



STUDI DAL TERRITORIO

LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELL'ANZIANO: LE OPINIONI DEI MEDICI DI FAMIGLIA NELLA PROVINCIA DI TRENTO

Silvano Piffer¹, Pirous Fateh-Moghadam¹, Enrico Nava², Anna Maria Moretti², Paola Ciddio³ e Federico Schena³
per il Gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'attività fisica in provincia di Trento*

¹Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

²Servizio Educazione alla Salute, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

³Centro Interuniversitario di Ricerca in Bloingegneria e Scienze Motorie (CEBISM)

La qualità della vita degli anziani risulta influenzata oltre che dalla disponibilità di un adeguato sostegno familiare, sociale e finanziario anche dalla conduzione di uno stile di vita sano, nell'ambito del quale l'abitudine a praticare attività fisica gioca un ruolo importante.

Il rischio di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo II, cancro del colon, osteoporosi, depressione e ansia, traumi da caduta è notevolmente ridotto nelle persone fisicamente attive (1). La promozione dell'attività fisica è dunque considerata una delle azioni di sanità pubblica di provata efficacia (1, 2).

I medici di medicina generale (MMG) possono giocare un ruolo importante per incoraggiare i loro pazienti a svolgere attività fisica. Obiettivo dello studio era quello di rilevare le opinioni il grado di informazione e aggiornamento degli MMG nella Provincia Autonoma di Trento in merito all'attività fisica, al fine di impostare adeguate campagne informative e interventi specifici.

Nella primavera del 2004 è stato realizzato uno studio trasversale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato all'intera popolazione di MMG attivi in provincia di Trento (n. 387). Le aree indagate dal questionario riguardavano le patologie prevenibili da attività fisica, le eventuali controindicazioni, l'utilità percepita del certificato di idoneità, il ruolo del medico di famiglia nella promozione dell'attività fisica, la conoscenza sui corsi rivolti ad anziani nel proprio territorio e le modalità più efficaci di promozione dell'attività fisica.

L'analisi dei dati è stata effettuata con Epi-info 3.3.

Dei 387 MMG attivi nella Provincia Autonoma di Trento (primo semestre 2004), 306, pari al 79%, hanno preso parte all'indagine (Figura).

Definendo un buon livello di preparazione il fatto di aver scelto da un elenco di 12 patologie almeno la cardiopatia, l'osteoporosi, l'obesità e il diabete di tipo II quali patologie prevenibili da attività fisica, la percentuale dei "preparati" risulta del 76%.

Tuttavia, va segnalato come il 10% degli intervistati non menzioni il diabete tra le patologie prevenibili tramite una regolare attività fisica, il 12% l'osteoporosi, il 16% l'ipertensione, il 39% la depressione e il 70% il tumore al colon. Inoltre, il 45% dei medici non saprebbe dare indicazioni concrete ai propri assistiti su dove rivolgersi per praticare attività motoria organizzata. Occorre sottolineare che questa incapacità è associata con il grado di offerta territoriale di attività fisica aperta agli anziani; nei comprensori a più alta offerta di corsi la capacità degli MMG di fornire indicazioni su dove praticare attività fisica è risultata maggiore.

Il 71,6% del campione degli MMG (219) ritiene che non esistano controindicazioni allo svolgimento di una moderata attività fisica. Ciononostante una percentuale analoga (70%) è convinta della necessità di un certificato di idoneità fisica, prima di iniziare un'attività motoria strutturata. Oltre la metà dei medici intervistati (56%) ritiene che la propria funzione nell'ambito dello svolgimento di una corretta attività motoria consista nel dare consigli di natura generale. Il restante 44% considera come proprio compito la prescrizione specifica di attività mo- ▶

(*) Lidia Gentilini, Zanin Alessandra, UO Igiene Pubblica; Caterina Bonotto, UO Assistenza territoriale, Distretto Giudicarie e Rendena; Andalò Beatrice, UISP, Unione Italiana Sport per Tutti, sezione di Trento; Grazia Zotta, Servizio Politiche Sociali, Provincia Autonoma di Trento; Laura Antonacci, Università della Terza Età e Tempo Disponibile, Trento; Paola Gottardi, Associazione Diritti Anziani, Trento; Giovanni Depretis, UO Assistenza territoriale, Distretto Trento; Antonio Scalise, UO Assistenza territoriale, Distretto Alto Garda e Ledro; Adriano Passerini, Servizio Rapporti con il Pubblico

toria. Gli interventi di promozione dell'attività fisica ritenuti più efficaci dagli MMG intervistati sono risultati le campagne di informazione sui benefici dell'attività fisica (59%) e il miglioramento dell'accessibilità ai corsi (53%, ad esempio, orari, trasporti e costi dell'iscrizione).

