Città di Codroipo

FEDER SANITA ANCI Friuli Venezia Giulia 1996 - 2026

HAPPYAGEING

CONFEDERAZIONE FEDER SANITA anci regionali

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA CONSIGLIO REGIONALE

ANCI FVG Al servizio degli Enti Locali

FEDERFARMA FRIULI-VENEZIA GIULIA UNIONE REGIONALE TITOLARI DI FARMACIA DEL FRIULI-VENEZIA GIULIA

CREDIMA 360 SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Con il sostegno di

Banca 360 FVG Credito Cooperativo

CONVEGNO

RICORDATI DI STARE BENE

HAPPYAGEING | Alleanza per l'invecchiamento attivo

Aderenza terapeutica e Movimento come pilastri per l'invecchiamento attivo

Verso il Trentennale di Federsanità ANCI FVG
In occasione della "Giornata mondiale del malato"
nel 40° Anniversario della Carta di Ottawa (OMS) "Salute per tutti"

Venerdì 27 febbraio 2026 – Auditorium comunale di Codroipo

www.federsanita.anci.fvg.it

Con il patrocinio di

OMCeO Udine

OPI UDINE

CGIL SPI FVG

FNP CISL PENSIONATI Friuli Venezia Giulia

UIL PENSIONATI

CUPLA Coordinamento Unitario Pensionati Lavoratori Autonomi

50&PIÙ

LILT

ANDOS Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

ASSOCIAZIONE FAMIGLIE DIABETICI DELLA BASSA FRIULANA

UNIVERSITÀ DELLA TERZA ETÀ DEL CODROIPESE

Caffè Letterario Codroipese

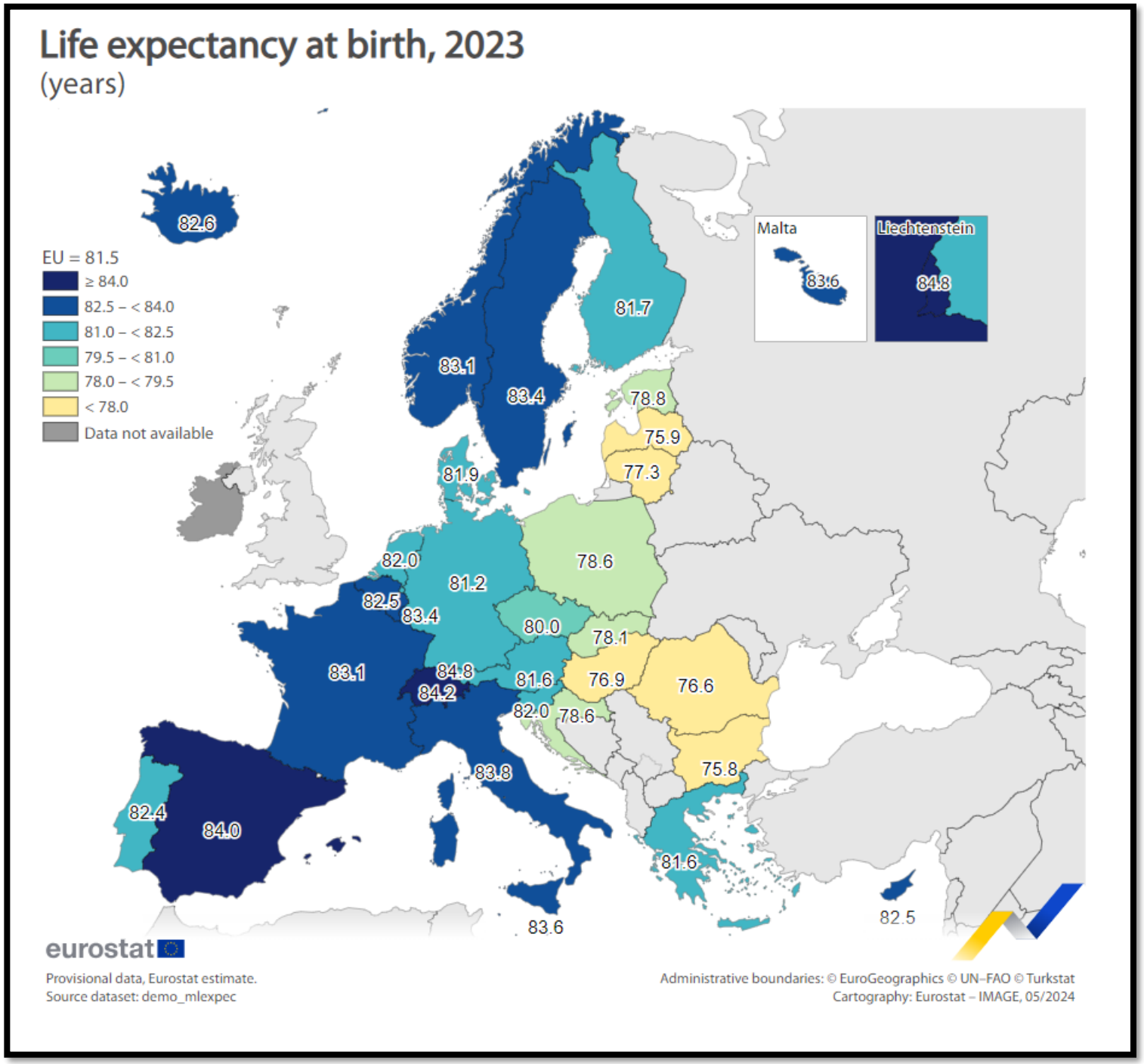
Michele Conversano

L'invecchiamento della popolazione in Italia raggiungerà livelli record: gli over 65 saliranno al 34,6% del totale, praticamente più di un italiano su tre. Particolarmente significativo è l'aumento degli ultra-ottantacinquenni, quella fascia di popolazione che richiede maggiori cure e assistenza. Dal 3,9% attuale, questa categoria raggiungerà il 7,2% nel 2050, quasi raddoppiando in termini percentuali.

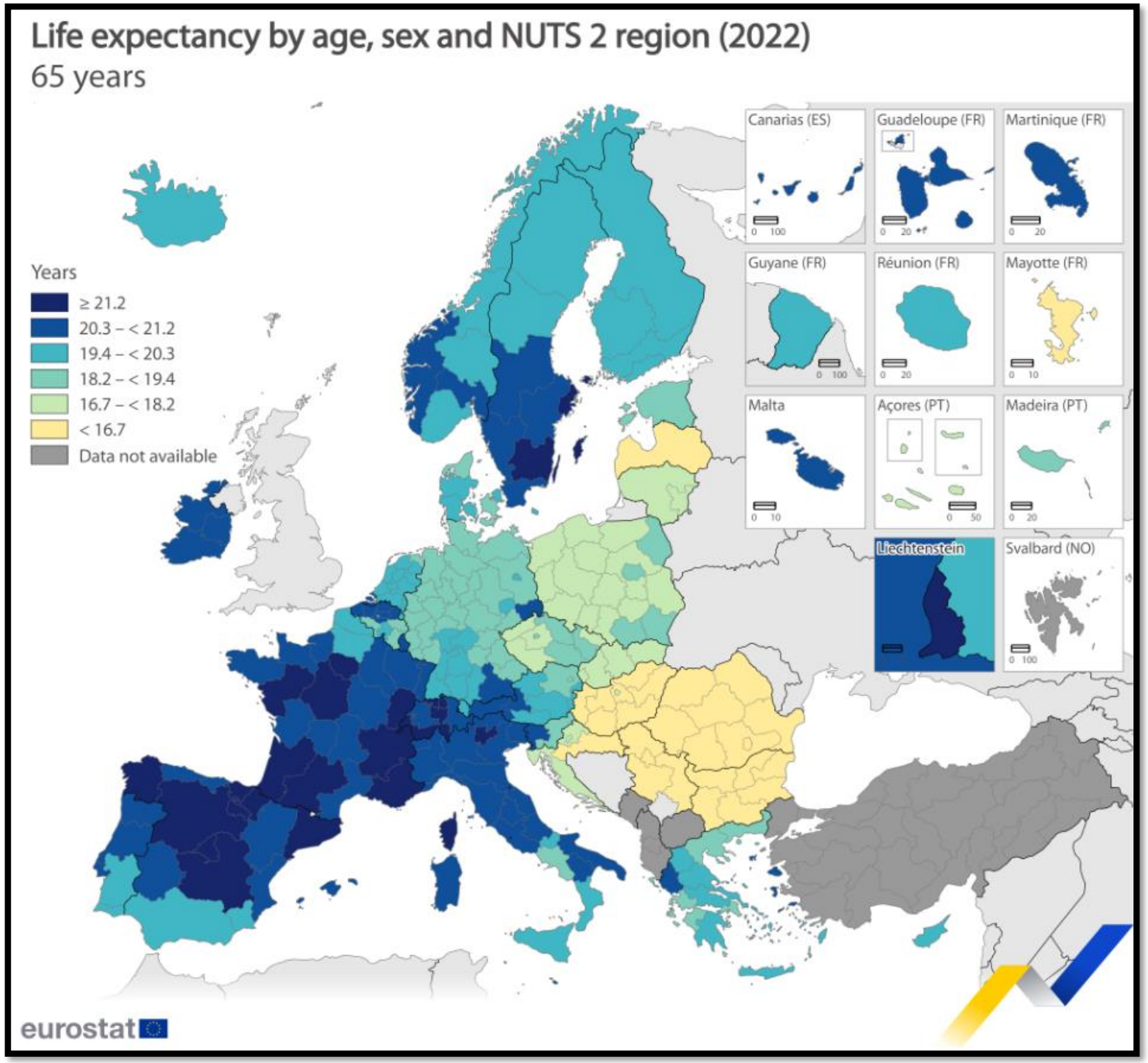
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità entro il 2050 la popolazione mondiale di persone di età pari o superiore a 60 anni raddoppierà, passando da 900 milioni a circa 2 miliardi

Aspettativa di vita media in Ue pari a 81,5 anni nel 2023.

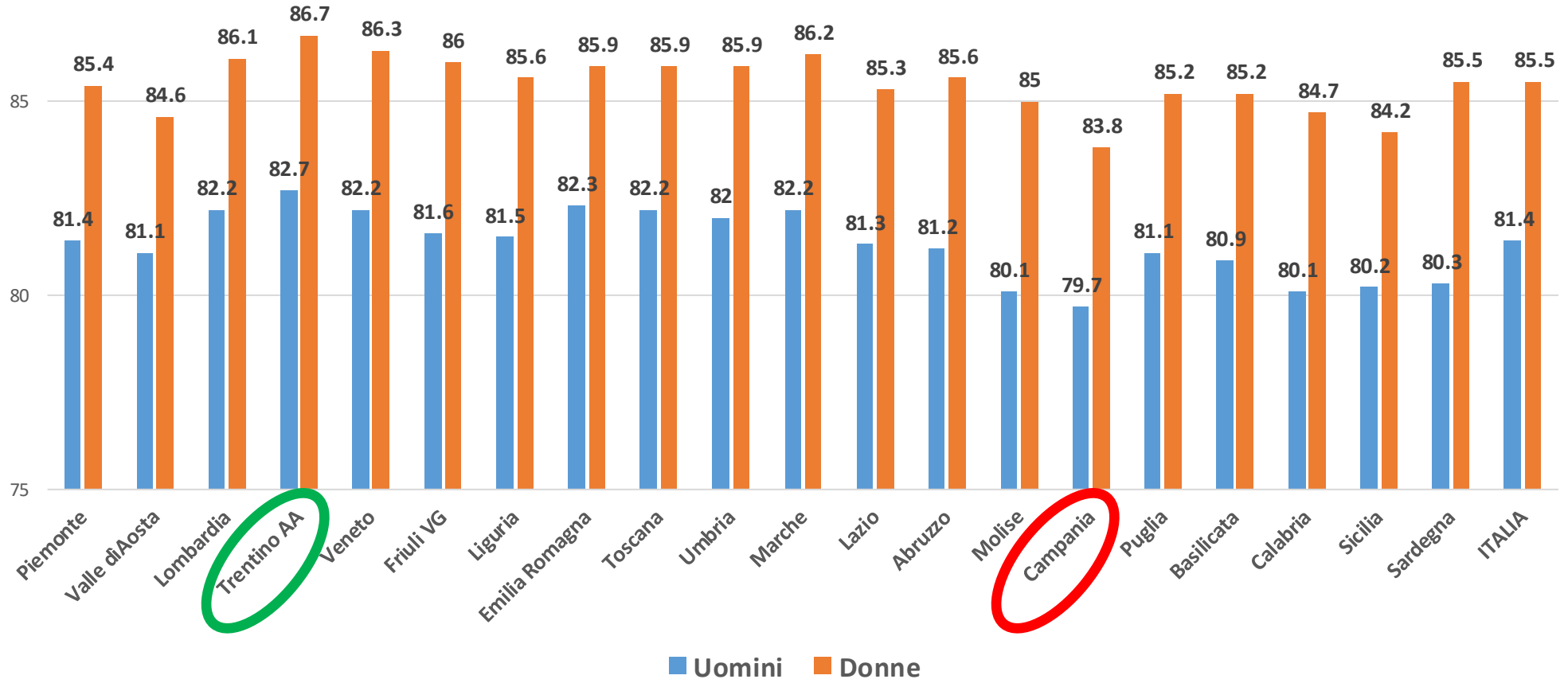
Italia seconda dietro la Spagna con 83,8 anni



Considerando però la speranza di vita a 65 anni in buona salute, l'Italia passa al sesto posto



