



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



LA SALUTE DEGLI ANZIANI IN TOSCANA

Documenti
ARS Toscana

febbraio
2022

116



LA SALUTE DEGLI ANZIANI IN TOSCANA

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Lucia Turco

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

LA SALUTE DEGLI ANZIANI IN TOSCANA

Pubblicazione a cura di

Francesco Profili¹

Autori

Francesco Profili¹

Paolo Francesconi¹

Hanno contribuito al capitolo *La non autosufficienza*

Nicola Caruso²

Mauro Di Bari³

Sara Madrigali²

Luigi Rossi⁴

Barbara Trambusti²

Hanno contribuito al capitolo *L'impatto del Covid*

Daniela Balzi⁵

Simone Bartolacci¹

Giulia Carreras⁶

Francesca Collini¹

Mauro Di Bari³

Daniela Nuvolone¹

Layout e impaginazione

Elena Marchini¹

¹ Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Regione Toscana, Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria

³ Università degli Studi di Firenze

⁴ Azienda USL Toscana Nord Ovest

⁵ Azienda USL Toscana Centro

⁶ Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO)

Si ringrazia la rete di sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità per l'utilizzo dei dati dell'indagine.

INDICE

IL DOCUMENTO IN SINTESI	5
FONTE DEI DATI E METODI	9
1. DEMOGRAFIA	12
2. PERCEZIONE DELLA PROPRIA SALUTE E DELLA VITA	21
3. ISOLAMENTO E PARTECIPAZIONE SOCIALE	25
4. DETERMINANTI DI SALUTE	32
4.1 Attività fisica	32
4.2 Dieta e peso corporeo	34
4.3 Consumo di tabacco e alcol	40
4.4 Uno sguardo d'insieme sui determinanti di salute	45
5. SALUTE MENTALE	49
6. MALATTIE CRONICHE	59
6.1 Le principali patologie	59
6.2 La presa in carico territoriale	66
7. L'IMPATTO DEL COVID-19	75
8. LE CADUTE	92
9. I RICOVERI OSPEDALIERI	99
10. LA NON AUTOSUFFICIENZA	108
10.1 Gli anziani in situazione di bisogno	109
10.2 L'assistenza domiciliare e residenziale	111
11. LA MORTALITÀ	118
BIBLIOGRAFIA	127

IL DOCUMENTO IN SINTESI

La Toscana è una delle Regioni con la più alta percentuale di anziani (un cittadino su quattro ha più di 65 anni e 16 anziani su 100 hanno più di 85 anni) e con la più alta aspettativa di vita a 65 anni (19 anni per gli uomini, di cui 9 in buona salute, 22 anni per le donne, di cui 7 in buona salute). Un uomo anziano e due donne anziane su dieci vivono da soli. Rispetto alla media nazionale, sono meno gli anziani in Toscana che lamentano difficoltà economiche e mediamente hanno un livello di istruzione più alto. L'indice di deprivazione socio-materiale, indicatore sintetico che misura il livello di svantaggio sociale che deriva dalla zona in cui si vive, varia comunque nell'ambito regionale, con situazioni peggiori nella fascia costiera centro-meridionale.

Nove anziani su dieci giudicano positivamente il proprio stato di salute, proporzione che si abbassa tra le donne e tra i grandi anziani. Più bassa la proporzione di anziani che si dichiarano soddisfatti della propria vita, soprattutto tra le donne (22% si dichiarano insoddisfatte, contro il 12,5% degli uomini). I due aspetti sono ovviamente associati tra loro e entrambe le dimensioni sono associate al livello di istruzione e alle risorse economiche proprie e della propria famiglia.

Relativamente pochi in Toscana gli anziani "risorsa": solo il 16,8% degli anziani toscani rappresenta una risorsa per la propria famiglia o la propria comunità, un valore decisamente inferiore alla media nazionale, pari al 28,7%. Peraltro in Toscana gli anziani a rischio di isolamento sociale rappresentano solo il 13,7% del totale, meno della media italiana pari a 18,7%.

Per quanto riguarda gli stili di vita, il 45,9% (dal 35,3% dei 65-74enni al 77,4% degli ultra84enni) degli anziani toscani è sedentario, a fronte di una media italiana pari al 39,4%. Si tratta di un valore che pone la nostra regione tra le ultime. Solo il 16,4% degli anziani toscani consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, dato comunque superiore alla media nazionale, pari all'11,3%. Il 44,6% degli anziani è in sovrappeso (media nazionale 43,6%) e solo l'8,3% è obeso (media nazionale 14,3%). Tra gli anziani toscani, i fumatori attuali rappresentano l'8,2%, dato leggermente inferiore alla media nazionale, pari al 9,8%. Infine, un anziano toscano su tre consuma alcol, meno della media italiana, ed il 17,9% (in linea con il dato italiano) ha un consumo a rischio (30% negli uomini e 9% nelle donne).

Per quanto riguarda la salute mentale, gli anziani toscani che hanno manifestato sintomi depressivi sono il 7,5%, meno della media italiana, pari al 13,3%, con prevalenze più alte nelle donne e nei grandi anziani. Il 18,7% degli anziani consumano però farmaci anti-depressivi.

Dai dati PASSI d'Argento emerge che il 58,2% degli anziani toscani soffre di almeno una patologia cronica tra quelle considerate, di poco inferiore alla media italiana, pari

al 60,9%. In linea col dato italiano, un anziano su 4 ha almeno due patologie. I malati cronici tendono a diminuire all'aumentare del titolo di studio e al diminuire delle difficoltà economiche.

Sulla base dei dati sanitari correnti, stimiamo invece che circa 780mila anziani, pari all'84% del totale, abbiano almeno una condizione cronica. La prevalenza tra uomini e donne è uguale, ma si osserva un forte aumento in funzione dell'età, con una prevalenza che passa dal 76% dei 65-74enni all'89,3% dei 75-84enni e al 94% degli 85+. Gli anziani con almeno 2 patologie sono invece il 57,7%, il 59,7% tra gli uomini e il 56,2% tra le donne. Anche in questo caso il trend per età è evidente: dal 45,6% dei 65-74enni, al 65,6% dei 75-84enni al 74,4% degli 85+. Tra le singole condizioni, la più diffusa è l'ipertensione (68,9 per 100 anziani), seguita dalla dislipidemia (51,8 per 100) e, molto più staccata, dal diabete (17,8 per 100). Tra i due generi non si osservano differenze per le prime tre patologie in ordine di frequenza, mentre al quarto posto tra le donne troviamo la BPCO, tra gli uomini la cardiopatia ischemica. I multicronici tendono ad aumentare nelle zone più deprivate: dal 55,6% delle zone a bassa deprivazione al 59,2% delle zone ad alta deprivazione.

La qualità dell'assistenza erogata ai malati cronici, in termini di adesione alle linee guida, esiti di salute e costi sostenuti, può essere monitorata attingendo agli indicatori del portale ARS Programma Osservazione Territorio per le Malattie Croniche (PrOTer-MaCro). Gli indicatori di processo, già sub ottimali nel periodo pre-pandemico, subiscono una forte riduzione durante la pandemia. Ad esempio, tra gli assistiti anziani con diabete mediamente nel periodo pre-Covid-19 il 35,8% eseguiva almeno un esame di emoglobina glicata nell'anno e il 25,1% almeno una visita diabetologia. Con l'inizio della pandemia gli indicatori subiscono un'importante diminuzione, scendendo su valori pari al 19% e al 15,9% (18% se includiamo anche le televisite). Più contenuto l'impatto sulle terapie tra gli anziani con insufficienza cardiaca, ad esempio, la percentuale di pazienti in terapia con ACE/sartani e bebloccanti resta sostanzialmente stabile.

Per quanto riguarda l'impatto della pandemia, a novembre 2021, circa 59mila anziani, pari a 61,9 ogni 1.000 anziani residenti, erano stati contagiati. I ricoverati (fino a agosto 2021) erano stati 15.800 circa, pari a 16,6 per 1.000 anziani residenti e i passaggi in Terapia intensiva erano stati circa 2.200, 2,3 per 1.000 abitanti. I deceduti a fine novembre 2021 sono stati circa 6.700, pari al 7 per 1.000 anziani. A fronte di un rischio di contagio minore rispetto alla popolazione under 65 (61,9 vs 87,8 per 1.000), i rischi di ricovero o di morte sono notevolmente superiori: gli anziani hanno 5 volte il rischio di ricovero degli under65 e 35 volte il rischio di decesso. Nel 2020, è sui più anziani (80+ anni) che la pandemia ha determinato un impatto maggiore in termini di mortalità: in Toscana, nel 2020, l'eccesso di mortalità è stato del +10,9%, più contenuto rispetto alla media italiana del +18,7%. Nei primi sei mesi del 2021, l'impatto maggiore

si registra invece nella classe d'età 50-64 anni, mentre è decisamente più basso negli 80+, grazie alla campagna di vaccinazione. Gli anziani in RSA in Toscana sono circa l'1,5% del totale degli anziani toscani residenti d'età 65+, ma rappresentano circa il 7% dei positivi totali e il 13% dei deceduti totali 65+ nel periodo considerato (ottobre 2020-luglio 2021). Da gennaio 2021 è però evidente il progressivo calo dei casi e di conseguenza anche dei ricoveri e dei decessi per Covid-19, fino quasi all'azzeramento, nelle RSA della Toscana, risultato soprattutto della campagna vaccinale partita a fine dicembre 2020 nelle strutture residenziali.

Le cadute rappresentano una grande problema di salute tra gli anziani. Nel periodo 2016-2019, il 4,3% degli anziani toscani riferiva una caduta nell'ultimo mese, la metà circa della media nazionale, pari all'8,6%. A seguito di questa caduta circa un toscano su 5 è stato ricoverato. La frattura del femore, sia per la numerosità assoluta (circa 8mila l'anno) che per la quasi certezza di essere ricoverato, è l'evento di maggiore impatto. Circa la metà degli anziani con frattura del femore beneficia di un percorso riabilitativo, con elevata e persistente variabilità sia sui livelli di accesso sia sui setting riabilitativi per ambito di residenza.

Mediamente, nel quinquennio 2015-2019, i ricoveri tra i residenti toscani d'età 65+ sono stati circa 250mila, 267 ricoveri ogni 1.000 anziani residenti. Gli anziani con almeno un ricovero nell'anno rappresentano 199,4 anziani ogni 1.000 uomini e 161 ogni 1.000 donne. Il range regionale è abbastanza ampio, dai 232,7 ricoveri ogni 1.000 anziani della zona Versilia ai 304,9 per 1.000 della zona Pratese. Le principali cause rimangono le malattie dell'apparato circolatorio (soprattutto malattie cerebrovascolari e, particolarmente negli uomini, malattie ischemiche del cuore), i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio.

Secondo le stime di Passi d'Argento, in Toscana gli anziani non autosufficienti residenti al domicilio rappresentano il 13,2% della popolazione ultra64enne (dal 2% dei 65-74enni al 45% degli ultra85enni), dato inferiore alla media nazionale, pari al 15,3%. Si tratta di circa 110-140mila anziani. A questi, vanno aggiunti i circa 14mila ospiti delle RSA. Un ulteriore 13,8% sono gli anziani fragili (autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana, ma dipendenti in almeno due attività strumentali), dato anche questo inferiore alla media nazionale pari al 18,3%. Si tratta di circa 115-145mila persone. Oltre la metà dei non autosufficienti (contro uno su tre a livello nazionale) ed un terzo dei fragili (contro uno su cinque a livello nazionale) ricevono assistenza da personale a pagamento. Analogamente alla media nazionale, un anziano non autosufficiente su cinque riceve un contributo economico ed uno su dieci assistenza domiciliare diretta. Secondo i dati del sistema informativo sanitario, nel 2020 sono stati presi in carico 126.466 anziani (13,3 ogni 100 anziani residenti), dei quali solo 26.466 previa valutazione da parte della UVM con relativa stesura di un PAP. Secondo Osservasalute, nel 2019, 30,4 anziani su 1.000 hanno avuto almeno un'erogazione di

assistenza domiciliare, valore leggermente superiore alla media italiana, pari al 29,2 per 1.000 anziani. Nel 2018, vi erano 13,5 ospiti in RSA ogni 1.000 anziani, valore invece inferiore alla media italiana di 17,3 per 1.000.

In Toscana, la mortalità grezza nella popolazione anziana nel 2018 è stata pari a 41,6 decessi ogni 1.000 anziani, a fronte di una media italiana pari a 41 per 1.000. Standardizzato per età, la Toscana si posiziona tra le regioni con la mortalità più bassa, con 39,4 decessi ogni 1.000 anziani. Il trend recente della mortalità, dal 2010 al 2018, vede la Toscana costantemente al di sotto della media nazionale, in entrambi i generi.

FONTE DEI DATI E METODI

Per la stesura di questo documento sono state utilizzate più fonti di dati, di livello regionale e nazionale.

Tutti gli indicatori demografici hanno come fonte l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), che annualmente aggiorna e pubblica i [principali indicatori di struttura della popolazione](#). ARS ha inoltre la possibilità di accedere ai dati della popolazione residente per età, genere e comune di residenza, potendo così calcolare autonomamente alcuni indicatori con un livello di dettaglio geografico diverso da quello offerto da ISTAT (per comune o per Zona distretto sociosanitaria). Sempre ISTAT è la fonte dei [dati di mortalità nazionali](#), pubblicati sul proprio portale web di interrogazione dati, utili ad un confronto tra regioni.

Molti dati relativi agli stili di vita e alla salute della popolazione anziana sono invece ripresi dai risultati della [sorveglianza nazionale PASSI d'Argento](#), un'indagine campionaria che si ripete ogni due anni, in Toscana grazie alla collaborazione tra ARS e le UU.OO. di Epidemiologia delle 3 AUSL toscane, e che ha come target tutti gli anziani (età 65+) residenti in Toscana. Il campione statistico ha una rappresentatività di livello aziendale, con 400 interviste eseguite in ogni AUSL, e non è possibile quindi disporre di un dettaglio geografico sottostante alla AUSL. PASSI d'Argento, sul proprio portale web, mette a disposizione i risultati di tutte le regioni che partecipano alla sorveglianza, dando così la possibilità di un confronto tra territori. Molti dei contenuti a commento degli indicatori sono presi proprio dalla pagina web dedicata alla sorveglianza, che oltre ai dati fornisce riferimenti bibliografici e documenti ufficiali di programmazione (italiani e internazionali) a supporto della discussione e interpretazione dei risultati.

Tutte le elaborazioni interne alla regione, invece, si basano sui dati dei flussi amministrativi sanitari (schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, ecc.), che raccolgono le informazioni sugli accessi e le prestazioni erogate ai cittadini dal Servizio sanitario regionale (SSR). Negli anni l'Agenzia ha sviluppato, in particolare, la capacità di estrarre da queste banche dati, che nascono con un obiettivo diverso da quello della sorveglianza epidemiologica (sono infatti flussi di natura amministrativa), informazioni di tipo epidemiologico, acquisendo esperienza nell'applicazione di algoritmi specifici laddove sono presenti, pur limitati, dati clinici. L'esempio più rappresentativo è costituito dalla banca dati delle malattie croniche (MaCro), che raccoglie al suo interno le stime delle principali patologie croniche nella popolazione, basate appunto su algoritmi che utilizzano esclusivamente dati amministrativi. Trattandosi di flussi regionali, in questo caso, manca però la possibilità di un confronto con il contesto nazionale. Oltre alle informazioni sulle patologie i

flussi regionali sono stati utilizzati per le analisi sul ricorso ai servizi (ospedalieri o territoriali) dei cittadini toscani.

Infine, per la descrizione dell'andamento dell'epidemia da Covid-19 tuttora in corso sono state utilizzate le due principali fonti di dati a nostra disposizione. La [banca dati della Protezione Civile](#), aggiornata quotidianamente e disponibile online, che contiene i volumi di soggetti positivi al Sars-CoV-2, posti letto occupati per reparto (ordinario o terapia intensiva), deceduti e guariti, con un dettaglio geografico per regioni e provincia. La banca dati della sorveglianza integrata casi di Covid-19 in Italia, realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità e alimentata quotidianamente dagli operatori dei Dipartimenti di prevenzione delle AUSL toscane e altri operatori con le informazioni raccolte durante l'indagine epidemiologica a seguito della positività riscontrata in un test diagnostico. Questo archivio contiene i dati individuali (in forma anonima) dei soggetti positivi al Sars-Cov-2, con informazioni anagrafiche, di residenza (Comune), più altri dati di natura clinica (stato clinico durante il decorso della malattia, patologie croniche) e status rispetto alla vaccinazione. Questo secondo archivio, più ricco di informazioni, è però accessibile solamente per quanto riguarda i dati toscani ed è quindi difficilmente utilizzabile per contestualizzare la situazione toscana con quella delle altre regioni. Inoltre, la qualità della compilazione di alcune informazioni non consente di produrre stime affidabili.

Dall'utilizzo congiunto di tutte queste fonti dei dati è stato possibile descrivere gli aspetti della vita quotidiana, lo stato di salute e la presa in carico da parte dei servizi sanitari e sociosanitari delle principali problematiche che riguardano gli anziani. Quando possibile le stime toscane sono state accompagnate da quelle italiane o delle altre regioni, per contestualizzare la situazione regionale nel panorama nazionale.



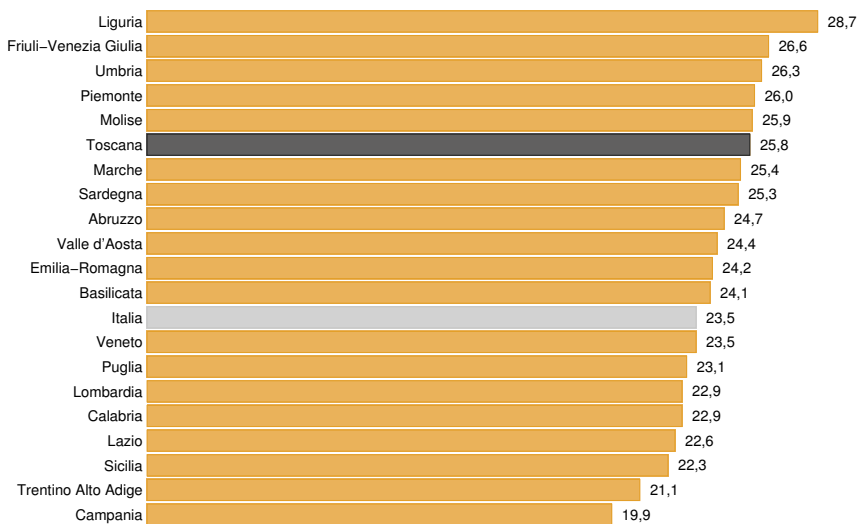
CAPITOLO 1

DEMOGRAFIA

1. DEMOGRAFIA

Gli anziani, convenzionalmente considerati tali raggiunti i 65 anni d'età, rappresentano un cittadino toscano su quattro (25,8%). La nostra regione è tra quelle dove la presenza di over 65 è più elevata in Italia, dopo Liguria (28,7%), Friuli-Venezia Giulia (26,6%), Umbria (26,3%), Piemonte (26,0%) e Molise (25,9%), e a fronte di una media italiana pari al 23,5% (fonte: ISTAT, 1° gennaio 2021) (**Figura 1.1**). Si tratta di 952.609 cittadini, a maggioranza femminile (56,4%), grazie alla maggiore longevità che contraddistingue le donne rispetto agli uomini.

Figura 1.1
Indice di invecchiamento - Anziani 65+ ogni 100 residenti - Regioni e Italia, anno 2021
Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



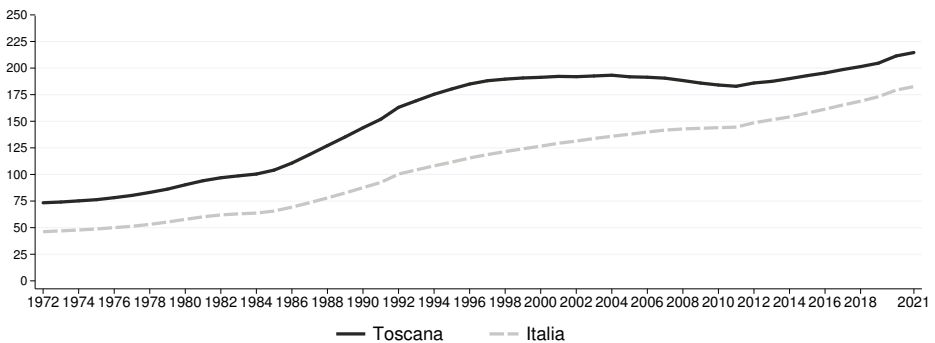
Da tempo gli studi demografici sottolineano il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, comune ai paesi dell'Europa occidentale, e la Toscana non fa eccezione. Nella nostra regione continuano a diminuire le nascite, solo negli ultimi 10 anni il tasso di natalità si è ridotto da 8,7 nuovi nati per 1.000 abitanti a 6,1 per 1.000 (ISTAT: anno 2020). I flussi migratori tendono a rallentare rispetto al decennio scorso, così come i livelli di fecondità tra le coppie di origine straniera, che progressivamente tendono ad assumere comportamenti più simili alla popolazione autoctona (ritardando la maternità e facendo meno figli). La speranza di vita a 65 anni, grazie ai progressi nella prevenzione e cura delle principali cronicità, è in aumento, cresciuta di 2 anni dal 2010

al 2019 (da 19,3 a 21,3 anni). Tutti questi fattori stanno contribuendo a modificare la struttura per età della popolazione, erodendone la base e aumentando il peso relativo delle fasce d'età più anziane. ISTAT stima che nel 2030 gli anziani saranno il 28,5% della popolazione toscana, fino a rappresentare 1 toscano su 3 (33,8%) nel 2050.

Ciò che preoccupa, in particolare, non è solo l'aumento della popolazione anziana, ma il contemporaneo assottigliamento di quella più giovane, che dovrebbe garantire il ricambio generazionale, e degli adulti tra i 15 e i 64 anni, che costituiscono la cosiddetta fascia produttiva del paese e rappresentano la rete di sostegno potenziale per l'assistenza degli anziani in caso di bisogno. L'indice di vecchiaia, che conta quanti anziani 65+ ci sono ogni 100 giovani d'età 0-14 anni, e l'indice di dipendenza degli anziani, anziani 65+ ogni 100 adulti d'età 15-64 anni, sono gli indicatori demografici di struttura che meglio fotografano questi aspetti. Negli ultimi 40 anni entrambi gli indicatori hanno seguito un trend in crescita (**Figura 1.2** e **Figura 1.3**). La Toscana ha raggiunto il valore di 215 anziani ogni 100 giovani under 14 (183 il valore italiano) e 41 anziani ogni 100 adulti 15-64enni (37 il valore italiano).

Figura 1.2

Indice di vecchiaia - Anziani 65+ ogni 100 giovani 0-14 anni - Toscana e Italia, periodo 1972-2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



È evidente che senza un'inversione di rotta, che comunque non potrebbe produrre effetti nel breve periodo, considerata la latenza con la quale si modificano questi indicatori strutturali che risentono di interventi o comportamenti di decenni precedenti, la parte di popolazione potenzialmente a rischio di bisogno e assistenza nell'ultima fase della propria vita sarà destinata nel tempo ad avere maggiori difficoltà nel trovare l'aiuto necessario all'interno della propria rete familiare o sociale. Si tratta quindi di un bisogno del quale, stando così le cose, dovranno farsi carico necessariamente i servizi sanitari e di welfare territoriali. Il progressivo invecchiamento, tra l'altro, sta producendo un cambiamento anche nella composizione interna della stessa popolazione anziana, con il peso delle fasce d'età più elevate che sta progressivamente aumentando, in Toscana

come in Italia (**Figura 1.4**). A oggi il 17% degli anziani toscani ha 85 o più anni (erano l'8% fino all'inizio degli anni '90) e poco più di un terzo ha tra i 75 e gli 84 anni. Come vedremo meglio più avanti nel resto del volume, l'aumento dei grandi anziani si accompagna ad un aumento della prevalenza dei malati cronici e delle persone non autosufficienti, non più in grado cioè di svolgere autonomamente le attività quotidiane essenziali per vivere, come mangiare, lavarsi, alzarsi e spostarsi.

Figura 1.3
Indice di dipendenza anziani - Anziani 65+ ogni 100 adulti 15-64 anni - Toscana e Italia, periodo 1972-2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

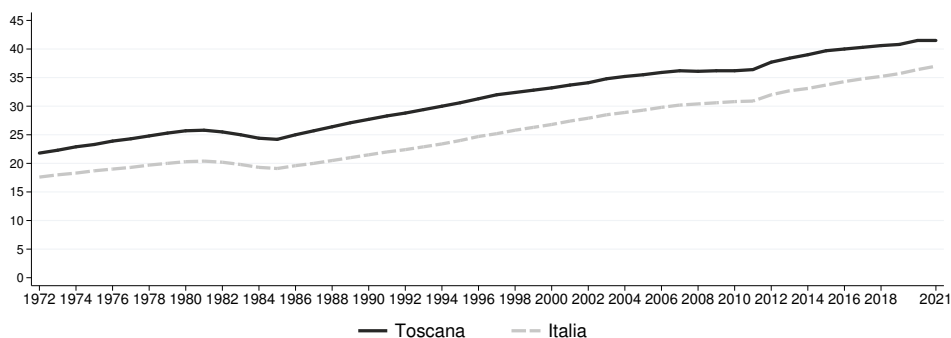
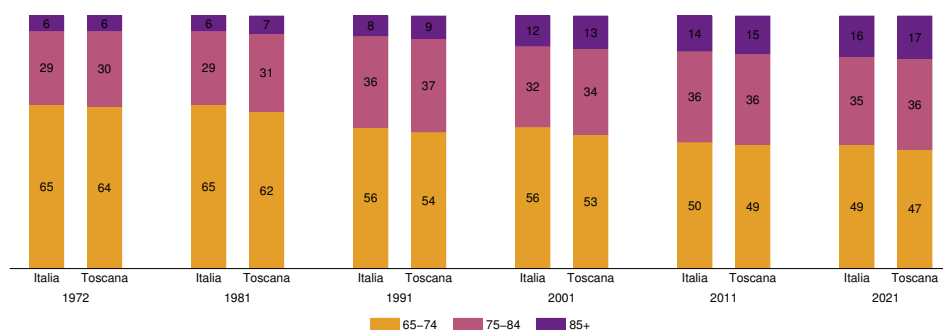


Figura 1.4
Anziani per fascia d'età - Valori ogni 100 anziani d'età 65+ anni - Toscana e Italia, periodo 1972-2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT

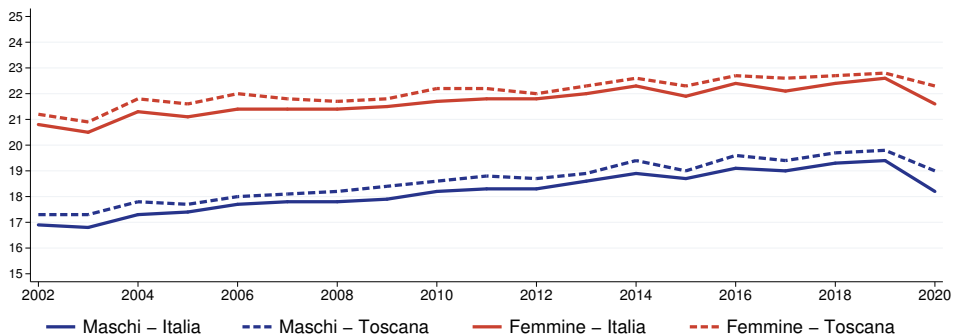


A margine di queste considerazioni è utile sottolineare l'effetto della pandemia da Covid-19 su queste dinamiche demografiche, anticipando alcune considerazioni che approfondiremo nel capitolo dedicato alla pandemia. Come detto in precedenza, un periodo di tempo relativamente breve, se paragonato alla latenza con la quale si modificano queste caratteristiche demografiche, pur avendo causato un eccesso di

mortalità importante nella popolazione anziana (in Toscana, i decessi nel 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019 sono aumentati del 5,2% tra i 65-79enni e del 10,9% tra gli over 80), non è in grado di spostare più di tanto gli equilibri della struttura demografica della popolazione. Si rileva invece una forte diminuzione della speranza di vita, sia alla nascita che al compimento dei 65 anni d'età, proprio a causa di questo eccesso di mortalità. I valori arretrano su quelli osservati nel 2012, perdendo così 9 anni di progressi fatti (**Figura 1.5**). Un toscano, al compimento dei 65 anni d'età, può attendersi di vivere altri 19 anni se uomo, 22,3 se donna, a fronte di una media italiana pari rispettivamente a 18,2 e 21,6 anni). Si tratta di una perdita di 0,8 anni per gli uomini e di 0,5 anni per le donne, rispetto al 2019, più contenuta rispetto alla media italiana (rispettivamente -1,2 e -1), trainata dagli alti livelli di mortalità registrati durante il primo anno di pandemia nelle regioni del Nord.

Figura 1.5

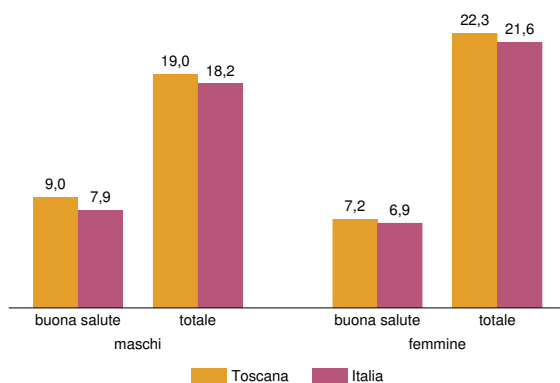
Speranza di vita a 65 anni, per genere - Anni di aspettativa di vita al compimento dei 65 anni d'età - Toscana e Italia, periodo 2002-2020 - Fonte: ISTAT



Considerato quanto detto in precedenza, in considerazione all'aumento dei grandi anziani e del carico di malattia che questo può portare con sé, è opportuno però affiancare all'indicatore della speranza di vita quello della speranza di vita in buona salute e libero da disabilità, stimato sempre da ISTAT sulla base dei dati dell'indagine Multiscopo ricorso ai servizi sanitari (disponibile fino al 2019). Vediamo come in Toscana gli uomini al compimento dei 65 anni abbiano mediamente di fronte a sé altri 19 anni da vivere, di cui circa la metà (9 anni) in buona salute. Le donne invece vivono in buona salute solamente un terzo (7,2 anni) dei 22,3 anni ancora da vivere (**Figura 1.6**). È evidente quindi che le donne sono più longeve degli uomini, ma negli anni di vita guadagnati si trovano a convivere con almeno una patologia più frequentemente degli uomini, anche se non necessariamente invalidante.

Figura 1.6

Speranza di vita (totale) e speranza di vita in buona salute a 65 anni, per genere – Anni di aspettativa di vita al compimento dei 65 anni d'età - Toscana e Italia, anni 2019-2020 - Fonte: ISTAT



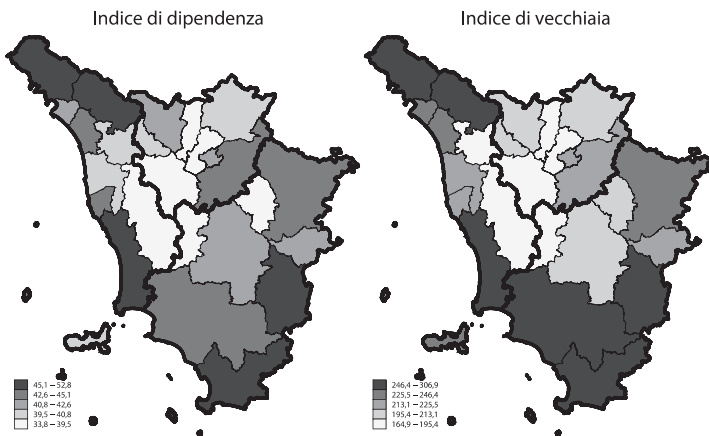
All'interno del territorio toscano le zone contraddistinte da una popolazione più anziana sono quelle più periferiche, caratterizzate anche da una densità abitativa più bassa, da tendenze di spopolamento e da una maggiore lontananza dai poli urbani. Sono le aree definite, proprio per queste caratteristiche, fragili, perché maggiormente vulnerabili dal punto di vista demografico e strutturale. La situazione è mostrata abbastanza chiaramente in **Figura 1.7**. Pur adottando i confini amministrativi delle 26 Zone distretto toscane, le zone più chiare, quindi contraddistinte da una minore presenza di anziani in rapporto al resto della popolazione giovane o adulta, sono quelle della fascia centrale della regione, dalla provincia di Firenze a quella di Pisa, passando per Prato, Pistoia e Lucca, coincidenti con i territori dove si concentra gran parte del tessuto produttivo regionale e i centri urbani a maggiore densità abitativa. Considerata la forte associazione tra età e salute, queste differenze territoriali molto spesso da sole sono in grado di spiegare buona parte delle differenze osservate all'interno del territorio regionale riguardo alla minore o maggiore diffusione di patologie e al ricorso ai principali servizi sanitari o sociosanitari. A livello aziendale, la AUSL Toscana Centro è quella mediamente più giovane, con un indice di vecchiaia pari a 200 e un indice di dipendenza anziani pari a 40), mentre la AUSL Nord Ovest ha valori pari rispettivamente a 226 e 43, la Sud Est a 227 e 43.

Contesti di spopolamento e abbandono da parte dei più giovani possono produrre situazioni di isolamento tra gli anziani, che si ritrovano più spesso a vivere da soli. In Toscana, secondo gli ultimi dati della sorveglianza PASSI d'Argento (periodo 2016-2019), vive solo il 18% (ic95%: 16,3%-19,8%) delle persone con 65+ anni d'età,

a fronte di una media italiana pari al 19,7% (19,1%-20,3%). La percentuale di anziani che si trovano a vivere da soli aumenta con l'età (dal 12,9% dei 65-74enni, al 21% dei 75-84enni, fino al 25,6% degli 85+) e sono le donne, grazie alla maggior longevità che le contraddistingue rispetto agli uomini, a trovarsi più frequentemente in questa condizione: 22,8% vivono sole, rispetto all'11,6% degli uomini. Va detto che non necessariamente la condizione di solitudine abitativa, in questa fascia d'età, rappresenta un aspetto negativo per la salute dell'anziano. La possibilità di riuscire a vivere autonomamente nel proprio contesto abitativo, infatti, è indice di una piena autosufficienza della persona, che non necessita dell'aiuto di terzi nello svolgimento delle proprie attività di base della vita quotidiana. Alcune persone potrebbero invece trovarsi a non vivere da soli perché non vi riescono e necessitano quindi di una presenza costante in casa che li aiuti nella loro quotidianità, un familiare piuttosto che una persona assunta come badante. Resta il fatto che la solitudine abitativa può rappresentare un fattore di rischio in caso di eventi acuti o accidentali, come malori o cadute dell'anziano, che si troverebbe sprovvisto di un pronto intervento.

Figura 1.7

Indice di dipendenza anziani e indice di vecchiaia, per Zona distretto di residenza - Anziani 65+ anni ogni 100 adulti 15-64 anni e ogni 100 giovani 0-14 anni - Zone distretto toscane, anno 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



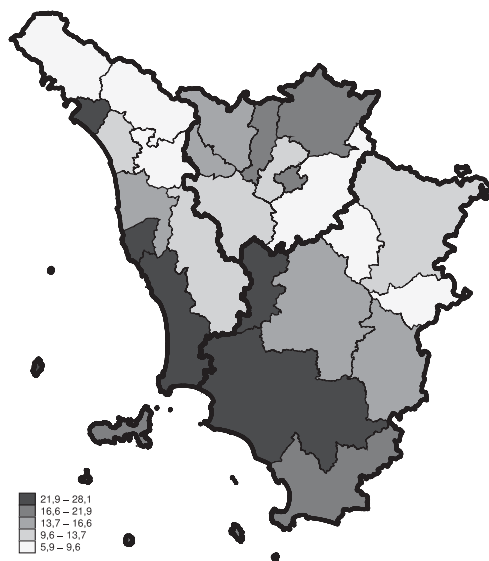
Gli anziani che segnalano di avere molte difficoltà economiche nell'arrivare alla fine del mese sono il 2,8% (ic95: 2,2%-3,7%) del campione intervistato in PASSI d'Argento, ben al di sotto della media italiana pari al 11,3% (ic95%: 10,8%-11,7%), trainata dalle regioni del Sud (Puglia, Campania, Basilicata), che hanno valori compresi tra il 17% e il 20%. Contestualmente, la popolazione anziana toscana ha mediamente un livello di istruzione più alto della media italiana e sono ancora le regioni del Sud

quelle che con una percentuale maggiore di anziani con un basso livello di istruzione. L'associazione tra questi due aspetti è ovviamente molto forte, considerato che il titolo di studio può condizionare il livello di occupazione durante la propria vita lavorativa e, di conseguenza, stipendio e pensione. Bene ricordare comunque che la valutazione delle difficoltà economiche è basata sulla percezione dell'anziano intervistato, sulla base delle proprie spese, entrate e del tenore di vita che ha sempre mantenuto nel corso della propria vita. Non necessariamente quindi può coincidere con una reale situazione di indigenza.

Per descrivere le condizioni socio-economiche del contesto di vita della popolazione abbiamo a disposizione anche un'altra misura, l'indice di deprivazione socio-materiale, indicatore sintetico che misura il livello di svantaggio sociale che deriva dalla zona in cui si vive (A. Rosano, 2020). Si tratta di un indice ecologico, basato cioè sull'aggregazione delle caratteristiche di una popolazione che vive nella stessa sezione di censimento, che classifica come più deprivate le zone contraddistinte da una scarsa istruzione, bassi livelli di occupazione, condizioni abitative peggiori, sulla base dei dati del censimento ISTAT. Una volta classificate le sezioni di censimento toscane è possibile ottenere la stima delle persone che vivono nelle zone a maggior deprivazione nella nostra regione, pari al 16% degli anziani residenti. In **Figura 1.8** notiamo come le zone dove la percentuale supera la media regionale siano quelle della fascia costiera centro meridionale.

Figura 1.8

Livello di deprivazione, per Zona distretto di residenza - Anziani che vivono in zone ad alta deprivazione ogni 100 abitanti d'età 65+ anni - Toscana, anno 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT e anagrafe assistiti della Toscana



Richiameremo più volte questi aspetti, legati alle differenze anagrafiche, abitative e socio-economiche della popolazione, nel corso del documento, perché si tratta di fattori notoriamente associati alle condizioni di vita e di salute delle persone. La letteratura scientifica sul tema delle diseguaglianze di salute è infatti molto ampia e ha dimostrato l'impatto di questi fattori su altri determinanti di salute, come dieta, attività fisica, abitudine al consumo di tabacco o alcol, aderenza ai piani terapeutici e di monitoraggio, accessibilità alle prestazioni sanitarie (Murtin F, 2017).



