli, è fisicamente attiva (88%)<sup>[3]</sup>, il restante 12% è sedentario<sup>[4]</sup>. Questo significa che oltre 10.000 persone in età anziana seppur in grado di praticare attività fisica, non lo fanno.

La sedentarietà è più diffusa negli uomini e nelle persone che hanno qualche forma di disabilità o che ne sono a rischio [Figura 9 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo

<sup>[3]</sup> Sono esclusi dall'analisi dell'attività fisica le persone con difficoltà nel deambulare in maniera autonoma o con problemi neurosensoriali.

<sup>[4]</sup> In questa sede è definito sedentario chi non raggiunge il livello di attività fisica praticata dal 75% della popolazione anziana.

**Figura 10**  
Attività fisica nella  
popolazione anziana  
in Italia, per residenza  
(Punteggio PASE).  
PASSI d'Argento 2012



di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

osserva un gradiente nord-sud, con le regioni del mezzogiorno che hanno livelli di sedentarietà più elevati rispetto a quelle del nord [Figura 10].

I medici trentini dovrebbero promuovere di più l'attività fisica

Gli operatori sanitari mostrano un interesse limitato rispetto alla pratica dell'attività fisica da parte dei loro assistiti anziani, analogamente

peraltro, a quanto avviene anche per la popolazione adulta. A meno di un anziano su tre (31%) in grado di praticare attività fisica è stato, infatti, consigliato nell'ultimo anno, da parte di un medico, di fare attività fisica.

Il confronto con le altre regioni italiane pone gli anziani trentini tra i meno sedentari. Si

## L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta, inoltre, il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui è attribuito circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY *disability-adjusted life year*). Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il

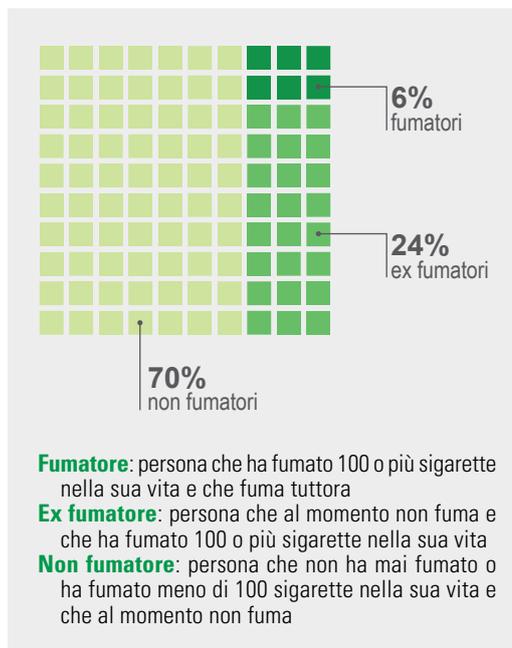
tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il fumo ha anche effetti negativi su fattori che possono condizionare la perdita delle capacità funzionali, ad esempio accelera la perdita di densità ossea e il declino della forza muscolare e delle funzioni respiratorie.

Gli effetti del fumo di tabacco sono cumulativi e di lunga durata, il rischio di sviluppare una delle malattie associate al fumo aumenta con l'aumentare della durata e della quantità di tabacco fumato. È per questo che smettere di fumare non è mai troppo tardi, a qualsiasi età gli effetti positivi associati sono numerosi.

In provincia di Trento i fumatori tra la popolazione ultra 64enne sono il 6%, circa 6.200 anziani. Gli ex fumatori sono il 24% e il restante 70% sono persone che nel corso della loro vita non hanno mai fumato [Figura 11]. In Italia i fumatori sono il 9% della popolazione anziana.

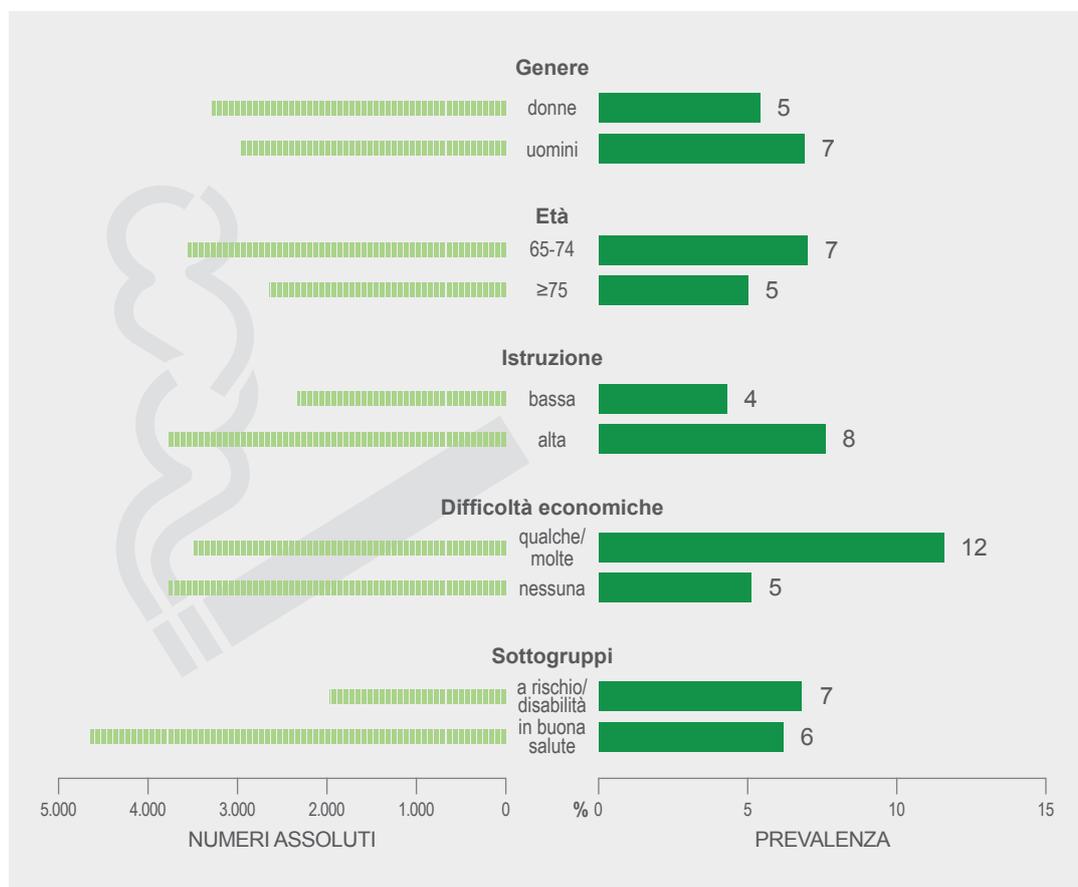
Tra le caratteristiche socio-demografiche l'unica che influisce sull'essere fumatore

è la sicurezza economica. La prevalenza di fumatori è, infatti, più alta tra chi ha almeno qualche difficoltà economica rispetto a chi non ne ha (12% vs. 5%) [Figura 12 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero



**Figura 11**  
 Abitudine al fumo di sigaretta nella popolazione anziana, in provincia di Trento.

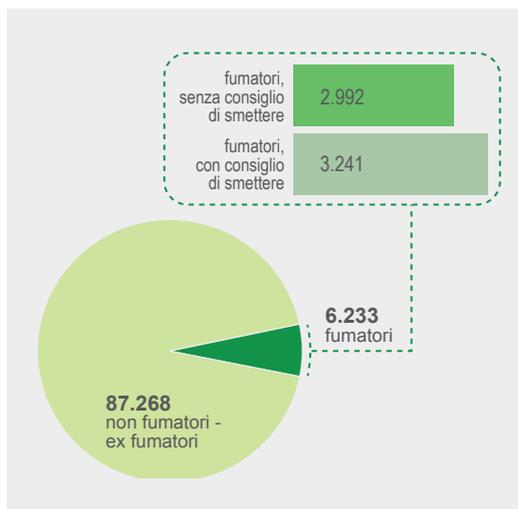
PASSI d'Argento 2012



**Figura 12**  
 Fumatori nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).

PASSI d'Argento 2012

**Figura 13**  
Consiglio dei medici  
a fumatori anziani, in  
provincia di Trento.  
PASSI d'Argento 2012



assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

Nell'ultimo anno a circa la metà dei fumatori (52%) è stato dato il consiglio, da parte di un medico, di smettere di fumare [Figura 13].

## Il consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione con 65 anni e più è a elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'al-

col aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa, la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene diluito in una quantità minore di liquido.

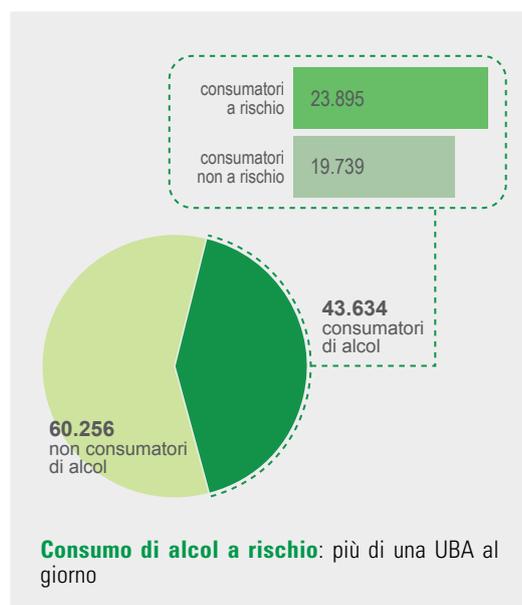
Questo significa che, a parità di alcol ingerito, all'aumentare dell'età il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti più marcati. A ciò si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato e i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Va, inoltre, considerato che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. L'alcol, infine, interferisce con l'uso dei farmaci che le persone anziane, molto spesso, assumono quotidianamente.

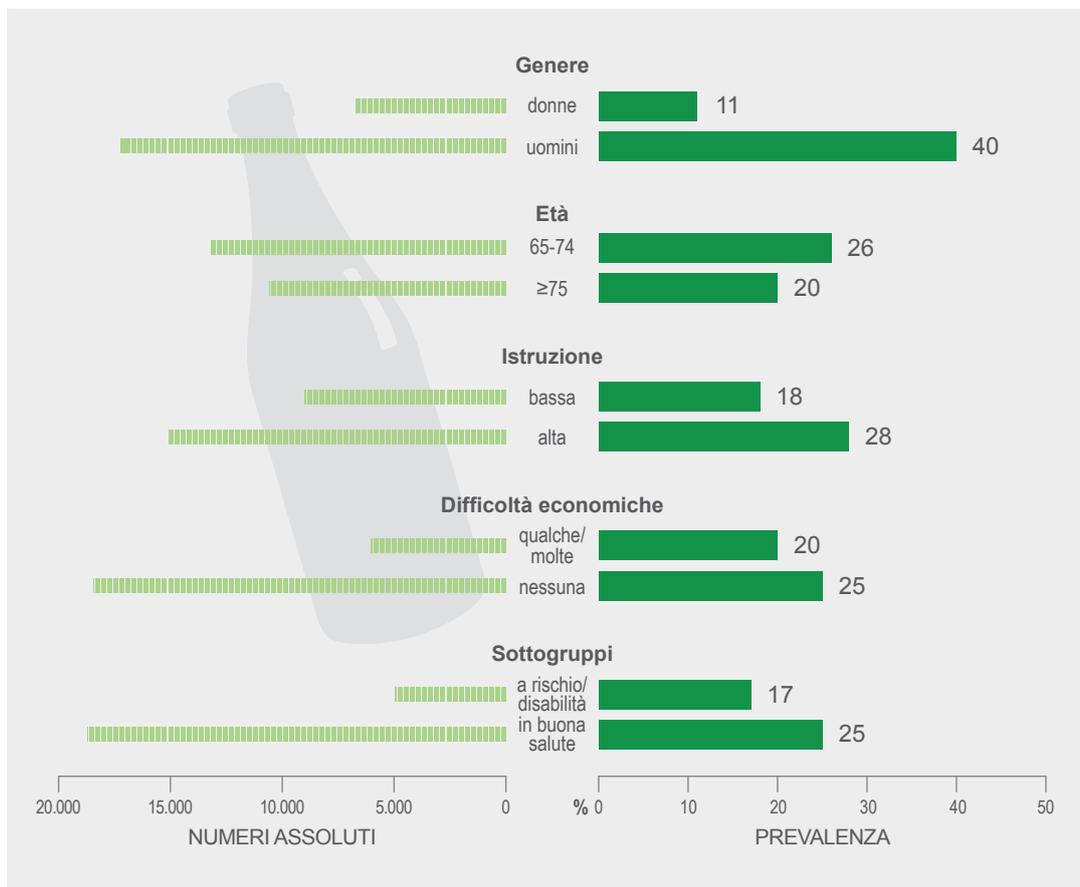
Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le linee guida dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari a una unità alcolica, senza distinzioni tra uomini e donne.

In Trentino oltre la metà (58%) della popolazione anziana non beve alcolici, il restante 42% ne beve, tra cui il 23% è un bevitore a maggior rischio, consumando più di una unità alcolica al giorno [Figura 14]. Dunque, oltre 43.000 anziani consumano alcol e tra questi quasi 24.000 hanno un comportamento a rischio per la loro salute.

Le caratteristiche che delineano il consumo di alcol a rischio nella popolazione anziana sono del tutto simili a ciò che si riscontra anche nella popolazione adulta (18-69 anni – dati PASSI), ossia un maggior consumo tra gli uomini (40% vs. 11% donne), tra le persone con un livello di istruzione medio-alto (28%

**Figura 14**  
Consumo di alcol nella  
popolazione anziana, in  
provincia di Trento.  
PASSI d'Argento 2012

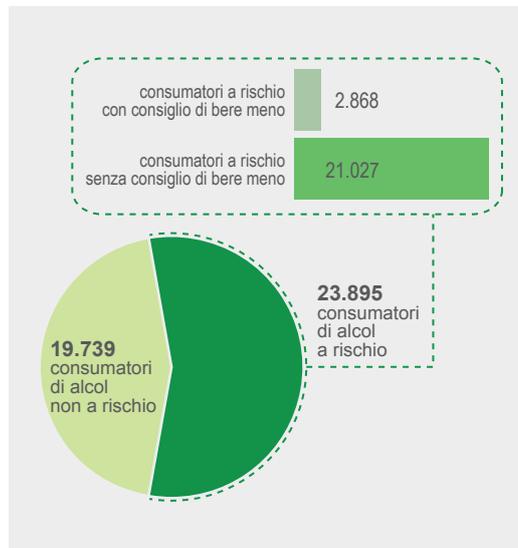




**Figura 15**  
Consumo di alcol a maggior rischio nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza). PASSI d'Argento 2012

**UBA - unità di bevanda alcolica**

L'unità di bevanda alcolica corrisponde a una lattina di birra o a un bicchiere di vino o a un bicchierino di superalcolico



**Figura 16**  
Consiglio dei medici a consumatori di alcol a rischio anziani, in provincia di Trento. PASSI d'Argento 2012

vs. 18% basso) e tra le persone relativamente più giovani (26% vs. 20% 75 anni e oltre) [Figura 15 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

L'analisi multivariata conferma il maggior consumo di alcol da parte degli uomini. La scarsa attenzione dei medici trentini verso le abitudini di consumo di alcol dei propri assistiti rilevata (e segnalata) più volte tra la popolazione adulta, si riscontra anche tra quella anziana. Solamente il 12% dei consumatori a rischio, poco meno di 3.000 anziani, riceve dal proprio medico il consiglio di bere meno [Figura 16].

## I fattori fisici e sensoriali: vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone, possono limitare gravemente l'autonomia funzionale e l'integrazione sociale, peggiorando notevolmente la qualità di vita e inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione, in particolare per gli anziani. I problemi di vista rappresentano, inoltre, un importante fattore di rischio per le cadute. La salute orale costituisce un aspetto importante per la salute complessiva della persona in ogni fase della vita, con il progredire dell'età le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale di peso, con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità.

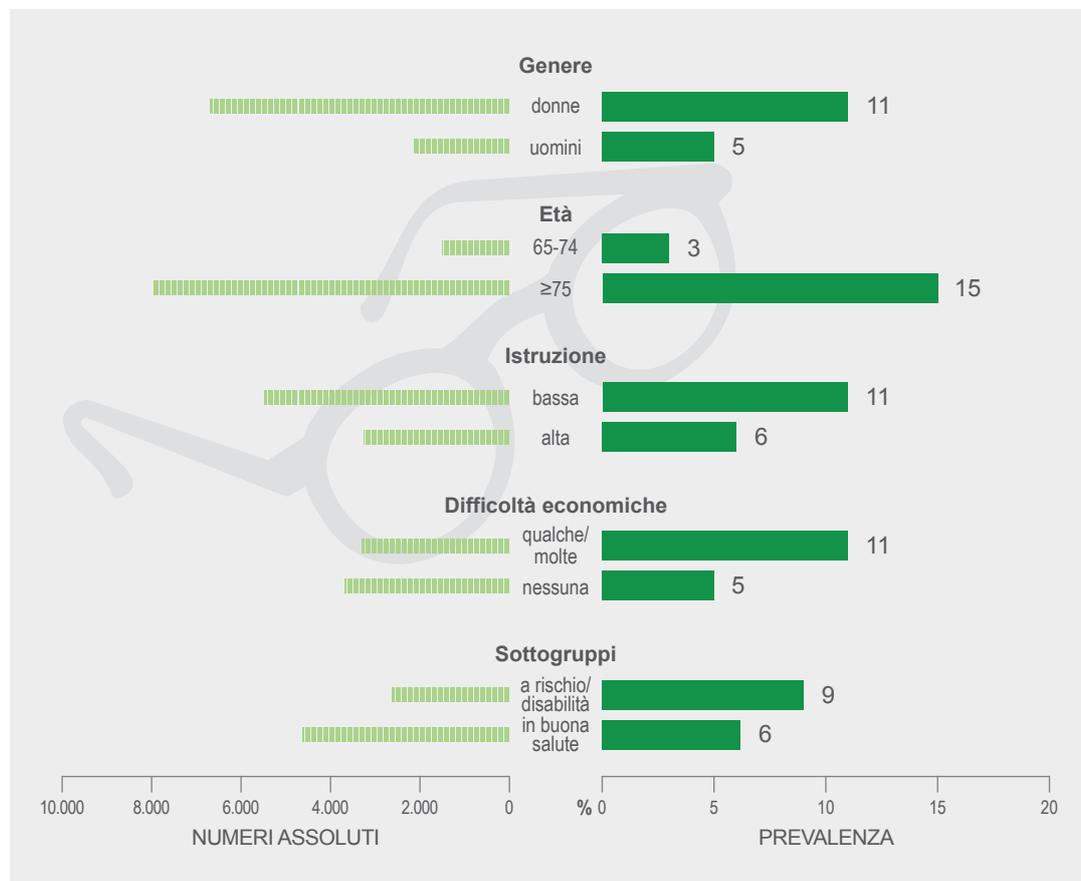
### I problemi di vista

L'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie

oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata a aumentare con l'invecchiamento della popolazione, pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane e esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il National Eye Institute, le principali patologie oculari correlate all'età.

