



Meet the Expert SIGG-AGE

LE DIMISSIONI DIFFICILI

14 Dicembre 2023 ore 08:30-09:10

*Il paziente geriatrico complesso
nei reparti per acuti*

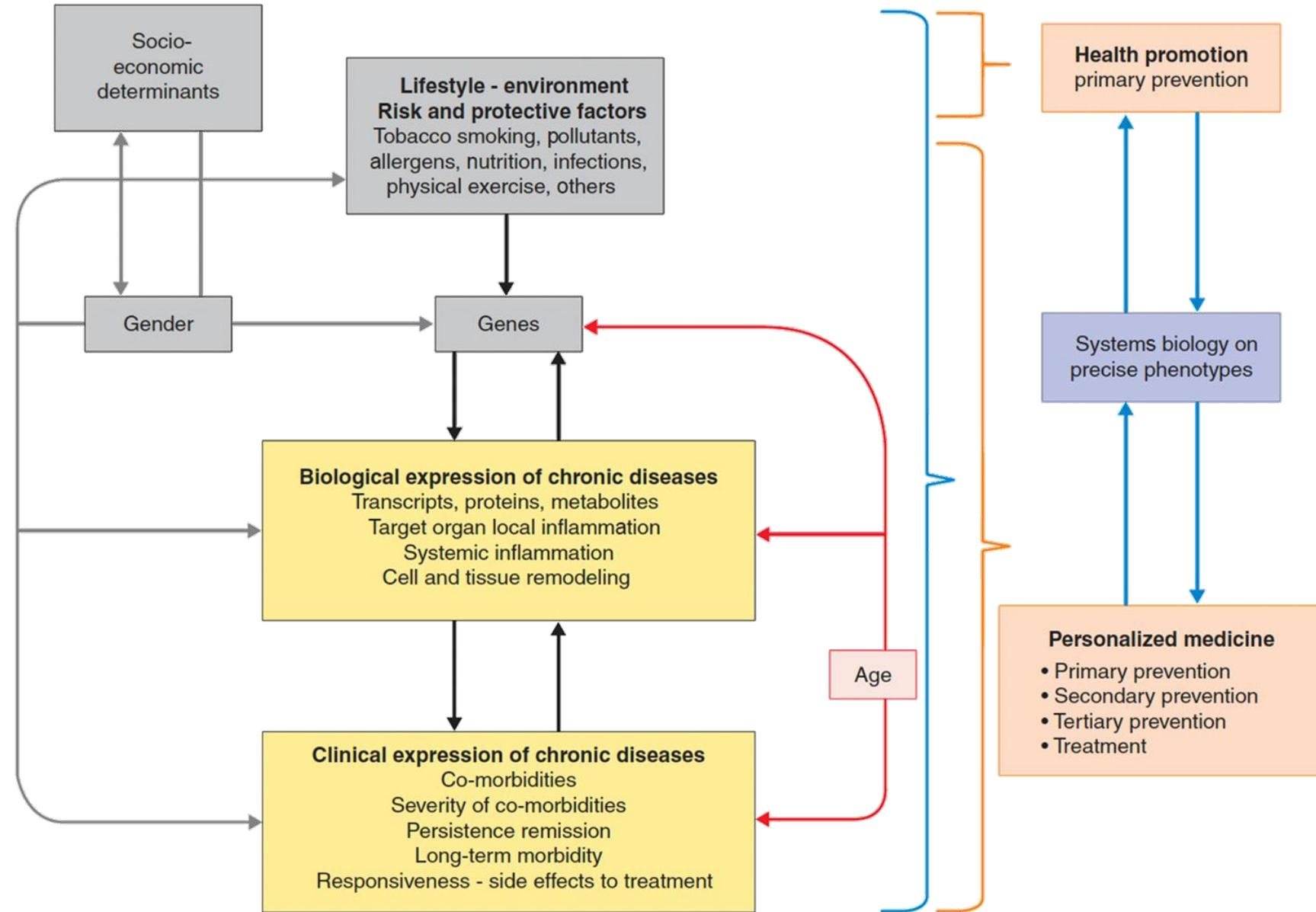
*Graziamaria Corbi, MD, PhD
Dip. Scienze Mediche Traslazionali
Università Federico II di Napoli*



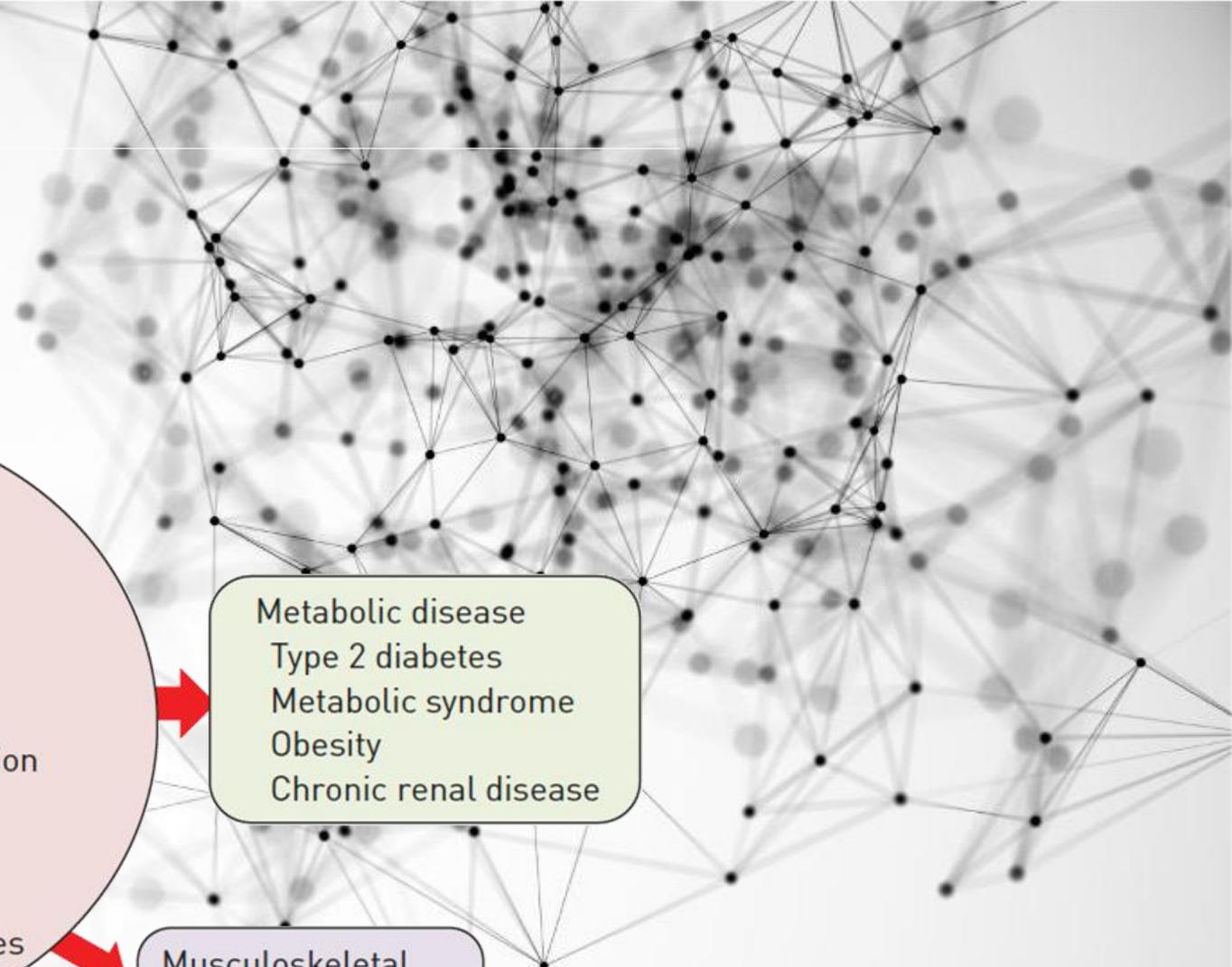
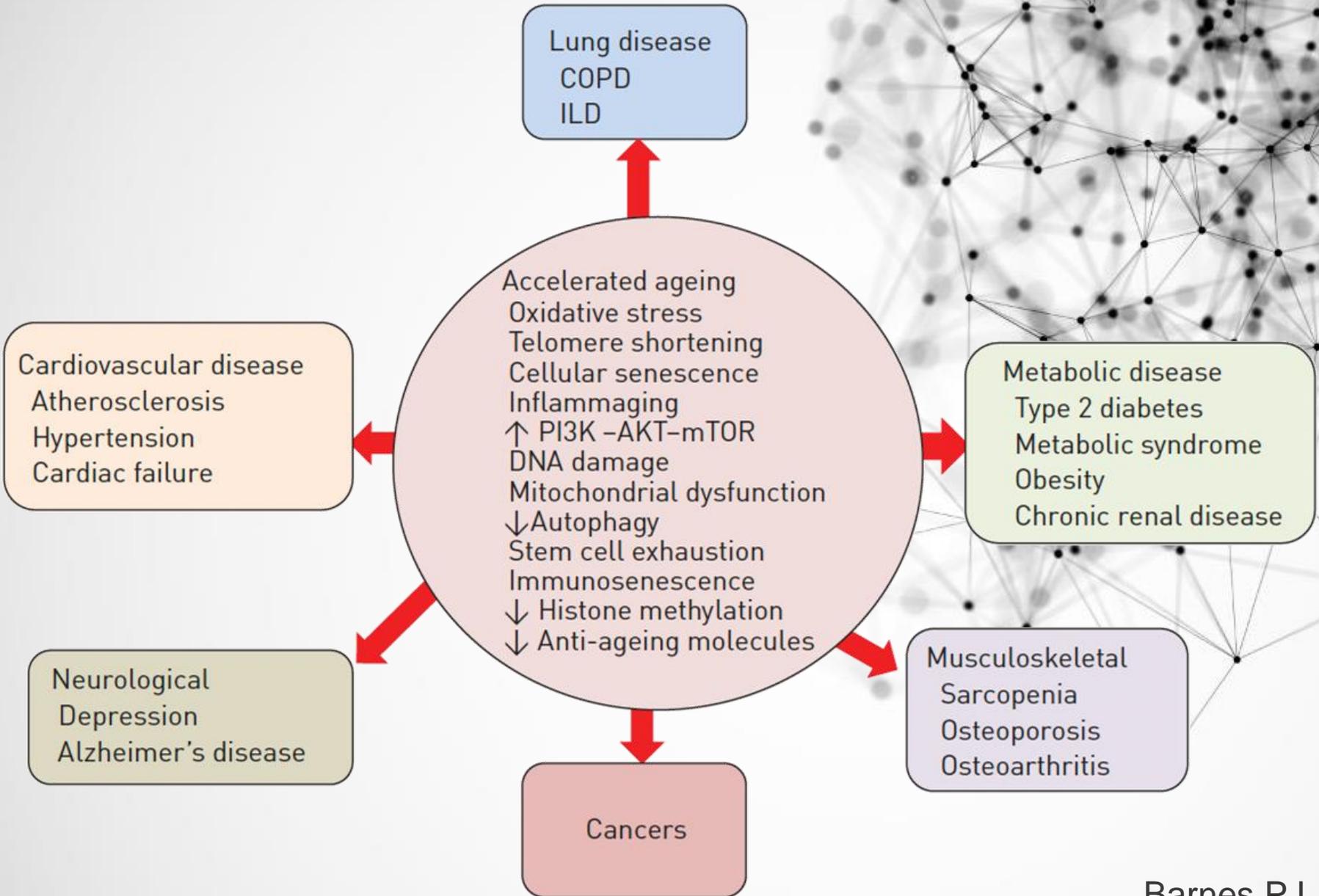
Chi è il paziente geriatrico?