CAPITOLO 2

PERCEZIONE DELLA PROPRIA SALUTE E DELLA VITA

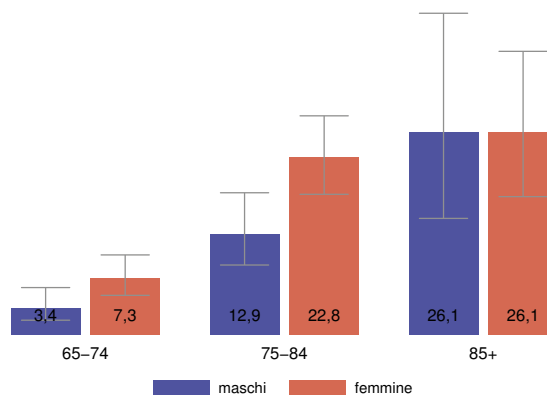
2. PERCEZIONE DELLA PROPRIA SALUTE E DELLA VITA

La percezione del proprio stato di salute risente di elementi oggettivi, come l'età, le patologie o la disabilità, ed altri soggettivi, legati alle proprie aspettative, a ciò che ognuno considera essenziale per poter vivere pienamente e in salute. Va da sé che una bassa percezione della propria salute, indipendentemente dalle reali condizioni, sottolinea un'insoddisfazione nella vita della persona e quindi una minore qualità della vita.

Secondo i dati PASSI d'Argento l'88,1% (ic95%: 86,2%-89,7%) degli anziani toscani giudica positivamente il proprio stato di salute, in linea con la media italiana pari all'87,4% (ic95%: 86,9%-87,9%). Circa un anziano su dieci, di contro, non è soddisfatto della propria condizione di salute, senza differenze nelle 3 AUSL toscane. L'indicatore risente, come atteso, dell'età, con la percentuale di persone che si dichiarano in cattiva salute che passa dal 5,5% (ic95%: 4,1%-7,5%) dei 65-74enni al 26,1% (ic95%: 19,1%-34,5%) degli 85+. In Italia, per le stesse fasce d'età, il dato passa dal 9% (ic95%: 8,5%-9,6%) al 22,1% (ic95%: 10,2%-14,2%). Stratificando la popolazione per genere, notiamo che, a parità d'età, le donne tendono più degli uomini ad avere una scarsa percezione della propria salute, ad eccezione dei grandi anziani (85+), soglia d'età oltre la quale le differenze di genere si annullano. In generale, il 14,6% (ic95%: 12,3%-17,3%) delle donne ha una bassa percezione della propria salute, rispetto all'8,3% (ic95%: 6,3%-10,9%) degli uomini. In Italia il confronto per genere è simile, con il 15,3% (ic95%: 14,6%-16,0%) delle donne che giudica negativamente la propria salute, a fronte del 9,1% (ic95%: 8,5%-9,8%) degli uomini (**Figura 2.1**).

Figura 2.1

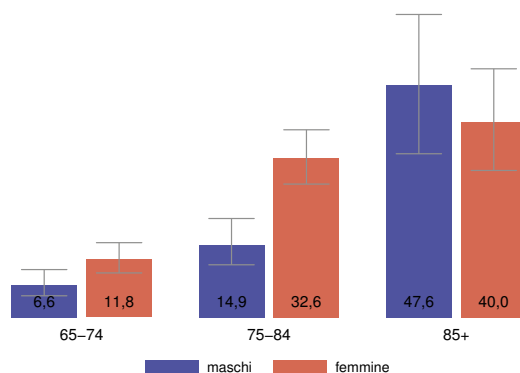
Bassa percezione della propria salute, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Una percentuale leggermente superiore, pari al 17,9% dei rispondenti (ic95%: 16,1%-20%), si dichiara insoddisfatta della propria vita e l'associazione con l'età è ancora più forte: il 9,5% (7,6%-11,8%) dei 65-74enni non è soddisfatto, rispetto al 25,1% (21,4%-29,2%) dei 75-84enni e al 42,7% (34,7%-51,2%) degli 85+. Evidentemente ai problemi di salute, tra i grandi anziani, possono aggiungersi anche insoddisfazioni legate alle minori occasioni di far parte attivamente della vita comunitaria, di attività ricreative e sociali. Rispetto alla media italiana, il dato toscano è sostanzialmente in linea fino agli 84 anni: in Italia il 16,8% (16%-17,6%) dei 65-74enni e il 25,5% (24,4%-26,7%) dei 75-84enni è insoddisfatto. Sono più frequenti gli insoddisfatti nella nostra regione, invece, dopo gli 85 anni: il dato italiano si ferma al 32,2% (29,9%-34,5%). Anche in questo caso si rilevano alcune differenze di genere, con le donne che tendono ad essere meno soddisfatte della propria condizione fino agli 84 anni d'età, per poi ritrovarsi su valori simili o in questo caso inferiori a quelli degli uomini (**Figura 2.2**). In generale le donne insoddisfatte della propria vita sono il 22%, contro il 12,5% degli uomini, rispettivamente il 24,8% (23,9%-25,8%) e il 16,4% (15,5%-17,2%) in Italia.

Figura 2.2

Insoddisfazione della propria vita, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



I due aspetti sono ovviamente associati tra loro, è atteso che le condizioni di salute influenzino la qualità della vita e viceversa. Il 76,8% (69,6%-82,7%) degli anziani che reputa di essere in cattive condizioni di salute è insoddisfatto della propria vita, rispetto al 10% (8,6%-11,8%) di coloro che si dichiarano in buone condizioni di salute. Viceversa, il 50,7% (44,6%-56,8%) degli anziani insoddisfatti della propria vita evidenzia una cattiva salute, contro il 3,3% (2,4%-4,6%) di coloro che sono abbastanza o molto soddisfatti. Entrambe le dimensioni, inoltre, sono associate al livello di istruzione e alle risorse economiche proprie e della propria famiglia. Queste relazioni emergono dai dati

riportati in **Tabella 2.1**, che mostra la quota di anziani che si considerano in cattive condizioni di salute o insoddisfatti della propria vita, al variare delle condizioni abitative (vivere solo o no), d'istruzione (livello alto o basso) ed economiche (difficoltà o no). Vivere solo, avere un basso livello d'istruzione o difficoltà economiche, condizionano in negativo la percezione della propria salute e questo si riflette anche sul livello di soddisfazione per la propria vita complessivamente. Questi risultati sono coerenti con il quadro nazionale, ad eccezione del dato sugli anziani che percepiscono negativamente la propria salute per livello di difficoltà economiche, che assume valori massimi nella fascia intermedia, "qualche difficoltà", rispetto a chi segnala di non averne alcuna o molte. Come detto, trattandosi di una percezione soggettiva, è possibile che una parte degli anziani intervistati faccia prescindere il giudizio sulla propria salute dalla disponibilità di risorse economiche.

Tabella 2.1

Bassa percezione della propria salute e insoddisfazione della propria vita, per condizione abitativa, d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Percezione salute bassa		Insoddisfazione vita	
		Toscana	Italia	Toscana	Italia
Vive solo	No	9,4 (7,8-11,3)	12,0 (11,4-12,5)	13,8 (11,9-15,9)	19,4 (18,8-20,1)
	Sì	22,0 (17,4-27,5)	14,9 (13,8-16,1)	34,8 (29,4-40,7)	27,1 (25,4-28,8)
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	18,9 (15,7-22,6)	17,0 (16,2-17,9)	29,3 (25,7-33,2)	27,2 (26,1-28,4)
	Media inferiore	8,5 (6,1-11,7)	10,5 (9,6-11,4)	12,8 (10,-16,3)	19,0 (17,9-20,2)
	Media superiore	6,6 (4,3-10,1)	8,0 (7,3-8,9)	9,4 (6,6-13,3)	14,5 (13,4-15,7)
	Laurea	8,1 (3,7-17,0)	6,4 (5,3-7,9)	8,8 (4,4-17,1)	11,0 (9,6-12,6)
Difficoltà economiche	Nessuna	8,3 (5,9-11,4)	6,8 (6,4-7,4)	10,7 (8,9-12,8)	11,8 (11,1-12,6)
	Qualche	21,1 (17,3-25,6)	15,3 (14,4-16,3)	31,4 (27,2-36,1)	26,6 (25,5-27,8)
	Molte	8,0 (6,0-10,6)	29,2 (27,1-31,3)	64,4 (46,3-79,2)	46,8 (44,4-49,3)

Il campione PASSI d'Argento non permette di ottenere stime rappresentative a livello di Zona distretto, ma si limita alle tre AUSL, tra le quali mediamente non si rilevano differenze nel quadro presentato in questo capitolo. È plausibile però che in quelle zone caratterizzate da una maggiore presenza di anziani che vivono in contesti più deprivati, quindi associati ad un livello di scolarità e condizioni abitative o economiche mediamente inferiori della media regionale, come la fascia costiera centro-meridionale e alcuni territori montani, sia maggiore il livello di insoddisfazione per la propria vita e per la propria salute.



CAPITOLO 3

ISOLAMENTO E PARTECIPAZIONE SOCIALE

3. ISOLAMENTO E PARTECIPAZIONE SOCIALE

La partecipazione alla vita sociale è uno dei cardini della strategia di invecchiamento sano e attivo definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), insieme alla salute e alla sicurezza. Con il termine attivo non ci si limita a considerare il contributo che gli anziani possono ancora dare alla società in termini di forza lavoro, ma, anzi, si vogliono incentivare tutti quei ruoli che possono ancora essere ricoperti nella comunità, una volta usciti dal mondo del lavoro. L'impegno può abbracciare le diverse sfere della vita comunitaria (sociale, economica, civile, culturale, ricreativa) o familiare e può prescindere dalla piena salute o autonomia nelle abilità funzionali. L'anziano, in sintesi, può rappresentare ancora una risorsa per la propria famiglia e per la collettività e può ancora fruire di occasioni di formazione attiva per accrescere il proprio bagaglio culturale e formativo. L'anziano come risorsa è una persona che ancora può contribuire alla crescita individuale e collettiva, partecipando ad attività che hanno un effetto benefico sulla salute fisica e mentale, contribuiscono a consolidare le relazioni e quindi a migliorare la qualità della vita, riducendo il livello di dipendenza dall'aiuto di terzi.

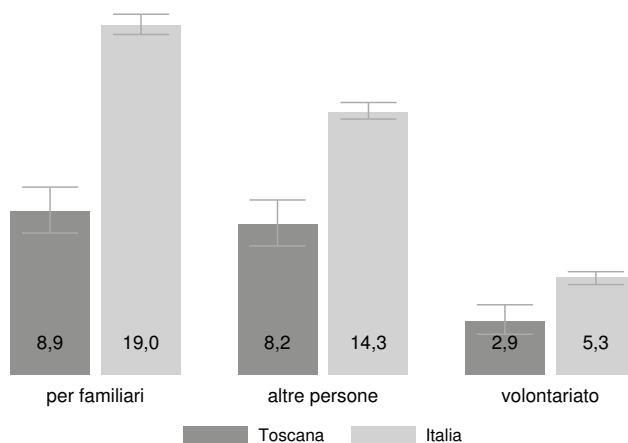
Con lo scenario demografico che stiamo affrontando, destinato ad ampliare le differenze generazionali, con un aumento relativamente sempre più forte degli anziani rispetto alla popolazione giovane e adulta, saper includere e valorizzare questa fascia di popolazione diventa cruciale per, da un lato fornire un aiuto solido alla società, dall'altro rallentare e ritardare il più possibile il momento di bisogno di queste persone, al quale la rete familiare o i servizi dovranno necessariamente dare una risposta. Molto spesso gli anziani in Italia si limitano ad aiutare la propria famiglia, accudendo nipoti o altri parenti anziani e aiutando i propri figli, economicamente e mettendo a disposizione il proprio tempo. ISTAT stima che il 13% degli anziani assista altri anziani in condizione di bisogno almeno una volta alla settimana. Quasi i due terzi hanno un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, dopo i 75 anni, infatti, l'insorgenza di limitazioni funzionali può compromettere la capacità di dare assistenza e determinare il passaggio tra chi beneficia dell'aiuto di altri. Inoltre, il livello di partecipazione e di salute tra gli anziani è fortemente associato alle condizioni socio-economiche e culturali che hanno caratterizzato la loro vita, con un effetto cumulativo del proprio percorso educativo, formativo e del contesto sociale e abitativo nel quale si è vissuti.

Grazie ai dati PASSI d'Argento possiamo valutare la partecipazione dell'anziano ad attività lavorative retribuite, no-profit, di volontariato, o la partecipazione a eventi sociali o a corsi di formazione. Sulla base delle risposte fornite, solo il 16,8% (15,2%-18,5%) degli anziani toscani rappresenta una risorsa per la propria famiglia o la propria comunità, un valore decisamente inferiore alla media nazionale pari al 28,7% (28,1%-29,4%) nel triennio 2016-2019. Difficile, con i dati a nostra disposizione, identificare

le cause di questa differenza, che possono risiedere nel contesto culturale in cui gli anziani vivono, nel livello di aiuto di cui figli e nipoti necessitano a causa di una carenza di servizi di welfare nei propri territori, nelle differenze di risorse di cui dispongono le famiglie che possono far propendere per l'assunzione di una persona che si prenda cura dei propri cari, piuttosto che affidarsi ai propri anziani. Non riteniamo che il gap possa dipendere dalla mancanza di occasioni di socialità e volontariato nella nostra regione, rispetto al contesto italiano. L'universo non profit censito da ISTAT, infatti, rileva in Toscana per il 2018 (ultimo anno disponibile) la presenza di circa 27.800 organizzazioni, pari a 74,5 organizzazioni ogni 10mila abitanti, a fronte di una media italiana di 60 per 10mila, collocando la Toscana in 6° posizione tra le regioni per capillarità. L'incremento nel tempo è costante ad ha portato una crescita di circa 9.500 istituzioni rispetto al 2001 (+51%) e di 3.900 rispetto al 2011 (+16%). Le differenze tra la nostra regione e l'Italia ci sono per ogni tipologia di risorsa considerata (per la famiglia, per altre persone o in attività di volontariato) anche se il gap maggiore sembra essere nell'aiuto dato all'interno della propria famiglia (il dato toscano è meno della metà di quello italiano), seguito dall'aiuto dato a persone al di fuori della propria famiglia. Più contenute invece le differenze nella partecipazione ad attività di volontariato (**Figura 3.1**).

Figura 3.1

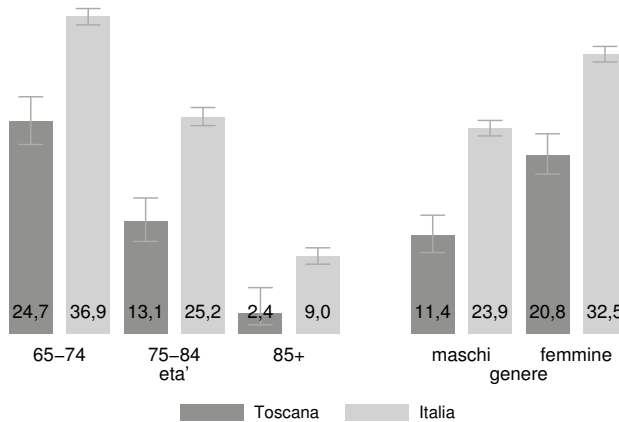
Anziano risorsa, per tipologia - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Il gap rispetto al dato italiano è generalizzato, stratificando l'indicatore per età e genere, infatti, non si osservano sotto-gruppi di popolazione in cui gli anziani toscani costituiscono una risorsa per gli altri al pari della media italiana (**Figura 3.2**).

Figura 3.2

Anziano risorsa, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Approfondendo il tema, alla ricerca di possibili spiegazioni della marcata differenza tra Toscana e Italia, stratifichiamo l'indicatore per le variabili socio-demografiche già descritte in precedenza (**Tabella 3.1**). Come si evince dai risultati non sembra esserci una particolare caratteristica (tra quelle osservate) che renda la persona meno propensa al mettersi a disposizione degli altri. La Toscana ha infatti valori inferiori alla media italiana in maniera generalizzata, fatta eccezione per gli anziani che hanno conseguito una laurea, che mostrano livelli simili agli italiani. In tutti gli altri casi le percentuali osservate tra i nostri anziani sono la metà, o meno, di quelle osservate tra gli ultra64enni italiani, con differenze che per la quasi totalità dei casi sono statisticamente significative (tenendo conto degli intervalli di confidenza). La direzione del trend toscano al variare del livello delle singole variabili è coerente con quella italiana: la probabilità di essere una risorsa diminuisce con l'età, tra gli uomini, al diminuire del titolo di studio e quando l'anziano vive da solo. Meno chiaro l'effetto del reddito, che non mostra un chiaro trend e non sembra quindi essere associato in maniera significativa alla possibilità di essere una risorsa per gli altri.

Internamente alla nostra regione vi sono inoltre alcune differenze geografiche, con la percentuale più bassa rilevata tra i residenti della AUSL Centro (12,9%; ic95%: 10,6%-15,7%), rispetto alla AUSL Nord Ovest (19,9%; ic95%: 16,8%-23,3%) e Sud Est (20,7%; ic95%: 17,7%-24,1%).

Sono invece in linea con la media italiana le percentuali di anziani che ancora svolgono un lavoro retribuito, 7,5% (6,2%-8,5%) dei toscani e 6,2% (5,9%-6,6%) degli italiani, e di anziani che partecipano a gite o soggiorni ricreativi in gruppo, 20,2% (18,5%-22,0%) dei toscani e 21,4% (20,8%-22,0%) degli italiani.

Tabella 3.1

Anziano risorsa, per condizione abitativa, d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	11,4 (9,4-13,7)	23,6 (23,6-24,5)
	Media inferiore	15,1 (12,4-18,3)	30,9 (30,9-32,2)
	Media superiore	24,5 (20,3-29,3)	36,6 (36,6-38,1)
Difficoltà economiche	Laurea	40,8 (31,1-51,2)	39,1 (39,1-41,6)
	Nessuna	13,5 (14,7-18,8)	31,4 (30,5-32,4)
	Qualche	17,1 (14,2-20,4)	26,9 (25,8-28,0)
Vive solo	Molte	18,0 (10,1-32,1)	25,1 (23,3-27,1)
	Sì	11,8 (8,8-15,8)	22,9 (22,9-24,4)
	No	17,8 (16,1-19,8)	30,3 (30,3-31,0)

Una delle conseguenze dirette di una scarsa partecipazione alla vita sociale è rappresentata dall'isolamento, situazione in cui frequentemente possono ritrovarsi gli anziani nel momento in cui viene meno il loro ruolo all'interno delle relazioni e delle attività lavorative. La condizione di isolamento sociale può essere reale, quando la persona effettivamente trascorre ormai gran parte o tutto il proprio tempo in casa e non ha contatti nemmeno telefonici con familiari o amici, oppure soggettiva, quando cioè le occasioni di contatto ancora ci sono, ma la persona considera scarse le proprie compagnie o possibilità di sostegno sociale. Il progressivo isolamento nell'anziano può avere una causa psicologica, legata ad esempio ad uno stato di depressione, fisica, a causa di patologie o disabilità che ne compromettono la possibilità di uscire e trascorrere tempo con gli altri, o sociale, per un gap economico o culturale che pregiudica l'accesso a determinati contesti. In età avanzata la mancanza di relazioni sociali può effettivamente aumentare i sintomi comportamentali come disturbi del sonno, depressione e affaticamento. Gli effetti dell'isolamento sociale soggettivo contribuiscono in modo più significativo sui disturbi del sonno e sui sintomi depressivi e, viceversa, l'isolamento può essere causato proprio dall'insorgenza di un disagio psicologico e da un cambiamento significativo del tono dell'umore o del comportamento.

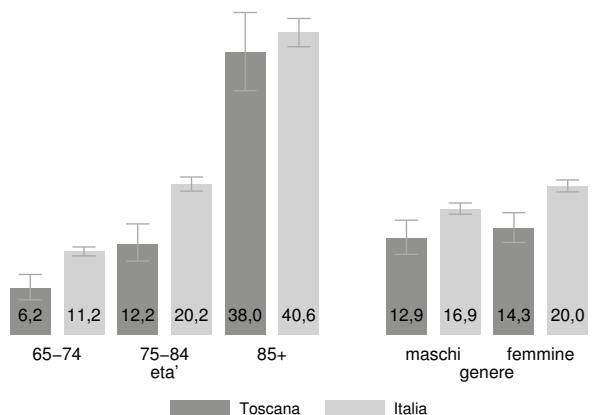
La mancanza di relazioni sociali è a tutti gli effetti un fattore di rischio di mortalità al pari di stili di vita non salutari, con cui peraltro l'isolamento si conferma associato (fumo, obesità, alcol o sedentarietà). La rete sociale influenza lo stato di salute attraverso meccanismi comportamentali che spesso agiscono simultaneamente, come le forze dell'influenza sociale, i livelli di impegno sociale o la partecipazione e l'accesso a beni materiali e risorse e, rispetto ad altri gruppi d'età, gli anziani soffrono maggiormente dell'isolamento sociale. La condizione di solitudine abitativa rappresenta ovviamente

un fattore di rischio molto forte, sia in contesti abitativi caratterizzati dalla perdita del tessuto relazionale e di vicinato tipici delle aree più urbanizzate, sia in zone colpite da spopolamento.

PASSI d'Argento valuta la partecipazione a incontri collettivi o l'occasione di parlare con altre persone, considerando a rischio di isolamento sociale l'anziano che durante una settimana tipo non ha nessuna di queste occasioni. Nella nostra regione gli anziani a rischio di isolamento sociale rappresentano il 13,7% (12,3%-15,2%) del totale, meno della media italiana pari al 18,7% (18,1%-19,2%). In particolare sono rare le occasioni in cui l'anziano dichiara di non avere affatto la possibilità di conversare con altre persone, 14,4% (12,9%-16%) in Toscana, rispetto al 20,4% (19,9%-21%) in Italia, mentre sono più frequenti gli anziani che sono impossibilitati a partecipare ad attività sociali, 66,8% (64,6%-69%) in Toscana e 70% (69,3%-70,7%) in Italia. È comprensibile che la possibilità di incontrare o anche solo parlare telefonicamente con altre persone sia un'attività più accessibile per gli anziani, rispetto al doversi recare ad attività sociali, il cui accesso potrebbe essere precluso dalle proprie condizioni di salute, piuttosto che dalla sola mancanza di stimoli ad uscire. Il rischio di isolamento, infatti, aumenta come atteso con l'età: dal 6,2% (4,7%-8,1%) tra i 65-74enni al 37,9% (32,8%-43,3%) degli 85+ toscani. Non si rilevano invece molte differenze tra i due generi: 12,9% (10,8%-15,4%) tra gli uomini e 14,3% (12,4%-16,4%) tra le donne (**Figura 3.3**).

Figura 3.3

Isolamento sociale, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Il rischio è inoltre associato a bassi livelli di istruzione, con la percentuale di anziani in isolamento che raggiunge il 21,2% (18,6%-24,2%) tra i toscani con al massimo la licenza elementare (in linea con l'andamento italiano), e alle difficoltà economiche: gli

anziani in isolamento sociale tra chi non ha alcuna difficoltà sono un terzo rispetto a quelli tra chi ha molte difficoltà (Tabella 3.2). Si rileva inoltre una maggiore tendenza all'isolamento sociale tra chi convive con altre persone, rispetto a chi vive da solo, che evidentemente tende a relazionarsi di più con le proprie reti extra-domestiche.

Tabella 3.2

Isolamento sociale, per condizione abitativa, d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	21,2 (18,6-24,2)	25,8 (24,9-26,7)
	Media inferiore	8,7 (6,5-11,5)	13,1 (12,2-14,0)
	Media superiore	5,4 (3,5-8,2)	10,3 (9,4-11,3)
Difficoltà economiche	Laurea	9,3 (4,7-17,4)	8,8 (7,6-10,3)
	Nessuna	10,7 (9,1-12,6)	12,7 (12,1-13,4)
	Qualche	17,5 (14,6-20,9)	21,6 (20,6-22,6)
Vive solo	Molte	32,7 (20,7-47,6)	30,6 (28,8-32,6)
	Sì	7,3 (5,0-10,6)	13,8 (12,8-15,0)
	No	15,0 (13,3-16,8)	19,9 (19,3-20,5)

Tra le tre AUSL stavolta le differenze sono più contenute, con il 16,2% (13,4%-19,3%) degli anziani della AUSL Sud Est che si trovano in condizioni di isolamento sociale, seguiti dal 15,3% (12,5%-18,5%) della Nord Ovest e dall'11,3% (9,2%-13,9%) della Centro. Plausibile che un leggero svantaggio vada a discapito degli anziani che vivono in aree della regione dove è minore la densità abitativa e sono meno frequenti le occasioni ricreative o sociali, rispetto ai centri urbani.



CAPITOLO 4

DETERMINANTI DI SALUTE

4. DETERMINANTI DI SALUTE

L'invecchiamento sano e attivo passa in gran parte dall'adizione di un corretto stile di vita per quanto riguarda i principali determinanti di salute noti: l'attività fisica, la dieta e il controllo del peso corporeo, il consumo di tabacco o alcol, per i loro effetti sulla salute a breve e lungo termine. In questo capitolo fotografiamo quindi i toscani rispetto alla media italiana, per i principali determinanti di salute.

4.1 ATTIVITÀ FISICA

Sono ormai consolidate le conoscenze in merito agli effetti benefici dell'attività fisica sulla salute e sul benessere psicologico, se svolta con regolarità. Tra i più importanti la riduzione del rischio di patologie cardiocircolatorie, anche tramite il controllo del peso corporeo, o alcuni tipi di tumore, il miglioramento del funzionamento del sistema muscolo-scheletrico e, tra gli anziani, la riduzione del rischio di cadute (WHO, 2010). Specialmente nella popolazione anziana, per attività fisica non si intende necessariamente un'attività sportiva strutturata, quanto piuttosto un qualsiasi sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo. Valgono quindi le camminate, le uscite in bicicletta, i lavori di giardinaggio e nell'orto, le pulizie domestiche, le attività ricreative in movimento (come il ballo), oltre ovviamente all'esercizio fisico strutturato (ginnastica, sport). L'attività fisica dopo i 65 anni favorisce l'invecchiamento attivo e in salute, riducendo gli eventi avversi e aumentando la sopravvivenza (Sanchez-Sanchez JL, 2020) (Muscarì A & Group., 2017).

I livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS per gli anziani distinguono tra attività aerobica ed anaerobica e in base all'intensità dello sforzo e alla durata, ma in generale, la pratica costante di attività fisica, seppure al di sotto dei livelli raccomandati, è comunque in grado di produrre benefici. La sorveglianza PASSI d'Argento valuta l'attività fisica praticata in relazione alle capacità di movimento dell'anziano, somministrando il questionario PASE (Physical activity scale for elderly) per misurare l'attività fisica abituale praticata nell'ultima settimana, comprendendo qualunque tipo di attività (Washburn RA, 1999).

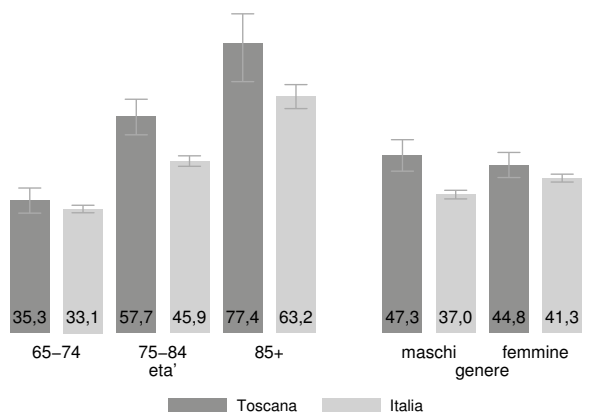
Sulla base dei punteggi ottenuti, il 45,9% (43,2%-48,5%) degli anziani toscani è risultato sedentario nel periodo 2016-2019, a fronte di una media italiana pari al 39,4% (38,6%-40,2%). Si tratta di un valore che pone la nostra regione tra le ultime, insieme a Lazio, Campania, Sicilia e Basilicata, nell'ipotetica graduatoria delle regioni con gli anziani più attivi. Tra le tre AUSL si rileva una maggiore tendenza alla sedentarietà tra

i residenti della AUSL Sud Est (51,4%; ic95%: 46,5%-56,2%), rispetto alla Centro (46,8%; ic95%: 42,6%-51%) e Nord Ovest (42,9%; ic95%: 37,8%-48%).

Con l'età aumenta, come atteso, il numero di sedentari, pur ricordando che la scala PASE tiene conto dell'età e quindi relativizza il livello di attività fisica adeguato alla fascia anagrafica di appartenenza (**Figura 4.1**). I sedentari in Toscana passano dal 35,3% dei 65-74enni al 77,4% degli ultra84enni (in Italia il trend va dal 33,1% al 63,2%). Rispetto all'Italia si inverte il rapporto tra uomini e donne. Nella nostra regione sostanzialmente i due valori sono uguali, se si considera l'ampiezza dell'intervallo di confidenza, con una tendenza a svantaggio degli uomini (47,3% vs 44,8%), mentre in Italia il risultato del confronto è invertito, 37% di sedentari tra gli uomini e 41,3% tra le donne. È necessario investire in promozione della salute per cercare di aumentare i livelli di attività fisica nella popolazione, per poter beneficiare degli effetti positivi elencati in precedenza. Nella nostra regione, ad esempio, sempre PASSI d'Argento stima che gli anziani che hanno ricevuto indicazioni dal proprio medico di impegnarsi nell'attività fisica sono solo il 23,6% (21,8%-25,6%). Anche se il valore non si discosta molto dalla media italiana, pari al 27,7% (27%-28,3%), è senza dubbio insufficiente per ipotizzare un effetto.

Figura 4.1

Anziani sedentari, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani rispondenti e intervallo di confidenza - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Il livello d'istruzione gioca sicuramente un ruolo nella propensione dell'anziano a svolgere attività fisica, i sedentari infatti scendono dal 60,7% (56,2%-65%) tra chi non ha nessun titolo di studio o al più un diploma elementare, al 28,5% (19,7%-39,2%) tra chi ha conseguito una laurea universitaria (**Tabella 4.1**). Il dato è coerente con i risultati degli studi di letteratura. La variabile considerata può essere un proxy di uno

svantaggio culturale che porta l'anziano a prestare meno attenzione ai propri stili di vita e ai consigli, pur non così frequenti come abbiamo visto, ricevuti dal proprio medico o da altri operatori sanitari. In alcuni casi può esserci proprio un gap che ostacola la corretta comprensione dei messaggi veicolati dagli operatori sanitari e della prevenzione. Gli interventi di prevenzione primaria spesso hanno difficoltà a penetrare nelle fasce di popolazione più svantaggiate, comprensibilmente anche per possibili problemi materiali (meno tempo libero, meno risorse e occasioni di fare movimento o vera e propria attività fisica strutturata, contesto abitativo che offre meno strutture e aree per praticare sport). Si tratta di una delle relazioni che porta un contributo al gap di salute a discapito delle fasce di popolazione più svantaggiate culturalmente ed economicamente, rispetto al resto della popolazione.

L'effetto del reddito o, più in generale, della scarsità di risorse economiche disponibili è coerente con quanto osservato per il livello di istruzione e rafforza l'ipotesi che condizioni di svantaggio culturale ed economico tendano a disincentivare la pratica di attività fisica.

Tabella 4.1

Anziani sedentari, per condizione d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	60,7 (56,2-65,0)	45,1 (43,7-46,4)
	Media inferiore	42,2 (37,5-47,0)	37,2 (35,7-38,7)
	Media superiore	35,5 (30,2-41,2)	32,4 (30,9-33,9)
	Laurea	28,5 (19,7-39,2)	36, (33,4-38,6)
Difficoltà economiche	Nessuna	42,1 (39,0-45,3)	34,3 (33,3-35,4)
	Qualche	56,1 (50,9-61,1)	44,4 (43,0-45,7)
	Molte	47,3 (28,6-66,8)	48,0 (45,2-50,7)

4.2 DIETA E PESO CORPOREO

Le linee guida italiane per una sana alimentazione, per la popolazione anziana raccomandano quanto valido per la popolazione generale: una dieta varia, ricca di legumi, frutta e ortaggi freschi, e con ridotte quantità di grassi animali, formaggi, alcolici e sale da cucina. È noto, infatti, che adeguate quantità di frutta e verdura, prevengono malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti, mentre un ridotto consumo di frutta e verdura è associato a un aumento del rischio di patologie croniche. Il consumo di frutta e verdura negli anziani è associato a un minor rischio di fragilità a breve termine, secondo un effetto "dose-dipendente" (García-Esquinas E, 2016).

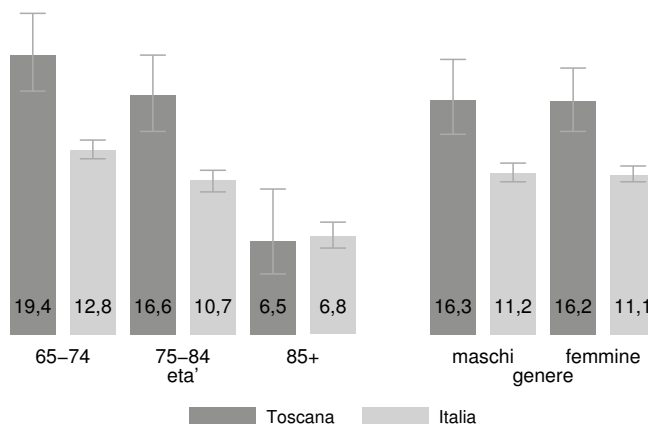
Il consumo minimo raccomandato dall'OMS è di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (circa 400 grammi) e vale anche per gli anziani, ai quali si raccomanda di preferire cibi freschi e facilmente masticabili e digeribili (WHO, 2003).

Secondo i dati della sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2019, solo il 16,4% (14,8%-18,2%) degli anziani toscani consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, dato comunque superiore alla media nazionale, pari all'11,3% (10,9%-11,7%). Se abbassiamo leggermente la soglia e ci limitiamo a considerare il consumo di almeno 3 porzioni giornaliere, il dato toscano sale al 59,1% (56,8%-61,4%), contro una media nazionale del 55,3% (54,2%-56,4%). La nostra regione è comunque tra le più virtuose, insieme ad altre regioni del centro-nord (Marche, Emilia-Romagna, Liguria, Veneto e Trentino-Alto Adige) e Sardegna. Tra i territori toscani si rilevano alcune differenze: mentre il 25,9% (22,4%-29,7%) degli anziani della AUSL Nord Ovest consuma le 5 porzioni raccomandate, il dato scende al 12,8% (10,6%-15,5%) nella AUSL Centro e al 10,5% (8,4%-13%) nella Sud Est. Stesso andamento, se si considerano 3+ porzioni: 71% (67,0%-74,6%) degli anziani della AUSL Nord Ovest, 53,9% (50,2%-57,5%) della Centro e 53,5% (49,6%-57,4%) della Sud Est.

Mentre non si rilevano differenze di genere, uomini e donne mostrano valori identici sia in Toscana che in Italia (pur con le differenze che collocano i dati toscani su valori superiori a quelli italiani), va segnalato un trend negativo all'aumentare dell'età, con la percentuale di anziani che consumano le 5 porzioni raccomandate che scende dal 19,4% dei 65-74enni al 6,5% degli 85+, tra i quali si perde il vantaggio rispetto alla media italiana (Figura 4.2).

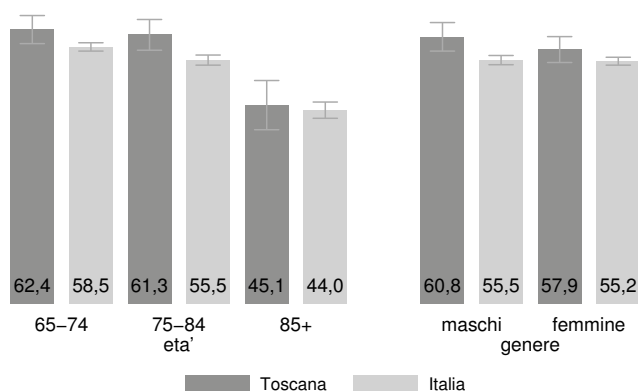
Figura 4.2

Consumo di 5+ porzioni di frutta o verdura giornaliera, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani rispondenti e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Le differenze tra Toscana e Italia sono meno marcate se si analizza la prevalenza di anziani che consuma almeno 3 porzioni di frutta o verdura quotidiane. Si tratta quindi di un consumo inferiore alla dose raccomandata dall'OMS, ma che possiamo comunque interpretare come tendenzialmente buono e indice di una dieta abbastanza varia. Anche in questo caso si rileva una diminuzione dell'indicatore tra gli ultra84enni, mentre sono minime le differenze tra uomini e donne (**Figura 4.3**).

Figura 4.3 Consumo di 3+ porzioni di frutta o verdura giornaliera, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani rispondenti e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Per quanto riguarda invece il potenziale effetto del livello di istruzione o di risorse economiche, si rileva un andamento coerente per quanto riguarda il titolo di studio, mentre lo stesso non si può dire all'apparenza per l'effetto delle difficoltà economiche (**Tabella 4.2**). Coerentemente con quanto osservato per l'attività fisica, e in linea con le conoscenze sul tema, che sottolineano come un livello culturale ed educativo più alto sia associato a comportamenti più virtuosi, tra i quali rientra anche l'attenzione alla dieta alimentare, la percentuale di anziani che consumano 5+ porzioni (o 3+) quotidiane aumenta all'aumentare del livello di istruzione conseguito nella vita: dal 14,2% tra coloro che hanno al più la licenza elementare al 32% tra i laureati, per quanto riguarda il consumo di almeno 5 porzioni. Viceversa, osservando i dati toscani accanto a quelli italiani, non si rileva un chiaro trend legato alle difficoltà economiche dichiarate dagli intervistati. In Toscana addirittura sembrano avere un effetto opposto all'atteso, con un aumento delle persone che consumano almeno 5 porzioni giornaliera all'aumentare delle difficoltà economiche, pur trattandosi di differenze non significative. È possibile che in questa associazione si inseriscano meccanismi legati al prezzo degli alimenti, che possono rendere meno accessibili carne o pesce, rispetto alle verdure, alle persone

con più difficoltà ad arrivare alla fine del mese, che quindi tendono a consumare più ortaggi e frutta rispetto ai coetanei con minori problemi economici. Il trend toscano è comunque in controtendenza con quello italiano, che invece segnala una diminuzione dei consumi di verdura e frutta all'aumentare delle difficoltà economiche, segno che la rinuncia ad alimenti più costosi può essere compensata da altri alimenti (pane, pasta o cibi confezionati), piuttosto che dagli ortaggi. Resta comunque complesso, con i dati a nostra disposizione, identificare correttamente le cause di queste differenze.

Tabella 4.2

Consumo di 5+ o 3+ porzioni di frutta o verdura giornaliera, per condizione d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95%- Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	5+ porzioni		3+ porzioni	
		Toscana	Italia	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	14,2 (12,0-16,7)	9,2 (8,6-9,8)	57,3 (54,0-60,7)	50,8 (49,8-51,9)
	Media inferiore	15,2 (12,3-18,5)	11,8 (11,0-12,6)	59,3 (55,2-63,3)	57,6 (56,2-59,0)
	Media superiore	18,5 (14,8-22,9)	14,0 (13,0-15,0)	61,0 (55,7-66,0)	61,3 (59,8-62,8)
	Laurea	32,0 (23,2-42,4)	17,5 (15,7-19,5)	70,1 (60,0-78,6)	65,3 (62,8-67,7)
Difficoltà economiche	Nessuna	15,7 (13,8-17,8)	13,7 (13,1-14,4)	59,8 (57,0-62,5)	63,0 (62,0-64,0)
	Qualche	16,6 (13,6-20,1)	9,2 (8,5-9,8)	57,4 (53,3-61,5)	49,2 (48,0-50,4)
	Molte	21,9 (12,0-36,5)	8,3 (7,2-9,5)	64,3 (49,6-76,7)	44,2 (42,1-46,3)

È necessario comunque continuare con le campagne di sensibilizzazione della popolazione all'adozione di una corretta e sana alimentazione, rendendo accessibili gli esercizi commerciali di ortofrutticoli freschi, promuovendo gli orti urbani e domestici e adottando politiche che abbassino il più possibile i prezzi di questi prodotti.