Dall'indagine risulta una buona consapevolezza degli MMG circa l'importanza dell'attività fisica nella prevenzione di molte delle patologie più importanti degli anziani.

Tuttavia occorre:

- aumentare la consapevolezza dei benefici che possono essere ottenuti attraverso l'attività motoria;
- incrementare le conoscenze sull'offerta esistente nel territorio di propria competenza, con particolare riferimento a quelle iniziative specificatamente rivolte alla popolazione anziana;
- favorire lo sviluppo di un sistema di promozione dell'attività fisica che veda nel medico di base una figura importante.

In questo senso, una maggiore partecipazione attiva degli MMG nella promozione dell'attività fisica unita a un incremento dell'offerta e della visibilità dell'offerta stessa può rappresentare uno degli elementi alla base per un'efficace strategia di promozione del-

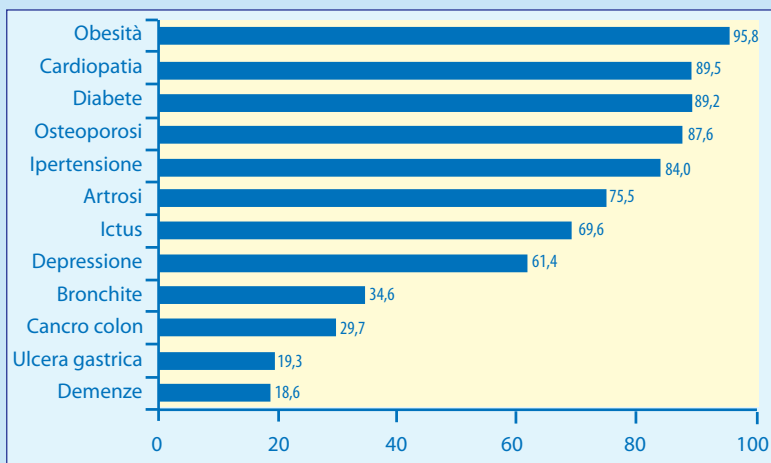


Figura - Patologie prevenibili dall'attività fisica. Opinione degli MMG trentini. Valori percentuali sul totale dei medici rispondenti (n. 306). Anno 2004

l'attività fisica tra la popolazione anziana.

Al fine di concretizzare le azioni appena descritte, l'azienda sanitaria di Trento ha promosso con il supporto della Provincia e del Centro Interuniversitario di Ricerca in Bioingegneria e Scienze Motorie un percorso di formazione per gli MMG finalizzato sia a incrementare le conoscenze sui benefici primari e secondari dell'attività fisica nell'età adulta e anziana sia a incrementare le competenze di indirizzo degli assistiti a tipologie e spazi mirati per l'attività fisica. Parallelamente, ha preso inizio la pianificazione di una campagna

informativa che con medesime finalità si rivolge sia a operatori sanitari sia alla popolazione generale. ■

Riferimenti bibliografici

1. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S).
2. US. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmnet.columbia.edu/texts/gcps/>

Il commento

Nicoletta Bertozzi

Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL, Cesena

La pratica di un'attività fisica moderata e regolare è ormai considerata uno stile di vita protettivo nei confronti delle principali e più diffuse malattie croniche. Il Medico di Medicina Generale (MMG), rappresentando un importante punto di riferimento per la popolazione, in particolare quella anziana, è in una situazione privilegiata per identificare le persone sedentarie e promuovere l'attività fisica. Negli Usa e in Europa (e negli ultimi anni anche in Italia) sono stati elaborati diversi programmi di counselling strutturato nelle cure primarie, con lo scopo di aumentare i livelli di attività fisica e aiutare il paziente a progredire nell'adozione o nel mantenimento di uno stile di vita più attivo. L'interessante studio condotto a Trento pone in rilievo due principali aree di intervento e di miglioramento per gli operatori di sanità pubblica: da una parte la necessità di favorire la crescita della consapevolezza negli MMG, non tanto dei benefici di salute ottenibili con l'attività fisica (aspetto per il quale il livello di preparazione appare buono), quanto dell'importanza strategica del loro ruolo nello stimolare e sostenere il cambiamento degli