La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. La maggioranza degli anziani trentini (69%) porta gli occhiali per leggere e fare piccoli

Il 9% degli anziani trentini ha problemi di vista



**Figura 17**

Problemi di vista (sono esclusi coloro che vedono bene con l'uso degli occhiali) nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).

PASSI d'Argento 2012

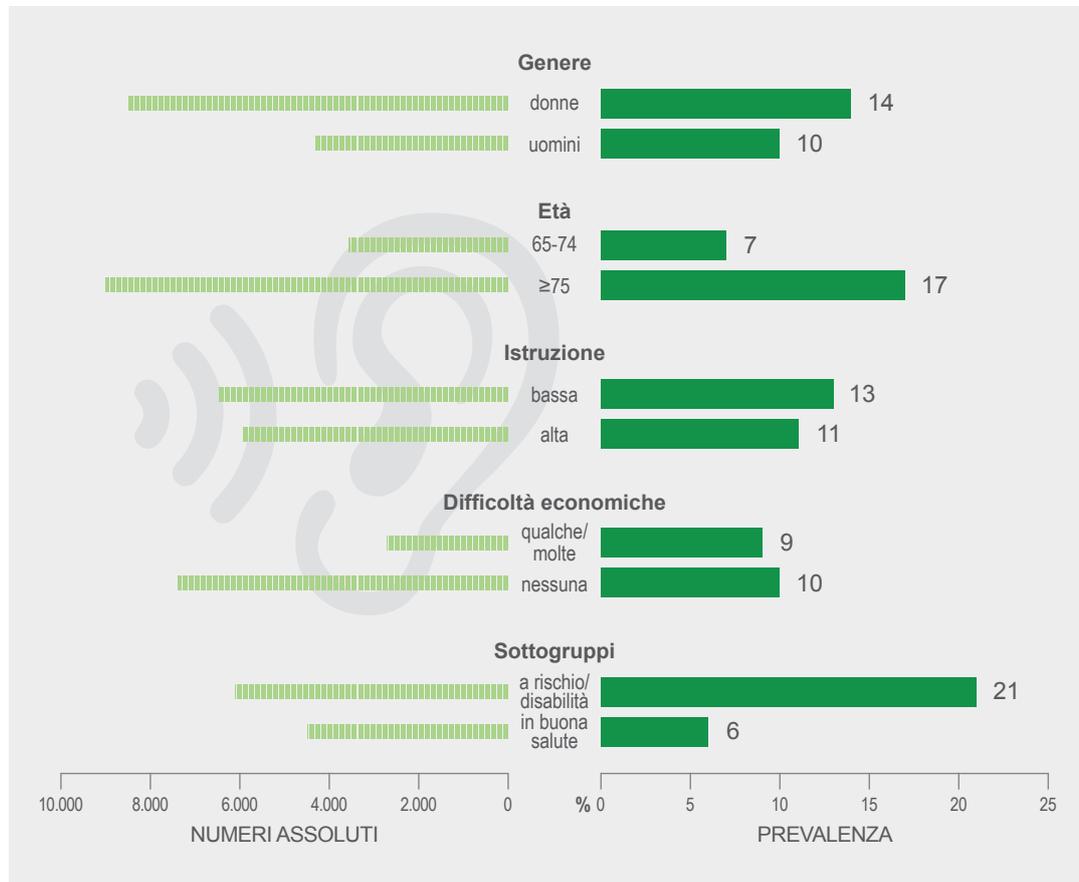
lavori, il 22% non ne ha bisogno, mentre il 9% ha problemi di vista (14% in Italia). In Trentino più di 9.000 anziani circa hanno dunque problemi di vista, problemi che aumentano con l'età, sono maggiormente diffusi tra le donne, tra le persone con bassi livelli d'istruzione e tra quelle con difficoltà economiche [Figura 17 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione]. L'influenza di età e istruzione è confermata dall'analisi multivariata.

### I problemi di udito

La riduzione della capacità uditiva (presbiacusia) è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale le persone spesso non sono consapevoli. È la più frequente causa di sordità permanente e una delle più comuni malattie invalidanti

dell'anziano. È tipica dell'invecchiamento: si stima, infatti, che siano affetti da presbiacusia un terzo delle persone di 65–74 anni e la metà degli ultra 74enni. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie alla presenza di una ridotta funzionalità renale, frequente nelle persone più anziane. La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà a comunicare con gli altri si ripercuotono negativamente sulla vita fisica, emotiva e sociale della persona, che presenta con maggior frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e un minore coinvolgimento nelle attività sociali. La presbiacusia si associa anche a un aumentato rischio di cadute, con la possibile conseguente frattura del femore, una delle principali cause di disabilità nell'anziano. La diagnosi della presbiacusia, semplice e

Il 12% degli anziani trentini ha problemi di udito



**Figura 18** Problemi di udito (sono esclusi coloro che sentono bene con l'uso di apparecchi acustici) nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza). PASSI d'Argento 2012

poco dispendiosa, e il suo trattamento rappresentano un'importante priorità di salute pubblica. In Trentino l'87% degli anziani sente bene, il 7% necessita dell'apparecchio acustico e il 12% ha problemi di udito (18% in Italia). Ciò significa che circa 12.500 anziani trentini hanno problemi anche solamente per chiacchierare con qualcuno.

L'avere o meno problemi di udito non è associato a determinate caratteristiche socio-demografiche della persona, con l'eccezione dell'età: la prevalenza di persone con problemi uditivi aumenta tra la popolazione più anziana (dal 7% nella fascia 65-74 anni al 17% dai 75 anni in su) [Figura 18 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

Il non sentire bene e i conseguenti problemi di comunicazione possono aumentare il rischio di isolamento sociale dell'anziano;

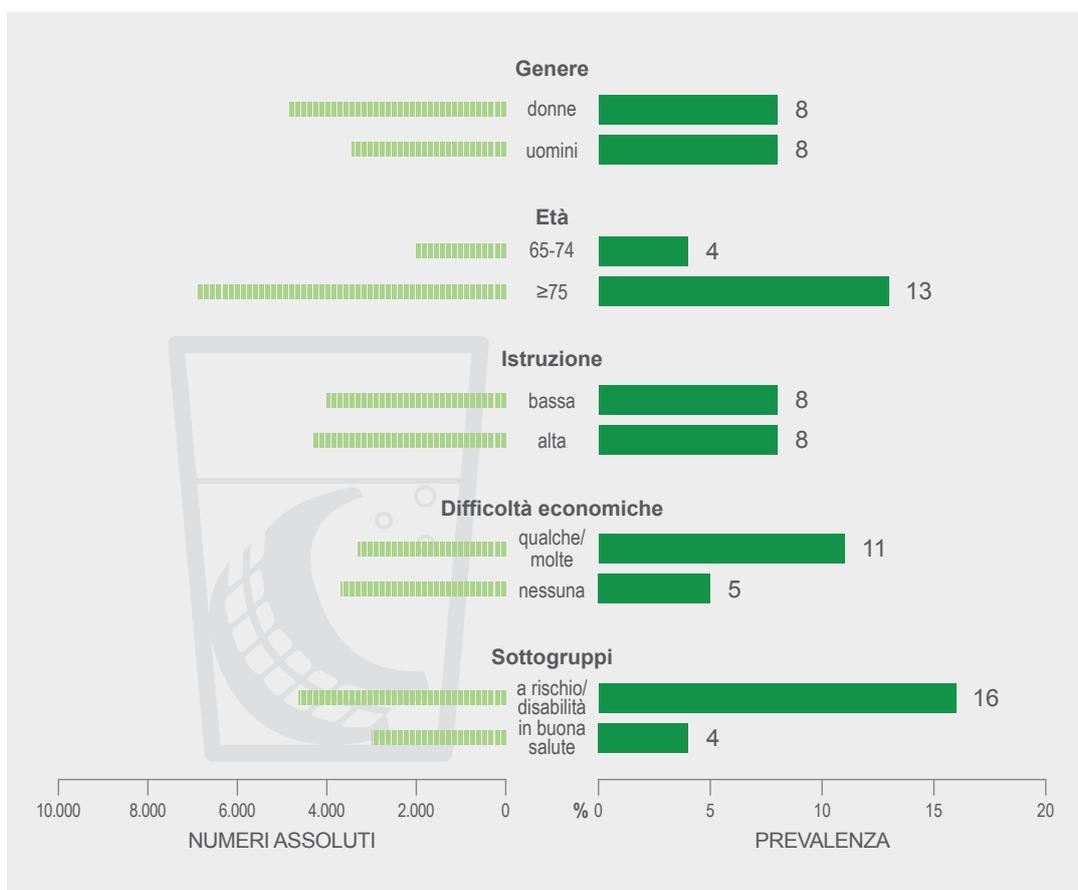
il 30% delle persone con problemi uditivi si trova in una condizione di isolamento, condizione in cui si trova circa il 13% di chi invece sente bene.

### I problemi di masticazione

Secondo l'OMS i problemi di salute orale sono, nei paesi a sviluppo avanzato, il quarto disturbo più costoso. Le persone più anziane molto spesso non ricevono adeguati trattamenti per mancanza di consapevolezza, difficoltà di accesso ai servizi, ma anche per l'idea sbagliata secondo la quale gli anziani non possano giovare di misure preventive e di interventi di educazione alla salute orale. I problemi di salute orale non sono solo legati alla cattiva masticazione e alla perdita dei denti, includono anche problematiche quali la secchezza delle fauci (xerostomia), molto

L'8% degli anziani trentini non è in grado di masticare cibi difficili

**Figura 19**  
Problemi di masticazione (sono esclusi coloro che masticano bene con l'uso della dentiera) nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).  
PASSI d'Argento 2012



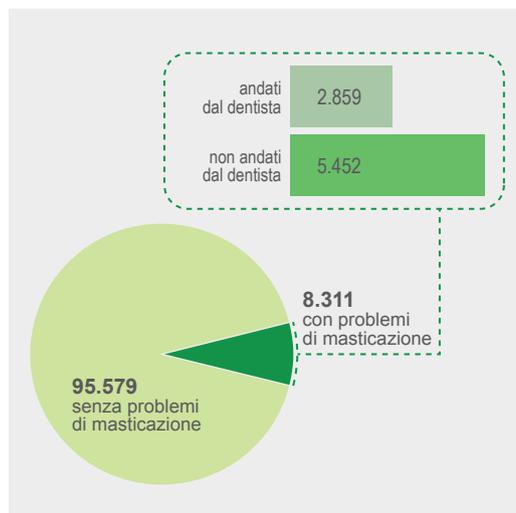
spesso collegata all'assunzione prolungata di farmaci o a patologie tumorali del cavo orale, riconducibili all'abitudine al fumo e al consumo eccessivo di alcol. Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti, più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e perdita di peso. Inoltre, la mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa, può determinare forme di disagio psicologico con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima.

Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale e è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di programmi di promozione della salute orale che devono intervenire già sui bambini per continuare lungo tutto il corso della vita delle persone.

La quasi totalità (92%) degli anziani non ha nessun problema di masticazione, tra cui il 38% porta la dentiera. L'8%, invece, non è in grado di mangiare cibi difficili (15% in Italia). In Trentino ci sono quindi 8.300 anziani con problemi di masticazione tali da impedire l'assunzione di alcuni cibi (carne, mele ecc). L'aver problemi di masticazione è associato all'età della persona e alla sua sicurezza economica: il rischio di avere difficoltà nel masticare alcuni tipi di cibi è maggiore per le persone di almeno 75 anni e per quelle con difficoltà economiche [Figura 19 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

Solo il 42% degli anziani è stato dal dentista nel corso dell'anno e tale percentuale scende al 34% tra le persone che hanno problemi di masticazione. In numeri assoluti significa che meno di 3.000 anziani, degli oltre 8.000 con problemi ai denti, è ricorso al dentista [Figura 20].

I problemi di masticazione risultano più frequenti nelle persone con difficoltà economiche, ma il mancato ricorso all'assistenza odontoiatrica non sembra legato a motivi economici, in quanto la maggior parte degli



**Figura 20**

Persone anziane con problemi di masticazione, in provincia di Trento, andate e non andate dal dentista.

PASSI d'Argento 2012

anziani con problemi di masticazione dichiara di non andare dal dentista pensando di non averne bisogno o non ritenendolo opportuno (95%). Condizionano molto meno nella scelta il costo della visita (4%) e le difficoltà negli spostamenti (1%).

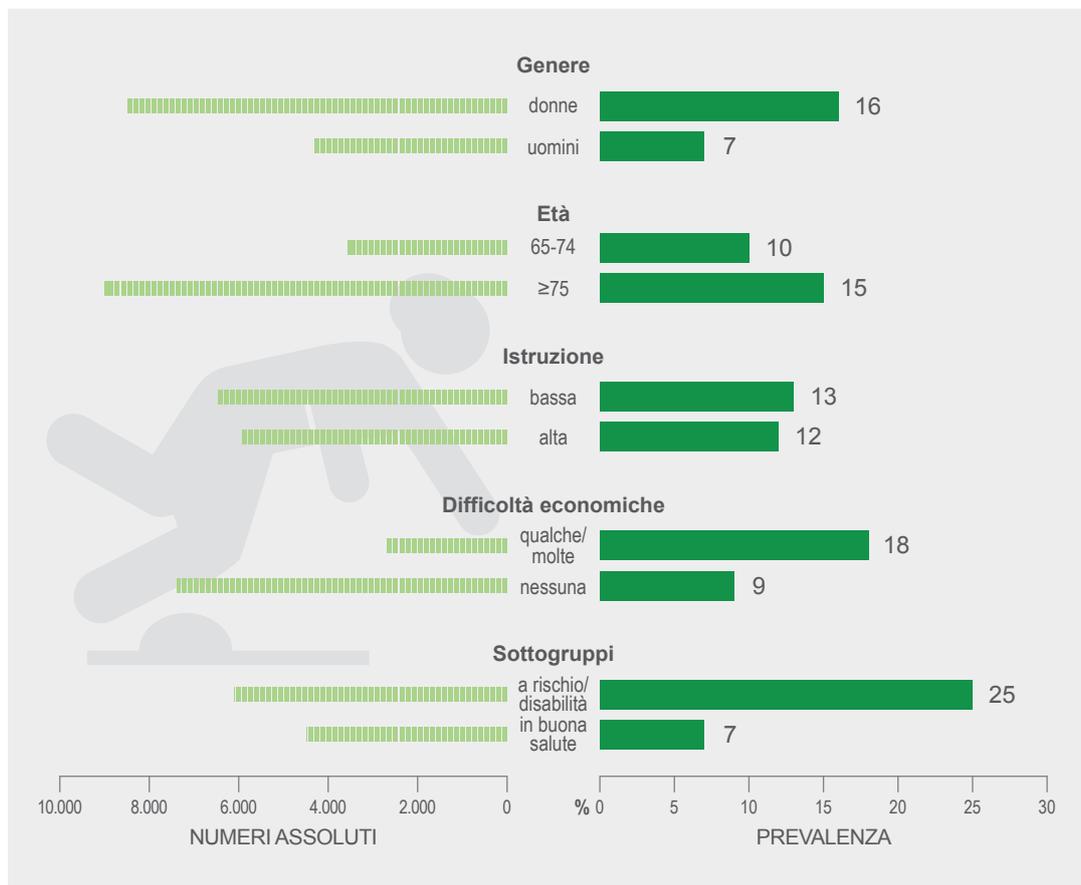
## Le cadute

L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit della memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e per le conseguenze di ordine traumatico, ma anche per le ripercussioni sul benessere psicologico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali con progressivo isolamento sociale.

I rischi ambientali, in particolare quelli legati all'ambiente domestico come pavimenti e scalini sdruciolevoli, scarsa illuminazione, presenza di tappeti, sono tra i principali responsabili delle cadute.

Altre cause possono essere patologie predisponenti, come alcune patologie neurologiche, debolezza muscolare, disturbi dell'andatura e dell'equilibrio, ma anche l'assunzione di certe categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi e gli ipnotici/sedativi.