*...pensa al più anziano, al più malato,
al più disabile, al più complesso,
insomma al più fragile dei tuoi pazienti*

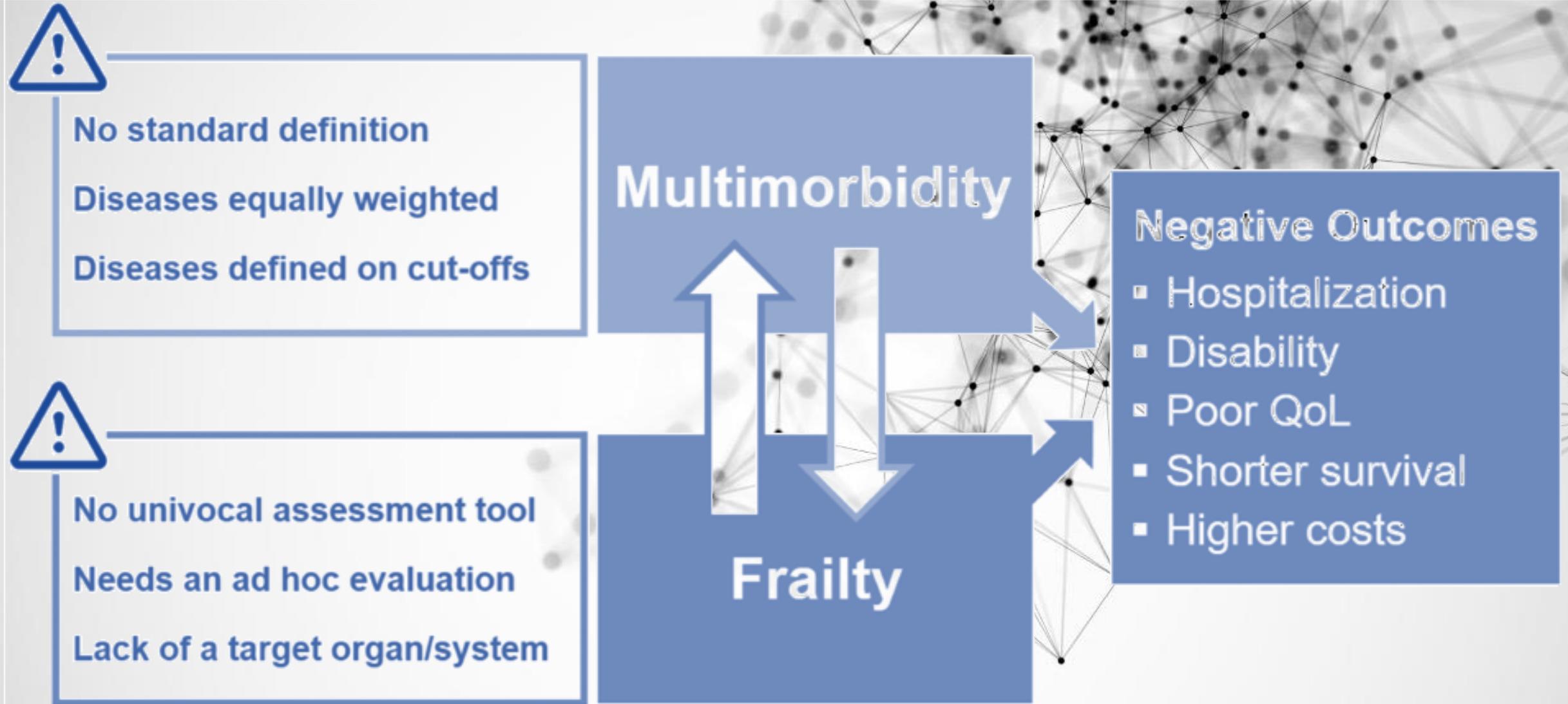
Determinanti di un fenotipo complesso



Biological mechanisms of multimorbidity.



