



Regione Marche



Studio
Argento



Studio ARGENTO

Indagine sulla salute nella terza età

Marche

Agosto 2003

Autori: Cristina Mancini, Giovanna De Giacomi, Patrizia Carletti, Lucilla Dubbini
(Agenzia Regionale Sanitaria Marche -Rete Epidemiologica)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

a livello nazionale: Antonino Bella, Nancy Binkin, Marta Ciofi Degli Atti,
Paolo D'Argenio, Donato Greco, Alberto Perra
(Istituto Superiore di Sanità)
Nicoletta Bertozzi, Federica Michieletto, Giuseppe Montagano,
Renato Pizzuti, Salvatore Sammarco
(Master Profea)
Claudio Culotta, Onorato Frongia, Rosy Prato, Donatella Tiberti, Peter Kreidl
(Referenti delle Regioni Partecipanti)
Pasquale Falasca
(Associazione Italiana di Epiinfo)
Sabine Weiss
(Osservatorio Epidemiologico Provincia Autonoma di Bolzano)
Patrizia Vitali
Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda Sanitaria Locale di Cesena

a livello regionale: Susanna Cimica, Dzenana Hazurovic, Miriam Matamoros, Raffaella Gioacchini
(Agenzia Regionale Sanitaria Marche -Rete Epidemiologica)

a livello delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) marchigiane:

Pesaro Enzo Panzieri (Coordinatore)
Margaret Law Aileen, Vilma Vidale, Monica Sighel, Tiziana Tonelli (Intervistatori)
Gaetano Raschi (Centro Epidemiologico Aziendale)

Urbino Romeo Magnoni (Coordinatore)
Patrizia Topi (Intervistatrice)

Fano Massimo Agostini (Coordinatore)
M. Rosa Spadoni, Alessandra Amelio (Intervistatrici)

Senigallia Alessandro Marini (Coordinatore),
Brunetta Ciarrocchi, Augusto Frezzotti (Intervistatori)
Rosanna Rossini (Centro Epidemiologico Aziendale)

Jesi Virginia Rossi, Elisabetta Branchesi (coordinatrici, Intervistatrici)
Gualtiero Grilli (Centro Epidemiologico Aziendale)

Fabriano Claudia Boccadoro (Coordinatrice)
Claudia Ciccolini (Intervistatrice)

Ancona Marco Ottaviani (Centro Epidemiologico Aziendale)
Franco Sacgliati (Coordinatore)
Paolo Antognini, Giorgio Garelli, M. Rita Lucarelli, Nadia Mainardi,
Vittorio Martini, Daniela Orsetti (Intervistatori)
Marco Morbidoni (Centro Epidemiologico Aziendale)

Civitanova Marche Roberto Calisti (Coordinatore)
Annarita Totò (Intervistatrice)
Rosanna Passatempo (Centro Epidemiologico Aziendale)

Macerata Selvadagi Gabriella (Coordinatrice)
Gianna Ercoli, Letizia Tasso (Intervistatrici)

Camerino Francesco Migliozi (Centro Epidemiologico Aziendale)
Alessandro Ranciaro (Coordinatore),
Maria Laura Medici (Intervistatrice)

Fermo Fabio Filippetti (Centro Epidemiologico Aziendale)
Maria Teresa Lanciotti (Coordinatrice)
Gabriella Maricotti (Intervistatrice)

S. Benedetto Sfrappini Mario, Giovanna Guidotti (Coordinatori)
Giancarla Negrini, Errico Cerioni (Intervistatori)
Francesca Picciotti (Centro Epidemiologico Aziendale)

Ascoli Piceno Andrea Filonzi (Coordinatore)
Roberta Girardo (Intervistatrice)
Massimo Baffoni (Centro Epidemiologico Aziendale)

Un ringraziamento particolare va:

- ai Medici di Famiglia delle persone intervistate per la preziosa collaborazione offerta;
- al prof. Francesco di Stanislao, Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche, per l'autorevole ed indispensabile sostegno dato all'Indagine.

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta alla Rete Epidemiologica Marche (REM):
rem@regione.marche.it

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni in Italia, come nel complesso dei Paesi Occidentali, la proporzione di anziani è andata progressivamente aumentando: nel 1990 gli ultrasessantacinquenni erano il 15%, nel 1999 il 18% e nel prossimo decennio questo valore è destinato a crescere fino al 21%. L'invecchiamento progressivo è il risultato di profondi mutamenti demografici derivati dal calo della natalità e dalla consistente riduzione della mortalità per tutte le cause, descritta a partire dagli anni '70.

A questo allungamento della vita non corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di multipatologie e dall'isolamento sociale.

In Italia una consistente fetta delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (pari al 37% dei ricoveri ospedalieri e al 50% della spesa farmaceutica) è destinata a favore degli anziani.

Una serie di studi condotti fornisce utili informazioni sullo stato di salute degli anziani in Italia. In questo contesto appare importante accompagnare alla valutazione oggettiva dello stato di salute della popolazione anziana, basata sulla presenza di malattie o disabilità, anche un punto di vista soggettivo, legato alla percezione che le persone hanno della propria condizione.

Metodi

E' stato condotto uno studio in 12 regioni italiane (Piemonte, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

L'indagine si è focalizzata sui seguenti problemi:

- autosufficienza e bisogni assistenziali
- qualità della vita
- isolamento sociale
- demenza
- cadute, fattori di rischio correlati con le cadute
- assunzione di farmaci.
- stato vaccinale nei confronti dell'influenza, dello pneumococco e del tetano
- prevalenza di vari fattori che possono prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita (es. attività fisica, modifiche ambientali per prevenire le cadute, ricorso all'assistenza odontoiatrica...)

Lo studio ha coinvolto 2.369 persone: in ogni regione è stato selezionato un campione di 210 persone di 65 anni e più (310 in Campania), rappresentativo della popolazione anziana ed adeguato per ottenere delle stime regionali. Gli anziani da intervistare erano residenti in 30 comuni scelti in modo casuale con probabilità proporzionale al numero dei residenti. Le informazioni sono state raccolte tramite un questionario predisposto dai partecipanti al Master in Epidemiologia Applicata (Profea) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Dal campione sono state escluse le persone ricoverate in case di riposo o in residenze socio-sanitarie, in quanto si è scelto di studiare i bisogni di salute dell'anziano non inserito in strutture che offrono assistenza.

Il tasso di partecipazione all'indagine complessivamente è stato buono; nelle Marche l'adesione è risultata dell'84%.

Nel 94% dei casi l'intervista è stata condotta direttamente alla persona campionata e, nel 6%, ad altra persona vicina per impedimenti psichici o fisici dell'anziano selezionato.

I dati sono tutti riferiti alle Marche: per ciascun argomento viene fatto un confronto tra le Regioni Partecipanti allo studio.

Stato di Salute

Lo stato di salute della popolazione anziana, nelle Marche, è condizionato dalla presenza di malattie cronico-degenerative che caratterizzano in modo permanente il benessere e la qualità della vita della persona:

nello studio condotto a livello regionale il 50% degli intervistati riferisce di soffrire di una o due patologie e ben il 46% di tre o più malattie. La presenza di pluripatologie aumenta con l'età e peggiora gli indici della qualità di vita percepita dell'anziano.

La malattia diagnosticata più frequentemente è l'artrosi (70%), seguita dall'ipertensione (49%), malattie cardiovascolari (31%), osteoporosi (22%), malattie respiratorie (16%), diabete (9%), ictus (7%), tumori (5%).

Il 23% degli intervistati dichiara di essere stato ricoverato nell'ultimo anno.

Qualità di vita percepita

La percezione del proprio stato di salute si è dimostrata una variabile importante correlata alla qualità della vita ed al ricorso ai servizi sanitari.

Il 36% degli intervistati definisce in modo positivo il proprio stato di salute (da buono ad eccellente), il 48% lo giudica discreto ed il 15% cattivo. Sono le donne ed i soggetti con un basso livello di istruzione ad avere più frequentemente una percezione negativa del proprio stato di salute. Il 44% degli intervistati riferisce di avere limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane a causa di un problema di salute: sopra i 74 anni la percentuale sale al 56%. I problemi che vengono più spesso indicati come limitanti sono: artrite/artrosi (38%) e le difficoltà a camminare (9%).

E' stata anche valutata la media dei giorni al mese percepiti in cattiva salute (un indicatore sintetico correlato con la qualità della vita): per gli anziani della nostra Regione tale valore che corrisponde a circa 13 giorni al mese.

Autosufficienza e dipendenza

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana che per l'assistenza infermieristica e medica. Il 3% degli intervistati non è autosufficiente, mentre un 20% lo è parzialmente. Con l'età aumenta, come naturale, il numero di anziani non autosufficienti.

Più frequentemente l'anziano ha bisogno di aiuto nel fare il bagno o la doccia (23%) a seguire: nel vestirsi (11%), nel lavarsi (9%), nell'andare in bagno per fare i propri bisogni (8%), nel camminare in casa (5%) e nel mangiare (4%).

Tutte le persone che non sono in grado di svolgere da sole le attività di base della vita quotidiana vengono aiutate: i fornitori di aiuto sono nel 48% dei casi persone di famiglia di sesso femminile (figlie o nuore).

Il 27% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione, con una prevalenza del sesso femminile: il 5% è incontinente, mentre il 22% ha problemi occasionali.

Disturbi cognitivi

Il 26% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi.

La presenza di difficoltà cognitive aumenta con il crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni la positività al test è stata registrata nel 20% degli intervistati, sopra i 74 anni nel 33%.

Al crescere degli anni medi di istruzione diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi.

Isolamento sociale

Nelle Marche il 36% degli intervistati presenta una buona integrazione dal punto di vista dei rapporti sociali, il 57% è parzialmente integrato ed un 7% risulta socialmente isolato.

L'isolamento sociale è un problema dei soggetti di 75 anni e più, soprattutto di sesso femminile. Il 16% delle donne ultrasettantatreenni è isolata contro il 10% di uomini della stessa età.

La mancanza di autonomia incide sull'isolamento sociale.

Cure odontoiatriche

Le difficoltà di masticazione sono spesso causa nell'anziano di dieta inadeguata; possono avere anche un impatto significativo sul benessere psicologico del soggetto.

Un anziano su tre (32%) dichiara difficoltà alla masticazione: sopra i 74 anni si sale al 43%.

SINTESI

Tra i motivi del mancato ricorso alle cure odontoiatriche, riferiti dagli intervistati marchigiani, al primo posto c'è stata la risposta: "non ne ho avuto bisogno" (82%), seguita da quella: "il costo della visita è troppo alto" (9%).

Problemi di vista ed udito

Le disabilità percettive legate a vista ed udito possono condizionare la qualità di vita percepita ed il livello di integrazione sociale dell'anziano, incidendo sulle sue capacità di comunicazione.

Nella nostra Regione il 16% degli intervistati presenta problemi di vista nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali. Il 67% del campione ha bisogno di occhiali per vedere bene.

Il 9% degli intervistati ha difficoltà uditive: tra questi solo il 3% porta una protesi acustica.

La prevalenza delle disabilità percettive aumenta sensibilmente con l'età.

Attività fisica e motoria

L'attività fisica e motoria riduce i rischi di morbidità e mortalità anche nell'anziano; gioca inoltre un ruolo importante nella prevenzione delle cadute e della depressione.

Il 66% degli intervistati riferisce di praticare attività fisica; la prevalenza del movimento diminuisce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni è attivo il 78% del campione mentre sopra i 74 anni il valore scende al 53%.

Il praticare costantemente un esercizio fisico è legato al miglioramento della salute percepita: tra gli anziani sportivi il 43% definisce buono il proprio stato di salute contro il 13% dei non sportivi.

L'attività fisica più frequentemente svolta dagli anziani della nostra Regione è rappresentare dal camminare a passo sostenuto (38%), seguito dal lavorare nell'orto o nei campi (27%).

Vaccinazioni

Vaccinazione Antinfluenzale: il raggiungimento della copertura di almeno il 75% della popolazione anziana rappresenta uno degli obiettivi dei Piani Sanitari nazionale e regionale. Nella stagione 2001-2002 riferisce di essersi vaccinato il 58% degli intervistati. Il 79% delle persone vaccinate dichiara di essere stato vaccinato dal Medico di Medicina Generale (il 12% al proprio domicilio) ed il 16% da operatori delle strutture delle Aziende Usl delle Marche. Tra i motivi principali della mancata vaccinazione, riferiti, ci sono: la paura degli effetti collaterali (19%), il ritenere che l'influenza non sia una malattia grave (18%), il pensare che il vaccino non sia efficace (17%).

Vaccinazione antitetanica: nella popolazione anziana è una misura importante poiché è proprio la fascia degli ultrasessantatrenni, soprattutto di sesso femminile, la più colpita dalla malattia. Il 53% dei marchigiani intervistati riferisce di essere stato vaccinato contro il tetano. Tuttavia solo il 9,5% di coloro che dichiarano di essere stati vaccinati riferisce di aver ricevuto tre o più dosi di vaccino nell'arco della propria vita, l'ultima delle quali da meno di 10 anni.

Vaccinazione antipneumococcica: è stata recentemente inserita tra le prestazioni consigliate nella popolazione anziana, per proteggere dalle infezioni invasive più gravi provocate dal microrganismo.

La vaccinazione è conosciuta dal 3% degli intervistati e solo un anziano è stato vaccinato.

Cadute

L'evento "caduta" è particolarmente importante per l'anziano sia per le possibili conseguenze invalidanti che per le ripercussioni di ordine psicologico.

Il 27% degli intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno: l'8% è caduto più di una volta. Il 41% delle persone dichiara di essere caduto in casa. Gli ambienti domestici dove avvengono più frequentemente le cadute sono: la camera da letto (23%); la cucina (18%); le scale (14%); il bagno (9%).

Farmaci

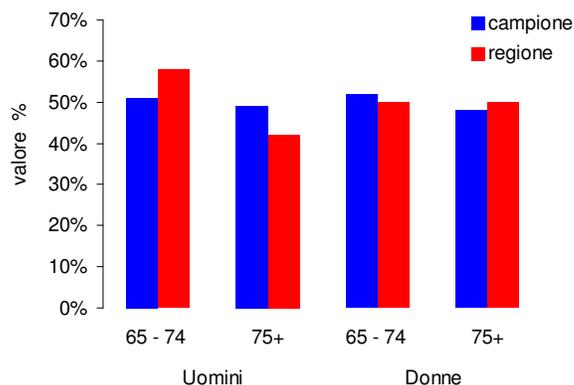
L'86% degli intervistati dice di aver assunto medicine nell'ultima settimana; l'assunzione di farmaci cresce comprensibilmente con l'età. I farmaci più frequentemente assunti dagli anziani marchigiani sono relativi al: sistema cardio-vascolare (38%); apparato gastro-intestinale (13%); sistema nervoso (12%); sangue ed organi emopoietici (8%). Tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno, l'89% riferisce che il Medico di Medicina Generale ha verificato, almeno una volta, i medicinali presi o controllando le ricette (66%) o esaminando di persona le confezioni dei farmaci (23%).

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Quanto il campione somiglia alla popolazione regionale ?

- Nelle Marche le persone di 65 anni e più rappresentano il 21% della popolazione: sono quasi 316.000, di cui 133.000 uomini e 183.000 donne.
- Stanno progressivamente aumentando e si prevede che nel 2023 saranno più di 400.000.
- Nel campione Argento è rispecchiato il fenomeno della "femminilizzazione" della popolazione anziana con il 58% di donne. Tra gli uomini sono maggiormente rappresentati quelli con più di 74 anni.

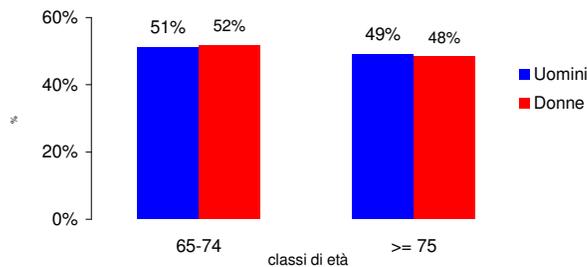
Distribuzione per età e sesso del campione degli anziani e della popolazione anziana residente nella regione Marche. Anno 2002



Che tipo di persone abbiamo intervistato?