Un aspetto legato alla qualità e salubrità della dieta seguita, a sua volta fattore di rischio per molte patologie, è sicuramente quello del controllo ponderale, considerato che il peso corporeo è conseguenza del proprio regime alimentare, unito alla propensione a svolgere attività fisica, al netto di possibili malattie metaboliche. È ormai consolidato il rischio che sovrappeso e obesità rappresentano per la salute. L'eccesso ponderale è un importante fattore di rischio per molte malattie croniche non trasmissibili: patologie cardiovascolari (principalmente cardiache e ictus), diabete, disturbi muscoloscheletrici (in particolare l'artrosi), alcuni tipi di cancro (endometrio, seno, ovaio, prostata, fegato, cistifellea, rene e colon) (WHO).

L'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso di una persona in kg per il quadrato della sua altezza in metri (kg/m²), è la misura utilizzata a livello di

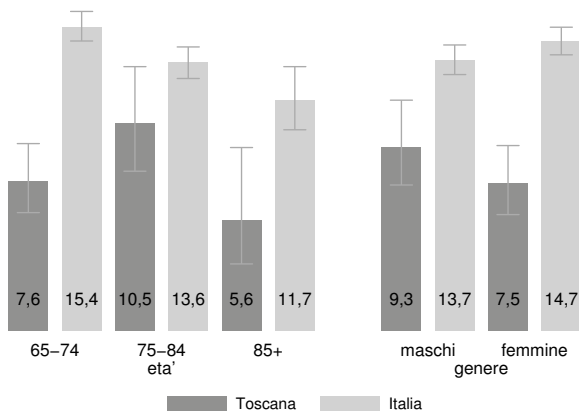
popolazione per la valutazione del sovrappeso e dell'obesità. Le soglie OMS sono: IMC ≥ 25 sovrappeso, IMC ≥ 30 obeso. PASSI d'Argento utilizza i dati auto-riferiti dagli intervistati su peso e altezza, che potrebbero essere in parte sottostimati per un possibile bias di desiderabilità sociale, per il quale le persone tendono a diminuire il proprio peso rispondendo alla domanda.

I dati per il periodo 2016-2019 collocano la Toscana in linea con la media italiana per quanto riguarda gli anziani in sovrappeso (44,6% vs 43,6%) e tra le regioni più virtuose, insieme a Piemonte e Trentino-Alto Adige, per l'obesità: 8,3% (7%-9,8%) degli anziani toscani, a fronte di una media italiana pari a 14,3% (13,8%-14,8%). Tra le tre AUSL toscane poche differenze: gli obesi sono il 9% (6,9%-11,7%) tra gli anziani della AUSL Nord Ovest, l'8% (6,1%-10,3%) nella Centro e l'8% (6,0%-10,5%) nella Sud Est. Più diversificata la situazione per il sovrappeso: 50% (45,7%-54,2%) nella AUSL Sud Est, 45% (40,8%-49,3%) nella AUSL Nord Ovest e 41,9% (38,2%-45,7%) nella AUSL Centro.

Con l'età tende a diminuire la prevalenza di persone obese (Figura 4.4). Sull'andamento può incidere ovviamente un bias di selezione che si verifica quando si considerano stime di prevalenza, legato al fatto che le persone obese potrebbero avere rischi maggiori per la salute e quindi meno probabilità, a parità di altri fattori, di raggiungere e superare gli 85 anni d'età. Ad ogni modo sia il trend toscano che quello italiano non mettono in evidenza differenze così nette tra i sotto-gruppi. Osservando gli intervalli di confidenza, infatti, non possiamo sottolineare una differenza significativa per età. Considerazioni simili valgono per l'effetto del genere. La precisione delle stime non permette di affermare con relativa certezza che le differenze osservate tra uomini e donne siano quelle osservate.

Figura 4.4

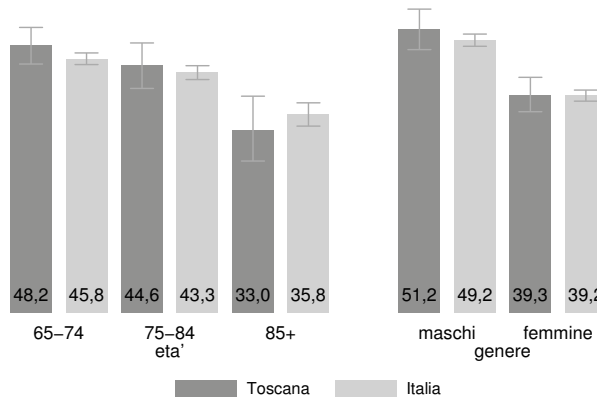
Anziani obesi, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani rispondenti e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Le differenze per età e genere sono invece statisticamente significative quando si prende in considerazione la prevalenza di persone in sovrappeso (**Figura 4.5**). Sia in Toscana che in Italia si rileva un vantaggio a favore delle donne e dei grandi anziani over84enni. In questo caso, come detto in precedenza, il dato regionale è perfettamente sovrapponibile a quello nazionale.

Figura 4.5

Anziani sovrappeso, per genere e classe d'età - Valori ogni 100 anziani rispondenti e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

**Tabella 4.3**

Anziani obesi e sovrappeso, per condizione d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Obesi		Sovrappeso	
		Toscana	Italia	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	9,0 (7,1-11,4)	16,7 (15,8-17,5)	41,9 (38,3-45,7)	43,0 (42,6-44,9)
	Media inferiore	9,0 (6,8-11,9)	13,9 (13,0-14,9)	48,4 (44,1-52,7)	45,7 (44,3-47,2)
	Media superiore	6,9 (4,7-10,1)	11,1 (10,2-12,1)	45,9 (40,7-51,2)	41,3 (39,7-42,9)
	Laurea	5,6 (2,3-13,1)	9,2 (7,8-10,7)	35,2 (25,7-46,0)	40,3 (37,7-42,9)
Difficoltà economiche	Nessuna	8,0 (6,5-9,8)	12,0 (11,4-12,7)	44,7 (42,1-47,8)	42,0 (40,9-43,0)
	Qualche	9,1 (6,8-12,0)	15,9 (15,0-16,8)	44,2 (39,8-48,7)	45,5 (44,3-46,8)
	Molte	7,8 (2,9-19,5)	19,9 (18,1-21,8)	46,7 (31,8-62,1)	44,8 (42,5-47,2)

Ancora una volta si rileva un effetto del titolo di studio più alto raggiunto nella vita, con la frequenza di anziani sovrappeso o obesi che diminuisce mano a mano che si passa dalla licenza elementare (9% di obesi e 41,9% di sovrappeso) alla laurea (5,6% di obesi e 35,2% di sovrappeso), anche se il livello di precisione delle stime toscane, a causa della minore numerosità del campione, è minore rispetto a quelle italiane, che hanno un trend più solido (**Tabella 4.3**). Il peso, soprattutto come conseguenza di altri fattori (attività fisica e dieta), rientra tra quelle caratteristiche che risentono del livello culturale e di istruzione delle persone, in grado di migliorare la propria capacità di recepire le buone pratiche per la salute e seguire abitudini di vita più salutari. Gli anziani sovrappeso o obesi tendono ad aumentare anche in funzione delle difficoltà economiche, che potrebbero condizionare la possibilità di seguire una dieta sana o di svolgere regolare movimento o attività fisica, come detto nei paragrafi precedenti.

4.3 CONSUMO DI TABACCO E ALCOL

L'abitudine al fumo di tabacco e al consumo di alcol rappresentano due importanti fattori di rischio noti per la salute. Il fumo costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, respiratorie e cardiovascolari in primis (Gellert C, 2013). Gli effetti negativi sulla salute causati del fumo aumentano con l'età, a causa dell'esposizione cumulativa nel corso della vita (Nash SH, 2017): le principali cause di mortalità fumo-correlate negli ultra 60enni sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

PASSI d'Argento raccoglie il dato sull'abitudine al fumo chiedendo se l'anziano fuma o ha mai fumato (nella vita e al momento dell'intervista) e il numero di sigarette fumate (tra i fumatori). Sono definiti fumatori gli anziani che dichiarano di fumare al momento dell'intervista e hanno fumato più di 100 sigarette nella loro vita, ex fumatori tutti coloro che hanno fumato più di 100 sigarette nella loro vita ma non fumano al momento dell'intervista, non fumatori gli anziani che non fumano né hanno mai fumato 100 sigarette nella loro vita.

Tra gli anziani toscani i fumatori attuali rappresentano l'8,2% (7,1%-9,5%), dato leggermente inferiore alla media nazionale, pari al 9,8% (9,4%-10,2%). I valori toscani non si discostano comunque in maniera significativa da quelli italiani, gli anziani che hanno smesso di fumare rappresentano il 29,7% degli ultra64enni residenti in Toscana e quelli che non fumano il 62,1% (**Figura 4.6**).

I fumatori attuali seguono un chiaro gradiente per età, diminuendo mano a mano che la popolazione invecchia: dal 13,7% dei 65-74enni all'1,7% degli over 85 (**Figura 4.7**). In particolare sembrano essere i 75 anni la soglia oltre la quale la prevalenza

di fumatori diminuisce in maniera netta. È evidente che, con il sopraggiungere dell'età avanzata, e di probabili patologie, il fumo di sigaretta rappresenta ancor di più un'abitudine da eliminare. Si tratta di un'associazione, quella tra età e abitudine al fumo, che si ritrova anche nei dati italiani. I fumatori sono più presenti tra gli uomini, in Italia come in Toscana, anche se nella nostra regione le differenze di genere sono meno nette.

Figura 4.6

Abitudine al fumo tra gli anziani - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

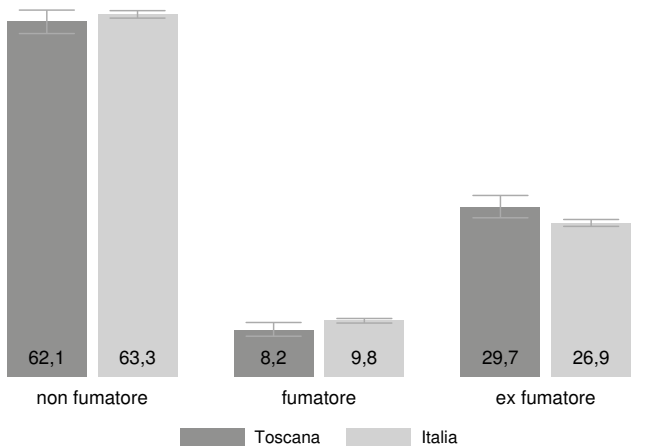
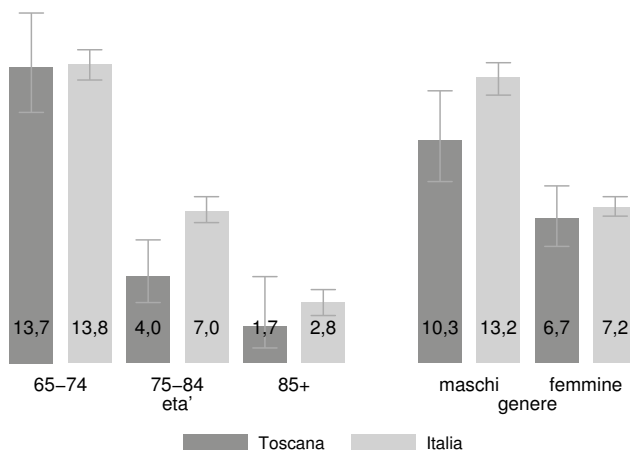


Figura 4.7 Anziani fumatori, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Tra gli anziani, i fumatori aumentano con l'aumentare del livello di istruzione (**Tabella 4.4**). Si tratta di un andamento in controtendenza rispetto a quello abitualmente osservato nella popolazione adulta, dove il fumo è associato ai livelli di istruzione più bassi. In realtà, però, i fumatori attuali sono meno frequenti tra chi ha un titolo di studio più basso perché sono di più le persone che hanno smesso di fumare una volta raggiunta l'età più avanzata. Gli ex fumatori, infatti, rappresentano il 75% (72,1%-77,7%) degli anziani con al più la licenza elementare, rispetto al 67,3% (68%-72%) di chi ha conseguito una laurea universitaria. Si conferma invece, anche tra gli anziani, l'associazione con il livello di risorse economiche, che vede aumentare la prevalenza di fumatori nella parte di popolazione che lamenta maggiori difficoltà economiche, in Toscana come in Italia.

Tra i fumatori toscani, quelli che hanno ricevuto almeno una volta un consiglio di smettere di fumare da parte del proprio medico o di un altro operatore sanitario o sociosanitario nell'ultimo anno sono il 63% (55,1%-70,3%), dato di poco inferiore alla media italiana, pari al 67,3% (65,2%-69,4%). Gli effetti nocivi del fumo sono noti ormai da molti anni e la conoscenza dei rischi per la salute è consolidata anche nella popolazione.

Tabella 4.4

Anziani fumatori, per condizione d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	5,4 (4,1-7,1)	7,0 (6,4-7,5)
	Media inferiore	8,6 (6,6-11,1)	12,0 (11,1-13,1)
	Media superiore	11,8 (8,9-15,5)	13,1 (12,1-14,1)
	Laurea	16,5 (9,9-26,1)	13,6 (12,0-15,4)
Difficoltà economiche	Nessuna	7,9 (6,5-9,5)	9,3 (8,7-9,8)
	Qualche	8,9 (6,9-11,5)	10,1 (9,3-10,8)
	Molte	10,5 (4,7-21,7)	12,3 (11,-13,7)

Oltre al fumo, l'alcol è un altro importante fattore di rischio per molte patologie, causa circa il 4% dei decessi (la metà di quelli provocati dal fumo di sigaretta) e il 5% delle patologie croniche a livello globale (come il fumo di sigaretta) (Beaglehole R, 2009). Per un anziano anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute: la sensibilità, infatti, aumenta con il mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A questo si aggiunge il ridotto funzionamento del fegato e dei reni, che non riescono a inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione come avviene nella popolazione giovane e adulta. L'alcol può inoltre aggravare situazioni

in cui l'anziano già soffre di problemi di equilibrio o di indebolimento muscolare, facilitando cadute. Infine, considerato che la maggioranza degli anziani segue almeno un piano terapeutico farmacologico, va considerata la possibile interazione dannosa tra consumo di alcol e farmaci.

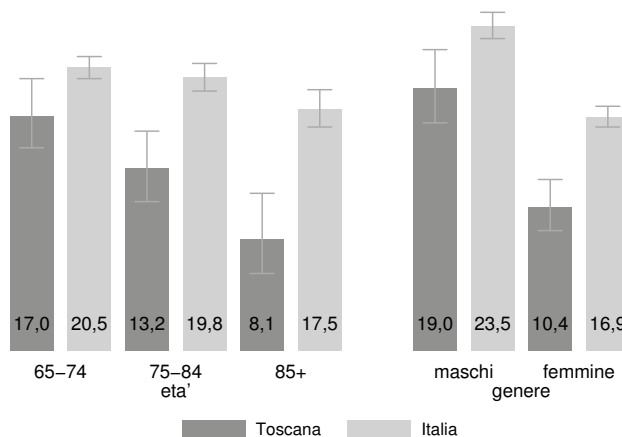
PASSI d'Argento valuta il consumo alcolico misurando il numero di giorni nel mese in cui sono state consumate bevande alcoliche e il numero medio di unità alcoliche assunte.

Circa un toscano su tre consuma alcol (32,1%; ic95%: 30,2%-34%), meno della media italiana, pari al 38,3% (37,6%-38,9%). Il 14,1% (12,6%-15,8%) ha un consumo moderato, mentre il 17,9% (16,4%-19,5%), in linea con il dato italiano pari al 18,5% (17,9%-19%), ha un consumo a rischio, superiore cioè alle 2 unità alcoliche giornaliere. Si tenga presente che per unità alcolica si intende approssimativamente la quantità di alcol contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml).

All'aumentare dell'età tra gli anziani toscani tende a diminuire il consumo di alcol moderato, che invece sembra più stabile in Italia (**Figura 4.8**). Gli uomini consumano mediamente più alcol delle donne, 19% vs 10,4%, con un differenziale di genere simile a quello osservato in Italia.

Figura 4.8

Anziani con un consumo di alcol moderato, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

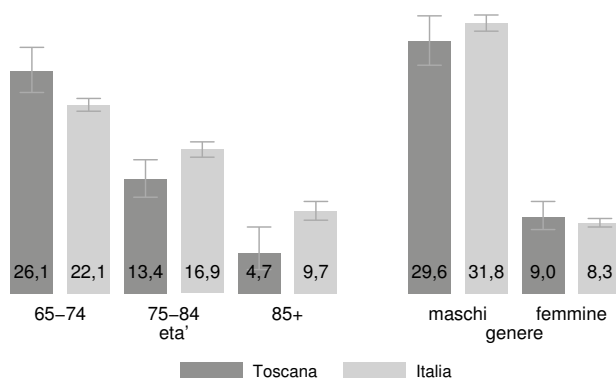


Le differenze per età e genere si acquisiscono quando consideriamo i consumatori di alcol in quantità eccessive (**Figura 4.9**). La prevalenza scende dal 26,1% dei 65-74enni

al 4,7% degli 85+ (dal 22,1% al 9,7% in Italia). Molto più netto, se paragonato a quello osservato per i consumatori moderati, il gap tra uomini e donne. Il 29,6% degli uomini toscani consuma quantità di alcol troppo elevate, rispetto al 9% delle donne. I valori sono in linea con quelli italiani, che confermano una prevalenza molto elevata tra gli uomini. Solo il 3,5% (2,2%-5,8%) dei bevitori toscani, però, ha ricevuto indicazioni da operatori sanitari in merito alla necessità di ridurre la quantità di alcol assunta (10,8% in Italia; ic95%: 9,9%-11,9%), a dimostrazione del fatto che la sensibilità e l'attenzione rivolta agli effetti dannosi dell'alcol è minore rispetto a quella, ormai più consolidata, rivolta al fumo di sigarette.

Figura 4.9

Anziani con un consumo di alcol a rischio, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Il consumo di alcol, sia moderato che a rischio, tende ad aumentare con il livello di istruzione della popolazione anziana (**Tabella 4.5**). Le prevalenze di bevitori più alte si rilevano tra gli anziani in possesso di una laurea universitaria, mentre quelle più basse tra chi ha conseguito al più la licenza elementare. Anche le risorse economiche incidono secondo un trend inverso a quello osservato per il resto dei determinanti di salute fin qui presentati. Diminuisce, infatti, all'aumentare delle difficoltà economiche, la prevalenza di bevitori moderati o a rischio, sia in Toscana che in Italia. Pur dovendo sottolineare che in Toscana, a causa della minore precisione delle stime, la variabilità delle prevalenze (evidenziata dagli intervalli di confidenza) non consente di considerare robuste le differenze osservate, il trend è suggestivo di un'associazione plausibile, che trova infatti una conferma statisticamente significativa nel dato italiano, più solido grazie all'ampia numerosità del campione intervistato.

Tabella 4.5

Anziani consumatori moderati e a rischio di alcol, per condizione d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

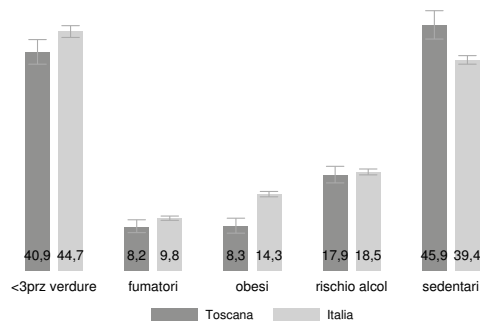
Variabile	Livello	Moderato		A rischio	
		Toscana	Italia	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	11,4 (9,4-13,7)	16,9 (16,1-17,8)	11,3 (9,5-13,4)	14,9 (14,2-15,7)
	Media inferiore	14,8 (12,1-18,1)	20,8 (19,8-22,0)	21,9 (18,9-25,2)	21,4 (20,2-22,6)
	Media superiore	17,7 (14,-22,1)	24,6 (23,3-26,0)	24,5 (20,4-29,2)	22,4 (21,2-23,7)
	Laurea	20,0 (13,1-29,3)	26,0 (24,-28,2)	24,8 (16,9-34,8)	24,3 (22,3-26,5)
Difficoltà economiche	Nessuna	16,3 (14,3-18,4)	23,8 (23,0-24,7)	21,0 (19,1-23,2)	21,5 (20,7-22,3)
	Qualche	9,4 (7,3-12,0)	17,0 (16,1-17,9)	12,2 (9,8-15,2)	16,2 (15,4-17,1)
	Molte	13,2 (6,0-26,5)	12,4 (11,0-13,9)	8,9 (3,7-20,2)	14,3 (12,9-15,9)

4.4 UNO SGUARDO D'INSIEME SUI DETERMINANTI DI SALUTE

Al termine di questa rassegna dei principali determinanti di salute negli anziani toscani e italiani, con il dettaglio delle condizioni socio-economiche che abbiamo visto avere un effetto su molti di essi, riassumiamo il confronto tra la nostra regione e l'Italia con tre grafici. In generale la Toscana mantiene valori in linea o inferiori alla media italiana per 4 determinanti su 5 di salute presi in considerazione da PASSI d'Argento (consumo di <3 porzioni di frutta e verdura al giorno, fumo, consumo di alcol a rischio, obesità), ma presenta una percentuale più elevata di sedentari. In alcuni casi la precisione delle stime toscane non consente di ottenere una significatività statistica per le differenze osservate con la media nazionale, ma la tendenza sembra essere quella di un generale comportamento più virtuoso (Figura 4.10).

Figura 4.10

Determinanti di salute - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Il dettaglio per età tendenzialmente mostra una situazione simile a quella appena descritta, con sole due eccezioni (**Figura 4.11**). La percentuale di anziani sedentari, infatti, tende ad essere maggiore in Toscana una volta superati i 75 anni d'età, mentre i bevitori di alcol a rischio superano la media italiana tra i 65-74enni.

Anche il confronto per genere è in linea con quello generale, fatta eccezione per la percentuale di anziani sedentari tra gli uomini della nostra regione, unico valore superiore alla media italiana in maniera evidente (**Figura 4.12**).

Figura 4.11
Determinanti di salute, per età - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

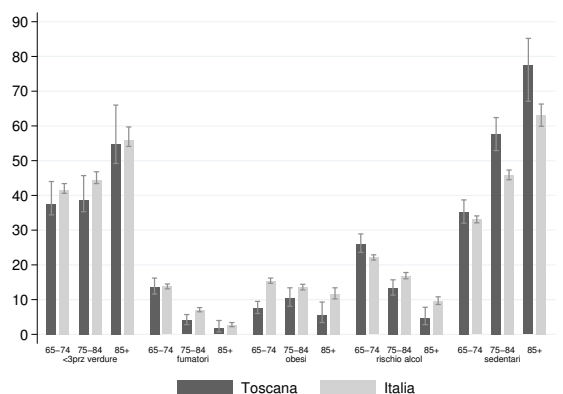
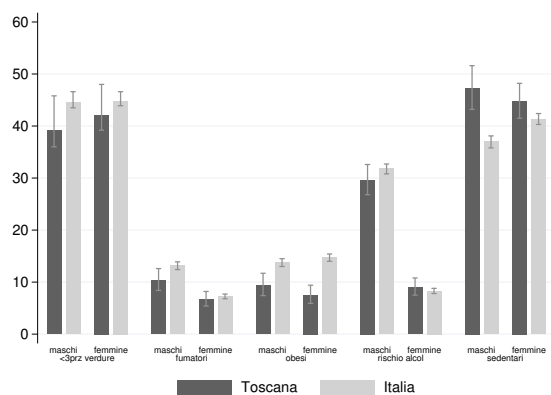


Figura 4.12
Determinanti di salute, per genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Il quadro toscano rispetto ai determinanti di salute nella popolazione anziana si conferma quindi sostanzialmente in linea e in alcuni casi più virtuoso di quello

italiano, in entrambi i generi e in tutte le fasce d'età. Unico difetto sembra essere rappresentato dalla propensione allo svolgimento dell'attività motoria tra gli over 75, in particolare uomini, e dal consumo eccessivo di alcol nella popolazione relativamente più giovane, quella tra i 65 e i 74 anni d'età. Questi potrebbero rappresentare due target prioritari per interventi di prevenzione che puntino a riportare la media toscana su valori migliori di quella italiana.



CAPITOLO 5

SALUTE MENTALE

5. SALUTE MENTALE

Salute fisica e mentale devono essere trattate con la stessa priorità, in particolare negli anziani. È noto, ad esempio, che patologie come la depressione maggiore, oltre i 65 anni di età, si associ a disabilità, aumento della mortalità ed esiti di salute sfavorevoli (Rodda J, 2011). Nonostante ciò, i sintomi depressivi sono sottostimati e trattati a volte con meno attenzione di quanto necessario, con conseguenze spesso gravi nella popolazione anziana, fino al suicidio (Manthorpe J, 2010).

Tono dell'umore basso per un periodo lungo, sofferenza psicologica, scarsa cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, peggioramento del rendimento e difficoltà sul lavoro, sono le modalità con cui si manifesta la depressione maggiore. I sintomi sono molti, di diverso tipo, e variano ovviamente in base alla gravità della patologia: tristezza, perdita di piacere e interesse nelle attività che fino ad allora si trovava piacevole fare, cambiamenti nell'appetito e nel ritmo sonno-veglia, difficoltà di concentrazione, agitazione, spossatezza e facilità nello stancarsi, senso di colpa e scarsa valorizzazione di sé stessi che possono portare a pensieri di morte o suicidio.

La depressione maggiore è spesso associata ad altri problemi di salute mentale (disturbo d'ansia o da stress post traumatico), a malattie croniche (cardiovascolari, morbo di Parkinson), a comportamenti nocivi (sedentarietà o abuso di alcol), a fattori socio-demografici di difficoltà e isolamento, a fattori ambientali (come i disastri naturali o causati dall'uomo). L'associazione con le malattie croniche, specialmente se invalidanti, è forte, e la depressione gioca un ruolo importante anche in termini di decorso ed esito della patologia cronica (Chapman DP, 2005).

PASSI d'Argento stima il disturbo depressivo utilizzando una versione ridotta, composta dalle prime due domande (relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività) del Patient Health Questionnaire (PHQ) che, nella versione completa, è composto da 9 domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore.

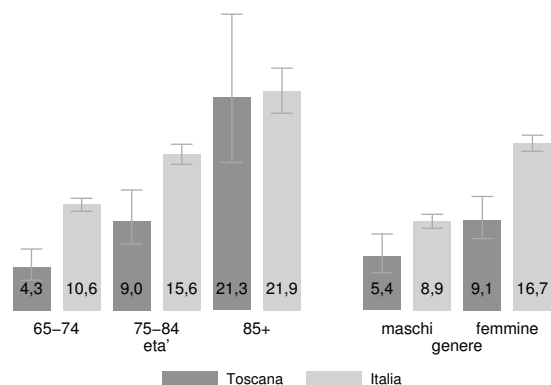
Gli anziani toscani che hanno manifestato sintomi depressivi nel corso della sorveglianza 2016-2019 sono il 7,5% degli intervistati (ic95%: 6,2%-9,1%), meno della media italiana pari al 13,3% (12,7%-13,8%). All'interno del territorio regionale, il dato per AUSL di residenza non mostra differenze: 8% (5,7%-11,1%) nella AUSL Nord Ovest, 7,6% (5,4%-10,6%) nella AUSL Sud Est e 7,1% (5,1%-9,8%) nella AUSL Centro.

Si rileva una differenza di genere, con la prevalenza femminile che raggiunge valori quasi doppi rispetto a quella maschile, sia in Toscana che in Italia (**Figura 5.1**). Inoltre, l'età è un altro fattore che pone l'anziano a maggior rischio di soffrire di

sintomi depressivi, con la prevalenza toscana che raggiunge valori analoghi alla media nazionale tra gli anziani d'età 85+ anni. L'associazione con l'età è in parte spiegata dalla concomitanza con altre patologie croniche, come detto in precedenza, infatti, la correlazione tra cronicità e depressione maggiore è molto forte. Sempre attingendo ai dati PASSI d'Argento, si rileva che tra i toscani che dichiarano di soffrire di una malattia cronica la percentuale di depressi è pari all'8,1% (5,8%-11,1%) e tra quelli che soffrono di 2+ patologie raggiunge il 19,5% (14,8%-25,1%), rispetto al 2,3% (1,4%-3,9%) tra chi non ha alcuna malattia cronica. L'andamento è in linea con quello osservato nel campione italiano.

Figura 5.1

Anziani con un sintomi depressivi, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



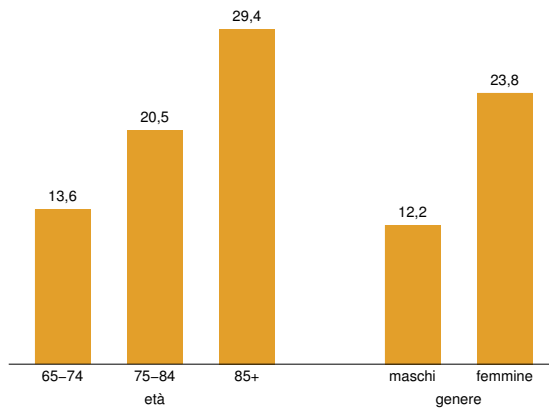
Un depresso su quattro non ha chiesto aiuto né ha parlato della propria condizione con familiari o operatori sanitari (24,8% vs 26,4% in Italia). Principalmente, tra chi ha chiesto un aiuto, si è fatto maggiore ricorso ai propri familiari (31,5%; ic95%: 22,4%-42,4%), rispetto agli operatori sanitari (13,8%; ic95: 8,3%-22,3%). Il 29,8% (21,9%-39,2%) si è rivolto ad entrambi, familiari e operatori sanitari.

Un'altra possibile stima degli anziani che soffrono di depressione può essere ottenuta calcolando la prevalenza di persone che fanno un uso regolare (almeno due prescrizioni nell'anno) di farmaci anti-depressivi (codice ATC N06A). Sono il 18,7% degli anziani quelli che consumano farmaci anti-depressivi, poco meno di 180mila persone, con un trend in leggero aumento dal 2010, quando erano il 16,9%. Tra le donne la prevalenza è doppia rispetto agli uomini (23,8% vs 12,2%) e l'età gioca un ruolo fondamentale, raddoppiando la prevalenza dai 65-74enni agli 85+ (**Figura 5.2**). Confrontandoci con PASSI d'Argento, gli anziani che consumano regolarmente anti-depressivi sono di più

rispetto a quelli che dichiarano di soffrire di depressione. Questo può dipendere, oltre che da un certo margine di errore delle stime PdA, da una propensione alla prescrizione di questi farmaci anche in assenza di una diagnosi di depressione. Lo stesso piano terapeutico potrebbe alleviare i sintomi della depressione e quindi ridurre l'emersione del problema in sede di intervista. Inoltre, di per sé, in occasione di un colloquio telefonico può esserci una maggior propensione a nascondere questa problematica per timore di un giudizio sociale.

Figura 5.2

Anziani che consumano anti-depressivi, per età e genere - Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SPF e FED



Utilizzando i dati provenienti dal flusso regionale dei Dipartimenti della Salute Mentale (DSM) territoriale è possibile stimare il ricorso ai servizi per problemi di salute mentale nella popolazione anziana. Il flusso presenta ancora alcune problematiche legate alla compilazione dell'informazione sulla diagnosi, di cui dovremo necessariamente tener conto nel momento in cui andremo a dividere la casistica per patologia.

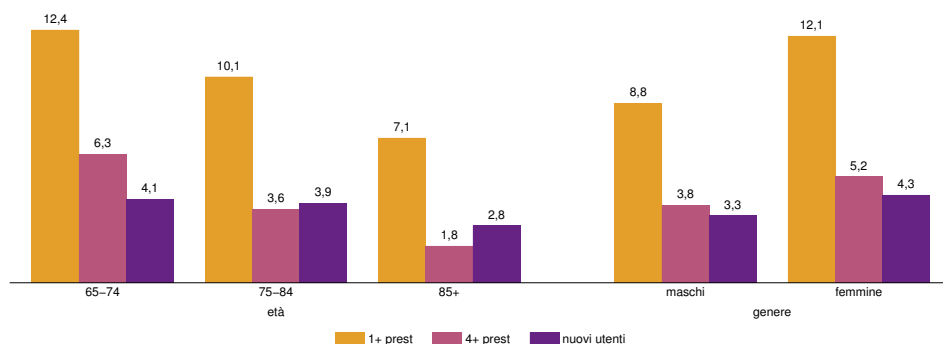
Nel 2020, 10.164 anziani (65+ anni) residenti in Toscana hanno ricevuto almeno una prestazione presso i DSM territoriali, pari a 10,7 ogni 1.000 anziani residenti. Di questi, 4.367 hanno effettuato almeno 4 prestazioni nel corso dell'anno (43% del totale) e pertanto sono considerati effettivamente presi in carico, perché fruitori di un rapporto continuativo con i servizi, pari a 4,6 utenti ogni 1.000 anziani. I nuovi utenti, cioè coloro che hanno effettuato un primo accesso ai DSM nel corso del 2020, sono stati 3.638 corrispondenti ad un tasso grezzo di 3,8 ogni 10mila anziani residenti.

Il dato per classe d'età mostra una diminuzione del ricorso ai servizi all'aumentare dell'età, per tutte le tipologie di utenza (1+ accessi, 4+ accessi o nuovi utenti). Tra i due generi sono le donne quelle che più frequentemente ricorrono alle prestazioni dei

DSM: 12,1 per 1.000 donne residenti vs 8,8 per 1.000 uomini (**Figura 5.3**). Anche nel confronto di genere il rapporto tra donne e uomini vale per tutte le tipologie di utenza considerate.

Figura 5.3

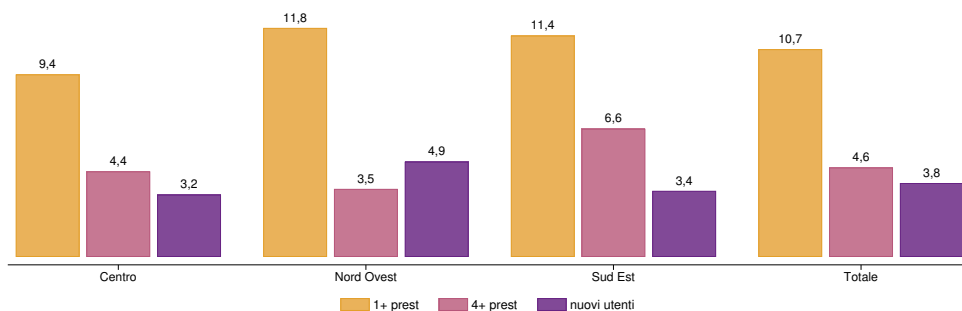
Anziani con accesso ai DSM nell'anno, per età e genere - Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SALM



Il dato per AUSL di residenza mostra alcune differenze, con prevalenze più alte di anziani che hanno avuto almeno un contatto nell'anno nelle AUSL Nord Ovest e Sud Est, rispetto alla Centro (**Figura 5.4**). In termini di intensità dell'assistenza, considerando solamente gli anziani con almeno 4 prestazioni annuali, è la AUSL Sud Est quella che mostra l'incidenza più alta nel 2020: 6,6 per 1.000 anziani residenti, rispetto al 4,4 della Centro e al 3,5 per 1.000 della Nord Ovest. Per quanto riguarda invece i nuovi utenti, quelli cioè che hanno effettuato il primo accesso proprio nel 2020, è la AUSL Nord Ovest quella con i valori leggermente più elevati. Va sottolineato comunque che la variabilità per AUSL è piuttosto ridotta.

Figura 5.4

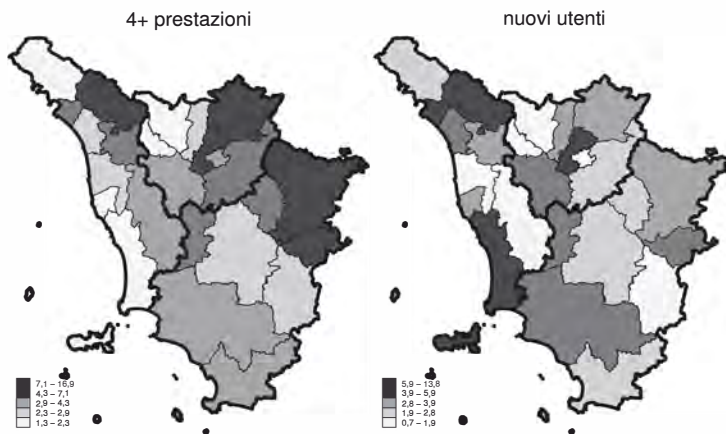
Anziani con accesso ai DSM nell'anno, per AUSL di residenza - Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SALM



Maggiore variabilità possiamo apprezzarla stratificando il dato per Zona distretto di residenza (**Figura 5.5**). Il maggior ricorso ai servizi sembra essere prerogativa delle zone nord orientali della regione, con la costa che invece mostra tassi di incidenza più bassi. Lo spettro di variabilità va da valori di poco più di 1 utente per 1.000 delle zone Bassa Val di Cecina – Val di Cornia, Elba, Livornese, Lunigiana, a valori di 16,9 utenti per 1.000 anziani della zona Val di Chiana Aretina. La situazione però si modifica quando osserviamo i nuovi utenti nel 2020. In questo caso zone come Elba e Bassa Val di Cecina – Val di Cornia, tra le ultime nella precedente graduatoria, mostrano i valori più alti, pari rispettivamente a 13,8 e 11 nuovi utenti per 1.000 anziani residenti. In generale la costa sembra essere maggiormente coinvolta dai nuovi utenti nel 2020, rispetto all'utenza prevalente già in carico ai servizi.

Figura 5.5

Anziani con accesso ai DSM nell'anno, per Zona distretto di residenza - Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SALM



Attingendo all'informazione sull'indice di deprivazione della zona di residenza degli anziani è possibile calcolare i tassi di incidenza per livello (basso, medio, alto). Il risultato di questa analisi mostra un trend crescente di ricorso ai servizi all'aumentare del livello di deprivazione (**Figura 5.6**). Si conferma quindi l'associazione tra il contesto in cui si vive, contraddistinto da problemi di natura economica, lavorativa o culturale, e disturbi mentali, anche nella popolazione anziana.

In generale, rispetto alla media del quinquennio 2015-2019 (utile come periodo di riferimento stabile), nel 2020 c'è stata una diminuzione del -10% nella casistica complessiva con almeno un accesso ai DSM (1.083 persone in meno rispetto alle 11.247 di media del periodo 2015-2019), del -6% per gli utenti con almeno 4 prestazioni

assistenziali nell'anno (-288 rispetto alle 4.655 medie) e del -32% per quanto riguarda i nuovi accessi (-1.712 rispetto alle 5.350 medie) (**Figura 5.7**).

