



Studio ARGENTO

Indagine sulla salute nella terza età in Emilia-Romagna

Marzo 2003

A cura di: Nicoletta Bertozzi
Patrizia Vitali
(Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda Sanitaria di Cesena)

Si rivolge un sincero ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

A livello nazionale: Donato Greco, Antonino Bella, Nancy Binkin, Marta Ciofi Degli Atti, Paolo D'Argenio, Alberto Perra (Istituto Superiore di Sanità) Cristina Mancini, Federica Michieletto, Giuseppe Montagano, Renato Pizzuti, Salvatore Sammarco (Master Profea) Claudio Culotta, Onorato Frongia, Peter Kreidl, Rosa Prato, Donatella Tiberti (Referenti Regioni partecipanti) Pasquale Falasca (Associazione Italiana di Epi Info)

A livello regionale: Pierluigi Macini, Maria Lazzarato, Raffaele Fabrizio, Alba Carola Finarelli, Maria Rolfini, Angela Zanichelli (Regione Emilia-Romagna)

Alle Aziende Sanitarie di:

Piacenza	Anna Rita Sacchi (Coordinatrice) Luisa Mastretta, Anna Mori
Parma	Marella Zatelli (Coordinatrice) Annamaria Baroncelli, Stefania Berziga, Annamaria Cremona, Ginevra Zurla
Reggio Emilia	Guido Tirelli (Coordinatore) Giuseppina Crea, Marco Gentili, Iginia Truzzi
Modena	Guido Federzoni (Coordinatore) Tiziana Flandi, Cesarina Marano, Marzia Montanari, Matteo Vignato
Bologna Nord	Natalina Collina (Coordinatrice) Monica Alberghini
Bologna Città	Daniele Agostini (Coordinatore) Franca Franchi, Luigi Lezzi, Annachiara Perari
Bologna Sud	Patrizia Beltrami (Coordinatrice) Carla Lama
Imola	Andrea Pizzoli (Coordinatore) Bruna Dardi, Renata Raspanti
Ferrara	Aldo De Togni (Coordinatore) Monica Faustina, Rita Poletti, Valeria Raimondi
Ravenna	Giuliano Silvi (Coordinatore) Rita Angeli, Paola Biondi
Forlì	Oscar Mingozi (Coordinatore) Maria Lamberti, Paola Scalpellini
Cesena	Francesca Castoldi, Mina Ria
Rimini	Stefano Ferrari (Coordinatore) Matilde Benzi, Antonella Campolattano, Cinzia Grossi

Un ringraziamento particolare per la preziosa collaborazione offerta ai Medici di Famiglia delle persone intervistate.

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta a Nicoletta Bertozzi nbertozzi@ausl-cesena.emr.it

Introduzione

Negli ultimi decenni in Italia, come nel complesso dei Paesi Occidentali, la proporzione di anziani nella popolazione è andata costantemente aumentando: questo invecchiamento progressivo è il risultato di profondi mutamenti demografici derivati dal calo della natalità e dalla consistente riduzione della mortalità per tutte le cause.

A questo allungamento della vita non sempre 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 dell'anziano.

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

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

L'indagine è stata focalizzata sui seguenti problemi:

- stato di salute
- qualità di vita percepita
- autosufficienza e bisogni assistenziali
- disturbi cognitivi
- isolamento sociale
- prevalenza di vari fattori che possono prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita (es. attività fisica, modifiche ambientali per prevenire le fratture, ricorso all'assistenza odontoiatrica...)
- stato vaccinale nei confronti di influenza, infezioni da pneumococco e tetano
- cadute e fattori di rischio ad esse correlati
- assunzione di farmaci.

Lo studio ha coinvolto complessivamente 2.369 persone di età superiore ai 65 anni: in ogni regione è stato selezionato un campione di 210 persone (310 in Campania), residenti in 30 comuni scelti in modo casuale. 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, in quanto si è scelto di studiare i bisogni di salute dell'anziano non inserito già in strutture che offrono assistenza.

Il tasso di partecipazione all'indagine complessivamente è risultato buono: in particolare in Emilia-Romagna l'adesione è risultata assai elevata (92%). Solo il 3% degli anziani del campione è stato sostituito in quanto residente in struttura socio-assistenziale.

Nel 97% dei casi l'intervista è stata condotta direttamente alla persona campionata e solo nel 3% ad altra persona vicina per impedimenti psichici o fisici dell'anziano selezionato.

SINTESI

Stato di salute

Lo stato di salute della popolazione anziana è condizionato dalla presenza di malattie cronico-degenerative che caratterizzano in modo permanente le condizioni di salute e la qualità di vita della persona: nello studio condotto a livello regionale il 45% degli intervistati riferisce di soffrire di una o due patologie e ben la metà di tre o più malattie. La presenza di pluripatologie aumenta con l'età e peggiora gli indici della qualità di vita percepita dall'anziano.

La malattia diagnosticata più frequente è l'artrosi/artrite (67%), seguita da ipertensione (52%), malattie cardiovascolari (30%), osteoporosi (19%), malattie respiratorie (15%), diabete (10%), ictus (9%) e tumori (5%).

Il 14% degli anziani riferisce di essere stato ricoverato nell'ultimo anno: questa percentuale di ricoveri è la più bassa tra tutte le Regioni in studio (media complessiva 21%). Un anziano su tre è stato ricoverato più di una volta.

Qualità di vita percepita

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

Il 42% degli intervistati definisce il proprio stato di salute in modo positivo (da buono ad eccellente), il 46% lo giudica discreto ed il 12% cattivo. La percezione negativa riferita al proprio stato di salute è maggiore nelle donne e cresce con l'età.

Un anziano su tre riferisce di avere limitazioni nello svolgimento delle proprie attività quotidiane a causa di un problema di salute: sopra i 74 anni si sale ad un anziano su due. I problemi limitanti principali indicati sono l'artrite/artrosi (29%) e la difficoltà a camminare (20%).

E' stata valutata anche la media dei giorni al mese percepiti in cattiva salute (un indicatore sintetico correlato con la qualità della vita); complessivamente le donne presentano indici di qualità della vita meno favorevoli, con valori di media di giorni in cattiva salute o con limitazioni funzionali sensibilmente più elevati rispetto agli uomini ('summary unhealthy index' pari a 12 giorni al mese versus 8). Questo dato, sovrapponibile in tutte le Regioni in studio, concorda con quanto rilevato in altri studi: le donne vivono più a lungo, ma con un numero maggiore di anni di vita con presenza di disabilità e minor qualità complessiva.

Il livello di autosufficienza pesa in maniera rilevante sugli indici di qualità della vita: nelle persone non autosufficienti si sale ad una media di 20 giorni al mese indicati in cattiva salute.

Gli anziani che praticano un'attività motoria presentano indici di qualità della vita nettamente migliori, suggerendo un ruolo protettivo di questo fattore.

L'Emilia-Romagna, come le altre Regioni del Nord partecipanti allo studio, presenta indici di qualità percepita migliori, rispetto alla media complessiva, per tutti gli indicatori rilevati.

Autosufficienza e dipendenza

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana sia per l'assistenza infermieristica e medica.

Il 16% degli anziani intervistati non è autosufficiente: il 10% degli uomini e ben il 18% delle donne. La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: sopra i 74 anni sono dipendenti il 32% delle donne ed il 17% degli uomini.

Il 60% non è autosufficiente nella cura della propria persona, mentre il 40% ha sia difficoltà alla cura di sé sia al movimento.

Tutte le persone intervistate in Regione con disabilità sia moderata (94%) sia grave (6%) ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli, prevalentemente in ambito familiare.

Il 21% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione, con una prevalenza del sesso femminile: il 5% è incontinente, mentre il 16% ha problemi solo occasionalmente.

SINTESI

Disturbi cognitivi

Il 18% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi. La presenza di disturbi cognitivi aumenta col crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è risultato positivo al test l'11% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 25%. Al crescere degli anni medi di istruzione, diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi in base al test di screening utilizzato.

Isolamento sociale

In Emilia-Romagna il 49% degli intervistati presenta una buona integrazione dal punto di vista dei rapporti sociali, il 49% è 'parzialmente integrato' ed il 2% 'isolato'.

L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni una persona su tre presenta problemi di integrazione, mentre sopra i 74 anni si sale a due su tre. In particolare in questa fascia d'età il 67% delle donne è isolata rispetto al 57% degli uomini. Tra le persone non autosufficienti l'85% presenta problemi di integrazione sociale.

La prevalenza di anziani classificati come isolati socialmente mostra un gradiente Nord-Sud (dallo 0,5% della P.A. di Bolzano al 6% della Basilicata).

Cure odontoiatriche

Le difficoltà di masticazione sono spesso causa nella persona anziana di dieta inadeguata; possono avere inoltre un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico.

Il 23% degli intervistati riferisce difficoltà alla masticazione: sopra i 74 anni si sale al 31%.

Tra le persone con difficoltà alla masticazione, l'83% riferisce di portare una protesi dentaria e il 62% di non recarsi dal dentista.

Il motivo principale per cui gli anziani con difficoltà masticatorie riferiscono di non essersi recati dal dentista è l'aver ritenuto di non averne bisogno (57%); il 14% non si è recato ad un controllo per il costo troppo alto della visita ed un 7% perché non gli è stato consigliato.

Problemi di vista ed udito

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

Il 10% degli intervistati riferisce problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali. Il 76% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.

Il 9% del campione presenta difficoltà uditive: tra questi solo il 16% porta una protesi acustica.

La prevalenza di queste disabilità percettive aumenta sensibilmente con l'età.

Attività fisica e motoria

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

Il 65% degli intervistati riferisce di praticare attività fisica; con l'età varia la prevalenza del movimento: nella fascia 65-74 anni il 74% del campione è attivo, mentre sopra i 74 anni il valore scende al 55%.

La percentuale di persone che riferiscono di praticare attività fisica in Emilia-Romagna è più alta rispetto alla media delle Regioni in studio.

I dati di prevalenza rilevati appaiono molto superiori a quelli dell'Indagine Multiscopo dell'Istat, secondo cui meno del 5% degli anziani pratica attività fisica; va considerata la diversa definizione operativa: nell'indagine Argento si è valutata l'attività motoria dell'anziano più che l'attività sportiva propriamente detta, in quanto è comunque correlata con i benefici per la salute.