- Più della metà delle donne intervistate (52%) ha meno di 75 anni.
- Il 51% degli intervistati maschi appartiene alla fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni.

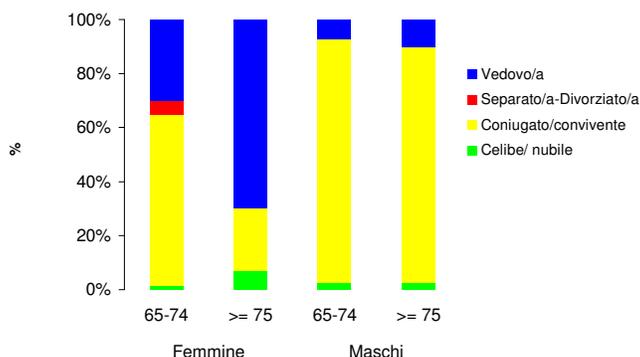
Rispondenti per sesso ed età. Regione Marche, anno 2002



Stato civile

- Poco meno di due terzi (62%) dei soggetti sono sposati; un terzo (33%) del campione è costituito da vedovi; solo il 3,5% non è mai stato sposato.
- La percentuale degli sposati raggiunge il picco del 74% tra quelli di 65-74 anni e crolla al 50% tra i 75 e più. La percentuale di vedovi sale al 45% sopra i 74 anni.
- La vedovanza è una condizione tipicamente femminile, mentre gli uomini possono più frequentemente contare sulla presenza del coniuge.

Stato civile, per sesso ed età. Regione Marche, anno 2002

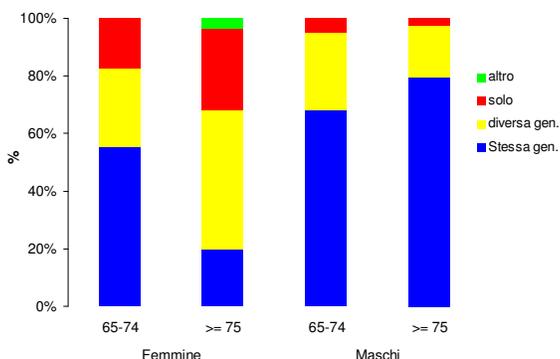


DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Convivenza

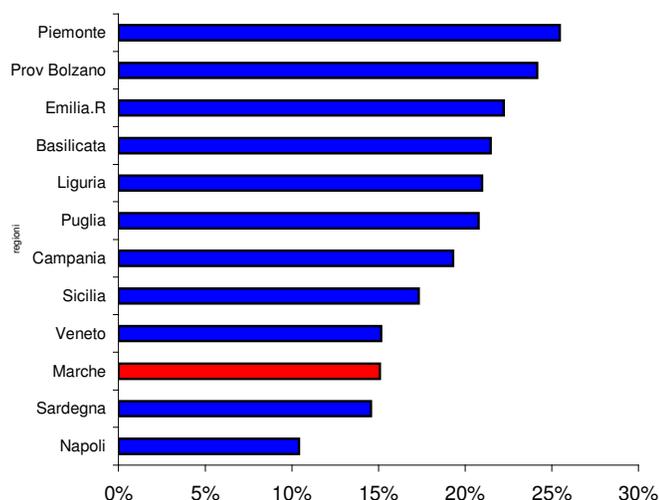
- Il 53% degli anziani vive con il coniuge o con persone della stessa generazione; poco meno di un terzo con i figli. Il 15% è solo.
- La condizione di solitudine è una caratteristica prevalente nel sesso femminile, specie nelle ultrasessantatrenni.

Convivenza, per sesso ed età.
Regione Marche, anno 2002



- La nostra Regione, rispetto alle altre partecipanti allo Studio, si caratterizza per l'aver la più elevata prevalenza di soggetti anziani che vivono in famiglia (84%) ed una delle più basse prevalenze di ultrasessantatrenni soli (15%).
- Ciò significa che c'è una sostanziale "tenuta" dei processi di cura familiari: l'anziano in età molto avanzata al sopraggiungere dei disagi e deficit funzionali, viene riassorbito nella famiglia di uno dei figli.

Percentuale di soggetti soli, per regione partecipante.
Studio Argento, anno 2002.



Riflessioni/Considerazioni

- Le interviste hanno interessato per lo più il sesso femminile (58%), in accordo con il prevalere delle donne tra la popolazione ultrasessantatrenne per la maggior longevità delle stesse.
- Riguardo la condizione di vedovanza sono vedove il 70% delle donne con più di 74 anni ed il 10% degli uomini della stessa età.
- Anche nelle tipologie di convivenza si osservano differenze di genere: le donne anziane vivono per lo più con figli e nipoti (37%) o in famiglie uniparentali (23%); il 74% degli uomini anziani vive con il coniuge.
- La percentuale di anziani soli (15%) nelle Marche è una delle più basse tra le regioni in studio. L'ultrasessantatrenne anche quando presenta deficit funzionali è ancora aiutato dall'ambiente familiare e dalla rete informale. Tuttavia è inevitabile, nei prossimi decenni, una crisi di questo tipo di assistenza per i radicali mutamenti della struttura della famiglia (riduzione del numero dei figli ecc...): è prioritario perciò il pensare ad alternative valide.

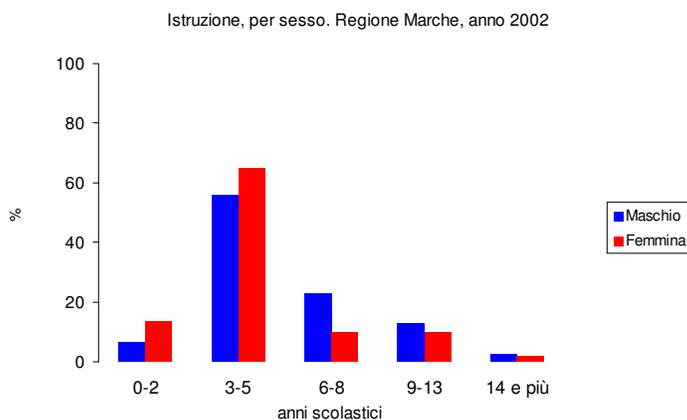
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Istruzione

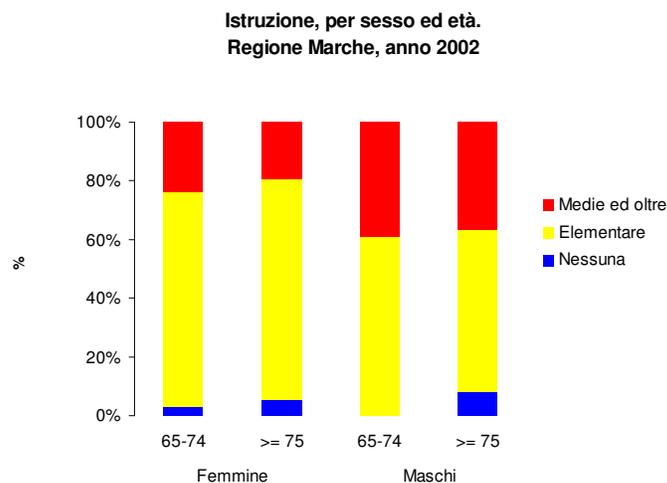
Il grado di istruzione è un indicatore fortemente correlato con le condizioni socio-economiche di un individuo che, a loro volta, ne influenzano lo stato di salute.

Ad un basso grado di scolarità corrispondono svantaggiate condizioni socio-economiche, a cui conseguono: a) una maggiore esposizione a fattori di rischio comportamentali ed occupazionali; b) un maggior ritardo diagnostico legato ad una più difficoltosa accessibilità ai servizi sanitari; c) un minor corretto utilizzo delle strutture sanitarie.

- Nel grado di istruzione, come prevedibile, ci sono delle differenze di genere: sono infatti il 6% gli uomini che sono andati a scuola per un massimo di 2 anni, contro una percentuale doppia di donne; è chiaro poi l'investimento formativo a favore del sesso maschile man mano che aumentano gli anni scolastici frequentati.



- Per quanto riguarda la distribuzione per classi di età al crescere dell'età aumentano le persone prive di titolo di studio.
- Con l'aumento dell'età poi le differenze di genere sono ancora più marcate: infatti il 40% degli uomini con più di 74 anni ha conseguito la licenza di scuola media superiore o la laurea vs il 20% delle donne.



Riflessioni/Considerazioni

- Sotto il profilo dell'istruzione è evidente la vulnerabilità degli anziani rispetto alla popolazione complessiva: il 4% degli intervistati è analfabeta, il 68% ha un'istruzione fino a 5 anni; il 15% ha un diploma di scuola media inferiore, l'11% quello di scuola media superiore ed il 2% la laurea.
- E' facile prevedere però, nei prossimi decenni, una modificazione del livello culturale della popolazione anziana con il progressivo ingresso di nuove coorti più colte, sia per la drastica riduzione dell'evasione scolastica ed il maggior numero di anni di scuola frequentati, sia per una maggior coscienza dell'importanza del sapere e dell'essere informato. Si pensi ad esempio al fiorire delle Università della Terza età, alla organizzazione di corsi di informatica dove viene insegnato ai "nonni" la navigazione in internet ecc...
- E' prevedibile inoltre un'inversione di tendenza a favore del genere femminile nel grado di acculturamento generale visto che, attualmente, nelle fasce di età giovanili la scolarizzazione femminile di grado elevato supera quella maschile.

QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

Quale percezione del proprio stato di salute?

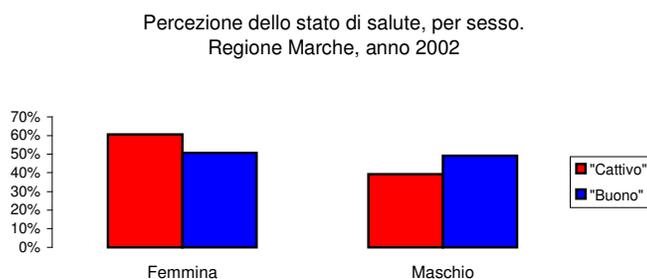
La dimensione soggettiva della salute ha una rilevanza notevole sui comportamenti, sulla domanda di servizi sanitari e sulle aspettative dei cittadini.

- Il 36% degli intervistati marchigiani giudica "positivamente" (buono, molto buono od eccellente) il proprio stato di salute; il 48% lo definisce discreto, mentre un 15% di anziani ritiene "cattiva" la propria salute.



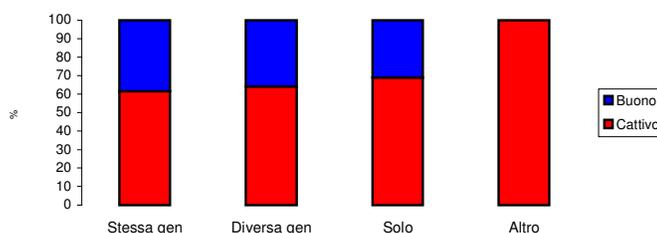
- Negli anziani con più di 74 anni è prevalente una percezione "negativa" della condizione di salute.

- Le donne si percepiscono "complessivamente" meno bene degli uomini per quanto riguarda la salute.



- La tipologia di convivenza influenza l'autopercezione dello stato di salute: coloro che vivono ancora con il partner o con figli e nipoti "si sentono "meglio" dei soggetti soli .

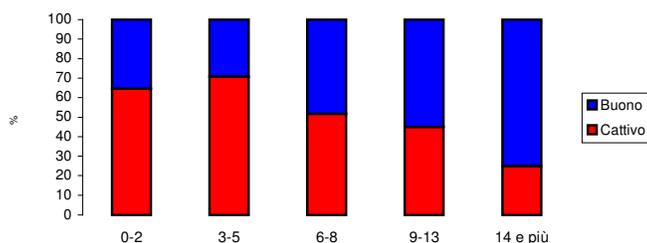
Percezione dello stato di salute, per tipologia di convivenza.
Regione Marche, anno 2002



- Coloro che abitano da soli sono soprattutto donne con più di 74 anni: due condizioni, sesso femminile ed età avanzata, associate con una percezione negativa dello stato di salute.

- Con l'aumento del numero di anni di scuola frequentati prevalgono i giudizi personali "positivi".

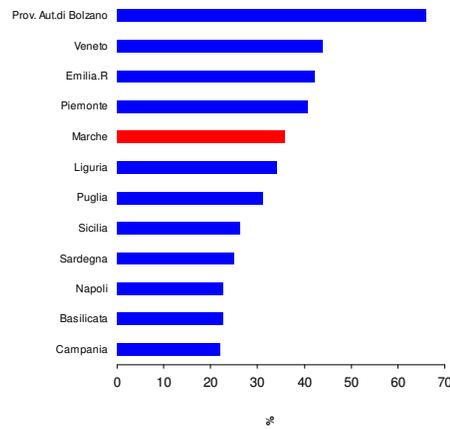
Percezione dello stato di salute, per anni di istruzione.
Regione Marche, anno 2002



QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

- La dimensione soggettiva della salute ha un gradiente Nord-Sud: infatti i residenti delle regioni del Nord si dichiarano in un "buono" stato di salute con percentuali che oscillano dall'eccezionale 66% della provincia autonoma di Bolzano al 34% della Liguria; i dati delle regioni del Sud sono nettamente inferiori (dal 31% della Puglia al 22% della Campania).
- Le Marche presentano valori pari alla metà della Provincia Autonoma di Bolzano.

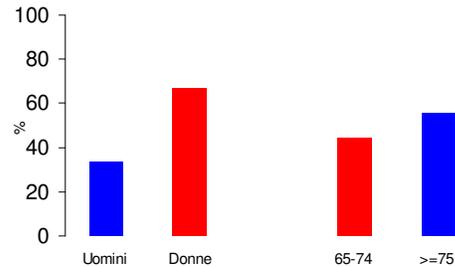
Percentuale di soggetti che si percepiscono complessivamente in un "buono" stato di salute, per regione partecipante. Anno 2002



Si avvertono limitazioni nelle proprie attività per problemi di salute?

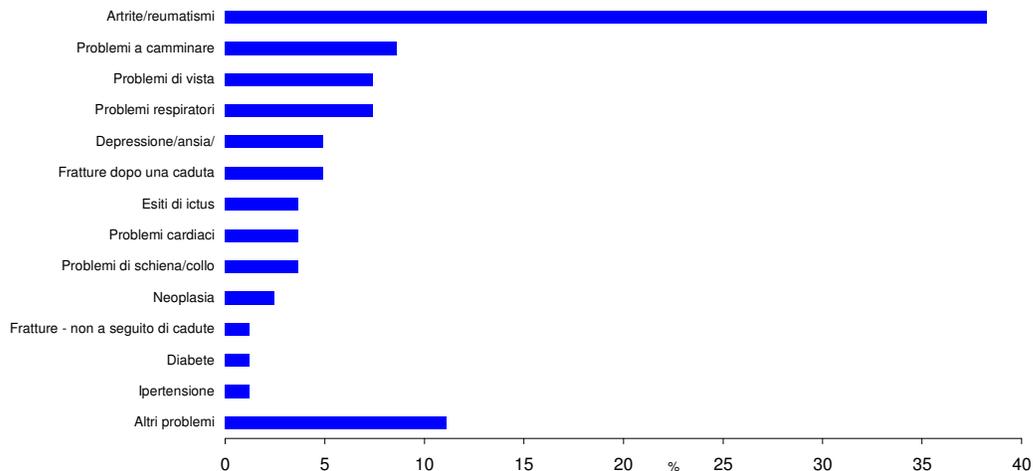
- Il 44% degli intervistati riferisce problemi a svolgere le proprie attività quotidiane.
- La presenza delle limitazioni è avvertita da una percentuale doppia di donne rispetto agli uomini (67% vs il 33%) e cresce in entrambi i sessi con l'età.

Persone con limitazioni nelle attività, per sesso e classi di età. Regione Marche, Anno 2002.