Speranza di vita alla nascita delle Regioni Italiane. Anno 2024. Fonte Istat



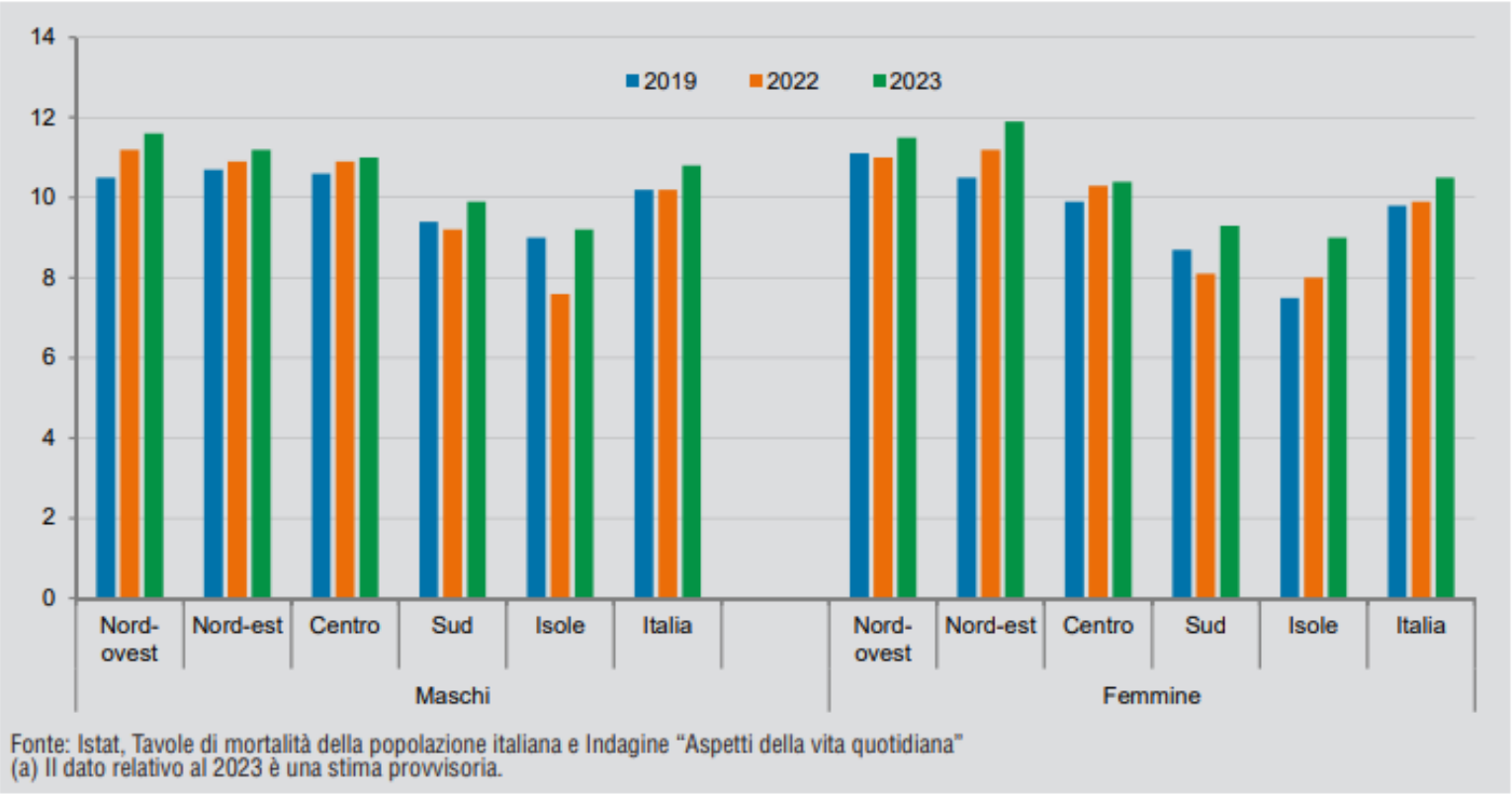
Nel 2022 il **49% è la quota di popolazione di 75 anni e più che soffre di tre o più patologie croniche o che ha gravi limitazioni nel compiere le attività che le persone abitualmente svolgono.**

La quota di anziani in condizione di salute più fragile **è più elevata tra le donne** (54,7% rispetto al 40,9% degli uomini) **e aumenta progressivamente al crescere dell'età**, raggiungendo il 60,9% tra le persone di 85 anni e più (rispetto al 39,2% delle persone di 75-79 anni).

Si osserva, inoltre, **un marcato gradiente territoriale Centro-nord/Mezzogiorno**, con valori pari al 44,4% tra i residenti nel Nord e al 47,8% tra chi vive nel Centro, rispetto al 56,8% di chi vive nel Mezzogiorno.

Rapporto BES 2023

Figura 5. Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni per ripartizione geografica. Anni 2019, 2022 e 2023 (a). In anni



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine "Aspetti della vita quotidiana"
(a) Il dato relativo al 2023 è una stima provvisoria.

Nel 2023 la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si attesta a 10,6 anni, senza sostanziali differenze di genere (10,8 anni per gli uomini e 10,5 per le donne).

Permane il divario territoriale: nel Nord nel 2023 la vita attesa in piena autonomia a 65 anni si attesta a 11,5 anni e nel Mezzogiorno scende a 9,4 anni, con un differenziale di 1,9 anni per gli uomini e 2,3 anni per le donne

L’**invecchiamento attivo**
è stato definito dall’**OMS** come
"**il processo di ottimizzazione delle opportunità di**

salute, partecipazione e sicurezza

per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano".

La Commissione Europea ha identificato l'invecchiamento attivo e in salute come una delle principali sfide comuni a tutti i Paesi europei

Per mantenere il benessere della persona anziana, sono stati descritti *obiettivi pratici* all'interno dell'**Action plan on healthy ageing**:

- prevenire le cadute;
- promuovere l'attività fisica;
- promuovere l'assistenza domiciliare e i servizi di self-care;
- sostenere strategie di sviluppo partecipativo tra personale medico e assistenziale;
- inserire nei setting di assistenza programmi di vaccinazione e di prevenzione.

Alla fine del 2014 nasce **HAPPY AGEING**, Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo, con l'obiettivo di studiare e promuovere politiche ed attività finalizzate a declinare nel nostro Paese gli atti di indirizzo della Partnership dell'Unione Europea sull'Healthy Ageing per:

- migliorare la salute e la qualità della vita delle persone anziane
- garantire la sostenibilità ed efficienza dei sistemi sociosanitari ed assistenziali nel lungo periodo

SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubb

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

SIMFER
SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA FISICA
E RIABILITATIVA
The Italian Society
of Physical and
Rehabilitative Medicine

SIGOT
Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio
Associazione medico scientifica senza scopo di lucro

HAPPYAGEING

ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

UIL PENSIONATI
IL SINDACATO DELLE PERSONE

FEDER SANITÀ anci

FONDAZIONE
DIETA
MEDITERRANEA

Federazione
Anziani e
Pensionati

CGIL SPI
SINDACATO
PENSIONATI
ITALIANI

FNP CISL
PENSIONATI

Anziani, costituito l’intergruppo parlamentare per l’invecchiamento attivo

La partnership prevede diverse MACROAREE DI IMPEGNO:

- ALIMENTAZIONE
- **ATTIVITA' FISICA** E STILE DI VITA SANO
- IMMUNIZZAZIONI
- **FARMACI**
- TEST DI SCREENING

L’attività fisica e lo sport sono molto importanti a tutte le età

Ma come sono i nostri anziani?

Indicatori - Passi d'Argento 2023-2024

	Sedentario *	Parzialmente o completamente attivo *	Punteggio medio PASE *	Consiglio fare attività fisica
Abruzzo	36.8	63.2	96.8	20.8
Basilicata	48.7	51.3	75.4	14.7
Calabria	27.3	72.7	79.5	26.9
Campania	54.9	45.1	82.2	19.2
Emilia Romagna	34.8	65.2	102.9	21.0
Friuli Venezia Giulia	31.2	68.8	103.0	32.8
Lazio	38.5	61.5	100.8	37.1
Liguria	28.1	72.0	108.3	23.0
Lombardia				
Marche	30.8	69.2	108.3	51.3
Molise	47.0	53.0	97.3	44.9
Piemonte	24.8	75.2	113.0	33.3
Provincia di Bolzano	23.4	76.6	118.7	20.2
Provincia di Trento	22.6	77.4	114.0	19.2
Puglia	57.3	42.7	77.3	12.7
Sardegna	33.3	66.7	83.0	33.2
Sicilia	48.2	51.8	99.9	31.1
Toscana	27.8	72.2	102.9	18.7
Umbria	30.4	69.6	108.7	28.3
Valle d'Aosta	32.9	67.1	104.2	2.9
Veneto	22.7	77.3	117.7	28.7
Italia	**37.6**	**62.4**	**97.0**	**27.0**

Strategia per l'attività fisica OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità 2016–2025

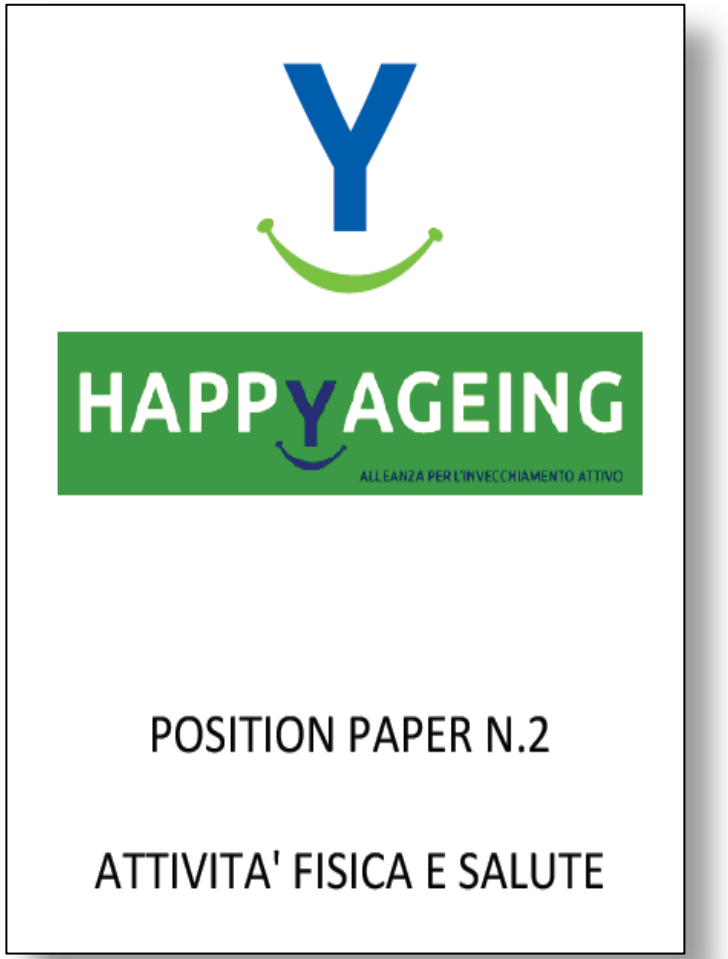
- L'OMS raccomanda agli adulti, anziani compresi, di praticare **almeno 150 minuti a settimana** di attività fisica di tipo aerobico di intensità moderata
- Chi è attualmente inattivo dovrebbe mirare a soddisfare queste raccomandazioni

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

POSITION PAPER

ATTIVITÀ FISICA E SALUTE

Gruppo di redazione (SIMFER):
M. Massucci, D. Bonaiuti, L. Panella, B. Lombardi



http://www.happyageing.it/wp-content/uploads/2015/10/position_paper_2.pdf

POSITION PAPER N.2

ATTIVITA' FISICA E SALUTE

l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo Happy Ageing si impegna a:

- Sostenere l'importanza di un controllo medico per ottenere un'indicazione appropriata sul tipo di attività fisica più idonea
- Diffondere iniziative di Attività Fisica Adattata dedicate a gruppi di persone omogenee per diminuite capacità funzionali e disabilità di vario grado, in condizioni stabilizzata di cronicità e che non necessitano di riabilitazione
- Facilitare l'accesso degli anziani ad iniziative di attività fisica di vario tipo ("ginnastiche dolci, slow moving, gruppi di cammino") non rivolte a gruppi omogenei per età o condizioni cliniche e finalizzate al mantenimento o miglioramento progressivo delle funzioni motorie e di relazione
- Sostenere l'importanza di un'adeguata formazione e competenza del personale tecnico che opera in ogni palestra in cui viene svolta attività fisica
- Stimolare le Aziende USL a farsi garanti dell'appropriatezza dei percorsi dell'AFA, della qualità delle prestazioni effettuate nelle palestre e del monitoraggio dei risultati

FESTIVAL DELLO SVILUPPO SOSTENIBILE 2018 — PROMOSSO DA ASviS — ORGANIZZATORE Unipolis — CON LA COLLABORAZIONE DI Comune di Bologna — GOAL — TUTOR Fondazione MSD

SALUTE PER TUTTI A TUTTE LE ETÁ: VERSO LA PIENA APPLICAZIONE DELL'OBIETTIVO ONU DI SOSTENIBILITÁ IN SANITÁ

Venerdì 1 giugno 2018
Piazza Verdi, Bologna
Ore 10 – 13.30

PROGRAMMA

10,00 Apertura dei Lavori: *Enrico Giovannini, Portavoce dell'ASviS*

10,10 Disuguaglianze di salute e sostenibilità sociale: *Giuseppe Costa, Unito, Italia per l'equità in salute*

10,30 Il diritto alla salute e il benessere collettivo: *Anna Lisa Mandorino, CittadinanzAttiva*

10,50 Le proposte di ASviS: *Carla Collicelli, CNR-Itb, ASviS*

- Un decalogo della sostenibilità della salute
- Una metodologia di valutazione per l'Obiettivo 3

11,30 Tavola rotonda degli stakeholder sulle proposte ASviS
Modera *Marco Magheri, HappyAgeing, Panorama della Sanità*

- Il Ministero della Salute: *Giuseppe Ruocco (Segretario Generale)*
- Le Regioni: *Sergio Venturi (Assessore Sanità E. Romagna)*
- Il mondo delle Imprese: *Nicoletta Luppi (MSD)*
- La sanità integrativa: *Fiammetta Fabris (UniSalute)*
- Le Comunità di pratica: *M.Grazia Cogliati Dezza e Michela Degrassi (Microaree di Trieste)*
- Il Terzo Settore *Claudia Fiaschi (Forum Terzo Settore)*

13,10 Conclusioni: Per una salute globale: *Stefano Vella (Centro Nazionale per la Salute Globale Iss, Alfa)*

Si richiede conferma di partecipazione su Eventbrite al link https://www.eventbrite.it/e/biglietti-salute-per-tutti-e-tutte-le-eta-verso-la-piena-applicazione-dellobiettivo-onu-di-sostenibilita-in-45795545710

MUOVITI MUOVITI!
DANZA MUSICA PERFORMANCE EVERYBODY
MARTEDÌ 12 E MERCOLEDÌ 13 GIUGNO 2018

Serie di workshop e incontri per danzatori a cura di Susanne Franco, in dialogo con la mostra *Dancing with Myself*

La serie di workshop e incontri *MUOVITI MUOVITI! Danza Musica Performance - Everybody*, si sviluppa in dialogo con la mostra *Dancing with Myself* offrendo l'occasione di conoscere da vicino il lavoro di danzatori e coreografi attraverso la trasmissione di opere coreografiche di repertorio, performance dal vivo, proiezioni di film e dialoghi con artisti e studiosi. I workshop sono rivolti a danzatori mentre gli incontri sono aperti a tutti.