stili di vita dei propri assistiti; dall'altra l'importanza di accrescere anche la conoscenza delle offerte di attività fisica presenti nel territorio per meglio indirizzare alle stesse i propri assistiti. Il cambiamento di uno stile di vita è infatti un processo complesso: non basta, favorirne l'attuazione fornendo informazioni su ciò che può essere più salutare, si deve soprattutto mantenerlo nel tempo, e per questo è necessario un contesto sociale positivo. La disponibilità di occasioni per praticare l'attività fisica e l'accessibilità a strutture adeguate facilitano e sostengono il mantenimento di uno stile di vita attivo. Per l'anziano assume particolare importanza anche la possibilità di praticare movimento in compagnia di altre persone: questo elemento rinforzante accresce i benefici migliorando anche il tono dell'umore e la qualità di vita percepita. Un'efficace promozione dell'attività fisica può pertanto essere condotta solo attraverso la creazione di un supporto ambientale e sociale facilitante, che si realizza attraverso interventi multidisciplinari con il coinvolgimento di vari attori sociali attivi sul territorio (amministrazioni pubbliche, aziende sanitarie, associazioni sportive, volontariato, mondo produttivo, ecc.). Nella costruzione di questa alleanza per la salute gli operatori di sanità pubblica possono e devono giocare un ruolo importante di stimolo e coordinamento nella realizzazione di un contesto sociale favorevole alla promozione dell'attività fisica.

SCREENING SULL'OSTEOPOROSI, SCICLI (RAGUSA), 2003

Gaetano Migliorino¹, Giuseppe Ferrera¹, Calogero Claudio Pace¹, Francesco Blangiardi² e Giorgio Ragusa³

¹Osservatorio Epidemiologico Aziendale, AUSL 7, Ragusa

²Direttore Sanitario Aziendale, AUSL 7, Ragusa

³Unità Operativa di Medicina, Scicli, AUSL 7, Ragusa

L'osteoporosi è una patologia che colpisce più di 200 milioni di donne in tutto il mondo (1) e si stima che la malattia interessi un terzo delle donne di età dai 60 ai 70 anni e due terzi delle donne di età pari o superiore agli 80 anni (1). Questa condizione è caratterizzata da una compromissione della resistenza ossea con conseguente aumento della fragilità ossea e predisposizione alle fratture. Quelle dell'anca e della colonna vertebrale rappresentano le forme più comuni di frattura e comportano alti costi diretti e indiretti che incidono sulla spesa del Servizio Sanitario Nazionale.

Sebbene nella maggioranza dei casi la diagnosi viene fatta dopo che si è verificata la frattura, l'osteoporosi può essere diagnosticata nella fase asintomatica mediante screening. Per questo motivo si raccomanda che le donne effettuino screening periodici per la valutazione della densitometria ossea e che se necessario eseguano un op-

portuno trattamento per ridurre il rischio di frattura (2, 3).

Nell'anno 2003, presso il Centro di Osteoporosi del Presidio Ospedaliero di Scicli, è stato avviato un programma di screening in tal senso sulle donne tra i 50 e 70 anni. Nel primo anno del programma, sulla base di un elenco fornito dal Comune di Scicli, 1.400 donne (pari al 42% delle residenti nel gruppo di età considerato) sono state invitate a effettuare uno screening per l'osteoporosi.

La strategia dello screening era diversa a seconda della fascia di età. Alle donne di 60-70 anni che hanno aderito al programma, è stato somministrato un questionario sui fattori di rischio ed è stata effettuata l'ultrasuonometria ossea a livello del calcagno. Alle donne nella fascia d'età compresa tra i 50 e i 59 anni, invece, la somministrazione del questionario ha determinato l'eleggibilità all'effettuazione dell'ultrasuonometria. Sono state scelte per un ulteriore screening le donne con

fattore di rischio maggiore ≥ 1 , cioè quelle aventi altre patologie associate ad alto rischio di osteoporosi secondaria, le donne sottopeso, le fumatrici o coloro che facevano uso di alcol, che non praticavano attività fisica, coloro che avevano avuto menopausa precoce o chirurgica prima dei 45 anni, o che erano state soggette a terapia prolungata con farmaci associati all'osteoporosi, o avevano avuto precedentemente altre fratture, ecc.

Sulla base dei risultati dell'ultrasuonometria, le donne sono state classificate come:

- normali (t -score ≥ -1); con osteopenia densitometrica (t -score da -1 fino a $-2,5$);
- con osteoporosi densitometrica ($\leq -2,5$).