Il praticare attività fisica è legato al miglioramento della salute percepita: tra gli anziani attivi il 44% riferisce il proprio stato di salute come buono, tra gli inattivi solo il 23%.

L'attività fisica svolta principalmente è rappresentata dal camminare a passo sostenuto (49%), seguita dall'andare in bicicletta (46%) e dal fare i lavori di casa (43%).

Vaccinazioni

Vaccinazione Antinfluenzale: il raggiungimento di una copertura di almeno il 75% della popolazione anziana rappresenta uno degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale. Nella stagione 2001-2002 riferisce di essersi vaccinato il 64% degli anziani intervistati, valore superiore alla media delle Regioni in studio (59%): l'88% delle persone intervistate riferisce di essere stato vaccinato dal Medico di Famiglia (l'8% al proprio domicilio) ed il 10% presso le strutture delle Aziende Sanitarie. Queste stime sono sovrapponibili ai dati forniti dall'Assessorato alla Sanità Regionale. Il coinvolgimento del Medico di Famiglia si conferma importante per ottenere una buona copertura vaccinale nella popolazione anziana.

Tra i motivi principali della mancata vaccinazione riferiti : paura degli effetti collaterali (20%), vaccino ritenuto non efficace (16%), vaccino non consigliato (9%), malattia considerata non grave (8%).

Vaccinazione Antitetanica: nella popolazione anziana rappresenta un elemento importante, essendo questa fascia d'età attualmente quella più colpita. Il 63% degli intervistati riferisce di essersi vaccinato contro il tetano: la copertura vaccinale risulta maggiore tra gli uomini (78%) rispetto alle donne (55%) e diminuisce con l'età.

I valori di copertura vaccinale risultanti in Emilia-Romagna sono maggiori rispetto alla media complessiva delle Regioni in studio.

Oltre la metà delle persone che riferiscono di essersi vaccinati contro il tetano ha effettuato l'ultima dose più di 10 anni fa (il 67% degli uomini ed il 54% delle donne).

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

Il 5% degli anziani intervistati riferisce di aver effettuato la vaccinazione, la maggior parte su consiglio del Medico di Famiglia.

Cadute

L'evento 'caduta' è particolarmente rilevante nella vita dell'anziano sia per le conseguenze spesso invalidanti sia per le ripercussioni di tipo psicologico.

Il 26% degli anziani intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno: il 31% delle donne e il 17% degli uomini, con un aumento al crescere dell'età in entrambi i sessi. Il 35% è caduto più di una volta. Il 59% delle persone riferisce di essere caduto in casa; gli ambienti domestici maggiormente coinvolti sono: cucina (28%), camera da letto (25%), scale interne (16%), bagno (22%). Il 41% è caduto fuori casa: nel 4% dei casi la caduta è stata causata da investimento.

Tra le persone cadute in età anziana, il 22% è stato ricoverato per le conseguenze riportate.

Le misure precauzionali riferite: nel 95% è presente una buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa, nel 58% il tappeto antiscivolo nella vasca e nella doccia, nel 57% un corrimano nelle scale interne alle abitazioni, nel 55% vi è assenza dello scendiletto, nel 30% i bagni sono dotati di maniglie per sorreggersi nella vasca e nella doccia; il 20% degli anziani durante la notte tiene accesa una luce di riferimento.

Farmaci

Il 91% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana; l'assunzione di farmaci cresce con l'età: nella fascia 65-74 anni coinvolge l'87% degli intervistati, sopra i 74 anni ben il 95%.

Tra coloro che hanno preso medicine nell'ultimo anno, l'81% riferisce che il medico di famiglia ha verificato, almeno una volta, le medicine assunte o controllando le ricette (50%) o direttamente le confezioni dei farmaci (31%).

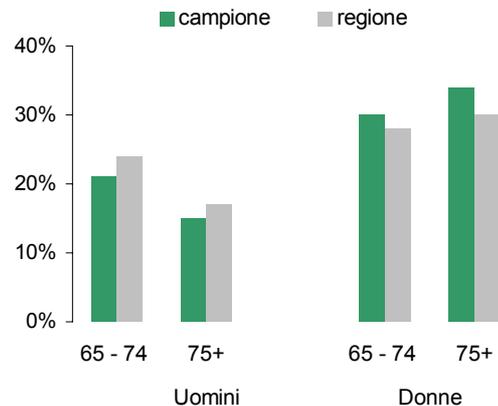
I farmaci maggiormente utilizzati sono quelli per le patologie del sistema cardiovascolare (38%), seguiti da sistema nervoso (15%), sistema gastrointestinale/metabolismo (15%), sistema muscolo-scheletrico (8%) ed emopoietico (8%) .

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Quanto il campione somiglia alla popolazione regionale ?

- La popolazione dell'Emilia-Romagna è caratterizzata da un numero maggiore di donne, in particolare nella fascia d'età sopra i 74 anni.
- Nel campione effettuato nell'indagine Argento sono maggiormente rappresentate le donne in entrambe le fasce d'età considerate.

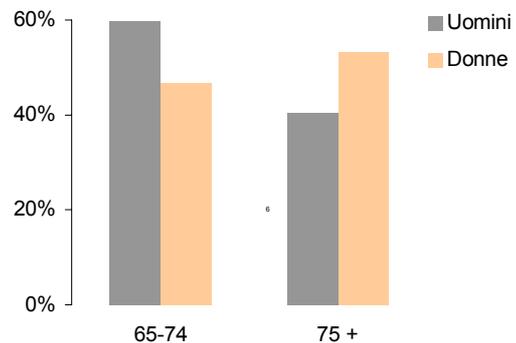
Distribuzione per fascia d'età e per sesso
Confronto Campione Argento e Emilia-Romagna



Che tipo di persone abbiamo intervistato?

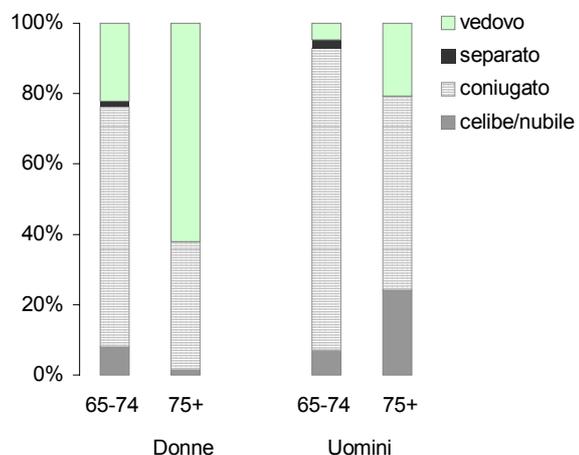
Sesso ed età

- Il 64% delle persone intervistate sono donne; più della metà di queste ha più di 74 anni.
- Tra gli uomini intervistati il 59% appartiene alla fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni.



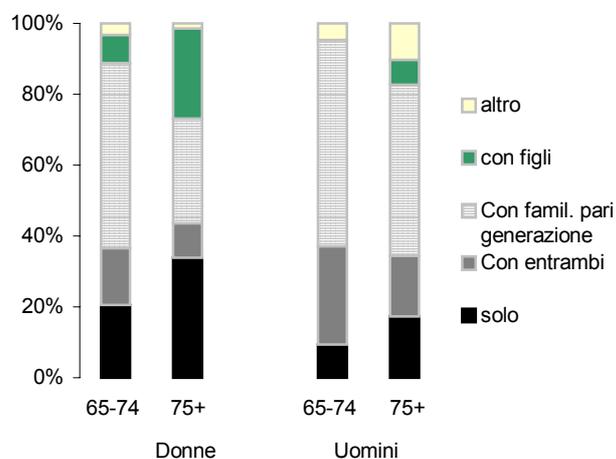
Stato civile

- Il 74% degli uomini intervistati è coniugato a fronte di un 51% delle donne.
- Un terzo del campione è costituito persone in stato di vedovanza, con una spiccata componente femminile (44%) che sale al 63% sopra i 74 anni.
- Il quadro dell'Emilia-Romagna non si discosta da quello riscontrato nelle altre Regioni in studio per quando riguarda la vedovanza, mentre sono presenti maggiori percentuali di uomini coniugati e di donne nubili.



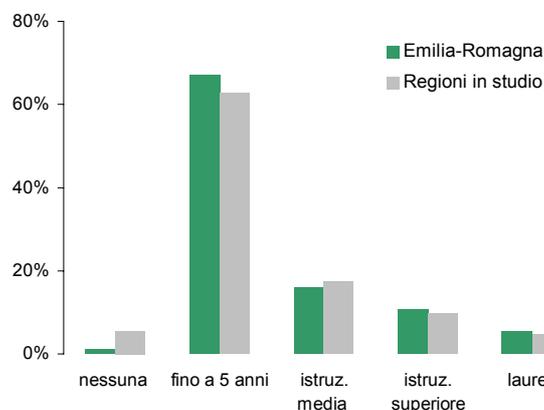
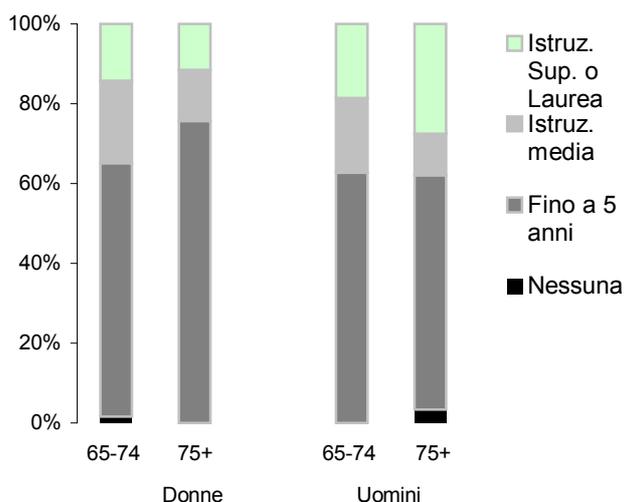
Situazione abitativa

- Il 73% del nostro campione vive con familiari: il 46% vive con familiari della stessa generazione, il 12% con figli ed il 16% con entrambi.
- Vive da solo poco meno di un quarto degli intervistati (23%): di questi ben l'80% è di sesso femminile. Sopra i 74 anni circa un terzo delle persone (29%) vive sola.
- La condizione di vivere da soli presenta un gradiente Nord-Sud, passando dall'11% di Napoli al 26% del Piemonte (media complessiva 20%).