**Figura 21**  
Cadute negli ultimi 30 giorni nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).  
PASSI d'Argento 2012



In provincia di Trento il 12% della popolazione anziana è caduta nei 30 giorni precedenti l'intervista (circa 12.500 anziani), percentuale che si raddoppia per gli anziani a rischio di o con disabilità (25%; 7.300 persone). Sono, inoltre, maggiormente a rischio di caduta le donne (16% vs. 7% uomini) e le persone economicamente svantaggiate (18% vs. 9% nessuna difficoltà) [Figura 21 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

In Italia la prevalenza di cadute è dell'11%, sovrapponibile a quella del Trentino. La maggior parte (58%) delle cadute avviene in casa, 1 ogni 5 in giardino e 1 ogni 6 in strada.

Il 12% degli anziani trentini è caduto nei 20 giorni precedenti l'indagine

Ha paura di cadere il 38% degli anziani e il 58% di chi è già caduto. Solo una piccola minoranza di anziani (10%) riceve consigli da parte degli operatori sanitari su come prevenire le cadute e anche tra chi ha vissuto l'esperienza traumatica solo il 27% riceve consigli. Nonostante questo, oltre la metà (59%) ricorre a misure di sicurezza per la doccia o la vasca da bagno, in particolare il 53% degli anziani fa uso del tappetino antiscivolo, il 19% del maniglione e il 15% dei seggiolini.

## La salute mentale e i sintomi di depressione

La salute mentale è definita dall'OMS come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. Sono le società prospere,

con ridotte disuguaglianze sociali e alti livelli di sicurezza che meglio promuovono il benessere mentale e psicologico.

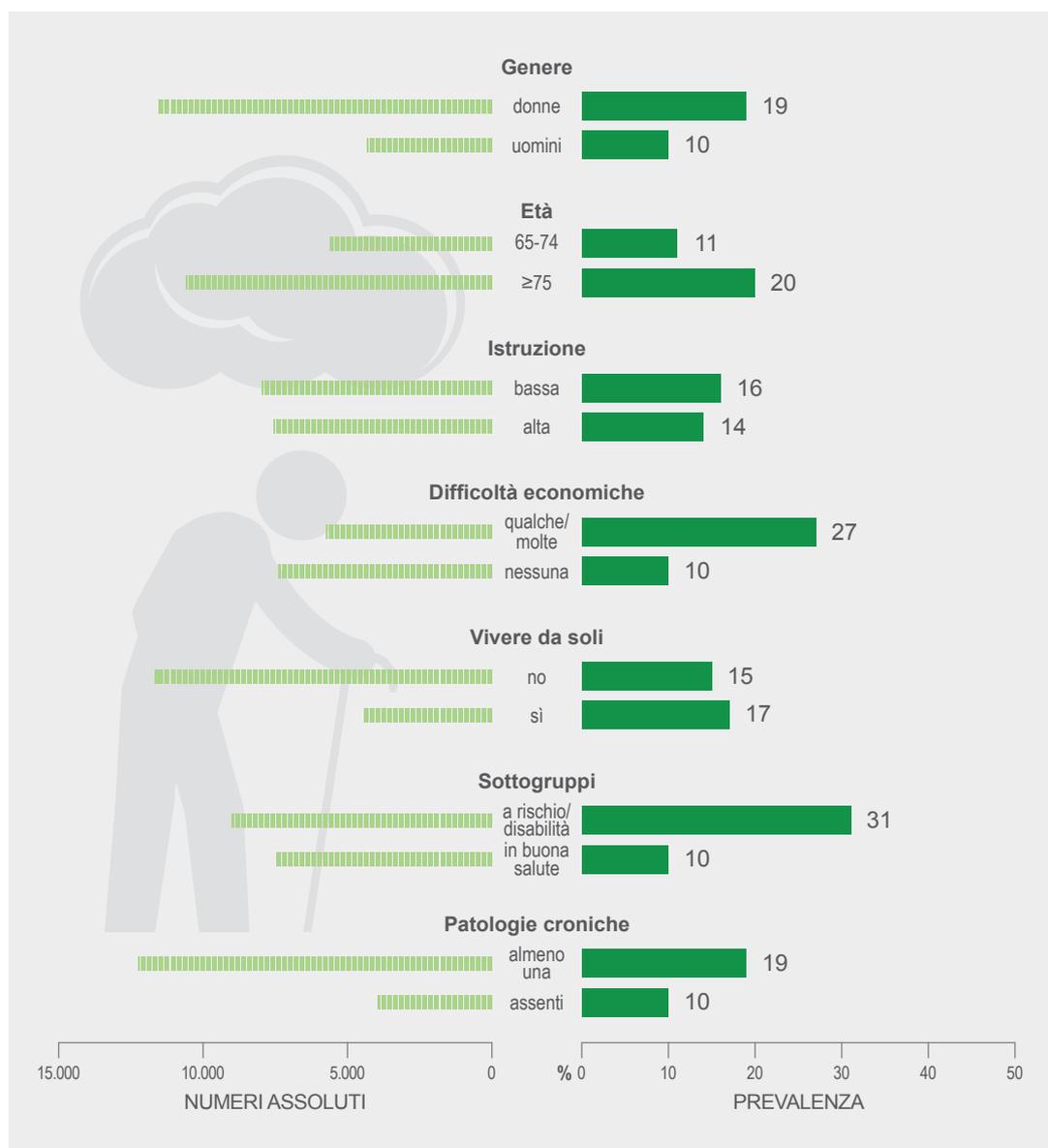
La depressione è una patologia psichiatrica che può determinare elevati livelli di disabilità, con notevoli costi diretti e indiretti per l'intera società. È caratterizzata da sentimenti di tristezza, sensazione di vuoto interiore e perdita di interesse e piacere. In molti casi, questi sintomi si accompagnano anche a difficoltà nella cura di sé, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali con tendenza all'isolamento, sensi di colpa e auto-svalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e difficoltà di concentrazione.

Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione

frequente e spesso grave. In molti casi si riscontra una sottostima della necessità di curarsi sia da parte delle persone più anziane, che considerano il loro stato psicologico una necessaria conseguenza della loro storia di vita, sia da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione tipica dell'età avanzata.

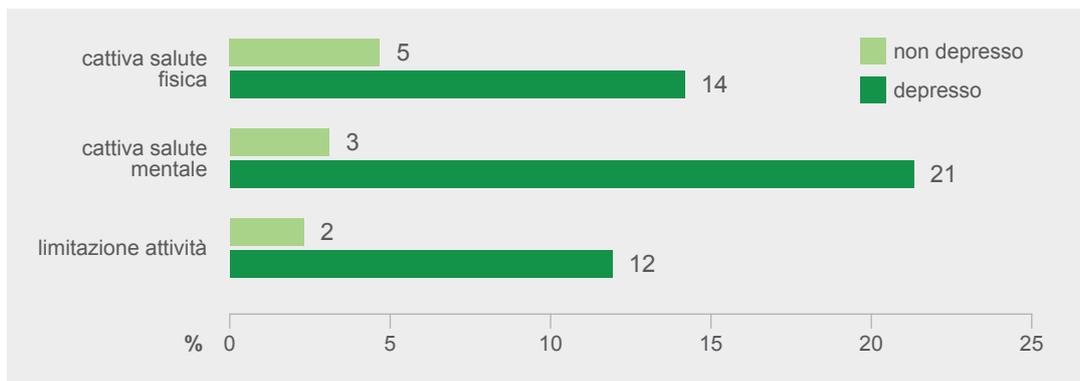
Analogamente alla sorveglianza PASSI, il sistema PASSI d'Argento valuta la presenza dei sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività che si è soliti svolgere) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2).

In Trentino la prevalenza di persone anziane con sintomi che definiscono lo stato di de-

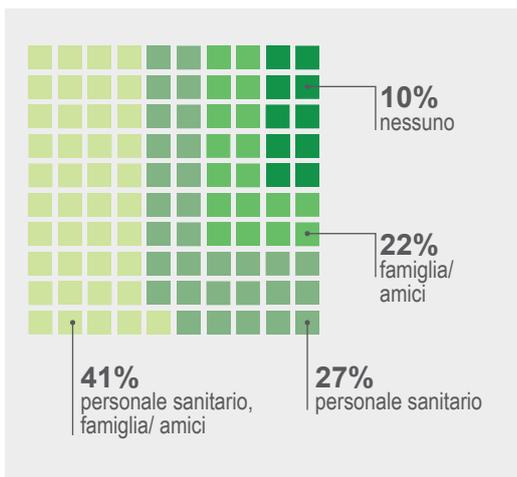


**Figura 22**  
Sintomi di depressione nella popolazione anziana, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche (numeri assoluti e prevalenza).  
PASSI d'Argento 2012

**Figura 23**  
Giorni in cattiva salute e limitazione di attività della popolazione anziana, in provincia di Trento, per sintomi di depressione.  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 24**  
Figura di riferimento per gli anziani con sintomi di depressione, in provincia di Trento.  
PASSI d'Argento 2012



pressione è del 15%, ossia 15.600 anziani. In Italia questa prevalenza è del 21%, significativamente più alta che in provincia di Trento. I sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione [Figura 22 – Nella parte a destra del grafico è rappresentata la prevalenza del fenomeno nel sottogruppo di popolazione, a sinistra la stima del numero assoluto di persone interessate, che dipende sia dalla prevalenza del fenomeno in quel gruppo sia dalla numerosità di quel gruppo nella popolazione].

Analizzando le caratteristiche socio-demografiche e sanitarie attraverso un'analisi multivariata, la presenza di sintomi di depressione è associata in maniera significativa al genere, alla disponibilità economica e alle condizioni di salute. Le prevalenze sono, infatti, maggiori tra le donne, tra persone con

difficoltà economica e tra quelle disabili o a rischio di disabilità.

Solamente il 12% degli anziani con sintomi di depressione ritiene buono il proprio stato di salute, a fronte del 43% degli anziani non depressi.

Inoltre il numero medio mensile di giorni trascorsi in cattiva salute fisica e mentale e il numero medio di giorni con limitazioni di attività è significativamente più alto tra la popolazione anziana con sintomi di depressione [Figura 23].

La grande maggioranza (90%) degli anziani con sintomi di depressione si rivolge a qualcuno: il 27% si rivolge a un medico o a un altro operatore sanitario, il 22% parla con familiari e amici e il 41% parla a entrambi (medici/operatori sanitari e amici/familiari). Il restante 10% non ne parla con nessuno [Figura 24].

### Le prestazioni sanitarie<sup>[5]</sup>: ricoveri, specialistica e consumo di farmaci

Nel corso del 2012 in provincia di Trento sono state 16.342 le persone ultra 64enni che hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero ordinario e 8.950 quelle con un accesso in day hospital, che corrispondono rispettivamente

<sup>[5]</sup> Sono stati considerati i consumi farmaceutici (dedotti dalle prescrizioni del Servizio sanitario provinciale), le richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali e i ricoveri ospedalieri. I dati sono stati elaborati dall'Osservatorio ARNO – Cineca.

Causa del ricovero	N. ricoverati	Spesa media per ricoverato	Degenza media del ricovero (gg)
Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	1.240	5.041	16
Altre malattie del polmone	1.053	5.618	15
Organo o tessuto sostituito con protesi	964	4.184	21
Artrosi	772	10.078	11
Frattura del collo del femore	692	11.712	21
Aritmie cardiache	607	5.891	9
Infarto miocardico acuto	518	10.673	14
Occlusione delle arterie cerebrali	512	5.765	21
Colelitiasi	417	4.644	10
Altre forme di cardiopatia ischemica cronica	356	5.860	18

**Tabella 1**

Prime 10 cause di ricovero tra la popolazione anziana, in provincia di Trento.

Schede di dimissione ospedaliera, 2012

al 15% e all'8% della popolazione anziana residente.

La condizione clinica, che più di frequente ha motivato il ricorso al ricovero in regime ordinario, è stata l'insufficienza cardiaca - scompenso di cuore, coerentemente a quanto riportato dalla letteratura internazionale (nel mondo industrializzato). Essa è definita come la più comune causa di ospedalizzazione, riospedalizzazione e dimissione, la sola cardiopatia con incidenza e prevalenza in costante aumento nel mondo, responsabile di alta morbilità, mortalità e di oneroso carico clinico-assistenziale, in grado di causare e aggravare fragilità e disabilità.

Al secondo posto, fra le cause di ospedalizzazione, si collocano le patologie del polmone, seguite dalla protesica e quindi dalle malattie osteoarticolari e dalle fratture del femore, un importante problema non solo per l'elevata prevalenza, ma soprattutto per le ricadute cliniche, assistenziali e spesso sociali che inevitabilmente sono correlate a tale evento; non da trascurare gli aspetti finanziari, che derivano dalle numerose giornate di ricovero che determinano la più alta degenza media (21 giorni).

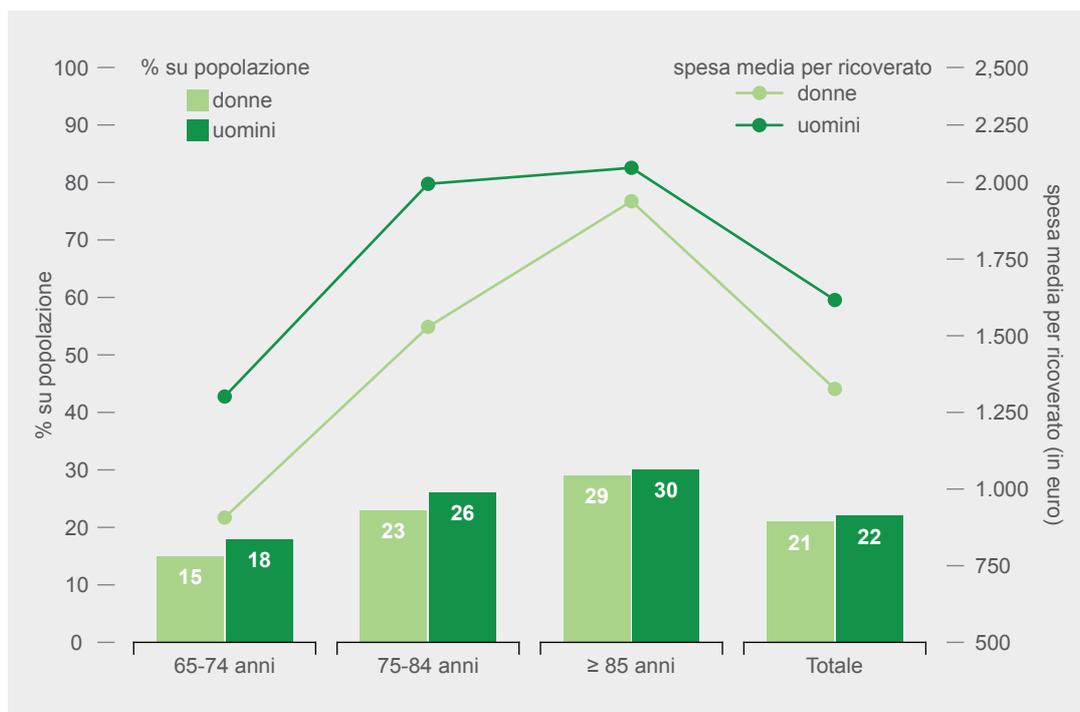
Cinque tra le prime dieci cause di ricovero ordinario [Tabella 1] sono riconducibili al grande capitolo delle patologie cardio e cerebro – vascolari, un altro dato da prendere in considerazione ai fini della pianificazione degli interventi nelle politiche sanitarie.

La percentuale dei ricoveri è leggermente superiore per gli uomini e aumenta, come atteso, con l'incremento dell'età in entrambi i generi.

È interessante notare come la spesa media per i ricoveri negli uomini raggiunga il massimo già nella decade dei 75-84 anni e si mantenga tale nella fascia di età successiva. Diverso è invece l'andamento della spesa per il genere femminile che incrementa linearmente all'aumentare dell'età raggiungendo i valori massimi solo alle età più avanzate, quando i costi medi per ricovero raggiungono quelli degli uomini [Figura 25].