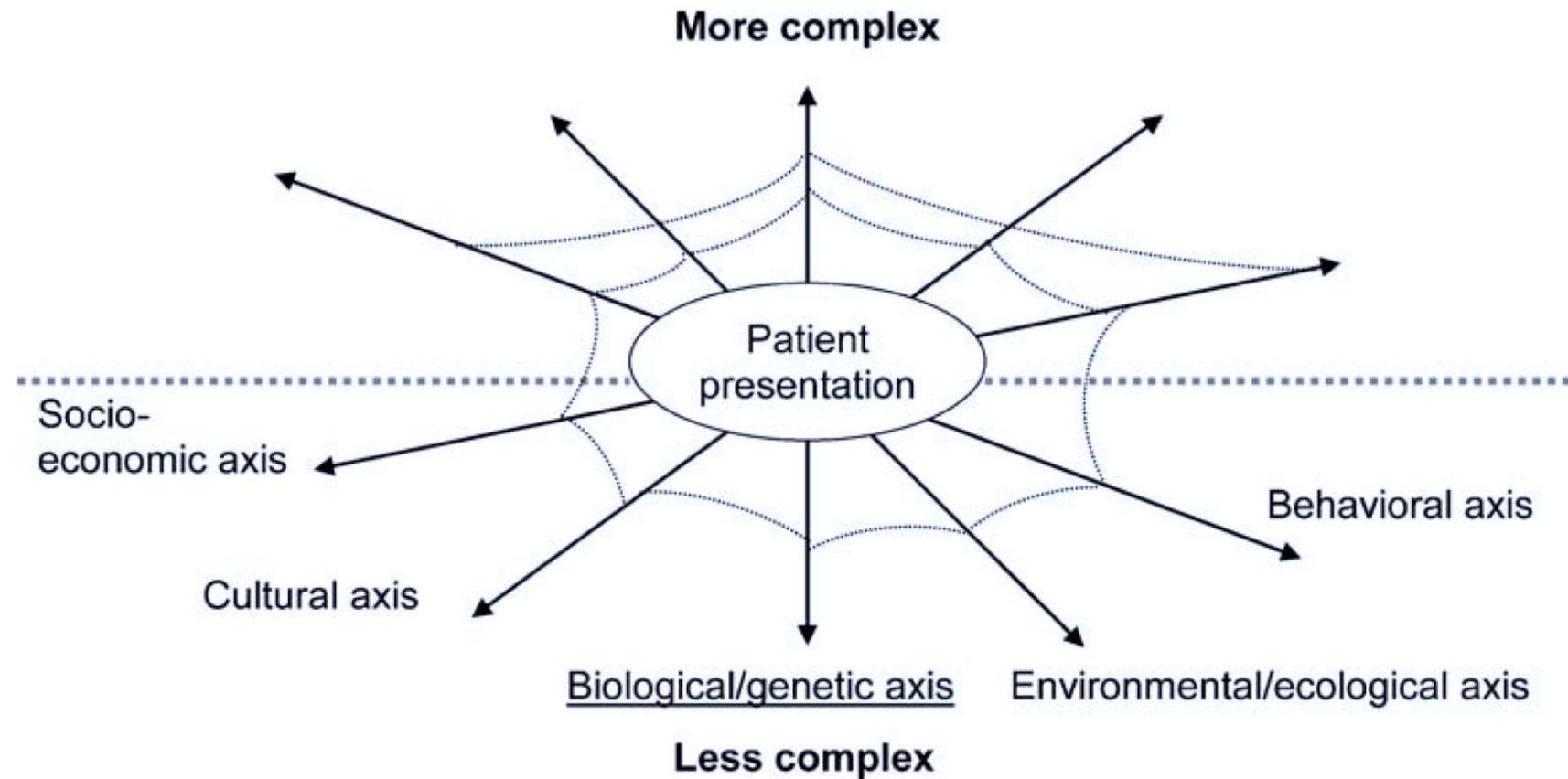
Multimorbidity and frailty: two constructs with close relationship, similar consequences and equal challenges



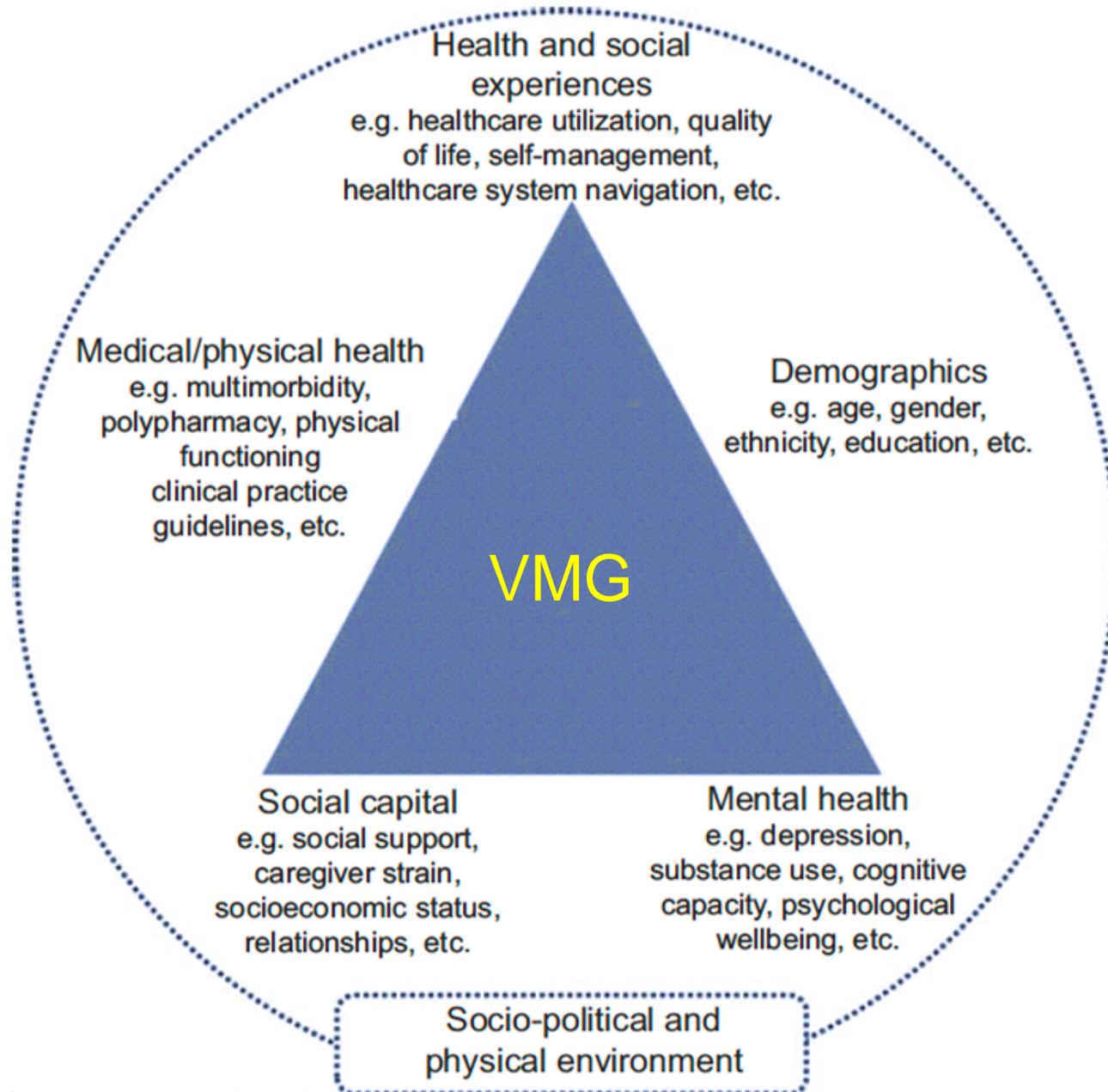
ORIGINAL ARTICLES

Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity

Monika M. Safford, MD^{1,2}, Jeroan J. Allison, MD, MSc², and Catarina I. Kiefe, PhD, MD^{1,2}



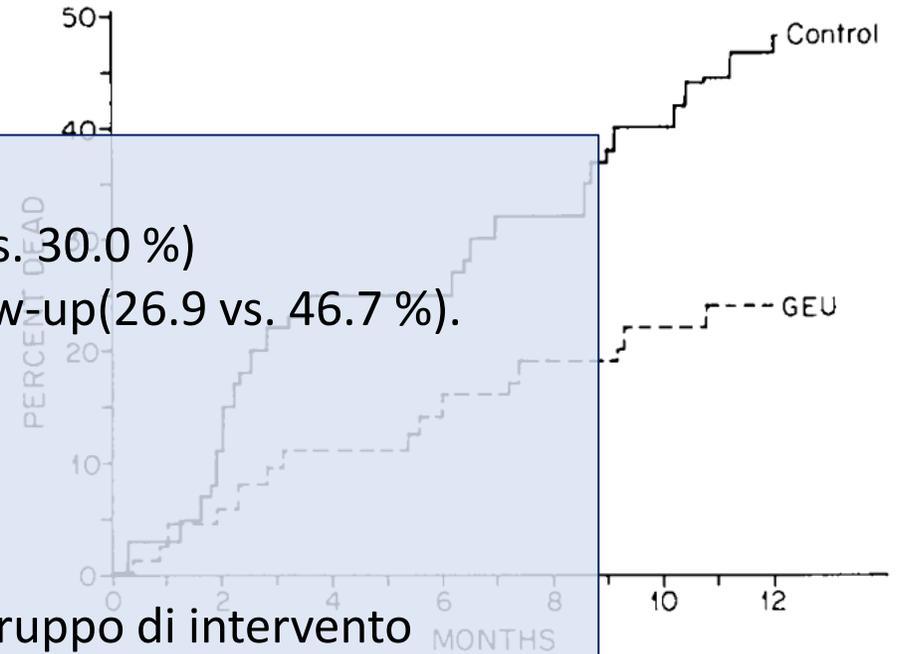
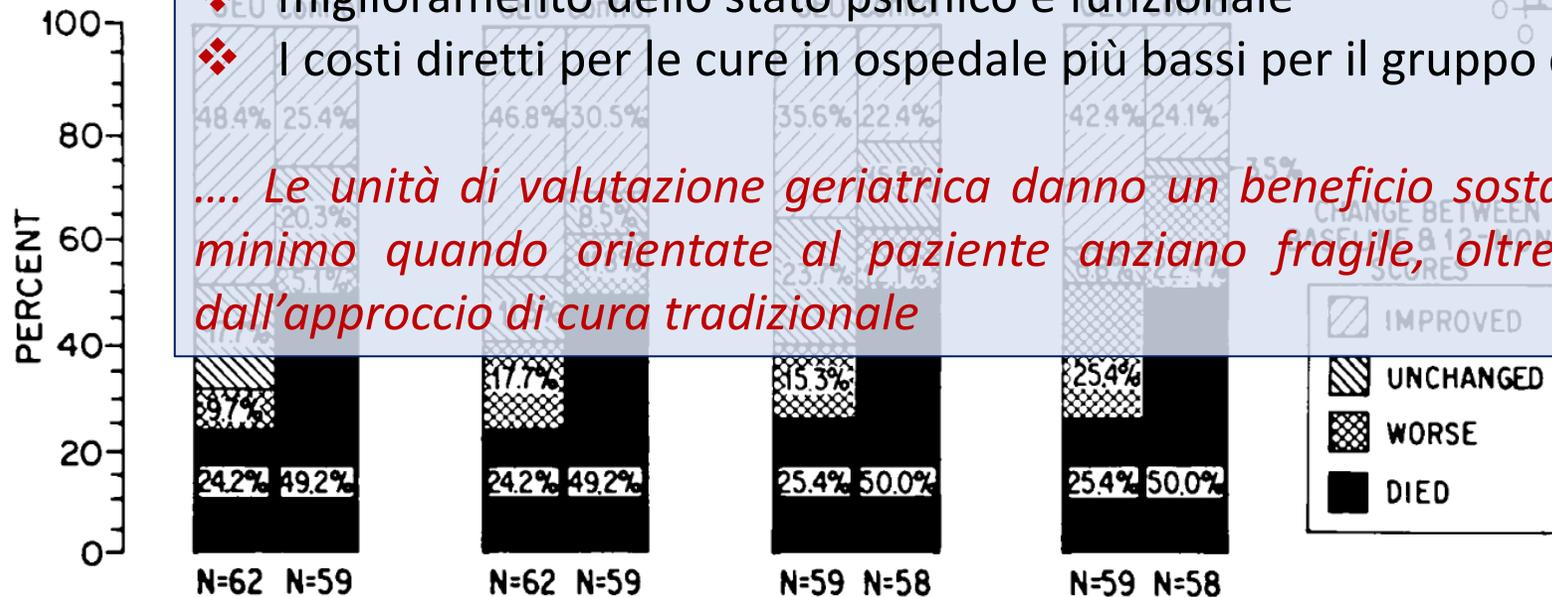
The Complexity Framework showing five health dimensions