Istruzione

- Sotto il profilo dell'istruzione si conferma la vulnerabilità degli anziani rispetto alla popolazione complessiva: il 67% degli intervistati ha un'istruzione fino a 5 anni (solo l'1% non ha alcun anno d'istruzione).
- Il 16% presenta un livello di istruzione media, l'11% di istruzione superiore ed il 5% è laureato.
- Solo il 2% delle donne possiede una laurea a fronte dell'11% degli uomini.
- Gli uomini hanno frequentato in media 7,2 anni di scuola, le donne 5,6.
- Rispetto al dato complessivo delle Regioni in studio, l'Emilia-Romagna mostra una minor percentuale di persone (1% vs. 4%) senza alcun anno d'istruzione. L'analfabetismo presenta un gradiente marcato Nord-Sud, passando dallo 0,5% di Bolzano al 22% della Basilicata.

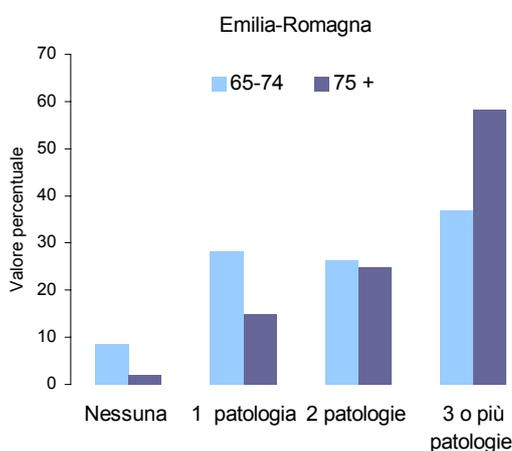
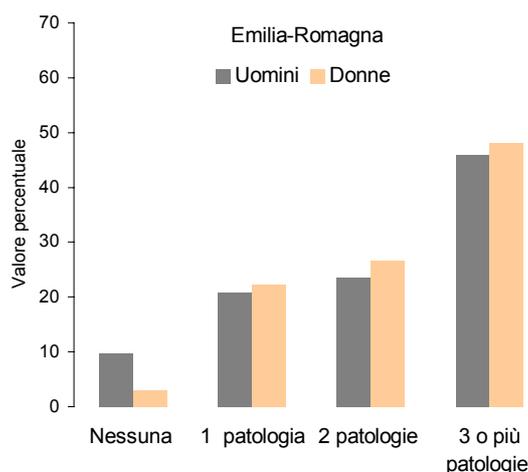
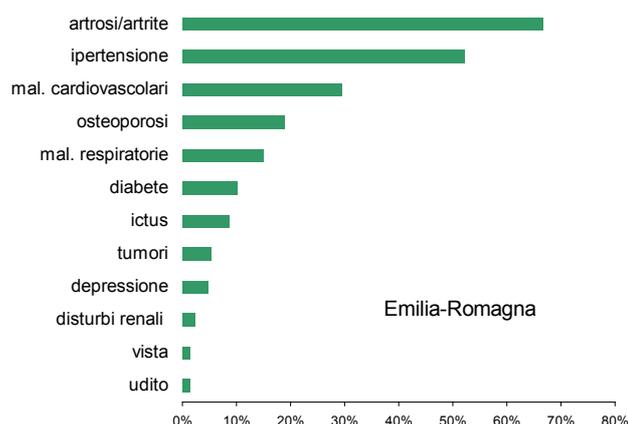


STATO DI SALUTE

Lo stato di salute della popolazione anziana è spesso condizionato dalla presenza di malattie cronicodegenerative, 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 nei soggetti anziani rilevati con lo Studio Argento sono in genere comparabili a quelli ottenuti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat e da altri studi corrispondenti.

Quali sono le malattie diagnosticate?

- Il 67% degli anziani intervistati riferisce di soffrire di una forma di artrite/artrosi: nelle persone sopra i 74 anni si sale al 76% con prevalenza maggiore nel sesso femminile.
- La metà degli intervistati riferisce di soffrire di ipertensione arteriosa (52%), con una prevalenza maggiore nel sesso maschile e sopra i 74 anni.
- Il 30% riporta di avere malattie cardiovascolari ed il 15% patologie respiratorie (entrambe in aumento nella fascia d'età sopra i 74 anni).
- L'osteoporosi è riferita dal 18% degli intervistati e dal 26% delle donne, con prevalenza in aumento al crescere dell'età.
- Il diabete presenta una prevalenza di circa il 10%.
- L'ictus è riportato dal 9% degli intervistati; seguono tumori (5%), depressione (5%), disturbi di vista e udito (3%) e disturbi renali (2%).
- I dati dell'Emilia-Romagna non si discostano significativamente dalle medie complessive delle Regioni in studio.

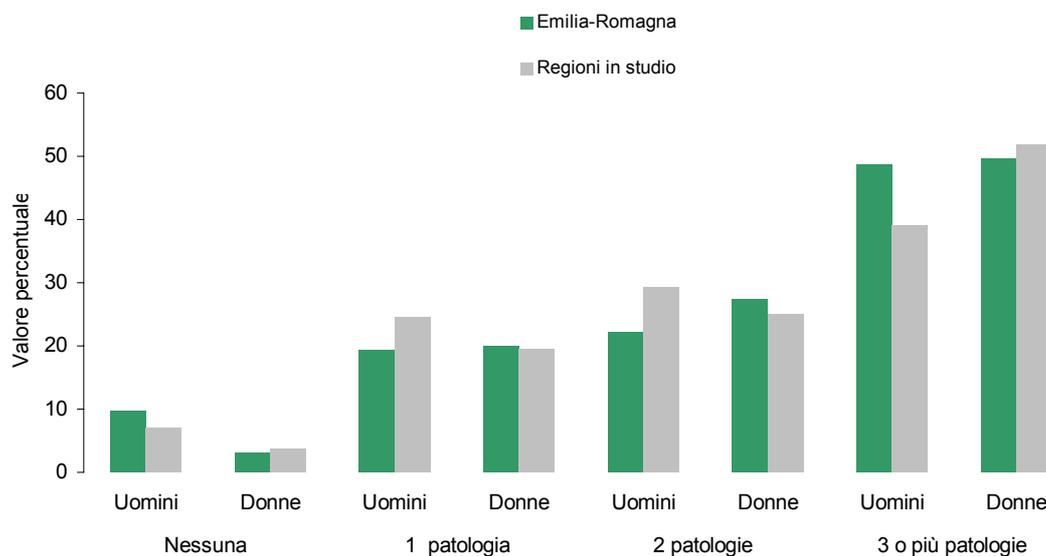


Quanti anziani soffrono di pluripatologie?

- Il 45% degli intervistati riferisce di soffrire di una o due patologie ed ben il 50% di tre o più patologie, con una lieve prevalenza nel sesso femminile; solo il 5% non ha riportato diagnosi di alcuna patologia (il 10% degli uomini rispetto al 3% delle donne).
- Il numero di malattie aumenta con l'età: sopra i 74 anni solo il 2% degli intervistati non ha alcuna patologia, mentre ben il 60% ha tre o più malattie.
- La presenza di pluripatologia peggiora gli indici di salute percepita: gli anziani che non riferiscono patologie hanno una media di giorni al mese in cattiva salute pari a 4. La media sale a 13 giorni con tre patologie diagnosticcate e a 29 giorni con cinque o più malattie.

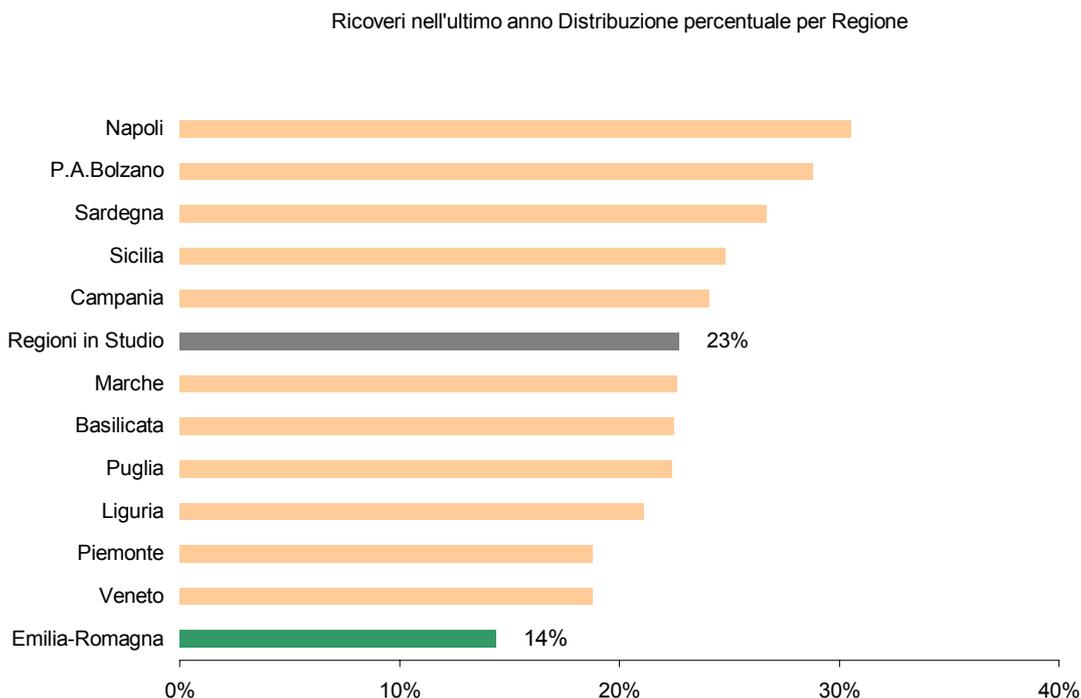
STATO DI SALUTE

- Per quanto riguarda la distribuzione di pluripatologie i dati sono in linea con quanto rilevato dall'Istat nell'Indagine Multiscopo (2000). Nelle donne la distribuzione non presenta differenze rilevanti tra l'Emilia-Romagna e la media delle Regioni in studio; gli uomini invece mostrano una frequenza più alta di tre o più patologie rispetto alla media complessiva.