Questo diverso trend di spesa tra i generi si può plausibilmente ricondurre al fatto che negli uomini in età geriatrica prevalgono patologie ad alta letalità (ictus, infarto ecc) che richiedono ricoveri e prestazioni onerosi in termini finanziari, mentre nelle donne sono prevalenti le patologie croniche degenerative disabilitanti, ma gestibili con approcci meno

**Figura 25**  
Percentuale delle persone anziane ricoverate e spesa media per ricoverato, in provincia di Trento, per genere e classe d'età.  
Schede di dimissione ospedaliera, 2012



**Tabella 2**  
Prestazioni specialistiche a cui è ricorso la popolazione anziana, in provincia di Trento, per tipo di prestazione.  
Prestazioni ambulatoriali, 2012

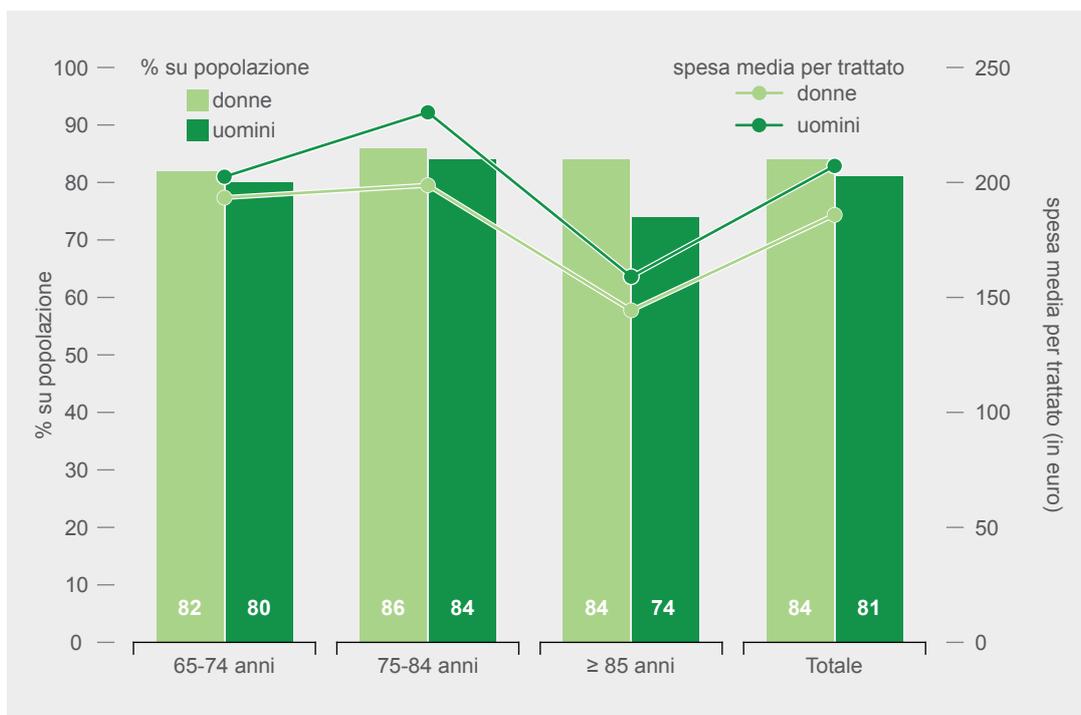
Tipo di prestazione	N. utilizzatori anziani	% anziani che hanno ricevuto la prestazione	spesa media per utilizzatore (in euro)
Visita	69.199	64,0	71
Laboratorio	67.564	62,5	68
Eco	38.930	36,0	86
Radiografia/scintigrafia	34.397	31,8	58
Trattamento	21.922	20,3	26
Intervento	19.976	18,5	86
TAC	9.951	9,2	142
RMN	5.940	5,5	268
Mammografia	4.741	4,4	45
Biopsia	4.391	4,1	63
Riabilitazione	3.135	2,9	15
Altra diagnostica per immagini	1.254	1,2	747

dispendiosi, a conferma di quanto osservato nel paragrafo "La speranza di vita" (pag. 12): le donne vivono più a lungo, ma con diversi anni trascorsi in condizioni di disabilità.

Il ricorso alle prestazioni specialistiche (incluso tra queste le visite specialistiche, gli esami di laboratorio e quelli della

diagnostica per immagine) interessa più di 89.000 anziani (82%) residenti in provincia di Trento, a carico dei quali risulta almeno una delle prestazioni elencate in Tabella 2. Oltre 14.000 di queste prestazioni sono state erogate a grandi anziani (≥85 anni).

Non emergono significative differenze nel



**Figura 26**  
Percentuale delle persone anziane che sono ricorse a una prestazione specialistica e spesa media per trattato, in provincia di Trento, per genere e classe d'età. Prestazioni ambulatoriali, 2012

Gruppo terapeutico	N. trattati anziani	% anziani che hanno ricevuto la terapia	spesa media pro capite (in euro)	N. confezioni pro capite
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	50.142	46,4	63	6,7
Antitrombotici	45.334	41,9	29	4,3
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	40.820	37,8	38	5,7
Antibatterici per uso sistemico	40.771	37,7	11	1,2
Farmaci antiinfiammatori e antireumatici	29.539	27,3	7	0,8
Sostanze modificatrici dei lipidi	27.305	25,3	46	3,0
Betabloccanti	26.563	24,6	12	2,4
Diuretici	24.488	22,6	7	3,0
Calcio-antagonisti	21.637	20,0	18	2,6
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	15.291	14,1	35	0,9

**Tabella 3**  
Farmaci prescritti alla popolazione anziana, in provincia di Trento, per gruppo terapeutico. Farmaceutica e Per conto, 2012

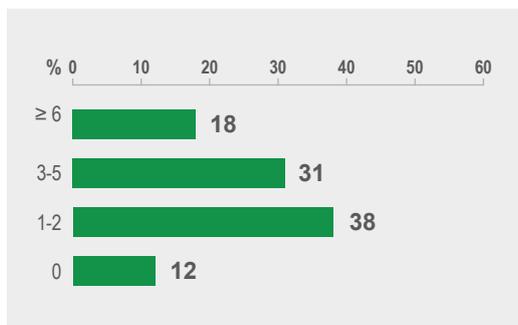
ricorso alle prestazioni specialistiche tra i generi e nelle diverse classi di età [Figura 26]. La spesa media per trattato è superiore negli uomini, per tutte le classi di età, si riduce per entrambi i generi nei grandi anziani. Tale aspetto potrebbe far pensare a una maggiore appropriatezza nell'indirizzare il paziente ultra 84enne alle prestazioni specialistiche.

Nel 2012 oltre 95.000 anziani (88%) hanno beneficiato di almeno una prescrizione farmaceutica, tracciabile nell'ambito del flusso dei consumi farmaceutici (Servizio sanitario provinciale). I 10 farmaci più prescritti nella popolazione anziana rappresentano il 55% delle confezioni e il 67% della spesa [Tabella 3].

**Figura 27**

Prevalenza della popolazione anziana, in provincia di Trento, per numero di farmaci assunti settimanalmente.

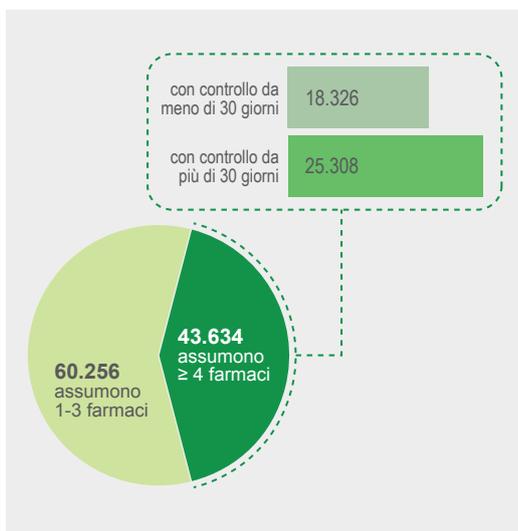
PASSI d'Argento 2012



**Figura 28**

Assunzione di farmaci e verifica (da parte del medico di medicina generale) del loro uso, in provincia di Trento.

PASSI d'Argento 2012



I principi farmacologici maggiormente assunti sono coerenti con i dati epidemiologici relativi ai ricoveri e alle patologie causa di ospedalizzazione.

Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche sono più frequenti i casi di comorbidità e di polifarmacoterapia, con l'assunzione contemporanea di diversi farmaci nell'arco della stessa giornata. La polifarmacoterapia aumenta il rischio di prescrizioni inappropriate e reazioni avverse, inoltre, può determinare una ridotta efficacia dei farmaci a causa della minore compliance.

La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone anziane. La periodica verifica da parte del medico di medicina generale della corretta assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute.

Secondo la sorveglianza PASSI d'Argento, a conferma di quanto registrato dai flussi correnti, l'88% degli anziani trentini fa uso di farmaci, il 38% ricorre a 1-2 farmaci a settimana, il 31% tra 3 e 5 e il 18% assume settimanalmente almeno 6 farmaci diversi [Figura 27].

Il 42% degli anziani prende 4 o più farmaci e i medici non revisionano sufficientemente le terapie

La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni per il 42% degli anziani, circa 18.000 persone, che fanno uso di almeno 4 farmaci (oltre 43.000 persone, pari al 42% degli anziani). Per il restante 58% (oltre 25.000 anziani) questo controllo è avvenuto da oltre un mese [Figura 28]. In particolare, per il 13% di questi anziani da più di sei mesi e per il 28% il controllo non è mai stato fatto.

## Riassunto

In Trentino lo stato di salute e di autonomia degli anziani complessivamente si può giudicare buono: circa sette persone ogni dieci sono in buona salute e una ogni due è autonoma nella gestione delle diverse attività della vita quotidiana.

Una piccola minoranza (8%) non è autonoma nemmeno in attività basilari della vita di tutti i giorni, come spostarsi da una stanza all'altra, andare in bagno, vestirsi, mentre 4 anziani ogni 10 non sono in grado di gestire situazioni più complesse, in particolare quelle che richiedono un certo sforzo fisico come fare la spesa, il bucato, andare fuori casa.

La maggior parte degli anziani è in buona salute, tuttavia circa un terzo di essi è a rischio di fragilità e/o di malattie croniche dovute a comportamenti e stili di vita insalubri.

Praticare attività fisica, avere una dieta equilibrata, non fumare, non consumare alcol o consumarlo moderatamente sono requisiti fondamentali per un invecchiamento in buona salute e attivo.

In provincia di Trento molti anziani adottano sani stili di vita: la metà è normopeso, tutti consumano almeno una porzione di frutta e verdura al giorno, la maggior parte è fisicamente attiva, oltre i due terzi non hanno mai fumato e più della metà non consuma alcolici.

In questo quadro sostanzialmente positivo si osservano però alcune criticità:

- sono ancora pochi gli anziani che mangiano quotidianamente le cinque porzioni di frutta e verdura raccomandate
- circa un quarto della popolazione anziana è consumatore di alcol a maggiore rischio
- i comportamenti a rischio sono caratterizzati da una disuguaglianza sociale e di genere: chi ha difficoltà economiche è a maggior rischio di fumare (12% vs. 5%) e di essere in eccesso ponderale (60% vs. 43%); tra gli uomini si trovano percentuali maggiori di obesi (17% vs. 9%), di sedentari (17% vs. 9%) e di bevitori a rischio (40% vs. 11%).

I problemi legati ai fattori sensoriali (vista e udito) e a una cattiva masticazione possono peggiorare notevolmente la qualità della vita delle persone.

In particolare negli anziani, l'autonomia può risultare compromessa, aumentano le possibilità di cadute, e quindi di fratture, il rischio di perdita di peso e di malnutrizione, crescono, inoltre, i segni di depressione e di disagio e con essi, il rischio di isolamento sociale.

In Trentino una persona anziana su cinque mostra una o più limitazioni. Si osserva un peggioramento con l'età, in quanto tra gli ultra 74enni quasi una persona ogni tre ha almeno una limitazione.

Anche in questo ambito emergono alcuni aspetti problematici:

- la scarsa consapevolezza dell'importanza della salute orale nella popolazione anziana

- il forte svantaggio in termini di isolamento sociale di chi è colpito da problemi uditivi
- disuguaglianze sociali nei problemi di vista (11% di coloro con basso livello di istruzione vs. 6% di coloro con istruzione più elevata) e nelle difficoltà della masticazione (11% di chi ha difficoltà economiche vs il 5% di chi non ne ha)
- ne consegue la necessità di promuovere interventi di sanità pubblica al fine di ridurre i costi sociali ed economici associati a queste condizioni.

Le cadute delle persone anziane e i traumi che spesso ne conseguono sono la causa di una parte importante del carico di malattie e disabilità che colpisce gli anziani e un considerevole fattore di rischio che predispone a sviluppare fragilità.

In provincia di Trento, come in Italia, circa un anziano ogni 8 è caduto nell'ultimo mese; maggiormente a rischio sono le donne, gli anziani con difficoltà economiche e quelli disabili/a rischio di disabilità.

Le evidenze scientifiche indicano che molti episodi di caduta sono prevenibili e che molte misure di prevenzione hanno un buon rapporto costi-benefici o addirittura fanno risparmiare se sostenuti da politiche pubbliche.

Sono necessarie azioni volte a:

- aumentare la consapevolezza dell'insieme della popolazione circa i fattori di rischio
- realizzare programmi di prevenzione efficaci basati sull'esercizio fisico, la fisioterapia e la rieducazione all'equilibrio
- creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole attraverso interventi di bonifica dei rischi
- migliorare l'accesso alle misure di prevenzione per i gruppi ad alto rischio
- realizzare interventi di valutazione dei farmaci assunti (azione che ha dimostrato di essere di massima efficacia a livello di comunità)
- migliorare la formazione dei prestatori di cure informali nell'ambito della comunità.



In Trentino la prevalenza di anziani che accusano sintomi riferibili allo stato di depressione è più bassa di quella media nazionale, tuttavia il 15% degli anziani presenta tali sintomi.

Le prevalenze sono più alte tra gli anziani con difficoltà economiche e tra i disabili/a rischio di disabilità.

Gli interventi di sanità pubblica devono essere indirizzati a:

- ridurre lo stigma sociale nei confronti dei problemi di salute mentale
- aumentare le conoscenze sulle modalità e possibilità di aiuto
- diminuire la solitudine e l'isolamento promuovendo un ruolo attivo delle persone anziane nella comunità, con il rafforzamento del volontariato e il miglioramento delle relazioni intergenerazionali.

Nel 2012 il 15% degli anziani trentini ha avuto almeno un ricovero ordinario, l'8% almeno un accesso in day hospital. Le principali cause di ricovero sono le patologie cardio e cerebrovascolari, seguite da quelle polmonari e dalle fratture del femore.

La grande maggioranza della popolazione anziana (82%) è ricorsa a prestazioni specialistiche (visite, esami di laboratorio e di diagnostica per immagine) senza particolari differenze di età e di genere.

L'88% degli anziani fa uso di farmaci, un anziano ogni cinque prende settimanalmente almeno 6 farmaci diversi.

Risulta scarsa la verifica, da parte dei medici di medicina generale, della corretta assunzione della terapia farmacologica, anche verso quegli anziani trattati con polifarmacoterapia. Inoltre, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, potrebbe essere opportuno individuare una serie di farmaci/associazioni di farmaci traccianti e confrontarne l'utilizzo da parte dei singoli prescrittori.

Per contenere la spesa e migliorare la qualità dell'assistenza è opportuno puntare principalmente sul miglioramento delle prescrizioni

dei farmaci e sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri, sia attraverso la prevenzione e la promozione della salute nell'ambito dell'invecchiamento attivo, sia attraverso un maggiore rafforzamento dei servizi assistenziali a livello territoriale (dimissioni protette ecc).

invecchiamento attivo  
terza colonna

**Sicurezza**



*Fattori di natura sociale, economica e culturale come istruzione, occupazione, reddito, ambiente in cui si vive, risorse presenti nella comunità, contribuiscono a determinare il contesto in cui le persone nascono, crescono, vivono e invecchiano, nonché le loro condizioni di salute.*

*Questi fattori sono associati a quasi tutti gli indicatori di salute quindi la loro descrizione è utile a fornire l'immagine dell'esistente e consente di cogliere eventuali spunti per interventi di promozione della salute.*

## L'accessibilità dei servizi

La facilità di accesso a servizi di qualità è un aspetto fondamentale per una società che intende garantire ai suoi cittadini pari opportunità di raggiungimento di uno standard minimo di benessere.

L'inadeguata disponibilità di servizi pubblici colpisce particolarmente chi non ha risorse sufficienti per ricorrere ad alternative e aumenta il rischio di povertà e di esclusione. La disponibilità e la facilità di accesso ai servizi rappresenta uno degli strumenti di redistribuzione e di superamento delle disuguaglianze.

Spostarsi con facilità sul territorio è uno dei requisiti per rendere più o meno accessibili i servizi, un aspetto particolarmente valido per le persone anziane.

Il grado di efficienza della mobilità urbana è determinato dalle infrastrutture, che condizionano il traffico, e dal parco veicoli destinato al trasporto pubblico locale.

Un indicatore che misura il servizio di trasporto pubblico erogato è l'offerta di posti-chilometro<sup>[1]</sup> che sintetizza la dotazione di veicoli, l'estensione della rete e la frequenza

del servizio. I dati sono disponibili per i comuni capoluogo di provincia che offrono, in media, circa 4.700 posti-km per abitante. [Figura 1]

Il Comune di Trento offre circa 4.500 posti-km per abitante, quindi ogni abitante del Comune di Trento ha a sua disposizione un posto su un mezzo pubblico per viaggiare per 4.500 km in un anno.

Pochi anziani, circa uno su sei, in provincia di Trento, hanno difficoltà a raggiungere il medico di famiglia, la farmacia o il negozio di alimentari, ossia servizi che solitamente sono presenti anche nei paesi più piccoli del Trentino e quindi raggiungibili anche a piedi.

La quota di anziani sale a uno su cinque se si considerano le difficoltà a raggiungere i supermercati o i centri commerciali e i servizi dell'Azienda sanitaria, trattandosi, questi, di servizi che per molti trentini prevedono uno spostamento motorizzato [Figura 2].

**Figura 1**  
Offerta di posti-km per abitante delle reti di trasporto pubblico nei capoluoghi di provincia.  
ISTAT 2011

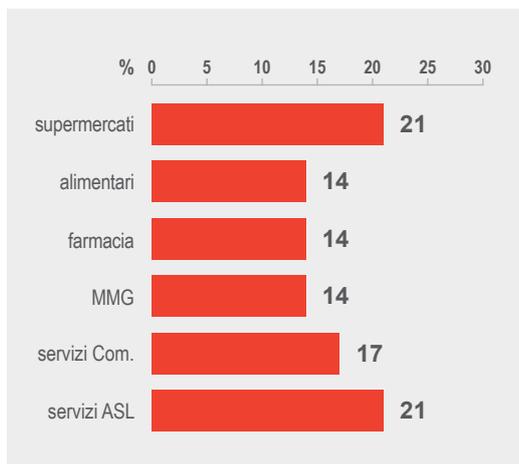


<sup>[1]</sup> I posti-chilometro misurano il numero di posti disponibili per la popolazione sui mezzi di trasporto pubblico nell'arco dell'anno moltiplicato per i km percorsi.

**Figura 2**

Prevalenza di persone anziane con difficoltà di spostamento, in provincia di Trento, per servizi da raggiungere.