Figura 5.6

Anziani con accesso ai DSM nell'anno, per livello di deprivazione - Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SALM

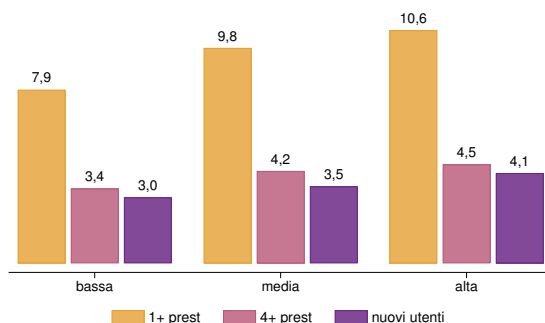
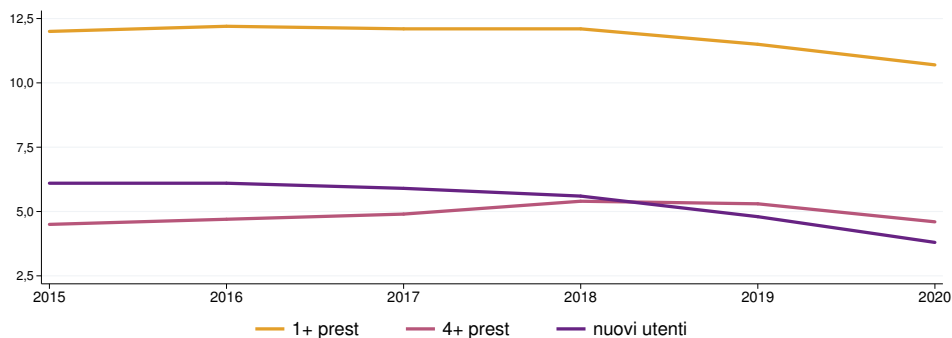


Figura 5.7

Anziani con accesso ai DSM nell'anno - Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SALM



La diminuzione del -32% è in linea con quella osservata in altri settori del Servizio sanitario regionale, come i ricoveri o gli accessi al Pronto soccorso, e può essere ricondotta alle limitazioni che hanno riguardato molti servizi, ospedalieri e territoriali, nell'ambito dei provvedimenti per il contenimento dei contagi da SARS-CoV-2. È plausibile che la riduzione dell'accessibilità, unita ad un timore diffuso nella popolazione nel recarsi presso strutture sanitarie o sociosanitarie, abbia ridotto gli accessi da parte dei potenziali nuovi utenti. Siamo quindi limitati nella valutazione di un eventuale aumento delle patologie di salute mentale, proprio a causa della pandemia

da Covid-19, per la sottostima legata alla fonte utilizzata, quella del ricorso ai servizi.

Premettendo che le informazioni riferite alle diagnosi risultano ancora incomplete (percentuale di compilazione campo diagnosi tra gli utenti con almeno 4 prestazioni nel 2020: 76%), la diagnosi più frequente tra gli utenti in carico stabilmente nel 2020 (4+ prestazioni) è la psicosi affettiva (34%), seguita dai disturbi nevrotici (25%), dalle psicosi schizofreniche (13%), dalla reazione di adattamento (9%) e dagli stati psicotici organici senili e presenili (4%). L'analisi per genere o per fascia d'età (65-74, 75-84, 85+ anni) non mostra differenze significative per quanto riguarda le prime 5 cause di accesso ai DSM.

Anche l'andamento dei ricoverati per disturbi psichiatrici ha mostrato un andamento tendenzialmente stabile dal 2015, con circa 1.700 ricoverati ogni anno nel periodo 2015-2019 (pari a 1,8 ricoverati ogni 1.000 anziani residenti), interrotto nel 2020 dalla pandemia da Covid-19, quando gli anziani ricoverati sono scesi a 1.428 (-21% rispetto alla media 2015-2019), pari a 1,5 ricoverati ogni 1.000 anziani residenti. Evidentemente la riduzione dell'attività ospedaliera e il timore della popolazione ad accedere a strutture ad alto rischio di contagio hanno prevalso su un'eventuale aumento dei disturbi psichiatrici legato proprio alla pandemia e agli stravolgimenti della vita quotidiana che questa ha comportato. Tra i due generi nel 2020 non si osserva alcuna differenza, in entrambi si rileva un'incidenza pari all'1,5 per 1.000, mentre per età il tasso di incidenza aumenta dall'1,2 per 1.000 tra i 65-74enni, all'1,5 per 1.000 tra i 75-84enni, fino al 2,3 per 1.000 tra gli over 85. L'andamento per età dei ricoveri, plausibilmente, è influenzato da una maggiore propensione al ricovero che si osserva tra i grandi anziani, rispetto ai più giovani. Tra le tre AUSL, quella che si discosta dalla media in termini di ricoverati è la Centro, con 1,7 ricoverati per 1.000 anziani nel 2020, rispetto all'1,4 per 1.000 osservato nelle altre due AUSL.

Le diagnosi che hanno portato più frequentemente al ricovero nel 2020 sono gli stati psicotici organici senili e presenili (33%) e le psicosi affettive (32%), nettamente maggioritarie rispetto alle altre, la terza causa di ricovero, infatti, è rappresentata dagli stati psicotici organici transitori, pari al 7,6%. La graduatoria delle diagnosi più frequenti non cambia col genere o la fascia d'età del paziente, mentre si rilevano alcune differenze per età, con le psicosi affettive che non rivestono più un ruolo preminente dopo gli 85 anni d'età, a favore degli stati psicotici organici senili e presenili e delle reazioni acute allo stress (**Tabella 5.1**). Tra i 65-74enni, inoltre, sono più frequenti i ricoveri per psicosi schizofreniche.

Infine, attingendo ai dati ISTAT, è possibile stilare anche un quadro della mortalità per suicidio tra gli anziani. Gli ultimi dati disponibili risalgono al 2018 e certificano 109 suicidi tra gli anziani residenti in Toscana, dei quali 21 donne. La popolazione anziana mostra tassi di suicidio nettamente più elevati tra gli uomini rispetto alle donne: 2,16 decessi per 10mila uomini, rispetto agli 0,39 per 10mila tra le donne. Il tasso di

incidenza complessivo è pari a 1,16 decessi per 10mila anziani residenti, lievemente superiore alla media italiana (pari a 0,99 per 10mila), in diminuzione comunque dal 2011 (quando era pari a 1,36 per 10mila in Toscana), dopo aver raggiunto un picco nel 2013 pari a 1,48 per 10mila nella nostra regione. Rispetto all'Italia è proprio tra gli uomini ultra64enni che si nota un eccesso di suicidi in Toscana, con valori che nel trend 2011-2018 si confermano sempre superiori a quelli medi italiani (**Figura 5.8**). Più simili invece i due trend nel confronto tra le donne, con le linee che sono pressoché sovrapposte nel periodo considerato.

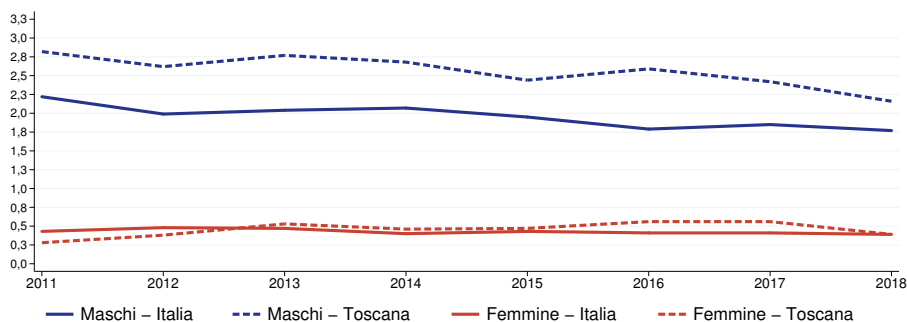
Tabella 5.1

Diagnosi tra gli anziani ricoverati per disturbi psichiatrici - Valori ogni 100 anziani (65+) ricoverati, prime 3 cause - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO

65-74		75-84		85+	
diagnosi	%	diagnosi	%	diagnosi	%
Psicosi affettive	53	Stati psicotici organici senili e presenili	38	Stati psicotici organici senili e presenili	62
Stati psicotici organici senili e presenili	10	Psicosi affettive	26	Stati psicotici organici transitori	11
Psicosi schizofreniche	6	Stati psicotici organici transitori	9	Reazione acuta allo stress	9

Figura 5.8

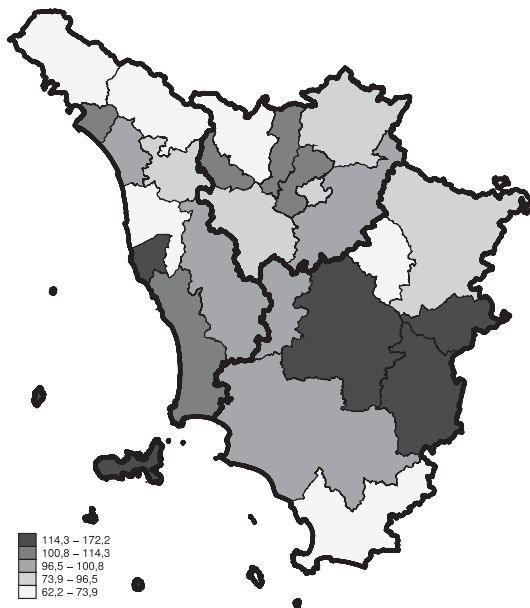
Mortalità per suicidio tra gli anziani, per genere - Valori ogni 10.000 abitanti d'età 65+ - Toscana e Italia, periodo 2011-2018 - Fonte: ISTAT



Per approfondire questo fenomeno all'interno della nostra regione possiamo attingere ai dati del Registro regionale di mortalità (RMR), calcolando, considerata la bassa numerosità della casistica, i rapporti standardizzati di mortalità osservati vs attesi (SMR) per AUSL e Zona distretto di residenza degli anziani. Gli ultimi dati disponibili risalgono al 2017 e, sempre per ovviare alla maggiore instabilità dovuta alla bassa numerosità della casistica quando prendiamo in considerazione territori più piccoli,

utilizziamo i tassi per il quinquennio 2013-2017. Tra le tre AUSL l'unica che mostra un eccesso di mortalità per suicidio rispetto all'atteso, calcolato utilizzando i tassi specifici regionali, è la Sud Est, con un 111,1 decessi osservati ogni 100 attesi (ic95%: 105,4-116,8), mentre le altre mostrano valori in difetto: 95,4 (92,9-97,9) nella Centro e 98,2 (96,4-99,9) nella Nord Ovest. Il dato per Zona distretto conferma tra quelle a maggior rischio l'area centrale della AUSL Sud Est (**Figura 5.9**). Solo quattro zone toscane, però, mostrano un eccesso statisticamente significativo e non tutte fanno parte della AUSL Sud Est. Si tratta della zona Senese (smr: 172,2; ic95%: 125,7-218,7), dell'Amiata senese e Val d'Orcia – Valdichiana senese (145,9; 104,6-187,1), seguite dalla zona Livornese (129,2; 107,3-151,1) e dalla Pratese (114,3; 101,2-127,4). Si tratta quindi di un fenomeno non chiaramente identificabile con specifici territori tra loro contigui o simili per caratteristiche, trattandosi di zone più o meno urbanizzate, caratterizzate da densità abitative e fenomeni di spopolamento diversi. Anche il dato per livello di deprivazione della zona di residenza non mette in evidenza un chiaro trend, rilevando un eccesso rispetto all'atteso nella fascia di popolazione anziana che vive in zone caratterizzate da un alto livello di deprivazione (smr: 119,5; 110,2-128,8), ma anche, pur di entità minore, in zone a bassa deprivazione (smr: 108,3; 102,1-114,5).

Figura 5.9
Mortalità per suicidio tra gli anziani, per Zona distretto di residenza – SMR osservati vs attesi, valori osservati ogni 100 decessi attesi - Toscana, periodo 2013-2017 - Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR





CAPITOLO 6

MALATTIE CRONICHE

6. MALATTIE CRONICHE

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha tra le conseguenze l'aumento delle persone che si trovano a dover convivere con una o più patologie croniche. Le principali patologie cardiovascolari, respiratorie, endocrinologiche, infatti, tendono a presentarsi dopo i 50 anni e, dato che non è possibile guarirne e possono rappresentare l'una un fattore di rischio dell'altra, ad accumularsi nel corso della vita. La multimorbilità, ovvero la convivenza con più di una patologia cronica, è diventata infatti ormai la malattia più frequente, se così si può dire, tra i cronici e ha determinato un cambio di paradigma nell'assistenza. I servizi territoriali e ospedalieri, preposti alla presa in carico di questi pazienti, si sono orientati verso un approccio multidisciplinare, che consideri la persona nelle sue complessità, comprese quelle sociali, piuttosto che continuare ad utilizzare un approccio patologia-specifico.

6.1 LE PRINCIPALI PATOLOGIE

Per quanto riguarda la prevalenza delle principali patologie croniche nella popolazione anziana possiamo attingere da due fonti informative. La prima, PASSI d'Argento, ci consente di confrontare la Toscana con le altre regioni e l'Italia in termini di diffusione dei malati cronici con una, due o più patologie. PASSI d'Argento considera, chiedendo all'intervistato se ha mai avuto una diagnosi, queste malattie: cardiopatie (infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre malattie del cuore), ictus o ischemia cerebrale, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), diabete, malattie croniche del fegato e/o cirrosi, insufficienza renale. Per un dettaglio delle singole malattie possiamo invece utilizzare i dati della banca dati MaCro, realizzata da ARS utilizzando i dati dei flussi amministrativi del sistema sanitario regionale. MaCro consente di classificare ogni residente in Toscana come malato o meno di una determinata malattia ad una certa data, utilizzando algoritmi deterministici che vanno a cercare nelle banche dati disponibili eventuali diagnosi, terapie farmacologiche specifiche, esenzione dal ticket per patologia. Il limite di MaCro è rappresentato dal non poter determinare con certezza l'inizio della patologia, ma solamente se la persona al momento è plausibilmente malata oppure no. Questo perché, come primo segnale, possiamo utilizzare il primo accesso della persona al Servizio sanitario regionale per cause correlate alla malattia, ma non possiamo sapere se, prima di allora, la persona fosse già malata senza aver avuto bisogno di ricorrere a prestazioni particolari. Le informazioni sono ovviamente estratte in forma anonima, non si tratta

quindi di un registro di patologia vero e proprio, ma di una banca dati che consente di stimare la prevalenza delle principali patologie croniche e di calcolare alcuni indicatori di presa in carico nelle coorti di malati estratte. L'altro limite dell'utilizzo di MaCro è rappresentato dalla mancanza di un riferimento nazionale, non avendo un sistema analogo applicato in Italia. La ricchezza delle informazioni ci consente però di avere una stima per tutte le malattie più rilevanti nella popolazione, trattate anche nel Piano Nazionale della Cronicità del Ministero della Salute, un documento che definisce le modalità di presa in carico della cronicità, recepito dalla singole regioni.¹ Si tratta di 16 malattie: ipertensione, cardiopatia ischemica, pregresso ictus, insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale, dislipidemia, arteropatie periferiche, diabete, BPCO, insufficienza renale, malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), malattie reumatiche, demenza, epilessia, malattia di Parkinson, sclerosi multipla. A queste aggiungiamo le neoplasie, identificate considerando le persone con almeno un ricovero ospedaliero per tumori maligni negli ultimi 5 anni.

Dai dati PASSI d'Argento 2016-2019 emerge che il 58,2% (56%-60,3%) degli anziani toscani soffre di almeno una patologia cronica tra quelle considerate, di poco inferiore alla media italiana, pari al 60,9% (50,2%-61,6%). Se restringiamo l'osservazione al sottogruppo che ha almeno 2 patologie, parliamo di circa un anziano su 4, la prevalenza in Toscana infatti è pari al 24,3% (22,5%-26,2%), rispetto al 25,7% (25,1%-26,3%) in Italia.

La prevalenza di malati cronici aumenta progressivamente con l'età, fino a raggiungere l'81,5% tra gli 85+ toscani, dato superiore alla media italiana in quella fascia d'età (**Figura 6.1**). Tra i due generi si osserva invece una tendenza peggiorativa per gli uomini rispetto alle donne, che però in Toscana mantengono una differenza più contenuta rispetto alla media italiana.

Le considerazioni sul trend per età e genere e sul confronto con l'Italia sono simili se osserviamo la prevalenza di malati con almeno due patologie diverse (**Figura 6.2**). Notiamo come, oltrepassati gli 85 anni, i malati con almeno due patologie diventino la maggioranza dei cronici in quella fascia d'età, sia in Toscana che in Italia. Questo avviene perché, come detto in precedenza, le patologie croniche tendono ad accumularsi mano a mano che la persona invecchia, a causa del prolungamento dell'esposizione ai fattori di rischio, dell'associazione tra alcune patologie (ad esempio circolatorie, metaboliche, renali) e dal fisiologico deterioramento delle funzioni d'organo.

1 Conferenza Stato-Regioni del 15/09/2016: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

Figura 6.1

Anziani con almeno una patologia cronica, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

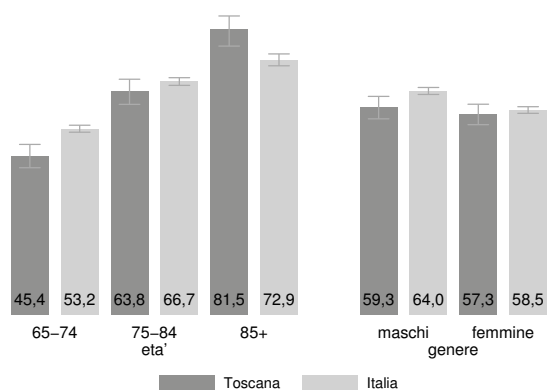
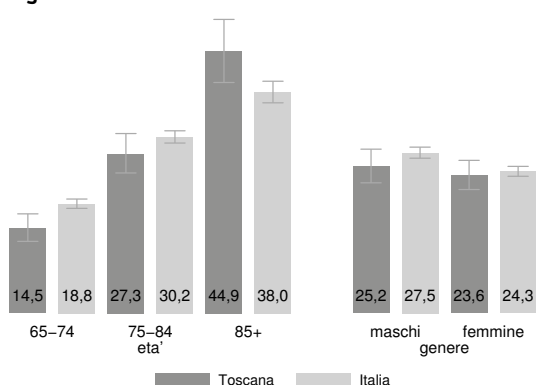


Figura 6.2

Anziani con almeno due patologie croniche, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Sembra evidente, osservando i risultati in **Tabella 6.1**, l'effetto del livello di istruzione e delle disponibilità economiche sul rischio di ammalarsi. Sia in Toscana che in Italia i malati cronici tendono a diminuire all'aumentare del titolo di studio raggiunto e al diminuire delle difficoltà economiche nell'arrivare a fine mese. Si tratta di un effetto che è sicuramente mediato da altri fattori che abbiamo discusso nei capitoli precedenti, in particolare ci riferiamo ai determinanti di salute (dieta, attività fisica, attenzione al peso corporeo, abitudine al fumo o al consumo di alcol a rischio) che sono associati a livelli di istruzione più bassi e, in alcuni casi, a maggiori difficoltà economiche. Questa

ipotesi è supportata da numerose evidenze in letteratura scientifica, ma purtroppo non è verificabile tramite i dati raccolti dalla sorveglianza, che mira a fotografare la situazione attuale rispetto alle patologie o ai determinanti di salute, quando invece servirebbero dati di coorte per valutare l'effetto dell'esposizione pregressa, durante l'età giovane e adulta, sull'insorgenza di patologie croniche durante la terza età.

Tabella 6.1

Anziani con almeno una o due patologie croniche, per condizione d'istruzione ed economica - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

Variabile	Livello	Almeno una		Almeno due	
		Toscana	Italia	Toscana	Italia
Livello di istruzione	Nessuno / elementare	69,6 (66,3-72,6)	66,4 (65,4-67,4)	33,3 (30,2-36,6)	30,8 (29,8-31,8)
	Media inferiore	53,6 (49,3-57,8)	58,4 (57,0-59,8)	19,7 (16,6-23,2)	22,5 (21,4-23,7)
	Media superiore	45,4 (40,3-50,7)	52,5 (50,9-54,1)	16,9 (13,1-21,4)	18,7 (17,6-20,0)
	Laurea	39,0 (29,5-49,4)	51,4 (48,9-53,9)	8,7 (4,4-16,6)	16,9 (14,8-19,1)
Difficoltà economiche	Nessuna	51,9 (49,2-54,6)	53,2 (52,2-54,2)	19,9 (17,8-22,1)	18,6 (17,8-19,4)
	Qualche	69,9 (65,9-73,7)	65,3 (64,2-66,4)	32,9 (29,1-37,0)	28,9 (27,8-30,0)
	Molte	76,1 (62,3-86,0)	77,2 (75,5-78,8)	37,3 (25,0-51,4)	42,8 (40,8-44,9)

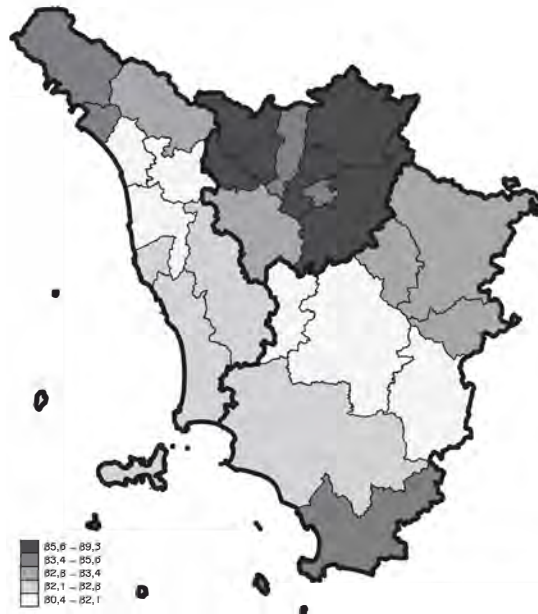
Dalle stime MaCro al 31 dicembre 2020 i malati cronici tra gli anziani toscani rappresentano l'84%, circa 780mila persone. La stima è superiore a quella di PASSI d'Argento perché considera più patologie rispetto a quelle della sorveglianza e, come detto in precedenza, adotta un sistema di classificazione diverso. La prevalenza tra uomini e donne è uguale, entrambe pari all'84%, mentre si osserva un aumento in funzione dell'età, in particolare oltrepassati i 75 anni, quando la prevalenza passa dal 76% dei 65-74enni all'89,3% dei 75-84enni e al 94% degli 85+. Gli anziani con almeno due patologie sono invece il 57,7%, il 59,7% tra gli uomini e il 56,2% tra le donne. Anche in questo caso il trend per età è evidente: dal 45,6% dei 65-74enni, al 65,6% dei 75-84enni al 74,4% degli 85+. Considerata l'ampia diffusione, non si rileva una particolare associazione tra la cronicità e il livello di deprivazione della zona di residenza, i multicronici tendono comunque ad aumentare nelle zone più deprivate: dal 55,6% delle zone a bassa deprivazione al 59,2% delle zone ad alta deprivazione.

Tra le tre AUSL si rileva una percentuale maggiore di cronici tra gli anziani della Centro (85,9%), rispetto a Nord Ovest (82,1%) e Sud Est (82,6%). Dalla mappa della Toscana emerge chiaramente qual è la zona dove si concentrano maggiormente

i malati cronici (**Figura 6.3**). Il range di variazione dalla zona con la prevalenza più bassa a quella più alta è di 9 punti percentuali: dal 80,4% della zona Pisana al 89,3% della zona del Mugello.

Figura 6.3

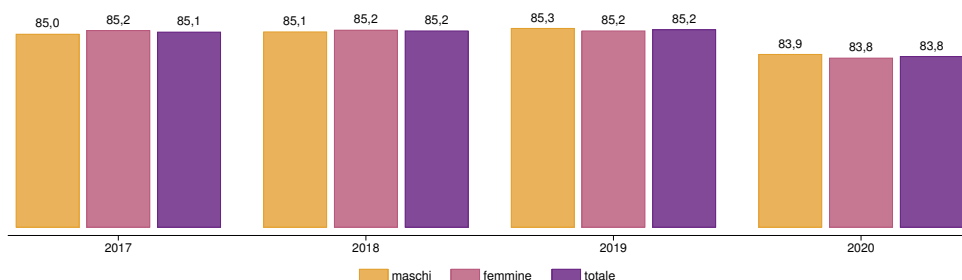
Anziani con almeno una patologia cronica, per Zona distretto di residenza – Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati MaCro



Il trend recente mostra una lieve tendenza all'aumento del peso relativo dei cronici sulla popolazione anziana, che si interrompe durante il 2020, quando la prevalenza diminuisce di circa un punto percentuale e mezzo in entrambi i generi (**Figura 6.4**). Questa diminuzione può essere plausibilmente riconducibile a due fattori. Il primo, un maggior impatto della mortalità sui malati cronici durante la pandemia da Covid-19. Rispetto alla media del triennio 2016-2019 la mortalità nell'anno tra gli anziani malati cronici è passata da 4,7% a 5,1% (+8%), quella tra gli anziani non cronici da 1,2% a 1,3% (+6,5%). Vedremo inoltre nel prossimo capitolo gli effetti diretti del contagio da SARS-CoV-2 per un malato cronico rispetto alla popolazione generale. Il secondo fattore, altrettanto determinante, è rappresentato dalla diminuzione di nuove diagnosi, a causa delle restrizioni che hanno limitato l'accesso alle prestazioni sanitarie in diversi periodi dell'anno, che possono aver ritardato o mancato del tutto l'emersione di problematiche di salute.

Figura 6.4

Anziani con almeno una patologia cronica, per genere – Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2017-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati MaCro



Tra le singole patologie la più diffusa è l'ipertensione (689,8 per 1.000 anziani), seguita dalla dislipidemia (518,8 per 1.000) e, molto più staccata, dal diabete (178 per 1.000) (**Tabella 6.2**). I criteri per la classificazione dell'ipertensione comprendono l'utilizzo continuo di farmaci anti ipertensivi, molto comune già a partire dall'età adulta. Questo può contribuire a spiegare l'alta prevalenza di ipertesi nella popolazione, ma non necessariamente si tratta di persone che soffrono di patologie cardiovascolari legate allo stato ipertensivo.

Tra i due generi non si osservano differenze per le prime tre patologie in ordine di frequenza, mentre al quarto posto tra le donne troviamo la BPCO, tra gli uomini la cardiopatia ischemica. In particolare si osserva una tendenza tra gli uomini a soffrire maggiormente, rispetto alle donne, di molte delle patologie considerate, in particolare di quelle a carico del sistema circolatorio (cardiopatia ischemica, arteropatie, ictus, insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale), ma anche di tumori, malattie intestinali infiammatorie croniche e diabete. Le donne, viceversa, mostrano prevalenze maggiori degli uomini per le malattie reumatiche, la demenza e la sclerosi multipla.

Alcune patologie, ad esempio l'epilessia, la sclerosi multipla, ma anche l'insufficienza renale, sono molto rare tra gli anziani, a causa della possibilità di insorgenza anche in età adulta e di livelli di sopravvivenza minori rispetto ad altre patologie, che frequentemente portano al decesso prima dell'età anziana.

Abbiamo già detto in precedenza che gli anziani con almeno una patologia rappresentano l'84% del totale e quelli con almeno due patologie il 58%. Nel dettaglio, il 26% ha una sola patologia, il 25% ne ha due, il 17% tre e il 16% ne ha quattro o più, tra quelle considerate nell'analisi. Quindi, tra gli anziani, la condizione cronica di gran lunga più frequente è la multimorbilità.

La distribuzione di frequenza varia con l'età, con la percentuale di multimorbilità che aumenta tra i più anziani, in particolare dopo gli 85 anni un anziano su quattro

soffre di 4+ patologie, e per genere, con gli uomini che tendono ad accumulare più frequentemente delle donne almeno quattro patologie (**Figura 6.5**).

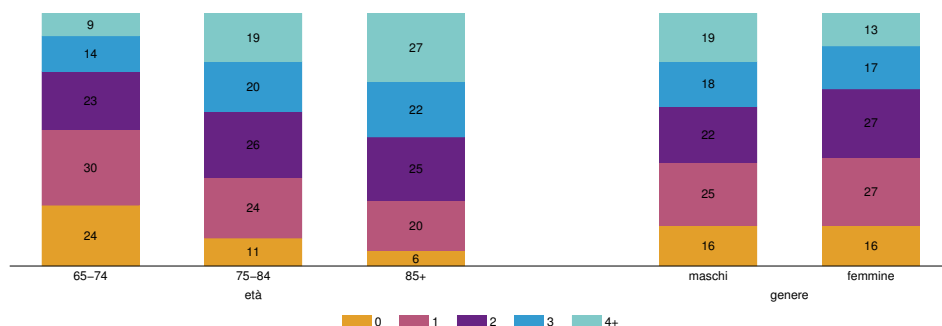
Tabella 6.2

Anziani con patologia cronica, per patologia e genere – Numeri assoluti e valori ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati MaCro

Patologia	uomini		donne		totale	
	n	x1.000	n	x1.000	n	x1.000
Ipertensione	281.000	696,5	359.000	684,6	640.000	689,8
Dislipidemia	212.000	526,2	269.000	513,2	482.000	518,8
Diabete	82.000	204,1	83.000	157,9	165.000	178,0
Cardiopatía ischemica	73.000	180,2	49.000	93,5	122.000	131,2
BPCO	57.000	141,4	60.000	115,2	118.000	126,6
Insuf. cardiaca	34.000	84,0	33.000	62,5	67.000	71,9
Tumori	29.000	72,0	25.000	47,4	54.000	58,1
Fibr. atriale	26.000	65,0	26.000	48,8	52.000	55,8
Demenze	12.000	30,4	28.000	53,6	40.000	43,5
Ictus	20.000	48,3	18.000	34,2	37.000	40,4
Mal. reumatiche	9.000	21,4	24.000	45,8	33.000	35,2
Arteropatie periferiche	17.000	41,9	14.000	26,4	31.000	33,1
Mal. infiam. croniche intestinali	6.000	14,4	5.000	10,2	11.000	12,0
Sclerosi multipla	500	1,2	1.000	2,3	1.500	1,8
Parkinson	200	0,6	400	0,7	600	0,7
Insuf. renale	150	0,4	150	0,3	300	0,3
Epilessia	30	0,1	20	0,0	50	0,0

Figura 6.5

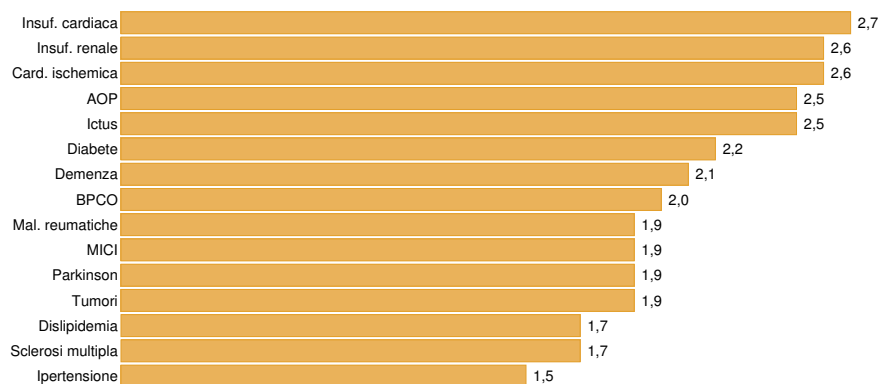
Anziani per numero di patologie croniche, per età e genere – Valori ogni 100 abitanti d'età 65+ - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati MaCro



L'insufficienza cardiaca è la patologia che, meno delle altre, tende a presentarsi da sola. I malati di insufficienza cardiaca hanno infatti mediamente altre 2,7 patologie oltre all'insufficienza cardiaca stessa. Seguono l'insufficienza renale e la cardiopatia ischemica con 2,6 altre patologie (**Figura 6.6**). Mediamente un malato cronico, di qualsiasi patologia, soffre di almeno un'altra patologia (la media è infatti pari a 1,3 altre malattie oltre alla prima, qualunque essa sia). Le patologie che più di altre tendono a presentarsi da sole sono quelle che hanno livelli di sopravvivenza minori, tendono a presentarsi in età più giovane e condividono meno fattori di rischio, modificabili (stili di vita) o ambientali (inquinamento, esposizioni lavorative), con le altre. Alcune tipologie di patologie, più di altre, tendono a presentarsi insieme: il gruppo ristretto delle cardiovascolari (arteropatie, cardiopatie, insufficienza cardiaca) che può allargarsi ad altre malattie che ne rappresentano fattori di rischio (dislipidemia, ipertensione, fibrillazione atriale) e il gruppo delle neurologiche (demenza, Parkinson), talvolta associato ad epilessia (ARS Toscana, 2019).

Figura 6.6

Malattie oltre alla prima tra gli anziani con almeno una malattia cronica – Valore medio di altre malattie oltre a quella indicata - Toscana, anno 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati MaCro



6.2 LA PRESA IN CARICO TERRITORIALE

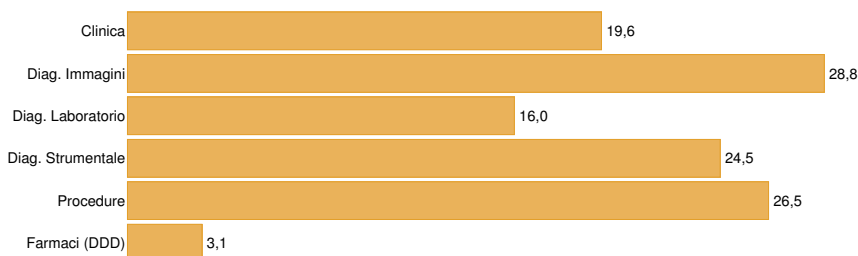
I malati cronici rappresentano il target principale della medicina territoriale, composta dall'azione congiunta dei medici di medicina generale, dagli infermieri e degli specialisti che operano sul territorio. Come detto in precedenza, negli ultimi anni la presa in carico della cronicità ha subito un cambio di paradigma, delineato dall'ultimo Piano Nazionale per la Cronicità, che considera il malato nella sua

complessità e multimorbilità, unitamente alle eventuali problematiche sociali. ARS Toscana da anni ha sviluppato un sistema di monitoraggio dell'assistenza territoriale (Programma di osservazione dell'assistenza territoriale – ProTer), con un set di indicatori in grado di monitorare l'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici, gli esiti in termini di salute, i costi dell'assistenza territoriale per ogni coorte di malati cronici in Toscana ([Portale web ProTer-Macro](#)). Per completare il quadro della cronicità tra gli anziani in Toscana, quindi, possiamo attingere ad alcuni indicatori di valutazione dell'assistenza agli anziani con insufficienza cardiaca, diabete e BPCO, tre patologie che hanno un impatto notevole in termini di frequenza nella popolazione e di carico assistenziale, per le quali sono disponibili indicatori consolidati e robusti. Va premesso che, nella discussione del trend, il 2020 rappresenta un anno di crisi del sistema, a causa della pandemia da Covid-19. Già molti enti di ricerca e monitoraggio, tra i quali la stessa ARS Toscana, a livello regionale e nazionale hanno certificato una riduzione dell'assistenza territoriale rivolta ai malati cronici durante i mesi più critici della pandemia nel corso del 2020, che ha comportato minori contatti con il mondo sanitario, meno esami di monitoraggio, meno esami di screening. Minore è stato invece l'impatto sull'assistenza farmaceutica, i malati sono riusciti a mantenere la corretta adesione ai propri piani terapeutici, per lo meno sui livelli degli anni precedenti, anche grazie alla completa dematerializzazione della prescrizione farmaceutica, che ha sicuramente facilitato l'erogazione in contesti in cui era più difficile presentarsi dal proprio medico curante.

Nel 2020, rispetto alla media del biennio precedente 2018-2019, mediamente agli anziani residenti in Toscana sono stati erogati il 3% di farmaci in meno (espressi in DDD, Daily Defined Dose), il 16% in meno di esami di laboratorio e oltre il 20% in meno di esami diagnostici (**Figura 6.7**). Le prestazioni cliniche specialistiche, tra le quali rientrano le visite specialistiche, si sono ridotte del 19,6%.

Figura 6.7

Riduzione % delle prestazioni erogate nel 2020 rispetto al 2018-2019 agli anziani - Variazione percentuale della media pro capite 2020 vs 2018-2019 - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso SPF, FED, SPA



In un contesto quindi di generale riduzione è atteso, purtroppo, un peggioramento degli indicatori che misurano l'adesione agli esami di routine per il monitoraggio della propria patologia o l'adesione corretta alla propria terapia farmacologica tra i malati cronici.

Come detto, scegliamo di valutare alcuni indicatori, tra quelli più solidi e significativi, di assistenza farmacologica e specialistica nell'anno:

- Diabete: pazienti con almeno un esame di emoglobina glicata, pazienti con almeno una visita diabetologica.
- Insufficienza cardiaca: pazienti in terapia con betabloccanti, pazienti in terapia con ACE/sartani, pazienti con almeno una visita cardiologica.
- BPCO: pazienti in terapia con broncodilatatori, pazienti con almeno una visita pneumologica.

Nel 2020, per far fronte alle difficoltà che gli interventi di contenimento della pandemia hanno introdotto, limitando gli accessi ad ambulatori medici e chiudendo alcuni servizi specialistici ospedalieri, è stata introdotta in regione la possibilità di eseguire televisite con i propri pazienti. Possiamo quindi valutare anche quanto questa innovazione abbia contribuito a colmare il gap di visite rilevato rispetto al biennio precedente.

Tra gli assistiti anziani con diabete mediamente nel periodo pre-Covid-19 il 35,8% eseguiva almeno un esame di emoglobina glicata nell'anno e il 25,1% almeno una visita diabetologica (**Figura 6.8**). Con l'inizio della pandemia gli indicatori subiscono un'importante diminuzione, scendendo su valori pari al 19% e al 15,9%. Si tratta, in termini relativi, del 30% di esami in meno e del 16% di visite diabetologiche in meno, rispetto all'atteso. La riduzione nelle visite diabetologiche scende a -5% se, nel 2020, si considerano anche le televisite. I pazienti diabetici con almeno una visita o televisita durante l'anno salgono infatti al 18% (dal 15,9% osservato considerando solamente le visite erogate in presenza).

Meno marcata invece la riduzione osservata nell'assistenza agli anziani con insufficienza cardiaca (**Figura 6.9**). La percentuale di pazienti in terapia con ACE/sartani e betabloccanti resta sostanzialmente stabile o addirittura in leggero aumento (betabloccanti). Questo risultato può essere stato propiziato dalla diffusione dell'utilizzo della ricetta elettronica per la prescrizione dei medicinali, che ha assicurato il proseguimento delle terapie anche nei casi in cui il paziente poteva avere maggiori difficoltà a recarsi personalmente dal proprio medico di famiglia. Diminuiscono del 14% invece gli anziani con almeno una visita cardiologica nell'anno (dal 24,2% al 20,7%), con le televisite che in questo caso hanno un impatto minore nel colmare il gap rispetto all'atteso, alzando la percentuale per il 2020 solo al 21,2%.