Quanti anziani sono stati ricoverati nell'ultimo anno?

- Il 14% degli intervistati è stato ricoverato nell'ultimo anno (il 12% negli uomini ed il 16% nelle donne). Questa percentuale è la più bassa tra tutte le Regioni partecipanti allo studio (media complessiva 21%). Il 30% dei ricoverati riferisce di esserlo stato più di una volta.



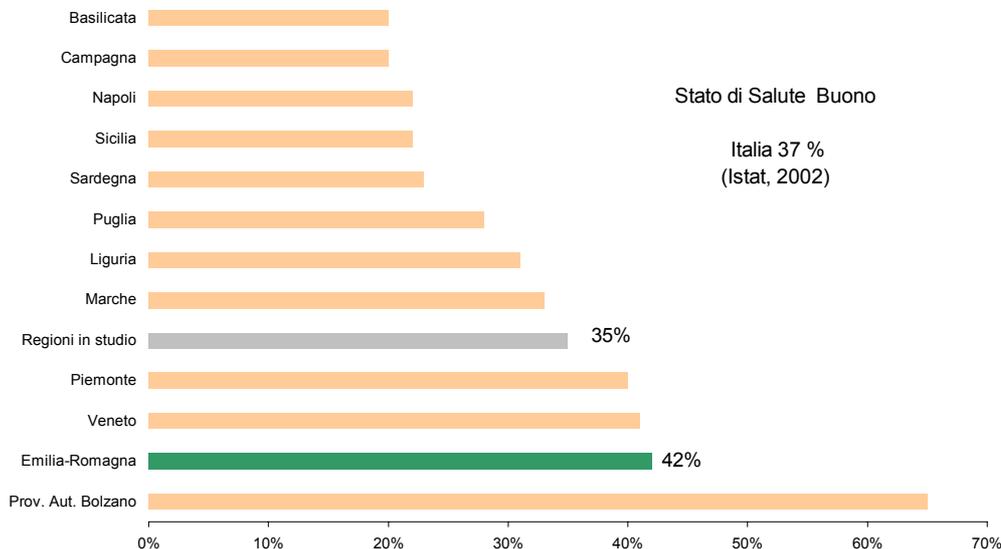
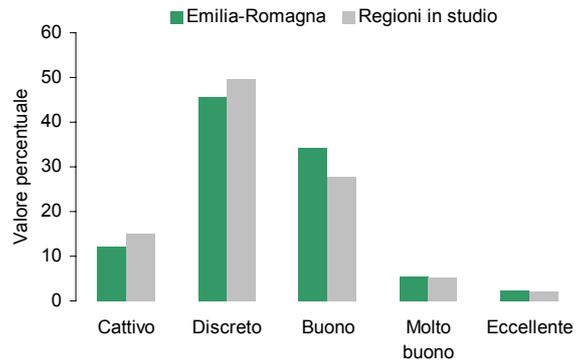
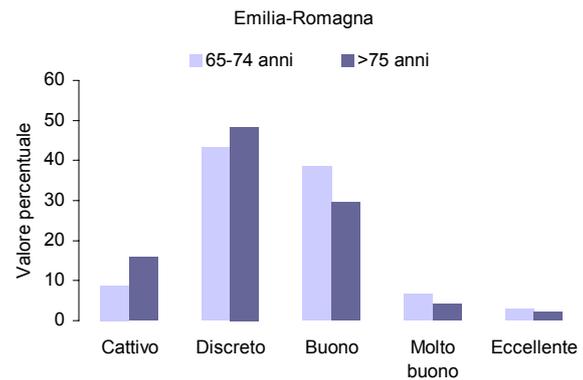
QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

Lo stato di salute percepito è risultato un predittore più significativo di mortalità e morbosità rispetto a molte oggettive e sfavorevoli condizioni di salute, quali ad esempio la disabilità; 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.

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

Quale percezione del proprio stato di salute?

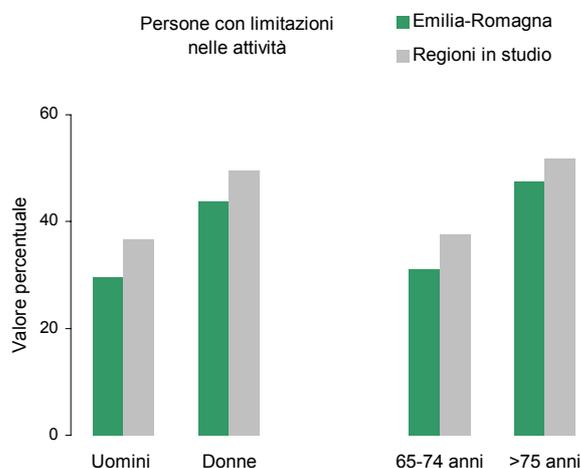
- Il 42% degli intervistati definisce il proprio stato di salute in modo positivo (buono, molto buono, eccellente); il 46% giudica discreta la propria salute, mentre il 12% la ritiene cattiva.
- La percezione negativa del proprio stato di salute è maggiore nelle donne ed aumenta col crescere dell'età in entrambi i sessi: negli uomini tra i 65 ed i 74 anni meno del 5% definisce cattiva la propria salute, sopra i 74 anni il 18%. Nelle donne l'incremento legato all'età è meno marcato (11% versus 15%).
- In Emilia-Romagna la percentuale di anziani che giudica positivamente il proprio stato di salute (42%) è maggiore rispetto alla media delle Regioni in studio (35%), mentre quella delle persone che lo percepiscono come cattivo è minore (12% versus 15%).



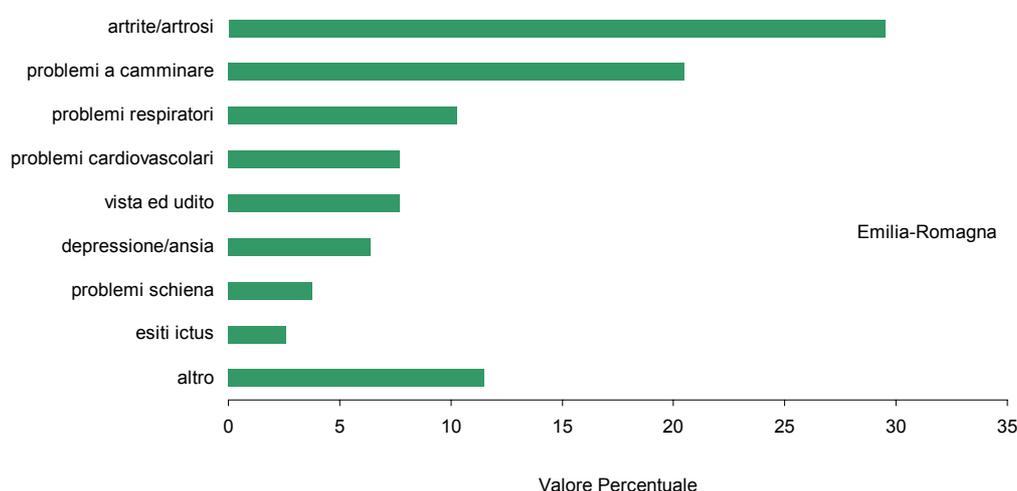
QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

Si avvertono limitazioni nelle proprie attività per problemi di salute?

- Un intervistato su tre (39%) riferisce problemi a svolgere le proprie attività quotidiane.
- La presenza di limitazioni è maggiormente avvertita dalle donne (44%) e cresce, in entrambi i sessi, con l'età: sopra i 74 anni quasi la metà delle persone (47%) dichiara di avere limitazioni.
- In Emilia-Romagna la presenza di limitazioni è riferita da una minor percentuale di persone rispetto alla media delle Regioni in studio (39% versus 44%).



Principali problemi di salute che comportano limitazioni di attività

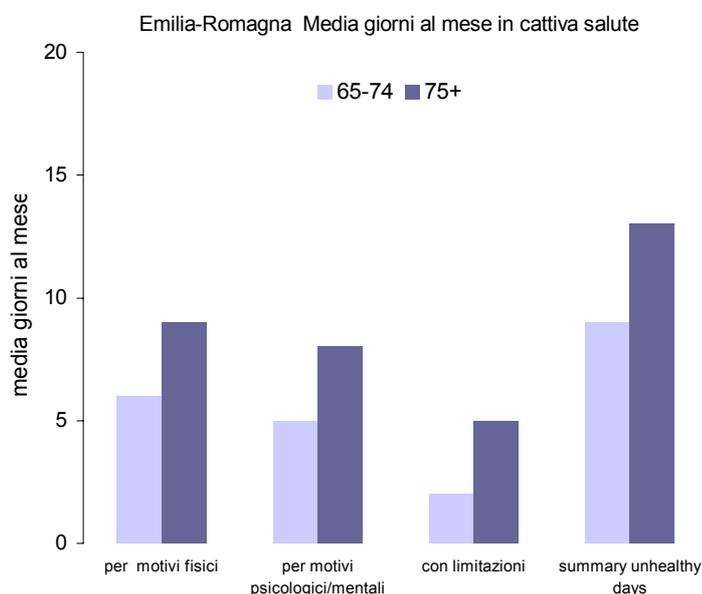
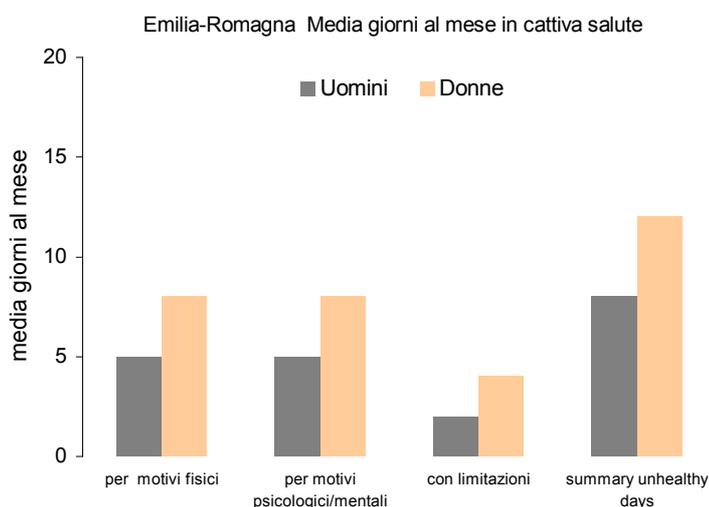


- Il problema principale indicato come limitante le proprie attività è rappresentato da artrite/artrosi (29%) e dalle difficoltà a camminare (20%): una donna su tre riferisce l'artrite/artrosi quale disturbo limitante principale (33%), mentre circa un uomo su tre indica la difficoltà a camminare (29%).
- Sono inoltre percepiti come limitanti nelle attività i problemi respiratori (10%), quelli cardiovascolari (8%), i disturbi a vista ed udito (8%), ansia e depressione (6%).

QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

La media dei giorni al mese percepiti in cattiva salute è un indicatore sintetico e validato a livello internazionale per valutare la qualità di vita percepita anche nella popolazione anziana.

- Le donne presentano indici di qualità della vita meno favorevoli, con valori medi di giorni in cattiva salute o con limitazioni funzionali sensibilmente più elevati rispetto agli uomini ('summary unhealthy index' pari a 12 giorni versus 8). Questo dato, sovrapponibile in tutte le Regioni in studio, concorda con quanto rilevato in altri studi: le donne vivono più a lungo, ma con un numero maggiore di anni di vita con presenza di disabilità e minor qualità complessiva. In particolare una donna su quattro riferisce una media di giorni al mese in cattiva salute per problemi psicologici e/o mentali superiore ai 14 giorni.
- Col crescere dell'età aumenta sensibilmente la media di giorni in cattiva salute ('summary unhealthy index' pari a 13 giorni nelle persone con più di 74 anni versus i 9 giorni nella fascia 65-74).
- L'Emilia-Romagna, come le altre Regioni del Nord partecipanti allo studio, presenta indici di qualità percepita migliori rispetto alla media complessiva per tutti gli indicatori rilevati.



QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

- A bassi livelli d'istruzione corrispondono medie di giorni in cattiva salute più elevate sia in Regione che sul territorio nazionale.
- Il livello di autosufficienza pesa in maniera rilevante sugli indici di qualità della vita: nelle persone non autosufficienti il 'summary unhealthy index' sale fino a 20 giorni al mese.
- Gli anziani che praticano attività fisica/motoria presentano indici di qualità della vita nettamente migliori, suggerendo il ruolo protettivo di questo significativo fattore.

Media giorni al mese riferiti in cattiva salute

	per motivi fisici	per motivi psicologici/mentali	con limitazioni	summary unhealthy index
Livello istruzione				
Elementare	8	7	4	12
Media	6	7	3	11
Superiore	6	5	1	10
Livello disabilità				
Non autosufficienti	15	17	12	20
Autosufficienti	6	5	2	9
Attività fisica				
Sedentari	11	11	8	16
Attivi	5	5	2	8

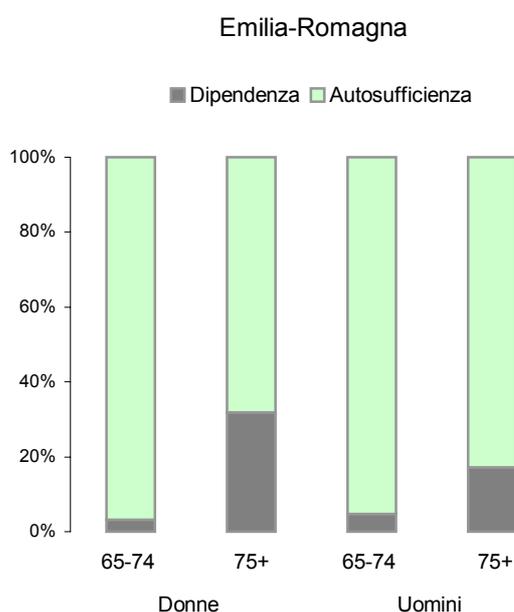
AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana sia per l'assistenza infermieristica e medica.

Per misurare l'autosufficienza si è sviluppato un sistema basato sulle capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (Activity Daily Living o ADL). Nello Studio Argento per ottenere le misure del livello di dipendenza si è utilizzato un set comprendente le ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, mangiare, vestirsi, urinare) e si sono classificati i partecipanti in autosufficienti (anziani in grado di compiere da soli tutte le ADL indagate) e dipendenti (anziani non in grado di effettuare da soli una o più attività), a loro volta distinti in gravi (non in grado di effettuare alcuna delle ADL) e moderati.

Quanti sono autosufficienti, quanti dipendenti?

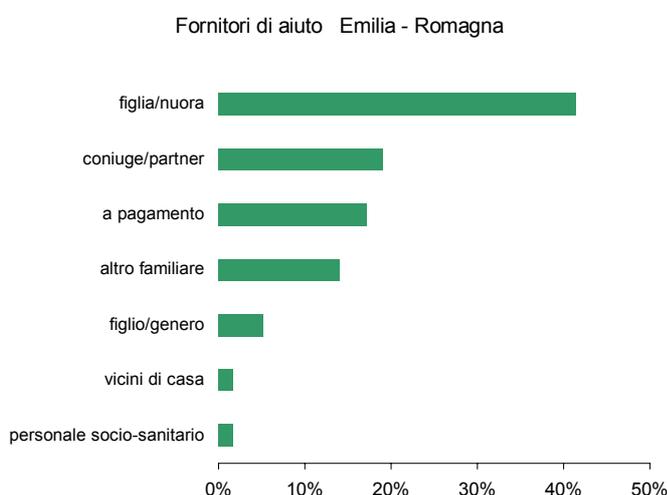
- Il 16% degli anziani intervistati non è autosufficiente: il 10% degli uomini e ben il 18% delle donne. Solo l'1% delle persone non autosufficienti presenta una dipendenza grave.
- La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: nella fascia tra i 65-74 anni sono dipendenti il 3% delle donne e il 5% degli uomini, mentre sopra i 74 anni i valori crescono rispettivamente al 32% e al 17%.
- Il dato complessivo delle Regioni in studio mostra per la dipendenza valori più elevati sia per sesso sia per età rispetto all'Emilia-Romagna.
- Per quanto riguarda i bisogni assistenziali delle persone dipendenti, il 60% non è autosufficiente nella cura della propria persona, mentre il 40% ha sia difficoltà alla cura di sé che al movimento.



Quanti disabili ricevono aiuto e da chi?

- Tutte le persone intervistate in regione con disabilità sia moderata (94%) sia grave (6%) ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli; la percentuale di coloro che ricevono aiuto è del 93% nelle Regioni in studio.
- Le figlie e le nuore sono identificate come le principali fonti di aiuto dal 41% degli anziani; un 19% è supportato dal coniuge o partner ed un 17% da personale a pagamento.

Meno del 5% identificano figli, personale socio-sanitario e vicini come fornitori di aiuto.



AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

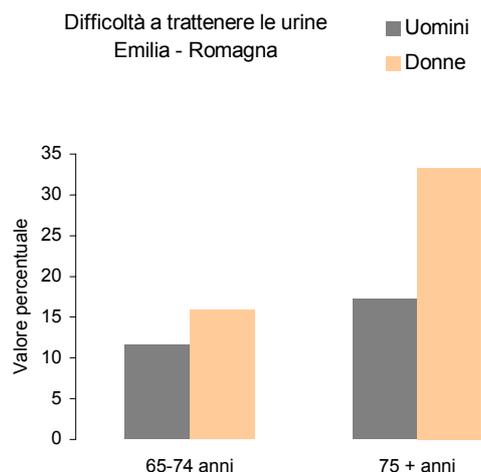
Ricevono aiuto per svolgere quali attività?

- Le attività della vita quotidiana per le quali viene richiesto il maggiore aiuto sono:
 - fare il bagno o la doccia (43%)
 - vestirsi e spogliarsi (18%)
 - lavarsi (16%)
 - andare in bagno (11%)
 - spostarsi in casa (7%)
 - mangiare (5%)



Quanti hanno problemi a trattenere l'urina?

- Il 21% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione: il 5% è incontinente, mentre il 16% ha problemi solo occasionalmente.
- I problemi nel controllo delle urine crescono con l'età: sotto i 75 anni solo il 14% presenta difficoltà, mentre sopra tale percentuale sale al 29%.
- I disturbi sono più frequenti nel sesso femminile: il 25% delle donne riferisce difficoltà nel controllo a fronte del 13% degli uomini. Sopra i 74 anni ben una donna su quattro dichiara difficoltà nel controllo delle urine.
- La media complessiva delle Regioni in studio relativa alle difficoltà nel controllo della minzione è più alta rispetto a quella dell'Emilia-Romagna (34% versus 21%).