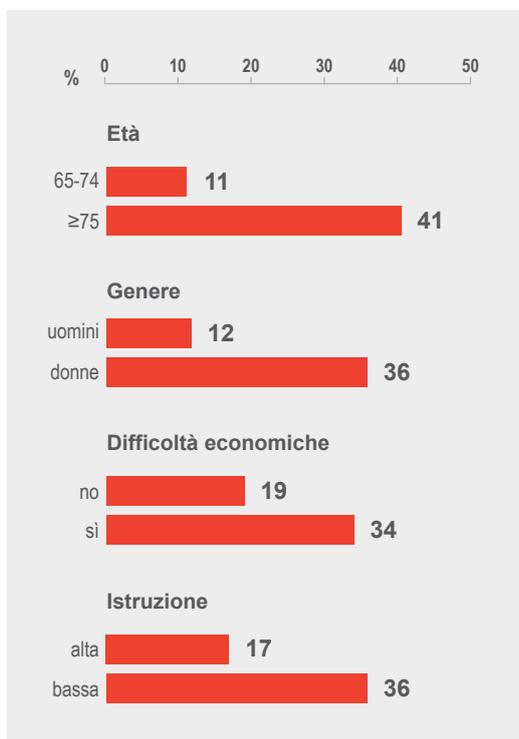
PASSI d'Argento 2012



**Figura 3**

Prevalenza di persone anziane con difficoltà a raggiungere alcuni servizi, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche.

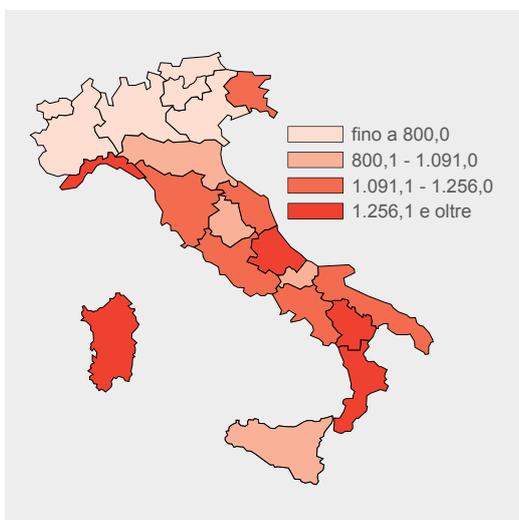
PASSI d'Argento 2012



**Figura 4**

Prevalenza di persone denunciate all'autorità giudiziaria per le quali è iniziata l'azione penale (per 100.000 abitanti), per regione in cui è stato commesso il reato più grave.

ISTAT 2010



La situazione degli anziani trentini è da considerarsi abbastanza soddisfacente, in particolare se confrontata con la condizione media nazionale per cui sono in difficoltà ad accedere ai diversi servizi essenziali circa tre anziani ogni 10.

Considerando "in condizione di disagio" l'anziano che ha difficoltà a raggiungere anche uno solo dei servizi elencati in Figura 2, risulta che circa un trentino anziano ogni quattro vive questo disagio, vale a dire 27.000 anziani.

Le difficoltà sono assai disomogenee a seconda delle caratteristiche dell'anziano stesso: sono maggiormente penalizzati i più anziani, le donne, chi ha difficoltà economiche e chi ha un livello di istruzione basso [Figura 3].

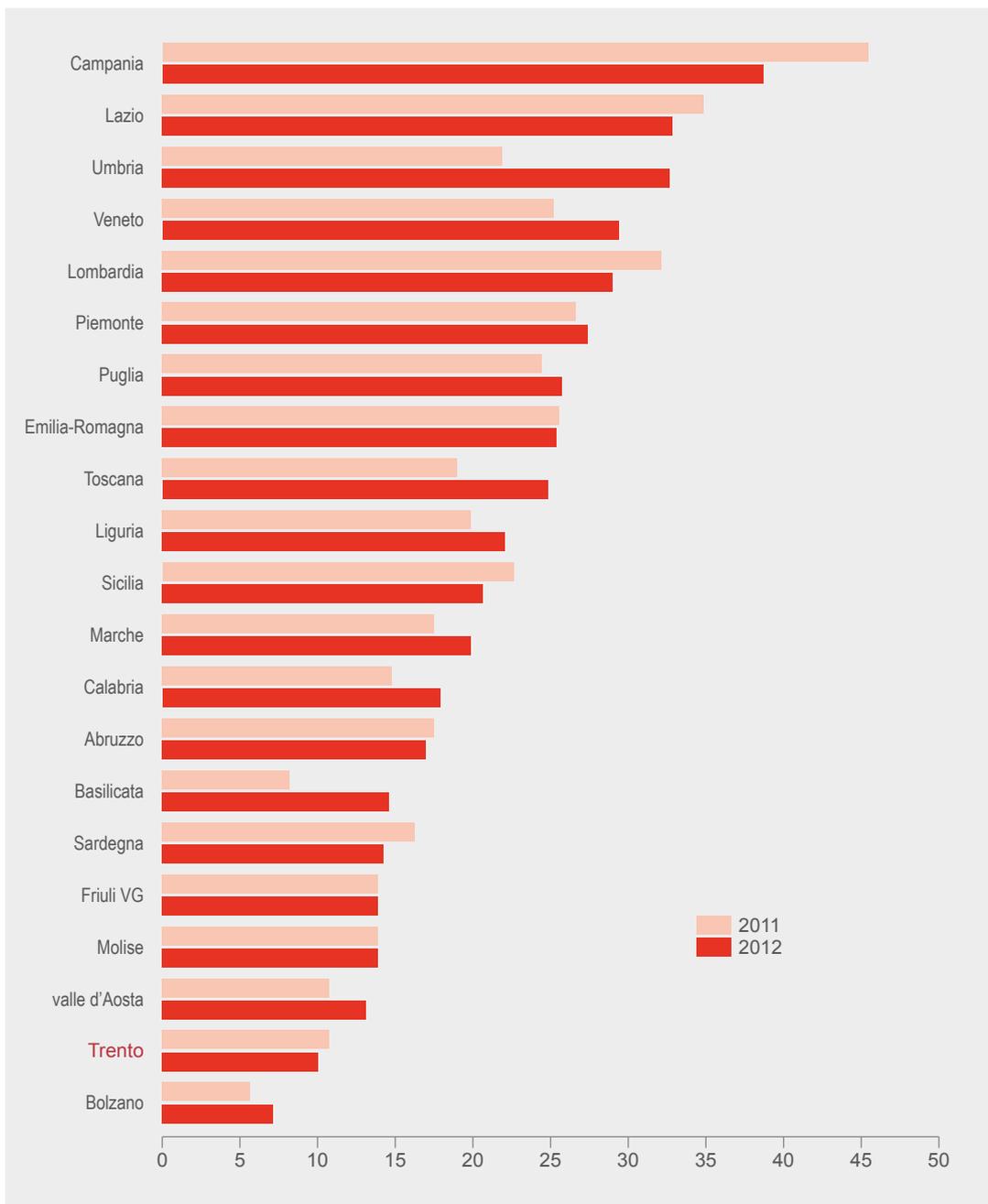
## La criminalità

Il benessere di una collettività è certamente correlato al clima di serenità e al senso di sicurezza degli individui che ne fanno parte. Una delle minacce maggiori per la sicurezza personale è rappresentata dalla presenza della criminalità nelle sue molteplici forme.

Il fenomeno della criminalità riguarda tutte le realtà territoriali italiane, comprese quelle di maggior benessere sociale e economico. Il contesto italiano è fortemente differenziato sotto il profilo territoriale: nel 2010 il tasso delle persone denunciate per le quali inizia l'azione penale, con riferimento al luogo del reato commesso, varia da 763 (per 100.000 abitanti) del Nord Ovest a 1.224 del Mezzogiorno [Figura 4].

In Trentino l'azione penale è stata avviata per 799 persone (per 100.000 abitanti), valore più basso sia della media italiana, che dell'intero al Nord Est (824), tuttavia più alto di molte realtà del Nord.

La percezione che le famiglie hanno del rischio di criminalità nella zona in cui abi-



**Figura 5**  
Prevalenza di famiglie che dichiarano la presenza di rischio di criminalità nella zona in cui vivono (per 100 famiglie), per regione. ISTAT 2011-2012

tano condiziona la loro qualità della vita complessiva.

Nel 2012, il 26% delle famiglie italiane dichiara la presenza di problemi di questo tipo. Il confronto con il 2011 mostra una sostanziale stabilità nella percezione del rischio di criminalità. A livello regionale i valori più elevati sono raggiunti in Campania (39%), nel Lazio e in Umbria (33%), in tutte le altre regioni la percentuale è inferiore al 30%. Le famiglie trentine si sentono sicure; 9 famiglie su 10 ritengono, infatti, che la zona in

cui vivono non sia a rischio di criminalità. Solamente la provincia di Bolzano si trova in una situazione migliore [Figura 5].

Le famiglie e gli anziani trentini si sentono sicuri

La percezione di vivere in un quartiere sicuro è un'impressione comune alla quasi totalità degli anziani trentini. Il 95% degli ultra 64enni ritiene, infatti, il quartiere in cui vive sicuro o abbastanza sicuro.

## La situazione economica

«Le politiche favorevoli a un invecchiamento attivo devono inserirsi in un insieme più vasto di azioni volte a ridurre la povertà in ogni età. Se i poveri, in qualsiasi età, sono più esposti al rischio di malattia e di disabilità, le persone anziane sono particolarmente vulnerabili.»

(OMS, *Invecchiare restando attivi. Quadro d'orientamento*)

### Il benessere economico

Secondo i sistemi di monitoraggio PASSI e PASSI d'Argento il 6% dei trentini adulti ha molte difficoltà economiche, il 29% qualche difficoltà e il 65% nessuna difficoltà. Il quadro del benessere economico mostra delle peculiarità legate all'età delle persone [Figura 6].

Sono gli adulti tra i 35 e i 49 anni ad avere le situazioni più difficili: tra essi il 9% vive con molte difficoltà economiche e il 33% con qualche difficoltà. La situazione migliora con il crescere dell'età, per peggiorare, però, nelle età più anziane (a partire dai 75 anni).

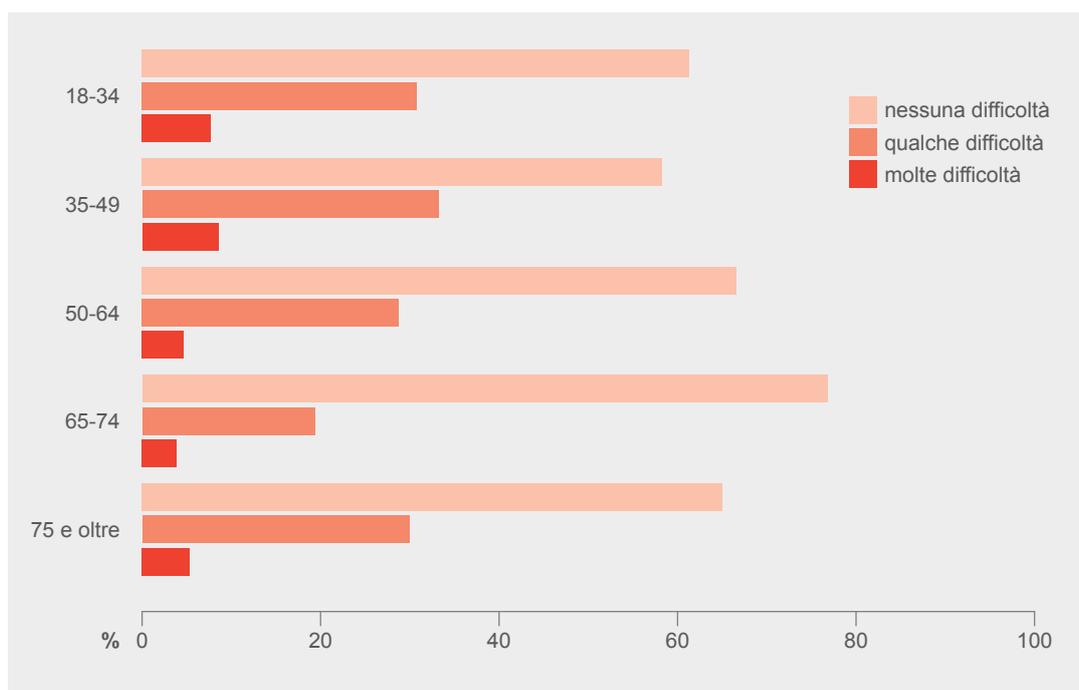
Sono le persone tra i 65 e i 74 anni ad avere meno difficoltà economiche: ben 8 anziani

su 10 (77%) non denunciano difficoltà e solamente il 4% presenta molte difficoltà; ciò può essere spiegato, almeno in parte, dal progressivo ingresso in questa fascia d'età di coorti con titoli di studio più elevati e con una storia contributiva migliore.

A partire dai 75 anni la situazione peggiora diventando più simile a quella dei giovani tra i 18 e 34 anni. La prevalenza di persone senza difficoltà economiche scende al 65%, mentre sale al 30% quella di persone con qualche difficoltà.

Anche in Trentino, dunque, seppure con le proporzioni dovute a una delle situazioni migliori d'Italia, si osserva la tendenza nazionale per cui gli anziani tra i 65 e i 74 anni si trovano in una situazione relativamente buona, anche nell'attuale periodo di crisi, mentre a partire dai 75 anni diventano una fascia di popolazione debole, anche a rischio di povertà, soprattutto quando si tratta di donne e di persone con bassi livelli di istruzione e quindi

Le situazioni economiche più difficili si segnalano tra i giovani e negli anziani di 75 o più anni



**Figura 6**

Prevalenza di popolazione adulta, in provincia di Trento, per età e benessere economico. PASSI, PASSI d'Argento 2012

con pensioni di importo ridotto oppure quando si tratta di anziani che vivono con i figli e/o i nipoti e la pensione rappresenta la fonte di reddito principale di tutta la famiglia.

### Le risorse economiche: la pensione

Per la maggior parte delle persone anziane la pensione rappresenta la principale risorsa economica.

Secondo gli ultimi dati INPS disponibili (anno 2010), i pensionati di età superiore ai 64 anni e residenti in provincia di Trento sono 96.644 (il 95% della popolazione anziana), in media ognuno di essi percepisce 16.004 euro all'anno, tenuto conto che, in alcuni casi uno stesso pensionato può contare anche su più di una pensione. In Italia lo stesso anno, l'importo medio del reddito pensionistico annuo per gli ultra 64enni è pari a 15.766 euro.

Le donne rappresentano il 57% dei pensionati (55% in Italia) in virtù di una maggior longevità, ma questo non si traduce in coefficienti di pensionamento (rapporto tra il numero di pensionati di una determinata età e la popolazione residente della stessa età)

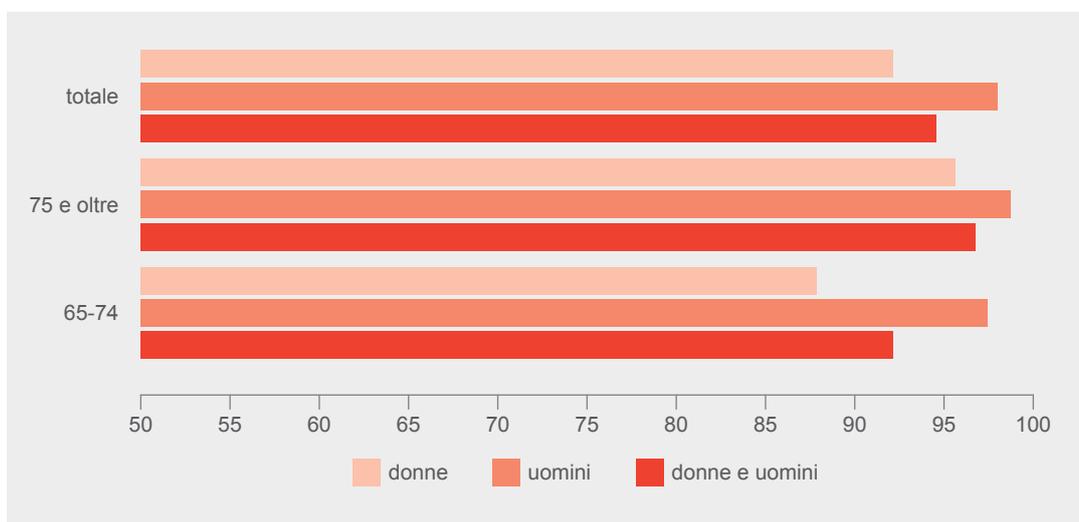
più elevati, che al contrario sono più bassi di quelli degli uomini [Figura 7].

La differenza di genere non si rileva esclusivamente nell'estensione della popolazione coperta da un qualche tipo di prestazione pensionistica, ma anche dall'entità dell'assegno percepito.

Sebbene le donne rappresentino la quota maggioritaria sul totale dei pensionati (57%), gli uomini percepiscono il 53% dei redditi pensionistici: l'importo medio dei trattamenti percepiti dalle donne è, infatti, circa il 65% di quello degli uomini.

L'importo medio per gli uomini sfiora i 20.000 euro all'anno, per le donne supera di poco i 13.000 euro, con una differenza, dunque, di quasi 7.000 euro annui (574 euro al mese). La differenza diventa ancora più importante per la classe d'età 65-74 anni per cui la disparità di importi supera i 9.000 euro all'anno, pari a oltre 750 euro al mese [Tabella 1].