Le donne con osteopenia densitometrica e almeno un fattore di rischio maggiore e quelle con osteoporosi densitometrica sono state sottoposte a ulteriori test diagnostici come la prescrizione di esami ►

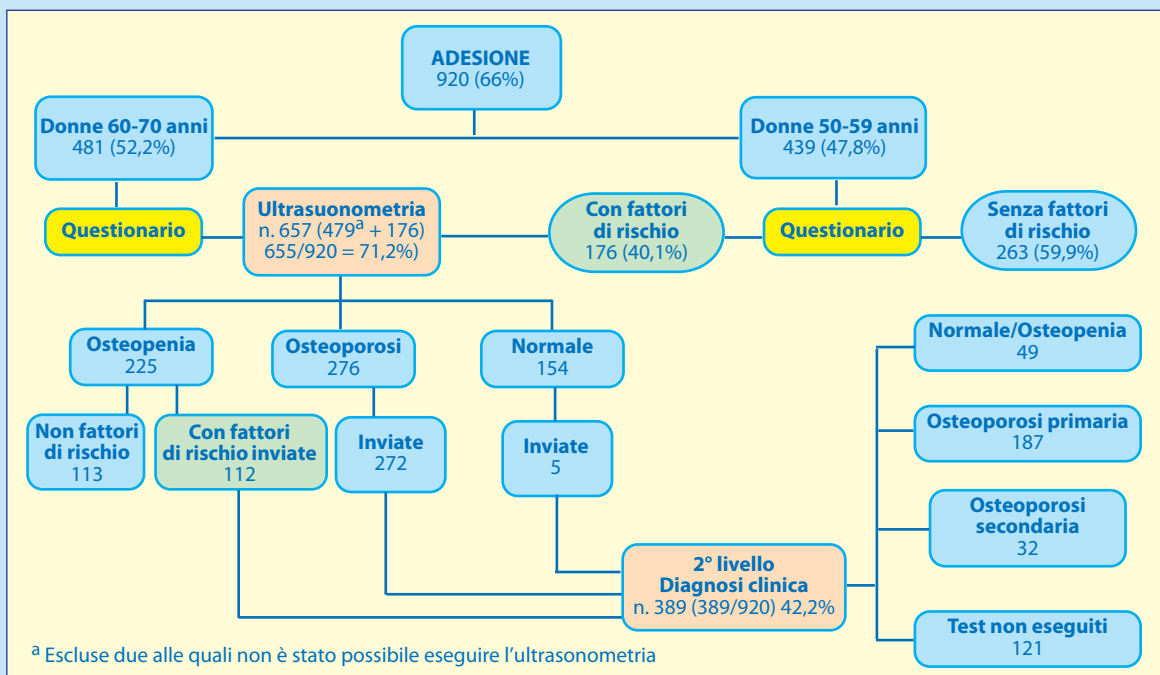


Figura - Algoritmo per lo screening. Scicli, 2003

emato-chimici (valutazione metabolica) e/o indagini strumentali (radiografia della colonna vertebrale dorso-lombare in due proiezioni con morfometria) per la definizione della diagnosi clinica e per determinare il trattamento più efficace.

L'analisi dei dati è stata realizzata con il programma Epi-info 2004 versione 3.2.2.

L'esito complessivo dello screening è rappresentato nella Figura. L'adesione allo screening iniziale è stata del 66% ovvero 920 donne su 1.400 invitate.

L'ultrasuonometria ossea al calcagno è stata eseguita su 655 donne: 479 delle 481 donne di età ≥ 60 anni e a 176 (40%) delle 439 donne di età compresa tra i 50 e i 59 anni. In quest'ultima fascia di età, utilizzando come denominatore tutte le donne e ipotizzando che coloro che non presentavano fattori di rischio fossero normali, la prevalenza dell'osteoporosi è risultata pari al 20%, l'osteopenia al 13%, e il 67% normale. Nella fascia di età compresa tra i 60 e i 70 anni, invece, l'osteoporosi è risultata il 39%, e l'osteopenia il 35% (test normali 26%).

Il secondo livello di screening è stato offerto a 389 donne: 272 donne sulle 276 con osteoporosi densitometrica (le altre 4 donne risultavano

già sotto terapia antiosteoporotica); a 112 donne con osteopenia t -score ≤ -2 , associato a ≥ 1 fattore di rischio maggiore e a 5 con risultato densitometrico normale ma accompagnato da ≥ 1 fattori rischio. Di queste, 268 (69%) sono state soggette a screening e tra di loro, la diagnosi più comune è risultata l'osteoporosi primaria o postmenopausale (69%).