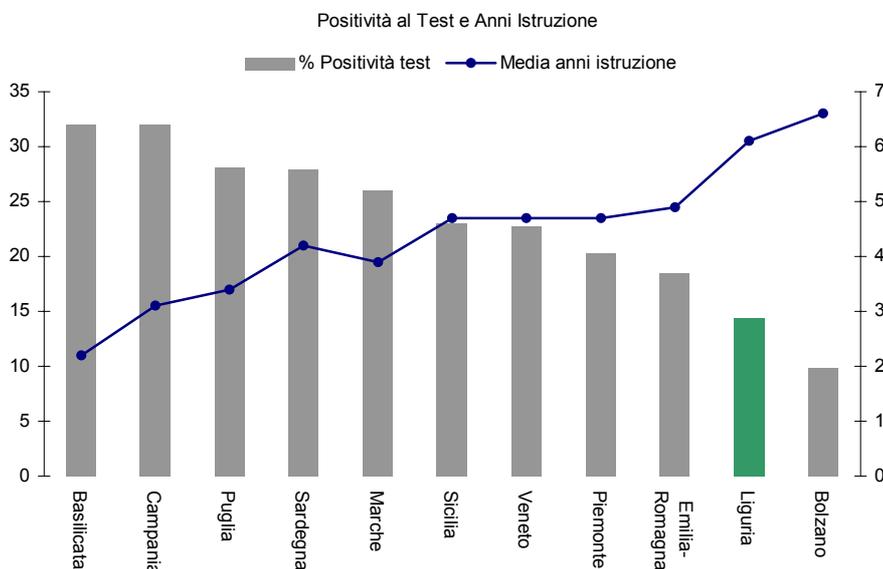
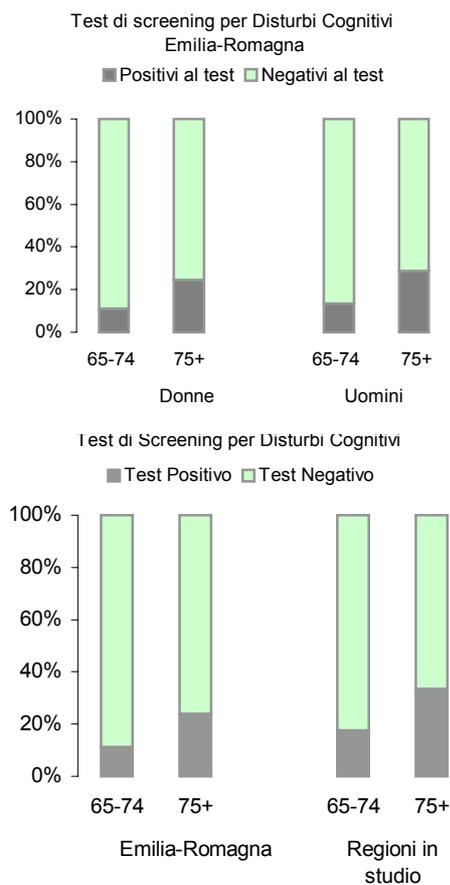


DISTURBI COGNITIVI

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 una valutazione combinata di test clinici e psicologici; nell'indagine è stato utilizzato il Mini-cog, un test di screening per la valutazione delle carenze cognitive nell'anziano di rapida esecuzione, composto da una valutazione della memoria e dal test dell'orologio. Vari studi hanno mostrato che il Mini-cog presenta elevate sensibilità (96%) e specificità (99%) e può essere facilmente utilizzato come primo livello nello screening di problemi cognitivi nella popolazione anziana, a cui far seguire gli opportuni approfondimenti diagnostici.

Quanti anziani hanno carenze cognitive?

- Il 18% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi. Non si rilevano differenze tra i due sessi, mentre la presenza di disturbi cognitivi aumenta col crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è risultato positivo al test l'11% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 25%.
- Nel 4% del campione il test non è stato applicabile o per uno stato di demenza già conclamata o per disabilità di tipo fisico (es. cecità).
- Complessivamente il 70% degli intervistati non autosufficienti è risultato positivo al test.
- Nelle Regioni in studio la percentuale di anziani con disturbi cognitivi appare maggiore sia per sesso sia per età: il 23% degli intervistati risulta positivo al test di screening (16% nella fascia 65-74 anni e 32% sopra i 74 anni).
- In Emilia-Romagna il 97% degli anziani con un livello d'istruzione superiore non presenta disturbi cognitivi (test negativo); il valore scende a circa l'80% sia nelle persone con istruzione media sia in quelle con istruzione fino a 5 anni. L'andamento è confermato anche dal dato complessivo delle Regioni in studio: al crescere degli anni medi di istruzione diminuisce la percentuale di intervistati con disturbi cognitivi al test di screening.

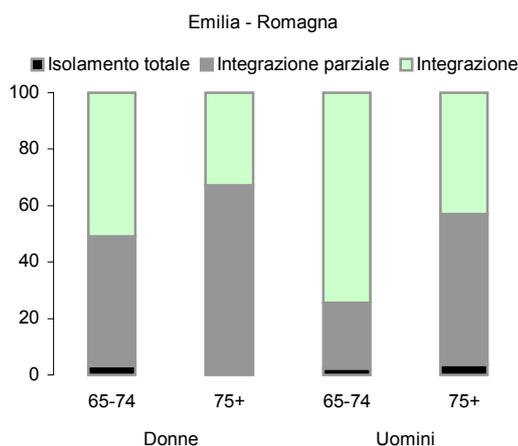
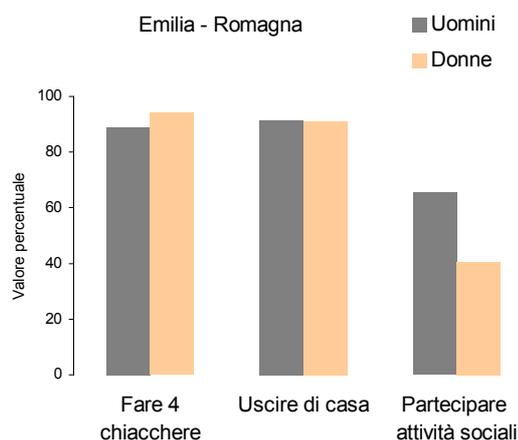


ISOLAMENTO SOCIALE

Nello Studio Argento si è definito "integrato socialmente" l'anziano che ha effettuato (nelle due settimane precedenti l'intervista) tutte le tre attività sociali indagate (parlare con persone non conviventi, uscire di casa e partecipare ad attività sociali), "parzialmente integrato" chi ha effettuato almeno un'attività e "isolato socialmente" chi non ha riferito alcuna delle tre attività.

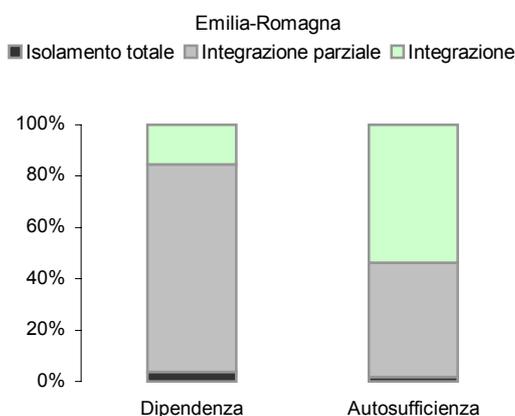
Quanti anziani soffrono di isolamento sociale?

- In Emilia Romagna il 49% degli intervistati è stato valutato integrato, il 49% parzialmente integrato ed il 2% isolato dal punto di vista dei rapporti sociali.
- Tra i due sessi si evidenzia una diversità nella sfera di partecipazione ad attività sociali con altre persone, riferita dal 66% degli uomini a fronte del 42% delle donne.
- L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni presenta problemi di integrazione una persona su tre (39%), mentre sopra i 74 anni si sale a due su tre (64%). In particolare in questa fascia d'età il 67% delle donne è isolata rispetto al 57% negli uomini.
- Nelle Regioni in studio il 44% degli intervistati risulta integrato socialmente, il 54% parzialmente integrato ed il 2% isolato.
- La prevalenza di anziani classificati come isolati socialmente presenta un gradiente Nord-Sud (dallo 0,5% della P.A. di Bolzano al 6% della Basilicata).



La mancanza di autonomia incide sull'isolamento?

- Tra le persone non autosufficienti l'85% presenta problemi di integrazione sociale.
- Al diminuire del livello di autosufficienza cresce il numero di anziani con problemi di isolamento: la maggior parte degli anziani con dipendenza presenta problemi d'integrazione sociale.
- L'andamento è sovrapponibile al dato complessivo delle Regioni in studio.

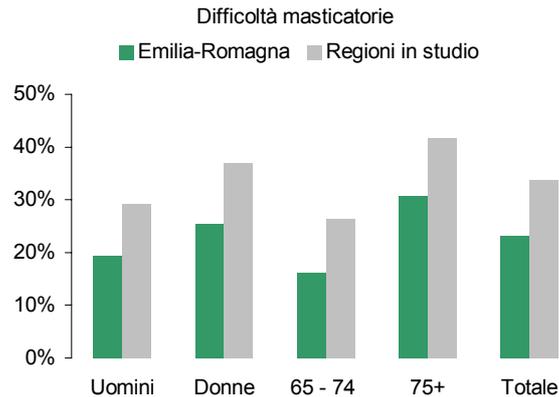


CURE ODONTOIATRICHE

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

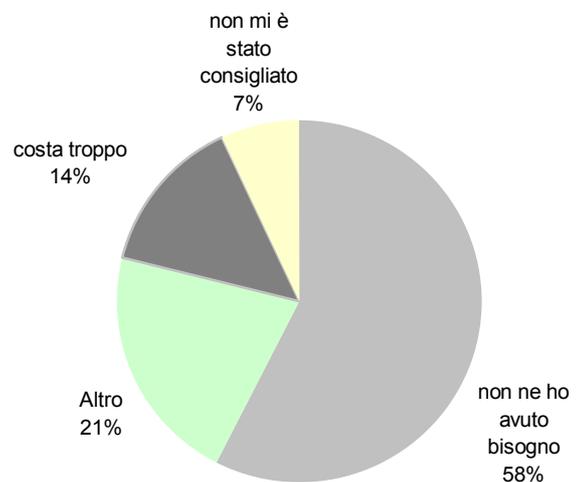
Quanti hanno difficoltà a masticare?

- Un anziano su quattro (23%) presenta difficoltà alla masticazione: sopra i 74 anni si sale ad un anziano su tre (31%).
- Tra le persone che riferiscono di avere difficoltà alla masticazione, circa 2 persone su tre (62%) non si recano dal dentista.
- Tra le persone che riferiscono di avere difficoltà alla masticazione l'83% porta una protesi dentaria.



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

- Un intervistato su tre (34%) ha effettuato una visita dal dentista nell'ultimo anno.
- Tra gli anziani che hanno riferito difficoltà a masticare, solo un terzo si è recato dal dentista. Tra gli uomini con problemi masticatori un 21% si è recato dall'odontoiatra, mentre tra le donne il 45%.
- Il motivo principale per cui gli anziani con difficoltà alla masticazione non si sono recati dal dentista è il ritenere di non averne avuto bisogno (57%); il 14% riferisce di non essersi recato ad un controllo per il costo troppo alto della visita ed un 7% perché non gli è stato consigliato.