Figura 6.8

Indicatori di monitoraggio per il diabete - Pazienti con almeno un esame o una visita nell'anno (%) - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi

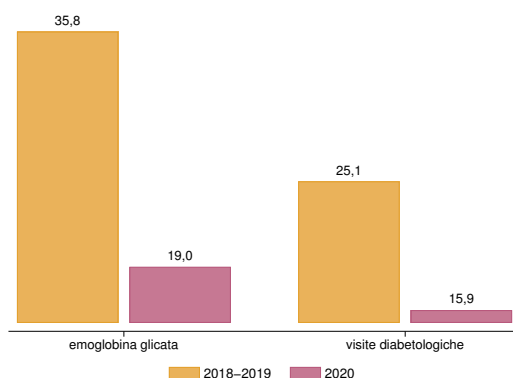
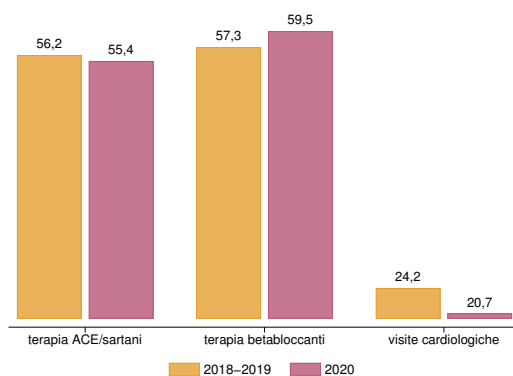


Figura 6.9

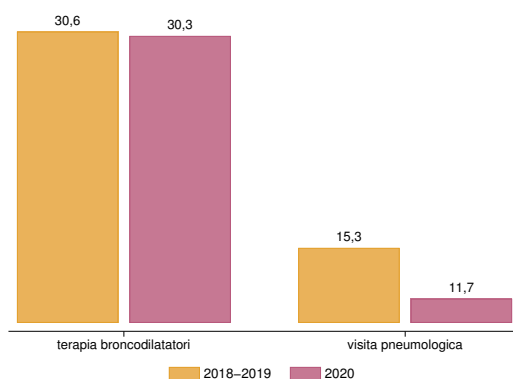
Indicatori di monitoraggio per l'insufficienza cardiaca - Pazienti in terapia o con almeno una visita nell'anno (%) - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi



Anche tra gli anziani con BPCO l'indicatore di adesione alla terapia resta stabile, come osservato per l'insufficienza cardiaca, confermando che la pandemia non ha interrotto l'assistenza farmacologica degli anziani cronici (**Figura 6.10**). Si riduce del 23% invece la percentuale di pazienti con almeno una visita pneumologica nell'anno, riduzione in linea con quella osservata nelle altre specialità (diabetologia e cardiologia). In questo caso le televisite non hanno aiutato per niente l'erogazione dell'assistenza. Anche considerandole, infatti, la percentuale di pazienti con BPCO con almeno una visita nel 2020 resta stabile all'11,7%.

Figura 6.10

Indicatori di monitoraggio per la BPCO - Pazienti in terapia o con almeno una visita nell'anno (%) - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi



In **Tabella 6.3** riportiamo il dettaglio degli indicatori discussi per AUSL di residenza degli anziani affetti delle tre patologie considerate (per le visite specialistiche si riporta il valore complessivo di visite e televisite). Nel biennio 2018-2019 preso come riferimento per l'attività attesa, le tre AUSL presentavano già alcune differenze, in particolare nella percentuale di diabetici con almeno una visita nell'anno (con i residenti della Nord Ovest su livelli più bassi) e i pazienti con insufficienza cardiaca in terapia con betabloccanti (Sud Est su livelli più bassi). Nei restanti indicatori la variabilità per AUSL è minima. L'entità della diminuzione osservata nel 2020 rispetto al 2018-2019 è in linea con la media regionale, ma una maggiore variabilità si osserva per quanto riguarda le visite specialistiche, con la AUSL Nord Ovest che, oltre a partire già da livelli più bassi, vede diminuire la percentuale di diabetici con almeno una visita specialistica nell'anno del 15%, a fronte di una sostanziale stabilità delle altre due AUSL.

Nelle **Figure 6.11, 6.12 e 6.13** sono riportati i risultati degli indicatori relativi agli anziani cronici con almeno una visita o televisita specialistica (diabetologica, cardiologica o pneumologica) nell'anno, 2020 rispetto al biennio 2018-2019. Dai grafici si evince che permane un'elevata variabilità da zona a zona, con andamenti dal 2018-2019 al 2020 talvolta in controtendenza rispetto alla media generale o della propria AUSL di riferimento.

Tabella 6.3

Indicatori di monitoraggio per il diabete, l'insufficienza cardiaca e la BPCO - Pazienti in terapia o con almeno un esame o una visita nell'anno (%) - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi

Patologia	Indicatore	AUSL	2018-2019	2020	2020 vs 2018-2019 %
Diabete	Emoglobina glicata	Centro	34,7	25,2	-27
		Nord Ovest	36,4	25,2	-31
		Sud Est	37,0	25,0	-32
		Toscana	35,8	25,1	-30
	Visite e televisite diabetologiche	Centro	20,9	20,4	-2
		Nord Ovest	14,9	12,6	-15
		Sud Est	22,0	22,4	2
		Toscana	19,0	18,0	-5
		Toscana	19,0	18,0	-5
Insufficienza cardiaca	Terapia ACE/sartani	Centro	57,0	55,5	-3
		Nord Ovest	55,6	54,9	-1
		Sud Est	55,6	55,8	0
		Toscana	56,2	55,4	-1
	Terapia betabloccanti	Centro	58,0	60,0	3
		Nord Ovest	60,8	62,6	3
		Sud Est	51,5	54,6	6
		Toscana	57,3	59,5	4
	Visite e televisite cardiologiche	Centro	23,2	20,9	-10
		Nord Ovest	25,2	22,9	-9
		Sud Est	24,4	19,7	-19
		Toscana	24,2	21,3	-12
BPCO	Terapia broncodilatatori	Centro	31,9	31,9	0
		Nord Ovest	30,3	29,8	-2
		Sud Est	28,8	28,2	-2
		Toscana	30,6	30,3	-1
	Visite e televisite pneumologiche	Centro	14,3	11,3	-21
		Nord Ovest	16,5	12,7	-23
		Sud Est	15,2	11,4	-25
		Toscana	15,3	11,8	-23
		Toscana	15,3	11,8	-23

Figura 6.11 Anziani con diabete con almeno una visita diabetologica (o televisita) nell'anno – Valori ogni 100 anziani con diabete – Toscana, periodo 2018-2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi

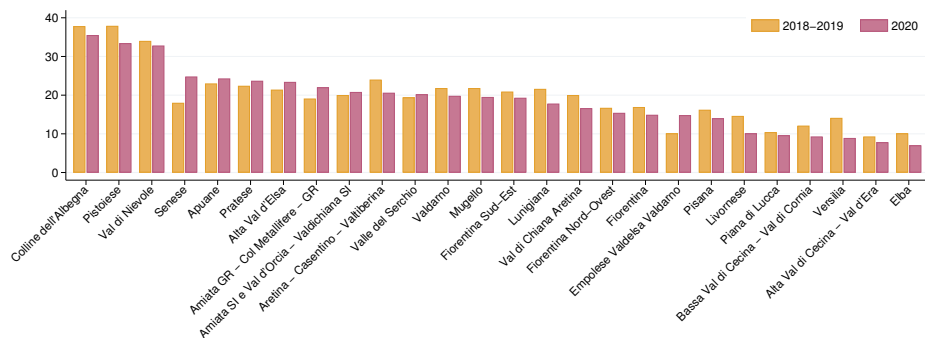


Figura 6.12

Anziani con insufficienza cardiaca con almeno una visita cardiologica (o televisita) nell'anno – Valori ogni 100 anziani con insufficienza cardiaca – Toscana, periodo 2018-2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi

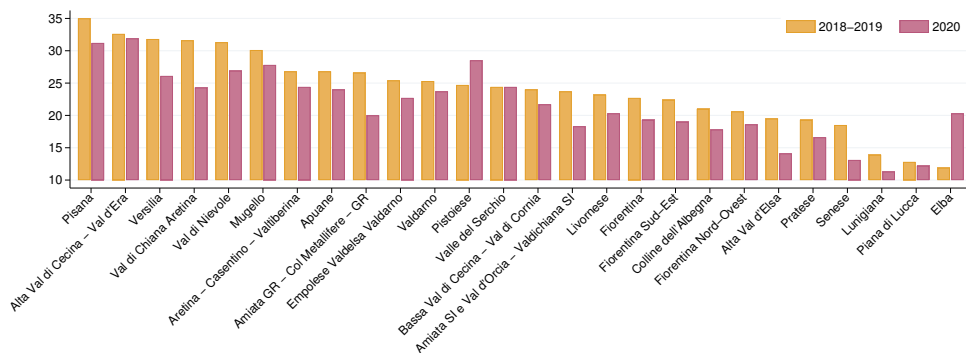
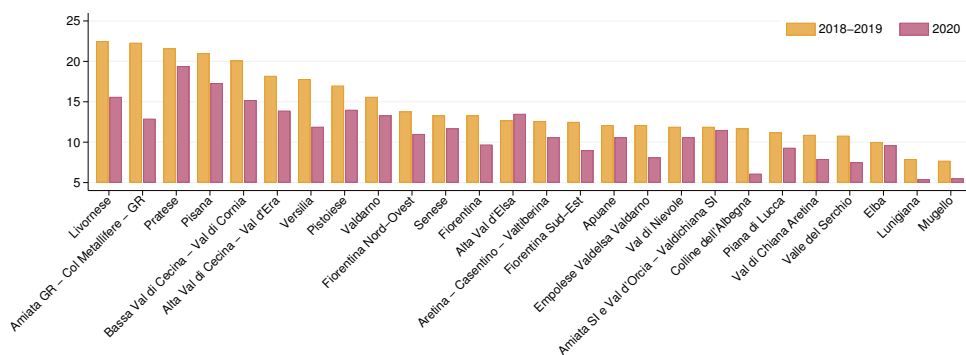


Figura 6.13

Anziani con BPCO con almeno una visita pneumologica (o televisita) nell'anno – Valori ogni 100 anziani con BPCO – Toscana, periodo 2018-2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi

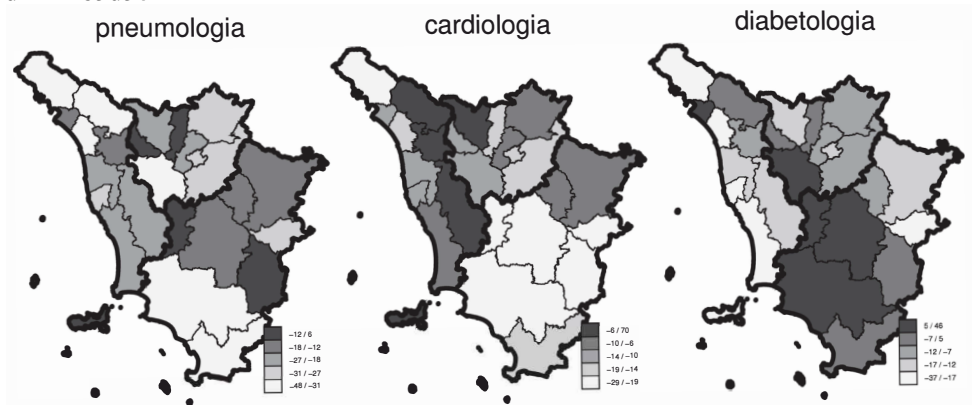


La variazione della differenza tra il 2020 e il biennio 2018-2019 per le tre specialità di visita specialistica è riassunta nella **Figura 6.14**. Le tre mappe differiscono tra loro, a dimostrazione che l'andamento non è comune da specialità a specialità. Le zone che tendono a ridurre maggiormente le visite diabetologiche tra gli anziani con diabete sono quelle della costa nord-occidentale e della dorsale appenninica orientale. Le visite cardiologiche sono in maggiore diminuzione, invece, in gran parte delle zone della AUSL Sud Est, tutte quelle nelle province di Siena e Grosseto e, ancora una volta nella zona Lunigiana a nord ovest. Sempre la Lunigiana è tra le zone con la più alta riduzione di visite pneumologiche tra gli anziani con BPCO, insieme alle confinanti Valle del

Serchio e alla Versilia, e alle zone della provincia di Grosseto. Se da un lato la riduzione nelle zone a nord ovest può essere maggiormente attesa, considerato che quelle zone sono state tra le più colpite dall'epidemia da Covid-19 e, plausibilmente, dagli effetti indiretti della stessa, meno spiegabile è la riduzione osservata nelle zone del sud della regione, che tendenzialmente sono state invece tra le meno colpite dall'epidemia sia in termini di contagi che di impatto sui servizi.

Figura 6.14

Variazione della percentuale (2020 vs 2018-2019) di anziani cronici con almeno una visita nell'anno, per specialità – Variazione percentuale del numero di anziani cronici con almeno una visita nell'anno - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi





CAPITOLO 7

L'IMPATTO DEL COVID-19

7. L'IMPATTO DEL COVID-19

Dopo aver descritto il quadro delle patologie croniche in Toscana, riteniamo utile e necessario dedicare un capitolo del volume al Covid-19, anche in considerazione del fatto che sempre più studi stanno sottolineando la possibilità di complicazioni croniche legate alla malattia, che possono protrarsi a lungo dopo la negativizzazione al tampone molecolare per l'individuazione del SARS-CoV-2.

Fin dall'inizio della pandemia è stato sottolineato dalla comunità scientifica, dalle autorità sanitarie e dai media, il rischio che il contagio da SARS-CoV-2 rappresentava per la popolazione anziana, la più esposta a complicazioni e sviluppo di una malattia più severa. La combinazione dell'età anagrafica e del carico di patologie pregresse che la persona portava con sé era in grado di far aumentare notevolmente la letalità del virus, come hanno dimostrato i dati raccolti nel corso di questo anno e mezzo. Mentre finiamo di scrivere questo documento è in corso una nuova ondata di contagi, sostenuta dalla variante Omicron, che sta raggiungendo livelli di contagio mai raggiunti prima (con picchi di 18mila contagi giornalieri nella nostra regione). Per questa nuova ondata non sono ancora disponibili dati consolidati, soprattutto per quanto riguarda ricoveri e decessi, che necessitano di un tempo di latenza più lungo per essere valutati correttamente. Nel capitolo analizzeremo quindi i dati disponibili fino a novembre 2021 e approfondiremo alcuni aspetti della malattia utilizzando analisi prodotte sui dati consolidati del 2020.

Per quanto riguarda i contagi, a fine novembre 2021, gli anziani toscani che sono risultati positivi ad un tampone sono stati circa 59mila, pari a 61,9 ogni 1.000 anziani residenti. Il 55% di questi contagi erano donne, in virtù della maggiore presenza femminile nella popolazione anziana. Se rapportati alla popolazione, infatti, il tasso di contagio tra gli uomini è stato pari a 64 per 1.000, rispetto al 60,3 per 1.000 tra le donne.

I ricoverati (quando scriviamo questo documento sono disponibili i dati dei ricoverati fino all'agosto 2021) sono stati 15.800 circa, pari a 16,6 per 1.000 anziani residenti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini (fino ad agosto 2021) è pari a 20,2 per 1.000, a fronte del 13,8 per 1.000 tra le donne. I passaggi in Terapia intensiva sono stati circa 2.200, 2,3 per 1.000 abitanti, il 14% dei ricoverati. Gli anziani transitati da TI sono stati il 3,6 per 1.000 tra gli uomini residenti in Toscana d'età 65+ (18% dei ricoverati) e l'1,3 per 1.000 tra le donne (10% delle ricoverate).

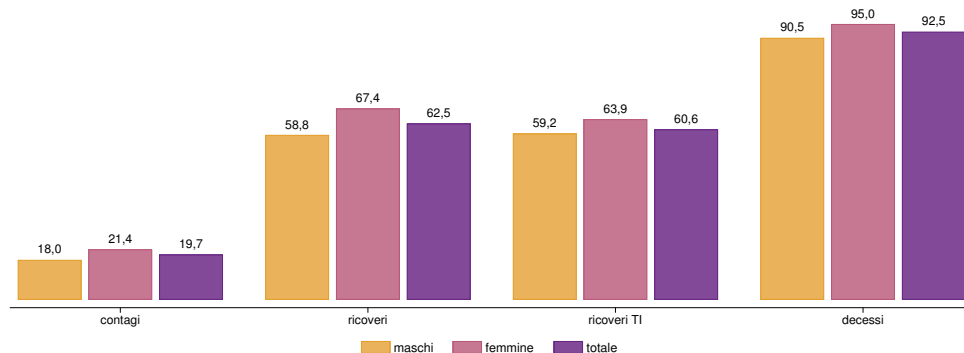
I deceduti a fine novembre 2021 sono stati circa 6.700, pari al 7 per 1.000 anziani, l'8,8 per 1.000 tra gli uomini e il 5,7 per 1.000 tra le donne.

Come abbiamo riportato nel capitolo demografico, la popolazione over 65 rappresenta circa un quarto di quella totale in Toscana. Il peso relativo degli anziani sul

totale dei contagiati è più o meno in linea con questo dato, il che suggerisce un rischio medio per gli anziani simile a quello della popolazione generale (**Figura 7.1**). Sono completamente fuori scala, invece, le percentuali di anziani sul totale dei ricoverati e deceduti in Toscana. Gli over 65 rappresentano il 63% dei ricoverati per Covid-19, il 61% di quelli in Terapia intensiva, valore che tende a diminuire perché per i grandi anziani la Terapia intensiva può rappresentare più rischi che benefici, a causa della fragilità che li contraddistingue. Il 92% dei deceduti aveva più di 65 anni, il 95% tra le donne e il 90% tra gli uomini. Queste percentuali dimostrano che, a parità di contagio, i rischi per la salute di un anziano sono notevolmente maggiori rispetto a quelli della popolazione generale.

Figura 7.1

Anziani sul totale dei contagi, ricoveri e decessi per Covid-19 – Anziani 65+ ogni 100 contagiati, ricoverati, deceduti – Toscana, periodo marzo 2020 – novembre 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianza integrata Covid-19 ISS e SDO



I maggiori rischi per la popolazione anziana si evincono ancora meglio osservando il grafico in **Figura 7.2**. A fronte di un rischio di contagio minore, rispetto alla popolazione under 65 (61,9 vs 87,8 per 1.000), tutti i rischi di ricovero o di morte sono notevolmente superiori: gli anziani hanno 5 volte il rischio di ricovero degli under65 e 35 volte il rischio di decesso.

Attingendo ai dati della sorveglianza integrata nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità possiamo confrontare i tassi di contagio e mortalità per Covid-19 della nostra regione con quelli medi italiani, utilizzando un dettaglio di classe d'età decennale. La Toscana ha mantenuto un livello di contagio inferiore alla media italiana per tutti gli over 40 e in particolare per i grandi anziani over 80 (**Tabella 7.1**). Questo risultato, ottenuto anche grazie ad interventi mirati a livello regionale, come le indicazioni che hanno riguardato le RSA (limitazione delle visite, creazione di RSA Covid per isolare i contagiati, vaccinazione a tappeto di tutto il personale e degli ospiti), ha sicuramente

contribuito a mantenere anche i livelli di mortalità toscani più bassi di quelli medi italiani, trainati dalle regioni del nord Italia. I tassi di mortalità per Covid-19 toscani sono infatti inferiori a quelli italiani, specialmente tra gli over 80, mentre vediamo che la letalità (deceduti ogni 100 contagiati) è molto simile. Sul rischio di morte una volta contagiati, infatti, a parità d'età e in assenza di una cura efficace e risolutiva per la patologia, il servizio sanitario è in grado di incidere limitatamente. La priorità è perciò, fin dall'inizio dell'epidemia, quella di proteggere i più vulnerabili dal contagio. La letalità del virus è associata ovviamente all'età, perché, come ribadito più volte in questo volume, l'età è associata mediamente a condizioni di salute pregresse peggiori. Dopo i 90 anni, quasi un contagiato su tre è andato incontro al decesso, sia in Toscana che in Italia.

Figura 7.2

Contagi, ricoveri e decessi per Covid-19, per classe d'età – Contagi, ricoveri e decessi ogni 1.000 abitanti – Toscana, periodo marzo 2020 – novembre 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianza integrata Covid-19 ISS e SDO

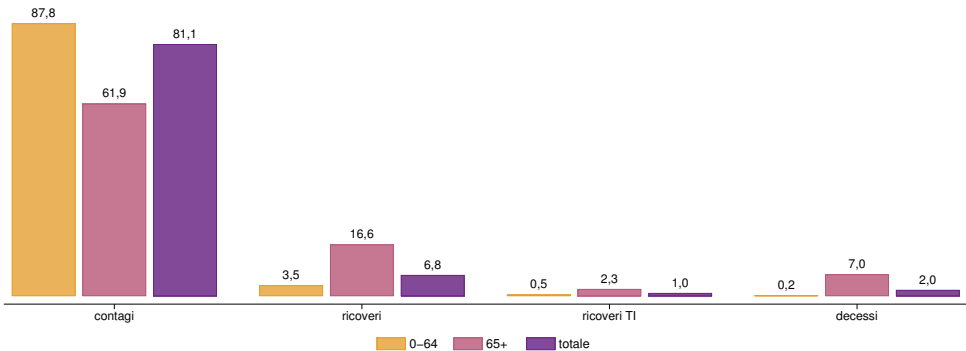


Tabella 7.1

Contagi e decessi per Covid-19, per classe d'età – Contagi e decessi ogni 1.000 abitanti d'età 65+, decessi ogni 100 contagiati – Toscana e Italia, periodo marzo 2020 – novembre 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianza integrata Covid-19 ISS

Classe d'età	Toscana			Italia		
	Contagi per 1.000 ab.	Decessi per 1.000 ab.	Decessi per 100 contagi	Contagi per 1.000 ab.	Decessi per 1.000 ab.	Decessi per 100 contagi
<40	93,4	0,0	0,0	89,2	0,0	0,0
40-49	87,2	0,1	0,1	91,1	0,1	0,2
50-59	83,0	0,4	0,5	88,2	0,5	0,6
60-69	65,2	1,4	2,1	71,1	1,9	2,6
70-79	56,6	4,0	7,0	63,5	5,6	8,8
80-89	65,0	11,6	17,9	75,7	14,5	19,2
>90	90,4	25,8	28,6	117,5	32,0	27,2

L'impatto delle patologie croniche pregresse sul rischio di sviluppare forme più severe o letali di Covid-19 è supportato da analisi che ARS ha condotto sui dati a propria disposizione da banca dati MaCro e Covid-19, per individuare le patologie che costituiscono un pericolo maggiore. In **Tabella 7.2** sono riportati i rischi relativi (malato cronico vs non cronico) di Covid-19 sintomatica, severa (ricovero) o letale, aggiustati per età, genere ed altre eventuali comorbidità. Praticamente tutte le patologie considerate aumentano il rischio di sviluppare sintomi o di andare incontro a ricovero o decesso. In generale, rispetto ad una persona sana, un malato cronico ha l'8% di rischio in più di sviluppare forme sintomatiche, il 62% di rischio in più di ricoverarsi e il 186% di rischio in più di morire, una volta contagiato.

Tabella 7.2

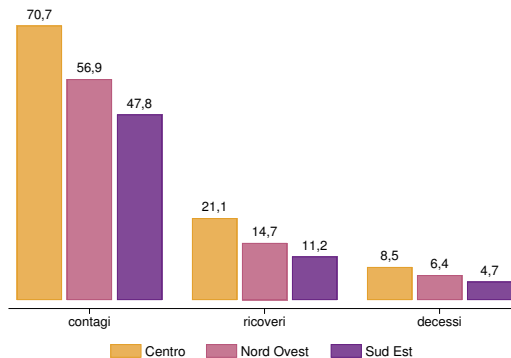
Associazione tra patologie croniche e forme sintomatiche, ricoveri e decessi tra contagiati da Sars-CoV-2 – Rischi relativi aggiustati per tutte le patologie considerate, età e genere, e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari

Variabile	Sintomi	Ricovero	Decesso
	RR	RR	RR
Iperensione	1,06 (1,04-1,08)	1,31 (1,25-1,38)	1,26 (1,15-1,38)
Dislipidemia	1,02 (1,00-1,04)	1,13 (1,08-1,17)	0,98 (0,92-1,05)
Diabete	1,04 (1,02-1,06)	1,13 (1,08-1,18)	1,21 (1,13-1,29)
Fibrillazione atriale	1,04 (1,01-1,07)	1,06 (0,99-1,13)	1,06 (0,96-1,16)
Insufficienza cardiaca	1,03 (1,00-1,06)	1,12 (1,06-1,19)	1,25 (1,16-1,35)
Cardiopatía ischemica	1,02 (1,00-1,04)	1,03 (0,98-1,09)	1,17 (1,09-1,25)
Ictus	1,02 (0,99-1,05)	1,01 (0,95-1,08)	1,13 (1,03-1,24)
Arteropatia periferica	1,05 (1,01-1,09)	1,11 (1,03-1,19)	1,30 (1,17-1,44)
Insufficienza renale	1,05 (1,01-1,09)	1,13 (1,04-1,23)	1,35 (1,21-1,50)
BPCO	1,07 (1,05-1,09)	1,22 (1,17-1,28)	1,27 (1,18-1,35)
Demenza	0,97 (0,94-0,99)	0,76 (0,71-0,81)	1,66 (1,53-1,79)
Parkinson	1,02 (0,97-1,07)	0,95 (0,85-1,06)	1,21 (1,06-1,38)
Epilessia	1,05 (1,00-1,10)	1,28 (1,16-1,41)	1,44 (1,25-1,66)
Dist. psichiatrici	1,03 (0,99-1,06)	1,14 (1,05-1,24)	1,40 (1,27-1,55)
Mal. reumatiche	1,08 (1,04-1,12)	1,27 (1,17-1,38)	1,26 (1,11-1,44)
Mal. inf. intestinali	1,05 (0,99-1,10)	1,00 (0,86-1,16)	0,97 (0,74-1,26)
Sclerosi multipla	0,97 (0,87-1,09)	0,98 (0,70-1,38)	1,47 (0,82-2,62)
Tumori	1,01 (0,98-1,04)	1,14 (1,06-1,22)	1,33 (1,20-1,47)
Almeno una pat. cronica	1,08 (1,07-1,10)	1,62 (1,53-1,72)	2,86 (2,40-3,41)

Il dato dei contagi, ricoveri e decessi per Covid-19 per AUSL mette in evidenza un rischio maggiore per gli anziani residenti nella AUSL Centro, dove sono avvenuti

70,7 contagi, 21,1 ricoveri e 8,5 decessi ogni 1.000 anziani residenti (**Figura 7.3**). La AUSL Sud Est è quella con i livelli di contagio, ricoveri e decessi più bassi, in linea con il dato osservato nella popolazione generale, che fin dall'inizio della pandemia ha messo in evidenza un rischio minore per gli abitanti del territorio a sud est della regione. Le cause possono essere di diversa natura e difficilmente misurabili con i dati a nostra disposizione. La minore densità abitativa, la mancanza di un tessuto produttivo e manifatturiero esteso come quello della fascia centrale della regione e un ridotto pendolarismo possono sicuramente aver contribuito a mantenere il rischio di esposizione al contagio su livelli più bassi, grazie alle minori occasioni di contatto con altre persone. A questo si unisce la possibilità che, specialmente nelle fasi iniziali della pandemia, il contagio si sia esteso dalle regioni settentrionali al resto d'Italia, ostacolato dall'entrata in vigore del lockdown nazionale e dal blocco dei trasferimenti tra regioni. Queste misure possono aver preservato, almeno in quella fase, le zone più a sud della regione, mantenendole su livelli di contagio più simili alle regioni del sud Italia.

Figura 7.3 Contagi, ricoveri e decessi per Covid-19 tra gli anziani, per AUSL di residenza – Contagi, ricoveri e decessi ogni 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, periodo marzo 2020 – novembre 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianza integrata Covid-19 ISS e flusso SDO

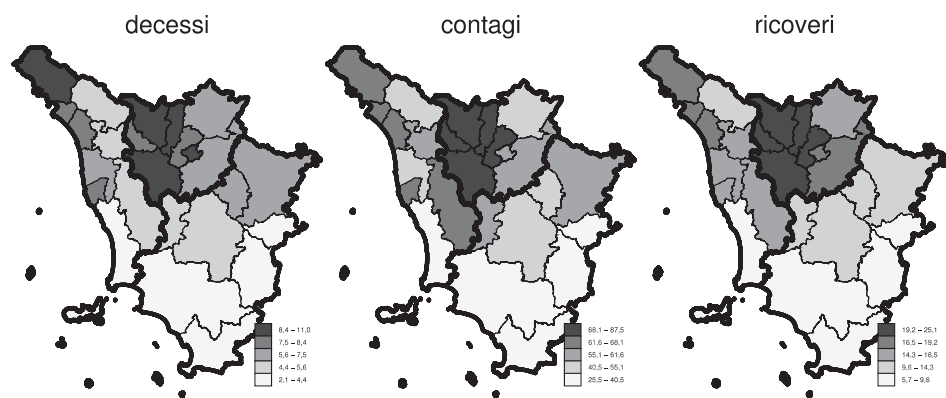


Il dato per Zona distretto evidenzia un rischio minore per tutta la fascia meridionale della regione, da est a ovest, composta dalle zone nelle province di Siena, Grosseto, Livorno e, in parte, Arezzo (**Figura 7.4**). I territori più colpiti sono invece quelli della zona centrale e occidentale della regione, le province di Prato, Pistoia, Lucca E Massa Carrara. Le tre mappe sono molto simili tra loro, per quanto scritto in precedenza, in assenza di una cura per il Covid-19 i ricoveri e i decessi seguono lo stesso gradiente dei contagi. Lievi variazioni possono dipendere dalla distribuzione per età dei contagiati, che potrebbe tendere ad essere più elevate in zone caratterizzate da una maggior presenza di grandi anziani tra i propri abitanti, come quelle a ridosso della dorsale appenninica.

Le zone con il livello di contagio più alto sono quelle Empolese Valdelsa – Valdarno (87,5 per 1.000), Pratese (82,8 per 1.000) e Val di Nievole (77,6 per 1.000); quelle con il tasso più basso l'Elba (25,5 per 1.000), le Colline dell'Albegna (32 per 1.000) e la Bassa Val di Cecina – Val di Cornia (35,3 per 1.000). Il tasso di ospedalizzazione più alto è quello della zona Val di Nievole (25,1 per 1.000), seguita dalla Pistoiese (23,9 per 1.000) e dalla Empolese Valdelsa – Valdarno (23,4 per 1.000); il più basso ancora una volta quello di Elba (5,7), Bassa Val di Cecina – Val di Cornia (7 per 1.000) e Colline dell'Albegna (8,7 per 1.000). Infine, il tasso di mortalità per Covid-19 più elevato è quello della Lunigiana (11 per 1.000), seguita da Empolese Valdelsa – Valdarno (9,9 per 1.000) e Pratese (9,2 per 1.000); le tre zone con meno decessi sono invece l'Elba (2,1 per 1.000), la Bassa Val di Cecina – Val di Cornia (2,5 per 1.000) e la Val di Chiana Aretina (2,9 per 1.000).

Figura 7.4

Contagi, ricoveri e decessi per Covid-19 tra gli anziani, per Zona distretto di residenza – Contagi, ricoveri e decessi ogni 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, periodo marzo 2020 – novembre 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianza integrata Covid-19 ISS e flusso SDO



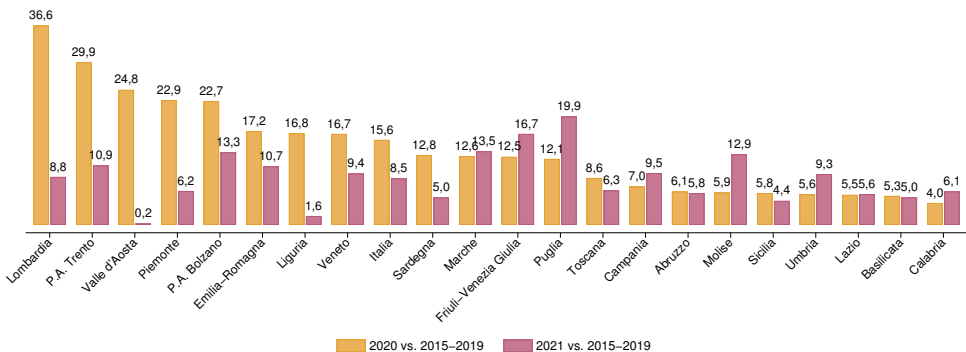
Al fine di valutare l'impatto complessivo del Covid-19 sulla mortalità possiamo attingere alle analisi dei dati ISTAT della mortalità per tutte le cause 2020 e 2021, rispetto al periodo 2015-2019, riportate anche nel volume dedicato al Covid-19 dell'annuale rapporto Welfare e Salute in Toscana 2021. L'analisi degli eccessi della mortalità generale osservati nel corso della pandemia, rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti, è uno degli approcci più affidabili e meno distorti per valutare l'impatto della malattia da Covid-19 sulla mortalità della popolazione, permettendo di valutare gli effetti diretti (decessi Covid-19) e indiretti, causati dal ridotto accesso ai servizi di emergenza-urgenza per eventi cardiovascolari (infarto o ictus) o per la minore

attenzione ai malati cronici (pazienti oncologici e non), soprattutto nelle aree dove i sistemi sanitari sono stati particolarmente stressati.

Complessivamente in Italia nel 2020 i decessi totali sono stati 15,6% in più rispetto alla media del periodo 2015-2019. Nei primi sei mesi del 2021 l'eccesso di mortalità è quasi dimezzato, ma rimane ancora pari a +8,5% rispetto allo stesso periodo nel quinquennio 2015-2019. Si registra una forte eterogeneità geografica e temporale (**Figura 7.5**): nel 2020 è il Nord Italia a registrare l'eccesso di mortalità più alto, mentre la Toscana registra un +8,6%, pari a circa 3.800 decessi in più rispetto al periodo di riferimento, un dato sostanzialmente in linea con la media delle regioni del Centro Italia (+7,5%). Nel periodo gennaio-giugno 2021 si nota una maggiore omogeneità tra Nord, Centro e Sud Italia. Ciò può essere spiegato per buona parte dalla differente velocità delle campagne di vaccinazioni anti-Covid-19 che ha caratterizzato le regioni del Nord e del Centro rispetto a quelle del Sud. Anche in Toscana, nei primi sei mesi del 2021, l'impatto di Covid-19 sulla mortalità è più basso rispetto al 2020: si registrano 1.432 decessi in più rispetto al 2015-2019 (+6,3%), una diminuzione dell'eccesso però, rispetto a quello osservato nel 2020, sicuramente più contenuta in rapporto alla media italiana. Il confronto tra i primi sei mesi del 2021 con lo stesso periodo dell'anno precedente, infatti, segna a livello nazionale una lieve diminuzione della mortalità (-3,9%), mentre in Toscana un aumento pari al +4,7%. Questo probabilmente è da imputarsi alla maggiore circolazione del virus in Toscana nei primi mesi del 2021.

Figura 7.5

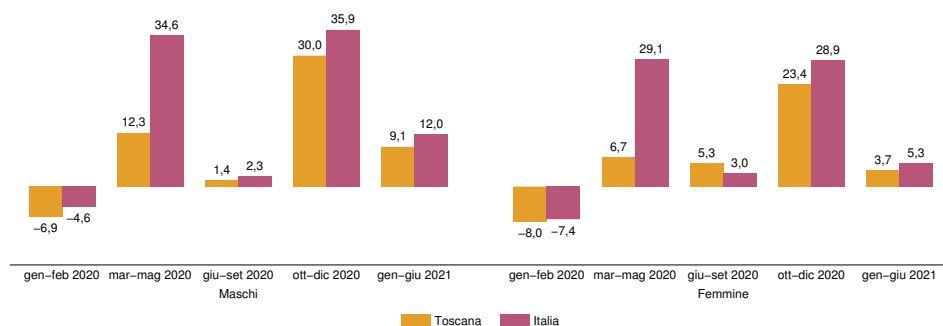
Decessi per tutte le cause, per anno – Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 – Regioni e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) – Fonte: Elaborazioni Ars su dati ISTAT



La stratificazione per genere (**Figura 7.6**) mostra come l'impatto sulla mortalità sia stato più forte negli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale che toscano.

Figura 7.6

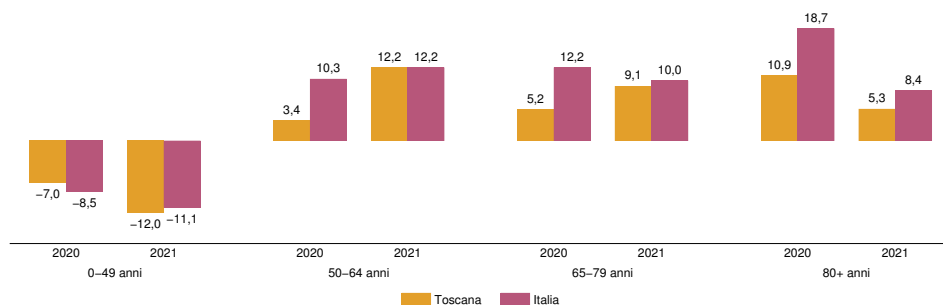
Decessi per tutte le cause, per genere e periodo – Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 – Toscana e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Relativamente alla composizione per età, nel 2020 è sui più anziani (80+ anni) che la pandemia ha determinato un impatto maggiore in termini di mortalità: l'eccesso di mortalità è del +18,7% in Italia e del +10,9% in Toscana (**Figura 7.7**). Minori, ma comunque rilevanti, anche gli eccessi nelle classi d'età 65-79 anni (+12,2% in Italia e +5,2% in Toscana) e 50-64 anni (+10,3% in Italia e +3,4% in Toscana). Nei primi sei mesi del 2021, al contrario, l'impatto maggiore, sia a livello nazionale che in Toscana, si registra nella classe d'età 50-64 anni, mentre è decisamente più basso negli 80+, grazie alla campagna di vaccinazione avviata a gennaio, che ha coinvolto proprio gli over 80 per primi, subito dopo gli operatori sanitari e gli ospiti di RSA.

Figura 7.7

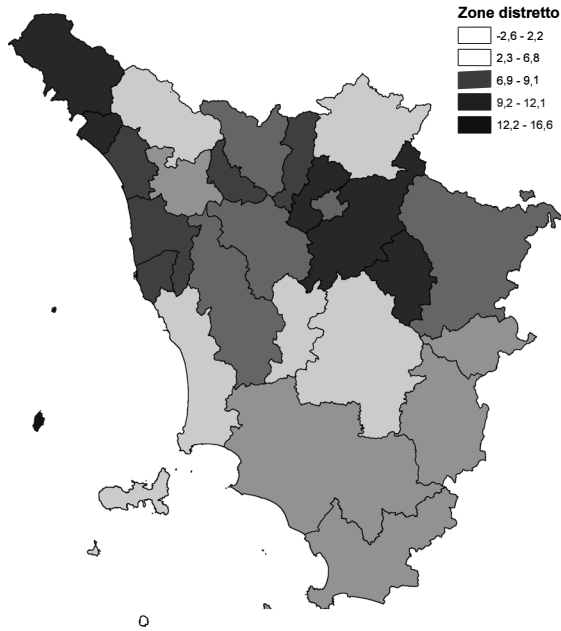
Decessi per tutte le cause, per classe d'età e anno – Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 – Toscana e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



La zona Lunigiana, le Apuane, la Fiorentina Nord-Ovest e Sud-Est e la zona del Valdarno sono quelle in cui si osservano gli aumenti maggiori della mortalità (**Figura 7.8**).