WORKSHOP CON ABIGAIL YAGER

Il workshop condotto da Abigail Yager parte dalla trasmissione della sequenza principale di *Solo Olos* (1976) della coreografa e danzatrice americana Trisha Brown (1936-2017) per esplorare la nozione di conservazione del patrimonio coreutico come eredità viva, frutto di un dialogo costante tra le strutture compositive di una coreografia, l'esperienza dei danzatori che la incorporano e il contesto in cui viene accolta.

PROGRAMMA

Martedì 12 giugno 2018
ore 10 – 13 e ore 15 – 18
Palazzo Grassi

Mercoledì 13 giugno 2018
ore 11 – 13 e ore 14 – 16
Palazzo Grassi

Trisha Brown: danza, archivio, trasmissione
Workshop di Abigail Yager
Per danzatori con esperienza
in danza contemporanea

Mercoledì 13 giugno 2018
ore 19.30
Palazzo Grassi

Main Phrase of *Solo Olos* di Trisha Brown (1976)
Performance di Abigail Yager

Rassegna di video: Trisha Brown's selected works
Presentazione e discussione con Susanne Franco, Ariadne Mikou e Abigail Yager
In inglese con traduzione italiana

Aperto al pubblico, ingresso libero
fino a esaurimento posti

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE PER IL WORKSHOP

- La partecipazione è consentita a un gruppo di massimo 14 danzatori con esperienza in danza contemporanea. L'età minima per la partecipazione è 18 anni compiuti. Il workshop si terrà in lingua inglese, senza traduzione.
- Per partecipare, inviare la propria candidatura via mail a education@palazzograssi.it entro mercoledì 23 maggio 2018, allegando lettera motivazionale e curriculum vitae.
- È richiesto un contributo di partecipazione di 20€ per chi non è possessore della Membership card di Palazzo Grassi. Verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

BIOGRAFIE

Susanne Franco
è studiosa di danza e insegna presso l'Università Ca' Foscari Venezia. Si interessa in particolare di metodologia della ricerca in danza, storia della danza moderna e contemporanea, e storia della performance. Come curatrice di eventi performativi site specific ha lavorato per la Fondazione Querini Stampalia a Venezia e l'Hangar Bicocca a Milano.

Ariadne Mikou
danzatrice, ha collaborato con Bojana Cvejic, Christina De Smedt, Virgilio Sieni e Norah Zuniga-Shaw, interpretando anche riallestimenti di pezzi di Trisha Brown curati da Abigail Yager. Come ricercatrice (Ph.D., Università di Roehampton), si occupa di pratiche sperimentali e interdisciplinari che connettono danza, architettura e media.

Abigail Yager
è danzatrice, coreografa, insegnante e vice direttore della Contemporary Dance School of Dance dell'Università di North Carolina. È stata membro della Trisha Brown Company (1995-2002), assistente musicale di Trisha Brown, e ha collaborato con numerose compagnie a livello internazionale come curatrice di riallestimenti di opere di repertorio di Trisha Brown.

In collaborazione con
Trisha Brown Dance Company, New York
University of North Carolina School of the Arts, Winston-Salem
Kenan Institute for the Arts, Winston-Salem
Cro.Me. – Cronaca e Memoria dello Spettacolo, Milano
REV – Rete Veneta Arti Performative, Padova
e con il patrocinio del
Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali – Università Ca' Foscari Venezia

PALAZZO GRASSI PUNTA DELLA DOGANA PINAULT COLLECTION

Università Ca' Foscari Venezia Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali

CGIL SPI — FNP CISL PENSIONATI Marche — UIL PENSIONATI

Prevenzione, vaccini e salute nelle Marche

Lunedì 25 giugno ore 9.30
Conero Break
Via Albertini 6, Ancona

con il Patrocinio della :
REGIONE MARCHE

in collaborazione con :
asur marche
HAPPYAGEING
ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Introduce i lavori
Andrea **MARINI**
Segretario generale UILP Uil Marche

Il Piano regionale della prevenzione 2014-18, prorogato al 2019
Fabio **FILIPPETTI**
P.F Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro ARS Marche

L'offerta vaccinale nella Regione Marche
Daniel **FIACCHINI**
Coordinatore Gruppo Tecnico Vaccini ARS Marche

Ore 11.00
QUESTION TIME

Ore 11.30
COFFEE BREAK

Ore 12.00 - **TAVOLA ROTONDA**
Strategie e strumenti per lo sviluppo della prevenzione vaccinale nelle Marche

Partecipano:

Arcangela **GUERRIERI** - *Ordine dei Medici Provincia di Ancona*
Aurora **FERRARO** - *Segretaria regionale SPI Cgil Marche*
Giuliano **TAGLIAVENTO** - *Direzione tecnica prevenzione Asur Marche*
Marco **MAGHERI** - *Direttore HappyAgeing*
Francesco **MICUCCI** - *IV Commissione consiliare permanente*

Coordina: **GIULIA BOSCHI** - *E'tv Marche*

3' / Health

L'esercizio fisico come farmaco: Emilia-Romagna capofila in Italia

Share

Grazie a un innovativo accordo tra Wellness Foundation, AUSL Romagna e Ordine dei Medici, la regione Emilia-Romagna è apripista nell'inclusione dell'attività fisica tra le terapie prescrivibili ai pazienti

SIMFER
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

Coordina

MUOVITI, MUOVITI!

PODartis
Clinically Tested Footwear

Partner tecnico

HAPPYAGEING
ALLEANZA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Il progetto "MUOVITI, MUOVITI!" è nato per promuovere l'Attività Fisica Adattata come prima medicina.

Coinvolge autorevoli Associazioni nazionali, concordi sull'importanza del movimento come principale cura per il corpo e per la mente.

Funge da «contenitore» e da «cassa di risonanza» di tutte le iniziative – promosse dai partner - legate all'idea che fare attività fisica in modo consapevole e adattato alle proprie esigenze e necessità sia fondamentale.

Diabetes Marathon

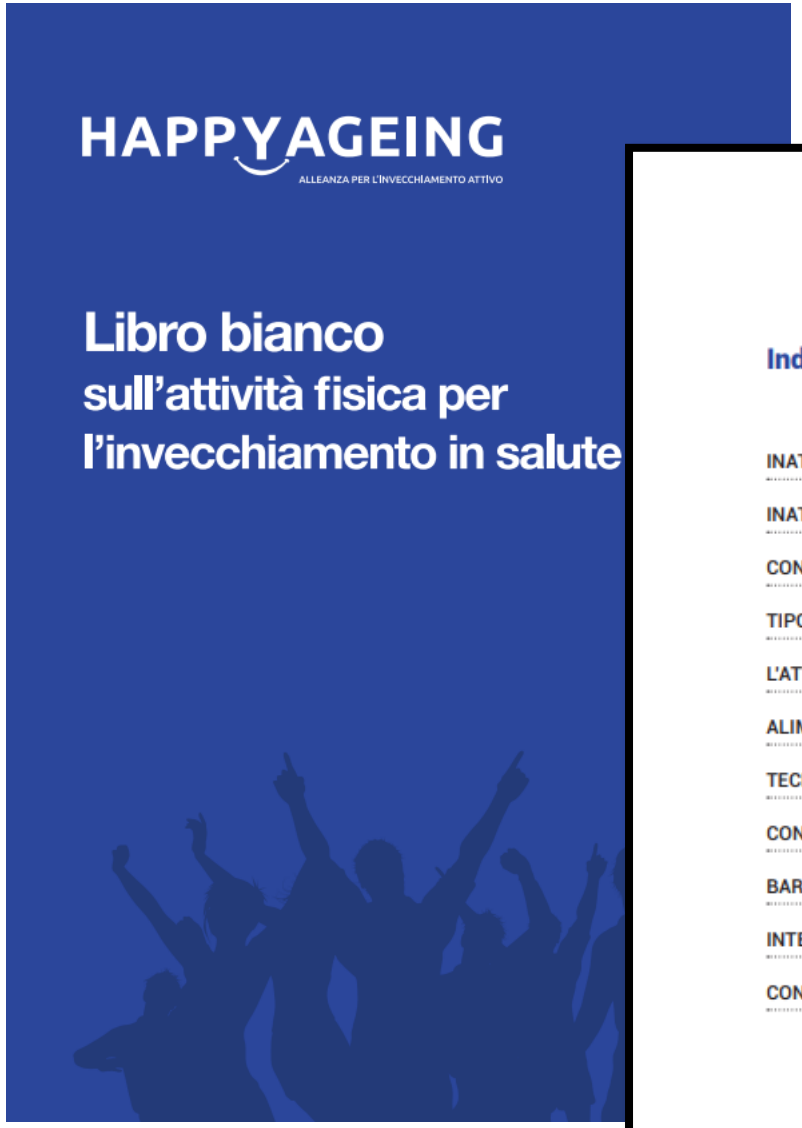
ANMAR
Associazione Nazionale Malati Reumatici
ONLUS

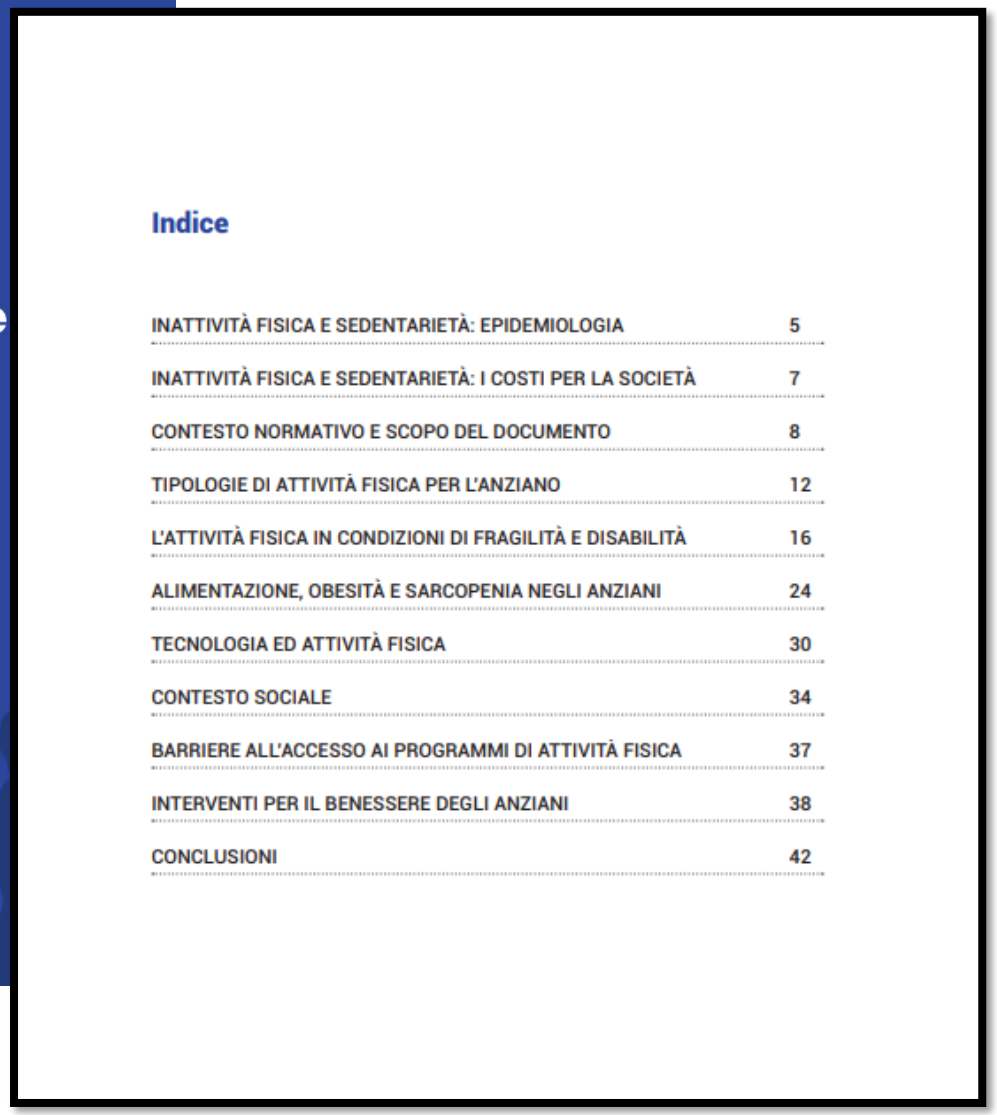
Gruppo di studio interassociativo AMD - SID
podopatia diabetica

Comitato Italiano Paralimpico
Italian Paralympic Committee

La promozione dell'attività fisica è supportata da varie linee guida e raccomandazioni sviluppate da organizzazioni internazionali come l'OMS e implementate a livello nazionale dai Ministeri della Salute.