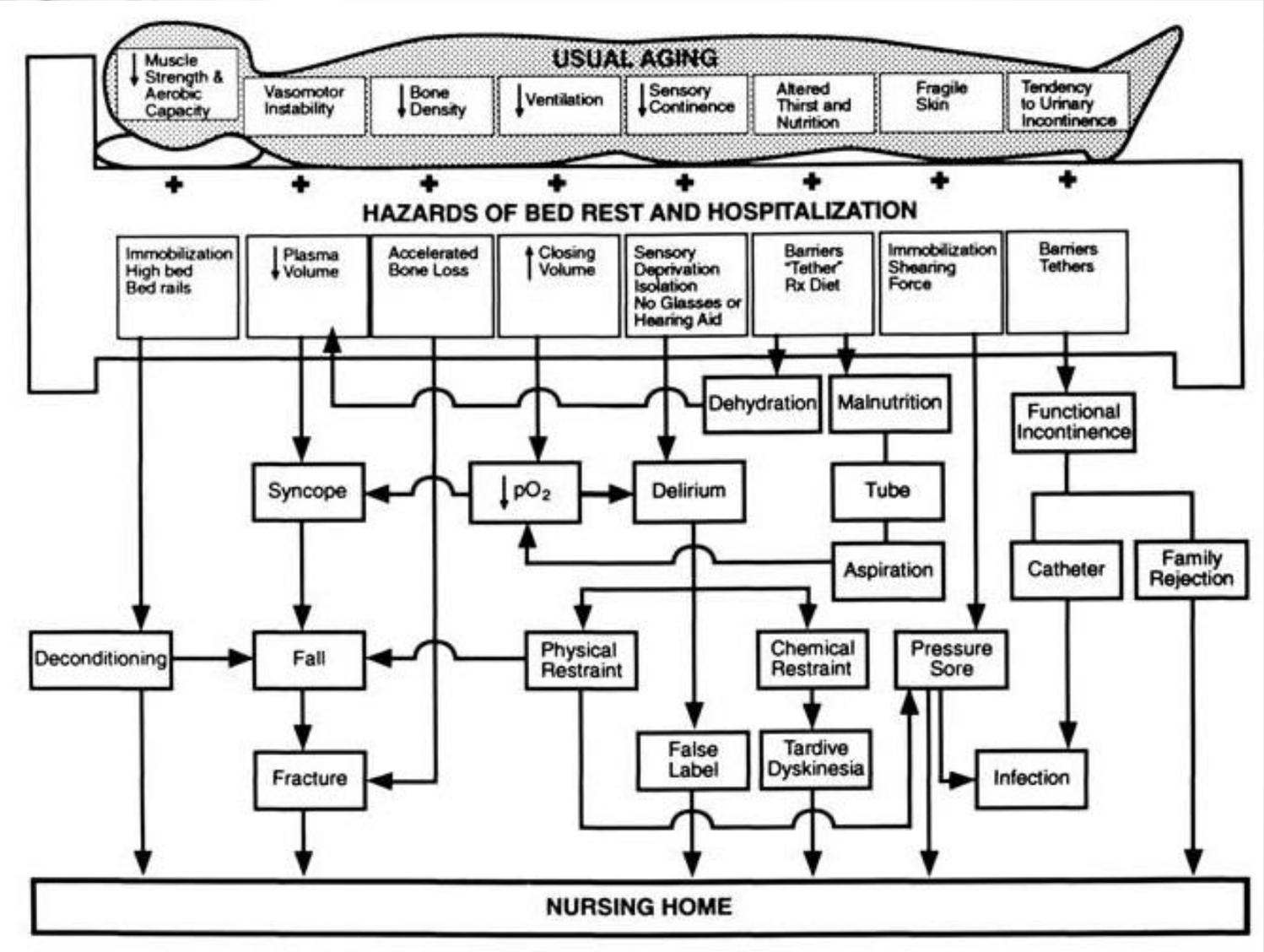
Effetti della VMD sul paziente anziano fragile

- ❖ mortalità più bassa ad 1 anno (23.8 vs. 48.3 %)
- ❖ minore necessità di ricovero in nursing home (12.7 vs. 30.0 %)
- ❖ minore permanenza in nursing home durante il follow-up (26.9 vs. 46.7 %).
- ❖ minore durata di ricovero in fase acuta
- ❖ minore durata di ricovero in nursing-home
- ❖ minore reospedalizzazione in ospedali per acuti
- ❖ miglioramento dello stato psichico e funzionale
- ❖ I costi diretti per le cure in ospedale più bassi per il gruppo di intervento

.... Le unità di valutazione geriatrica danno un beneficio sostanziale con un costo minimo quando orientate al paziente anziano fragile, oltre i benefici ottenuti dall'approccio di cura tradizionale



The cascade to dependency



Creditor MC. *Annals of Internal Medicine*. 1993;118:219-223.



Efficacy of acute care pathways for older patients: a systematic review

Table 1 Eligibility criteria of the study

Inclusion criteria

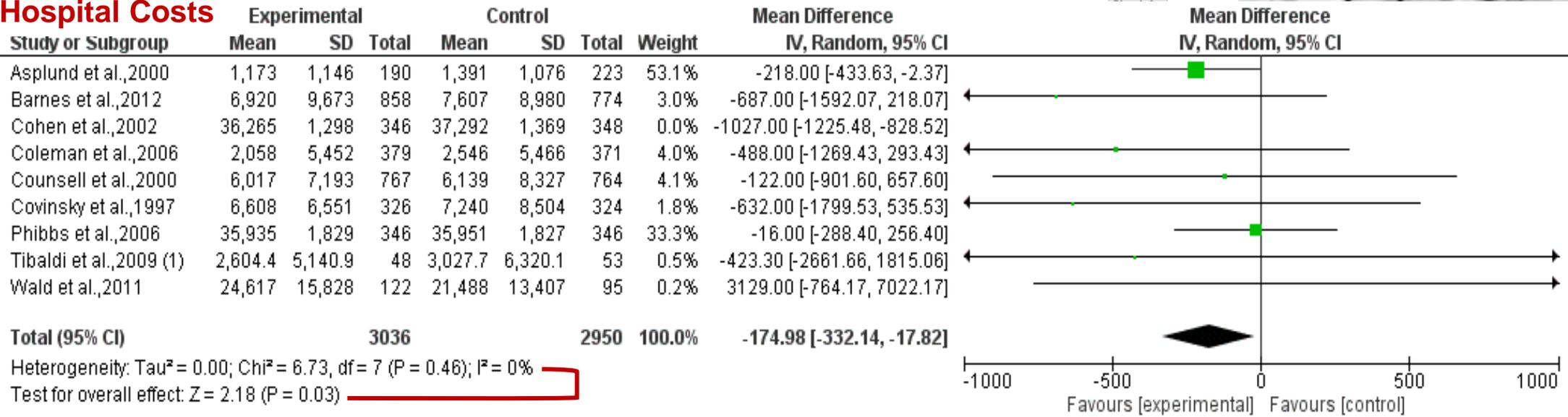
Randomized Control Trials
Publications in the English language
Studies published from 1995 to 2021
Peer-reviewed studies
Patients aged 65 + years
Studies comparing acute older person-specific models with conventional care
Acute unplanned and unscheduled admissions with comorbidities or iatrogenic conditions
At least one component of geriatric-specific interventions in a hospital-wide setting including patient-centered care, frequent medical review, early rehabilitation, early discharge planning
At least one of the primary outcomes such as functional decline, comorbidities and iatrogenic complications, and secondary outcomes investigated including: length of stay (LoS), destination after discharge (home, institutional or rehabilitation care), mortality, costs, and readmission within a minimum of 30 days following discharge