Principali problemi di salute che comportano limitazioni di attività

Principali problemi avvertiti come limitanti, Regione Marche, anno 2002

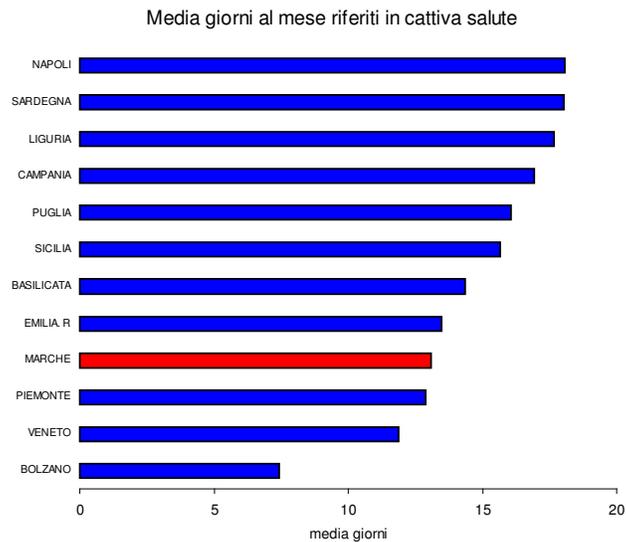


QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

- L'artrite ed i reumatismi sono riferite come causa principale di limitazione delle attività quotidiane, seguiti dai problemi nel camminare. Complessivamente i problemi dell'apparato osteo-artro-articolare (artrite/reumatismi, problemi di schiena/collo e fratture a seguito di cadute e non) raggiungono una percentuale del 52%.
- Per la valutazione della percezione della qualità della vita da parte della popolazione anziana è stato messo a punto un indicatore sintetico e validato a livello internazionale (USA, Canada e Svezia), rappresentato dalla misura della media dei "giorni in salute" (healthy days).
- Si tratta di un metodo diretto in cui la stima viene effettuata chiedendo ad un campione rappresentativo di popolazione quale sia stata la proporzione di giorni trascorsi in "cattiva salute" per motivi fisici, mentali o la proporzione di giorni trascorsi con limitazioni funzionali, in un arco di tempo definito (per esempio il mese precedente l'intervista).

Quanti giorni al mese trascorsi in cattiva salute per motivi fisici e mentali? (summary unhealthy index)

- Nelle Marche, gli anziani intervistati, hanno riferito che si percepiscono in "cattiva salute", in media, 13 giorni al mese.
- Viene confermata l'esistenza di un gradiente Nord-Sud della dimensione soggettiva della salute: le regioni del Nord, eccetto la Liguria, presentano migliori indici di qualità della vita percepita rispetto a quelle del Sud.



Riflessioni/Considerazioni

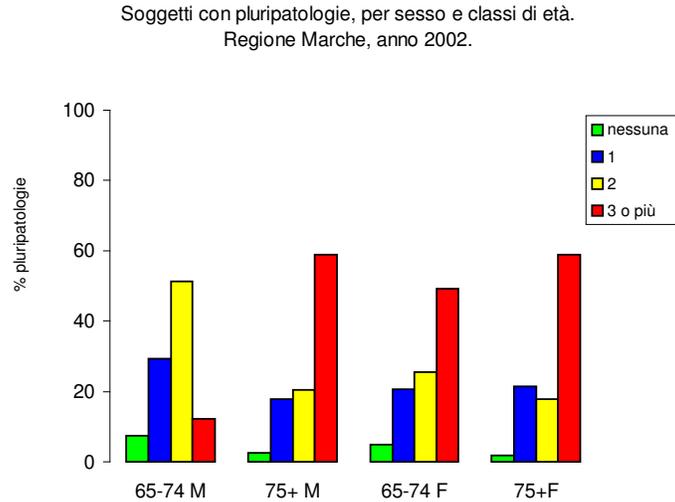
- Nelle Marche il 36% degli intervistati giudica positivamente (buono, molto buono o eccellente) il proprio stato di salute; il 48% lo definisce discreto, mentre un 15% ritiene cattiva la propria salute.
- Più frequentemente sono le donne, le persone che vivono sole e quelle che hanno il titolo di studio più basso a giudicare negativamente le proprie condizioni.
- Una donna su due ed un uomo ogni tre si sentono limitati nello svolgimento delle attività della vita quotidiana per la presenza di patologie cronico-degenerative.
- Lo stato di salute percepito è risultato essere un predittore più significativo di morbosità e di mortalità rispetto a molte oggettive e sfavorevoli condizioni di salute, quali ad esempio la disabilità. Infatti diversi studi condotti hanno rilevato come gli anziani con indicatori di qualità di vita percepita negativi abbiano un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle malattie presenti.
- Il sentirsi bene secondo i dati ISTAT è il più forte fattore predittivo dei consumi ed anche di richiesta di assistenza. La domanda sanitaria ed assistenziale proviene in misura maggiore da quegli anziani che considerano negativamente il proprio stato.
- E' auspicabile che nella definizione delle politiche per l'anziano venga tenuta in considerazione anche la dimensione soggettiva dello stato di salute come componente fondamentale del "benessere" della persona. Ciò esprimerebbe:
 - la volontà di un approccio complessivo all'individuo;
 - l'intenzione di indirizzare meglio le strategie di intervento.

STATO DI SALUTE

Lo stato di salute della popolazione anziana è spesso condizionato dalla presenza di malattie cronicodegenerative, in forma di pluripatologia, che caratterizzano in modo permanente le condizioni di salute e la qualità di vita della persona. I dati di prevalenza relativi alle patologie più frequenti sono comparabili a quelli ottenuti dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT e da altri studi corrispondenti.

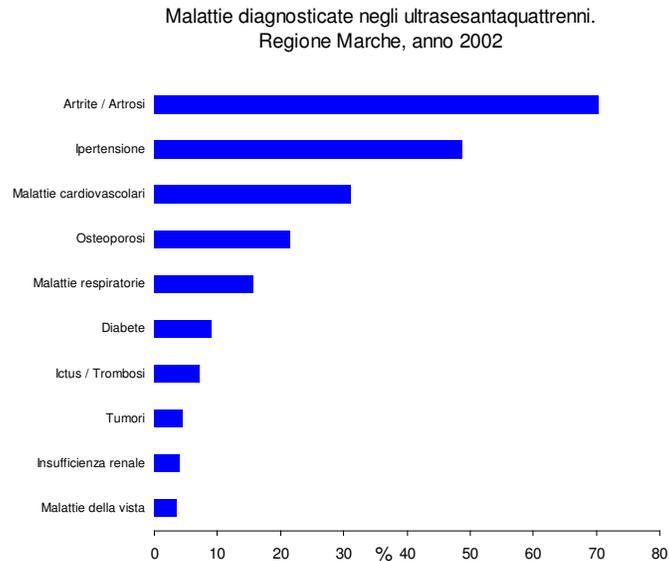
Quanti anziani soffrono di pluripatologie?

- Quasi la metà del campione (46%) dichiara di soffrire di 3 o più patologie croniche; solo il 4% degli intervistati non presenta alcuna malattia.
- All'aumentare dell'età aumenta il numero di anziani che presenta contemporaneamente più patologie croniche: sopra i 75 anni solo il 2% degli intervistati non ha alcuna patologia, mentre ben il 59% ha 3 o più malattie.
- Nelle donne la percentuale di persone con 3 o più patologie è quella prevalente fin dalla classe di età più giovane.



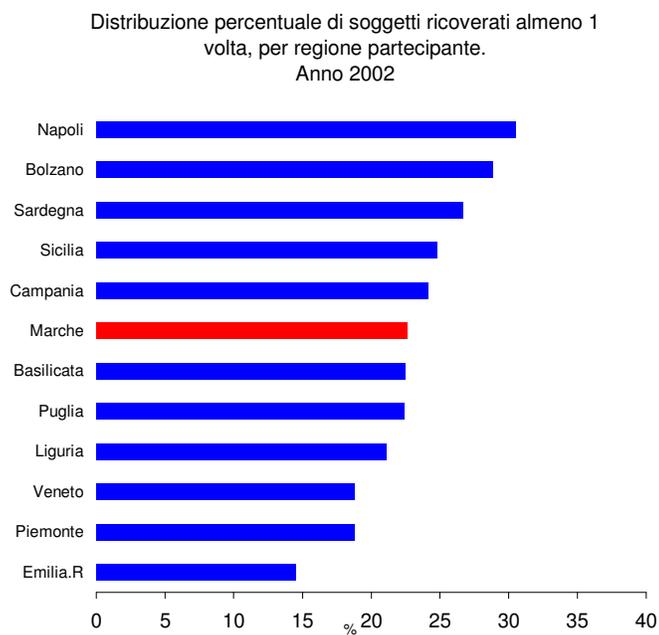
Quali sono le malattie diagnosticate?

- Tra le malattie più diffuse si registrano l'artrite/artrosi (70%) e l'ipertensione arteriosa (49%), in entrambi i sessi; a seguire l'osteoporosi (33%) tra le donne e le patologie cardiovascolari (31%) tra gli uomini.
- Completano il quadro delle patologie croniche, a maggior prevalenza negli anziani, le malattie respiratorie (16%) con più frequenza di riscontro però nel sesso maschile (25% negli uomini vs un 9% nelle donne).
- La prevalenza del diabete, 9% nella popolazione di 65 anni e più, è in linea con altri studi condotti a livello nazionale.
- La patologia cerebrovascolare (7% di prevalenza) assieme a quella cardiovascolare continua ad essere tra i maggiori responsabili di morbosità e di mortalità.



Quanti anziani sono stati ricoverati nell'ultimo anno?

- Il 23% degli intervistati è stato ricoverato nell'ultimo anno (il 18% degli uomini ed il 26% delle donne).
Esiste una grande variabilità del dato tra le regioni in Studio.



Riflessioni/Considerazioni

- Il 74% degli intervistati soffre di 2 o più patologie croniche.
- La presenza di più patologie contemporaneamente rende l'anziano più "fragile" e gli richiede grandi capacità organizzative nel gestirsi la quotidianità come ad esempio l'attenzione nell'assunzione corretta delle diverse medicine, la capacità di accudire la casa, di fare la spesa ecc...
- La morbilità per patologia cronica della popolazione anziana marchigiana è fortemente caratterizzata dal rischio di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare: l'artrite e l'artrosi sono infatti le malattie più diffuse.
- La prevalenza di patologie croniche dell'anziano aumenta di circa il 50% negli ultimi 10 anni (Studio ILSA).
- Un 23% di soggetti intervistati è stato ricoverato almeno una volta nell'ultimo anno.
- Nelle Marche la popolazione anziana, che rappresenta il 21% della popolazione marchigiana totale, ha determinato, nel 2000, il 42% delle degenze ospedaliere (131.971 ricoveri di ultrasessantaquattrenni).
- Nello stesso anno ci sono stati circa 344 ricoveri ogni 1.000 persone residenti, nella fascia di età 65-74 anni, che sono saliti a circa 527 ogni 1.000 soggetti con più di 74 anni. Questi valori sono rispettivamente il doppio, il triplo rispetto a quelli registrati per la popolazione generale.
- Le condizioni morbose che più frequentemente portano alla ospedalizzazione sono di natura cronico-degenerativa: tra queste la cataratta, l'aterosclerosi coronaria, l'insufficienza cardiaca le malattie polmonari.
- Dato che le principali cause di ricovero, in questo target di popolazione, sono le patologie croniche (escluso le cataratte) si può pensare ad un possibile contenimento del ricorso all'ospedalizzazione attraverso interventi che mirino ad:
 - a) un monitoraggio "stretto" e "continuo" delle condizioni del paziente, al proprio domicilio, da parte del Medico di Medicina Generale, per permettere il mantenimento del soggetto il più a lungo possibile in condizioni di stabilità pur nel vissuto di patologia cronica;
 - b) un "potenziamento" di modalità assistenziali alternative, in primis l'assistenza domiciliare, che non comportino lo sradicamento, anche temporaneo, dell'anziano dal proprio ambiente evitandone così il "disorientamento" e migliorando la qualità della vita anche nella fase della malattia.
- Da sottolineare però che in un ottica di "Promozione della Salute della persona anziana", va contemporaneamente data importanza, e di conseguenza perseguita con convinzione, la strada dell'individuazione ed attuazione di interventi volti alla prevenzione del decadimento psico-fisico.

AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

La capacità di vivere in maniera indipendente è stata misurata con l'impiego delle ADL, (Basic Activities of Daily Living), ossia attraverso la raccolta di informazioni, riferite dal soggetto, sulla sua capacità di compiere le attività di base della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi mangiare, muoversi in casa, usare il bagno, fare il bagno o la doccia).

Per l'analisi è stata considerata la seguente definizione di autosufficienza:

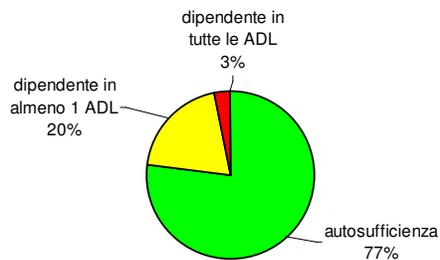
1. autosufficienza = soggetti con tutte le risposte "da solo" sulle ADL;
2. dipendenza parziale = soggetti con 1-5 risposte "solamente se aiutato" o "no" sulle ADL.
3. dipendenza grave = soggetti con nessuna risposta "da solo" sulle ADL.

I soggetti non autosufficienti: a) sono persone estremamente fragili; b) comportano un notevole carico assistenziale; c) sono spesso socialmente isolati; d) rappresentano un target per interventi socio-sanitari mirati.

Quanti sono autosufficienti, quanti dipendenti?

- La percentuale di totalmente autosufficienti in tutte le ADL, nella popolazione di 65 anni e più, è del 76,9%; circa il 20% ha bisogno di aiuto nello svolgimento di almeno una ADL (dipendenza parziale), mentre il 3% è gravemente dipendente.

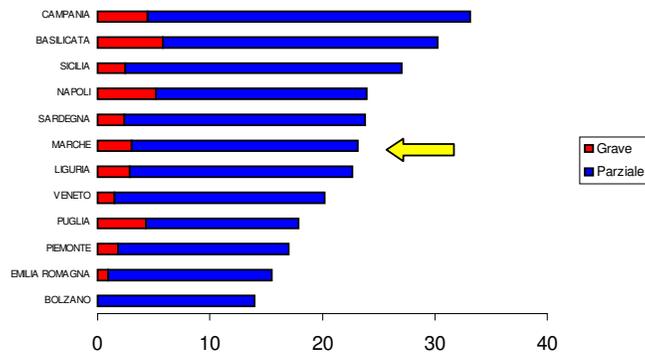
Disabilità, regione Marche. Studio Argento, 2002



- Questi dati sono sostanzialmente sovrapponibili con le informazioni risultate dallo studio ILSA.

- La frequenza di anziani con dipendenza grave e parziale differisce, come naturale, tra le varie regioni partecipanti allo Studio. Di rilievo però è il fatto che le percentuali più elevate di non autosufficienti sono presenti nelle regioni del Sud.

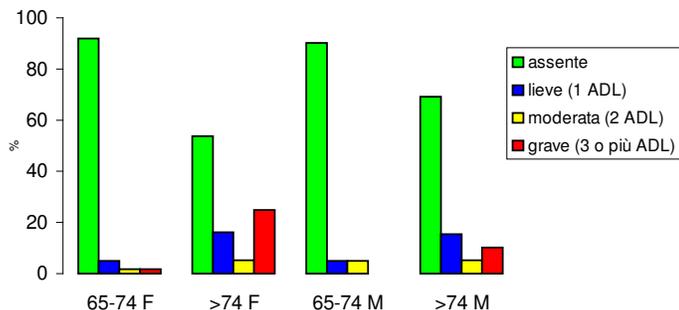
Dipendenza grave e parziale, per Regione partecipante. Anno 2002



- Esistono quindi differenze geografiche, non solo soggettive, ma anche oggettive nella salute degli anziani.

- La non autosufficienza in una ADL comporta di per sé una condizione di bisogno. Tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce grandemente all'aumentare del numero di attività (espresso dal numero di ADL) in cui il soggetto è disabile.

Grado di non autosufficienza, per numero di ADL, per classe di età e sesso. Regione Marche, anno 2002



- Nella fascia tra i 65-74 anni non ci sono "non autosufficienti gravi" tra gli uomini, mentre l'1,6% di donne intervistate ha bisogno di aiuto in 3 ADL e più. Sopra i 74 anni i valori crescono al 10% ed al 25% rispettivamente.

AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

Quanti disabili ricevono aiuto e da chi?

- Tutte le persone intervistate, risultate dipendenti anche in una sola ADL, ricevono aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da sole.
- La distribuzione delle persone che aiutano i non autosufficienti è la seguente:
 - 48% figlia/nuora
 - 20% coniuge/partner
 - 17% figlio/genero
 - 8% altro familiare
 - 5% persona a pagamento
 - 2% vicino/amico

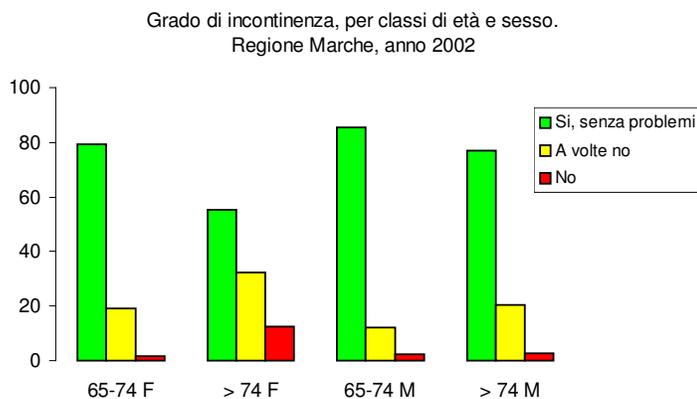
Ricevono aiuto per svolgere quali attività?

- Le attività della vita quotidiana per le quali viene richiesto con più frequenza l' aiuto sono:
 - fare il bagno o la doccia (23%)
 - vestirsi e spogliarsi (11%)
 - lavarsi (9%)
 - andare in bagno (8%)
 - spostarsi in casa (5%)
 - mangiare (4%)



Quanti hanno problemi a trattenere l'urina?

- Circa il 27% delle persone intervistate presenta problemi nel controllo della minzione: di questi il 5% è incontinente, mentre il 22% ha problemi occasionali.
- I problemi nel controllo delle urine crescono con l'età: sotto i 75 anni il 18% presenta difficoltà, mentre sopra i 75 anni tale percentuale sale al 35%.
- L'incontinenza occasionale o permanente è un problema prevalentemente femminile: il 32% delle donne ha queste difficoltà a fronte del 19% degli uomini.



AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

Riflessioni/Considerazioni

- Il 3% circa di anziani intervistati, residenti al proprio domicilio, è completamente non autosufficiente. Si stima pertanto che nelle Marche ci siano circa 10.000 persone con 64 anni e più che hanno bisogno di aiuto continuo.
- Con la perdita graduale dell'autosufficienza emergono necessità assistenziali di natura sociale e sanitaria che richiedono una gradazione di interventi: dall'aiuto quotidiano psicologico e materiale per lo svolgimento delle attività basilari, all'assistenza costante ed in alcuni casi ad alta valenza sanitaria nelle fasi della dipendenza grave.
- In ciò sono coinvolti, spesso senza alcuna integrazione, diversi attori quali la famiglia, gli amici, i vicini, il volontariato, i servizi sociali e la rete più specificamente sanitaria.
- Per fornire risposte più adeguate ai differenti bisogni occorre superare l'attuale organizzazione dei servizi sociali e sanitari, rigida nella sua articolazione, che rende difficile l'integrazione dei vari attori.
- Sarebbe importante invece definire percorsi assistenziali socio-sanitari territoriali entro i quali ricomprendere la fornitura di pacchetti assistenziali personalizzati.
- Il tutto richiede una precisa volontà di programmazione che trova il suo cardine nel concetto di "presa in carico dell'individuo". Un nuovo approccio programmatico quindi che parte dalla persona e non dai servizi. Al di fuori di questa ottica il coordinamento delle attività assistenziali socio-sanitarie è davvero problematico.
- Inoltre per attivare in modo più mirato gli interventi assistenziali socio-sanitari sarebbe utile fare una dettagliata disamina del grado di disabilità. A questo proposito in letteratura viene riportata la seguente classificazione che si basa sul numero di attività (espresso dal numero di ADL) in cui il soggetto ha bisogno di aiuto:
 1. soggetti non autosufficienti in 1 ADL (il 10% degli intervistati) : necessitano di un aiuto prevalentemente sociale quotidiano, ma limitato ad alcuni momenti della giornata specialmente se non ci sono malattie croniche in fase attiva associate;
 2. soggetti con perdita di almeno 2 o più funzioni ADL (il 13,5% degli intervistati): rappresentano i soggetti non autosufficienti, che non possono vivere da soli e nei quali possono insorgere specifiche necessità di assistenza medica e/o infermieristica legate alla stessa condizione di non autosufficienza.
- Il 65% dei fornitori di aiuto sono rappresentati da familiari di diversa generazione: figlia/o; nuora/genero, mentre nel 20% si tratta di familiari della stessa generazione: moglie/marito. Il 5% degli intervistati sono assistiti da una persona a pagamento.

Due le considerazioni:

 - a) L'assistenza di tipo sociale è tutta a carico della famiglia, ad oggi la principale fonte di supporto per la persona anziana non autosufficiente, residente a domicilio.
 - b) E' soprattutto la figura femminile a dover sopportare il peso dell'assistenza familiare all'anziano; ad essa è richiesto un continuo impegno fisico ed emotivo nonché lo svolgimento di compiti a volte molto complessi e difficili.

DISTURBI COGNITIVI

Le demenze rappresentano un importante problema sanitario e sociale il cui peso è destinato a crescere visto l'invecchiamento progressivo della popolazione. Una corretta diagnosi di demenza richiede, oltre che l'esecuzione di esami clinici, l'utilizzo di strumenti di valutazione complessi la cui somministrazione esige molto tempo. Invece per uno screening delle capacità cognitive della popolazione è stato messo a punto un rapido test efficace (sensibilità 96%; specificità 99%) e sintetico denominato Mini-cog. Questo si basa sulla combinazione di:

- un test per la memoria a breve termine, che valuta se l'intervistato è in grado di ricordare e ripetere una sequenza di tre parole;
- un test del disegno dell'orologio, in cui al soggetto viene chiesto di disegnare il quadrante di un orologio, completarlo con le ore e di segnare un'ora stabilita.

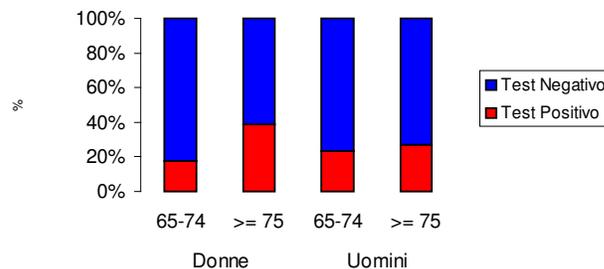
Il Mini-cog permette di valutare le capacità mnemoniche a lungo termine, visive e spaziali, la capacità di attenzione e le capacità di portare a termine un compito.

Il test, nella presente indagine, è stato utilizzato come screening di primo livello dei problemi cognitivi nella popolazione anziana, a cui far, eventualmente, seguire gli opportuni approfondimenti diagnostici.

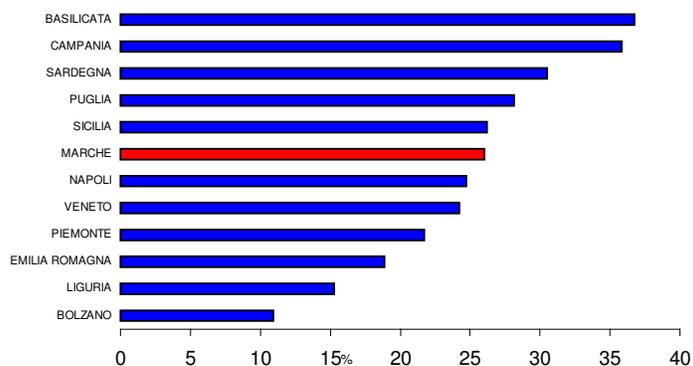
Quanti anziani hanno carenze cognitive?

- Il 26% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi.
- Non si apprezzano differenze tra i due sessi, infatti presentano deficit cognitivi il 27% delle donne ed il 25% degli uomini.
- Al crescere dell'età le percentuali aumentano: sotto i 75 anni è risultato positivo al test il 20% degli intervistati, mentre sopra i 75 anni il 33%.
- La presenza di disturbi cognitivi sembra essere un problema soprattutto delle donne ultrasettantaquattrenni.
- Al 6% del campione il test non è stato applicato o per uno stato di demenza già conclamata o per disabilità di tipo fisico (es. cecità).
- Esiste una grande variabilità, tra le regioni in studio, nella prevalenza dei deficit cognitivi: dal 37% della Basilicata all'11% di Bolzano.

Test di screening per disturbi cognitivi.
Regione Marche. Anno 2002



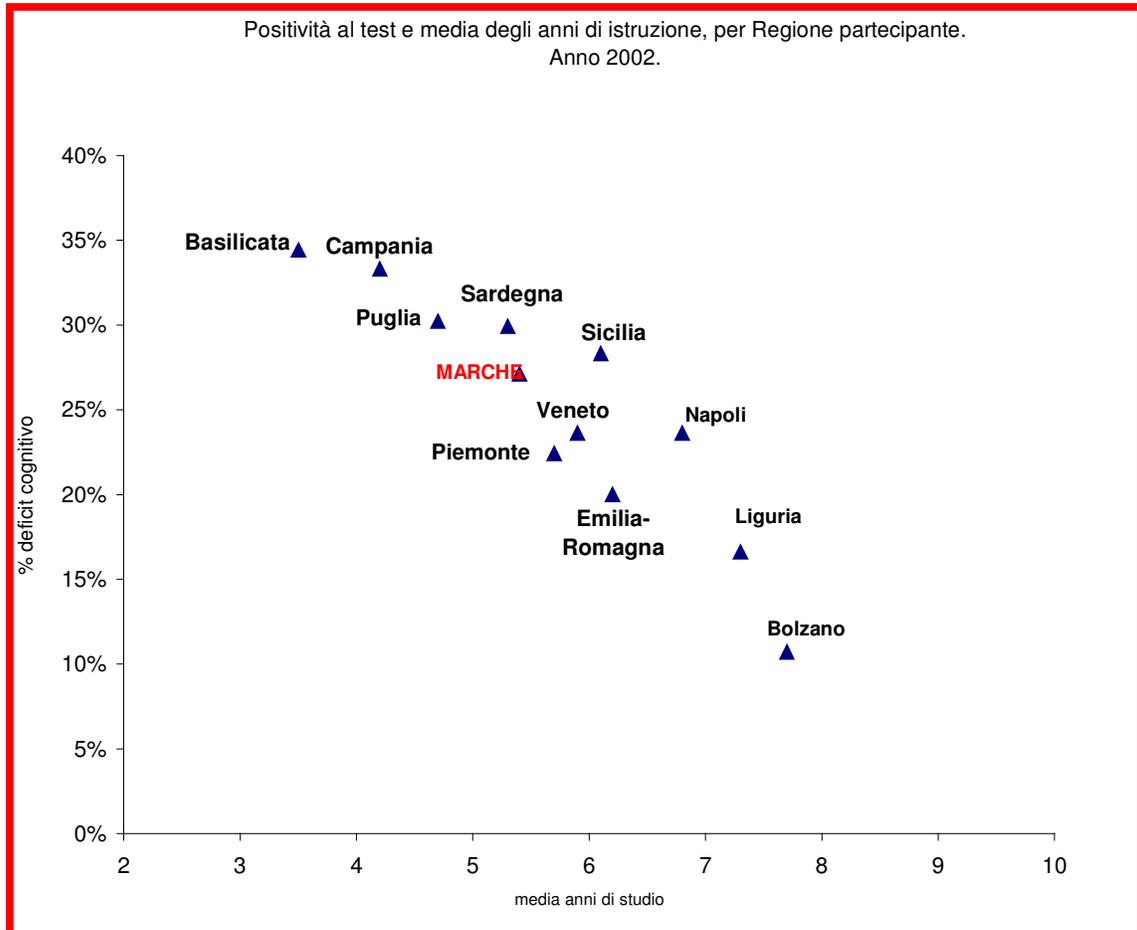
Prevalenza di disturbi cognitivi, per regione partecipante.
Anno 2002



DISTURBI COGNITIVI

Deficit cognitivo e livello di istruzione

- Per ciascuna regione partecipante la prevalenza dei deficit cognitivi è stata messa in relazione con gli anni di studio. Il risultato è stato il seguente: al crescere della media degli anni di istruzione diminuisce la percentuale di intervistati con disturbi cognitivi al test di screening.
- Questo fatto potrebbe spiegare, in parte, le differenze di prevalenze dei deficit cognitivi osservate tra Nord e Sud poiché le regioni con percentuali più elevate come la Basilicata e la Campania sono anche quelle con le medie di anni di istruzione più basse.



Riflessioni/Considerazioni

- I disturbi cognitivi sono un importante problema della popolazione anziana in quanto comportano un peso considerevole in termini di disabilità e costi diretti ed indiretti che coinvolgono il settore sanitario, quello sociale e la famiglia.
- Una stima delle persone con deficit cognitivi è importante per il dimensionamento del fenomeno e per una conseguente idonea programmazione di interventi socio-sanitari.
- Nelle Marche un intervistato su quattro è risultato positivo al test di screening per i disturbi cognitivi; una maggior prevalenza viene registrata nelle donne sopra i 75 anni: 39% verso il 27% degli uomini della stessa età.
- Il fatto che le persone con un numero medio di anni di istruzione più basso siano più vulnerabili sotto il profilo dei deficit cognitivi indica l'importanza del mantenimento di una vita culturalmente "attiva" come fattore preventivo per questa tipologia di disturbi.
- In questa ottica quindi dovrebbero essere favorite le iniziative culturali dirette a stimolare le attività cognitive dell'anziano.

ISOLAMENTO SOCIALE

Il tema dell'isolamento sociale nella vecchiaia è stato indagato attraverso domande sullo svolgimento, nelle 2 settimane precedenti l'intervista, delle seguenti attività: a) l'aver fatto "quattro chiacchiere" con persone diverse da familiari o conviventi; b) l'essere uscito di casa; c) l'aver partecipato ad attività sociali come la frequentazione di circoli, partiti, teatri, parrocchie ecc...

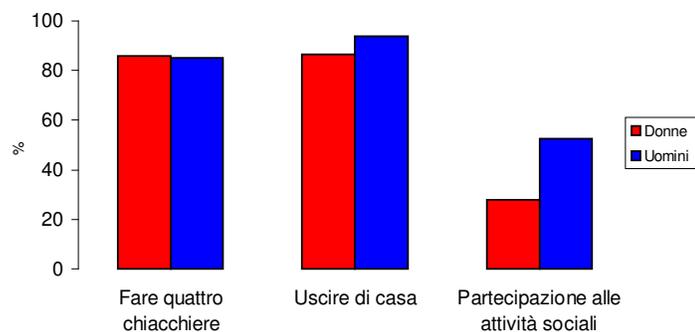
In fase di analisi è stato definito:

- integrato l'anziano con tutte le risposte "sì" sullo svolgimento delle attività sociali indicate;
- poco integrato l'ultrasessantatreenne con almeno una risposta "sì";
- isolato la persona anziana con tutte le risposte "no".

Quanti anziani soffrono di isolamento sociale?

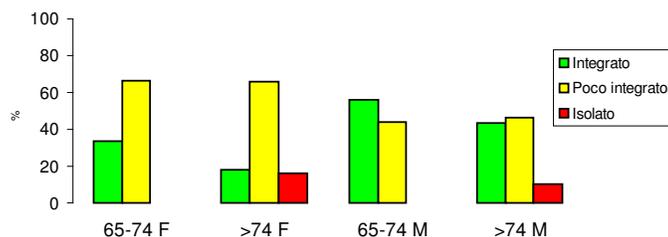
- Il 36% degli intervistati è risultato "integrato", il 57% "poco integrato" ed il 7% isolato.
- Analizzando la tipologia di rapporti sociali, per sesso, la differenza più grande si evidenzia nella sfera della "partecipazione ad attività sociali con altre persone", con percentuali del 53% degli uomini a fronte del 28% delle donne.