A 323 delle donne inviate al secondo livello è stata prescritta una radiografia dorso-lombare in 2 proiezioni con morfometria, di cui 227 (70%) hanno aderito. Dall'esito dell'esame 159 (70%) hanno presentato una frattura vertebrale, e tra queste 36 (22,6%) sulla base del questionario avevano già avuto una frattura pregressa non vertebrale.

Dai dati relativi alla diagnosi densitometrica si rileva che nella coorte 60-70 anni alcuni dei fattori di rischio maggiori per un t -score $\leq -2,5$ includevano: menopausa precoce con rapporto di prevalenza (RP 1,4-95% IC 1,1-1,7); fratture pregresse (RP 1,9-95% IC 1,5-2,3); cortisonici (RP 1,6-95% IC 1,2-2,2); malassorbimento (RP 1,5-95% IC 1,1-2,1) e diminuzione di statura >5 cm e/o cifosi dorsale (RP 1,6-95% IC 1,3-2,1).

L'obiettivo di questa iniziativa è stato quello di realizzare uno studio osservazionale (di prevalenza) per

stabilire le strategie per la diminuzione della frequenza delle fratture da osteoporosi nel territorio dell'AUSL 7. Da una prima analisi dell'attività svolta presso il Centro di Osteoporosi di Scicli si è osservato che sarebbe più opportuno intervenire con l'individuazione della popolazione a rischio con i *case-finding*, per un efficace approccio diagnostico e terapeutico e non utilizzare i programmi di screening che risultano molto costosi e di lunga durata. Si sta effettuando questo approccio sulle donne dello stesso distretto nella fascia di età a rischio. ■

Riferimenti bibliografici

1. WHO (World Health Organization) Aging and Osteoporosis: World Health Day, Geneva, Switzerland, April 7, 1999. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/archives/whday/en/documents1999/osteo.html>
2. US. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening per l'osteoporosi nel periodo postmenopausa. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/tskfr/cap46.php>
3. Ceveas (Programma nazionale Linee Guida): sinossi e valutazione metodologiche cliniche delle linee guida su: Densitometria Ossea. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/db/densitometriaossea/densitometriaossea0.htm>

Il commento

Serena Donati

Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Lo studio realizzato a Scicli (RG) nasce dalla consapevolezza dell'importanza della malattia osteoporotica sia in termini di prevalenza della condizione e conseguenti costi socio-economici, sia in termini di difficoltà di gestione diagnostico-terapeutica. L'identificazione delle donne a rischio di demineralizzazione ossea e di fratture osteoporotiche rappresenta un problema aperto in quanto, nella pratica clinica, non sono ancora stati individuati strumenti di provata efficacia per la selezione della popolazione a rischio. Benché si conoscano diversi fattori associati alla condizione, sono ancora pochi gli studi che abbiano valutato come utilizzarli per definire il rischio a livello individuale. In definitiva non esistono prove di efficacia per attribuire a uno o più fattori di rischio la definizione di una popolazione cui offrire un programma diagnostico o terapeutico specifico. Anche i test strumentali o di laboratorio, in uso nella pratica, non sono in grado di identificare, tra le donne asintomatiche in menopausa, quelle da indirizzare a un programma specifico per la prevenzione delle fratture. Inoltre, non sono disponibili studi di valutazione degli esiti di un programma terapeutico per l'osteoporosi intrapreso sulla base dei fattori di rischio e/o dei valo-

ri di densitometria ossea. Vi è, del resto, unanime consenso nel non ritenere opportuna l'attuazione di uno screening di popolazione mediante densitometria ossea, benché questa tecnica diagnostica, con metodica DEXA ed eseguita preferibilmente su due segmenti ossei, rappresenti la scelta migliore tra quelle attualmente disponibili. In conclusione, a causa delle limitate evidenze disponibili e in accordo con le conclusioni dello studio realizzato a Scicli, si raccomanda di procedere a una valutazione individuale tenendo in considerazione la presenza di fattori di rischio, le possibilità di intervento rivolte alla loro modificazione e la disponibilità delle donne a intraprendere una terapia a lungo termine. Nonostante la letteratura scientifica relativa alla problematica osteopenia-osteoporosi sia altamente specializzata e difficilmente trasferibile nella pratica clinica quotidiana, si ritiene tuttavia doveroso sottolineare l'importanza di messaggi educativi inerenti la dieta, con adeguato apporto di calcio, e l'esercizio fisico quali misure in grado di favorire l'aumento della densità ossea nelle donne in menopausa, ma anche in epoca pre-menopausale.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it