Con il **Libro bianco sull'attività fisica per l'invecchiamento attivo**, partendo dai dati della letteratura scientifica, HappyAgeing intende **proporre una serie di azioni utili a contrastare gli effetti negativi di inattività fisica e sedentarietà sulla salute delle persone anziane**.





Indice

INATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ: EPIDEMIOLOGIA	5
INATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ: I COSTI PER LA SOCIETÀ	7
CONTESTO NORMATIVO E SCOPO DEL DOCUMENTO	8
TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ FISICA PER L'ANZIANO	12
L'ATTIVITÀ FISICA IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DISABILITÀ	16
ALIMENTAZIONE, OBESITÀ E SARCOPENIA NEGLI ANZIANI	24
TECNOLOGIA ED ATTIVITÀ FISICA	30
CONTESTO SOCIALE	34
BARRIERE ALL'ACCESSO AI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FISICA	37
INTERVENTI PER IL BENESSERE DEGLI ANZIANI	38
CONCLUSIONI	42

INATTIVITÀ E SEDENTARIETÀ NEGLI ANZIANI: UN'EPIDEMIA NASCOSTA

L'OMS stima che a livello globale 1 adulto su 3 e l'81% degli adolescenti non faccia abbastanza attività fisica. Inoltre, man mano che i Paesi si sviluppano economicamente, i livelli di inattività aumentano e possono raggiungere il 70% a causa dei cambiamenti nei modelli di trasporto, del maggiore uso della tecnologia per lavoro e ricreazione, dei valori culturali e del crescente comportamento sedentario. I livelli di inattività fisica aumentano con l'età con un forte aumento dopo i 60 anni (WHO, 2024). L'Annuario Statistico Italiano 2021 (ISTAT, 2021) riporta che nel nostro Paese nel 2020 i sedentari erano il 35,2%. I Dati di Passi d'Argento (Epicentro, 2024) mettono in evidenza che in Italia quasi il 40% degli ultra 65enni raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS, il 22% è definibile come "parzialmente attivo", mentre il 38% risulta completamente sedentario. La quota di sedentari non sembra solo legata all'età ed al sesso (maggiore tra le donne) ma anche alle difficoltà economiche, ad un basso livello di istruzione o al vivere solo. Da sottolineare è che solo il 27% degli ultra 65enni intervistati, ha ricevuto da parte di un medico o altro operatore il consiglio di fare attività fisica. Tale situazione è confermata da una survey dell'Eurobarometro dove, tra gli over 55, il 71% degli uomini ed il 79% delle donne (in Europa il 52% e 57% rispettivamente) dichiarano di non praticare mai o raramente attività come spostarsi in bicicletta da un luogo a un altro, camminare, ballare, fare giardinaggio. Chi non pratica mai sport è oltre l'83% degli uomini e l'86% delle donne (dato in Europa il 73 e 75% rispettivamente (European Union, 2024).

COSTI PER LA SOCIETÀ

La sedentarietà e l'inattività fisica hanno effetti negativi additivi sulla salute con ripercussioni sui sistemi sanitari, sull'ambiente, sullo sviluppo economico, sul benessere della comunità e degli individui e sulla qualità della vita. Sono tra i principali fattori di rischio modificabili a livello mondiale per gli anni di vita persi (Disability Adjusted Life Years) per mortalità, morbilità e disabilità a causa di malattie croniche non trasmissibili. Sono anche uno dei principali fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari dopo la dieta incongrua, il fumo di sigaretta attivo e passivo e l'abuso di alcol (Mensah GA et al, 2023). Si ipotizza a livello globale, che entro il 2030 (Santos AC et al, 2023), si verificheranno 499,2 milioni di nuovi casi di malattie croniche non trasmissibili se la prevalenza dell'inattività fisica non cambierà, con costi diretti di assistenza sanitaria pari a 520 miliardi di dollari. Analogamente si è stimato che, se ci fosse un significativo incremento dei livelli di attività fisica e dello sport nel periodo 2022-2050, l'Italia beneficerebbe di un risparmio cumulativo di spesa sanitaria 32,5 miliardi e di una crescita cumulativa del PIL di 134 miliardi (Bellinazzo M, 2023).

ANZIANI FRAGILI E CON DISABILITÀ

L'inattività e la sedentarietà sono fattori di rischio anche per gli anziani fragili, disabili o con malattie croniche. Negli anziani un basso livello di attività fisica è fortemente predittivo di fragilità e tale condizione può essere reversibile in soggetti che svolgano attività fisica. È stato stimato che il 3% dei casi di demenza potrebbe essere prevenuto aumentando i livelli di attività fisica (Livingston G et al, 2017; Liang JH et al, 2020; Wang J et al, 2022). Le persone con disabilità neurologica, muscolo-scheletrica e cardiorespiratoria senza programmi di attività fisica regolari eseguiti al termine della riabilitazione, sperimentano un peggioramento delle capacità e performance acquisite (Belfiore P et al, 2018; Young H et al, 2019; Perry AS et al, 2023).

SARCOPENIA E MALNUTRIZIONE

L'inattività fisica si associa spesso alla sarcopenia, cioè la perdita di massa e funzionalità muscolare ed alla malnutrizione, soprattutto se gli anziani si trovano in condizione di fragilità, cronicità o disabilità. Sarcopenia e malnutrizione possono indurre negli anziani un'ulteriore riduzione dell'attività fisica nella vita quotidiana che a sua volta peggiora la resistenza fisica e le performance motorie, generando una cascata di eventi negativi per la funzione motoria e cognitiva (Ashworth A, 2021). Nella genesi della sarcopenia e della malnutrizione sono coinvolte modifiche gastrointestinali, sensoriali e funzionali, la resistenza anabolica, ma anche l'obesità con accumulo di tessuto grasso intermuscolare. Questi fattori agiscono in una relazione complessa dove ognuno di essi è causa di ulteriori modifiche in senso negativo (Agostini D et al, 2023).

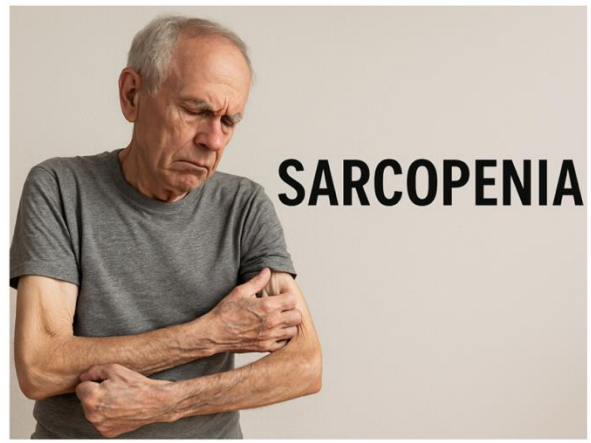
LE INDICAZIONI DI EFFICACIA PER LA SALUTE

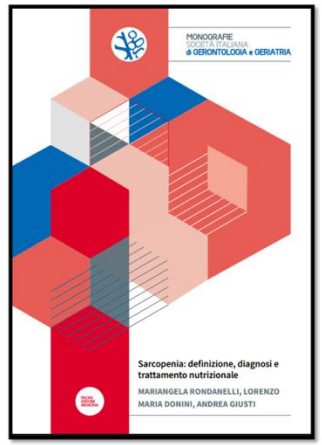
L'OMS raccomanda anche per gli ultra 65enni di praticare almeno 150-300 minuti di attività fisica aerobica a intensità moderata o almeno 75-150 minuti di attività aerobica vigorosa o un equivalente combinazione di intensità moderata e vigorosa durante la settimana (WHO, 2020). In ogni caso, sono accettabili anche livelli di attività fisica al di sotto delle raccomandazioni ma regolari perché comunque in grado di produrre benefici (De Mei B et al, 2028). Anche le persone in condizione di fragilità, cronicità o disabilità dovrebbero impegnarsi in qualche attività motoria regolare in base alle loro capacità, con ausilio di facilitazioni ed opportuni adattamenti, se necessari (WHO, 2020). La correzione della malnutrizione ed il contrasto alla sarcopenia potenziano gli effetti sulla salute del movimento attivo. La prescrizione dell'esercizio fisico dovrebbe essere ind
nutrizionali devono
specialista. Essi so
muscolare (Bauer J

AMBIENTE E T

La disponibilità di u
piste ciclabili e mar
attivamente camm
elettronici indossab
suggerimenti perso
(Schmidt LI et al, 2
vengano forniti con
politiche pubbliche
incentivi fiscali e p
complessivi.

Dopo un ricovero ospedaliero anche di breve durata o il riposo a letto, la sintesi di proteine muscolari si riduce del 30% nei soggetti anziani, con una perdita di 1 kg di massa muscolare in 3 giorni





GLI OSTACOLI ALLA DIFFUSIONE DEI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FISICA

Alcune ricerche svolte nelle persone anziane coinvolte in programmi di attività fisica, hanno individuato i seguenti ostacoli alla sua diffusione (Desveaux L et al, 2016; Jackman PC et al, 2023):

FATTORI PERSONALI
Mancanza di tempo
Mancanza di motivazione
Assenza di informazioni e confidenza con l'attività fisica/sportiva
Timore di danni per la propria condizione di malattia o disabilità
Mancanza di una persona di supporto

FATTORI AMBIENTALI E DI SISTEMA
Scarsità di informazioni
Assenza di programmi/palestre di prossimità
Costi elevati
Carenza o assenza di trasporti
Assenza di sostegno sociale per i fragili/cronici
Incostante disponibilità di istruttori qualificati per determinate condizioni patologiche
Assenza o discordanza di indicazioni da parte dei medici o personale sanitario

LE SOLUZIONI PROPOSTE DA HAPPYAGEING

COINVOLGIMENTO DELLE COMUNITÀ LOCALI E PROGRAMMI INTERGENERAZIONALI

Si devono incentivare le comunità locali ad organizzare eventi, festival e giornate dedicate all'attività fisica anche con programmi intergenerazionali che possono rafforzare i legami familiari e comunitari, favorendo il benessere fisico ed emotivo degli anziani.

CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE E PROGRAMMI DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Si tratta di uno degli elementi più importanti di promozione dell'attività fisica. Occorre: mettere in atto campagne di informazione e sensibilizzare la popolazione anziana e le famiglie sui benefici dell'attività fisica utilizzando i social media, TV e stampa; coinvolgere i MMG, le farmacie e gli specialisti in campagne informative per gli anziani soprattutto se fragili o in condizione di cronicità/disabilità; promuovere iniziative di aggiornamento professionale per i medici e gli operatori dei Servizi sociali dei Comuni, degli Ambiti sociosanitari; introdurre un insegnamento specifico nel corso di Laurea in Medicina; coinvolgere anche il mondo della scuola (es. PRP - Programmi regionali: "Scuole che promuovono Salute"). Infine, un target specifico di informazione/formazione sono i caregiver che possono incoraggiare l'anziano al movimento nella vita quotidiana, prevenire le cadute.

COLLABORAZIONE CON AZIENDE PRIVATE E SNELLIMENTO BUROCRATICO

Si devono coinvolgere aziende private, Fondazioni, ecc., attraverso sponsorizzazioni e partnership in programmi di attività fisica per anziani. È importante definire politiche specifiche di agevolazione degli iter burocratici autorizzativi e incentivi fiscali per le aziende che intendono investire in centri sportivi o palestre per l'attività fisica per gli anziani (es. PRP Programmi regionali "Salute nei luoghi di lavoro" e Responsabilità sociale d'impresa, concessione in uso gratuito delle palestre comunali per gruppi / associazioni anziani, etc.).

INCENTIVI FISCALI PER GLI UTENTI

È necessario prevedere incentivi fiscali (o altre forme di abbattimento costi, es. contributi da parte delle Regioni e dei Comuni) per favorire l'iscrizione delle persone anziane a programmi di attività fisica, abbonamenti a palestre e l'acquisto di attrezzature sportive, spese per i trasporti, acquisto di dispositivi indossabili, etc

DIFFONDERE CENTRI E PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FISICA DI PROSSIMITÀ

Bisogna favorire la diffusione di centro sportivi o palestre a livello capillare, sul territorio. Fornire l'opportunità ai Comuni ed alle associazioni locali di accedere a bandi di finanziamento per organizzare percorsi di cammino nel territorio della comunità.

ACCESSIBILITÀ: TRASPORTI E PROGRAMMI "ELASTICI"

È essenziale per gli anziani garantire un'efficace rete di trasporti pubblici che colleghi le aree residenziali ai centri di attività fisica ed ai percorsi di cammino. Pur essendo l'efficacia dei programmi di attività fisica per gli anziani legata alla regolarità di partecipazione, dovrebbe essere garantita una certa flessibilità negli orari senza clausole di frequenza troppo rigide, bensì adattandosi ai ritmi di vita dell'anziano e della sua famiglia (es. accudire i nipoti, ecc.).

USO DELLA TECNOLOGIA INDOSSABILE

È auspicabile permettere la diffusione dei dispositivi indossabili per l'automonitoraggio dei parametri dell'attività fisica con forme d'acquisto agevolato e con tecnologia user-friendly. Ciò favorisce la motivazione e promuove la partecipazione degli anziani ai programmi di attività fisica (es. semplice contapassi, etc.). Tali dispositivi possono essere utili anche ai medici per avere parametri fisiologici utili per il monitoraggio della salute dei propri pazienti.