Queste differenze sono ascrivibili in parte alle differenze di genere per tipologia di pensioni (la grande maggioranza delle pensioni

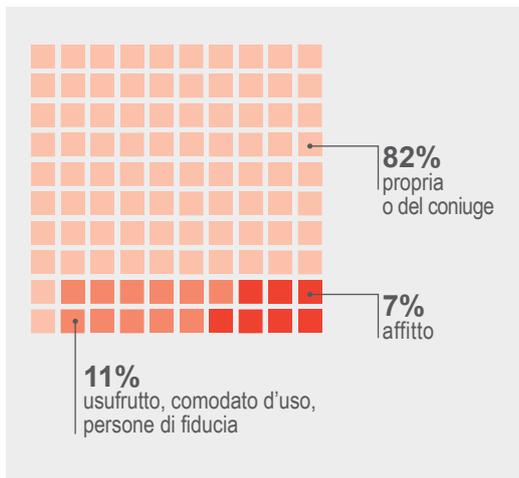


**Figura 7**  
Coefficiente di pensionamento, in provincia di Trento, per età e genere. INPS 2010

età	uomini		donne	
	pensionati	importo medio	pensionati	importo medio
65-74	23.225	20.991	23.567	11.930
75 e oltre	18.194	18.605	31.658	13.885
totale	41.419	19.943	55.225	13.050

**Tabella 1**  
Pensionati e importo medio annuo del reddito pensionistico, in provincia di Trento, per genere e età. INPS 2010

**Figura 8**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per proprietà della casa.  
PASSI d'Argento 2012



maschili sono di vecchiaia, così non è per le donne per le quali in buona parte si tratta di pensioni di reversibilità e quindi una quota della pensione del coniuge) e in parte alle differenze all'interno della stessa tipologia di pensione (ad esempio gli importi medi delle pensioni di vecchiaia degli uomini sono nettamente più elevati di quelli delle donne, a sottolineare le diverse carriere lavorative che caratterizzano i percorsi di vita di uomini e donne).

### Le risorse economiche: la casa

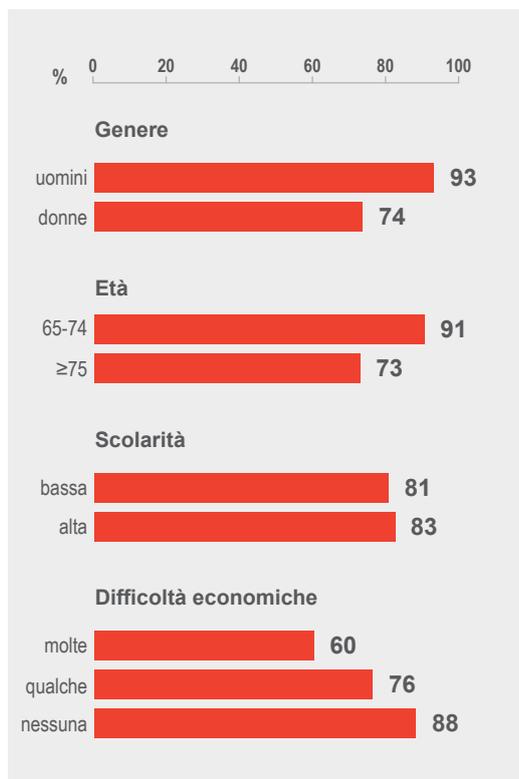
La proprietà dell'abitazione di residenza rappresenta la principale componente della ricchezza delle famiglie italiane.

In Italia la quota di famiglie che vivono in abitazioni di proprietà (72%) è superiore a quella osservata nell'Area euro (67%): ciò garantisce alle famiglie una solidità patrimoniale, pur determinando un mercato degli affitti relativamente limitato, caratterizzato da elevati canoni medi, che gravano soprattutto sulle famiglie con un reddito più modesto rispetto a quello dei proprietari di abitazioni.

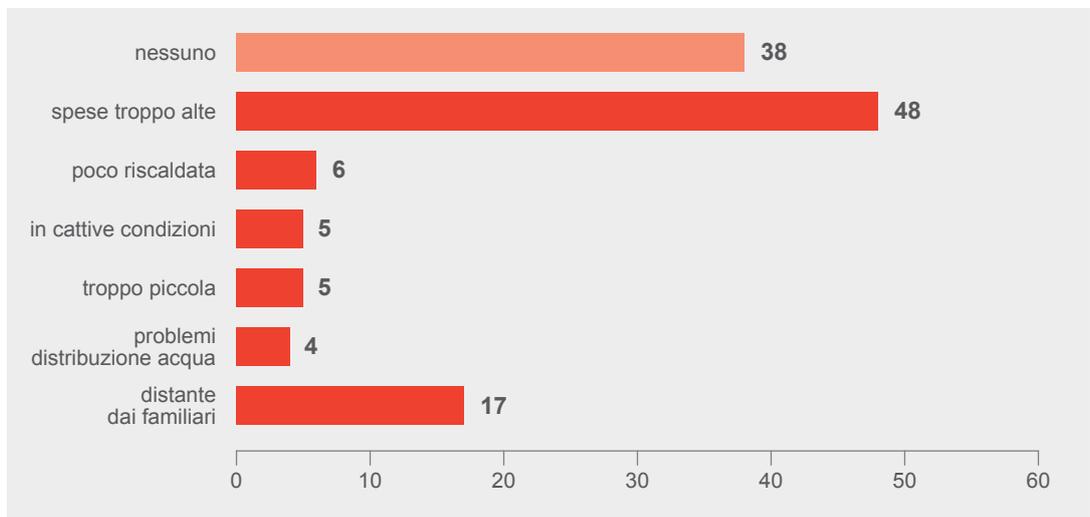
In Trentino oltre 8 persone con 65 anni e più su 10 (82%; 78% in Italia) vivono in casa propria o del coniuge, l'11% vive in case di persona di fiducia o in abitazioni in usu-

In Trentino circa 8 anziani su 10 vivono in case di loro proprietà

**Figura 9**  
Prevalenza di persone anziane che vivono in abitazione propria, in provincia di Trento, per caratteristiche socio-economiche.  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 10**  
Prevalenza dei problemi dell'abitazione di persone anziane, in provincia di Trento.  
PASSI d'Argento 2012



frutto o comodato d'uso e solamente il 7% paga un affitto (11% in Italia) [Figura 8].

Vivere in una casa di proprietà (o del coniuge) è una condizione molto diffusa tra i trentini ultra 64enni ed è ancora più frequente per gli uomini, per chi ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e per chi non ha difficoltà economiche [Figura 9].

Il 38% degli anziani trentini vive in case senza particolari problemi (25% in Italia), d'altro canto circa la metà ritiene che le spese per l'abitazione siano troppo elevate. In pochi vivono in case poco riscaldate, in cattive condizioni o troppo piccole [Figura 10].

## La famiglia

Ancora oggi in Italia il benessere degli anziani è legato all'ambiente familiare in cui vivono: la famiglia continua a svolgere la primaria azione di cura e di assistenza dell'anziano rappresentando l'elemento essenziale per una qualità di vita soddisfacente.

Proprio nell'ambito familiare, l'anziano ha la possibilità di continuare a esercitare un ruolo attivo con uno scambio di esperienze e di disponibilità di tempo.

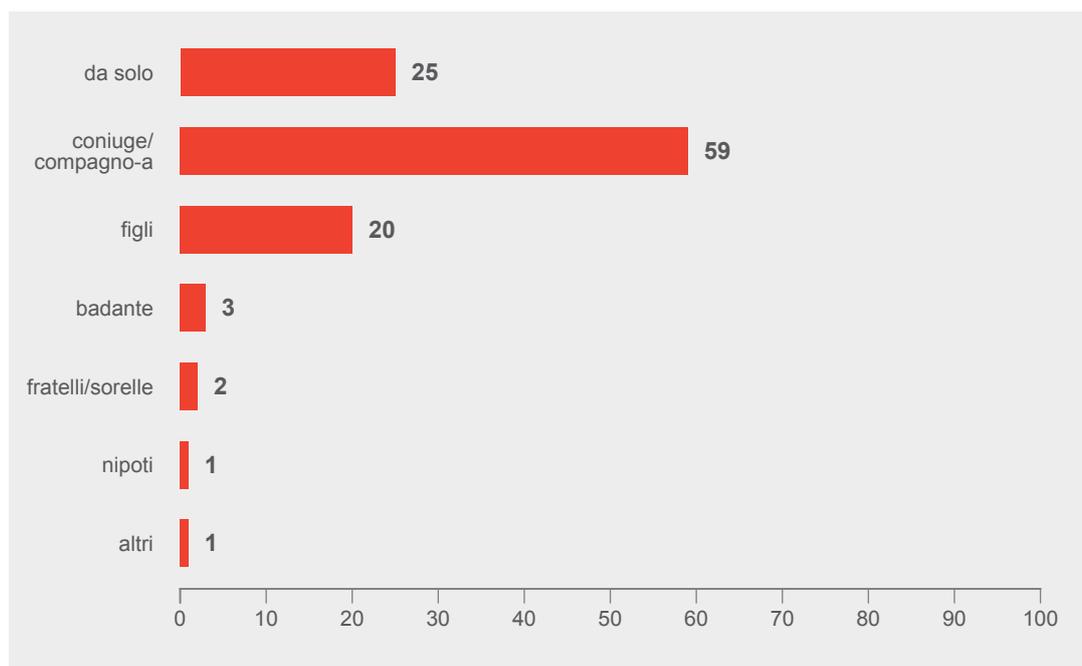
Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili (Famiglia in cifre, anni 2008-2009) un terzo delle famiglie trentine conta almeno un anziano di 65 anni e più (32%; 37% in Italia), quelle con almeno un anziano ultra 74enne sono il 16% (19% in Italia). Una su cinque (23%), invece, sono le famiglie composte da soli anziani di almeno 65 anni, in Trentino come in Italia, e una ogni dieci (10%; 12% in Italia) è costituita da soli anziani di 75 anni e più.

I dati PASSI d'Argento sono in linea con i dati ISTAT: un quarto dei trentini con almeno 65 anni vive da solo (nucleo monocomponente), il 21% in Italia. Indipendentemente dalla convivenza con altre figure oltre la metà vive con il coniuge (59%) e uno su cinque vive con figli (20%). È poco frequente la convivenza con una badante (3%), con fratelli (2%) oppure con altre persone [Figura 11].

Circa un anziano su 6 (17%) reputa di abitare troppo lontano dai propri familiari.

La maggioranza degli uomini (83%) vive ancora con la propria compagna, questo succede per meno della metà (41%) delle donne che in oltre un caso su tre (36%) vive da sola [Figura 12].

Poco più della metà (54%) degli anziani trentini riceve nella vita quotidiana una



**Figura 11**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per convivenza. PASSI d'Argento 2012

qualche forma di aiuto o di assistenza (51% in Italia): dal supporto nei lavori domestici, come fare la spesa, cucinare, pulire la casa, al disbrigo di pratiche burocratiche, alle azioni che la persona deve fare quotidianamente come l'igiene personale, la deambulazione, l'alimentazione ecc.

Negli aiuti ricevuti dagli anziani ha preponderanza il ruolo dei familiari (89%): il coniuge, la prima persona su cui fare affidamento, i figli, uno dei principali punti di riferimento, ma anche altri familiari non conviventi: fratelli, nipoti ecc.

Anche le reti amicali e di vicinato forniscono un buon supporto (20%), spesso decisive in chiave relazionale contribuendo a ampliare le interazioni dell'anziano e a arricchire il suo tessuto sociale di riferimento. Circa un anziano su cinque riceve aiuto/assistenza da una badante. Meno diffuso, invece, è il ricorso all'aiuto fornito dal servizio pubblico,

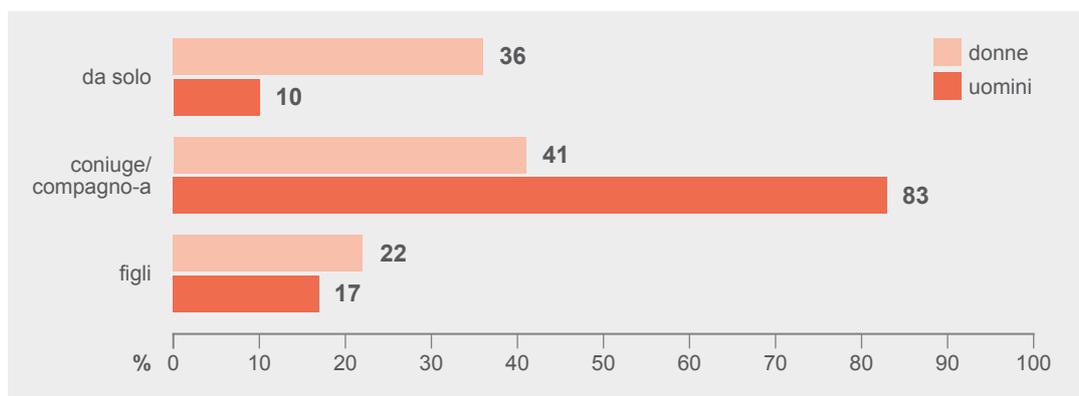
come operatori dell'Azienda sanitaria o del comune, e, ancor meno, a quello del volontariato [Figura 13].

L'aiuto ricevuto è reputato sempre almeno sufficiente, nella maggior parte dei casi buono (78%).

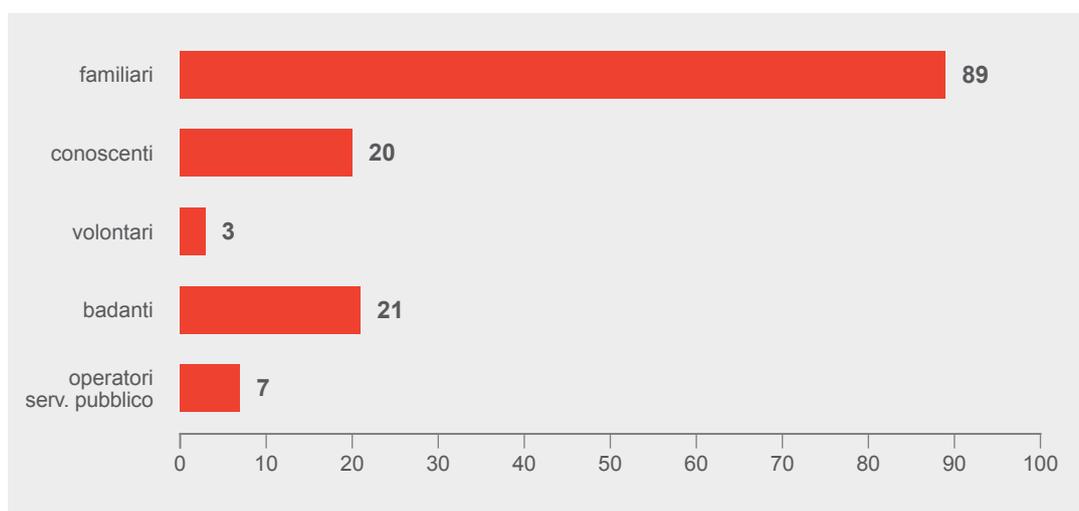
In una situazione di allungamento della vita (e della vita in buona salute) e di profonda trasformazione della famiglia, gli anziani spesso non sono solo i riceventi di aiuto, ma anche i portatori. Perciò essi possono essere percepiti dalla società non solo in termini di onere sociale, ma anche come risorsa per la comunità stessa.

In provincia di Trento, analogamente a quanto si verifica in Italia, circa un terzo degli anziani svolge un ruolo attivo nel supporto e nella cura di familiari e/o altre persone, conviventi e non: congiunto, nipoti, figli, amici ecc. In particolare il 23% presta spesso aiuto a persone conviventi, il 18% a non conviventi.

**Figura 12**  
Prevalenza di persone anziane, in provincia di Trento, per convivenza e genere.  
PASSI d'Argento 2012



**Figura 13**  
Prevalenza di persone anziane che ricevono una forma di aiuto, in provincia di Trento, per figura che fornisce l'aiuto.  
PASSI d'Argento 2012



## Riassunto

Dal punto di vista del contesto di vita la situazione trentina appare sostanzialmente positiva. I servizi essenziali, tra cui il medico di famiglia, gli alimentari, il comune, la farmacia, risultano abbastanza accessibili anche alla popolazione anziana.

Vanno però segnalate le difficoltà di accesso di una parte di popolazione (quella più anziana, con scarse risorse economiche e culturali) che possono compromettere la qualità di vita di queste persone.

Il fenomeno della criminalità è marginale e la percezione del rischio della persone riflette una situazione di tranquillità: la quasi totalità dei trentini ritiene di vivere in un luogo sicuro.

Al fine del benessere complessivo, le risorse economiche sono il mezzo indispensabile con cui un individuo riesce a sostenere un dignitoso standard di vita.

In questi termini la situazione in Trentino è ancora soddisfacente, in particolare per la popolazione anziana. Il 71% di essa, infatti, non denuncia alcuna difficoltà economica (rispetto al 42% della media italiana) e solamente il 7% vive in una casa in affitto (11% in Italia).

All'interno di una cornice mediamente migliore di quella nazionale, si ritrovano, però, le stesse dinamiche che si osservano nel resto del paese.

L'analisi del benessere economico, infatti, non può limitarsi a considerare esclusivamente i livelli medi dei vari indicatori, ma deve tenere conto di come le risorse sono ripartite tra i cittadini.

Anche in Trentino c'è una parte di popolazione anziana in condizioni tali da limitare o addirittura impedire il conseguimento di uno standard di vita accettabile, in particolare tra le persone ultra 74enni, che presentano più problemi economici in generale e hanno maggiore difficoltà a vivere in una casa di proprietà, e tra le donne che hanno redditi pensionistici ridotti di 1/3 rispetto agli uomini.