Exclusion criteria

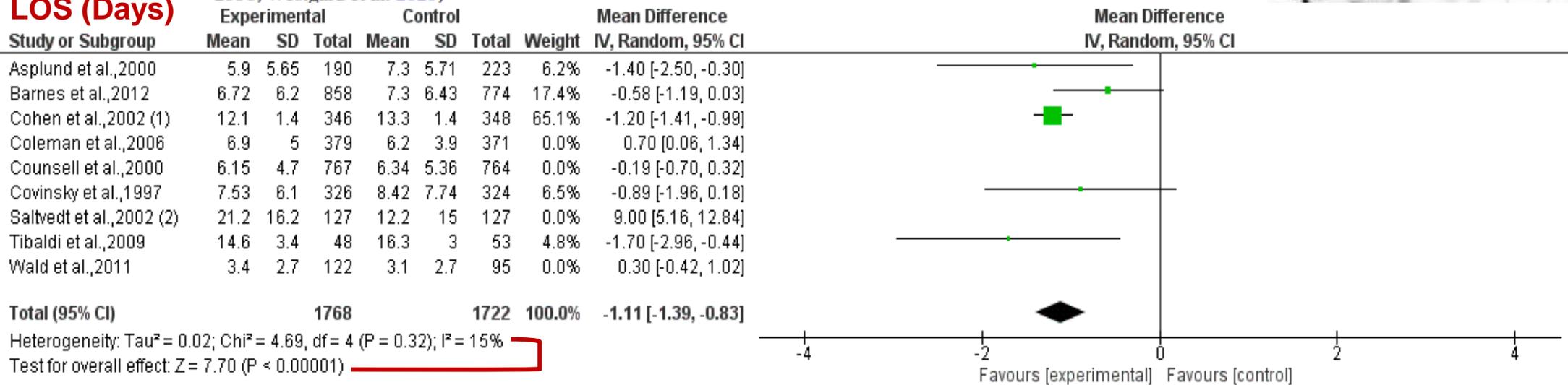
Non-Randomized Control Trials
Publications in other languages
Studies published before 1995
Patients aged 65 years
Elective admissions for surgical procedures
Studies of organized care for specific conditions, including stroke units, orthopedic units, surgical units, medical–surgical units, and surgical admissions

ORIGINAL INVESTIGATION

Hospital Costs



LOS (Days)



Footnotes

(1) Excluding initial hospitalization period.

(2) Also Saltvedt, I., et al. 2004, Saltvedt, I., et al. 2005, Saltvedt, I., et al. 2006

SYSTEMATIC REVIEW

Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis

Abstract

Background: the aim of this systematic review and meta-analysis was to update and synthesise the totality of research evidence on the effectiveness of acute geriatric unit (AGU) care for older adults admitted to hospital with acute medical complaints.

Methods: MEDLINE, CINAHL, CENTRAL and Embase databases were systematically searched from 2008 to February 2022. Screening, data extraction and quality grading were undertaken by two reviewers. Only trials with a randomised design comparing AGU care and conventional care units were included. Meta-analyses were performed in Review Manager 5.4 and the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations framework was used to assess the certainty of evidence. The primary outcome was incidence of functional decline between baseline 2-week prehospital admission status and discharge and at follow-up.

Results: 11 trials recruiting 7,496 participants across three countries were included. AGU care resulted in a reduction in functional decline at 6-month follow-up (risk ratio (RR) 0.79, 95% confidence interval (CI) 0.66–0.93; moderate certainty evidence) and an increased probability of living at home at 3-month follow-up (RR 1.06, 95% CI 0.99–1.13; high certainty evidence). AGU care resulted in little or no difference in functional decline at hospital discharge or at 3-month follow-up, length of hospital stay, costs, the probability of living at home at discharge, mortality, hospital readmission, cognitive function or patient satisfaction.

Conclusions: AGU care improves clinical and process outcomes for hospitalised older adults with acute medical complaints. Future research should focus on greater inclusion of clinical and patient reported outcome measures.

Keywords: older adults, functional decline, comprehensive geriatric assessment, acute geriatric unit, meta-analysis

Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic meta-analysis

3.1 Functional decline at discharge (from baseline)

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Barnes 2012	244	858	220	774	34.4%	1.00
Counsell 2000	216	767	241	764	34.4%	0.89
Landefeld 1995	90	327	101	324	24.0%	0.88
Zelada 2009	13	68	30	75	7.2%	0.48
Total (95% CI)		2020		1937	100.0%	0.89
Total events	563		592			

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.01$; $Chi^2 = 6.61$, $df = 3$ ($P = 0.09$); $I^2 = 55\%$
 Test for overall effect: $Z = 1.47$ ($P = 0.14$)

3.2 Functional decline at three-month follow-up

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Counsell 2000	145	767	150	764	50.8%	0.96
Ekerstad 2017	24	206	98	202	49.2%	0.24
Total (95% CI)		973		966	100.0%	0.49
Total events	169		248			

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.95$; $Chi^2 = 36.89$, $df = 1$ ($P < 0.00001$); $I^2 = 97\%$
 Test for overall effect: $Z = 1.03$ ($P = 0.30$)

Functional decline at six-month follow-up

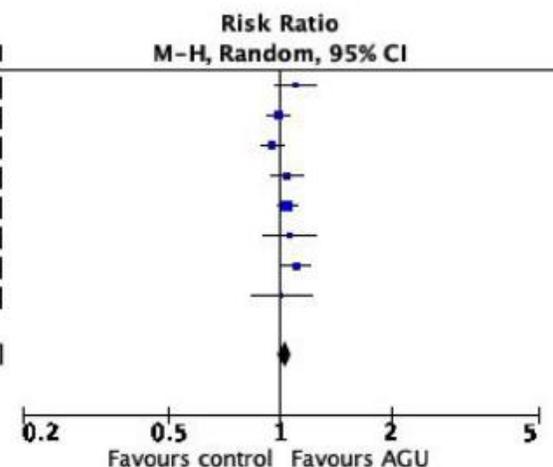
Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Counsell 2000	119	767	160	764	65.2%	0.74
Westgard 2020	39	78	44	77	34.8%	0.88
Total (95% CI)		845		841	100.0%	0.79 [0.66, 0.95]
Total events	158		204			

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.00$; $Chi^2 = 0.85$, $df = 1$ ($P = 0.36$); $I^2 = 0\%$
 Test for overall effect: $Z = 2.73$ ($P = 0.006$)

4.1 Living at home at discharge

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Asplund 2000	134	190	143	223	7.0%	1.10 [0.96, 1.26]
Barnes 2012	537	858	490	774	17.1%	0.99 [0.92, 1.07]
Borenstein 2016	516	792	405	592	17.1%	0.95 [0.88, 1.03]
Collard 1985	162	218	340	477	11.9%	1.04 [0.95, 1.15]
Counsell 2000	604	767	573	764	24.2%	1.05 [0.99, 1.11]
Harris 1991	69	97	114	170	4.9%	1.06 [0.90, 1.25]
Landefeld 1995	260	327	233	324	13.8%	1.11 [1.01, 1.21]
Wald 2011	83	122	64	95	4.0%	1.01 [0.84, 1.22]
Total (95% CI)		3371		3419	100.0%	1.03 [0.99, 1.07]
Total events	2365		2362			