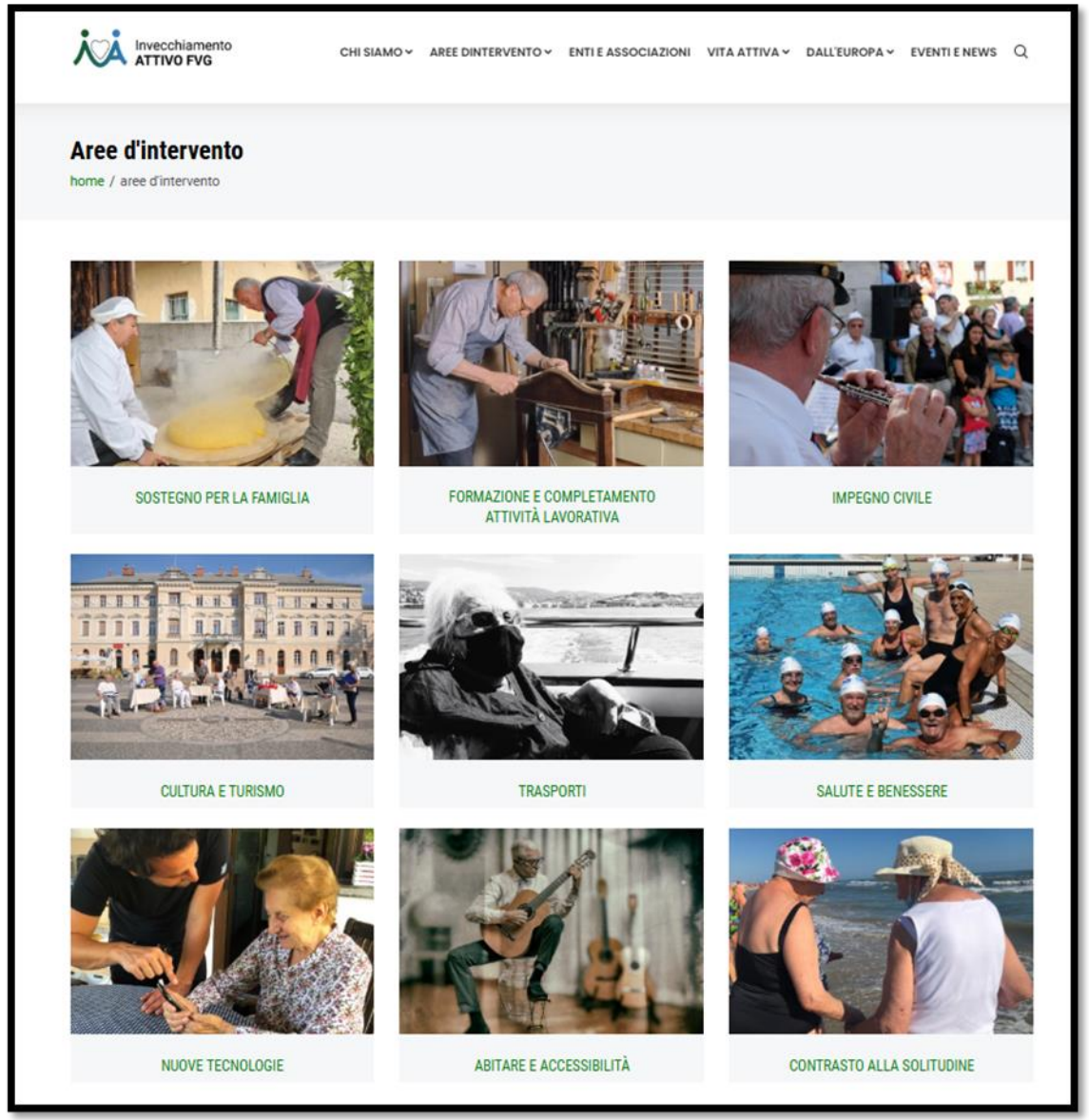
LE AZIENDE SANITARIE / DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE E RIABILITAZIONE GARANTI DI QUALITÀ

I Dipartimenti di Prevenzione e Riabilitazione delle Azienda sanitarie in collaborazione con le Direzioni regionali Salute, insieme ai Comuni e agli Ambiti sociosanitari (anche tramite le Federsanità ANCI ed ANCI regionali) e le Università, dovrebbero svolgere un ruolo di garanzia e coordinamento delle iniziative per l'attivazione e frequentazione dei percorsi di attività fisica. In tal modo verrebbe data garanzia di qualità sia per gli utenti che per la comunità. L'efficacia di tale approccio di coordinamento da parte dei sistemi sanitari è dimostrata da esperienze regionali come quelle realizzate in Friuli Venezia Giulia in attuazione del "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025" (Piano regionale di prevenzione del Friuli Venezia Giulia 2021-2025; Ministero della Salute, 2019; Piano di Indirizzo per la riabilitazione, 2011).

PROGETTI DI RICERCA E VALUTAZIONE

La ricerca, in collaborazione con l'Università, può rispondere ai quesiti ancora aperti ed esplorare le diverse esigenze individuali degli anziani, sviluppando programmi personalizzati e innovativi anche per gli anziani in condizione di fragilità, cronicità o disabilità. Una valutazione continua permette di adattare e ottimizzare le iniziative, garantendo che rispondano efficacemente ai bisogni della popolazione anziana (Del Fabbro T et al, 2023). Inoltre sviluppare la ricerca nell'ambito dei dispositivi elettronici di monitoraggio può migliorare il loro utilizzo e la qualità delle informazioni che fornicono.

Invecchiamento
ATTIVO FVG



FVG in Movimento
10mila PASSI di salute
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
WALKING LEADER
CONDUTTORE
GRUPPI DI CAMMINO

IL COMUNE DI BUJA E LA PRO BUJA
CON LA COLLABORAZIONE DEL VOLONTARIATO SOCIALE BUJESE
INVITANO TUTTI GLI ANZIANI DI BUJA ALLA
FESTA
DELLA TERZA ETA'
DOMENICA 12 OTTOBRE 2025
ALLE ORE 12.30

PERCORSI DI LONGEVITA'
CONVEGNI SEMINARI LABORATORI
Ciclo di incontri ed esperienze per promuovere regole semplici e pratiche con le quali sperimentare, in modo concreto, "buone abitudini" verso la longevità.
PERCORSI DI LONGEVITÀ
CONVEGNI SEMINARI LABORATORI
2025

L.R. N. 16/2019 "PROMOZIONE E VALORIZZAZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO E DELLA BUONA SALUTE" - A.D. N. 937 DEL 18-11-2019 "D.G.R. 2039 DEL 11-11-2019 - APPROVAZIONE LINEE GUIDA PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA IN TEMA DI INVECCHIAMENTO ATTIVO E AVVIO PROGETTO PILOTA.

PROGETTO ASL TARANTO: #AttivamenteAnziani

Rivolto a 150 residenti a Taranto tra i 65 e i 75 anni

Struttura del progetto

Il progetto si fonderà su tre attività principali:

1. valutazione del profilo e della qualità della vita e counselling nutrizionale;
2. attività fisica;
3. visione di opere cinematografiche.

1.Valutazione del profilo e della qualità della vita e counselling nutrizionale

È importante conoscere il profilo di salute generale e la qualità della vita della popolazione over 65 al fine di indirizzarlo a percorsi di salute e prevenzione. Questo obiettivo verrà perseguito tramite la somministrazione, a ciascun anziano che aderirà al progetto, del questionario PASSI d'Argento. PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanità Pubblica che raccoglie informazioni, dalla popolazione generale residente in Italia, su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili. PASSI d'Argento raccoglie anche informazioni su alcune condizioni peculiari della popolazione ultra65enne volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età, ma con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, a partire dalla definizione di "invecchiamento sano e attivo" voluta dall'OMS. I temi indagati in PASSI d'Argento sono molteplici e consentono di disegnare il profilo della popolazione ultra65enne centrato sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia *Active Ageing* dell'OMS: salute, partecipazione e sicurezza (5).

Inoltre, verranno effettuate:

- le misurazioni antropometriche (peso, altezza, circonferenza della vita e dei fianchi);
- misurazioni della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della saturazione di O2;
- la determinazione di glicemia, colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia mediante l'impiego di striscia reattiva;
- valutazione dello stato vaccinale ed eventuale vaccinazione concordata con il MMG.

Sulla scorta di tali valutazioni verrà valutato il profilo di salute generale dell'anziano e allo stesso tempo sarà offerta loro la possibilità di effettuare un counseling nutrizionale con personale competente del Dipartimento di Prevenzione afferente al Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione, al fine di ottenere informazioni e consigli sulla corretta alimentazione.

Personale coinvolto: operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione (Medici e Assistenti Sanitari/Infermieri, Dietisti).

2.Attività fisica

Questa parte del progetto rappresenta il punto di forza di #AttivamenteAnziani e nasce dalla possibilità di avere a disposizione uno spazio del Dipartimento di Prevenzione, ubicato nel in un quartiere centrale della città di Taranto, adibito a palestra, della grandezza di circa 80 metri quadrati, fornita di attrezzature valide per le varie attività sportive e provvista di adeguati spogliatoi, bagni e

docce (sia per uomini che per donne). Questa attività ved
ginnastica dolce, il ballo fitness, i gruppi di cammino, che
lunedì al sabato), della durata approssimativa di 50 minut
15 persone alla volta, garantendo una frequenza di almer

Personale coinvolto: esperti nella gestione di persone anz
semplici appartenenti a:

- organizzazioni sindacali confederali e dei pensiona
  rappresentanza delle persone anziane;
- associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, dei co
- enti del Terzo settore

3.Visione di opere cinematografiche

Al fine di contrastare la solitudine e di promuovere la soc
il progetto si caratterizza anche per la proiezione di opere
fascia di età. Studi recenti dimostrano, infatti, che la ci
terapeutica ed è diventata popolare e pervasiva. La sua e
dei partecipanti, nell'espressione, nella comprensione em
questo motivo è prevista la proiezione di un film a s
partecipare con eventuale e conseguente momento d
realizzazione di tale attività sarà possibile in quanto la nu
dispone anche di un auditorium con capienza di circa 70 p

Personale coinvolto: esperti nella gestione di persone anz
interventi educativi e sociali appartenenti a:

- organizzazioni sindacali confederali e dei pensiona
  rappresentanza delle persone anziane;
- associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, dei co
- enti del Terzo settore

Le **finalità** di questo progetto sono:

- Contribuire alla crescita di una cultura di inclusion
  promuovendo spazi aggregativi e iniziative che co
  motoria, sportiva e ludica, con ricadute positive si
- Divulgare iniziative di sensibilizzazione finalizzate
  dell'attività fisica per gli over 65 anche come mom
- Conoscenza delle norme comportamentali per ma
  psico-fisica generale;
- Tutela della salute, intesa come ricerca di equilibri

Uscita exit
rooms
ALLARME INCENDIO
JKFITNESS
JK107

spogliatoi changing

ASL Taranto
Dipartimento di Prevenzione
Direzione

ASL Taranto

Farmaci

Il 40 % degli anziani assume 4 o più farmaci diversi al giorno e solo il 33% dei medici è attento che il suo assistito assuma correttamente i farmaci.

Uso dei farmaci

	Italia n = 17468		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Nessun farmaco *	13.0	12.2	13.9
Uso di farmaci **			
1 farmaco	13.0	12.2	13.8
2 farmaci diversi	18.1	17.2	18.9
3 farmaci diversi	16.4	15.6	17.3
4 o più farmaci diversi	39.6	38.4	40.8

** Persone che dichiarano di non aver assunto farmaci nella settimana precedente l'intervista*
*** Persone che dichiarano di aver assunto uno o più farmaci diversi nella settimana precedente l'intervista*

Attenzione degli operatori sanitari

	Italia n = 16951		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci *	29.9	28.9	31.0

** Negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista*

Fonte: Passi d'Argento 2023-2024

Tabella 5.2 Prevalenza d'uso inappropriato di antibiotici tra i soggetti affetti da patologie infettive nel 2019

	Prevalenza d'uso inappropriato							
	Antibiotici *(qualsiasi categoria)*		FLU, CEF e MAC		CEF-I e FLU		FLU	
	Influenza, raffreddore, laringotracheite acuta		Faringite e Tonsillite acuta		Bronchite acuta*		Cistite non complicata*	
	%	Δ% 2019-2018	%	Δ% 2019-2018	%	Δ% 2019-2018	%	Δ% 2019-2018
Analisi geografica								
Nord	26,7	-3,3	27,0	-5,6	14,6	-26,3	20,9	-35,9
Centro	29,7	-15,4	25,6	-12,3	21,5	-26,4	26,5	-28,0
Sud	39,4	-3,2	35,0	1,4	33,3	-20,9	28,2	-17,8
Analisi per genere								
Maschi	28,9	-5,9	28,8	-5,3	23,2	-20,8	-	
Femmine	33,3	-4,9	30,8	-1,6	22,5	-25,5	25,5	-25,4
Analisi per età								
≤24	29,0	-9,7	29,8	-2,9	9,1	-24,8	16,8	-40,8
25-34	24,8	-8,1	28,3	2,9	15,0	-26,1	22,5	-30,3
35-44	26,3	-7,4	26,9	-9,1	16,8	-24,0	27,2	-17,3
45-54	27,8	-4,8	29,8	-1,7	19,3	-27,7	27,7	-19,9
55-64	31,7	-4,2	31,2	-6,6	21,8	-28,1	27,7	-27,1
65-74	43,8	-2,9	33,9	1,2	26,4	-20,0	-	-
≥75	44,4	-2,6	33,7	-1,2	29,6	-20,2	-	-
Totale	**31,3**	**-5,4**	**29,9**	**-3,2**	**22,8**	**-23,5**	**25,5**	**-25,4**

CEF: cefalosporine; CEF-I: cefalosporine iniettive; MAC: macrolidi; FLU: fluorochinoloni
** senza diagnosi di BPCO/asma registrata nel periodo precedente alla diagnosi di bronchite acuta*
** solo donne con età <65 anni e senza diabete mellito tipo 2*
La prevalenza di uso inappropriato di fluorochinoloni per cistite non complicata per pazienti donne età <50 anni e senza diabete mellito tipo 2 è 23,9% (Nord: 19,7%, Centro: 26,2%, Sud: 25,8%)