L'invecchiamento della popolazione ha portato dei mutamenti nella composizione delle famiglie: cresce il numero di famiglie con almeno un anziano, cresce il numero di quelle composte da soli anziani e cresce il numero di anziani (in particolare donne) che vivono da soli.

La famiglia, come da tradizione, assume un ruolo primario nell'assistenza dell'anziano; circa la metà degli anziani trentini riceve una qualche forma di aiuto, nella maggior parte dei casi proprio da un familiare.

Nel contempo, però, la famiglia svolge anche una funzione fondamentale nel cambio di prospettiva della figura dell'anziano, non più (o non solo) destinatario di cure, ma preziosa risorsa nel supporto dei familiari stessi. In Trentino sono circa un terzo gli anziani che prestano il loro aiuto a familiari, amici e conoscenti.



# **Riassunto e conclusioni**



Das Alter ist ein höflich' Mann:  
Einmal über's andre klopft er an;  
Aber nun sagt niemand: "Herein! "  
Und vor der Türe will er nicht sein.  
Da klinkt er auf, tritt ein so schnell,  
Und nun heißt's, er sei ein grober Gesell.

*J.W. Goethe*<sup>[1]</sup>

Esser vecchi è estremamente impopolare. Non ci si rende conto che il «non poter invecchiare» è cosa da deficienti, come lo è il non poter uscire dall'infanzia.

*C.G. Jung*

L'aspettativa di vita in Trentino è aumentata notevolmente negli ultimi 30 anni. Oggi un uomo di 65 anni può aspettarsi di vivere ancora circa 20 anni (6 anni in più rispetto agli anni '80), una donna oltre 23 anni (5 anni in più rispetto agli anni '80). Con tassi di natalità costanti nel tempo questa conquista ha comportato un progressivo invecchiamento della popolazione: attualmente in Trentino una persona ogni cinque ha più di 64 anni e tra queste la metà ne ha più di 74.

L'aumento del numero di anziani significa anche un incremento del numero di persone colpite da problemi di salute, che sono più diffusi nelle età più avanzate (tumori, fratture dell'anca, demenza, malattie cardiovascolari, diabete) e un aumento della complessità assistenziale dovuto alla multimorbidità e alle relative terapie farmacologiche. Non sorprende quindi che di fronte a questo fenomeno, denominato da alcuni lo "tsunami d'argento", si sollevino interrogativi preoccupati sulla tenuta del sistema sanitario. Tuttavia questi allarmismi sembrano fuori luogo per una

serie di motivi. Secondo il *Lancet*<sup>[2]</sup> l'impatto dell'invecchiamento non sarà né trascurabile, né allarmante. In ogni caso le previsioni catastrofiste non sarebbero giustificate perché sono altri i fattori, soprattutto quelli legati allo sviluppo di tecnologie sanitarie, a incidere maggiormente sulla spesa sanitaria e non il numero di anziani nella popolazione. Inoltre la prossimità alla morte incide più dell'età sulla spesa sanitaria e questi costi diminuiscono con l'aumentare dell'età alla morte (più si è anziani all'età della morte minore è la spesa sanitaria associata). L'Unione Europea<sup>[3]</sup> prevede per l'Italia per il 2060 un aumento della spesa sanitaria dovuto all'invecchiamento dell'1,1% in percentuale sul PIL (1,3% di quella per lunga degenza). Nell'ipotesi di un aumento degli anni vissuti in buona salute proporzionale all'aspettativa di vita si stima che questo aumento sarà dimezzato.

Alle politiche sanitarie, sociali e economiche si impongono quindi due obiettivi fondamentali: 1) il contrasto alla svalorizzazione dell'invecchiamento e degli anziani e 2) la promozione della salute e la strategia dell'invecchiamento attivo. L'invecchiamento attivo è un concetto sviluppato dall'Organizzazione mondiale della sanità che andando oltre agli aspetti di assistenza definisce "un processo che ottimizza le opportunità di buona salute, partecipazione e sicurezza al fine di aumentare la qualità della vita durante la vecchiaia". Ovviamente l'invecchiamento attivo non riguarda solo l'età avanzata. Per essere efficaci gli interventi devono seguire un approccio che abbraccia l'intero arco della vita, altrimenti ci si troverà sorpresi dall'ingresso "screanzato" della

<sup>[1]</sup> La vecchiaia è una persona garbata / che bussa e ribussa alla porta; / ma ora nessuno le dice: Avanti! / e fuori dell'uscio non ci vuole stare. / Allora apre lei stessa, entra di volata, / e adesso si dice che è screanzata.

<sup>[2]</sup> Bernd Rechel, Emily Grundy, Jean-Marie Robine, Jonathan Cylus, Johan P Mackenbach, Cecile Knai, Martin McKee, "Ageing in the European Union", *The Lancet*, Vol 381, April 13, 2013.

<sup>[3]</sup> European Commission. *2009 Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060)*. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/2012-ageing-report\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm)

vecchiaia descritta da Goethe nella poesia posta in epigrafe. In tal senso è essenziale la promozione della salute in tutte le politiche (con un approccio di governo integrale) con interventi sui determinanti socio-economici della salute e sugli stili di vita. Visto in questi termini l'invecchiamento non è un dramma né a livello personale, né a livello collettivo, ma un trionfo che rappresenta anche una sfida alla quale solo persone e comunità immature tendono a sottrarsi, come ci ricorda C.G. Jung.

In Trentino la situazione relativa alle tre colonne portanti del processo di invecchiamento attivo (partecipazione, salute e sicurezza) è molto buona, soprattutto se messa a confronto con la media italiana. Il livello di istruzione e di apprendimento permanente è migliore rispetto al resto d'Italia, esiste una vasta offerta di servizi e attività culturali diffusi su tutto il territorio provinciale, solo il 10% degli anziani trentini riferisce di sentirsi male o molto male (contro il 18% a livello nazionale), solo pochi anziani fumano, la maggior parte o non beve o beve in maniera moderata, la maggioranza degli anziani pratica qualche attività fisica, la stragrande maggioranza di anziani trentini non ha problemi di vista, di udito o di masticazione (anche grazie al ricorso dei relativi ausili). I servizi necessari alla conduzione della vita quotidiana risultano accessibili sia fisicamente che economicamente, la maggioranza degli anziani non riferisce sostanziali difficoltà economiche, si sente sicura nel quartiere in cui abita, in una casa che quasi sempre è di proprietà. Inoltre circa un terzo degli anziani svolge un ruolo attivo nel supporto e nella cura di familiari o di altre persone.

Tuttavia si registrano alcuni aspetti critici di cui tenere conto nella pianificazione di interventi socio-sanitari:

- praticamente tutti gli indicatori sociali e di salute seguono un gradiente sociale che penalizza in maniera significativa le persone più anziane, meno istruite e con meno risorse finanziarie a loro disposizione (circa 1/3 della popolazione anziana ha qualche problema finanziario)

- il 15% della popolazione anziana è a rischio di isolamento sociale e sono colpite maggiormente le persone con disabilità e quelle economicamente svantaggiate (l'8% degli anziani ha qualche disabilità, il 20% mostra segni di fragilità)
- l'apprendimento permanente non raggiunge gli obiettivi europei
- quasi metà della popolazione anziana è in eccesso ponderale
- il consumo di alcol ad alto rischio è relativamente frequente (23%)
- la consapevolezza dell'importanza della salute orale tra chi ha problemi di masticazione è relativamente scarsa
- il 15% della popolazione anziana ha sintomi di depressione
- l'attenzione dei medici agli stili di vita (attività fisica, alcol, fumo) dei propri pazienti anziani è scarsa e vengono prescritti troppi farmaci
- molti anziani vivono da soli, soprattutto donne, di cui una parte non trascurabile (17%) lontano dai propri familiari, percependo questo come un problema.

Per affrontare questi e altri aspetti problematici occorre andare verso la stesura di un programma provinciale dell'invecchiamento attivo. A tal fine risulta fondamentale da un lato l'utilizzo integrato dei dati per il monitoraggio dei determinanti dell'invecchiamento attivo: le caratteristiche socio-economiche (ISTAT, INAIL, PASSI d'Argento), gli stili di vita (PASSI e PASSI d'Argento) e le condizioni di salute (registro di mortalità, SDO, PS, farmaceutica, specialistica, diagnostica, PASSI d'Argento). Dall'altro lato occorre programmare in maniera coordinata i servizi socio-sanitari raggruppando le diverse attività in un'unica cornice concettuale che comprenda interventi relativi a tutte e tre le colonne dell'invecchiamento attivo che seguono un approccio di promozione della salute complessiva, evitando di calibrare gli interventi su singole patologie e non perdendo di vista l'obiettivo finale di "aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita".

## Principali indicatori descritti nel profilo

Con le *spine chart* si rappresentano in un'unica immagine diversi indicatori.

Per ogni indicatore viene riportato il valore della media nazionale (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e massimo (ai limiti della banda grigia) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati.

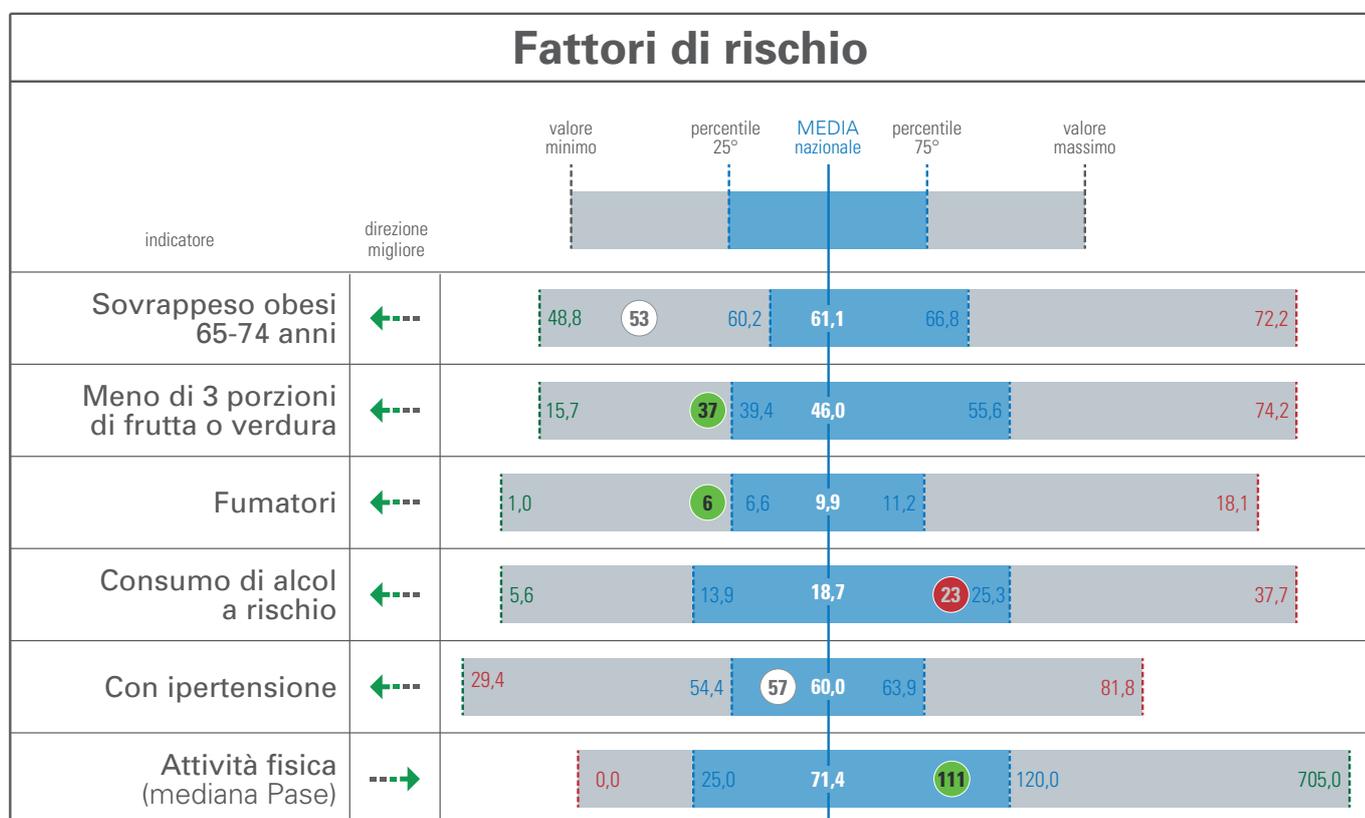
Il valore dell'indicatore per l'ASL o la Regione cui si riferisce il rapporto (in questo caso, la provincia di Trento) viene indicato con un pallino di 3 diversi colori (verde, rosso o giallo) a seconda che il valore sia significativamente

migliore, peggiore o non significativamente differente rispetto al valore medio nazionale.

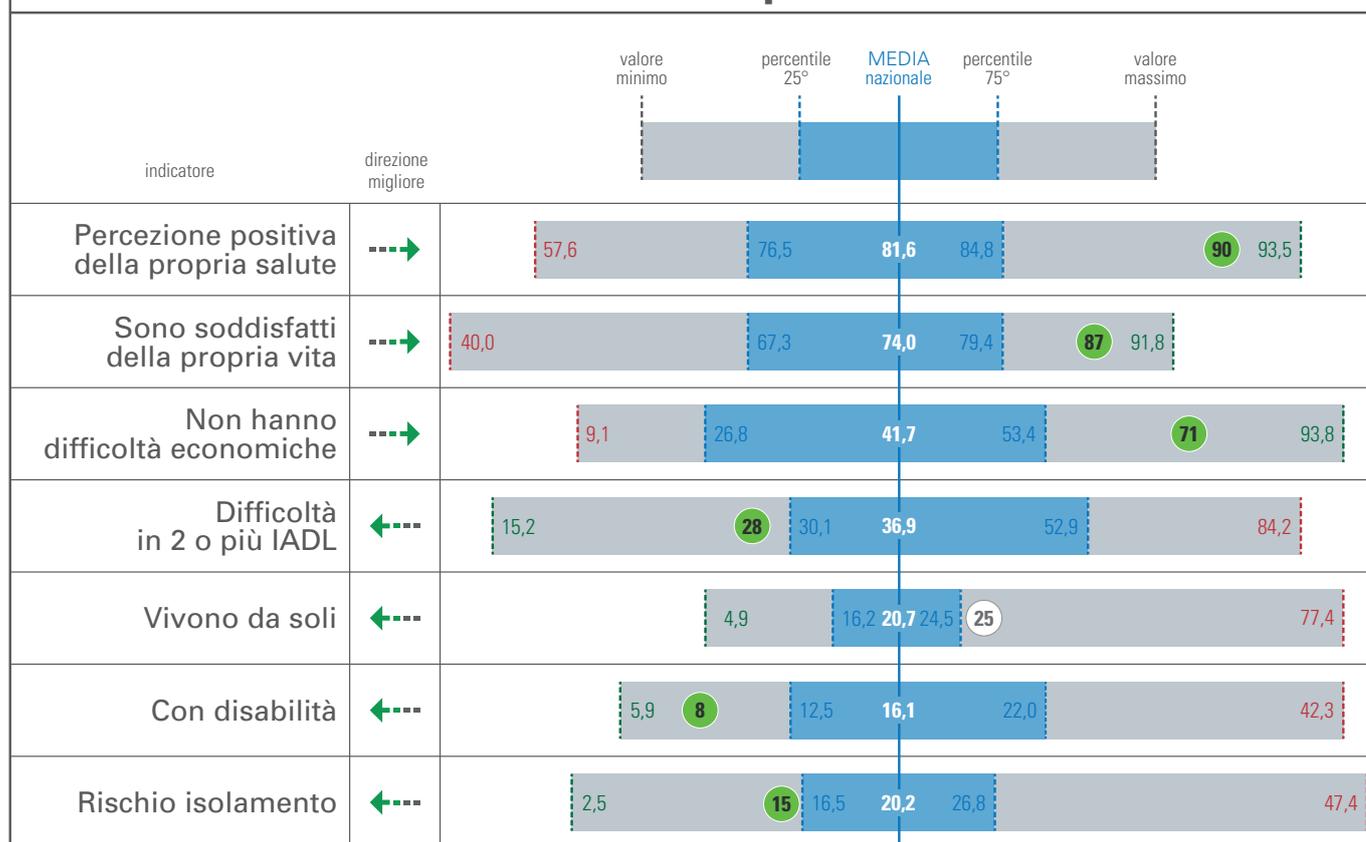
Attenzione: il pallino verde non esclude che l'aspetto indicato non sia un problema di salute pubblica che necessita di intervento.