Tipologia di rapporti sociali, per sesso.
Regione Marche, anno 2002



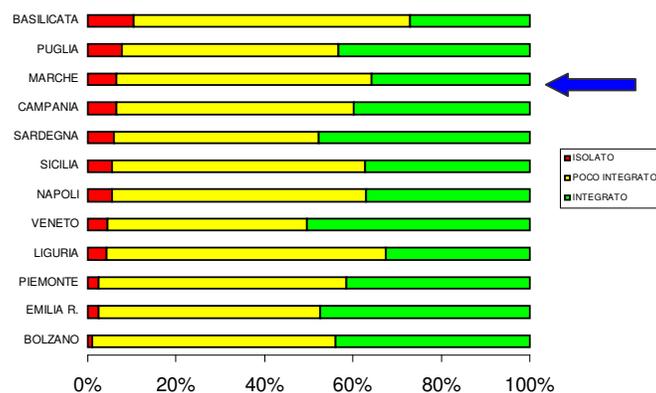
- L'isolamento sociale è un problema dei soggetti di 75 anni e più, soprattutto di sesso femminile (il 16% delle donne ultrasessantatreenne è isolata contro il 10% di uomini).

Isolamento, per classi di età e sesso.
Regione Marche, anno 2002



- La prevalenza di anziani classificati come "isolati socialmente" presenta un gradiente Nord-Sud: dall'1% di Bolzano al 10% della Basilicata.
- Le Marche, rispetto alle regioni partecipanti allo Studio presentano una delle percentuali più elevate (7% circa) di soggetti "socialmente isolati".

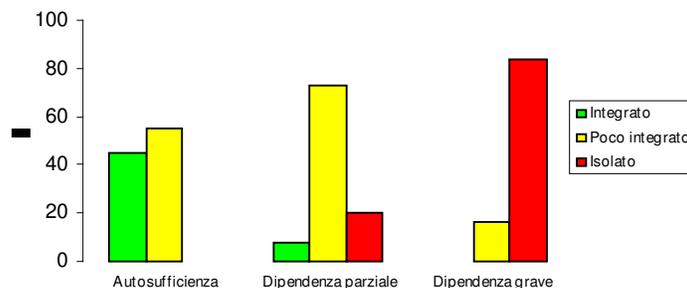
Isolamento ed integrazione sociale, per Regione partecipante.
Anno 2002



Caratteristiche dell'isolamento sociale

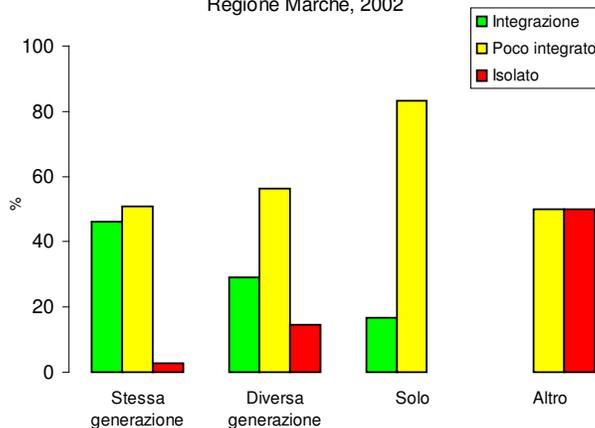
- La mancanza di autonomia incide sull'isolamento infatti al diminuire del livello di autosufficienza cresce il numero di anziani con problemi di isolamento.
- E' isolato il 20% di anziani con "dipendenza parziale", mentre tale percentuale aumenta di 4 volte in quelli con "dipendenza grave".

Isolamento e grado di autosufficienza.
Regione Marche, 2002



- Il vivere con i familiari della stessa generazione, soprattutto i rispettivi partners, favorisce una integrazione maggiore rispetto allo stare con familiari di diversa generazione: figli, nipoti ecc... (46% vs il 29%).
- L'equazione: "solitudine abitativa uguale isolamento sociale" non è completamente verificata. Ciò è in accordo con i risultati di altre indagini che hanno evidenziato che i senior che vivono soli, rispetto a coloro che vivono con altri, si dichiarano più soddisfatti del proprio tempo libero e hanno maggiori occasioni di incontri sociali.

Isolamento e tipologia di convivenza.
Regione Marche, 2002



Riflessioni/Considerazioni

- Lo svolgimento o meno di una qualche attività sociale:
 - a) rappresenta un buon indice della qualità della vita;
 - c) influenza la domanda di assistenza sanitaria;
 - d) è un indicatore utile alla programmazione sociale.
- Solo il 36% degli intervistati è ancora totalmente integrato nella società marchigiana, un 57% lo è parzialmente ed un 7% è completamente emarginato.
- Il vivere con il coniuge o di familiari della stessa generazione favorisce il mantenimento di relazioni sociali. L'essere donna ultrasettantaquattrenne risulta una condizione di svantaggio.
- Nella società industrializzata la "terza età è attualmente uno "spazio sociale" poichè vengono organizzate vacanze per anziani, creati centri sociali, università per la terza età ecc....
L'ultrasantaquattrenne sta diventando il target verso cui molti mercati economici spostano la loro offerta ma, nonostante tutto questo si assiste ad una progressiva "segregazione" dell'individuo man mano che invecchia in quanto, dal punto di vista sociale e sanitario, l'unico ruolo che è riconosciuto all'anziano, per ora, è quello di malato.
- I due terzi degli anziani partecipanti ad uno studio paneuropeo denominato "Invecchiare in Salute" sono concordi nell'affermare che "la società di oggi tende a sottovalutare le capacità e l'esperienza delle persone della mia età".
- La stessa indagine mostra come gli anziani vorrebbero essere percepiti dalla società:
 - il 17% degli intervistati non vorrebbe essere ritratto come un "peso"
 - il 14% non vorrebbe essere trattato con condiscendenza e messo a tacere
 - il 10% non vorrebbe essere visto come "inattivo".
- "...Nel presente contesto politico e culturale la svalorizzazione dell'anziano è funzionale, per il fatto che la produttività è essenziale alla società..." Il lavoro dà un ruolo sociale riconosciuto dagli altri, ma anche un sentimento di identità personale; tramite il lavoro si acquisisce una rete di rapporti interpersonali che rappresenta un baluardo contro la solitudine e conferisce sicurezza..." (Tiziana Mettieri, gruppo di ricerca geriatria di Brescia).
- Che fare allora ?
E' necessario che la società assuma una visione positiva della vecchiaia, superando il concetto di lavoro produttivo come qualità distintiva dell'esistenza umana e riconosca nel soggetto anziano ancora la possibilità di un "progetto di vita"; "non presumere che i miei giorni siano finiti" è per l'appunto una delle espressioni più frequenti degli intervistati dell'indagine "Invecchiare in Salute".
- Come? Attraverso:
 - a) l'azione degli stessi anziani che devono riuscire a ridisegnare il loro ruolo nella società partendo dalla consapevolezza di essere "forza" per il loro crescente numero e quindi per l'influenza che ciò può comportare nelle scelte politiche (empowerment),
 - b) il coinvolgimento dei livelli di governo e della pluralità di soggetti della comunità in progetti positivi e complessivi quali ad esempio:
 - la programmazione di percorsi alternativi sia per gli anziani che vogliono continuare l'attività lavorativa sia per chi decide di non continuare a lavorare;
 - la formazione del lavoratore anziano che desidera acquisire competenze per nuovi lavori;
 - il riconoscimento del ruolo dell'assistenza informale a persone disabili anziane: gran parte dell'assistenza a soggetti ultrasessantaquattrenni non autosufficienti è fornita da persone di età compresa tra i 50 ed i 70 anni.

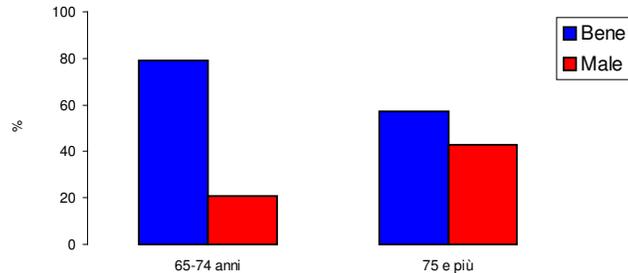
CURE ODONTOIATRICHE

Le difficoltà di masticazione dovute a perdita di denti sono causa nell'anziano di alimentazione inadeguata per carente apporto di carne, frutta e verdura fresca. E' stato inoltre dimostrato che le patologie dentali e peridontali possono avere un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico dell'anziano.

Quanti hanno difficoltà a masticare?

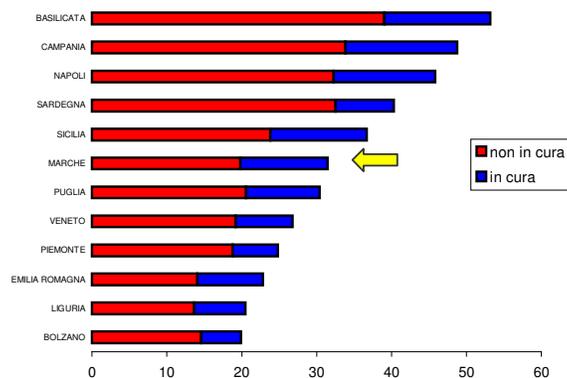
- Un anziano su tre (31,5%) presenta difficoltà alla masticazione.
- Tali problemi sono stati riferiti dal 34% delle donne ed dal 28% degli uomini.
- La prevalenza delle difficoltà masticatorie cresce con l'aumentare dell'età: è pari al 21% tra i soggetti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni e sale al 43% sopra i 74 anni.
- Tra le persone che dichiarano di masticare male il 72% porta una protesi dentaria.

Capacità di masticare cibi difficili, per età.
Regione Marche, anno 2002



- Nelle Marche due persone su tre, che dicono di masticare male, non si sono recate dal dentista nell'ultimo anno, mentre il restante terzo dichiara di essere in cura da un odontoiatra.
- Nel ricorso alle cure odontoiatriche da parte della popolazione anziana esistono delle differenze tra Nord e Sud.

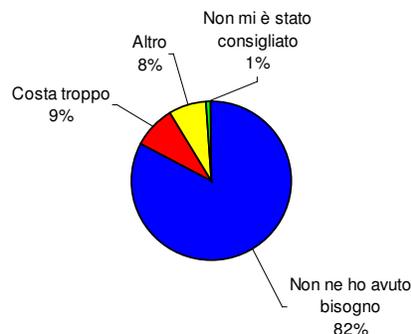
Difficoltà di masticazione e cure odontoiatriche, per Regione partecipante. Anno 2002.



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

- Complessivamente il ricorso al dentista da parte della popolazione anziana marchigiana non è molto sentito: ci è andato nell'ultimo anno il 38% degli intervistati (circa uno su tre).
- Il motivo principale per cui non sono andati è perchè ritengono di non averne avuto bisogno (l'82%).
- Il 9% degli intervistati pensa invece che il costo della visita sia troppo elevato.

Motivi del non ricorso alle cure odontoiatriche.
Regione Marche. Anno 2002.



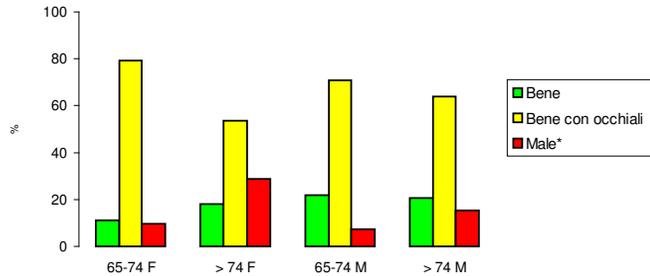
PROBLEMI DI VISTA E DI UDITO

Le disabilità percettive, quali i difetti della vista e dell'udito, possono condizionare la qualità di vita percepita ed il livello di integrazione sociale dell'anziano, incidendo sulle sue capacità di comunicazione e sulle sue abilità quotidiane.

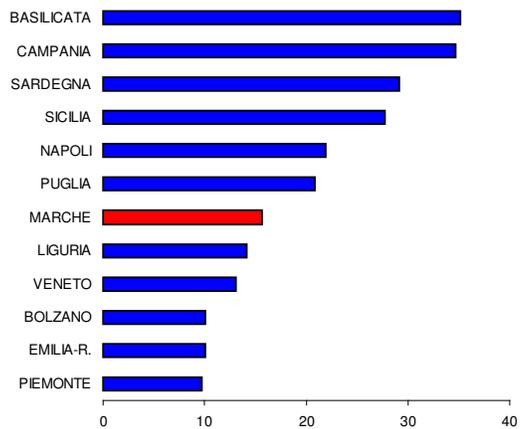
Quanti hanno problemi di vista?

- Il 16% degli intervistati presenta problemi di vista nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali.
- Il 67% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.
- La prevalenza di questa disabilità aumenta con il crescere degli anni: nella fascia di età tra i 65 ed i 74 anni ne sono interessati il 9% degli intervistati, sopra i 74 anni la percentuale sale al 23%.
- Il gradiente Nord-Sud per le difficoltà visive è molto marcato: dal 9% di prevalenza nella regione Piemonte si sale al 35% della Basilicata e Campania.

Capacità visiva per classi di età e sesso.
Regione Marche, anno 2002



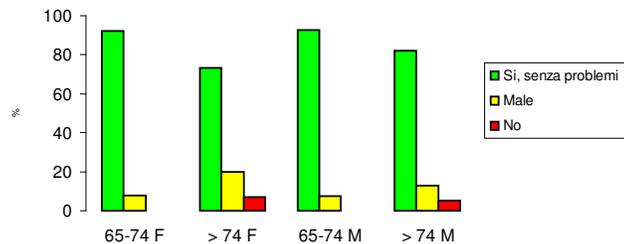
Difficoltà visive, per Regione partecipante. Anno 2002.



Quanti hanno problemi di udito?

- L'85% degli intervistati riferisce di sentire bene: di questi il 12% utilizza una protesi acustica.
- Il 15% del campione presenta invece difficoltà uditive: tra questi il 3% porta una protesi acustica, mentre il 97% non la utilizza.
- Con l'aumentare dell'età cresce la prevalenza di anziani con difficoltà uditive: sono l'8% nella fascia 65-74 anni ed il triplo sopra i 74 anni.

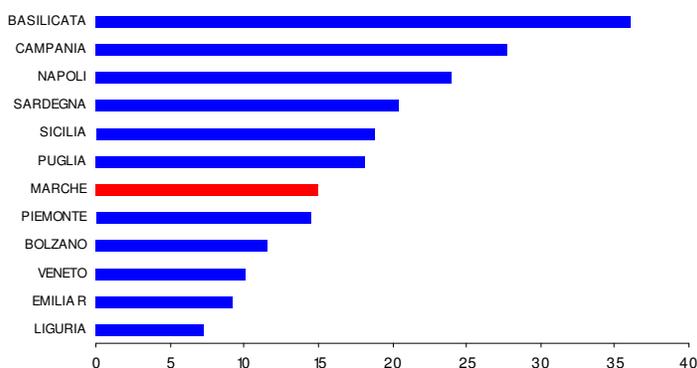
Capacità uditiva per classi di età e sesso.
Regione Marche, anno 2002



PROBLEMI DI VISTA E DI UDITO

- La prevalenza di persone con problemi di udito va dal 7% della Liguria al 36% della Basilicata.

Difficoltà uditive, per Regione partecipante. Anno 2002.