La prevalenza d'uso inappropriato degli antibiotici, soprattutto per patologie influenzali, è maggiormente presente nella popolazione anziana e ciò contribuisce ad incrementare quelli che sono i problemi dell'antibiotico resistenza

Uso dei farmaci

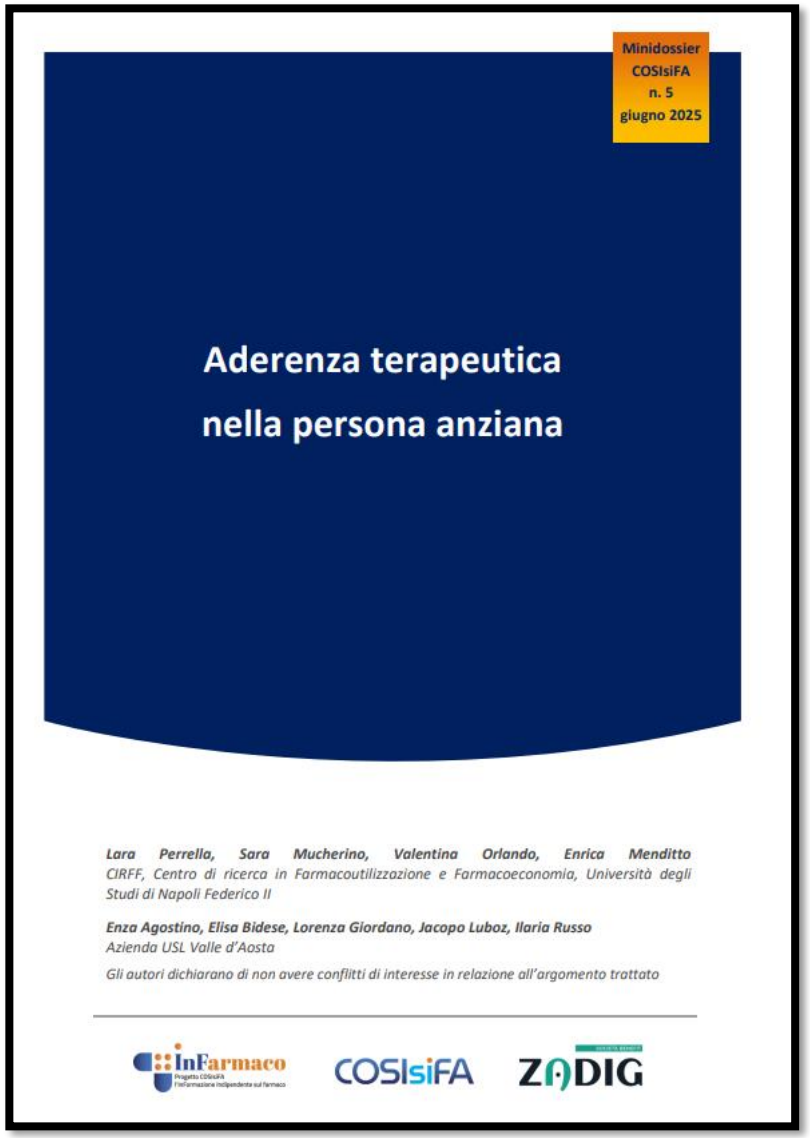
Nella popolazione anziana l'uso regolare di farmaci, e di più farmaci contemporaneamente, è frequente perché è alta la prevalenza di patologie croniche e di multimorbidità. In queste circostanze è molto importante l'uso consapevole dei farmaci e la compliance al piano terapeutico

Indicatori - Passi d'Argento 2023-2024

	Uso di farmaci *	Uso di 4 o più farmaci diversi **	Attenzione del medico alla corretta assunzione dei farmaci ***
Abruzzo	83.8	31.6	33.1
Basilicata	88.7	37.9	41.3
Calabria	86.8	38.5	29.7
Campania	87.0	43.2	39.9
Emilia Romagna	86.5	39.3	32.9
Friuli Venezia Giulia	85.6	35.2	26.1
Lazio	89.1	42.1	34.8
Liguria	86.8	37.6	42.2
Lombardia			
Marche	90.8	43.6	23.4
Molise	89.8	50.8	32.5
Piemonte	88.9	39.6	28.9
Provincia di Bolzano	83.3	32.3	19.9
Provincia di Trento	82.9	29.9	20.1
Puglia	84.6	38.2	28.0
Sardegna	85.5	37.4	21.2
Sicilia	87.2	36.3	39.1
Toscana	86.2	32.6	42.7
Umbria	89.7	42.5	37.8
Valle d'Aosta	84.5	44.1	23.6
Veneto	87.3	34.9	25.8
Italia	**87.2**	**38.9**	**33.0**

peggiore del valore nazionale simile al valore nazionale migliore del valore nazionale

** Persone che dichiarano di aver assunto farmaci nella settimana precedente l'intervista*
*** Persone che dichiarano di aver assunto almeno 4 farmaci diversi nella settimana precedente l'intervista*
**** Persone che riferiscono che il proprio medico ha controllato la corretta assunzione delle medicine negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista*



I dati

I dati dell'Osservatorio Nazionale sui Medicinali (OsMed) dell'AIFA evidenziano, nel nostro Paese, una scarsa aderenza alle terapie a lungo termine, soprattutto quelle per malattie polmonari come l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (51,0% dei casi), o il diabete con i farmaci antidiabetici (23,9% dei casi).[3] Inoltre, è stato osservato che solo il 53% dei pazienti ipertesi e circa il 43% dei pazienti in terapia con farmaci per ridurre i lipidi seguono regolarmente il trattamento prescritto. La bassa aderenza tende ad aumentare con l'età (quanto più si è anziani quanto meno si rispetterebbero le indicazioni date dal medico) ed è più frequente nelle donne rispetto agli uomini.[3]

L'OMS ha individuato cinque categorie di fattori che influenzano negativamente l'aderenza terapeutica,[4] fondamentali nella valutazione delle strategie di intervento:

1. fattori **socioeconomici**: oltre al reddito, un basso *status* socioeconomico è associato non solo a una minore aderenza, ma anche a un accesso ridotto ai servizi sanitari
2. fattori legati agli operatori sanitari e al **sistema sanitario**: visite troppo brevi, limitata educazione sulle terapie e mancato *follow up*, indisponibilità di una rete di supporto territoriale
3. fattori correlati alla **patologia**, specie la gravità dei sintomi, la rapidità di progressione della malattia e il grado di disabilità che ne consegue
4. fattori legati alla **terapia**, in particolare la complessità e la cronicità del trattamento, le modifiche frequenti alla terapia, la mancata percezione dell'efficacia clinica e la comparsa di effetti indesiderati
5. fattori legati al **paziente**, che includono le sue conoscenze e convinzioni sulla malattia e sul trattamento, le sue attitudini e le sue aspettative.

La scarsa aderenza terapeutica incide sulla salute del paziente e aumenta i costi sanitari, richiedendo trattamenti aggiuntivi e un maggior numero di ospedalizzazioni. Si è calcolato che in Europa la mancata aderenza alle terapie costi circa 125 miliardi di euro all'anno,[5] di cui circa 2 miliardi in Italia. Si stima che un ipotetico incremento dell'aderenza del 15% potrebbe ridurre i costi sanitari di oltre 18 miliardi in Europa e di 300 milioni in Italia, senza considerare il beneficio sociale. Pertanto investire in interventi volti a migliorare l'aderenza terapeutica è una strategia costo-efficace a lungo termine, capace di produrre significativi risparmi per la sanità e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

COS'È L'ADERENZA TERAPEUTICA?

È la collaborazione attiva del paziente nel seguire costantemente le indicazioni del medico sulle terapie da assumere.

LE INDICAZIONI DEL MEDICO SULLA TERAPIA RIGUARDANO:

- LA DURATA DI ASSUNZIONE (per quanto tempo assumere la terapia)
- LA DOSE DI ASSUNZIONE (che dosaggio assumere)
- LA FREQUENZA DI ASSUNZIONE (quando prendere le compresse nella giornata)

CONCETTO DI ADERENZA

Definizioni | **Le tre fasi[1]** | Metodi di valutazione | Scala di Morisky

Fig.1 Concettualizzazione dell'aderenza farmacologica[1]

Ps, prescrizione;

1. Schulz M, Laufs U. Not obtaining a medication the first time it is prescribed: primary non-adherence to cardiovascular pharmacotherapy. Clin Res Cardiol. 2024 Aug;113(8):1103-1116.

CONCETTO DI ADERENZA

Metodi di valutazione dell'aderenza famacologica in base all'accuratezza

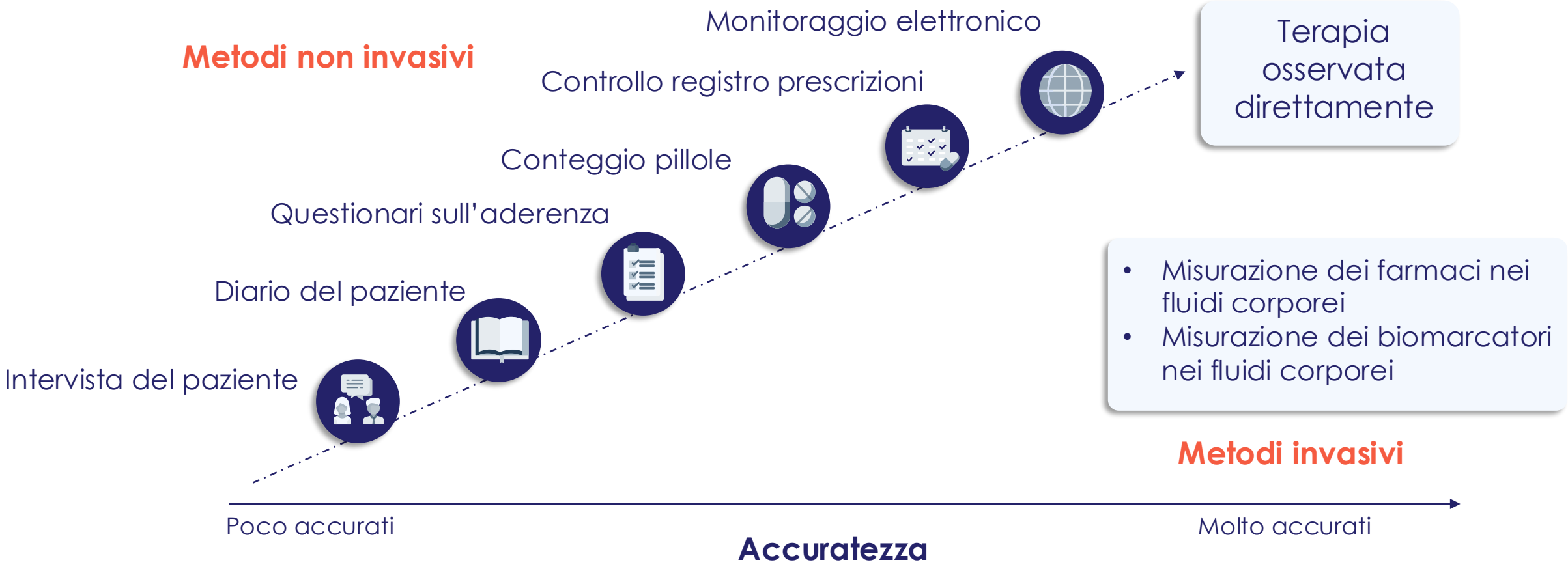


Fig.4 Metodi invasivi e non invasivi per misurare l'aderenza[1]

1. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. Front Pharmacol. 2017 Mar 1;8:100.

ADERENZA TERAPEUTICA NELL'IPERTENSIONE E NELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

I numeri della salute cardiovascolare

Malattie cardiovascolari: **principale causa di morte** in Italia (responsabili del 44% dei decessi)[1]

Ipertensione arteriosa: colpisce il **55-59% degli over 18 anni** in Italia (oltre 27 milioni di persone)[1]

Dislipidemia: **11,7 milioni di pazienti** dislipidemici in Italia[1]

Diabete: **3,2 milioni di pazienti** trattati[1,2]

Tante soluzioni terapeutiche efficaci a disposizione eppure…

Ipertensione arteriosa: il **43.4%** della popolazione ipertesa trattata ha valori pressori **≥140/80 mmHg**[3]

Ipercolesterolemia: il **60%** della pop. dislipidemica trattata risulta **non aderente ai trattamenti**[3]

Diabete: solo il **20% dei pazienti** trattati risulta essere **a target**[4]

1. Rapporto OsMed 2021.
2. Dati archivio ISTAT - https://www.istat.it/it/archivio/202600.
3. Rapporto OsMed 2020.
4. Annali AMD 2020 - https://www.sanita24.ilsole24ore.com/ - https://aemmedi.it/nuovi-annali-amd-2020/.

I numeri dell'aderenza in ambito cardiovascolare

- Secondo uno studio americano condotto su 55.081 adulti, screenati dal 1999 al 2018, solo il **6,8% presenta una salute cardiometabolica ottimale**[1].
- Tra i pazienti con malattie cardiovascolari, circa **1 su 2 non è aderente** e quindi non controllato[2].
- Da uno studio longitudinale condotto su 4.783 pazienti ipertesi in trattamento attivo, è emerso che **circa la metà interrompe la terapia entro 1 anno**[3].
- La **non persistenza** e la **scarsa aderenza** ai farmaci sono **comuni nelle popolazioni ipertese**[4].