- Valore significativamente migliore della media nazionale
- Valore non significativamente differente dalla media nazionale
- Valore significativamente peggiore della media nazionale

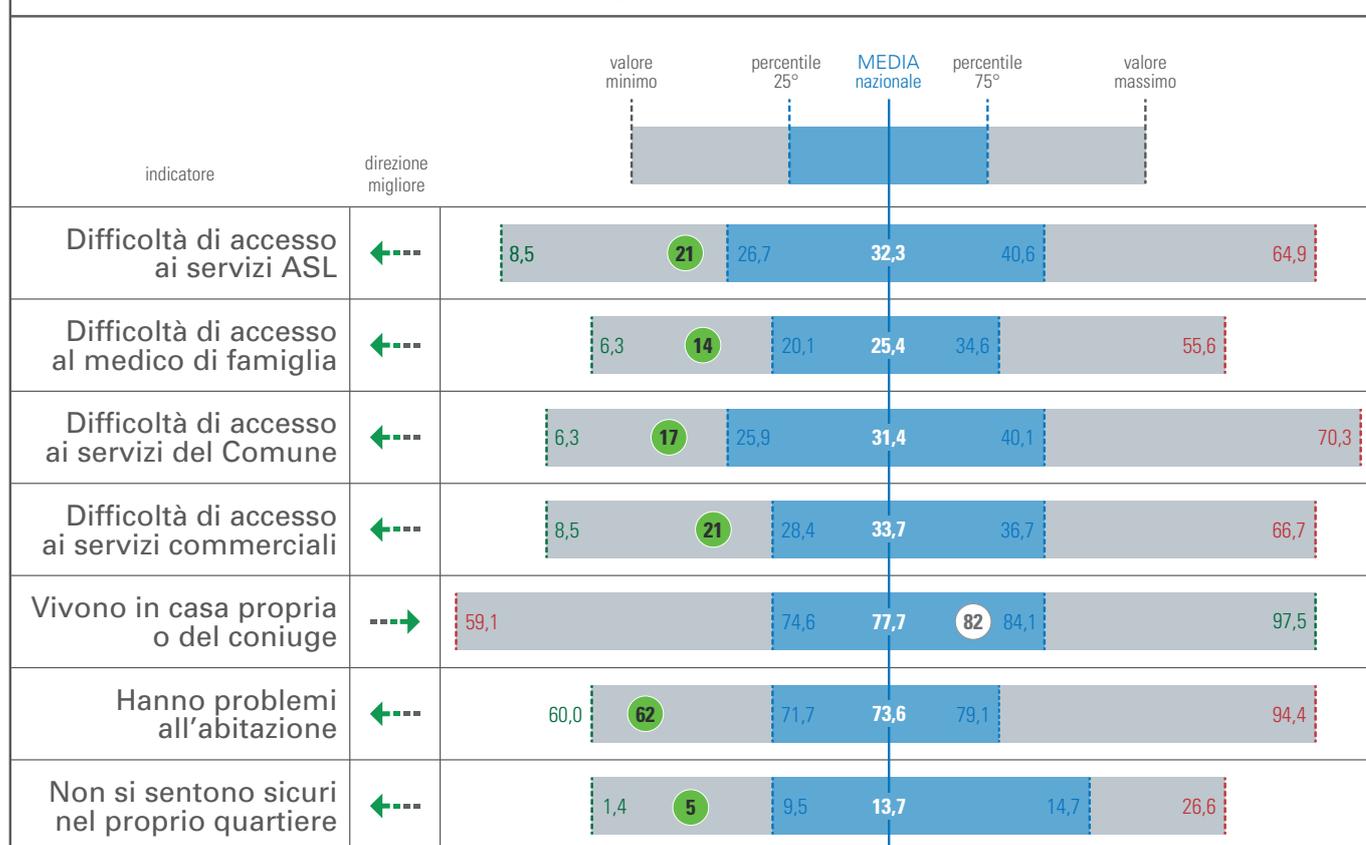
- ←--- Valore bassi=migliore indicatore
- Valore alti=migliore indicatore



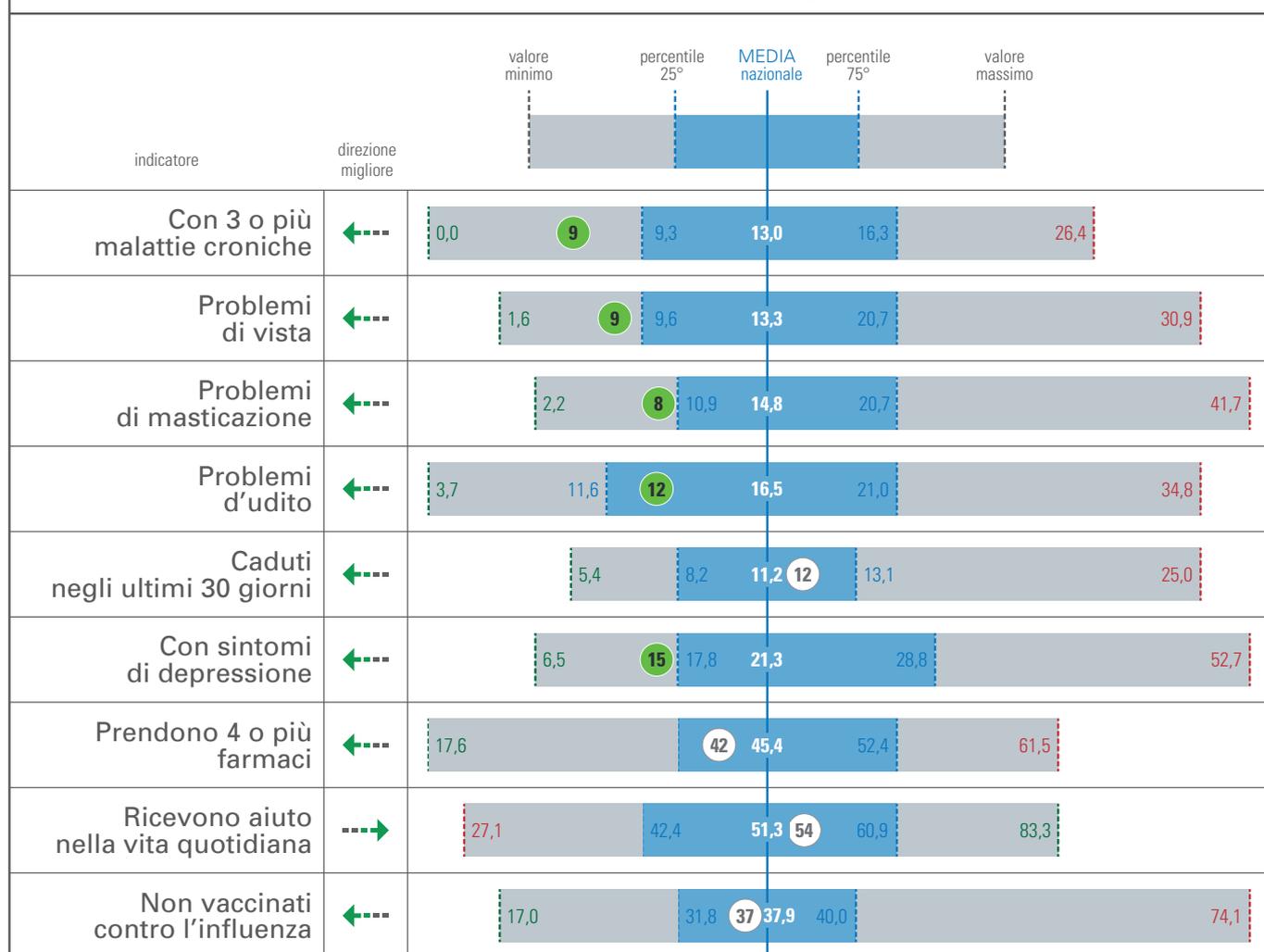
## Benessere e indipendenza



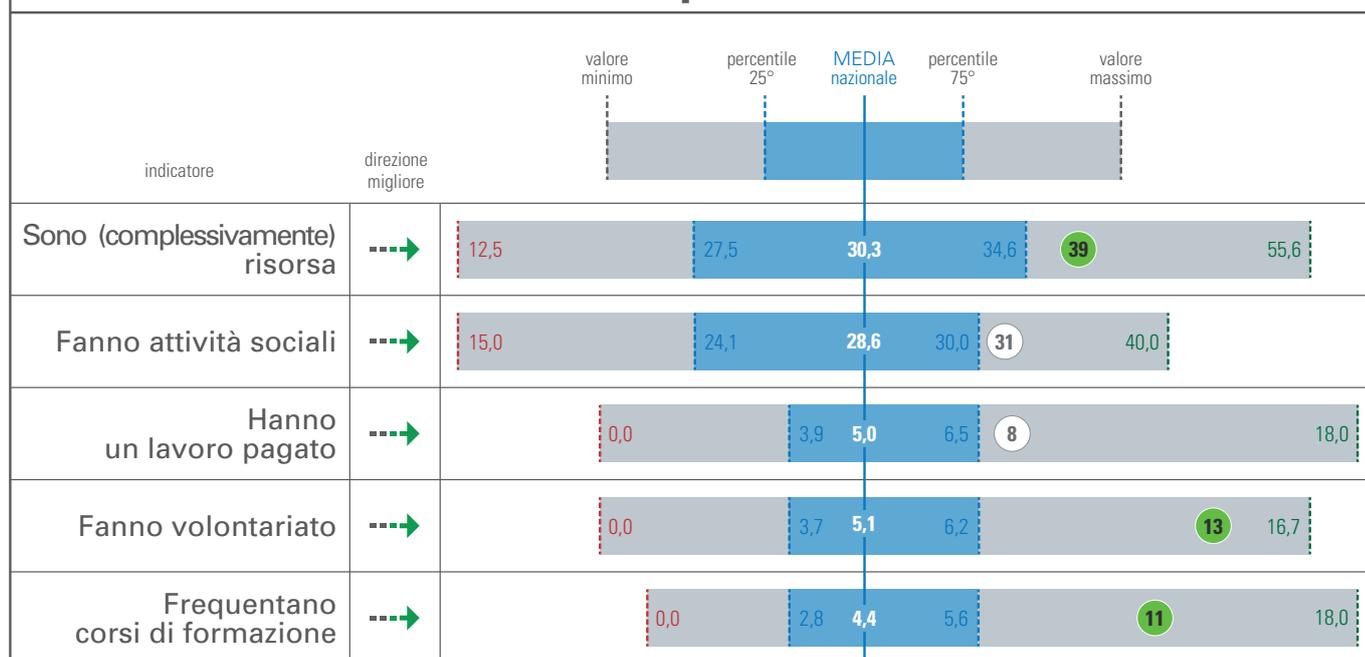
## Ambiente di vita



## Condizioni di salute e cure



## Partecipazione



## Tabella riassuntiva dei problemi emersi dal profilo

### Caratteristiche socio-demografiche generali

Ambito	Problematica	Argomento
Aspettativa e qualità della vita	L'allungamento dell'aspettativa di vita in buona salute deve essere almeno proporzionale a quella complessiva per aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita	Promozione della salute
	Le donne vivono più a lungo ma con un numero maggiore di anni vissuti con disabilità rispetto agli uomini	Pari opportunità
	Chi ha un basso livello di istruzione perde circa 6 anni di vita rispetto a chi ha un elevato grado di istruzione	Riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute
	La prevalenza di persone che valuta positivamente il proprio stato di salute diminuisce con l'aumentare dell'età, tra le persone con bassi livelli d'istruzione e con difficoltà economiche	Riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute
Istruzione	Apprendimento permanente in calo e inferiore (8%) agli obiettivi europei (12%)	Promozione apprendimento e UTEDT
	Apprendimento permanente meno diffuso tra gli uomini, tra i più anziani e tra chi ha difficoltà economiche	Pari opportunità Riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute

### invecchiamento attivo Partecipazione

Ambito	Problematica	Argomento
Vita sociale	Il 15% della popolazione anziana è a rischio di isolamento sociale	Servizi sociali, impegno civico, volontariato, attività intergenerazionali
	Sono più a rischio di essere socialmente isolati gli uomini, le persone con difficoltà economiche e quelle disabili o a rischio di disabilità.	Pari opportunità Riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute

### invecchiamento attivo Salute

Ambito	Problematica	Argomento
Alimentazione e stato nutrizionale	Quasi metà della popolazione anziana è in eccesso ponderale	Promozione sana alimentazione
	L'80% degli anziani mangia troppo poca frutta e verdura	Promozione sana alimentazione
Attività fisica	Il 12% degli anziani è sedentario	Promozione dell'attività fisica

Consumo di alcol	Il 23% degli anziani ha un consumo di alcol ad alto rischio	Promozione sana alimentazione
Fattori fisici e sensoriali	Il 9% degli anziani ha problemi di vista non corretti appropriatamente	Qualità dell'assistenza
	Il 12% ha problemi di udito non corretti appropriatamente (fenomeno associato all'esclusione sociale)	Qualità dell'assistenza
	L'8% ha problemi di masticazione non affrontati in maniera appropriata	Qualità dell'assistenza
	La consapevolezza dell'importanza della salute orale e delle visite odontoiatriche tra chi ha problemi di masticazione è relativamente scarsa	Promozione salute orale
Cadute	Il 12% degli anziani è caduto nei 30 giorni precedenti l'indagine	Prevenzione cadute
Salute mentale	Il 15% della popolazione anziana ha sintomi di depressione	Promozione salute mentale
Assistenza sanitaria	L'attenzione dei medici agli stili di vita (attività fisica, alcol, fumo) dei propri pazienti anziani è scarsa	Qualità dell'assistenza sanitaria
	La prescrizione dei farmaci è eccessiva e non sempre appropriata	Qualità dell'assistenza sanitaria

Ambito	Problematica	Argomento
Accessibilità dei servizi	Il 25% degli anziani segnala difficoltà nel raggiungere almeno uno dei seguenti servizi (in ordine decrescente di frequenza): servizi azienda sanitaria, supermercato, servizi comunali, medico, farmacia, alimentari	Trasporti pubblici, servizi sociali
Benessere economico	Il 30% degli anziani $\geq 75$ anni dichiara di avere qualche difficoltà economica	Politiche economiche
Abitazione	Il 48% degli anziani ritiene troppo elevate le spese collegate alla casa	Politiche abitative
Salute mentale	Molti anziani, soprattutto donne, non sono isolati, ma vivono comunque da soli (il 17% lontano anche dai propri familiari)	Servizi sociali, impegno civico, volontariato, attività intergenerazionali

invecchiamento attivo  
**Sicurezza**

### Per maggiori informazioni sul sistema di sorveglianza Passi d'Argento

<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/chisiamo/descrizione.asp>

### Opere consultate e letture consigliate per approfondire il tema

Pugliese, *La terza età, anziani e società in Italia*, il Mulino, 2011

Ongaro e Salvini, *Rapporto sulla popolazione. Salute e sopravvivenza*, il Mulino, 2009

OMS, *Strategie e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020*  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1847\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1847_allegato.pdf)

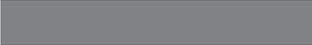
OMS, *Une bonne santé pour mieux vieillir – dossier pour la Journée mondiale de la Santé 2012*  
[http://www.who.int/ageing/publications/whd2012\\_global\\_brief/fr/index.html](http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/fr/index.html)

OMS, *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation 2002*  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)

Ricciardi et al, *Libro Bianco 2012. La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, HPS, 2012*  
[http://www.ars.toscana.it/files/aree\\_intervento/salute\\_di\\_anziani/2012\\_libro\\_bianco\\_anziani.pdf](http://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/salute_di_anziani/2012_libro_bianco_anziani.pdf)

Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2009-2010* (pagine 173-180)  
[http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/documenti/RSSP\\_2009\\_2010.pdf](http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/documenti/RSSP_2009_2010.pdf)

Osservatorio per la salute – PAT, *Profilo di salute della provincia di Trento 2012*  
<http://www.trentinosalute.net/Contenuti/Pubblicazioni/Focus/9-Profilo-di-salute-della-provincia-di-Trento-2012>



ISTAT, *Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo*  
<http://noi-italia.istat.it/>

ISTAT, *I.Stat il tuo accesso diretto alla statistica italiana*  
<http://dati.istat.it/>

ISTAT, *Rapporto BES 2013. Il benessere equo e sostenibile in Italia*  
[http://www.istat.it/it/files/2013/03/bes\\_2013.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/03/bes_2013.pdf)

ISTAT, *Indagine multiscopo. La vita quotidiana 2011*  
<http://www.istat.it/it/archivio/66990>

ISTAT, *Demolstat. Demografia in cifre*  
<http://demo.istat.it/>

Servizio statistica - PAT, *Evoluzione della struttura demografica in provincia di Trento dal 1982 al 2050*  
[http://www.statistica.provincia.tn.it/binary/pat\\_statistica/demografia/Evoluz\\_1982\\_2050.1256036505.pdf](http://www.statistica.provincia.tn.it/binary/pat_statistica/demografia/Evoluz_1982_2050.1256036505.pdf)

Servizio statistica – PAT, *Serie storiche*  
<http://www.statweb.provincia.tn.it/annuario/%28S%28nlydctf2instf1bhia5nc355%29%29/Default.aspx?t=ss&f=0>

Servizio statistica – PAT, *Sistema informativo degli indicatori statistici. Indicatori BES*  
<http://www.statweb.provincia.tn.it/indicatoristrutturali/>

Banca d'Italia, *Questioni di Economia e Finanza. Le disuguaglianze nella speranza di vita, 2012*  
[http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest\\_ecofin\\_2/QF\\_118/QEF\\_118.pdf](http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest_ecofin_2/QF_118/QEF_118.pdf)

Fondazione Fitzcarraldo Onlus e Assessorato

alla Cultura, *Rapporti europei e Cooperazione, Rapporto annuale sulle attività culturali 2011*

[http://www.trentinocultura.net/doc/soggetti/pat/serv\\_att\\_cult/PAT\\_rapporto\\_annuale\\_Osservatorio\\_2011.pdf](http://www.trentinocultura.net/doc/soggetti/pat/serv_att_cult/PAT_rapporto_annuale_Osservatorio_2011.pdf)

Università degli studi di Trento e Provincia autonoma di Trento, *Quaderni della programmazione. Relazioni di qualità: il capitale sociale in provincia di Trento*, Edizioni31, 2012

INPS, *Banche dati e bilanci*

<http://www.inps.it/portale/default.aspx?iMenu=12>

Bernd Rechel, Emily Grundy, Jean-Marie Robine, Jonathan Cylus, Johan P Mackenbach, Cecile Knai, Martin McKee, "Ageing in the European Union", *Lancet* 2013; 381: 1312–22

Andrew Clegg, John Young, Steve Iliff e, Marcel Olde Rikkert, Kenneth Rockwood, "Frailty in elderly people", *Lancet* 2013; 381: 752–62