Riflessioni/Considerazioni

- Il 31% degli intervistati dichiara di avere dei problemi nella masticazione, però di essi solo il 12% è in cura da un odontoiatra.
- Complessivamente il ricorso al dentista, tra gli anziani marchigiani, non è una "consuetudine": nell'ultimo anno ci è andato il 38% degli intervistati.
- L'82% degli intervistati dice di non averne avuto bisogno, ma forse tale risposta, vista la diffusione dei problemi masticatori, nasconde altri motivi quali ad esempio la difficoltà di accesso alle prestazioni, i tempi lunghi delle liste di attesa, gli inevitabili tempi lunghi dei trattamenti che possono comportare problemi di accompagnamento dell'anziano e non ultimo il costo delle cure, ammesso, per altro, dal 9% degli intervistati.
- Eppure la "tutela della salute dentale" nella terza età deve essere ricompresa nella più ampia sfera della "Promozione della Salute" della persona anziana in quanto le difficoltà masticatorie condizionano pesantemente la dieta dell'individuo con ripercussioni importanti sul suo benessere fisico.
- Di qui la necessità di organizzare, a livello locale, percorsi di accesso e cura specifici per questo target di popolazione con facilitazioni finanziarie per le persone in condizioni socio-economiche più svantaggiate.
- Nelle Marche c'è un 16% di intervistati che ha dichiarato di avere disturbi visivi ed un 15% che ha ammesso quelli uditivi.
- Queste disabilità percettive influenzano in maniera importante la capacità di relazione di un individuo e quindi la sua possibilità di integrazione nella vita sociale.
- Il 93% di anziani con problemi di udito e l'84% con problemi di vista vivono una condizione di isolamento sociale. I deficit visivi inoltre sono un importante fattore di rischio per le cadute.
- A livello di strategie di assistenza per gli ultrasessantatrenni potrebbe essere valutata l'utilità di un'offerta attiva di visite specialistiche per il monitoraggio di tali funzioni al fine di prevenirne drammatici decadimenti.

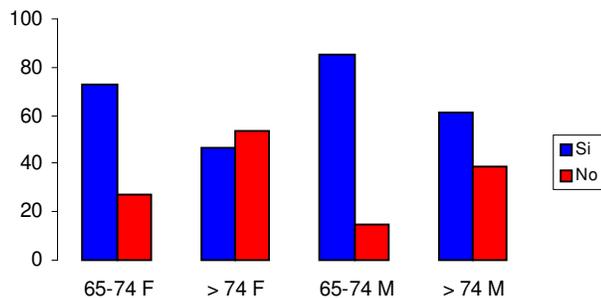
ATTIVITÀ FISICA e MOTORIA

L'attività fisica riduce i rischi di morbilità e mortalità in tutte le fasce di popolazione, quindi anche tra gli anziani. Essa inoltre gioca un ruolo importante nella prevenzione delle cadute e della depressione. Nello studio Argento è stato definito "svolgimento di un esercizio fisico" l'effettuazione di una qualsiasi 'attività motoria' da parte del soggetto anziano, più che di una attività sportiva propriamente detta. Ciò in quanto il fare del movimento moderato, ma costante, è comunque correlato con i benefici per la salute. La diversa definizione operativa di "esercizio fisico" però ha portato ad ottenere dati di prevalenza superiori a quelli rilevati dall'Indagine Multiscopo dell'Istat.

Quanti hanno effettuato un'attività fisica nelle ultime due settimane?

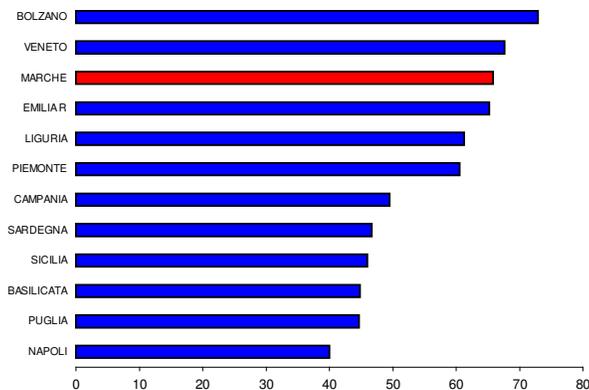
- Circa due intervistati su tre (66%) riferiscono di aver praticato una attività motoria, per almeno 10 minuti consecutivi, nelle ultime due settimane.
- Hanno svolto un esercizio fisico costante il 61% delle donne intervistate ed il 74% degli uomini.
- La prevalenza del movimento diminuisce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni è attivo il 78% del campione, mentre sopra i 74 anni il valore scende al 53%.
- Il praticare costantemente un esercizio fisico è legato al miglioramento della salute percepita: tra gli anziani "sportivi" il 43% riferisce il proprio stato di salute come buono, solo il 13% tra i non "sportivi".

Svolgimento di attività fisica, per classi di età e sesso.
Regione Marche, anno 2002.



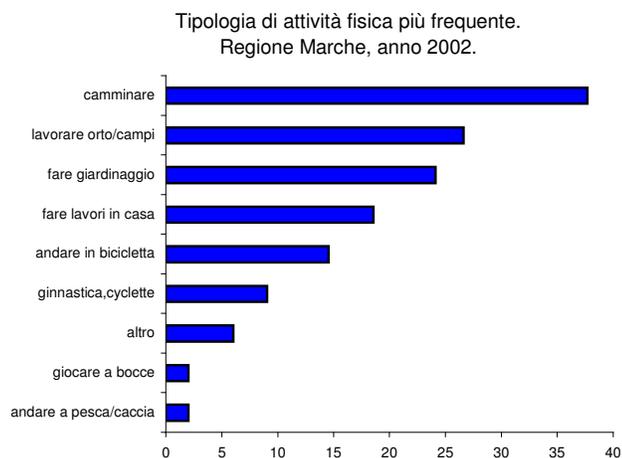
- La percentuale di persone anziane che dichiara di svolgere un'attività motoria è molto diversa tra le regioni in studio: dal 73% di Bolzano si scende al 40% di Napoli.
- Complessivamente le Regioni del Sud presentano le prevalenze più basse.

Svolgimento di attività fisica, per regione partecipante.
Anno 2002.



Che tipo di attività fisica?

- L'esercizio fisico svolto più frequentemente è rappresentato dal camminare a passo sostenuto (38%), seguito dal lavorare nell'orto o nei campi (27%) - attività motoria correlata con la vocazione lavorativa contadina della popolazione anziana della nostra Regione - e dal praticare il giardinaggio (24%).
- Queste attività motorie vengono eseguite in media 5 volte alla settimana sia dagli uomini che dalle donne.
- Un intervistato su tre (38%) dichiara di praticare almeno un'attività fisica tutti i giorni della settimana.



Quante ore alla settimana passate davanti alla televisione?

- Gli intervistati passano in media meno di 3 ore al giorno davanti alla televisione: 2,7 ore le donne e 2,5 gli uomini.

Riflessioni/Considerazioni

- Il 66% degli intervistati ha riferito di svolgere costantemente un'attività motoria, più volte alla settimana.
- Questa pratica oltre che aumentare il benessere fisico, è anche correlata ad un miglioramento della percezione del proprio stato di salute.
- Alla luce delle raccomandazioni presenti nella letteratura scientifica internazionale è opportuno promuovere iniziative atte a favorire, tra le persone anziane, lo svolgimento di un esercizio fisico moderato e regolare.
- Inoltre alcune pratiche motorie che rafforzano la muscolatura e contemporaneamente aumentano l'equilibrio dell'anziano, come ad esempio l'antica arte del Thai-Chi, sono da preferire per un loro specifico beneficio riguardo la prevenzione delle cadute.

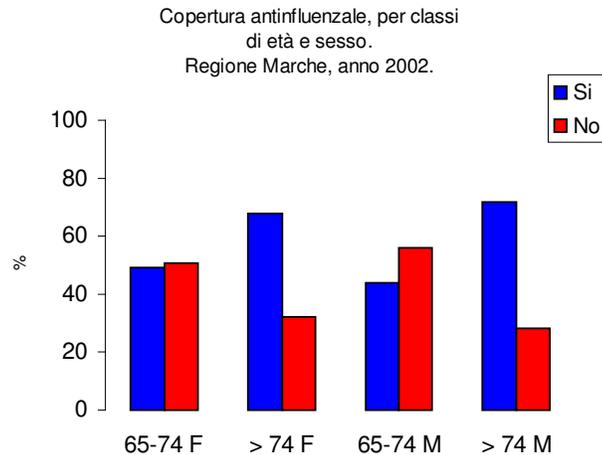
VACCINAZIONI - INFLUENZA

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un importante intervento in Sanità Pubblica: è raccomandata nella popolazione anziana in quanto riduce le complicanze della malattia infettiva, l'ospedalizzazione e l'eccesso di mortalità da essa provocato.

Il raggiungimento di una copertura di almeno il 75% tra gli ultrasessantatenni è uno degli obiettivi dei ventigi Piani Sanitari: nazionale e regionale.

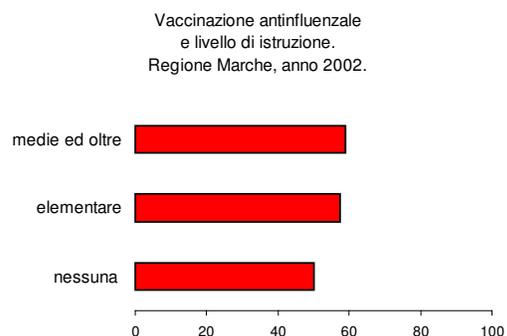
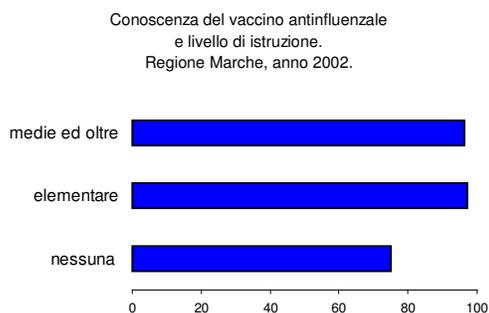
Quanti si sono vaccinati lo scorso inverno?

- Il 96% degli intervistati conosce il vaccino antinfluenzale.
- Tuttavia, nella stagione 2001-2002, riferisce di essere stato vaccinato il 58% circa del campione. Tale valore è sostanzialmente sovrapponibile con i dati forniti dal Ministero della Salute per la regione Marche.
- La copertura vaccinale antinfluenzale è sovrapponibile nei due sessi (58%) ed aumenta con l'età: nella fascia 65-74 anni dichiara di essere vaccinato il 47% dei soggetti intervistati, sopra i 74 anni il 70%.



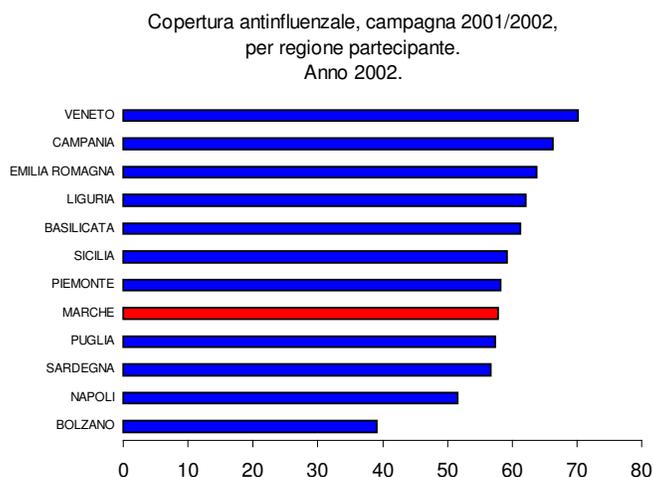
Vaccinazione antinfluenzale e livello di istruzione

- L'informazione sulla esistenza del vaccino antinfluenzale è più diffusa negli strati di popolazione con un maggior livello di istruzione: il 96% degli intervistati con istruzione media superiore conosce il vaccino contro il 75% dei soggetti analfabeti. Non esiste però una corrispondente notevole differenza nella copertura vaccinale: il 59% dei soggetti più istruiti hanno effettuato la vaccinazione verso il 50% delle persone senza alcuna istruzione.

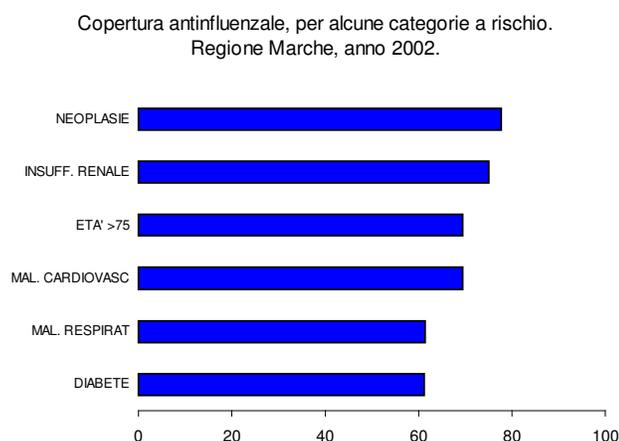


VACCINAZIONI - INFLUENZA

- Riguardo la copertura vaccinale per influenza le Marche non si trovano ai primi posti come invece ci si potrebbe aspettare da una Regione che ha programmi vaccinali avanzati, in particolar modo tra la popolazione infantile.

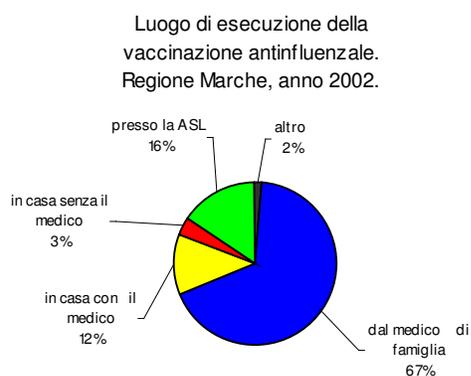


- Vengono registrate carenze anche dove ci si aspetterebbe una copertura vaccinale pari al 100%, cioè tra i soggetti appartenenti a categorie a rischio (cardiopatici, diabetici, pazienti neoplastici ecc...), per le quali viene espressamente consigliata la vaccinazione.



Dove è stata effettuata la vaccinazione antinfluenzale?

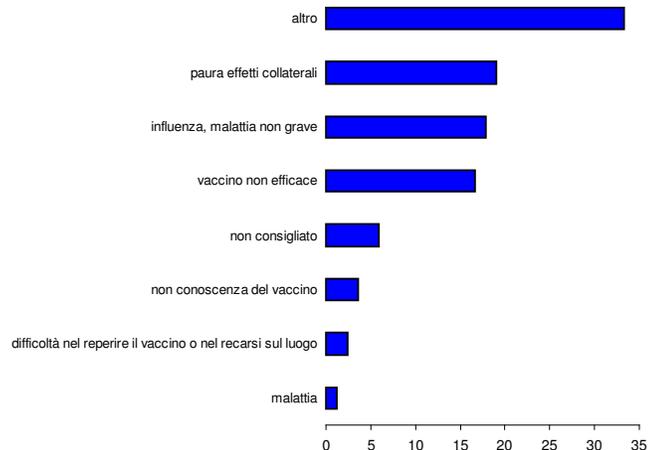
- Il 79% delle persone vaccinate dichiara di essere stato vaccinato dal Medico di Medicina Generale (il 12% al proprio domicilio) ed il 16% da operatori delle strutture delle Aziende Sanitarie.
- Al 97% degli anziani la vaccinazione è stata fatta gratuitamente.



Per quale motivo non si sono vaccinati contro l'influenza?

- Tra i motivi principali della mancata vaccinazione si registrano:
 - la paura degli effetti collaterali (19%);
 - l'influenza non è una malattia grave (18%);
 - il vaccino non è ritenuto efficace (17%);
 - il vaccino non è stato consigliato (6%).

Motivazioni del non ricorso alla vaccinazione antinfluenzale.
Regione Marche, anno 2002.