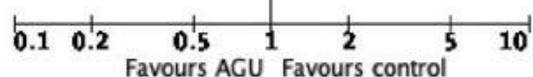
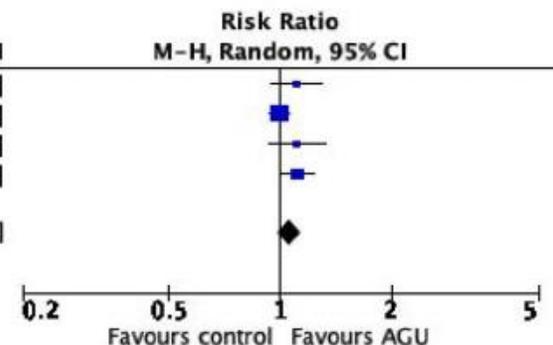
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.00$; $Chi^2 = 9.66$, $df = 7$ ($P = 0.21$); $I^2 = 28\%$
 Test for overall effect: $Z = 1.54$ ($P = 0.12$)



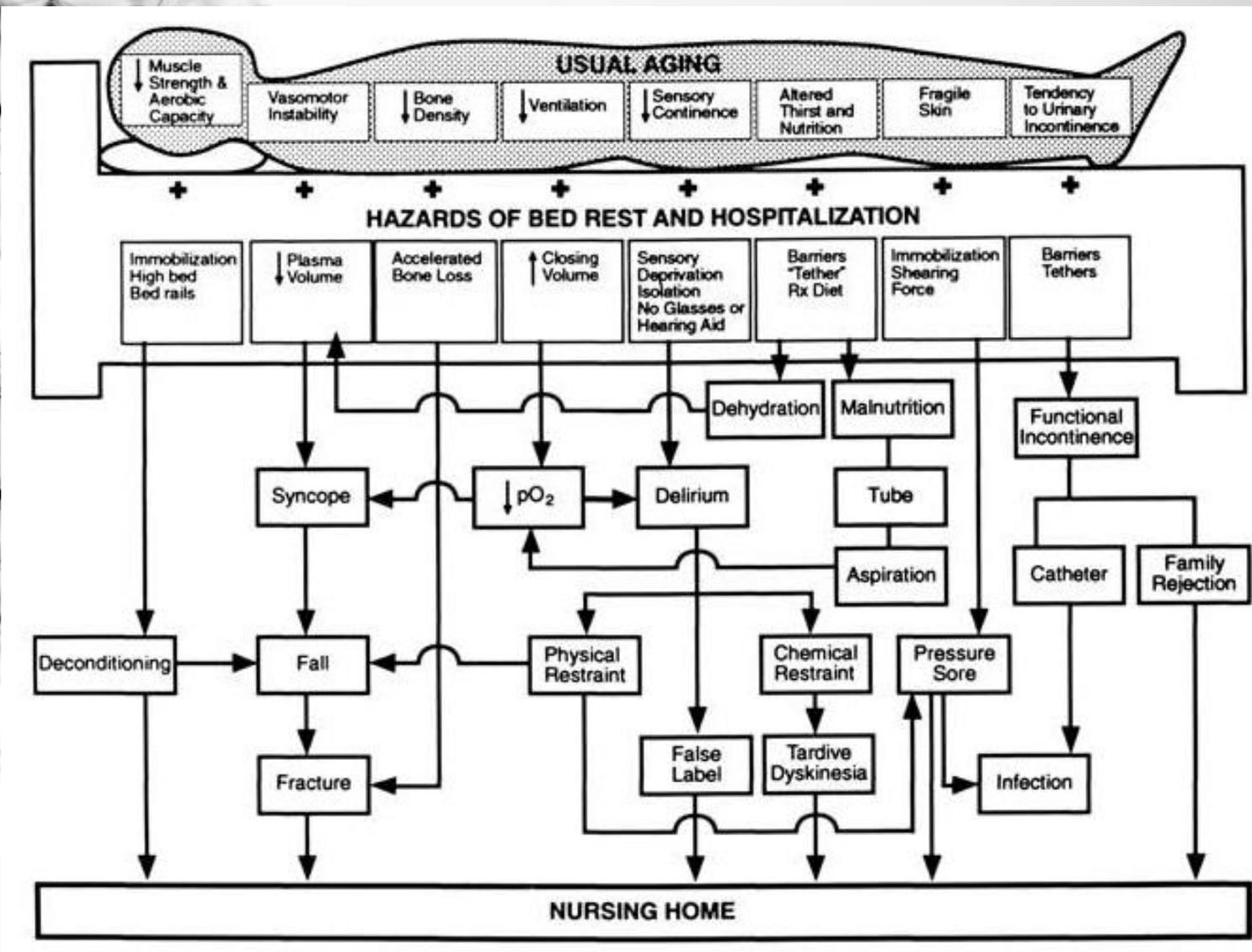
4.2 Living at home at three-month follow-up

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Asplund 2000	117	190	124	223	14.6%	1.11 [0.94, 1.30]
Counsell 2000	552	767	552	764	45.5%	1.00 [0.94, 1.06]
Harris 1991	67	97	106	170	12.7%	1.11 [0.93, 1.32]
Landefeld 1995	236	327	210	324	27.3%	1.11 [1.00, 1.24]
Total (95% CI)		1381		1481	100.0%	1.06 [0.99, 1.13]
Total events	972		992			

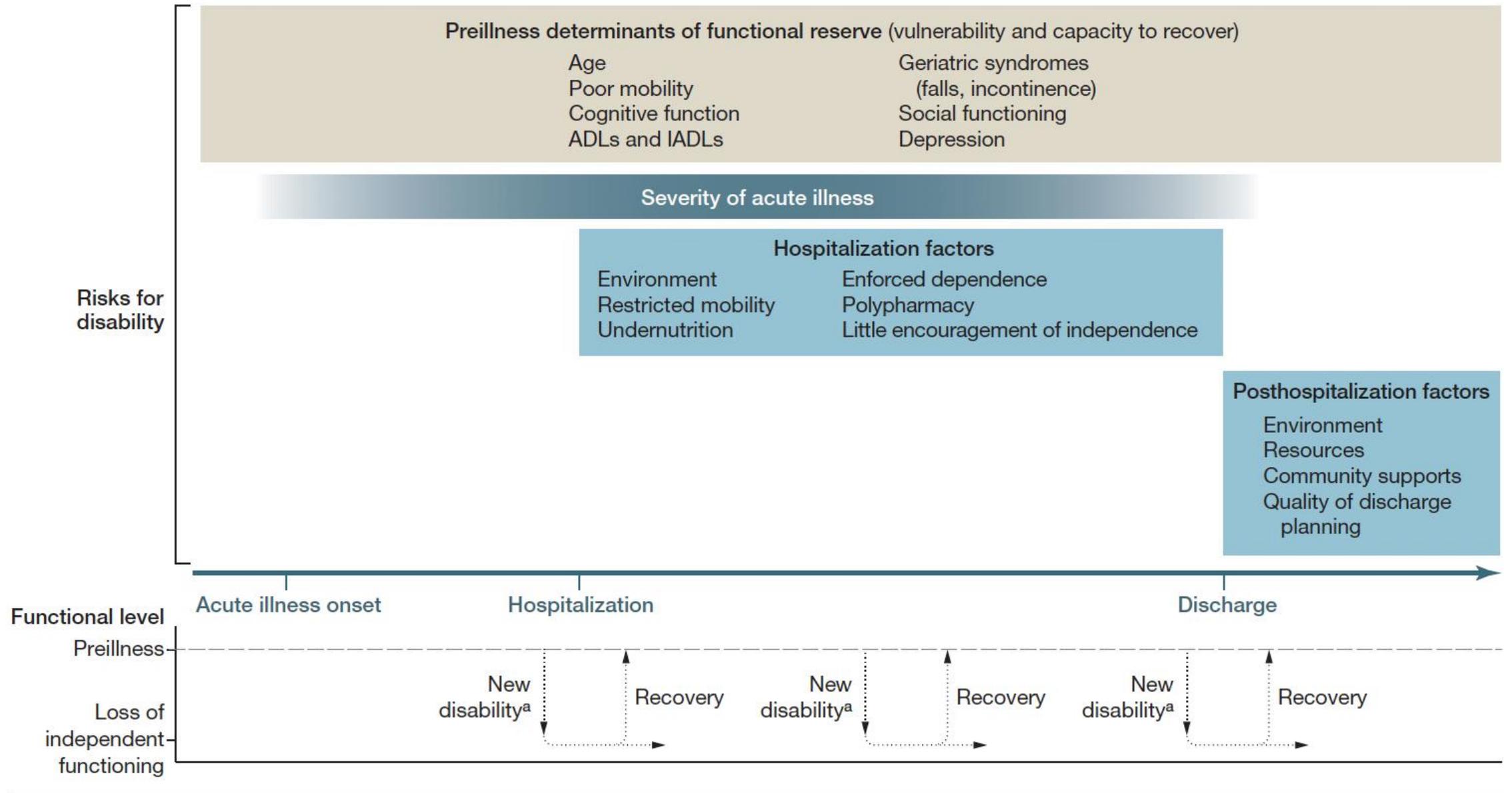
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.00$; $Chi^2 = 4.58$, $df = 3$ ($P = 0.21$); $I^2 = 35\%$
 Test for overall effect: $Z = 1.56$ ($P = 0.12$)