Figura 7.8

Decessi per tutte le cause, per Zona Distretto – Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019, colorazione in quintili della distribuzione dei valori zionali – Toscana, anno 2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



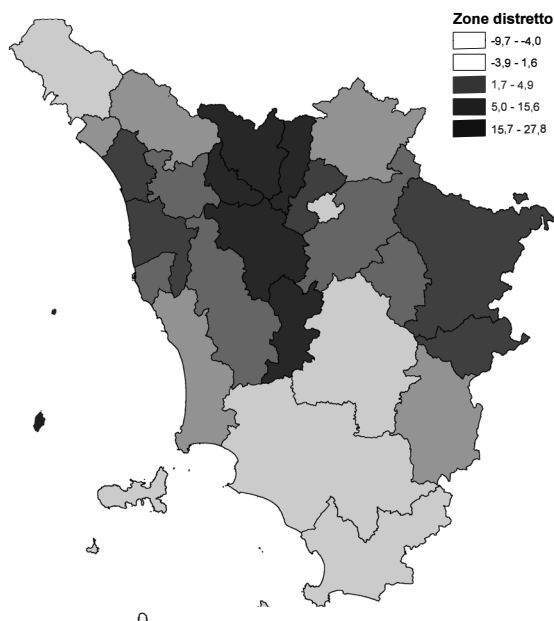
Nel 2021 la mortalità risulta più alta del riferimento nella fascia centrale che taglia da nord al centro la regione, che comprende la zona Pratese, Pistoiese, Valdinievole, e verso Sud l'Empolese-Valdarno inferiore e l'Alta Val d'Elsa (**Figura 7.9**).

Queste prime informazioni in merito al contributo del Covid-19 sulla mortalità della popolazione sono da considerarsi preliminari. Solo un'analisi più approfondita delle singole cause di mortalità potrà fornire maggiori dettagli su come la pandemia ha agito sulla mortalità, direttamente e indirettamente. Ad oggi ISTAT ha reso disponibili i risultati dell'analisi dei certificati di morte relativi esclusivamente ai mesi di marzo e aprile 2020, da cui emerge che in Italia il 60% dell'eccesso di mortalità registrato nei due mesi è attribuibile al Covid-19, il 10% a polmoniti e il 30% ad altre cause. L'incremento dei decessi dovuti a polmoniti o altre affezioni respiratorie porta a ipotizzare che in quei mesi iniziali la difficoltà a diagnosticare una nuova patologia abbia prodotto una sottostima dei decessi a essa effettivamente dovuti. Sono in aumento anche i decessi per demenze, diabete e cardiopatie ipertensive, suggerendo un ruolo indiretto del Covid-19, attraverso l'accelerazione di processi morbosi già

in atto. Stabile, invece, la mortalità per tumori e in diminuzione quella per incidenti stradali.

Figura 7.9

Decessi per tutte le cause, per Zona Distretto – Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019, colorazione in quintili della distribuzione dei valori zonali – Toscana, anno 2021 (gennaio-giugno) – Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Di particolare interesse è la relazione tra Covid-19 e la vulnerabilità negli anziani, da intendersi come una pre-esistente condizione multifattoriale di aumentata suscettibilità ad eventi avversi, compresa la morte. Quando tra i fattori di rischio di eventi avversi si considera anche la disabilità, il termine vulnerabilità è da preferirsi a quello – pur comunemente utilizzato – di fragilità, che dovrebbe essere invece limitato ad anziani ancora autonomi, almeno nel dominio delle attività di base della vita quotidiana (BADL). Sul tema, va segnalato un recente contributo originale di ricerca, frutto della collaborazione tra Università di Firenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC), Azienda USL Toscana Centro (ATC) e Istituto superiore di Sanità (ISS) (Di Bari M, 2022).

Fin dall'inizio della pandemia da SARS-CoV-2, l'età avanzata è stata identificata come un importante determinante prognostico sfavorevole, indipendentemente da predittori malattia-specifici (Palmieri L, 2020). In particolare, la mortalità associata

al Covid-19 è assai più elevata nei pazienti più anziani il cui pre-esistente rischio di morte è aumentato (Hewitt J, 2020) (Marengoni A, 2021), al punto tale che è stato raccomandato di considerare la condizione di “fragilità” (che, come detto in premessa, più propriamente è da definirsi vulnerabilità) nel momento in cui si debba decidere se sia o meno opportuno aumentare il livello di assistenza nei pazienti anziani con Covid-19 (NICE, 2020).

Tuttavia, le evidenze fin qui fornite sono per molti motivi insoddisfacenti. Molti degli studi hanno infatti preso in considerazione solo soggetti ricoverati e si sono limitati alla mortalità ospedaliera (Hewitt J, 2020) (Marengoni A, 2021), non fornendo informazioni sul ruolo della vulnerabilità nei soggetti che non necessitano di ricovero né sulla sopravvivenza a lungo termine. Soprattutto, non era in genere disponibile il confronto con pazienti senza Covid-19.

Nel citato studio fiorentino (Di Bari M, 2022) è stato invece valutato il ruolo della pre-esistente vulnerabilità sulla mortalità a lungo termine in soggetti anziani con Covid-19, a confronto con pazienti con altre diagnosi, tanto in soggetti ricoverati che non ricoverati. La valutazione delle vulnerabilità è stata ottenuta grazie al Codice Argento Dinamico (CAD), strumento da tempo disponibile, in tempo reale e in modo del tutto automatico, nel Pronto Soccorso (PS) degli ospedali dell'ATC e dell'AOUC. Utilizzando solo informazioni estratte dagli archivi amministrativi sanitari (dati anagrafici, consumo di farmaci e precedenti ricoveri), il CAD è in grado di prevedere la sopravvivenza a breve e a lungo termine degli ultra75enni che accedono al PS,6 mentre riflette anche lo stato funzionale pre-esistente, in particolare l'incapacità di camminare (Di Bari, Giordano, Tonarelli, & al., 2021). In base al punteggio CAD, ogni ultra75enne può essere assegnato a una di quattro classi di rischio (classe I: punteggio 0-10; classe II: punteggio 11-25; classe III: punteggio 26-34; classe IV: punteggio 35+), a cui corrisponde un incremento di circa 2, 3 e 5 volte del rischio di morte a un anno rispetto alla classe I, indipendentemente dalla diagnosi di dimissione (Balzi D, 2019).

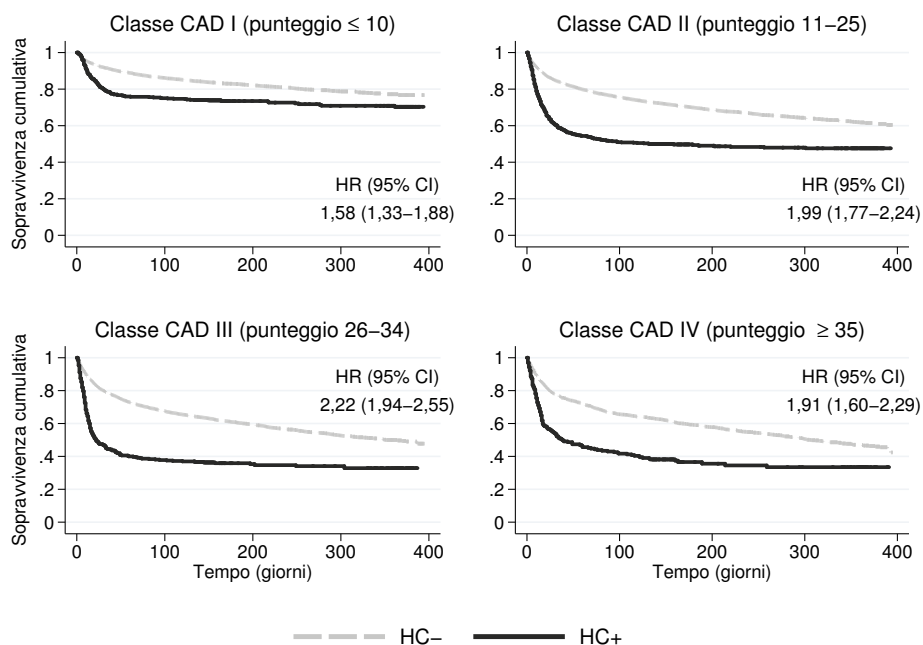
Nello studio citato (Di Bari M, 2022), dagli archivi di PS di ATC e AOUC sono stati inizialmente selezionati tutti i soggetti di età 75+ anni in cui era disponibile la classe CAD e che avevano fatto accesso ad un PS dell'Area Vasta Centro tra il 1° marzo e il 15 novembre 2020. Tra coloro che, a seguito dell'accesso in PS, erano stati ospedalizzati, sono stati distinti i dimessi con diagnosi di Covid-19 (HC+, n=1.745) e i dimessi con altre diagnosi (HC-, n=15.846). Degli anziani il cui accesso in PS non era stato seguito da ospedalizzazione, 1.039 erano presenti nel registro ISS dei casi Covid-19 (NHC+), mentre quelli non presenti nell'archivio ISS rappresentavano i controlli Covid-19 negativi non ospedalizzati (NHC-, n=18.722).

Sull'insieme della casistica, sono stati registrati 8.134 decessi (21,8%) in 12 mesi. Nei soggetti ospedalizzati, con una durata mediana [IQR] di osservazione di 206 [86-

293] giorni, la mortalità era assai superiore nei soggetti con Covid-19 che in quelli con altre diagnosi di dimissione (HC+: 48,4%, HC: 33,9%; $p < 0,001$). Sia nei primi che nei secondi, la mortalità cresceva in misura significativa con la classe CAD, con percentuali tra il 27,5% e il 64% negli HC+ e tra il 19,9% e il 51% negli HC-: pertanto, la diagnosi di Covid-19 era associata ad un eccesso del rischio di morte del tutto simile entro le classi CAD, con hazard ratio (HR) tra 1,6 e 2,2 (**Figura 7.10**).

Figura 7.10

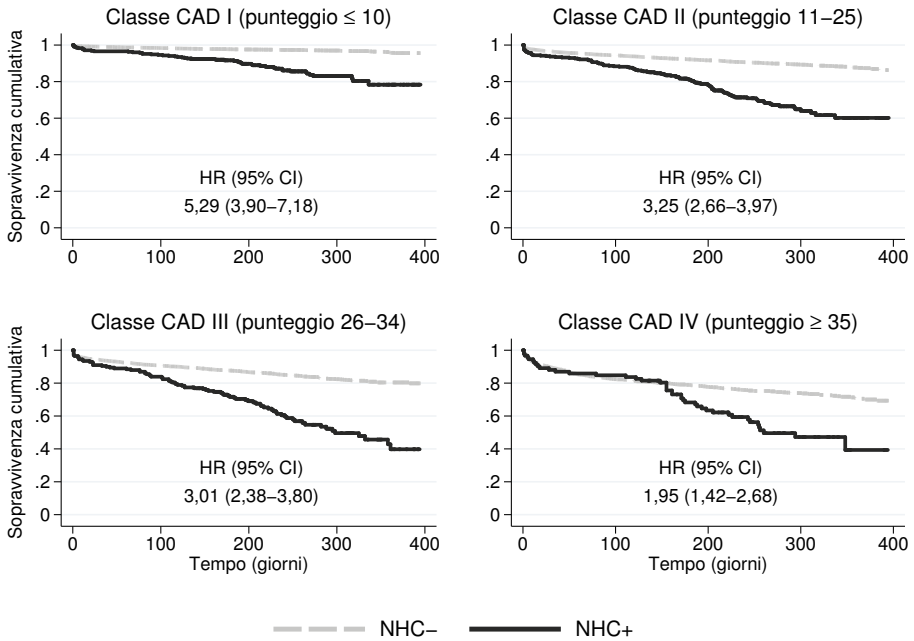
Curve di sopravvivenza degli anziani ospedalizzati con Covid-19 (HC+) o con altre diagnosi (HC-), separatamente per classi Codice Argento Dinamico (CAD). Abbreviazioni. CI: Confidence Interval. HR: Hazard Ratio. – Fonte: Di Bari M et al. Covid-19, Vulnerability and Long-Term Mortality in Hospitalized and Non-Hospitalized Older Persons



Nei soggetti non ospedalizzati, il periodo mediano di osservazione era più lungo, pari a 247 [190-302] giorni, e la mortalità era globalmente inferiore, tanto in presenza che in assenza di Covid-19 (NHC+: 28%, NHC-: 8,7%; $p < 0,001$). Anche in questo sottogruppo la mortalità cresceva con la classe CAD, ma in misura relativamente più marcata nei NHC- (dal 2,9% in classe I al 26% in classe IV) rispetto ai NHC+ (dal 14,2% in classe I al 46,7% in classe IV), così che l'eccesso di mortalità associato al Covid-19 diminuiva progressivamente al crescere della classe CAD, come indicato dal ridursi dei valori di HR da 5,3 in classe I a 2 in classe IV (**Figura 7.11**).

Figura 7.11

Curve di sopravvivenza degli anziani non ospedalizzati con COVID-19 (NHC+) o con altre diagnosi (NHC-), separatamente per classi CAD. Abbreviazioni. CI: Confidence Interval. HR: Hazard Ratio. – Fonte: Di Bari M et al. Covid-19, Vulnerability and Long-Term Mortality in Hospitalized and Non-Hospitalized Older Persons



È anche interessante osservare il diverso andamento temporale della mortalità per Covid-19 tra soggetti ospedalizzati e non. Nei primi, il rischio di morte era particolarmente marcato nel primo mese di follow-up e si stabilizzava nei mesi successivi (Figura 7.10), come ci si può attendere per una malattia iperacuta. Al contrario, nei soggetti non ospedalizzati le curve di sopravvivenza tra NHC+ e NHC- si separavano lentamente e progressivamente nelle classi I-III, mentre in classe IV divergevano in misura sostanziale solo dopo il terzo mese (Figura 7.11), suggerendo che l'eccesso di mortalità nei pazienti affetti da Covid-19 ma non ospedalizzati possa dipendere da meccanismi diversi dall'insufficienza respiratoria acuta, che rappresenta invece la più comune causa di morte negli casi ospedalizzati.

Questo studio riporta quella che, al momento, è la più ampia casistica al mondo in cui sia possibile valutare l'effetto congiunto della vulnerabilità e del Covid-19 sulla mortalità a lungo termine, tanto in anziani ospedalizzati che non ospedalizzati. Come si è visto, negli anziani ospedalizzati il Covid-19 sembra avere sostanzialmente lo stesso effetto per ogni livello di vulnerabilità, giacché comporta un immediato aumento del

rischio di morte, di circa due volte, in ogni classe CAD. Al contrario, nei soggetti non ospedalizzati il peso prognostico negativo del Covid-19 è relativamente più marcato e protratto nei soggetti meno vulnerabili. Questo suggerisce l'opportunità di un'attenzione maggiore e più prolungata nei confronti di soggetti anziani colpiti dal COVID considerati robusti, per quanto le loro condizioni iniziali possano non apparire critiche, tanto da non richiedere l'ospedalizzazione. Inoltre, dai dati qui riportati si potrebbero ipotizzare che la mortalità per Covid-19 in soggetti non ospedalizzati sia stata sottostimata, in quanto è improbabile che i decessi osservati a così lunga distanza dalla diagnosi microbiologica siano stati attribuiti al Covid-19.

Infine, un cenno alla campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 avviata a gennaio 2021. Fin da subito la priorità è stata data alla protezione della popolazione anziana, avviando la campagna nelle RSA per poi proseguire dai più anziani, scendendo verso i più giovani. I livelli di adesione nella nostra regione sono stati molto buoni. Quando scriviamo questo documento gli anziani toscani hanno superato il 90% di vaccinazioni con almeno la prima dose (**Tabella 7.3**) e molti di loro, quasi il 40% della popolazione 12+, hanno già ricevuto la terza dose di vaccino a distanza di 4-6 mesi dalla conclusione del ciclo di vaccinazione primario.

Tabella 7.3

Vaccinati per fascia d'età – Vaccinati con prima dose o ciclo completo per 100 abitanti – Toscana, anno 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Protezione Civile

Età	Almeno 1ª dose	Per 100 abitanti	Ciclo completo	Per 100 abitanti
60-69	421.942	90,3	415.762	89,0
70-79	374.382	92,1	369.698	91,0
80-89	255.660	97,2	251.900	95,7
90+	64.758	102,9	62.733	99,7
12+	2.954.490	88,7	2.859.988	85,9

Gli effetti della campagna di vaccinazione si sono visti progressivamente, mano a mano che aumentava la copertura vaccinale nella popolazione. In **Figura 7.12** si può apprezzare il diverso impatto della mortalità Covid-19 tra l'ondata invernale del 2021 e quella tardo-primaverile, grazie a un livello di copertura vaccinale che si era portato su valori molto elevati già a maggio 2021.

Da gennaio 2021 è inoltre evidente il progressivo calo dei casi e di conseguenza anche dei ricoveri e dei decessi per Covid-19 fino quasi all'azzeramento, nelle RSA della Toscana (**Figura 7.13**), risultato della campagna vaccinale partita il 27 dicembre 2020 nelle strutture residenziali sociosanitarie per i residenti e gli operatori, con precedenza rispetto alla popolazione generale. Se nella popolazione generale la terza ondata si è susseguita alla seconda senza intermezzi, negli anziani residenti in RSA la terza

Figura 7.12

Decessi per Covid-19 giornalieri e popolazione vaccinata con ciclo completo, per classe d'età - Valori dei deceduti ogni 100mila abitanti (media mobile a 7 giorni) e percentuale di vaccinati con ciclo completo da almeno 14 giorni - Toscana, periodo gennaio-novembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione Civile e ISTAT

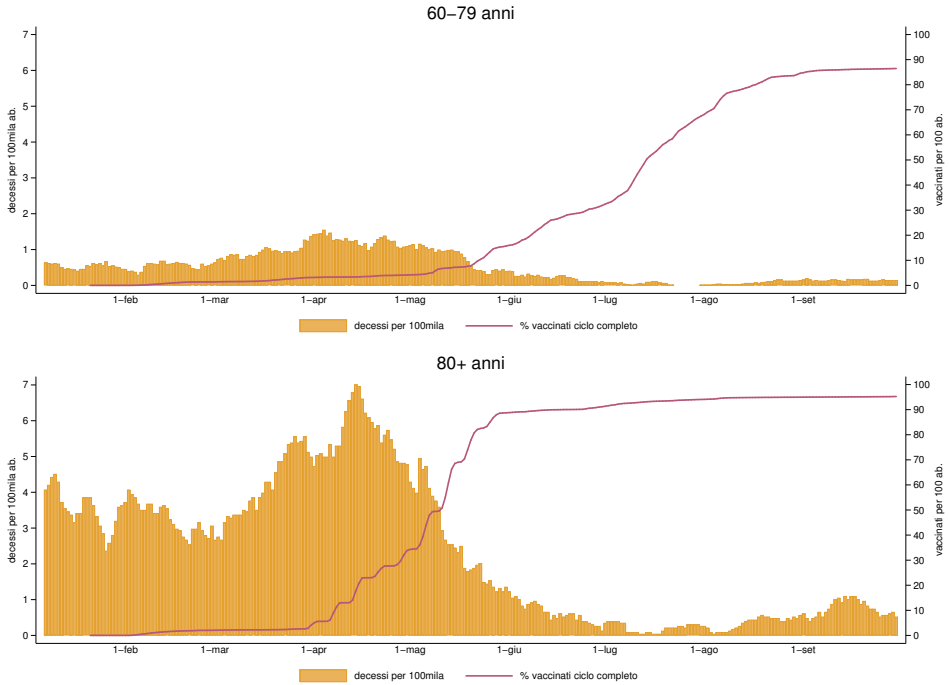
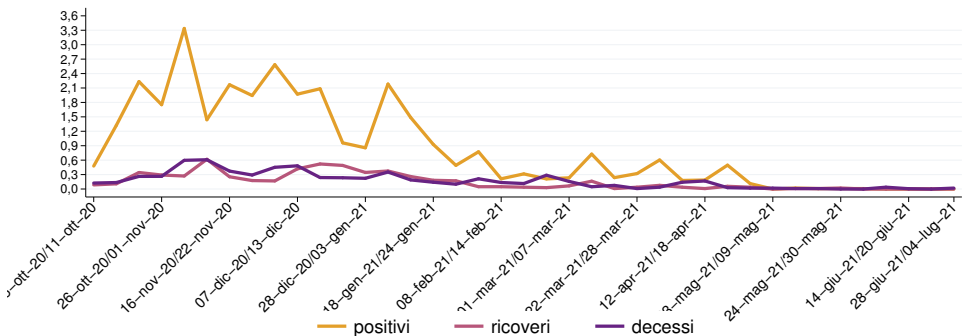


Figura 7.13

Casi positivi al Sars-CoV-2, ricoveri e deceduti per Covid-19 tra gli ospiti di RSA, per settimana - Valori settimanali ogni 100 ospiti in RSA - Fonte: Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà individuale sul contagio Covid-19 - Survey RSA



ondata non è di fatto mai avvenuta, grazie alla buona copertura vaccinale raggiunta in tempi molti brevi (al 28 aprile 2021 il 76% dei residenti in RSA aveva ricevuto il ciclo completo), che ha messo al riparo dalla Covid-19 questo target di popolazione fragile. Da maggio 2021 in poi, l'estensione della vaccinazione anche alla popolazione generale, ha permesso di arrivare ai mesi estivi riaprendo di nuovo alle visite in presenza da parte dei familiari.

Gli anziani in RSA in Toscana sono circa l'1,5% del totale degli anziani toscani residenti d'età 65+, ma rappresentano circa il 7% dei positivi totali e il 13% dei deceduti totali 65+ nel periodo considerato (ottobre 2020-luglio 2021). L'incidenza cumulativa di positivi nelle RSA è stata pari al 32,5%, i decessi al 6,2%. Nello stesso periodo, l'incidenza dei positivi nella popolazione anziana (65+) residente in Toscana è stata pari al 4,9%, mentre i decessi sono stati lo 0,6%. Questo confronto è utile a contestualizzare il rischio degli anziani ospiti di RSA. I risultati sono in linea con quanto emerso dalle analisi sul rischio di contagio o decesso associato all'essere ospite in RSA. Le cause sono da ricondurre alla convivenza forzata di anziani e operatori nelle RSA, le difficoltà di isolamento totale, oltre che, ovviamente, alle condizioni di salute più compromesse degli ospiti, rispetto ad un coetaneo che ancora è in grado di vivere autonomamente nella propria abitazione. Va inoltre ricordato il possibile "effetto screening", all'interno delle RSA, per le campagne ripetute ogni 15 giorni per tutti i residenti (test sierologico) e per tutti gli operatori (test rapido), che hanno sicuramente contribuito ad una maggiore emersione dei contagi rispetto alla popolazione generale. La campagna di screening rappresenta uno dei due i punti di forza del sistema regionale che hanno portato a contenere i dati di ospedalizzazione e mortalità tra i residenti in RSA a partire dalla seconda ondata. Grazie ai test periodici (Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.93 del 15 ottobre 2020) sono stati identificati e isolati precocemente i nuovi casi positivi. Il secondo punto di forza riguarda un'organizzazione territoriale più strutturata e stabile rispetto alla precedente ondata pandemica che ha visto coinvolte RSA - Aziende USL - Cure intermedie - RSA "total COVID" (Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale: n.93 del 15 ottobre 2020, n.98 del 28 ottobre 2020, n.112 del 18 novembre 2020). Il buon funzionamento dell'organizzazione territoriale è stato garantito anche attraverso l'individuazione di USCA dedicate ai pazienti COVID in RSA. Gli specialisti dei gruppi territoriali e le USCA, insieme ai MMG e ai referenti delle Unità di crisi aziendali per le RSA, hanno gestito l'assistenza e gli spostamenti degli ospiti (positivi e negativi).



CAPITOLO 8

LE CADUTE

8. LE CADUTE

Gli anziani, a causa delle loro condizioni fisiche e di eventuali patologie invalidanti o comunque limitanti nelle normali funzioni motorie, rappresentano una popolazione ad elevato rischio di cadere durante lo svolgimento di normali attività come il semplice camminare, alzarsi da una sedia o spostarsi all'interno della propria abitazione. Molto spesso, infatti, un tappeto, una soglia, o un ostacolo al quale una persona adulta in piena autonomia non presta la minima attenzione, può rappresentare un fattore di rischio importante per una persona anziana. Problemi di equilibrio e debolezza muscolare (talvolta indotti anche da terapie farmacologiche), deficit visivo ed alcune patologie croniche, rappresentano condizioni frequenti tra gli anziani e possono essere causa di caduta. I rischi per la salute sono importanti, in termini di invalidità e di mortalità (Cuevas-Trisan, 2017), aggravati spesso dalla presenza di osteoporosi. Le stime OMS pongono un terzo degli anziani a rischio di caduta almeno una volta in un anno, percentuale che si avvicina al 40% dopo i 70 anni d'età. Le donne sono a maggior rischio degli uomini, ma tra questi ultimi le conseguenze sono spesso peggiori. La vita dell'anziano può cambiare drasticamente dopo una caduta, non solo per le conseguenze fisiche, ma anche per quelle psicologiche, con una perdita di sicurezza e l'instaurarsi di una paura di cadere che può contribuire a limitare il movimento, l'attività motoria, la socialità e quindi deteriorare la qualità della vita della persona. Le fratture rappresentano il rischio maggiore di invalidità temporanea o permanente: anca, femore, ma anche, pur meno frequenti, intracraniche (Istituto Superiore di Sanità, 2009). Circa il 20% delle cadute richiede un intervento medico (Biderman A, 2002), il 5-10% causa una frattura dell'anca (Vassallo M, 2002) (Yap LKP, 2003) e il 7% delle persone che hanno una frattura dell'anca muore (Oliveira Guerra R, 2003). Le cadute sono inoltre la seconda causa di trauma cranico (35%) e spinale (37%), secondo i dati del Sistema informativo nazionale sugli incidenti di civile abitazione (SINIACA – ISS). Un importante esito di caduta è la frattura del femore che si presenta dallo 0,6% tra gli under65enni, sale al 10,8% tra gli anziani e al 14,2% tra gli 80+ (Berg WP, 1997).

PASSI d'Argento misura il rischio di cadute nella popolazione anziana, rilevando quanti anziani sono caduti e le conseguenze di questi eventi.

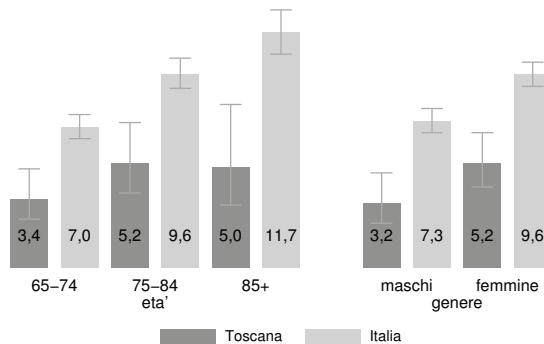
Dai dati del periodo 2016-2019 emerge che il 4,3% (3,5%-5,4%) degli anziani toscani intervistati era caduto nell'ultimo mese prima dell'intervista, la metà circa della media nazionale, pari all'8,6% (8,2%-9%). A seguito di questa caduta circa un toscano su 5 è stato ricoverato (20,6%; ic95%: 12,3%-32,5%), in linea con la media italiana, pari a 18,9% (16,8%-21,2%). Quasi due cadute su tre avvengono in casa, sia in Toscana (62,9%; 51,4%-73,1%) che in Italia (63,5%; 60,7%-66,3%), ma solamente il 37,4%

(35,2%-39,6%) dei toscani e il 33,4% (32,7%-34,1%) degli italiani ha un effettiva consapevolezza dei rischi che l'ambiente domestico nasconde per quanto riguarda le cadute. In generale, caduto o meno recentemente, il 28,5% (26,6%-30,6%) degli anziani toscani convive con la paura di cadere, a fronte del 39,6% (38,9%-40,3%) degli italiani.

La paura di cadere tende ad aumentare con l'età, perché gli anziani percepiscono maggiori rischi legati al progressivo deterioramento delle proprie funzionalità. Le cadute, infatti, tendono ad aumentare tra i più anziani, anche se in Toscana non si rileva un trend in continua crescita una volta superati i 75 anni, rispetto all'Italia, dove invece in ogni classe d'età il rischio aumenta (**Figura 8.1**). Tra i due generi le donne si confermano a maggior rischio di cadere rispetto agli uomini.

Figura 8.1

Anziani caduti nell'ultimo mese, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



Per avere un indicatore proxy delle cadute nella popolazione anziana possiamo utilizzare i dati degli accessi ai Pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri per traumatismi, pur consapevoli che si tratti di un sottogruppo degli incidenti occorsi, costituito dalle sole cadute che hanno avuto conseguenze tali da richiedere cure mediche.

Nel 2020 gli accessi ai PS per traumatismi da parte della popolazione anziana sono stati 88.500 (pari al 93 ogni 1.000 anziani residenti), in netta diminuzione rispetto all'anno precedente, quando erano stati 118mila. Il calo dipende ovviamente dagli effetti indiretti della pandemia che hanno limitato gli accessi al Pronto soccorso, scoraggiando la popolazione a recarsi nei presidi se non per problemi sanitari veramente urgenti e, al tempo stesso, limitando molte attività della vita quotidiana che potrebbero aumentare il rischio di traumatismi e incidenti (primo tra tutti la circolazione delle persone). Il 67% di questi traumatismi è avvenuto in ambiente domestico, un altro 10% in luoghi

chiusi diversi dalla propria abitazione, un ulteriore 20% in strada. Non stupisce che l'ambiente prevalente dove accadono incidenti agli anziani sia la propria abitazione, considerato che è il luogo dove plausibilmente trascorrono la maggior parte del tempo. La percentuale nel 2020 è comunque in aumento rispetto agli anni precedenti, quando si attestava su valori pari al 55%, per gli effetti delle limitazioni introdotte nell'ambito del contenimento della pandemia, che hanno costretto le persone maggiormente in casa.

Le fratture sono circa 31mila, pari a 32,5 ogni 1.000 anziani, in riduzione del 17% rispetto alla media del biennio 2018-2019 (utilizzata come riferimento, considerandola stabile dal punto di vista della qualità del dato) (**Tabella 8.1**). Tutte le diagnosi considerate (classificazione icd9 a 3 cifre) sono in diminuzione rispetto al biennio preso a riferimento (per avere un dato stabile che non risenta degli effetti della pandemia), in particolare le diagnosi di minore gravità, come contusioni, distorsioni e altri traumatismi superficiali. Come detto, per queste cause può aver prevalso il timore di recarsi ai presidi sanitari e l'attenzione rivolta agli inviti, provenienti dalle stesse autorità sanitarie, a non recarsi al Pronto soccorso se non in casi di vera urgenza. I dati non sono così distanti dalla stima degli anziani caduti che sono ricorsi a cure mediche fornita da PASSI d'Argento. La stima dei caduti nell'ultimo mese era pari al 4,3%, ma di questi sono un quinto era ricorso a cure mediche, quindi lo 0,86% della popolazione. Se proiettiamo questa percentuale mensile sull'intero anno otteniamo il 10,3% degli anziani residenti. Se nei dati del Pronto soccorso consideriamo l'insieme di fratture, traumatismi intracranici, contusioni, distorsioni e lussazioni, ferite aperte, il totale per il 2020 arriva a 82 eventi ogni 1.000 abitanti, ma era 111 per 1.000 nel biennio 2018-2019, simile quindi al 103 per 1.000 ricavato da PdA.

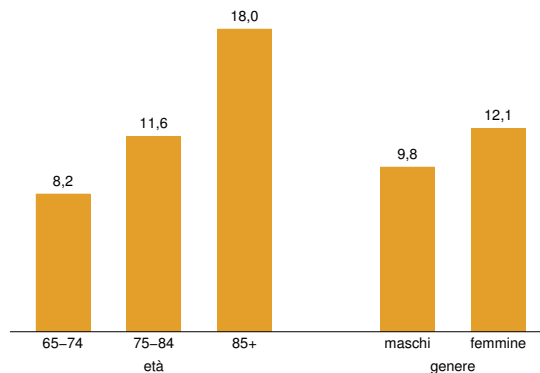
Tabella 8.1 Accessi al PS per traumatismi e avvelenamenti, per diagnosi principale - Valori assoluti e ogni 1.000 abitanti d'età 65+, variazione percentuale 2020 vs media 2018-2019 - Toscana, periodo 2018-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso PS

Diagnosi principale	media 2018-2019		anno 2020		riduzione 2020 vs 2018-2019
	n	per 1.000	n	per 1.000	
Frattura	37.104	39,3	30.933	32,5	-17%
Traumatismi intracranici, esclusa frattura del cranio	18.155	19,2	15.161	16,0	-16%
Contusioni senza soluzione di continuo	22.585	23,9	14.303	15,0	-37%
Distorsioni e distrazioni, lussazioni	8.256	8,8	5.268	5,5	-36%
Altri traumatismi superficiali, interni o dei vasi e nervi	6.748	7,2	4.094	4,3	-39%
Ferite aperte	11.860	12,6	8.490	8,9	-28%
Altro (ustioni, corpi estranei, avvelenamenti, schiacciamenti)	12.370	13,1	10.271	10,8	-17%

Considerato il netto calo degli accessi nel 2020, consideriamo il biennio 2018-2019 per stimare l'impatto del fenomeno per genere e classe d'età, essendo più rappresentativo di una situazione di normalità. Gli accessi per le diagnosi considerate come proxy delle cadute (fratture, traumatismi intracranici, contusioni, distorsioni, ferite aperte) tendono ad aumentare con l'età, come atteso, raggiungendo il 18% della popolazione superati gli 85 anni, e tra le donne, 12,1% rispetto al 9,8% tra gli uomini (**Figura 8.2**). Il tasso di eventi per AUSL di residenza pone gli anziani della Sud Est leggermente più a rischio (12,5%), rispetto a quelli residenti nella Centro (10,7%) e Nord Ovest (10,2%).

Figura 8.2

Accessi al PS per traumatismi (fratture, traumatismi intracranici, contusioni, distorsioni, ferite aperte), per età e genere - Valori ogni 100 anziani residenti (65+) - Toscana, biennio 2018-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso PS



Analizzando nel dettaglio le fratture, sempre osservando il biennio 2018-2019, possiamo dividere il totale per sede della frattura e confrontare gli accessi al Pronto Soccorso con i ricoveri ospedalieri, per quantificare l'impatto sull'ospedale a seguito di questi eventi (**Tabella 8.2**). La frattura del femore porta sempre ad un ricovero, come atteso, a causa della necessità di un intervento chirurgico e di un periodo di riabilitazione. Negli altri casi molto spesso la frattura si risolve in sede di Pronto soccorso, senza ricorrere al ricovero. È chiaro quindi che la tipologia d'evento di maggiore impatto, sia per la numerosità assoluta degli eventi che per la probabilità di essere ricoverato, è rappresentata dalla frattura del femore.

I ricoverati per frattura del femore mediamente sono stati 16 ogni 1.000 anziani nel biennio 2018-2019 in Toscana. I ricoverati triplicano una volta oltrepassati gli 85 anni (**Figura 8.3**), dal 2 per 1.000 anziani 65-74enni, all'8 per 1.000 tra i 75-84enni, fino al 24,8 per 1.000 tra gli 85+. Tra le donne il rischio è doppio rispetto agli uomini. Questi dati sono coerenti con quelli noti in letteratura. Tra i grandi anziani il rischio aumenta a causa della compromissione delle funzioni motorie, del possibile effetto delle terapie

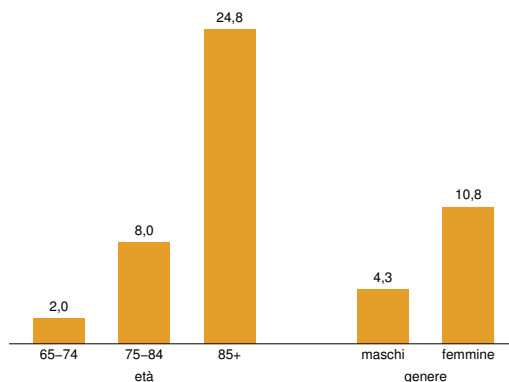
farmacologiche sull'equilibrio, della ridotta autonomia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, come detto in precedenza. Le donne, a questo quadro, aggiungono i rischi derivanti dall'osteoporosi, capace di aggravare le conseguenze di una caduta.

Tabella 8.2

Accessi al PS e ricoveri per frattura, per diagnosi principale - Valori assoluti e ricoveri ogni 100 accessi PS - Toscana, biennio 2018-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso PS e SDO

Diagnosi di frattura	Accessi PS	Ricoveri	Ricoveri per 100 accessi PS
Frattura del cranio e delle ossa della faccia	1.329	383	28,8
Fratture della colonna vertebrale	3.912	641	16,4
Frattura delle costole, dello sterno, della laringe e della trachea	5.834	559	9,6
Frattura del bacino	1.950	448	22,9
Fratture clavicola, scapola e arto superiore (omero, ulna, radio, mano)	11.477	2.208	19,2
Fratture del femore	7.845	7.710	98,3
Fratture arti inferiori (rotula, tibia, perone, caviglia, piede)	4.742	1.144	24,1

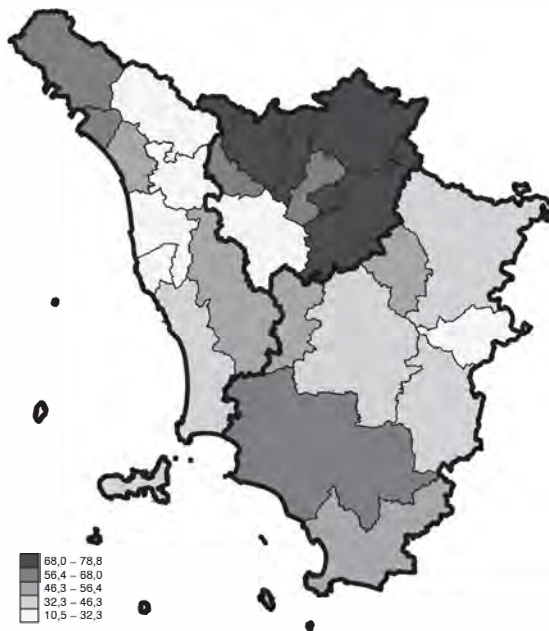
Figura 8.3 Ricoveri per frattura del femore, per età e genere – Valori ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, biennio 2018-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso PS e SDO



A seguito della frattura del femore, tra i pazienti che sopravvivono a 28 giorni dalla dimissione ospedaliera senza un nuovo evento traumatico, il 50% inizia un ciclo di riabilitazione in uno dei setting previsti dal SSR: ospedaliero, domiciliare, ambulatoriale, residenziale ex art.26, RSA modulo motorio. Il dato è stabile su questi livelli dal 2015 in poi. Il setting più frequente per questo tipo di evento è quello residenziale (44%),

seguito da quello domiciliare (24%) e ambulatoriale (17%). Il setting ospedaliero copre il 13% dei riabilitati a 28 giorni, mentre il modulo motorio in RSA il 2%. Va detto che, all'interno del territorio regionale, questo indicatore è contraddistinto da un'elevata variabilità da una Zona distretto ad un'altra. Nell'ultimo triennio disponibile, 2018-2020, si va dal 10,5% di riabilitata nella Zona Piana di Lucca al 78,8% della zona Pistoiese. Tra le tre AUSL quella con i livelli più alti di riabilitati a 28 giorni è la Centro (65,7%), seguita dalla Sud Est (47,4%) e dalla Nord Ovest (37,6%).