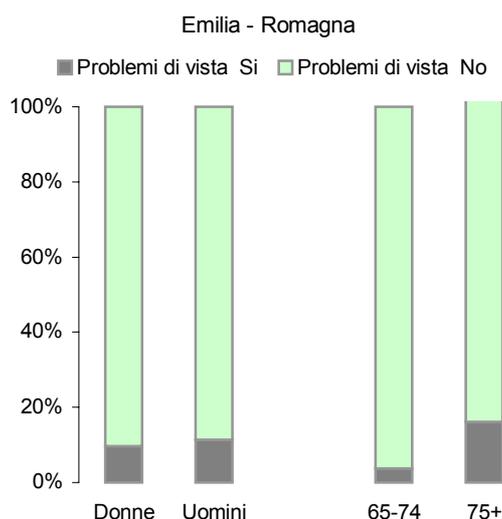


PROBLEMI DI VISTA E DI UDITO

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.

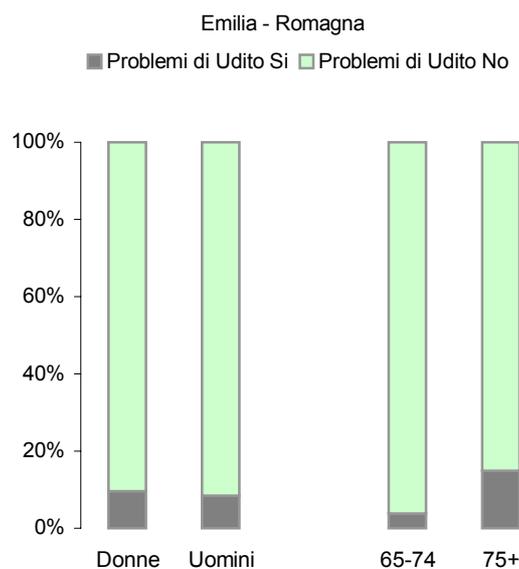
Quanti hanno problemi di vista?

- Un 10% degli intervistati presenta problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali.
- Il 76% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.
- La prevalenza di questa disabilità percettiva non appare diversa nei due sessi, mentre aumenta col crescere dell'età: nella fascia d'età tra i 65 ed i 74 anni solo il 4% degli intervistati è interessata, sopra i 74 anni invece la percentuale sale al 17%.
- La percentuale di persone con problemi di vista nelle Regioni in studio è pari al 20% con un marcato gradiente Nord-Sud: si passa dal 9-11% delle regioni del Nord al 30% di Basilicata e Campania.



Quanti hanno problemi di udito?

- Il 91% degli anziani intervistati riferisce di sentire bene: di questi un 5% utilizza una protesi acustica.
- Il 9% del campione presenta invece difficoltà uditive: tra questi il 16% porta una protesi acustica, mentre l'84% non la utilizza.
- Col crescere dell'età peggiora la funzione uditiva sensibilmente: sopra i 74 anni il 17% degli intervistati riferisce difficoltà a sentire.
- La prevalenza di persone con problemi di udito nelle Regioni in studio è pari al 18%, con un gradiente Nord-Sud: dal 8-13% delle regioni del Nord si passa al 28% della Campania e al 36% della Basilicata.

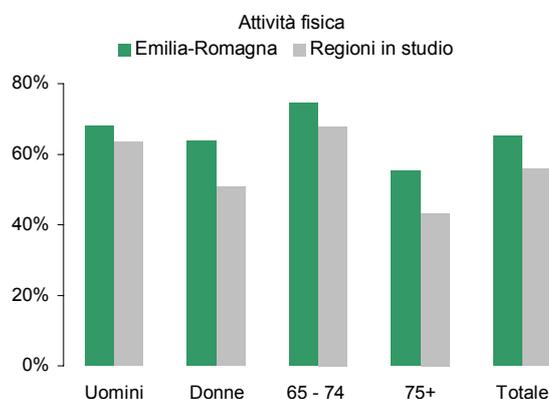


ATTIVITÀ FISICA e MOTORIA

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

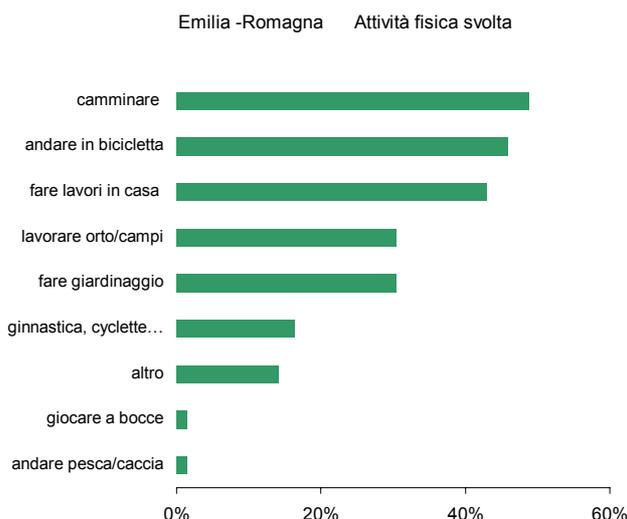
Quanti hanno effettuato un'attività fisica?

- Circa due su tre intervistati (65%) riferiscono di aver praticato un'attività fisica per almeno 10 minuti.
- La differenza tra donne e uomini non è rilevante, mentre con l'età varia la prevalenza del movimento: nella fascia 65-74 anni il 74% del campione è attivo, mentre sopra i 74 anni il valore scende al 55%.
- La percentuale di persone che riferiscono di praticare attività fisica in Emilia-Romagna è più alta rispetto alla media delle Regioni in studio, sia per sesso sia età. Nel dato complessivo riferisce di praticare attività fisica il 56% degli intervistati, con prevalenza degli uomini sulle donne (64% vs. 51%) e della fascia più giovane (68% vs.43%).
- I dati di prevalenza dell'attività fisica rilevati nello Studio Argento appaiono molto superiori a quelli rilevati dall' Indagine Multiscopo dell'Istat, secondo cui meno del 5% degli anziani pratica attività fisica. Va peraltro considerata la diversa definizione operativa: nell'indagine Argento si è valutata l'attività motoria dell'anziano, più che l'attività sportiva propriamente detta, in quanto è comunque correlata con i benefici per la salute.
- Il praticare attività fisica è legato al miglioramento della salute percepita: tra gli anziani attivi il 44% riferisce il proprio stato di salute come buono, solo il 23% tra gli inattivi.



Che tipo di attività fisica?

- L'attività fisica svolta principalmente è rappresentata dal camminare a passo sostenuto (49%), seguita dall'andare in bicicletta - attività sportiva tipica di alcune aree della nostra Regione - (46%) e dal fare i lavori di casa (43%). In media ogni persona riferisce di praticare 3 diversi tipi di attività fisica.
- Queste attività fisiche vengono eseguite in media 5 volte a settimana dagli uomini, 4 volte dalle donne, senza differenze legate all'età; un intervistato su tre dichiara di praticare almeno un'attività motoria tutti i giorni della settimana.



Quante ore alla settimana passate davanti alla televisione?

- Gli intervistati passano in media 3 ore al giorno davanti alla televisione : 3.6 ore per le donne e 2.8 per gli uomini.

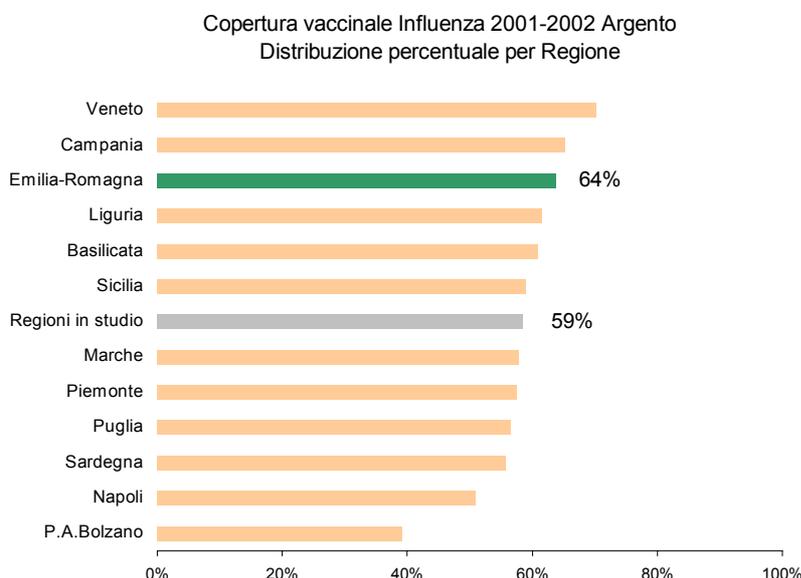
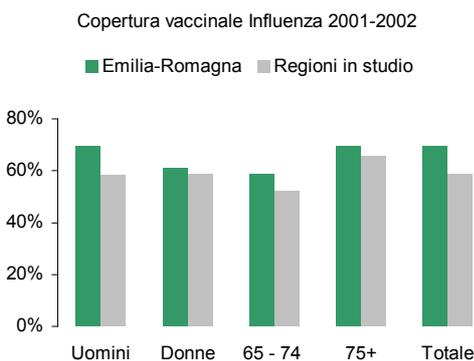
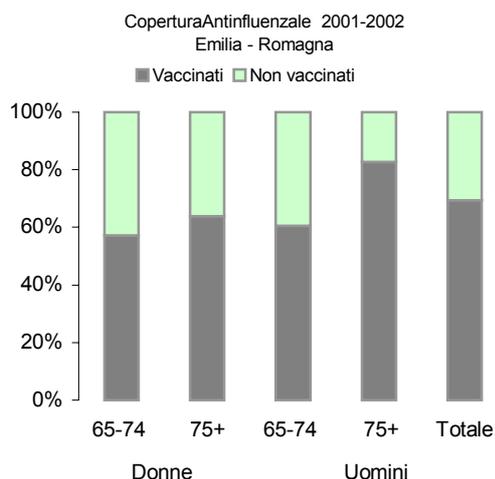
VACCINAZIONI - INFLUENZA

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

Il raggiungimento di una copertura di almeno il 75% nella popolazione anziana è uno degli obiettivi dei vigenti Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

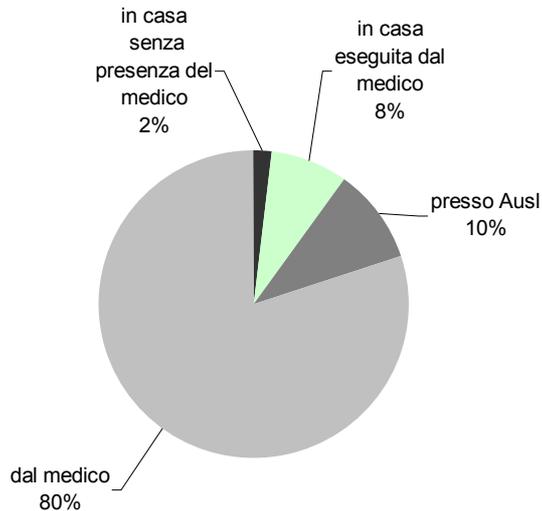
Quanti si sono vaccinati nella stagione 2001-2002?