Riflessioni/Considerazioni

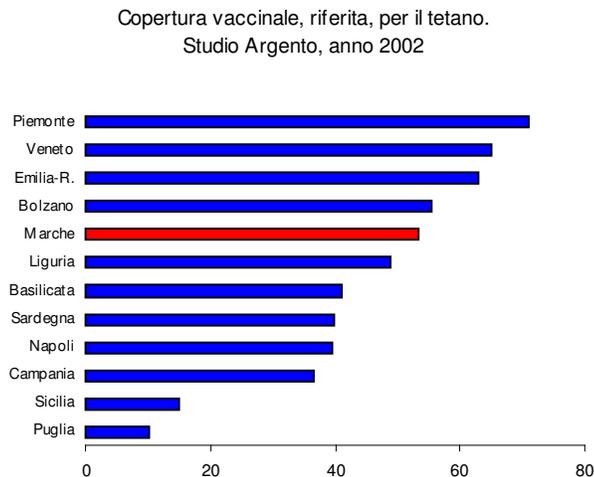
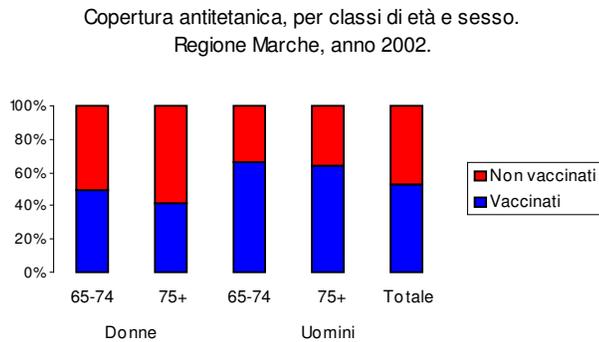
- L'influenza, una malattia infettiva che nel soggetto anziano è temibile per la possibile insorgenza di complicanze, può essere in parte prevenuta grazie all'esistenza di vaccini efficaci e sicuri.
- Nella campagna 2001-2002 tuttavia è stato vaccinato solo il 58% del campione: esiste uno spazio per incrementi di copertura.
- Dall'indagine sono emerse alcune informazioni che potrebbero essere utilizzate per una migliore riuscita delle prossime campagne vaccinali come la conoscenza dei motivi più frequenti di mancata vaccinazione (paura degli effetti collaterali; il ritenere il vaccino non efficace): questo può aiutare a mettere in atto appropriate azioni informative od educative volte a contrastarli.

VACCINAZIONI - TETANO

L'appropriata vaccinazione contro il tetano nella popolazione anziana rappresenta un elemento importante in Sanità Pubblica, essendo questa fascia d'età attualmente la più colpita. Anche nelle realtà provviste di un buon programma vaccinale gli anziani possono ancora essere suscettibili all'infezione sia perchè vaccinati in modo incompleto o perchè l'immunità tende a ridursi con il tempo.

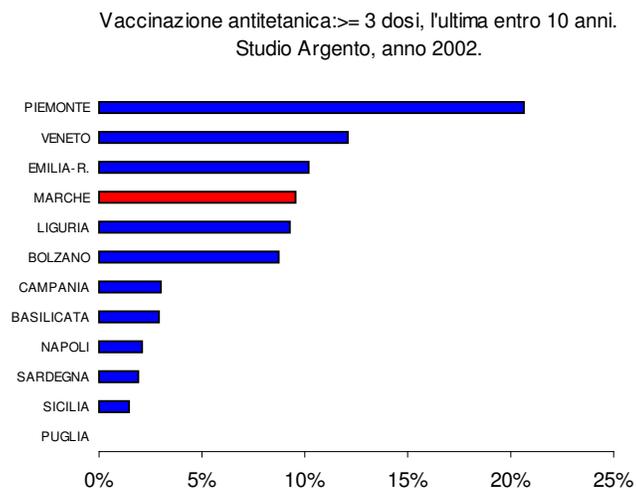
Quanti sono stati vaccinati contro il tetano?

- Il 53% degli intervistati riferisce di essere stato vaccinato contro il tetano.
- La copertura vaccinale, dichiarata, risulta maggiore tra gli uomini (65%) rispetto alle donne (45%). E' fondamentale, a questo proposito, l'aver svolto il servizio militare.
- Esiste un gradiente Nord-Sud nella copertura vaccinale per il tetano: dal 71% del Piemonte si scende al 10% della Puglia.



Quando è stata effettuata l'ultima vaccinazione antitetanica?

- Il 9,5% degli intervistati marchigiani riferisce di aver ricevuto tre o più dosi di vaccino nell'arco della propria vita, l'ultima delle quali da meno di 10 anni. Per cui solo per questa piccola percentuale di persone si può assumere, con ragionevole certezza, che sia stato effettuato almeno un ciclo di base completo e che la copertura vaccinale sia tutt'ora valida.



Dove ed in quale occasione è stata effettuata l'ultima vaccinazione antitetanica?

- L'86% degli anziani, che riferiscono di essere stati vaccinati, ricordano la sede della vaccinazione: il 64% dichiara di essersi vaccinato al P.S.; un 17% presso un ambulatorio della Ausl; un 11% dal Medico di Medicina Generale.
- Tra i motivi più frequenti dell'ultima vaccinazione ci sono:
 - una ferita (74,2%);
 - motivi di lavoro (9,2%);
 - richiamo (5,2%).

Riflessioni/Considerazioni

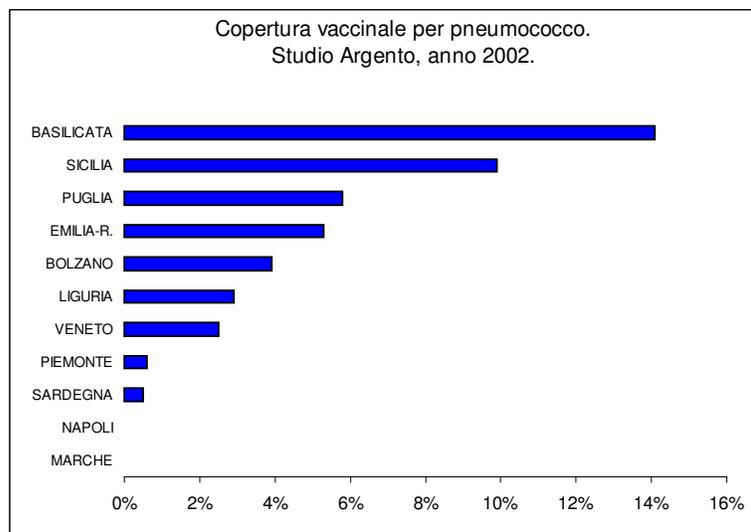
- I richiami contro la difterite ed il tetano sono raccomandati a cadenza decennale e l'appropriata vaccinazione antitetanica degli anziani rappresenta una priorità di sanità pubblica visto che le persone ultrasessantatrenni sono il gruppo attualmente più colpito dalla malattia.
- Il 53% degli intervistati, dichiara di essere stato vaccinato contro il tetano, ma esistono giustificati motivi per dubitare della validità di tale immunizzazione, infatti solo una minoranza di soggetti (9,5%) ricorda di aver ricevuto 3 o più dosi l'ultima delle quali entro gli ultimi 10 anni; la maggioranza delle persone (64%) riferisce di essere stata vaccinata in Pronto Soccorso per cui non si può dire se abbia ricevuto immunoglobuline o la vaccinazione vera e propria.
- La bassa copertura vaccinale antitetanica, in particolar modo nelle donne in età avanzata, risultata dall'indagine, viene confermata anche dalla letteratura scientifica internazionale e coincide con i dati di incidenza della malattia, disponibili a livello regionale.
- E' necessario perciò pianificare appropriate misure di intervento per incrementare la vaccinazione in questo target di popolazione.

VACCINAZIONI - PNEUMOCOCCO

La vaccinazione antipneumococcica è stata recentemente inserita tra le vaccinazioni raccomandate nella popolazione anziana, per proteggerla dalle infezioni invasive più gravi provocate dallo *Streptococcus pneumoniae*.

Quanti conoscono la vaccinazione antipneumococcica e quanti sono vaccinati?

- Il 3,5% degli intervistati conosce il vaccino antipneumococcico (7 persone)
- Un solo anziano ha effettuato la vaccinazione.
- Il grafico mostra la copertura vaccinale per pneumococco tra le Regioni partecipanti allo Studio



Riflessioni/Considerazioni

- Il vaccinazione antipneumococcica nelle Marche non è stata introdotta come prestazione routinaria dei Servizi vaccinali.
- Essa viene eseguita sporadicamente su particolari categorie di anziani a rischio (ad esempio gli ospiti di Case di Riposo) in concomitanza con la vaccinazione antinfluenzale.
- Qualora si decidesse di promuovere programmi vaccinali più estesi sarebbe necessario organizzare, prima di tutto, adeguate campagne informative: risulta infatti che solo il 3% circa degli anziani conosce questo tipo di vaccino.

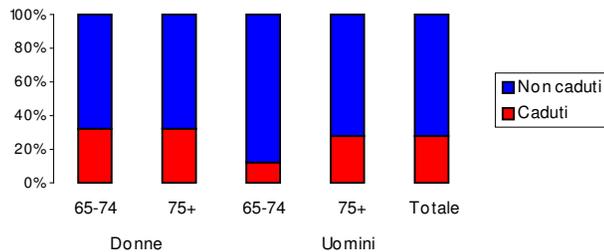
CADUTE

La caduta rappresenta un evento temibile nell'anziano sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico, come le fratture od i traumi cranici, che per le ripercussioni psicologiche. Quest'ultime sono caratterizzate dall'insicurezza e quindi dalla tendenza ad un progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

Quanti sono caduti nell'ultimo anno?

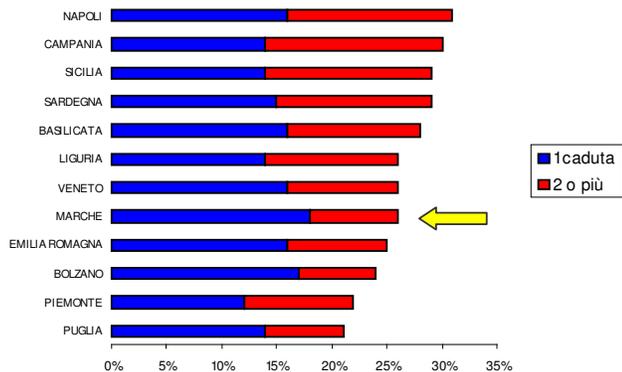
- Nelle Marche un intervistato su quattro (27%) riferisce di essere caduto nell'ultimo anno; le donne sono cadute più spesso (32%) rispetto agli uomini (20%).
- Con il crescere dell'età aumenta la percentuale di anziani caduti: essa è pari al 24% nei soggetti tra i 65 ed i 74 anni e sale al 31% tra gli ultrasettantatrenni.

Prevalenza di anziani caduti, per classi di età e sesso. Regione Marche, anno 2002.



- Tra le persone che sono incorse in cadute, il 18%, una su cinque, riferisce di essere caduta solo una volta nell'ultimo anno, mentre un 8% due volte o più.
- Il fenomeno delle cadute ripetute è presente in tutte le Regioni partecipanti all'indagine.

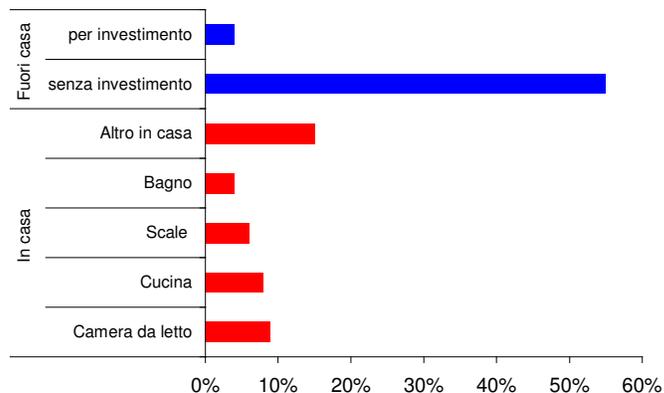
Prevalenza di cadute e ricadute, nell'ultimo anno, per regione partecipante. Studio Argento, anno 2002.



Dove sono caduti nell'ultimo anno?

- Il 59% degli intervistati è caduto fuori casa: nel 4% dei casi la caduta è stata causata da investimento.
- Il 41% dichiara di essere caduto in casa.
- Gli ambienti della casa dove avvengono più frequentemente le cadute sono: la camera da letto (23%); la cucina (18%); le scale (14%); il bagno (9%).

Luogo dell'ultima caduta. Regione Marche, anno 2002.



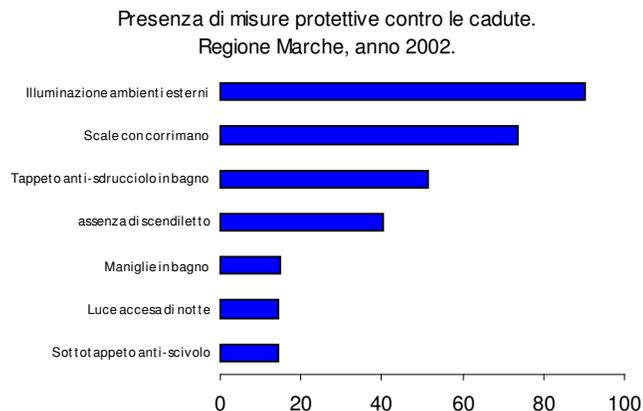
CADUTE

Quanti sono stati ricoverati in ospedale in seguito a una caduta?

- Nell'ultimo anno, nelle Marche, sono stati ricoverati a causa di una caduta 7 anziani ogni 100 residenti.
- La prevalenza di persone che dichiarano di essere andate in ospedale almeno una volta in seguito ad una caduta avvenuta dopo i 65 anni è pari al 13%.

Quali misure precauzionali che riducono il rischio di cadute sono presenti ?

- Le misure precauzionali che gli intervistati riferiscono di avere in casa sono le seguenti:
 - nel 90% è presente una buona illuminazione degli ambienti esterni;
 - nel 74% è presente un corrimano nelle scale delle abitazioni;
 - nel 51% è presente il tappeto antisdrucciolo nella vasca e nella doccia;
 - nel 40% vi è assenza di scendiletto;
 - a seguire, con valori del 14%, si hanno: i bagni dotati di maniglie per sorreggersi nella vasca o nella doccia; la luce accesa durante la notte ed i sottotappeti antiscivolo.



Riflessioni/Considerazioni

- Le cadute sono la spia di una condizione di fragilità del soggetto anziano.
- Nelle Marche il 27% degli intervistati riferisce di essere caduto almeno una volta nell'ultimo anno; inoltre 7 anziani, ogni 100 residenti, sono andati in ospedale in seguito ad una caduta avvenuta nel corso dell'anno precedente l'intervista.
- I principali fattori di rischio correlati con le cadute sono:
 - il sesso – le donne cadono più frequentemente degli uomini;
 - l'età avanzata;
 - la diminuzione della vista;
 - il deficit cognitivo;
 - il non regolare svolgimento dell'esercizio fisico.
- Le cadute possono essere prevenute attraverso la attuazione di strategie che dovrebbero seguire due direttrici:
 - una, di carattere generale, che consiste nell'attivazione di leve virtuose per la modifica degli stili di vita a favore di una maggiore attività motoria negli anziani;
 - l'altra, più specifica, che è rappresentata dallo svolgimento di interventi multidisciplinari mirati ad anziani che si collocano nelle fasce a rischio più elevato.

Su questi soggetti, una volta identificati, andrebbe effettuata una "valutazione complessiva" con lo studio del visus, dell'andatura, dell'equilibrio e rivista la storia clinica compresi gli aggiustamenti o la rimozione dei farmaci che contribuiscono al rischio di cadute.

Nelle persone anziane "selezionate" è indicato, come intervento di provata efficacia, anche lo svolgimento di una terapia fisica ed occupazionale da parte di personale qualificato, unitamente ad una valutazione delle condizioni di sicurezza al domicilio.

FARMACI

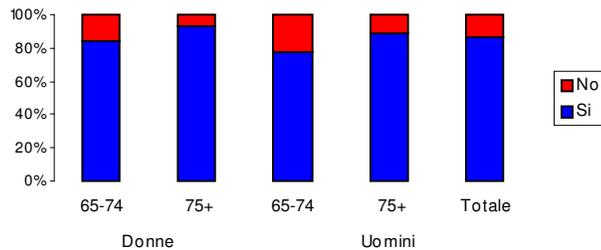
L'interesse per l'assunzione di farmaci da parte di questo gruppo di popolazione è dovuto al fatto che:

- in Italia circa il 37% della spesa farmaceutica è a carico delle persone ultrasessantatreenni;
- numerose evidenze hanno mostrato come tra gli anziani ci sia un uso inappropriato di farmaci;
- esistono importanti problemi di interazione tra le varie molecole farmacologiche che possono causare gravi effetti collaterali, in particolar modo tra la popolazione anziana.