Figura 8.4 Anziani riabilitati entro 28 giorni dalla dimissione per frattura del femore, per Zona distretto di residenza – Valori ogni 100 dimessi vivi d'età 65+ - Toscana, triennio 2018-2020
- Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO, SPA, AD/RSA, PAS, SPR





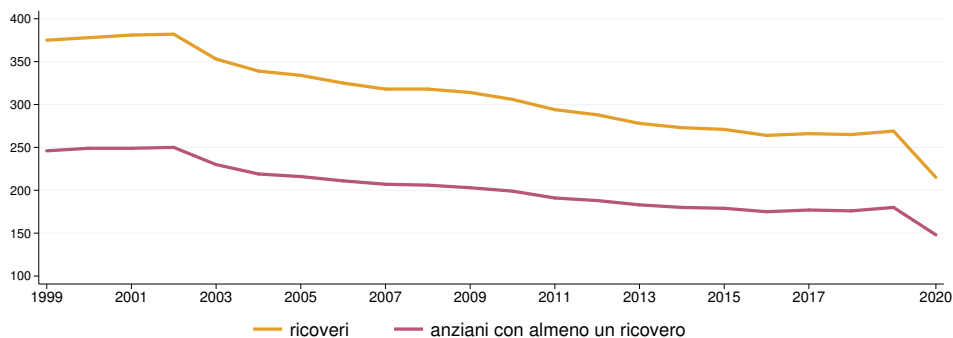
CAPITOLO 9

I RICOVERI OSPEDALIERI

9. I RICOVERI OSPEDALIERI

Come il resto delle prestazioni sanitarie, i ricoveri ospedalieri hanno subito un'importante riduzione nel corso del 2020, anche nella popolazione anziana, che solitamente rappresenta il 48% dei ricoverati in Toscana (53% in regime ordinario e 31% in regime di Day Hospital). Mediamente, nel quinquennio 2015-2019, i ricoveri tra i residenti toscani d'età 65+ erano circa 250mila, il 5% dei quali avveniva in altre regioni. Si tratta di 267 ricoveri ogni 1.000 anziani residenti, il doppio rispetto ai 137 ricoveri per 1.000 osservati nella popolazione generale. Nel 2020 i ricoveri sono scesi a 204mila, pari a 215 ogni 1.000 anziani residenti, una riduzione del 19% (in questa differenza rientrano anche i dati del flusso passivo dei ricoveri, toscani ricoverati fuori regione, ancora non disponibile per il 2020). Se consideriamo le persone con almeno un ricovero nell'anno, nel 2020 sono state 141mila (148 per 1.000 anziani residenti), con un calo di circa 25 mila persone rispetto alla media 2015-2019 (pari a 166mila ricoverati ogni anno). Il 2020 segna quindi una forte riduzione al termine di un trend comunque in discesa dai primi anni 2000 ad oggi (**Figura 9.1**), sia in termini di ricoveri totali che di anziani con almeno un ricovero nell'anno. Il trend storico è in linea con quello osservato nella popolazione generale.

Figura 9.1
Ricoveri e anziani con almeno un ricovero nell'anno – Valori ogni 1.000 anziani residenti (65+) - Toscana, periodo 1999-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO



La causa principale di ricovero tra gli anziani è costituita dal grande gruppo delle malattie del sistema circolatorio, che rappresentano quasi un ricovero ogni quattro (**Tabella 9.1**). Pur con una riduzione del 20,1% rispetto alla media dei ricoveri annuali del quinquennio 2015-2019, anche nel 2020 le malattie del sistema circolatorio si confermano la causa principale di ricovero con un peso relativo, sul totale dei ricoveri,

molto simile a quello atteso. Dopo le malattie del sistema circolatorio, in ordine di impatto sugli ospedali, vengono i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio. Il grande gruppo di diagnosi che diminuisce meno, rispetto agli altri, è quello delle malattie dell'apparato respiratorio, compensato in parte dalla novità, rispetto agli anni passati, dei ricoveri per Covid-19. Altri gruppi di diagnosi subiscono invece diminuzioni superiori al 30% (malattie del sistema osteomuscolare, del sistema nervoso, endocrine e del metabolismo, della pelle e del sottocutaneo). Verosimilmente il sistema ospedaliero si è orientato riprogrammando tutti i ricoveri e gli interventi procrastinabili, cercando di salvaguardare l'attività in urgenza non differibile. È possibile comunque, come detto anche nei capitoli precedenti, che il timore nella popolazione e il sovraccarico del sistema nei mesi di maggior impegno dovuto alla pandemia, abbia prodotto un fenomeno di sotto-diagnosi con un conseguente calo delle richieste di ricovero. Gli stessi programmi di screening oncologico hanno subito un rallentamento in alcuni periodi che sicuramente ha contribuito alla riduzione dei ricoveri per tumori negli ospedali.

Tabella 9.1

Ricoveri tra gli anziani, per grande gruppo di diagnosi ICD9 principale – Valori assoluti e ogni 100 ricoveri tra gli anziani, variazione percentuale del numero di ricoveri nel 2020 rispetto alla media 2015-2019 - Toscana, periodo 2015-2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO

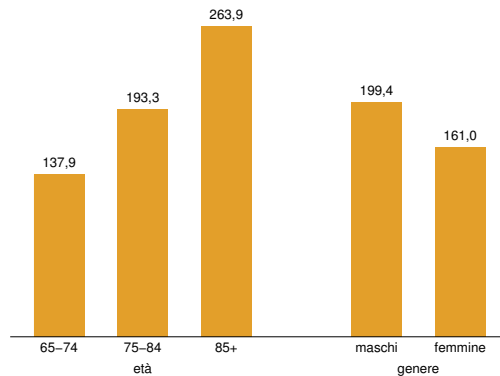
Grande gruppo diagnosi ICD9 principale	2015-2019		2020		2020 vs 2015-2019 (%)
	n	%	n	%	
Mal. del sistema circolatorio	57.813	23,1	46.200	22,6	-20,1
Tumori	31.249	12,5	27.669	13,6	-11,5
Mal. dell'apparato respiratorio	31.151	12,4	30.073	14,7	-3,5
Mal. dell'apparato digerente	24.792	9,9	18.250	8,9	-26,4
Traumatismi e avvelenamenti	24.429	9,8	22.349	10,9	-8,5
Mal. del sistema osteomuscolare e del connettivo	18.144	7,2	12.124	5,9	-33,2
Mal. dell'apparato genitourinario	15.939	6,4	12.727	6,2	-20,2
Ricoveri di natura speciale	14.170	5,7	10.546	5,2	-25,6
Mal. del sistema nervoso	10.801	4,3	7.454	3,7	-31,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5.697	2,3	4.377	2,1	-23,2
Mal. infettive e parassitarie	5.612	2,2	4.723	2,3	-15,8
Mal. endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4.764	1,9	3.223	1,6	-32,3
Disturbi psichici	2.048	0,8	1.624	0,8	-20,7
Mal. del sangue e degli organi emopoietici	1.917	0,8	1.541	0,8	-19,6
Mal. della pelle e del sottocutaneo	1.568	0,6	936	0,5	-40,3
Malformazioni congenite	426	0,2	364	0,2	-14,6
Totale	250.521	100,0	204.180	100,0	-18,5

Per descrivere la casistica ospedaliera nella popolazione anziana utilizzeremo quindi i dati del quinquennio 2015-2019, più rappresentativi della salute dei residenti e non influenzati dalla forte riduzione dell'attività ospedaliera avvenuta nel corso della pandemia.

Gli anziani con almeno un ricovero nell'anno rappresentano mediamente nel periodo 199,4 anziani ogni 1.000 uomini e 161 ogni 1.000 donne (**Figura 9.2**). Il trend è fortemente associato con l'età, con il tasso di incidenza che passa da 137,9 ricoverati tra i 65-74enni a 263,9 ricoverati tra gli 85+. Il tasso di ricovero, considerando quindi più ricoveri nell'anno per la stessa persona, è pari a 310 per 1.000 uomini e 240 per 1.000 donne. Passa invece dai 201 ricoveri per 1.000 65-74enni, ai 295 per 1.000 75-84enni, fino ai 392 per 1.000 over85enni. Anche il livello di deprivazione della propria zona di residenza incide sul rischio di ricovero: il tasso di ospedalizzazione tra chi vive nelle zone meno deprivate è pari a 253,2 ricovero ogni 1.000 anziani e sale a 274,4 ricoveri per 1.000 anziani che vivono in zone molto deprivate.

Figura 9.2

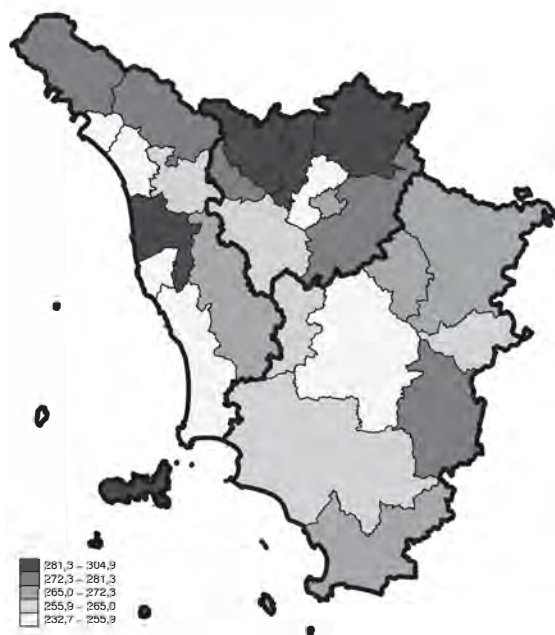
Anziani con almeno un ricovero nell'anno – Valori ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO



Tra le tre AUSL quella con i tassi di ricovero più alti nella popolazione anziana è la Centro, con 275,3 ricoveri ogni 1.000 anziani residenti. Subito dopo viene la AUSL Sud Est, con 265,4 ricoveri ogni 1.000 anziani e infine la Nord Ovest, con 257,9 ricoveri ogni 1.000 anziani. La mappa della Toscana per Zona distretto mette in evidenza le zone a maggior rischio di ricovero, costituite dalla dorsale settentrionale della regione (Pratese, Pistoiese, Mugello e Valle del Serchio), più alcune zone costiere (Pisana ed Elba). Il range regionale è abbastanza ampio, dai 232,7 ricoveri ogni 1.000 anziani della zona Versilia ai 304,9 per 1.000 della zona Pratese. Le variazioni da territorio a territorio possono dipendere non solamente dalle differenze nella popolazione residente

in termini di salute (maggiore presenza di malati cronici ad esempio), ma anche da differenze organizzative nell'assistenza ospedaliera e territoriale. L'efficienza della sanità territoriale nella presa in carico della popolazione cronica, ad esempio, può scongiurare il ricorso al ricovero ospedaliero, evitando che le condizioni di salute del paziente peggiorino e insorgano eventi acuti per i quali il ricovero diventa necessario. Allo stesso tempo, la continuità ospedale-territorio alla dimissione da un ricovero può contribuire ad evitare nuove ammissioni dello stesso paziente nel breve periodo, a causa di una rete territoriale che non riesce a farsi carico di alcuni bisogni assistenziali del dimesso nel periodo di convalescenza e ritorno alla propria vita nel pieno delle proprie funzionalità. Il risultato rappresentato nella mappa in **Figura 9.3** è quindi il bilanciamento tra salute e qualità dei servizi sanitari e sociosanitari di ogni Zona distretto della Toscana.

Figura 9.3
Ospedalizzazione tra gli anziani, per Zona distretto di residenza – Ricoveri ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO

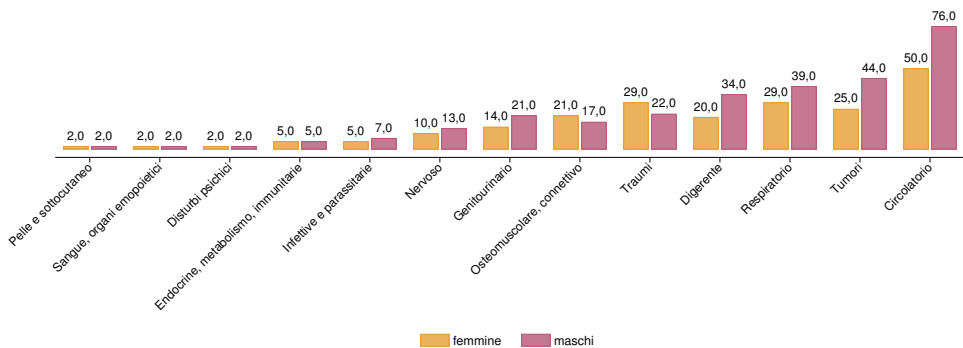


Abbiamo già visto in precedenza l'impatto dei singoli gruppi di patologia (diagnosi icd9) sul totale dei ricoveri. Vediamo adesso le differenze nell'incidenza di ogni singolo gruppo di patologia tra uomini e donne, per mettere in evidenza eventuali differenze di genere. La frequenza dei ricoveri per malattie del sistema circolatorio nella popolazione maschile, ad esempio, raggiunge valori superiori del 50% rispetto alle donne (76

ricoveri ogni 1.000 uomini rispetto ai 50 ogni 1.000 donne), così come i tumori, con 44 ricoveri ogni 1.000 uomini rispetto ai 25 ogni 1.000 donne (**Figura 9.4**). Il gap di genere per malattie circolatorie e neoplasie è noto e riguarda la popolazione generale, giù dall'età adulta. Le cause sono riconducibili alla diversa esposizione ai principali fattori di rischio per queste patologie: dieta scorretta, fumo, alcol, esposizioni lavorative. Un rischio maggiore tra gli uomini si rileva anche per le malattie del sistema respiratorio e dell'apparato digerente, le cui cause possono essere ricondotte, almeno in parte, agli stessi fattori di rischio citati in precedenza. Si rileva invece un rischio maggiore per le donne per i traumatismi, plausibilmente a causa delle maggiori età che raggiungono che le possono porre a maggior rischio di incidenti e per le malattie dell'apparato osteomuscolare.

Figura 9.4

Ricoveri tra gli anziani, per grande gruppo di diagnosi ICD9 principale e genere – Ricoveri ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO



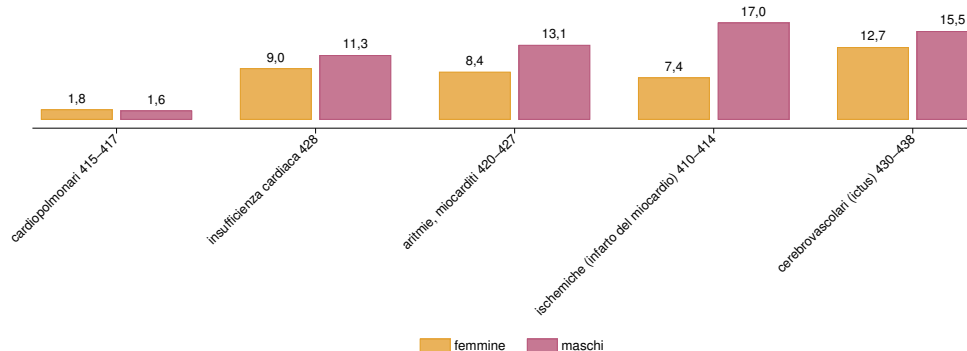
Mediamente il 15% dei ricoveri fatti dalla popolazione anziana avviene in regime di Day Hospital (dato leggermente inferiore alla media nella popolazione generale, pari al 19%). Il 4% dei ricoveri avviene in reparti di riabilitazione o lungodegenza, il doppio rispetto alla media nella popolazione generale (pari al 2%), perché molto spesso gli anziani, per le condizioni di salute mediamente più complesse, richiedono un periodo di degenza e recupero più lungo.

Prendendo in considerazione solamente i ricoveri in regime ordinario e reparti per acuti, proxy di problemi di salute acuti, approfondiamo le principali cause di ricovero per malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie del sistema respiratorio, che abbiamo visto costituire la metà di tutti i ricoveri effettuati nella popolazione anziana. Tra le patologie del sistema circolatorio, le prime cause in ordine di frequenza sono rappresentate dalle malattie cerebrovascolari (ictus emorragico e non) con 13,9 ricoveri

ogni 1.000 abitanti ogni anno (circa 13mila ricoveri), seguite dalle malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio, angina pectoris) con 11,5 ricoveri per 1.000 abitanti (poco meno di 11mila ricoveri), dalle aritmie e infiammazioni del cuore (miocarditi, pericarditi, ecc.) con 10,4 ricoveri per 1.000 (poco meno di 10mila ricoveri) e dall'insufficienza cardiaca (10 per 1.000), poco più di 9mila ricoveri. Tra i due generi vi sono differenze per quanto riguarda la frequenza dei ricoveri, come abbiamo visto maggiore tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le cause circolatorie, ma anche nell'ordine delle prime cause per frequenza. L'insufficienza cardiaca è infatti la seconda causa di ricovero tra le donne, tra quelle circolatorie, mentre l'infarto del miocardio è solo al quarto posto (**Figura 9.5**).

Figura 9.5

Ricoveri tra gli anziani per malattie del sistema circolatorio, per causa (ICD9 3 cifre) e genere – Ricoveri ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO



Tra le neoplasie, la più frequente è rappresentata dal tumore della vescica, con 4,4 ricoveri ogni 1.000 abitanti (circa 4mila ricoveri in un anno, seguita dal colon-retto con 2,9 ricoveri per 1.000 abitanti (poco meno di 3mila ricoveri), da altri tumori dell'apparato digerente e peritoneo (intestino, fegato, pancreas) con 2,5 ricoveri per 1.000 (2.400 ricoveri in un anno) e dal polmone (2,4 ricoveri per 1.000, circa 2.300 ricoveri nell'anno). Tra gli uomini il tumore della vescica provoca 8,3 ricoveri per 1.000 abitanti ogni anno, rispetto all'1,4 per 1.000 tra le donne (**Figura 9.6**). In generale si rileva anche per i tumori un'incidenza nettamente superiore tra gli uomini, rispetto alle donne, come già sottolineato in precedenza.

Infine, tra le malattie respiratorie, la causa più frequente di ricovero sono le malattie polmonari non riconducibili a polmoniti o bronchiti, nella maggioranza dei casi insufficienze respiratorie croniche. Questi ricoveri sono circa 20,1 ogni 1.000 abitanti all'anno, poco meno di 19mila. Le polmoniti causano 7,9 ricoveri ogni 1.000 abitanti,

7.500 ricoveri, mentre le malattie cronic ostruttive (asma o bronchiti croniche e acute) 1,2 ricoveri per 1.000 abitanti (poco più di 1.000 ricoveri l'anno). Tra i due generi non vi sono differenze in termini di graduatoria delle principali cause di ricovero, ma anche in questo caso si osservano tassi di incidenza maschili superiori a quelli femminili (**Figura 9.7**).

Figura 9.6

Ricoveri tra gli anziani per tumori maligni, per causa (ICD9 3 cifre) e genere – Ricoveri ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO

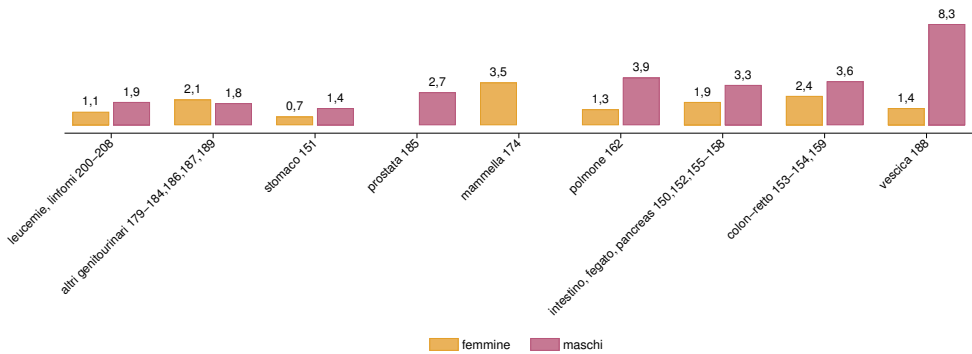
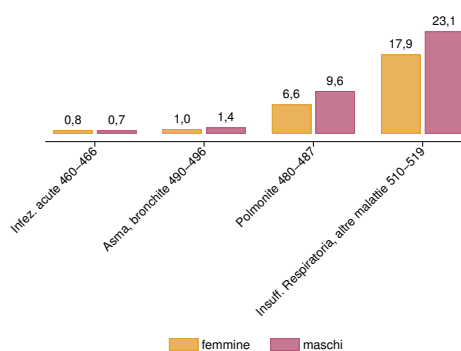


Figura 9.7

Ricoveri tra gli anziani per malattie dell'apparato respiratorio, per causa (ICD9 3 cifre) e genere – Ricoveri ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO

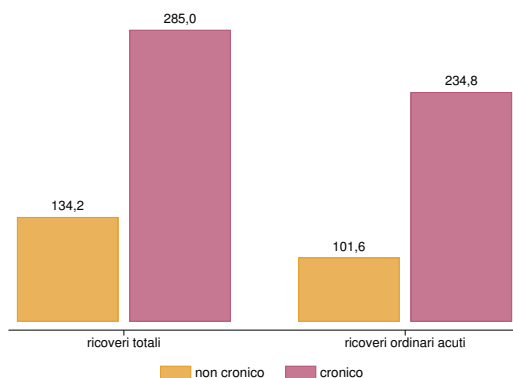


Tra i malati cronici (individuati da MaCro come anziani con almeno una patologia cronica tra quelle censite) il rischio di ricovero nell'anno è più che doppio rispetto agli anziani liberi da malattie croniche (**Figura 9.8**). In generale un anziano con almeno

una patologia cronica ha un tasso di ospedalizzazione nell'anno pari a 285 ricoveri ogni 1.000 abitanti, rispetto ai 134 per 1.000 tra i non cronici. Se si considerano esclusivamente i ricoveri in regime ordinario e reparto per acuti diminuiscono ovviamente i livelli dei tassi, ma il confronto tra cronici e non cronici resta stabile.

Figura 9.8

Ricoveri tra gli anziani, per tipologia e cronicità – Ricoveri ogni 1.000 abitanti d'età 65+ - Toscana, periodo 2015-2019 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso SDO



Le differenze di genere tra gli anziani toscani, per quanto riguarda le principali patologie che portano al ricovero, sono quindi coerenti con il quadro noto in letteratura. Vedremo nel capitolo dedicato alla mortalità come il confronto si mantenga simile anche nel momento in cui prendiamo in considerazione le cause che portano al decesso.



CAPITOLO 10

LA NON AUTOSUFFICIENZA

10. LA NON AUTOSUFFICIENZA

La perdita di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, che identifica un anziano come disabile o, secondo una dizione meno corretta ma di uso corrente, non autosufficiente, è una condizione che può stravolgere la vita della persona, dei familiari e della rete sociale di riferimento, e di elevato impatto sui servizi sanitari e sociosanitari in termini di risorse necessarie all'assistenza continua. Gli anziani sono ovviamente la fascia di popolazione maggiormente colpita dalla non autosufficienza, per l'insorgenza di patologie invalidanti e l'atteso decadimento fisico e neurologico una volta raggiunta un'età molto avanzata.

A livello internazionale esiste una scala, adottata anche in PASSI d'Argento, per valutare l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentarsi, controllo sfinterico, spostamenti, uso dei servizi igienici, vestirsi, fare il bagno), la scala delle ADL - Activity of Daily Living (Katz, 1963). Si considera la persona come disabile o non autosufficiente alla perdita dell'autonomia in almeno una di queste attività. La condizione di non autosufficienza è spesso preceduta dalla fragilità, che esprime la riduzione della riserva omeostatica, in un equilibrio precario che un evento improvviso, acuto e non previsto, può facilmente rompere, facendo così scivolare la persona nella non autosufficienza. Questo concetto fa capo a due paradigmi: quello biomedico (Fried LP, 2004), che considera la fragilità come una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione di riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli eventi stressanti a causa di un declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse, e quello bio-psico-sociale (Gobbens RJ, 2010), che la identifica come uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute. Della fragilità sono state date definizioni operative diverse: PASSI d'Argento utilizza la scala delle IADL - Instrumental Activity of Daily Living (Lawton MP, 1969), che indaga la capacità di svolgere funzioni complesse (preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono), per classificare come fragile l'anziano pienamente autosufficiente in tutte le ADL, ma che ha perso la propria autonomia nello svolgimento di almeno due IADL. Entrambe le scale, ADL e IADL, sono validate per la somministrazione in un questionario strutturato.

Il Servizio sanitario regionale si rivolge a queste persone con due tipologie principali di assistenza: domiciliare o residenziale. Nel primo caso la persona non autosufficiente usufruisce di una serie di prestazioni di natura sanitaria, sociosanitaria o sociale, al proprio domicilio, con un operatore che si reca presso l'abitazione. Nel secondo caso la persona è ospite stabile delle strutture loro dedicate, le Residenze Sanitarie Assistenziali

(RSA), all'interno delle quali vive e viene assistita con le prestazioni di cui ha bisogno. Vi sono poi forme intermedie di assistenza, i Centri Diurni, in forma semiresidenziale, frequentati cioè durante il giorno dalla persona che poi rientra presso la propria abitazione per la notte. A queste tipologie di assistenza diretta può poi affiancarsi una forma indiretta, sotto forma di assegni mensili di sostegno per provvedere autonomamente alle prestazioni e agli ausili necessari. Per accedere a queste prestazioni la persona deve essere giudicata eleggibile al termine di una valutazione svolta dalle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) delle Zone distretto, team di professionisti multidisciplinare (medico, infermieristico, sociale) che, adottando scale validate, assegna un punteggio alla persona in base al quale può essere erogata una tipologia di prestazioni appropriata. I dati provenienti dal flusso amministrativo dedicato all'assistenza domiciliare e residenziale possono servire, oltre che a valutare l'impatto della non autosufficienza sui servizi, a stimare anche la prevalenza di non autosufficienti nella popolazione anziana toscana.

10.1 GLI ANZIANI IN SITUAZIONE DI BISOGNO

Secondo le stime per il periodo 2016-2019 in Toscana gli anziani non autosufficienti rappresentano il 13,2% della popolazione ultra64enne (11,9%-14,6%), dato inferiore alla media nazionale, pari al 15,3% (14,8%-15,9%). Si tratta, secondo queste stime, di una sottopopolazione di 110-140mila persone. Va detto che PASSI d'Argento si rivolge esclusivamente alle persone che non risiedono in RSA, a questi numeri andrebbero quindi aggiunti i circa 14mila ospiti delle strutture toscane.

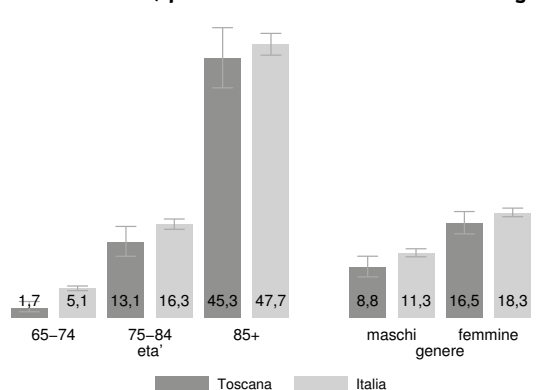
Un ulteriore 13,8% (12,4%-15,4%) sono gli anziani fragili, pienamente autosufficienti quindi nelle attività di base della vita quotidiana, ma con almeno due attività strumentali per le quali necessitano dell'aiuto di un'altra persona. Si tratta di 115-145mila persone. La media italiana è pari al 18,3% (17,7%-18,8%). La nostra regione quindi ha valori inferiori all'Italia sia per quanto riguarda la prevalenza di non autosufficienti sia di fragili.

Prima dei 75 anni d'età meno del 2% dei toscani perde la propria autosufficienza. La prevalenza sale al 13,1% tra i 65-74enni per raggiungere quasi la metà (45,3%) tra gli anziani over 85 (**Figura 10.1**). Tra i due generi le più compromesse sono mediamente le donne, tra le quali la prevalenza di non autosufficienza raggiunge il 16,5% (18,3% in Italia), a fronte dell'8,8% degli uomini.

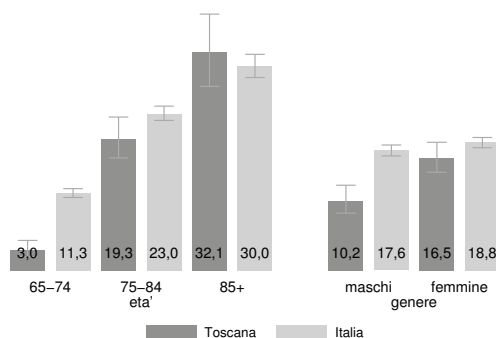
L'andamento della prevalenza di fragili per età e genere è simile a quello appena descritto per la non autosufficienza. Questo non stupisce, considerato che una persona non autosufficiente, nella maggioranza dei casi è transitata prima da una condizione di fragilità. La prevalenza dei fragili passa dal 3% tra i 65-74enni al 32,1% tra gli 85+ (**Figura 10.2**). Tra le donne le fragili rappresentano il 16,5%, rispetto al 10,2% tra gli uomini.

Figura 10.1

Anziani non autosufficienti, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento

**Figura 10.2**

Anziani fragili, per età e genere - Valori ogni 100 anziani intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



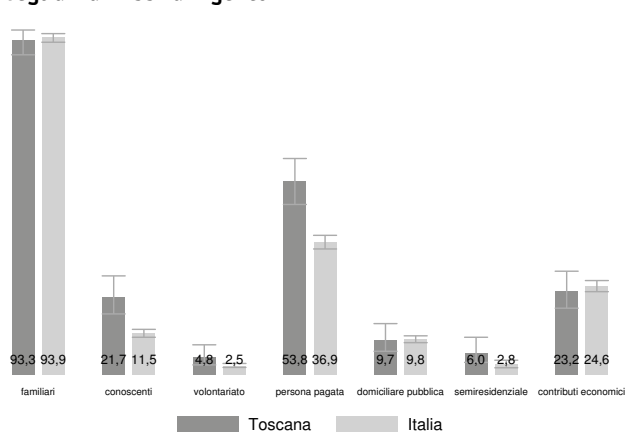
Attingendo alle altre informazioni raccolte da PASSI d'Argento, discusse nei capitoli precedenti, possiamo caratterizzare gli anziani fragili e non autosufficienti toscani.

La progressiva perdita della propria autonomia, ad esempio, porta gli anziani a soffrire maggiormente di episodi di depressione, plausibilmente legati alla diminuzione della propria qualità della vita. I sintomi depressivi riguardano il 19% (13,3%-26,6%) dei fragili, rispetto al 5,5% (4,2%-7,0%) dei non fragili, e il 40,9% (26,4%-57,3%) dei non autosufficienti, rispetto al 5,9% (4,7%-7,5%) degli autosufficienti in Toscana.

I malati cronici rappresentano l'81,6% (76,2%-85,9%) dei fragili e l'86,3% (81,3%-90,1%) dei non autosufficienti, rispetto al 54,3% (51,8%-56,8%) dei non fragili e al 53,9% (51,4%-56,3%) degli autosufficienti.

Praticamente tutti gli anziani non autosufficienti e fragili ricevono aiuto per le attività per le quali hanno perso la propria autonomia. Principalmente questo aiuto è dato dai propri familiari, che sono a disposizione del 96% dei fragili e del 94% dei non autosufficienti. Personale a pagamento, ad esempio badanti, fornisce aiuto al 32,5% (27,2%-38,3%) dei fragili e al 53,8% (47,4%-60,2%) dei non autosufficienti. Questi valori sono superiori alla media nazionale, infatti, tra gli anziani italiani il 20,6% (19,4%-21,8%) dei fragili e il 36,9% (35,0%-38,8%) ha a disposizione un/una badante. Più simili i livelli di copertura da parte dei servizi domiciliari pubblici, così come è in linea con la media nazionale la percentuale di anziani fragili o non autosufficienti che ricevono contributi economici (**Figura 10.3**).

Figura 10.3
Anziani non autosufficienti che ricevono aiuto, per tipologia - Valori ogni 100 anziani non autosufficienti intervistati e intervallo di confidenza al 95% - Toscana e Italia, periodo 2016-2019 - Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento



La quasi totalità degli anziani che hanno risposto alla domanda giudica almeno sufficiente l'aiuto che riceve da una qualsiasi delle tipologie considerate. Per un quadro più dettagliato dell'assistenza alla persona non autosufficiente proseguiremo nel prossimo paragrafo con l'analisi dei dati regionali.

10.2 L'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

Come detto in precedenza, l'assistenza regionale alla persona non autosufficiente è organizzata per accogliere le domande di segnalazione del bisogno (persone o familiari che segnalano la condizione di bisogno di assistenza propria o di un proprio familiare) presso i Punti insieme, sportelli dedicati a questo percorso attivi

in ogni Zona distretto della Toscana. Ricevuta la segnalazione del bisogno il percorso prosegue con la valutazione multidimensionale delle condizioni di salute e sociali della persona, al termine della quale si individua l'eventuale condizione di bisogno sociosanitario complesso (che caratterizza i non autosufficienti) e il tipo e numero di prestazioni di cui la persona ha bisogno per vedere colmata la propria mancanza di autonomia. Dopo la valutazione può partire l'erogazione dell'assistenza, che come detto può prevedere l'inserimento in una struttura residenziale, semiresidenziale, o l'attivazione di un'assistenza domiciliare diretta o indiretta (contributo economico). La presa in carico prevede in seguito delle rivalutazioni periodiche per apporre accorgimenti e modifiche al piano assistenziale personalizzato (PAP), necessari in caso di peggioramenti o cambiamenti delle condizioni di bisogno della persona presa in carico.

Prima di approfondire l'assistenza agli anziani in situazione di bisogno socio-sanitario complesso (non autosufficienti), riportiamo i dati complessivi dell'assistenza territoriale. Complessivamente nel 2020 sono state prese in carico 126.466 anziani (13,3 ogni 100 anziani residenti). Dei 126.466 anziani presi in carico, però, solamente il 3,3% era stato valutato da parte della UVM con relativa stesura di un PAP, per un totale di 18.656 PAP redatti. Le restanti prese in carico hanno portato ad una risposta assistenziale di tipo sociale o sanitario semplice. Nel corso dell'anno una persona può aver ricevuto più di un PAP, a seconda dei cambiamenti emersi nel proprio profilo valutativo (**Tabella 10.1**). La tipologia "residenzialità assistenziale intermedia – cure intermedie in RSA" individua i 2.879 ospiti di RSA positivi al SARS-Cov2 che sono stati trasferiti temporaneamente nelle RSA Covid (tipologia di assistenza introdotta ad hoc nel 2020 per fronteggiare il contagio nelle strutture residenziali). Si tratta di anziani che si trovavano già in carico ai servizi residenziali, pertanto non contattati ulteriormente tra le persone prese in carico, che nel 2020 sono state 108.553 (+3.011 rispetto al 2019) per un totale di circa 3.300 PAP redatti in più rispetto al 2019 (+21,6%). Nel confronto tra i due anni si nota un aumento delle persone in assistenza domiciliare e una diminuzione di quelle assistite in strutture residenziali o semiresidenziali. Plausibilmente si tratta dell'effetto delle restrizioni introdotte nell'ambito del contenimento della pandemia da Covid19 nelle strutture, che purtroppo si sono rivelate essere tra i luoghi a maggior rischio di contagio, per la convivenza tra personale sanitario/sociosanitario e ospiti, oltre che per le condizioni di salute pregresse di questi ultimi.

ARS Toscana ha attivato da alcuni anni un monitoraggio continuo dell'assistenza domiciliare e residenziale alla persona non autosufficiente, nella sezione Long Term Care del proprio portale di indicatori. Possiamo perciò attingere ad alcuni indicatori del set di monitoraggio per fotografare lo stato dei servizi regionali.

Tabella 10.1

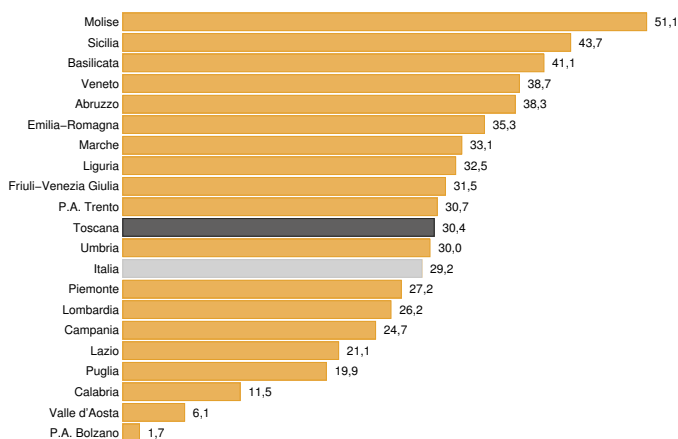
Anziani in carico ai servizi territoriali per tipologia – Nuovi PAP nell’anno, anziani in carico e per 100 abitanti d’età 65+ anni – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia	2019			2020		
	nuovi PAP attivati	persone in carico 65+ anni		nuovi PAP attivati	persone in carico 65+ anni	
		n	per 1.000 ab. 65+		n	per 1.000 ab. 65+
Interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico	5.311	78.632	83,4	5.592	82.272	86,6
Interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l’acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale	1.690	6.806	7,2	1.674	7.380	7,8
Inserimenti in strutture semiresidenziali	424	2.123	2,3	403	1.673	1,8
Residenzialità assistenziale intermedia (Cure intermedie in RSA)				2.879	2.879	3,0
Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	1.837	3.406	3,6	1.817	3.468	3,6
Inserimenti permanenti in residenza	1.393	14.575	15,5	1.502	13.760	14,5
Interventi misti in forma diretta e residenziale	4.685			4.789		
Totale	15.340	105.542	111,9	18.656	108.553	114,2

Gli anziani assistiti in uno qualsiasi dei percorsi di presa in carico previsti nel 2020 sono 33.500, pari a 35,2 ogni 1.000 anziani residenti. Tra questi 33mila utenti sono compresi nuovi PAP di anziani presi in carico per la prima volta nel 2020 e anziani in carico già da alcuni anni. Si tratta quindi di una misura di prevalenza, utile a quantificare la copertura dell’assistenza nella popolazione anziana. Si rileva una discreta variabilità territoriale, con il dato che varia dal 23,8 per 1.000 tra gli anziani residenti nei territori della AUSL Nord Ovest, al 35,8 per 1.000 della Sud Est, fino al 44,3 per 1.000 della AUSL Centro. Gli ultimi dati utili ad un confronto tra il dato toscano e quello italiano risalgono all’ultimo Rapporto Osservasalute, aggiornati al 2019 (quindi in tempo pre-Covid-19) e divisi per tipologia domiciliare e residenziale. Circa 1 anziano su 30 in Toscana nel 2019 ha avuto almeno un’erogazione di assistenza domiciliare (30,4 ogni 1.000 anziani), valore superiore alla media italiana (**Figura 10.4**), pari al 29,2 per 1.000 anziani.