The cascade to dependency



Factors Contributing to the Development of Hospitalization-Associated Disability





Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida
Roma, 16 novembre 2023

Gruppo di Lavoro

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ALTRE ISTITUZIONI

Società Italiana di Medicina Generale e Cure Primarie (SIMG) (promotore)

Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) (promotore)

Istituto Superiore di Sanità (garante metodologico)

AIOM - Associazione Italiana Oncologia Medica

AIP - Associazione Italiana di Psicogeriatria

Cittadinanza Attiva

FIASF - Federazione Italiana delle Associazioni Scientifiche di Fisioterapia

FLI - Federazione Logopedisti Italiani

FNOPI - Federazione Nazionale Degli Ordini Delle Professioni Infermieristiche

SICG - Società Italiana Chirurgia Geriatrica

SICGe - Società Italiana di Cardiologia Geriatrica

SICP - Società Italiana di Cure Palliative

SIMI - Società Italiana di Medicina Interna,

SIGG- Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

SIMEU - Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza

SIMFER - Società italiana di Medicina fisica e riabilitativa,

SIMIT- Società Italiana di Malattie Infettive e tropicali

SIN - Società Italiana Nefrologia,

SIN - Società Italiana Neurologia

SINdem - Associazione Autonoma Aderente alla SIN per le Demenze

SIOT - Società Italiana di Ortopedia Traumatologia,

SIPs - Società Italiana di Psicologia

SITI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

SITO - Società Tecnico-Scientifica Italiana di Terapia Occupazionale

SIU - Società Italiana di Urologia

SocISS - Società Italiana di Servizio Sociale



Quesito 4A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto

Soccorso?

Tabella 19. Valutazione degli esiti di interesse con il GRADE: studi di intervento

No degli studi	Certainty assessment						No di pazienti		Effetto		Certezza	Importanza
	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Altre considerazioni	Valutazione multidimensionale	Standard care	Relativo (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Ospedalizzazione (follow up: intervallo 4 mesi a 12 mesi; valutato con: RR)												
4	studi randomizzati	non importante	non importante	non importante	non importante	nessuno	475/1023 (46.4%)	523/1022 (51.2%)	RR 0.91 (0.83 a 1.00)	46 meno per 1.000 (da 87 meno a 0 meno)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO
Ospedalizzazione (follow up: intervallo 1 mese a 18 mesi; valutato con: RR)												
10	studi osservazionali	serio ^e	molto serio ^f	non importante	non importante	nessuno	3225/7441 (43.3%)	5680/13191 (43.1%)	RR 0.89 (0.80 a 1.01)	47 meno per 1.000 (da 86 meno a 4 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO

Quesito 4A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto

Soccorso?

Tabella 19. Valutazione degli esiti di interesse con il GRADE: studi di intervento

No degli studi	Certainty assessment						No di pazienti		Effetto		Certezza	Importanza
	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Altre considerazioni	Valutazione multidimensionale	Standard care	Relativo (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Re-ammissione in Pronto Soccorso												
2	studi randomizzati	non importante	molto serio ^b	non importante	serio ^a	nessuno	65/448 (14.5%)	66/443 (14.9%)	RR 0.72 (0.25 a 2.13)	42 meno per 1.000 (da 112 meno a 168 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
Re-ammissione in Pronto Soccorso (follow up: intervallo 0.46 mesi a 12 mesi)												
8	studi osservazionali	serio ^e	non importante	non importante	non importante	nessuno	967/4514 (21.4%)	1066/4175 (25.5%)	RR 0.89 (0.82 a 0.97)	28 meno per 1.000 (da 46 meno a 8 meno)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO

Quesito 4A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono al Pronto

Soccorso?

Tabella 19. Valutazione degli esiti di interesse con il GRADE: studi di intervento

No degli studi	Certainty assessment						No di pazienti		Effetto		Certezza	Importanza
	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Altre considerazioni	Valutazione multidimensionale	Standard care	Relativo (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Peggioramento dello stato funzionale												
3	studi randomizzati	serio ^c	non importante	non importante	serio ^a	nessuno	82/316 (25.9%)	112/335 (33.4%)	RR 0.76 (0.60 a 0.97)	80 meno per 1.000 (da 134 meno a 10 meno)	⊕⊕○○ Bassa	CRITICO
Peggioramento dello stato funzionale (follow up: medio 3 mesi)												
1	studi osservazionali	non importante	non importante	serio ^d	non importante	nessuno	63/237 (26.6%)	52/242 (21.5%)	RR 1.24 (0.90 a 1.70)	52 più per 1.000 (da 21 meno a 150 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO

Sintesi degli studi di intervento inclusi

Tutti gli studi identificati erano eterogenei in termini di: 1) definizione di valutazione multidimensionale; 2) criteri di inclusione ed esclusione; 3) numero e tipologia di domini inclusi; 4) durata di follow-up. Tutti gli studi hanno incluso pazienti anziani affetti da diverse patologie.

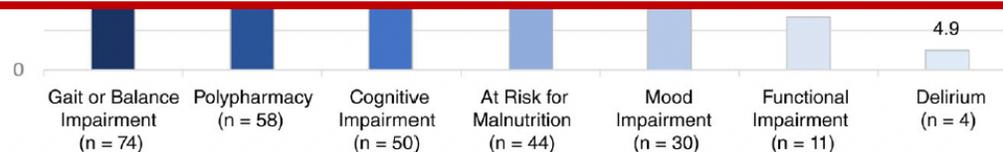
Assessing Older Patients' Vulnerability in the Emergency Department: A Study of InterRAI ED Screener Accuracy

Carole Michalski-Monnerat, MScNS,^{*†}  Pierre-Nicolas Carron, MD,[‡] Sylvain Nguyen, MD,[§] Christophe Büla, MD,[§] and Cédric Mabire, PhD, RN^{*}

Table 2. Distribution of Patients Requiring *Prompt* (Cat. 1), *Delayed* (Cat. 2), and *No* (Cat. 3) Further Geriatric Assessment According to the Emergency Department Screener and the Geriatrician's Assessment

		Patients in each category based on geriatrician's assessment, No. (%)			
		1 ^a	2 ^b	3 ^c	Total
Patients in each category based on Emergency Department Screener, No. (%)	1 ^a	45 (22.3)	8 (3.9)	2 (1.0)	55 (27.2)
	2 ^b	31 (15.3)	20 (9.9)	8 (4.0)	59 (29.2)
	3 ^c	51 (25.3)	24 (11.9)	13 (6.4)	88 (43.6)
	Total	127 (62.9)	52 (25.7)	23 (11.4)	202 (100)

CONCLUSION: The EDS performed poorly in both convergent and predictive validity analyses, precluding its use as a screening tool in this ED environment. Further efforts should be undertaken to better target interventions to reduce adverse health trajectories in the older ED population. *J Am Geriatr Soc* 00:1-7, 2020.



Quesito 5A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono a reparti di

area medica?

№ degli studi	Certainty assessment						№ di pazienti		Effetto		Certezza	Importanza
	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Ulteriori considerazioni	Valutazione multidimensionale	Standard care	Relativo (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Mortalità												
30	studi randomizzati	non serio	non serio	non serio	non serio	nessuno	1394/7073 (19.7%)	1307/6498 (20.1%)	RR 0.98 (0.91 a 1.05)	4 meno per 1.000 (da 18 meno a 10 più)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO
								20.7%		4 meno per 1.000 (da 19 meno a 10 più)		
Tasso di ri-ospedalizzazione												
20	studi randomizzati	non serio	non serio	non serio	non serio	nessuno	1211/4620 (26.2%)	1202/4433 (27.1%)	RR 0.92 (0.73 a 1.15)	22 meno per 1.000 (da 73 meno a 41 più)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO
Tasso di ricovero nelle strutture residenziali												
24	studi randomizzati	non serio	non serio	non serio	non serio	nessuno	1036/5049 (20.5%)	1107/4767 (23.2%)	RR 0.87 (0.79 a 0.94)	30 meno per 1.000 (da 49 meno a 14 meno)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO
Tasso di ricovero in hospice o inserimento nelle reti di altre cure palliative												
1	studio randomizzato	non serio	non serio	non serio ^{a,b}	molto serio ^{a,b}	nessuno	1/78 (1.3%)	0/77 (0.0%)	RR 2.96 (0.12 a 71.60)	0 meno per 1.000 (da 0 meno a 0 meno)	⊕⊕○○ Bassa	CRITICO

Quesito 5A: studi di intervento

Qual è l'utilità della valutazione multidimensionale nei pazienti che afferiscono a reparti di

area medica?