Quanti hanno assunto nell'ultima settimana farmaci, compresi i prodotti omeopatici?

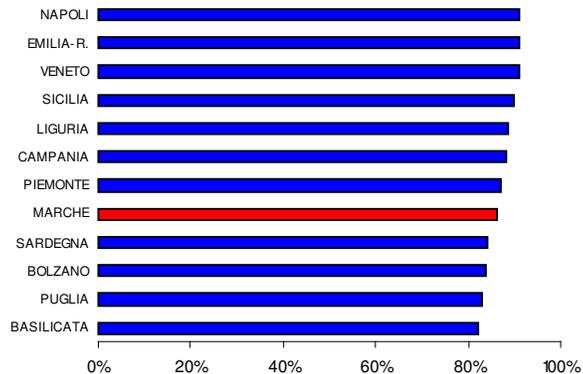
- L'86% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana (l'89% delle donne e l'83% degli uomini)
- L'assunzione cresce, comprensibilmente, con l'età: nella fascia 65-74 anni ha fatto uso di medicine l'82% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 91%.

Assunzione di farmaci nell'ultima settimana, per classi di età e sesso. Regione Marche, anno 2002.

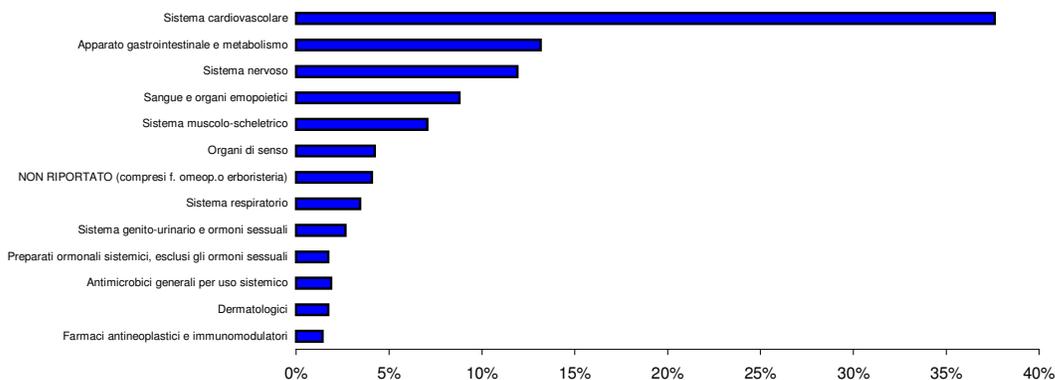


- Non esiste una grande variabilità tra le Regioni in studio riguardo al consumo di medicinali.

Assunzione di farmaci nell'ultima settimana. Studio Argento, anno 2002.



Tipologia di farmaci assunti nell'ultima settimana. Regione Marche, anno 2002.

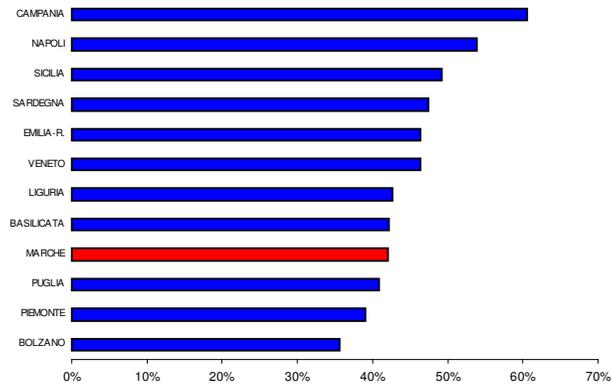


I farmaci più frequentemente assunti dagli anziani marchigiani sono relativi a: sistema cardio-vascolare (38%); apparato gastro-intestinale (13%); sistema nervoso (12%); sangue ed organi emopoietici (8%).

FARMACI

- Il 42% degli intervistati riferisce di aver assunto 4 o più farmaci nell'ultima settimana.
- Tale valore è molto diverso tra le Regioni in studio: si passa dal 36% di Bolzano a percentuali pari al doppio della Campania.

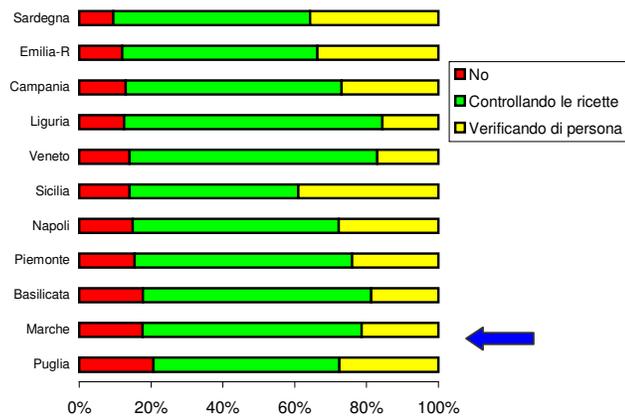
Anziani che consumano 4 farmaci e più.
Studio Argento, anno 2002.



Nell'ultimo anno il Medico di Medicina Generale ha verificato la terapia assunta dall'anziano?

- Nelle Marche, tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno, l'89% riferisce che il Medico di Medicina Generale ha verificato, almeno una volta, i medicinali presi, o controllando le ricette (66%) o esaminando di persona le confezioni dei farmaci (23%).

Controllo medico delle ricette: ultimi 12 mesi.
Studio Argento, anno 2002.



Riflessioni/Considerazioni

- Nelle Marche otto ultrasessantatrenni su 10 fanno un uso costante di farmaci e poco meno della metà degli intervistati (il 42%) prende 4 medicine o più.
- I farmaci più frequentemente assunti sono quelli relativi all'apparato cardio-circolatorio ciò è in accordo con il rilievo che le patologie di tale apparato (malattie cardio-circolatorie inclusa l'ipertensione) sono tra le cause più frequenti di morbidità della popolazione anziana.
- Da notare il fatto che mentre i farmaci dell'apparato muscolo-scheletrico occupano la 5° posizione nella graduatoria dei medicinali di maggior consumo, le patologie osteo-artro-muscolari sono quelle che più frequentemente provocano le limitazioni funzionali.
- L'89% degli intervistati dichiara che il Medico di Medicina Generale (MMG) effettua un monitoraggio periodico sulla terapia farmacologia assunta.
- Alla luce delle recenti evidenze scientifiche ed in un ottica di best practice sarebbe comunque opportuno:
 - promuovere interventi di tipo formativo per i MMG sul problema dell'interazione tra farmaci e sull'uso inappropriato di alcune molecole nell'anziano;
 - concordare, con gli stessi Medici di Famiglia, protocolli di revisione sistematica dei farmaci assunti dalle persone anziane, da attuare ad esempio, in occasione di visite domiciliari di routine.

CONCLUSIONI ED IPOTESI DI INTERVENTO

Il pensiero conclusivo generale che scaturisce dallo studio Argento vuole essere quello di esortare coloro che sono coinvolti nelle decisioni sulle strategie di assistenza per la popolazione ultrasessantatreenne a fare delle scelte che aiutino gli anziani a vivere con serenità una fase della vita in cui si ha potenzialmente ancora un ruolo importante da svolgere, pur in una situazione condizionata da processi biologici di usura fisica e da una realtà sociale che tende a creare isolamento. L'approccio corretto verso i problemi legati all'anzianità è quello complessivo di Promozione della Salute del soggetto anziano attuata con azioni mirate alla:

- prevenzione del decadimento psico-fisico;
- cura delle patologie;
- recupero (quando possibile) e mantenimento della autonomia.

Ipotesi di intervento per alcune aree:

STATO DI SALUTE

Lo stato di salute della popolazione anziana marchigiana è complessivamente buono, tuttavia i dati rilevati confermano la vulnerabilità degli anziani per la presenza di malattie cronico-degenerative, in forma di pluripatologia: infatti quasi la metà del campione (46%) dichiara di soffrire di tre o più patologie croniche.

Ipotesi di intervento: promuovere iniziative volte:

- alla prevenzione del decadimento psico-fisico dell'anziano "fragile": ad esempio il favorire lo svolgimento di una qualche attività fisica moderata e costante;
- all'attuazione di un monitoraggio stretto e continuo delle condizioni della persona, da parte di varie figure professionali socio-sanitarie, Medico di Medicina Generale in primis, per mantenere il soggetto il più a lungo possibile in condizioni di stabilità evitando decadimenti improvvisi.

SALUTE PERCEPITA ED ISOLAMENTO SOCIALE

Lo stato di salute è fortemente influenzato dal giudizio che ciascuno dà della propria salute: solo il 36% degli intervistati marchigiani si percepisce complessivamente in buona salute, un 48% ritiene la propria salute discreta ed un 15% cattiva.

Nella percezione dello stato di salute ha un grande peso l'aspetto dell'integrazione sociale e nella nostra società, apparentemente ancora "a dimensione umana", solo un 36% di intervistati risulta totalmente integrato, un 57% lo è parzialmente ed un 7% è completamente emarginato.

Ipotesi di intervento:

- sostenere percorsi di empowerment che permettano il riconoscimento del ruolo sociale della persona anziana: da soggetti passivi a persone preziose ed indispensabili per la vita della comunità;
- organizzare iniziative di integrazione sociale mirate in particolar modo ai soggetti più isolati quali le donne anziane e le persone non autosufficienti.

DISABILITA' FISICA E DISTURBI COGNITIVI

Il 3% del campione non è autosufficiente ed un altro 20% di intervistati ha bisogno di aiuto nello svolgimento di alcune attività della vita quotidiana.

Inoltre il 26% degli ultrasessantatreenni risulta positivo al test di screening per disturbi cognitivi

Il carico assistenziale degli anziani marchigiani "con difficoltà" grava prevalentemente sulla famiglia.

Ipotesi di intervento:

- valutare l'autonomia di una persona non nella mera ottica di somma di punteggi derivante dalle diverse performances individuali, ma come capacità variabile di espressione del soggetto e relativa disponibilità di risorse ed opportunità per facilitarla, recuperarla, conservarla;

di conseguenza:

- organizzare percorsi assistenziali che favoriscano la permanenza a casa della persona, offrendo pacchetti individualizzati di prestazioni socio-sanitarie erogabili nell'ambiente di vita dell'anziano .

VACCINAZIONI E TRAUMATISMI

La copertura vaccinale contro l'influenza negli ultrasessantatreenni è pari al 58%, inoltre sembra essere correttamente immunizzato per tetano solo il 9,5% degli intervistati.

Il 27% degli anziani è caduto nel corso dell'anno precedente l'intervista: il 41% delle cadute è avvenuto in casa.

Ipotesi di intervento:

- rivedere le strategie vaccinali rivolte a questo target di popolazione per arrivare alle coperture previste dai Piani Sanitari nazionali e regionali;
- organizzare ed attuare programmi di Sanità Pubblica per la prevenzione delle cadute. La prevenzione di questo evento offre la possibilità di concretizzare il concetto più generale della "prevenzione del decadimento complessivo della persona", attraverso l'individuazione di specifici percorsi di "presa in carico".

NOTE METODOLOGICHE

Autosufficienza

Capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana, (Activities of Daily Living; ADL), quali muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, andare al bagno da solo.

Il livello di autosufficienza è stato calcolato con l'indice di Katz , classificando gli intervistati in:

- autosufficienti, persone in grado di effettuare da soli tutte le attività della vita quotidiana indagate;
- parzialmente dipendenti, persone incapaci di effettuare almeno un'attività della vita quotidiana;
- gravemente dipendenti, persone incapaci oltre a lavarsi o vestirsi, di andare al bagno da soli, spostarsi da una stanza all'altra, mangiare, trattenere le urine.

Qualità di vita in relazione alla stato di salute percepito

Percezione di "stare bene" complessivamente, riferito ad un arco di tempo definito, in particolare percezione da parte dell'individuo dello stato di buona salute fisica e/o mentale nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Il livello di qualità di vita in relazione alla stato di salute percepito viene misurato individuando il numero dei giorni trascorsi in cattiva salute per motivi fisici e/o mentali ed il numero di giorni con limitazione delle normali attività della vita quotidiana.

Bisogni assistenziali

Necessità di supporto o aiuto a persone non autosufficienti

Isolamento sociale

E' stato definito come "isolato socialmente" un individuo che presenta contemporaneamente le seguenti condizioni:

- non esce di casa
- non ha contatti, neanche telefonici, con amici, vicini e/o familiari non conviventi (ridotte relazioni interpersonali)
- non partecipa ad incontri collettivi (chiesa, circolo, etc.) (ridotte relazioni sociali)

Disturbi Cognitivi

Il punteggio per lo screening dei Disturbi Cognitivi è stato calcolato combinando i risultati del test di memoria a breve termine e del test dell'orologio, secondo il metodo specificato da Scanlan e Borson (9-10):

Test di memoria: un punto per ogni risposta esatta per i 3 nomi

Test dell'orologio: 0 = anormale 2 = normale

Massimo 5 punti

La classificazione della positività al test è la seguente:

Test negativo: punteggio 3, 4, 5

Test positivo: Punteggio 0, 1, 2

Vaccinazioni raccomandate

Vaccinazione antinfluenzale

-*vaccinato:* anziano che ha ricevuto la vaccinazione nella stagione 2001-2002;

-*non vaccinato:* anziano che non ha ricevuto il vaccino nella stagione 2001-2002.

Vaccinazione antipneumococco

-*vaccinato:* anziano che ha ricevuto una somministrazione di vaccino;

-*non vaccinato:* anziano che non ha mai ricevuto una dose di vaccino.

Vaccinazione antitetanica

-*vaccinato:* anziano che è stato vaccinato, anche se il numero di dosi non è noto

-*non vaccinato:* anziano che non ha mai ricevuto una dose di vaccino nella vita.

BIBLIOGRAFIA

- Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. Epidemiologia della cronicità in Italia. In: Rapporto Sanità 2001. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103-21.
- Istat – “Anziani in Italia” Bologna: Il Mulino, 1997
- Istat - Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000.
- Ministero della Sanità.
- Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività e i risultati) Roma 25 Novembre 1998.
- Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96-1013, April 1996, pp 3-9.
- Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP Ars Nova 2001 pp35-52.
- Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000. <http://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>
- Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
- Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:1021-7.
- Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med. 1989;320:1055-9.
- ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).
- Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:1214-21.
- Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc 1999;47:40-50.
- Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999;47:30-9.
- *Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH.* Rassegna: La correzione di fattori di rischio multipli riduce le cadute nei pazienti anziani. <http://www.infomedica.org/ebm/papers/981010.phtml>
- Zhan C, Sangl J, Bierman AS et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey JAMA 2001;286:2823-2829.
- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30:992-1008.
- Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr Soc 2000; 438:883-93.
- Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. Sports Med 2001;31:427-38.
- Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. Am J Med 1997; 102 (1A): 35S-39S.
- Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. J Gerontol. 1994;49:M123-32.
- Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res 2000;79:970-5
- Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR, 1991 ; 40(RR12) :1-52

BIBLIOGRAFIA

- Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. Bull WHO 1999; 77: 127-131.
- D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. Igiene Moderna 1995; 103: 209-222.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.
- Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 1991; 44: 98-106.
- Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 1994.
- Sarno P. La rivoluzione d'argento. Panorama della Sanità 2002; 33: 12-18.
- Buratti E, Ferrucci L, Cabras MG, DeMarco F, Bartolacci S, Berni R, Bricioli E. Dalla epidemiologia alle decisioni: un modello di studio per la programmazione dei servizi per gli anziani. Tendenze nuove –nuova serie 2001; 4: 313-339.
- Palumbo F et al. Osservare per conoscere riflessioni iniziali sui risultati dell'indagine trasversale.
<http://www.osservareperconoscere.it>
- Metitieri T. "Segregazione e integrazione nella vecchiaia". Gruppo geriatrico - Brescia.
- Biocca M, Frasca G, Galassi C. La salute dei senior in Emilia-Romagna e l'uso dei servizi sanitari. Agenzia sanitaria regionale 2003.
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan>
- Boldrini R, Di Cesare M, Pennazza F, Fortino A. Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana. Ministero della Salute 2003.
<http://www.ministerosalute.it>
- Regione Emilia-Romagna: CDS Aziende Usl Città di Bologna e Ravenna. Anziani. Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Dossier 53. ISSN 1591-223X.