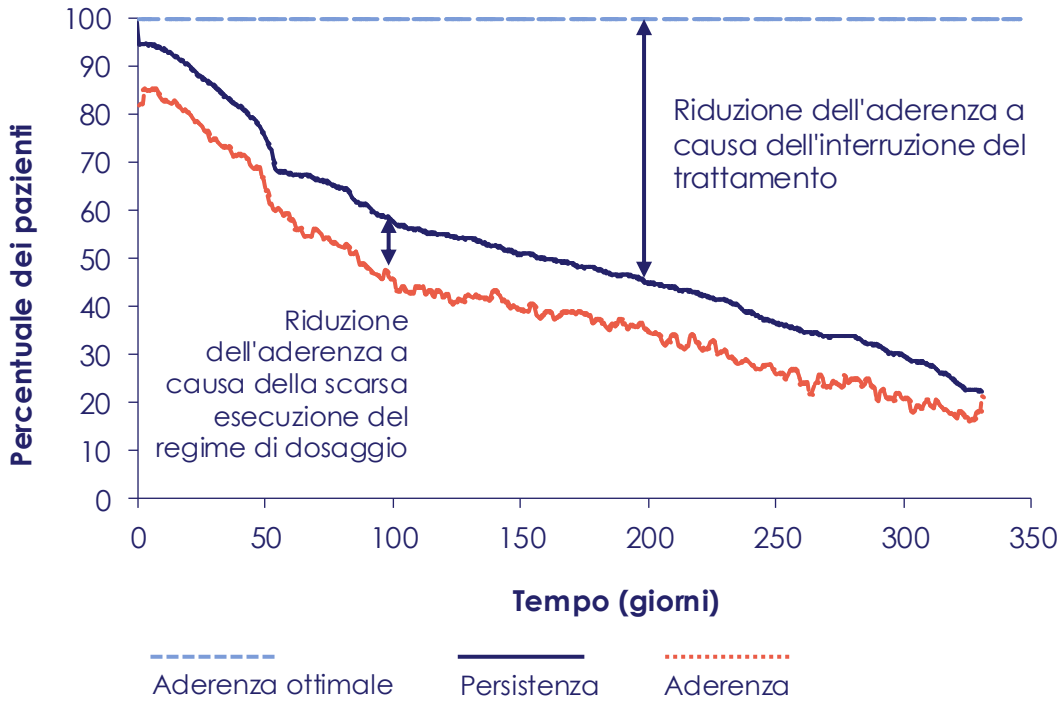


Fig.2 Corso temporale dei parametri di aderenza/compliance (esecuzione, persistenza)[3]

1. O'Hearn M, Lauren BN, Wong JB, Kim DD, Mozaffarian D. Trends and Disparities in Cardiometabolic Health Among U.S. Adults, 1999-2018. J Am Coll Cardiol. 2022 Jul 12;80(2):138-151.
2. Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, Damasceno A, Delles C, Gimenez-Roqueplo AP, Hering D, López-Jaramillo P, Martinez F, Perkovic V, Rietzschel ER, Schillaci G, Schutte AE, Scuteri A, Sharman JE, Wachtell K, Wang JG. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. Lancet. 2016 Nov 26;388(10060):2665-2712.
3. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. BMJ. 2008 May 17;336(7653):1114-7.
4. Tajeu GS, Kent ST, Huang L, Bress AP, Cuffee Y, Halpern MT, Kronish IM, Krousel-Wood M, Mefford MT, Shimbo D, Muntner P. Antihypertensive Medication Nonpersistence and Low Adherence for Adults <65 Years Initiating Treatment in 2007-2014. Hypertension. 2019 Jul;74(1):35-46.

BENEFICI DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

I benefici dell'aderenza terapeutica (1)

- Una buona aderenza è correlata ad un **migliore risultato sulla mortalità** rispetto all'utilizzo di nuovi trattamenti[1].
- I pazienti aderenti alla terapia cardiovascolare hanno un rischio relativo di sviluppare un evento cardiovascolare **inferiore del 20%**[2].
- Nel post infarto, i pazienti che aderiscono al trattamento hanno una **migliore sopravvivenza libera da eventi a 30 mesi**[3].
- Nel post infarto, i pazienti aderenti (da moderatamente a molto) dopo 120 giorni sono **meno ricoverati e muoiono meno**[4].

1. Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. Eur Heart J. 2014 Dec 7;35(46):3267-76.
2. Chowdhury R et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. Eur Heart J. 2013 Oct;34(38):2940-8.
3. Tuppin et al. Evidence-based pharmacotherapy after myocardial infarction in France: Adherence-associated factors and relationship with 30-month mortality and rehospitalization, Archives of Cardiovascular Diseases. 2010;103,6–7,363-375.
4. Mathews R et al. Early Medication Nonadherence After Acute Myocardial Infarction: Insights into Actionable Opportunities From the TReatment with ADP receptor iNhibitorS: Longitudinal Assessment of Treatment Patterns and Events after Acute Coronary Syndrome (TRANSLATE-ACS) Study. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015 Jul;8(4):347-56.

I benefici dell'aderenza terapeutica (2)

- I pazienti ipertesi aderenti presentano un **rischio di ospedalizzazione per ipertensione ridotto del 75%** rispetto ai pazienti ipertesi non aderenti[1].
- L'elevata aderenza ai farmaci antipertensivi è associata a una **riduzione del 28% del carico pressorio** rispetto ad una bassa aderenza[2].
- Una riduzione di 5 mmHg della pressione arteriosa sistolica riduce del **10% il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari maggiori**[3].
- L'aderenza al trattamento antipertensivo nei pazienti anziani è associata ad un **minor rischio di mortalità cardiovascolare** e sembra essere **protettiva**[4].

1. Will JC, Zhang Z, Ritchey MD, Loustalot F. Medication Adherence and Incident Preventable Hospitalizations for Hypertension. Am J Prev Med. 2016 Apr;50(4):489-499.
2. Li J, Zhang Z, Si S, Wang B, Xue F. Antihypertensive medication adherence and cardiovascular disease risk: A longitudinal cohort study. Atherosclerosis. 2021 Mar;320:24-30.
3. Canoy D, Nazarzadeh M, Copland E, Bidel Z, Rao S, Li Y, Rahimi K. How Much Lowering of Blood Pressure Is Required to Prevent Cardiovascular Disease in Patients With and Without Previous Cardiovascular Disease? Curr Cardiol Rep. 2022 Jul;24(7):851-860.
4. Rea F, Cantarutti A, Merlino L, Ungar A, Corrao G, Mancia G. Antihypertensive Treatment in Elderly Frail Patients: Evidence From a Large Italian Database. Hypertension. 2020 Aug;76(2):442-449.

IMPATTO E RISCHI DELLA NON ADERENZA

La non aderenza non intenzionale vs la non aderenza intenzionale[1]

Non si può assumere

Non aderenza non intenzionale
(es. Dimenticare assunzione, esaurimento dei farmaci)

↓

Capacità e risorse

↓

Ostacoli pratici

PROCESSO PASSIVO

VS

Non si vuole assumere

Non aderenza intenzionale
(es. interrompere/assumere meno farmaci perché ci si sente meglio, a causa degli effetti collaterali, per risparmiare denaro)

↓

Credenze motivazionali/preferenze

↓

Ostacoli percepiti

DECISIONE ATTIVA

1. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. Chest. 2006 Jul;130(1 Suppl):65S-72S.

Impatto della scarsa aderenza sull'ipertensione[1]

- **Controllo non ottimale** della pressione
- Più casi di **ipertensione severa**
- Maggiore **danno d'organo** mediato dall'ipertensione
- Più **ricoveri** e **morti** premature
- Più **visite in ambulatorio**
- **Riduzione della qualità della vita**
- **Aumento dei costi** di gestione dell'ipertensione

1. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. Circ Res. 2019 Mar 29;124(7):1124-1140.

I rischi della scarsa aderenza

- **Il 9,1% di tutti gli eventi cardiovascolari è attribuibile alla scarsa aderenza**, quando questa è circa del 40% nei pazienti ipertesi in trattamento[1].
- Una scarsa aderenza è associata ad un **maggior rischio di ospedalizzazione** per malattie cardiovascolari[2].
- Una scarsa aderenza alla terapia antipertensiva è associata ad un **aumento del rischio di sviluppare malattia coronarica**[3].
- Una scarsa aderenza è associata a una **maggiore mortalità per tutte le cause**[2].

1. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, Stricker B, Mendis S, Hofman A, Mant J, Franco OH. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. Eur Heart J. 2013 Oct;34(38):2940-8.
2. Kim S, Shin DW, Yun JM, Hwang Y, Park SK, Ko YJ, Cho B. Medication Adherence and the Risk of Cardiovascular Mortality and Hospitalization Among Patients With Newly Prescribed Antihypertensive Medications. Hypertension. 2016 Mar;67(3):506-12.
3. Perreault S, Dragomir A, Roy L, White M, Blais L, Lalonde L, Bérard A. Adherence level of antihypertensive agents in coronary artery disease. Br J Clin Pharmacol. 2010 Jan;69(1):74-84.

FATTORI CHE POSSONO INFLUENZARE L'ADERENZA

Fattori che influenzano l'aderenza alle terapie

5 domini della non aderenza[1]

Sociali ed economici
- Costo dei farmaci
- Reddito
- Mancanza di un'assicurazione sanitaria
- Condizioni di vita precarie
- Bassa cultura sanitaria
- Conoscenza della lingua

Correlati alla terapia
- Complessità del regime
- Durata della terapia
- Modifiche frequenti
- Effetti avversi

Correlati al paziente
- Età
- Sesso
- Motivazione e fiducia
- Benefici percepiti
- Rischi percepiti
- Conoscenza della malattia
- Disturbi cognitivi

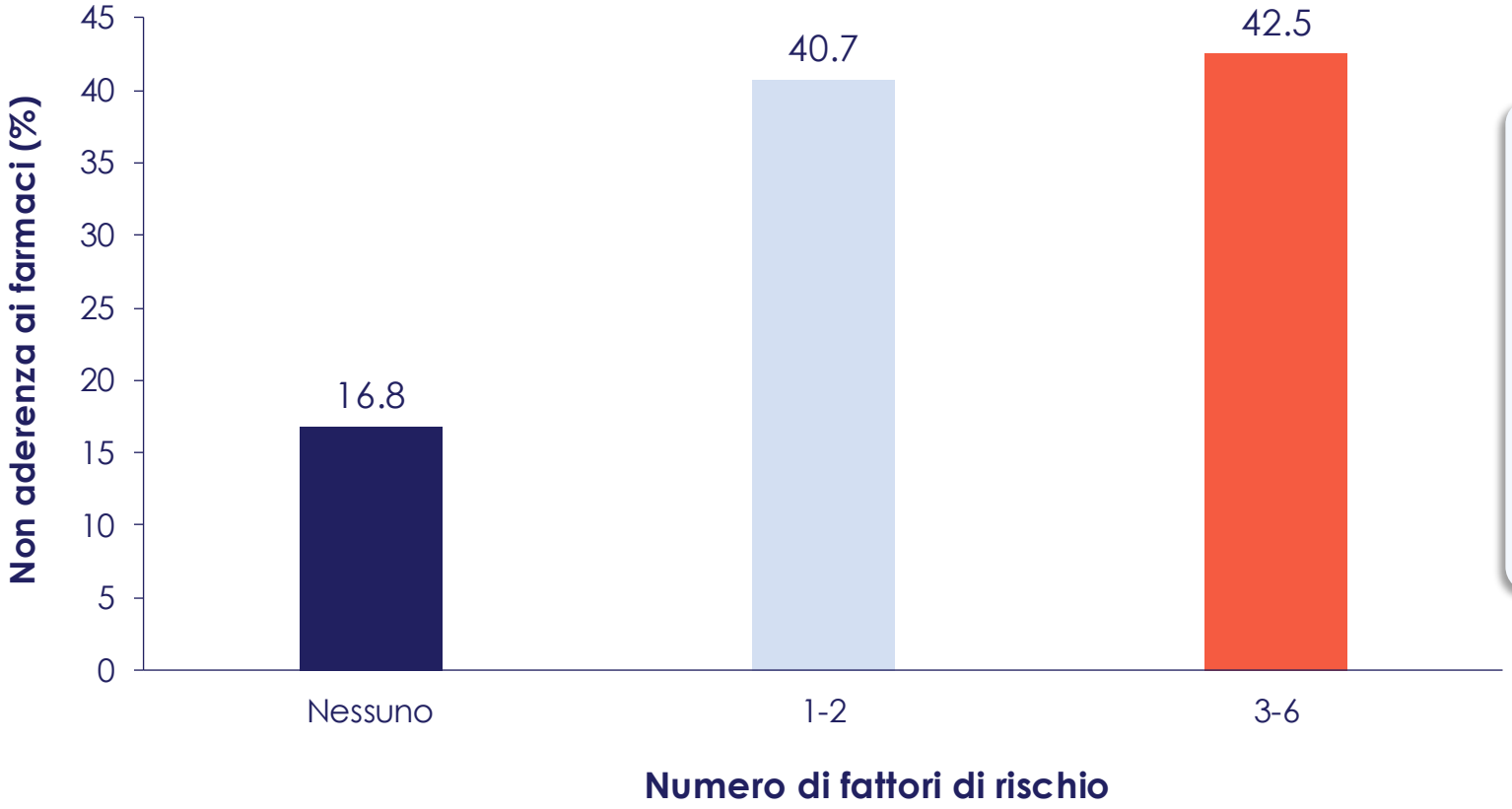
Correlati alla condizione
- Mancanza di sintomi
- Gravità dei sintomi
- Comorbidità
- Depressione

Sistema Sanitario
- Rapporto paziente-sistema sanitario
- Tempi di attesa lunghi
- Mancanza di continuità assistenziale

1. World Health Organization (WHO). 2003. Accessed 25 January 2024. Available at: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en.

Fattori che influenzano l'aderenza alle terapie

- La non aderenza ai farmaci aumenta con il numero dei **fattori di rischio sociale**[1].