Appropriatezza di farmaci prescritti												
2	studi randomizzati	non serio	non serio	non serio	serio ^b	nessuno	42/886 (4.7%)	51/874 (5.8%)	RR 0.79 (0.55 a 1.15)	12 meno per 1.000 (da 26 meno a 9 più)	⊕⊕⊕○ Moderata	CRITICO
Incidenza di delirium												
3	studi randomizzati	non serio	molto serio ^c	non serio	serio ^b	nessuno	93/393 (23.7%)	106/373 (28.4%)	RR 0.79 (0.38 a 1.62)	60 meno per 1.000 (da 176 meno a 176 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
Frequenza di uso di sistemi di contenzione												
3	studi randomizzati	non serio	molto serio ^c	non serio	serio ^b	nessuno	112/1747 (6.4%)	143/1633 (8.8%)	RR 0.67 (0.28 a 1.59)	29 meno per 1.000 (da 63 meno a 52 più)	⊕○○○ Molto bassa	CRITICO
Durata della degenza												
21	studi randomizzati	non serio	molto serio ^c	non serio	non serio	nessuno	3883	3656	-	MD 0.2 inferiore (1.15 inferiore a 0.75 maggiore)	⊕⊕○○ Bassa	CRITICO
Numero di farmaci prescritti												
1	studio randomizzato	non serio	non serio	serio ^a	non serio	nessuno	190	223	-	MD 0.2 inferiore (0.62 inferiore a 0.22 maggiore)	⊕⊕⊕○ Moderata	CRITICO
Qualità della vita												



Article

Impact and Value of Hospital Antibiotic Stewardship: Retrospective Pre-COVID-19-Pandemic Analysis

Maria Costantino ^{1,2,3,*}, Valeria Conti ^{1,2} , Graziamaria Corbi ^{4,5} , Alessandra Anna Iannelli ², Francesco Marongiu ^{3,6}, Martina Torsiello ¹, Antonio Della Vecchia ⁷, Carmine Sellitto ^{1,2} , Armando Genovese ², Giuseppina Moccia ¹ , Amelia Filippelli ^{1,2} and Francesco De Caro ^{1,2}

Table 1. Consumption, expressed in DDD and DDD/100 bed-days, of antibiotics and related costs, in EUR, in the year 2017 versus 2019.

Parameters	Time Period (Years)		% Variation
	2017	2019	
DDD of antibiotics consumed	263,501	273,360	+3.7
Costs	1,072,083	783,682	−26.9
DDD/100 bed-days	107	112	+4.7
DRG weight means	1.26	1.29	+2.4
Average cost of therapy per day	4.1	2.9	−29.3



Article

Impact and Value of Hospital Antibiotic Stewardship: Retrospective Pre-COVID-19-Pandemic Analysis

Maria Costantino ^{1,2,3,*}, Valeria Conti ^{1,2} , Graziamaria Corbi ^{4,5} , Alessandra Anna Iannelli ², Francesco Marongiu ^{3,6}, Martina Torsiello ¹, Antonio Della Vecchia ⁷, Carmine Sellitto ^{1,2} , Armando Genovese ², Giuseppina Moccia ¹ , Amelia Filippelli ^{1,2} and Francesco De Caro ^{1,2}

Table 3. Percentage of total DDD consumed in alignment with the WHO AWaRe classification, in 2017 and 2019.

AWaRe Category	DDD Consumed in 2017	DDD Consumed in 2019	<i>p</i>	Δ% in 2017 vs. 2019
ACCESS, n(%)	85,480 (32.4)	93,117 (34.1)	<0.05	+8.9
WATCH, n(%)	157,505 (59.8)	159,838 (58.5)	<0.05	+1.5
RESERVE, n(%)	20,516 (7.8)	20,405 (7.5)	<0.05	−0.5



La definizione di disabilità

Il decreto introduce una nuova definizione di disabilità in linea con la Convenzione ONU del 2006, che considera la disabilità come il risultato dell'interazione tra la persona e le barriere ambientali e comportamentali. Questo modello bio-psico-sociale è ora ufficialmente adottato nel nostro ordinamento.

Il decreto modifica l'articolo 3 della legge n. 104/1992, utilizzando il concetto di "persona con disabilità" come base per i diritti e le prestazioni, sostituendo le parole legate all'"handicap" con riferimenti alla "condizione di disabilità".

Inoltre, si specifica che il concetto di "condizione di disabilità" è complesso ed evolve in base agli strumenti e ai criteri utilizzati nel processo di valutazione di base.

Riquadro 2.1 Studi sul campo di WHODAS 2.0: riduzione del numero di item e fattibilità

Siti dello studio

Gli studi sono stati condotti nei 21 siti elencati qui di seguito.

Sito	n.	Sito	n.
Austria (Innsbruck)	50	Nigeria (Ibadan)	50
Cambogia (Phnom Penh)	50	Olanda (L'Aia)	47
Cina (Pechino)	50	Perù (Lima)	59
Cuba (L'Avana)	50	Regno Unito (Londra)	35
Giappone	50	Romania (Timisoara)	50
Grecia (Atene)	48	Spagna (Santander)	54
India 1 (Bangalore)	283	Stati Uniti d'America 1 (Michigan)	152
India 2 (Delhi)	154	Stati Uniti d'America 2 (Seattle)	43
Italia (Roma)	20	Tunisia (Tunisi)	50
Libano	37	Turchia (Ankara)	49
Lussemburgo (Lussemburgo)	50		

Caratteristiche del campione

	n.	%
<i>Origine:</i>		
Popolazione generale	262	18.3
Problemi fisici	418	29.3
Problemi mentali o emotivi	394	27.6
Problemi correlati all'uso di alcol	195	13.6
Problemi correlati all'uso di droghe	162	11.3
<i>Sesso:</i>		
Femmine	651	45.5
Maschi	780	54.5
<i>Età:</i>		
Sotto i 55 anni	1078	75.3
55 anni e oltre	353	24.7

Che cos'è

WHODAS 2.0 è
a livello di popo

È stato sviluppa
nelle diverse cul

WHODAS 2.0 rit

- Dominio 1
- Dominio 2
- Dominio 3
- Dominio 4
- Dominio 5
scuola/un
- Dominio 6
svagarsi.

ità sia

tà

ndare a

ale e

Tabella 5.1. Campione pilota – statistiche descrittive per ciascuna delle quattro regioni partecipanti

Distribuzione dei quattro campioni regionali in base a caratteristiche sociodemografiche selezionate

	Campania	Lombardia	Sardegna	Trentino
N	1.223	1.327	182	510
Sesso = maschile (%)	543 (44,5)	580 (43,7)	86 (47,3)	251 (49,2)
Età – media (DS)	52,24 (10,89)	49,81 (12,25)	50,71 (13,08)	48,84 (12,48)
Anni di istruzione – media (DS)	11,38 (3,81)	11,26 (3,59)	11,32 (3,99)	11,46 (3,29)
Stato civile (%)				
Mai sposato	260 (21,3)	356 (26,8)	66 (36,3)	172 (33,7)
Attualmente sposato	745 (61,0)	630 (47,5)	76 (41,8)	222 (43,5)
Separato	81 (6,6)	79 (6,0)	14 (7,7)	31 (6,1)
Divorziato	64 (5,2)	124 (9,3)	12 (6,6)	39 (7,6)
Vedovo	46 (3,8)	48 (3,6)	6 (3,3)	14 (2,7)
Convivente	26 (2,1)	90 (6,8)	8 (4,4)	32 (6,3)
Condizione di vita (%)				
Indipendente nella comunità	1.166 (96,6)	1.206 (90,9)	182 (100,0)	425 (83,3)
Vita assistita	41 (3,4)	120 (9,0)	0 (0,0)	80 (15,7)
Ricoverato in ospedale	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	5 (1,0)
Status lavorativo (%)				
Lavoro retribuito	358 (29,3)	633 (47,7)	50 (27,5)	246 (48,2)
Lavoratore autonomo	94 (7,7)	65 (4,9)	7 (3,8)	20 (3,9)
Lavoro non retribuito	2 (0,2)	4 (0,3)	0 (0,0)	3 (0,6)
Studente	25 (2,0)	57 (4,3)	11 (6,0)	14 (2,7)
Lavoro domestico	139 (11,4)	65 (4,9)	18 (9,9)	19 (3,7)
In pensione	64 (5,2)	76 (5,7)	14 (7,7)	23 (4,5)
Disoccupato (motivi di salute)	209 (17,1)	299 (22,5)	60 (33,0)	131 (25,7)
Disoccupato (altri motivi)	324 (26,5)	123 (9,3)	21 (11,5)	38 (7,5)
Altro	7 (0,6)	4 (0,3)	1 (0,5)	16 (3,1)