Figura 10.4

Assistenza domiciliare integrata – Anziani (età65+) in ADI ogni 1.000 abitanti d'età 65+ – Regioni e Italia, anno 2019 – Fonte: Rapporto OsservaSalute 2020



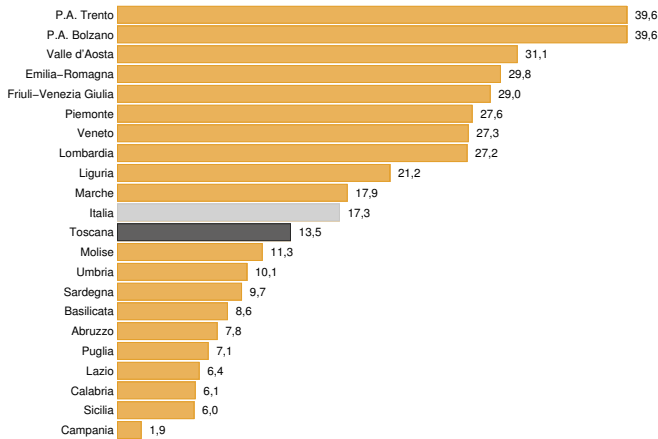
Riveste discreta importanza anche il valore del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), ovvero il rapporto tra le Giornate di Effettiva Assistenza (GEA) e le Giornate di Cura (GDC), espressione della durata di presa in carico; tale indicatore valuta la frequenza con cui l'assistito ha ricevuto interventi a domicilio, ma non valuta l'intensità degli stessi: viene valutata, pertanto, la quantità degli accessi ma non l'intensità e la complessità degli stessi. Il valore del CIA è influenzato, inoltre, dalle risorse disponibili, ovvero dal numero di accessi possibili realizzabili dal personale sanitario in una determinata popolazione in un arco di tempo: assistere tanti pazienti a domicilio con CIA basso o assistere pochi pazienti con CIA alto. Il CIA > 0,13 (equivalente a 4 accessi ogni 30 giorni) individua i livelli di Cure Domiciliari Integrate (ADI) ed è uno dei 9 indicatori core del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per la valutazione dell'assistenza distrettuale. Gli ultimi dati disponibili per la Toscana rilevano che circa un terzo degli anziani assistiti in domiciliare diretta a seguito di valutazione multidimensionale con esito di bisogno socio-sanitario complesso ha un CIA > 0,13.

L'ultimo dato disponibile, a livello nazionale, per gli anziani ospiti di RSA risale invece al 2018, quando in Toscana era di poco inferiore alla media italiana: 13,5 ospiti in RSA ogni 1.000 anziani a fronte di una media italiana di 17,3 per 1.000 (**Figura 10.5**).

Gli anziani presi in carico entro 30 giorni dalla segnalazione del bisogno sono stati il 77,1% nel 2020, dato in leggera crescita dal 75% del 2018. La AUSL che ha una performance peggiore è la Centro, che comunque raggiunge il 68,8% dei presi in carico entro 30 giorni, a fronte dell'82,8% della Nord Ovest e dell'86,3% della Sud Est.

Figura 10.5

Assistenza in RSA – Anziani (età65+) in RSA ogni 1.000 abitanti d'età 65+ – Regioni e Italia, anno 2018 – Fonte: Rapporto OsservaSalute 2020



Come misure di esito ed efficacia nel programma di osservazione vengono valutati alcuni eventi proxy di una mancanza dell'assistenza nel prevenire eventi acuti: accessi al Pronto soccorso o ricoveri per frattura del femore. In generale, va detto che questi indicatori risentono, come affrontato nei capitoli precedenti, della generale diminuzione dei volumi di accesso ai presidi ospedalieri durante la pandemia, pertanto riportiamo il trend dell'ultimo triennio, sia per apprezzare la diminuzione che per avere stime più solide riferite al periodo pre-Covid19.

Nel 2019 il tasso di accesso al Pronto soccorso tra gli anziani ospiti di RSA era pari al 66,2%, con un range per AUSL che variava dal 59% della AUSL Centro al 73,9% della Sud Est. Nel 2020 l'indicatore scende al 44,1%, una riduzione di quasi un terzo, compatibile con la generale diminuzione dell'attività di emergenza urgenza (**Figura 10.6**). Se ci soffermiamo sulla situazione pre-Covid19 notiamo quindi che due terzi degli ospiti di RSA, mediamente, accedono al Pronto soccorso durante l'anno e questo può essere una spia di una mancata protezione da parte dell'assistenza residenziale nei confronti di alcune tipologie di evento acuto.

La frattura del femore, ampiamente discussa nel capitolo dedicato alle cadute nell'anziano, può essere considerata, appunto, un proxy di caduta, riconducibile ad una mancata protezione dell'assistenza nei confronti di un evento accidentale sul quale sono molti e vari gli interventi di prevenzione attivati dai programmi regionali (ausili, installazione di maniglioni e simili, eliminazione dei fattori di rischio ambientale, ecc.). A dimostrazione della stabilità dell'indicatore, il trend storico non subisce una diminuzione nel 2020 a causa della pandemia, trattandosi di eventi che, qualora si

verificassero, non possono essere procrastinati e accedono direttamente al percorso ospedaliero (**Figura 10.7**). Le fratture del femore tra gli anziani assistiti in regime residenziale sono l'1,3%, a fronte del 2,1% tra gli assistiti al proprio domicilio. La struttura residenziale, quindi, riesce a proteggere maggiormente rispetto al contesto domiciliare, e questo è atteso, considerato che l'ambiente delle RSA è un contesto più sensibile e attento a tutte le precauzioni possibili per evitare una caduta nell'anziano. È, inoltre, del tutto comune che la compromissione motoria di un ospite di RSA sia più compromessa di quella di un anziano, pur non autosufficiente, ma ancora residente al proprio domicilio, che potrebbe avere più possibilità di movimento e quindi di cadere.

Figura 10.6
Accessi al Pronto soccorso tra gli anziani non autosufficienti in carico in assistenza residenziale – Valori per 100 abitanti d'età 65+ in carico ai servizi residenziali – Toscana, periodo 2018-2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso AD/RSA e PS

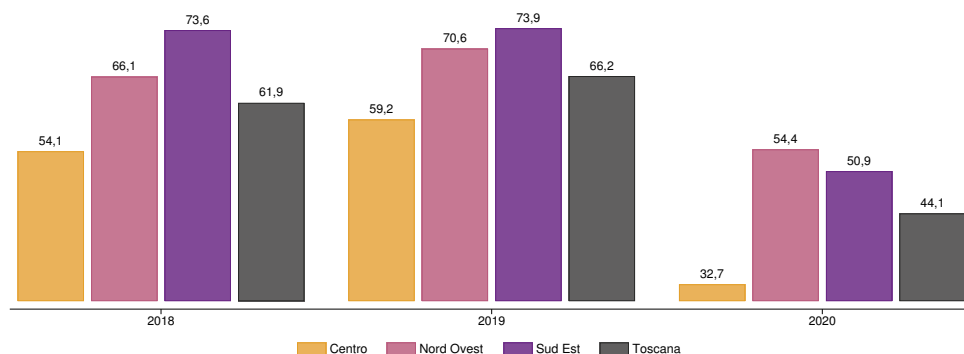
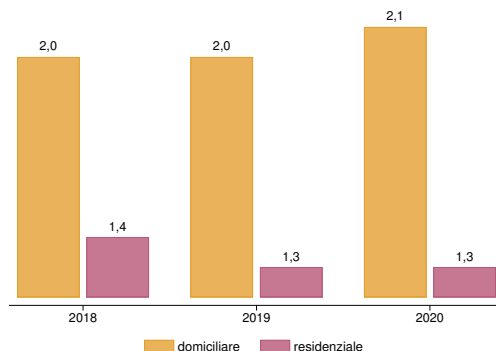


Figura 10.7
Ricoveri per frattura del femore tra gli anziani non autosufficienti in carico in assistenza domiciliare o residenziale – Valori per 100 abitanti d'età 65+ in carico ai servizi domiciliari o residenziali – Toscana, periodo 2018-2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso AD/RSA e SDO





CAPITOLO 11

LA MORTALITÀ

11. LA MORTALITÀ

I dati di mortalità disponibili provengono da tre fonti che hanno caratteristiche diverse. La prima fonte è il Registro di mortalità regionale, che contiene il dettaglio della causa principale che ha portato al decesso e il riferimento al comune di residenza, utile alla stratificazione dei decessi per Zona distretto o altro territorio amministrativo interno alla regione. La seconda fonte, anche questa completa del dettaglio della causa principale di decesso, è costituita dai dati di mortalità scaricabili da ISTAT, aggiornati al 2018, che consentono un confronto tra regioni italiane. La terza fonte è costituita invece dall'anagrafe degli assistiti residenti in Toscana, la quale contiene l'informazione sullo stato in vita, senza il dettaglio, però, sulla causa che ha portato all'eventuale decesso. Quest'ultima fonte, però, è disponibile e aggiornata fino a tutto il 2020 e ci consente di valutare l'andamento della mortalità anche alla luce degli eventi legati alla pandemia da Covid-19. Utilizzeremo quindi in maniera combinata queste diverse fonti per descrivere i decessi che avvengono nella popolazione anziana.

Quando analizziamo la mortalità nella popolazione anziana dobbiamo tenere presente che parliamo del 91% dei decessi totali che avvengono nella popolazione, il 94% di quelli femminili e l'88% di quelli maschili. La differenza nelle percentuali per genere dipende ovviamente dal fatto che, mediamente, gli uomini vivono meno delle donne e sono quindi più frequenti decessi nella popolazione adulta.

Rispetto all'Italia, la Toscana ha storicamente una mortalità più bassa, una volta standardizzata per età. Il dato grezzo, infatti, è superiore alla media nazionale a causa delle differenze nella struttura per età della popolazione toscana e italiana, che vedono nella nostra regione una presenza maggiore di anziani e grandi anziani. La mortalità grezza nella popolazione anziana nel 2018, ad esempio, è stata pari a 41,6 decessi ogni 1.000 abitanti 65+ in Toscana, a fronte di una media italiana pari a 41 per 1.000. La graduatoria della mortalità grezza è guidata dalla Liguria, regione che, come la Toscana, ha tra le più alte percentuali in Italia di over 75 e over 85 nella popolazione. Una volta standardizzato per età, utilizzando la struttura per età della popolazione italiana come standard, la nostra regione si posiziona tra quelle con la mortalità più bassa in Italia, con 39,4 decessi ogni 1.000 abitanti 65+ (**Figura 11.1**). La graduatoria delle regioni è guidata da Campania e Sicilia, con valori superiori ai 45 anziani deceduti ogni 1.000.

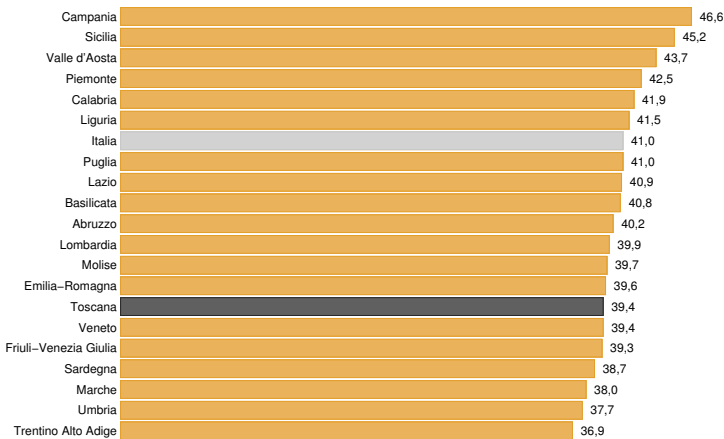
La nostra regione mantiene buoni posizionamenti anche nelle graduatorie distinte per uomini e donne. Tra gli uomini è la 16° regione, rispetto a quelle dove i decessi sono maggiori, con 48,9 anziani deceduti ogni 1.000 abitanti 65+ (media italiana pari a 50,9 per 1.000) e tra le donne la 12°, con 33,4 decessi per 1.000 (media italiana pari

a 34,7 per 1.000). In termini assoluti, nel 2018, sono decedute poco meno di 21.500 donne toscane e 17.800 uomini.

Gli over 85 rappresentano più della metà dei decessi totali nella popolazione anziana (51%), un ulteriore 28% è rappresentato dai 75-84enni, mentre il restante 12% dai 65-74enni. Considerando la popolazione residente per ogni classe d'età, il tasso di mortalità aumenta, come atteso, in funzione di quest'ultima, impennandosi dopo gli 85 anni: 11,5 per 1.000 65-74enni, 35,1 per 1.000 75-84enni e 140,6 per 1.000 85+ nel 2018.

Figura 11.1

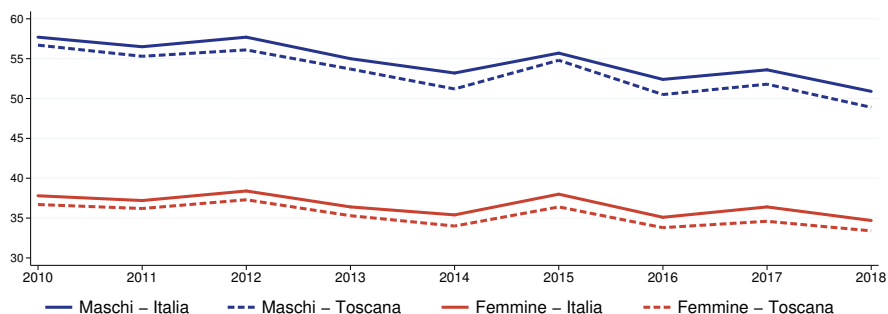
Anziani deceduti – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Regioni e Italia, anno 2018 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



Il trend recente della mortalità, dal 2010 al 2018, vede la Toscana costantemente al di sotto della media nazionale, in entrambi i generi (**Figura 11.2**). Si nota inoltre una generale diminuzione dei livelli di mortalità negli ultimi anni. Dal 2010 al 2018 il tasso di mortalità standardizzato per età tra gli anziani maschi in Toscana passa dal 56,7 al 48,9 per 1.000 (dal 57,7 al 50,9 in Italia) e tra le femmina dal 36,7 al 33,4 per 1.000 (dal 37,8 al 34,7 in Italia). L'andamento decrescente è coerente con la generale diminuzione della mortalità nella popolazione generale (0+), anche in considerazione del fatto che, come detto, oltre 9 decessi su 10 sono riconducibili ad anziani, quindi i cambiamenti nel trend della mortalità in questa fascia d'età si riflettono sulla mortalità generale. Un grosso contributo al miglioramento dei livelli di sopravvivenza negli ultimi decenni è stato dato dai progressi fatti nella prevenzione e cure dei due grandi gruppi di patologia che da soli costituiscono i due terzi dei decessi: malattie del sistema circolatorio e tumori. La cura degli eventi acuti cardiovascolari, grazie all'implementazione delle reti tempo-dipendenti (ictus e infarto) e all'utilizzo di nuovi

dispositivi in chirurgia, l'implementazione e i buoni livelli di adesione ai programmi di screening oncologici, oltre ai progressi nelle cure di alcune tipologie di tumore (favoriti dalla diagnosi più precoce), sono i principali interventi che hanno contribuito alla progressiva riduzione dei decessi.

Figura 11.2
Anziani deceduti, per genere – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana e Italia, periodo 2010-2018 – Fonte: elaborazioni ARS su dati ISTAT



Per approfondire l'analisi all'interno della Toscana dobbiamo attingere ai dati del Registro regionale di mortalità, relativi al triennio 2015-2017. Utilizziamo solitamente un'aggregazione triennale per rendere l'indicatore più stabile in territori e popolazioni più piccole. Tra le tre AUSL quella dove si rileva la mortalità più alta è la Nord Ovest, seguita da Sud Est e Centro. Il tasso di mortalità, standardizzato per età, per il triennio 2015-2017 è pari a 43,1 per 1.000 anziani residenti nella AUSL Nord Ovest, 41,1 per 1.000 nella Sud Est e 39,7 per 1.000 nella Centro.

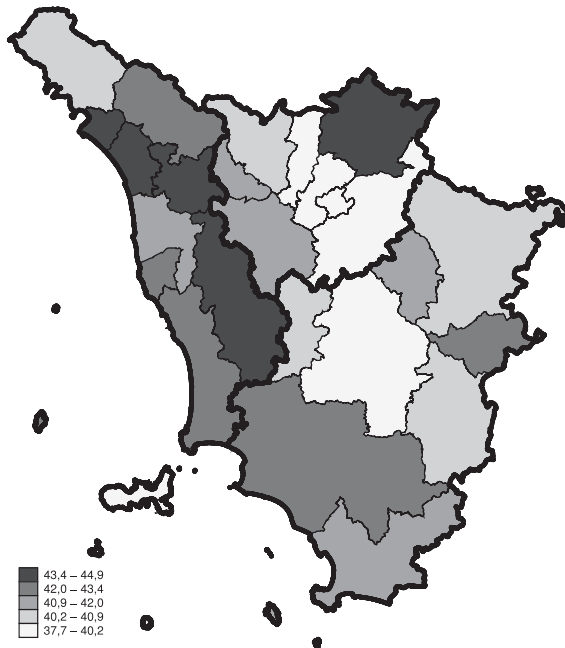
Osservando la mappa regionale per Zona distretto si nota come la fascia più a rischio sia rappresentata dalle zone costiere, in particolare nei territori delle AUSL Nord Ovest (**Figura 11.3**). Il tasso di mortalità (standardizzato per età) più alto si rileva nella Zona Apuane (44,9 per 1.000), seguita dalla Versilia (44,6 per 1.000) e dall'Alta Val di Cecina – Val d'Era (44,2 per 1.000). I valori più bassi si rilevano invece nella Zona distretto Fiorentina (37,7 per 1.000) e Fiorentina Nord Ovest (39 per 1.000).

I livelli di mortalità più alti tra i residenti della fascia costiera toscana sono noti. Le province costiere, ad esempio, sono tra quelle colpite maggiormente dalla mortalità evitabile, definizione con la quale si individuano tutte quelle morti che avvengono prima dei 75 anni e che, secondo una classificazione amministrativa, potrebbero essere evitate con interventi di prevenzione, igiene e cura efficaci (vi rientrano tutte quelle cause di morte causate, almeno in parte, da fattori di rischio modificabili a livello individuale o di organizzazione). L'ultimo rapporto MeVi sulla mortalità evitabile in Italia, riporta per la provincia di Firenze il dato più basso (14,6 giorni di vita persi

per cause evitabili rispetto alla speranza di vita media) e maggiori criticità invece per le province costiere: Lucca 17,2, Grosseto e Massa-Carrara 16,9, Livorno 16,8 giorni di vita persi.

Figura 11.3

Anziani deceduti, per Zona distretto di residenza – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, triennio 2015-2017 – Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR

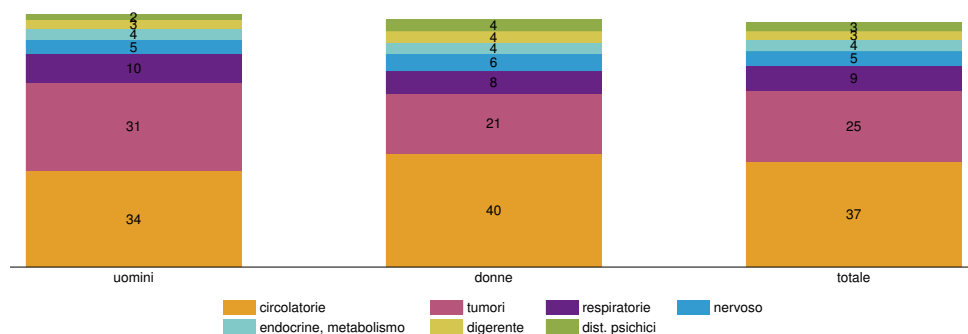


La speranza di vita alla nascita (calcolabile con i dati a nostra disposizione fino all'anno 2017), che deriva proprio dai livelli di mortalità medi nella popolazione, certifica un'aspettativa di vita maggiore per i residenti della AUSL Centro (83,9 anni), rispetto a Sud Est (83,5) e Nord Ovest (83 anni). Lo stesso vale, se ci concentriamo sugli anziani, per la speranza di vita al compimento del 65° anno d'età, già richiamata nel capitolo demografico, che raggiunge i 21,5 anni tra i residenti della AUSL Centro, i 21,2 nella Sud Est e i 20,8 anni nella Nord Ovest.

Le principali cause di morte nella popolazione restano ancora le malattie del sistema circolatorio tumori (37% dei decessi tra gli anziani nel 2018 in Italia) e tumori (26%), che costituiscono da sole quasi i due terzi dei decessi totali. Seguono le malattie dell'apparato respiratorio (9%), le malattie del sistema nervoso (5%), le malattie endocrine e del metabolismo (5%), i disturbi psichici (4%) e le malattie dell'apparato

digerente (4%). Per confrontare i dati toscani con quelli italiani dobbiamo tornare ad attingere ai dati del Registro di mortalità regionale (ISTAT infatti al momento non mette a disposizione il dettaglio della causa di morte per fascia d'età e regione). Possiamo definire la distribuzione dei decessi avvenuti nel triennio 2015-2017 tra gli anziani toscani per causa principale che ha portato al decesso, considerando i grandi gruppi di patologia. L'impatto delle principali patologie considerate è sovrapponibile a quello osservato in Italia (**Figura 11.4**). Le malattie del sistema circolatorio causano il 37% dei decessi nella popolazione anziana toscana, seguite dai tumori (25%) e dalle malattie dell'apparato respiratorio (9%). Tra i due generi si nota una differenza sostanziale per quanto riguarda le prime due patologie responsabili dei decessi: i tumori hanno un peso relativo maggiore tra gli uomini, rispetto alle donne, a discapito delle malattie del sistema circolatorio, che invece tra le donne raggiungono il 40% del totale.

Figura 11.4
Anziani deceduti, per genere e causa – Distribuzione percentuale dei decessi degli abitanti d'età 65+ – Toscana, triennio 2015-2017 – Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR

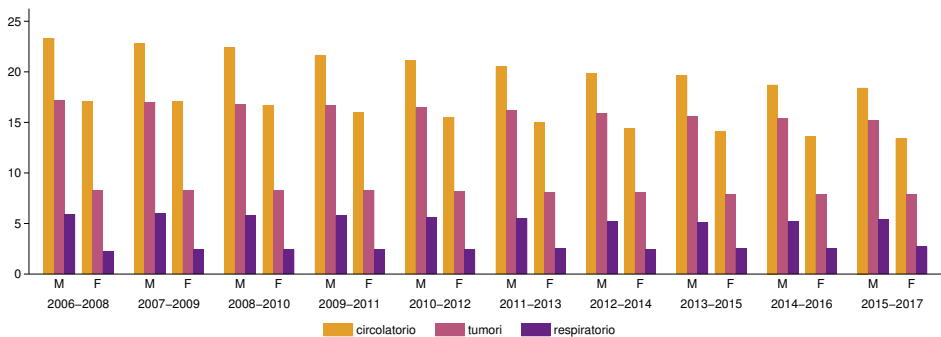


Per le tre cause principali (circolatorio, tumori e respiratorio), possiamo valutare il trend degli ultimi 10 anni disponibili e l'impatto per Zona distretto e AUSL.

Il tasso di mortalità standardizzato per età per malattie del sistema circolatorio, dal triennio 2006-2008 al triennio 2015-2017 in Toscana è sceso dal 19,4 al 15,3 per 1.000 anziani residenti. Nello stesso periodo la mortalità per tumori è passata da 11,7 decessi per 1.000 a 10,8 per 1.000, mentre i decessi per malattie dell'apparato respiratorio sono rimaste sostanzialmente stabili, da 3,5 a 3,6 per 1.000 anziani residenti. La **Figura 11.5** rappresenta l'andamento dei tre tassi di mortalità per genere e mette in evidenza alcune differenze. La riduzione delle malattie del sistema circolatorio è analoga nei due generi, entrambi infatti riducono il tasso di mortalità del 21%: gli uomini dal 23,3 al 18,4 per 1.000, le donne dal 17,1 al 13,4 per 1.000. I decessi per tumore invece diminuiscono in maniera più decisa tra gli uomini (-12%)

rispetto alle donne (-5%): il tasso di mortalità tra gli uomini scende dal 17,2 al 15,2 per 1.000, tra le donne dall'8,3 al 7,9 per 1.000. Infine, la sostanziale stabilità della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio è in realtà dovuta alla combinazione di un trend in decrescita (tra gli uomini, -8%) e uno in crescita (tra le donne, +19%): i decessi tra gli uomini passano infatti da 5,9 a 5,4 per 1.000, mentre le donne aumentano dal 2,2 al 2,7 per 1.000. Sull'andamento di questo indicatore possono incidere alcuni aspetti legati al cambiamento dei costumi nella popolazione. Tra le donne, ad esempio, da molti anni è in aumento la prevalenza di fumatrici, rispetto al passato e questo cambiamento può cominciare a mostrare i suoi effetti nei livelli di mortalità per patologie legate all'esposizione continua al fumo.

Figura 11.5
Anziani deceduti per malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato respiratorio – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, periodo 2008-2017 – Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR



All'interno del territorio toscano le tre AUSL non mostrano differenze così nette per quanto riguarda i livelli di mortalità per queste tre cause (**Figura 11.6**). Una tendenza alla maggiore variabilità è rappresentata dai decessi per malattie del sistema circolatorio, con la AUSL Centro che mostra un livello più basso rispetto alle altre.

Maggiore variabilità, rispetto al dato aggregato per AUSL, si può apprezzare nelle mappe per Zona distretto (**Figura 11.7**). Il range dei tassi di mortalità per le tre patologie è abbastanza ampio. Per la mortalità causata da malattie del sistema circolatorio si passa dal 13 per 1.000 della zona Fiorentina al 17,6 per 1.000 della zona Valdinievole. Per i tumori dal 9,4 della zona Val di Chiana aretina all'11,8 della zona Versilia. Per le malattie dell'apparato respiratorio dal 2,8 per 1.000 della zona Alta Val d'Elsa al 4,8 per 1.000 della zona Empolese Valdelsa – Valdarno. Tra loro le tre mappe non sono perfettamente sovrapponibili, nonostante in tutte quante si rilevi una tendenza delle zone settentrionali ad avere livelli di mortalità più elevati. In particolare per le malattie del sistema circolatorio è la punta nord ovest della regione sostanzialmente

quella con i livelli di mortalità più alti, mentre per le malattie dell'apparato respiratorio sembra essere la fascia centrale. Più variabile la mappa della mortalità per tumori, che sembrano incidere meno nelle zone centro-orientali della regione. Su queste differenze possono incidere ovviamente fattori molto diversi da loro, che riguardano l'esposizione a fattori di rischio individuali e modificabili, come gli stili di vita non corretti discussi ampiamente nei capitoli precedente (fumo, alcol, dieta, attività fisica) o fattori ambientali (inquinamento da tessuto industriale o veicolare), ma anche fattori legati all'efficacia dei programmi di prevenzione e cura del servizio sanitario regionale.

Figura 11.6
Anziani deceduti per malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato respiratorio – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, triennio 2015-2017 – Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR

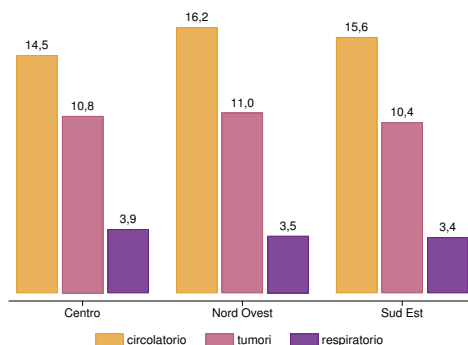
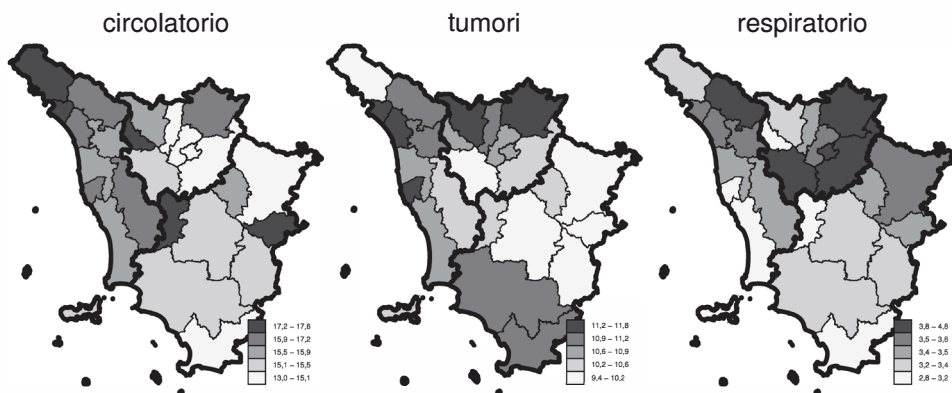


Figura 11.7
Anziani deceduti per malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato respiratorio – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, triennio 2015-2017 – Fonte: elaborazioni ARS su dati RMR



Dedichiamo le ultime analisi di questa sezione alla stratificazione della mortalità per alcune variabili disponibili nelle nostre banche dati. Per farlo attingeremo ai dati dell'anagrafe assistiti, aggiornati fino al 2020, ma mancanti del dettaglio della causa che ha portato al decesso. In premessa, ricordiamo che il 2020 ha rappresentato un anno spartiacque anche per la mortalità, come discusso nel capitolo dedicato agli effetti della pandemia, specialmente nella popolazione anziana. Abbiamo già discusso l'eccesso di mortalità che ISTAT ha certificato, rispetto al periodo 2015-2019, nella popolazione generale e in quella anziana. Dai nostri dati, che possono differire leggermente da quelli ISTAT considerata la diversa fonte utilizzata, emergono poco più di 42mila deceduti tra gli anziani residenti in regione nel 2020, pari a 45,4 deceduti ogni 1.000 abitanti d'età 65+, l'11% in più rispetto alla media del periodo 2015-2019, calcolata sempre sui dati della nostra anagrafe assistiti. L'incremento, in termini percentuali, è simile nei due generi, +11,1% tra gli uomini e +10,9% tra le donne.

Valutiamo però la media del periodo 2015-2019 per approfondire alcuni aspetti che potrebbero influenzare il rischio di decesso. In primo luogo consideriamo fattori ambientali come il contesto nel quale si vive, utilizzando l'informazione sul livello di deprivazione della propria sezione di censimento di residenza. Nel periodo 2015-2019 i decessi tra gli anziani residenti in zone a bassa deprivazione sono stati il 37,3 per 1.000, a fronte dei 38,7 per 1.000 nelle zone di media deprivazione e al 41 delle zone ad alta deprivazione (tasso standardizzato per età). Il risultato è coerente con tutte le considerazioni discusse nei capitoli precedenti sull'influenza del proprio contesto di vita sui propri comportamenti quotidiani, l'attenzione alla propria salute e le ricadute sul proprio rischio di ammalarsi o essere ricoverato.

Da un anziano senza patologie croniche ad uno con almeno una patologia il rischio di morte nell'anno, standardizzato per età, aumenta mediamente di 4 volte: da 17,5 decessi ogni 1.000 anziani senza patologie croniche a 41,7 per 1.000 anziani cronici. L'effetto delle patologie croniche è evidente se stratifichiamo il dato per numero di patologie di cui l'anziano soffre ad inizio anno (**Figura 11.8**). All'aumentare di una patologia progressa, tra quelle considerate, il tasso di mortalità aumenta progressivamente.

L'altra condizione proxy di elevati rischi per la salute è ovviamente la non autosufficienza, identificabile dai nostri dati con l'essere in carico ai servizi territoriali domiciliari (erogazione di prestazioni al domicilio dell'anziano) o residenziali (inserimento in una struttura sanitaria assistenziale, RSA). Anche una volta standardizzato per età, il rischio di morte per un anziano non autosufficiente aumenta in maniera esponenziale, rispetto ad un coetaneo pienamente autosufficiente (**Figura 11.9**). Il forte divario resta anche se standardizziamo il dato per presenza di malattie croniche o meno.

Figura 11.8

Anziani deceduti, per numero di patologie croniche pregresse – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, periodo 2015-2019 – Fonte: elaborazioni ARS su dati anagrafe sanitaria assistiti

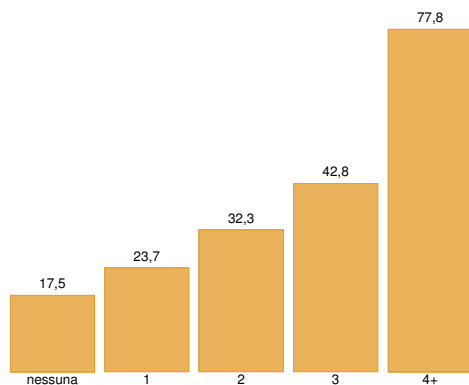
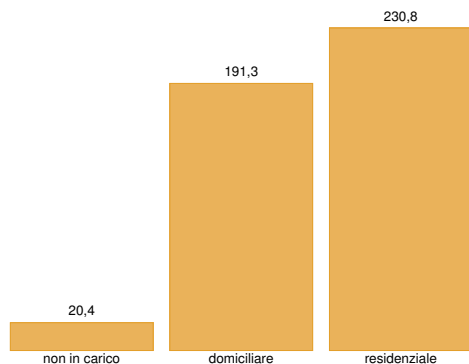


Figura 11.9

Anziani deceduti, per assistenza alla non autosufficienza – Tasso di mortalità standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 65+ – Toscana, periodo 2015-2019 – Fonte: elaborazioni ARS su dati anagrafe sanitaria assistiti



Le analisi quindi confermano quelli che sono fattori di rischio noti per la salute della popolazione, anziana e non, e ribadiscono la necessità di proteggere maggiormente queste persone con interventi di prevenzione mirati e piani di presa in carico personalizzati sulla base del quadro clinico complessivo della persona.

BIBLIOGRAFIA

- ARS Toscana. (2019). *Le malattie croniche in Toscana: epidemiologia e impatto sui servizi* (Vol. 104). Firenze: Documenti ARS Toscana. Tratto da https://www.ars.toscana.it/images/publicazioni/Collana_ARIS/2019/Doc_104_MACRO_2019_finale_27_11.pdf
- Balzi D, C. G. (2019). Real-time utilisation of administrative data in the ED to identify older patients at risk: development and validation of the Dynamic Silver Code. *BMJ Open.* , 9(12):e033374. doi:10.1136/bmjopen-2019-033374.
- Beaglehole R, B. R. (2009, Jun). Alcohol: a global health priority. *Lancet*, 27;373(9682):2173-4. doi:10.1016/S0140-6736(09)61168-5.
- Berg WP, A. H. (1997). Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age Ageing*, 26: 261-8.
- Biderman A, C. J. (2002, Aug). Depression and falls among community. A search for common risk factors. *J Epidemiol Community Health* , 56: 631-6. doi:10.1136/jech.56.8.631.
- Chapman DP, P. G. (2005, Jan). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis.*, 2(1):A14.
- Cuevas-Trisan, R. (2017, Nov). Balance Problems and Fall Risks in the Elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am.*, 28(4):727-737. doi:10.1016/j.pmr.2017.06.006
- Di Bari M, T. F. (2022). COVID-19, Vulnerability and Long-Term Mortality in Hospitalized and Non-Hospitalized Older Persons. *J Am Med Dir Assoc*, in press.
- Di Bari, M., Giordano, A., Tonarelli, F., & al., e. (2021). Estimating Prognosis and Frailty in Persons Aged 75+ in the Emergency Department: Further Validation of Dynamic Silver Code. *J Am Med Dir Assoc.*, 000-000. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.024>.
- Fried LP, F. L. (2004, Mar). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 59(3):255-63. doi:10.1093/gerona/59.3.m255
- García-Esquinas E, R. B.-A. (2016, Jul). Consumption of fruit and vegetables and risk of frailty: a dose-response analysis of 3 prospective cohorts of community-dwelling older adults. *Am J Clin Nutr.*, 104(1):132-42. doi:10.3945/ajcn.115.125781
- Gellert C, S. B. (2013, aUG). Impact of smoking and quitting on cardiovascular outcomes and risk advancement periods among older adults. *Eur J Epidemiol.*, 28(8):649-58. doi:10.1007/s10654-013-9776-0
- Gobbens RJ, L. K.-S. (2010, Jun). In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc.* , 11(5):338-43. doi:10.1016/j.jamda.2009.09.015
- Hewitt J, C. B.-M. (2020). The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health.*, 5(8):e444-e451. doi:10.1016/S246
- Istituto Superiore di Sanità. (2009). *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*.
- Katz, S. (1963, Sep). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 21;185:914-9.

- Lawton MP, B. E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3):179-86.
- Manthorpe J, I. S. (2010, Dec). Suicide in later life: public health and practitioner perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2010 Dec;25(12):1230-8. doi:doi: 10.1002/gps.2473
- Marengoni A, Z. A. (2021). Beyond Chronological Age: Frailty and Multimorbidity Predict In-Hospital Mortality in Patients With Coronavirus Disease 2019. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* , 76(3):e38-e45. doi:10.1093/gerona/glaa291
- Murtin F, et al. (2017). *Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates*. OECD. Paris: OECD Publishing. doi:https://doi.org/10.1787/6b64d9cf-en
- Muscari A, B. G., & Group., P. S. (2017, Feb). Physical Activity and Other Determinants of Survival in the Oldest Adults. *J Am Geriatr Soc.*, 65(2):402-406. doi:10.1111/jgs.14569
- Nash SH, L. L. (2017, mAR). Cigarette Smoking and Mortality in Adults Aged 70 Years and Older: Results From the NIH-AARP Cohort. *Am J Prev Med.* 2017 Mar;52(3):276-283. doi: 10.1016/j.amepre.2016.09.036. Epub 2016 Nov 30. PMID: 27914770; PMCI. *Am J Prev Med.*, 52(3):276-283. doi:10.1016/j.amepre.2016.09.036
- NICE. (2020). *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults (NG 159)*. Tratto il giorno April 30, 2021 da <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>.
- Oliveira Guerra R, V. G. (2003). Factores intrinseco de riesgo de caidas en una poblacion geriatrica institucionalizada. *Geriatrica*, 19(5): 161-4.
- Palmieri L, V. N.-1. (2020). Clinical Characteristics of Hospitalized Individuals Dying With COVID-19 by Age Group in Italy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 75(9):1796-1800. doi:10.1093/gerona/glaa146.
- Rodda J, W. Z. (2011, Sep). Depression in older adults. *BMJ*, 28;343:d5219. doi:10.1136/bmj.d5219
- Rosano A, et al. (2020, marzo-giugno). Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento. *E&P*(44 (2-3)), 162-170. doi:https://doi.org/10.19191/EP20.2-3.P162.039
- Sanchez-Sanchez JL, I. M.-C.-G.-M. (2020, Aug). Physical activity trajectories, mortality, hospitalization, and disability in the Toledo Study of Healthy Aging. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 11(4):1007-1017. doi:10.1002/jcsm.12566
- Vassallo M, S. J. (2002, May-Jun). Characteristics of single fallers and recurrent fallers among hospital in-patients. *Gerontology*, 48(3):147-50. doi:10.1159/000052833
- Washburn RA, M. E. (1999, Jul). The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *J Clin Epidemiol.* , 52(7):643-51. doi:10.1016/s0895-4356(99)00049-9
- WHO. (2003). *Report of the joint WHO/FAO expert consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: WHO.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.
- WHO. (s.d.). *Obesity and Overweight*. Tratto da Fact Sheets: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yap LKP, A. S. (2003). Nursing home fall: a local perspective. *Ann Acad Med Singap.*, 32(6): 795-800.



www.ars.toscana.it