Fattori di rischio sociale:

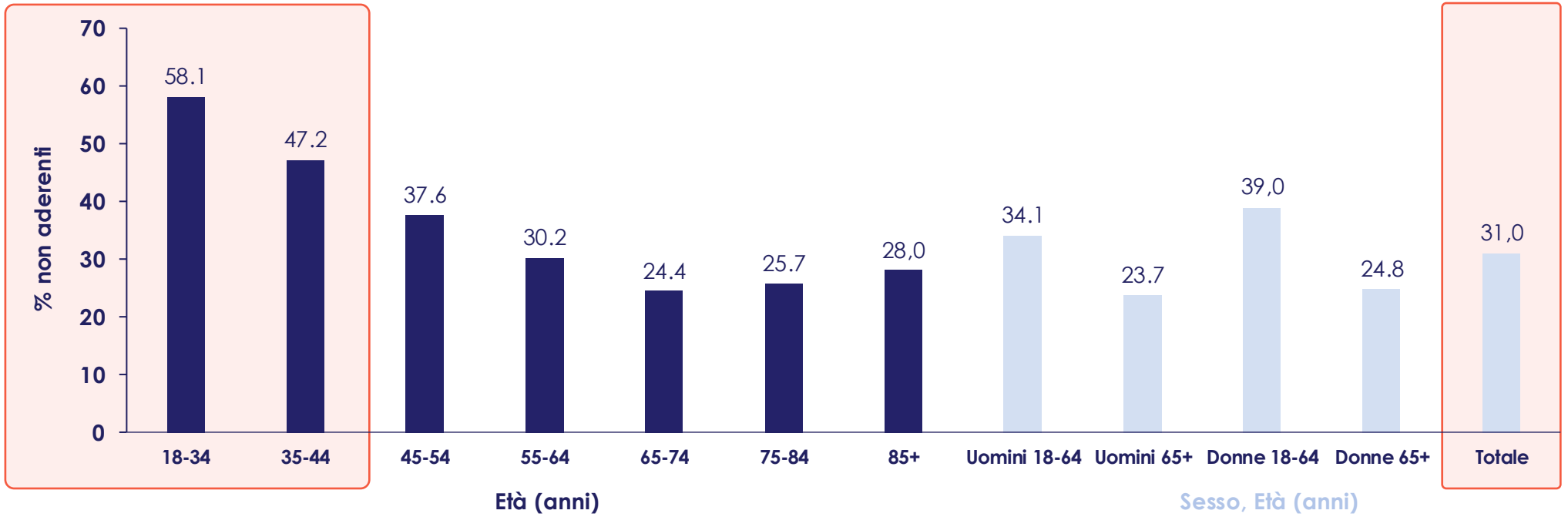
- Educazione
- Reddito
- Pressione finanziaria
- Stress cronico
- Supporto sociale
- Tensioni sociali

Fig.3 Non aderenza ai farmaci in base al numero di fattori di rischio sociale[1]

1. Oates GR, Juarez LD, Hansen B, Kiefe CI, Shikany JM. Social Risk Factors for Medication Nonadherence: Findings from the CARDIA Study. Am J Health Behav. 2020 Mar 1;44(2):232-243.

Fattori che influenzano l'aderenza alle terapie

- Le fasce d'età **più giovani** (18-44 anni) hanno la più alta **non aderenza** ai farmaci antipertensivi[1].



Adattata da Fig.2 Tassi di non aderenza ai farmaci antipertensivi per età e sesso[1]

- La non aderenza diminuisce con l'aumentare dell'età dei pazienti[1].

1. Chang TE, Ritchey MD, Park S, Chang A, Odom EC, Durthaler J, Jackson SL, Loustalot F. National Rates of Nonadherence to Antihypertensive Medications Among Insured Adults With Hypertension, 2015. Hypertension. 2019 Dec;74(6):1324-1332.

Fattori che influenzano l'aderenza alle terapie

- Il rischio di non aderenza aumenta con il **numero di farmaci** prescritti per abbassare la pressione sanguigna[1].

- In uno studio[2] che ha coinvolto 867 pazienti ipertesi **circa la metà era non aderente**, in particolare:
  - **12,7%** era non aderente a qualche (almeno uno) trattamento antipertensivo
  - **34,9%** risultava non aderente all'intero regime farmacologico antipertensivo

Caratteristiche del *«paziente non aderente ad uno dei trattamenti»:*

- Età <65 anni
- Numero di trattamenti prescritti
- Reddito disponibile

Caratteristiche del *«paziente non aderente* a tutti i trattamenti»:

- «Nuovo» paziente
- Numero di trattamenti prescritti
- In cura presso un MMG più che da uno specialista

MMG, medico di medicina generale;

1. Gupta P, Patel P, Štrauch B, Lai FY, Akbarov A, Marešová V, White CMJ, Petrák O, Gulsin GS, Patel V, Rosa J, Cole R, Zelinka T, Holaj R, Kinnell A, Smith PR, Thompson JR, Squire I, Widimský J Jr, Samani NJ, Williams B, Tomaszewski M. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. Hypertension. 2017 Jun;69(6):1113-1120.
2. Hedna K, Hakkarainen KM, Gyllensten H, Jönsson AK, Andersson Sundell K, Petzold M, Hägg S. Adherence to Antihypertensive Therapy and Elevated Blood Pressure: Should We Consider the Use of Multiple Medications? PLoS One. 2015 Sep 11;10(9):e0137451.

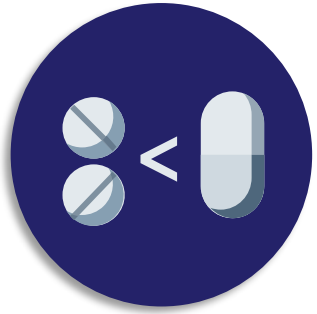
APPROCCI PER MIGLIORARE L'ADERENZA DEI PAZIENTI ALLA TERAPIA ANTIPERTENSIVA

L'aderenza è un fattore di rischio sottovalutato ma modificabile

Approcci per migliorare l'aderenza alla terapia antipertensiva

Ogni paziente potrebbe essere potenzialmente non aderente[1]

- **Combattere la non aderenza nella routine**
- Comprendere i **fattori chiave** della non aderenza
- **Adattare la soluzione** al problema



Semplificare il regime farmacologico, favorire l'uso di SPC

App per smartphone

SMS/Messaggi di testo

Interviste Motivazionali

Flaconi "intelligenti" per le compresse

SPC, Single Pills Combination;

1. Elmasry M. *Strategies to improve adherence to antihypertensive medication*. 2021. available at: https://fr.slideshare.net/magdyelmasry1422/strategies-to-improve-adherence-to-antihypertensive-medication.

Approcci per migliorare l'aderenza alla terapia antipertensiva

- L'uso di **App** per la gestione dell'ipertensione può portare a un aumento dell'aderenza e a un miglioramento della pressione arteriosa rispetto all'assistenza abituale o all'automisurazione della pressione[1].
- Le funzioni più comuni delle App sono la registrazione della pressione arteriosa, il promemoria dei farmaci e l'avviso di valori anomali[1].

- Pazienti ipertesi che ricevono **SMS** come promemoria all'assunzione dei farmaci e a uno stile di vita sano hanno mostrato una migliore aderenza ai trattamenti rispetto ai pazienti che non li ricevono[2].

1. Xu H, Long H. The Effect of Smartphone App-Based Interventions for Patients With Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 2020 Oct 19;8(10):e21759.
2. Varleta P, Acevedo M, Akel C, Salinas C, Navarrete C, García A, Echegoyen C, Rodriguez D, Gramusset L, Leon S, Cofré P, Retamal R, Romero K. Mobile phone text messaging improves antihypertensive drug adherence in the community. J Clin Hypertens (Greenwich). 2017 Dec;19(12):1276-1284.

Approcci centrati sul paziente per migliorare l'aderenza[1]

1. Krakauer M, Flores M, Lima RVN, Sachetti LA. The Role of Digital Technology and New Strategies in Engagement and Adherence Among Patients With Cardiometabolic Disease. Int J Cardiovasc Sci 2023;36:e20230126.

TAKE HOME MESSAGES[1]

Patologie croniche silenti:

- Fondamentale il **controllo dei fattori di rischio** (PA, LDL-c, glicemia, ecc.)
- La **gestione per ridurre morbilità**, ricoveri e costi
- Obiettivo deve essere **evitare l'escalation della dose e/o l'aggiunta di trattamenti** o esami non necessari

Possiamo intervenire così

- **Concordare più che imporre** un regime farmacologico, sviluppandolo **su misura per il paziente**
- **Riportare le istruzioni verbali per iscritto** in maniera leggibile
- **Rivedere regolarmente la terapia** per minimizzare la «polifarmacia» (collaborare con il farmacista)
- **Incoraggiare l'auto-monitoraggio** e l'utilizzo di strumenti **e tecnologie utili a ricordare la terapia**
- **Fornire informazioni chiare sugli effetti collaterali** più comuni e discutere le strategie di gestione di quest'ultimi
- **Coinvolgere il partner o altri membri del nucleo familiare o l'eventuale caregiver** nel trattamento del paziente
- **Semplificare il regime di dosaggi** e considerare dove possibile l'utilizzo di combinazioni fisse

PA, pressione arteriosa; **LDL,** lipoproteine a bassa densità;

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104.

Utilizzare un'**"agenda delle pillole"**
o un'agenda della terapia farmacologica è una strategia efficace, specialmente se integrata con strumenti pratici

COMUNI E COMUNITÀ PER L'ADERENZA TERAPEUTICA
UNA ALLEANZA PER LA SALUTE PUBBLICA

Evento di lancio della

Campagna sull'Aderenza Terapeutica per gli Over 65

30.09.2025

Sala Conferenze ANCI - Via dei Prefetti, 46 - Roma

Obiettivi della campagna:

- Migliorare l'aderenza terapeutica su tutto il territorio italiano.
- Coinvolgere over 65, professionisti sanitari, ASL e amministrazioni comunali.
- Offrire supporto pratico attraverso materiali informativi e digitali.
- Premiare le migliori iniziative locali di sensibilizzazione sull'aderenza terapeutica con la challenge HappyAgeing.

COMUNI E COMUNITÀ PER L'ADERENZA TERAPEUTICA
UNA ALLEANZA PER LA SALUTE PUBBLICA

Evento di lancio della
Campagna sull'Aderenza Terapeutica per gli Over 65

30.09.2025
Sala Conferenze ANCI - Via dei Prefetti, 46 - Roma

PROGRAMMA

Modera: Tonia Cartolano, Caporedattrice Sky TG24

10.00 APERTURA DEI LAVORI
Gaetano Manfredi*, Presidente ANCI - Associazione Nazionale Comuni Italiani
Giovanni Iacono, Vicepresidente Vicario Federsanità - Confederazione delle Federsanità Anci Regionali
Francesco Macchia, Direttore HappyAgeing

10.10 L'IMPEGNO DEL MINISTERO PER L'ADERENZA TERAPEUTICA
On. Marcello Gemmato*, Sottosegretario di Stato alla Salute

10.20 LECTIO MAGISTRALIS: LE CONSEGUENZE DI UNA BASSA ADERENZA ALLE TERAPIE
Pierluigi Russo*, Direttore Tecnico-Scientifico AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

10.40 RICORDATI DI STARE BENE: LA CAMPAGNA SULLA ADERENZA TERAPEUTICA
Francesco Macchia, Direttore HappyAgeing
Fabrizio d'Alba, Presidente Nazionale Federsanità - Confederazione delle Federsanità Anci regionali

11.00 TAVOLA ROTONDA - LA DIMENSIONE TERAPEUTICA DELL'ADERENZA ALLE CURE
Intervengono
Enrica Menditto*, Professore di Farmacoeconomia, Università degli Studi di Napoli Federico II e Coordinatore attività di ricerca CIRFF - Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione, Università degli Studi di Napoli Federico II
Giovanni Capelli, Direttore CNaPPS - Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute - ISS
Marco Marchetti, Direttore Unità Operativa Complessa HTA, AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Michele Conversano, Presidente C.T.S. HappyAgeing
Massimo Volpe, Presidente SIPREC - Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare
Graziano Onder, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Geriatriche e Ortopediche, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Walter Marrocco*, Responsabile Scientifico FIMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

12.00 TAVOLA ROTONDA - LA DIMENSIONE ORGANIZZATIVA DELL'ADERENZA TERAPEUTICA
Intervengono
Francesco Saverio Mennini, Capo Dipartimento della Programmazione, dei Dispositivi Medici, del Farmaco e delle Politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute
Elisa Sangiorgi*, Dirigente Area Governo del Farmaco e dei Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna
Sen. Francesco Zaffini*, Presidente X Commissione "Affari Sociali, Sanità, Lavoro Pubblico e Privato, Previdenza Sociale", Senato della Repubblica
Sen. Ylenia Zambito*, Commissione X "Affari Sociali, Sanità, Lavoro Pubblico e Privato, Previdenza Sociale", Senato della Repubblica
On. Ilenia Malavasi, Commissione XII "Affari Sociali", Camera dei Deputati
On. Marta Schifone*, Commissione XII "Affari Sociali, Camera dei Deputati
Luca Pieri, Presidente A.S.SO.FARM. - Associazione delle Aziende e Servizi Socio - Farmaceutici
Giovanni Petrosillo, Presidente Federfarma Sunifar - Sindacato Unitario Farmacisti Rurali e Vicepresidente Federfarma - Federazione Nazionale Unitaria dei Titolari di Farmacia Italiani
Francesco Caroli, Coordinatore Nazionale Rete città Sane - OMS
Viviana Ruggieri, External Relations, Market Access & Regulatory Director, Servier Group Italia
Alessandro Canelli, Presidente IFEL - Fondazione ANCI e Sindaco di Novara
Rosario Cavallo, Segretario Nazionale FAP-ACLI

13.00 CONCLUSIONI

*In attesa di conferma

ROMA

Roma aderisce alla campagna “Ricordati di Stare Bene”

Tematica: Salute - Sociale

17 febbraio 2026

Invecchiare bene, invecchiare in salute

Prevenzione
Invecchiamento Attivo