- Il 99% del campione conosce il vaccino antinfluenzale a fronte del 95% del campione complessivo.
- Nella stagione 2001-2002 riferisce di essersi vaccinato il 64% degli anziani intervistati. Il dato è sovrapponibile a quello rilevato dall'Assessorato alla Sanità dell'Emilia-Romagna (copertura vaccinale 2001-2002 pari al 61% della popolazione sopra i 65 anni).
- La copertura vaccinale antinfluenzale è maggiore negli uomini (69% vs 61%) e cresce con l'età: nella fascia 65-74 anni riferisce di essere vaccinato il 59%, sopra i 74 anni il 69% della popolazione (tra gli uomini ben l'83%).
- Più del 90% del campione presenta patologie per le quali viene espressamente consigliata la vaccinazione antinfluenzale indipendentemente dall'età (malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, diabete, neoplasie, insufficienza renale...): di questi due su tre hanno riferito di essersi vaccinati.
- Il valore di copertura vaccinale in Emilia-Romagna è maggiore a quello complessivo riscontrato nelle Regioni in studio (59%), sia per sesso sia per età.



Dove è stata effettuata la vaccinazione antinfluenzale?

- L'88% delle persone intervistate riferisce di essere stato vaccinato dal Medico di Famiglia (l'8% al proprio domicilio) ed il 10% presso le strutture delle Aziende Sanitarie. Anche questo dato è sovrapponibile a quello fornito dall'Assessorato alla Sanità Regionale, che indica nel 90% le persone vaccinate da questa figura professionale. Il coinvolgimento del Medico di Famiglia si conferma importante per ottenere una buona copertura vaccinale nella popolazione anziana.
- Il 96% degli anziani vaccinati riferisce di aver ricevuto gratuitamente la vaccinazione (il 92% nelle Regioni in studio).



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

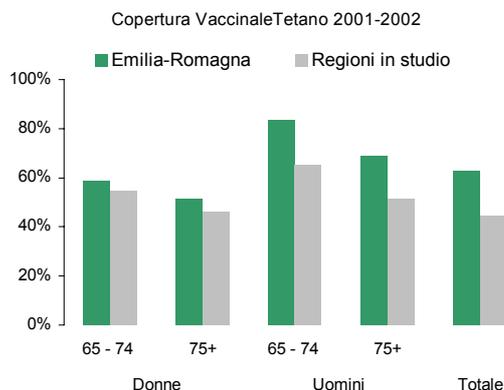
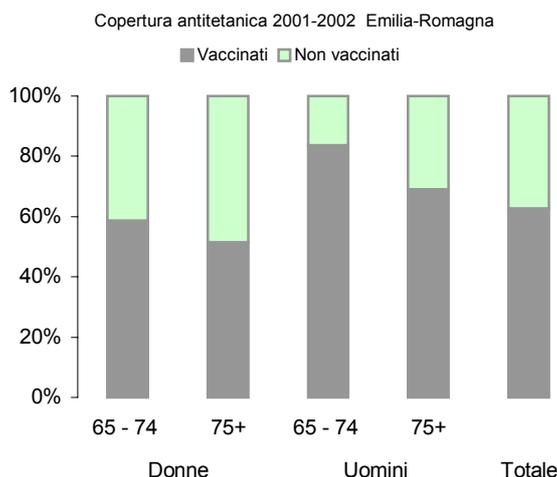
- Tra i motivi principali della mancata vaccinazione riferiti:
 - la paura degli effetti collaterali (20%)
 - il vaccino ritenuto non è efficace (16%)
 - il vaccino non è stato consigliato (9%)
 - l'influenza non è una malattia grave (8%).

VACCINAZIONI - TETANO

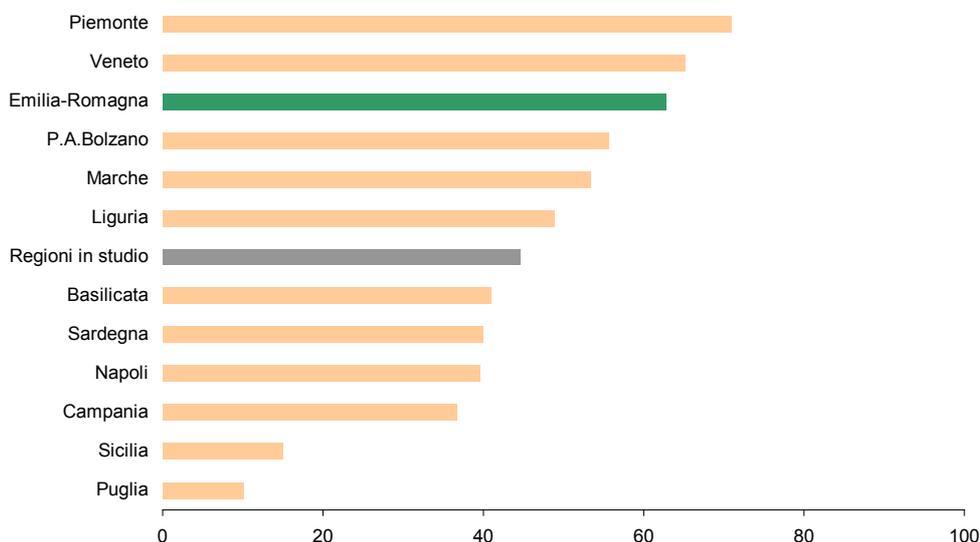
L'appropriata vaccinazione contro il tetano nella popolazione anziana rappresenta un elemento importante in Sanità Pubblica, essendo questa fascia d'età attualmente la più colpita. Anche nei paesi provvisti di un buon programma vaccinale gli anziani possono ancora essere suscettibili all'infezione sia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

Quanti sono stati vaccinati contro il tetano?

- Circa due persone su tre riferiscono di essersi vaccinate contro il tetano (63%): un 10% del campione non ricorda se è stato vaccinato.
- La copertura vaccinale risulta maggiore tra gli uomini (78%) rispetto alle donne (55%).
- La copertura diminuisce con l'età: nella fascia 65-74 anni riferiscono di essere vaccinati l'84% degli uomini e il 59% delle donne, mentre in quella sopra i 74 anni il 69% degli uomini ed il 51% delle donne.
- I valori di copertura vaccinale risultanti in Emilia-Romagna sono maggiori rispetto al dato complessivo delle Regioni in studio, sia per sesso che per età.



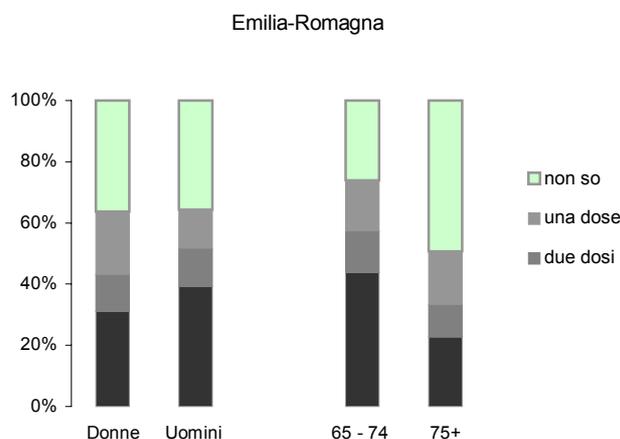
Copertura tetano 2001-2002 Argento
Distribuzione percentuale per regione



VACCINAZIONI - TETANO

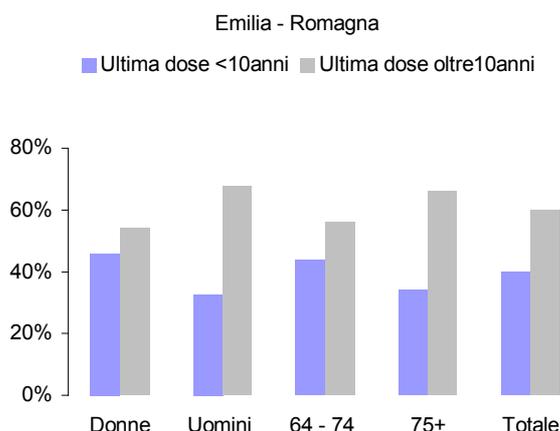
Quante dosi di vaccino hanno ricevuto?

- Il 35% delle persone vaccinate riferisce di aver ricevuto tre o più dosi di vaccino nell'arco della propria vita, il 12% due dosi e il 17% una sola dose.
- Col crescere dell'età diminuisce la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto 3 o più dosi: sopra i 74 anni si scende al 23%.
- Un terzo del campione non ricorda le dosi effettuate.



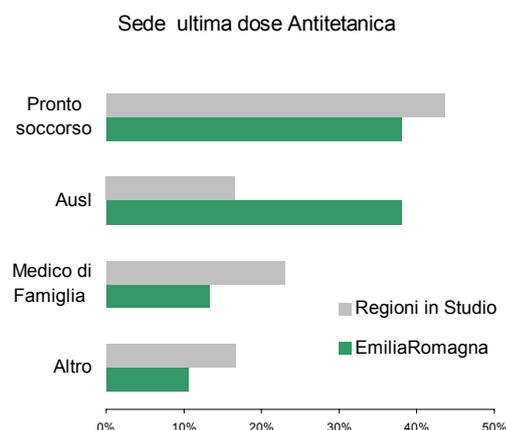
Quando è stata effettuata l'ultima vaccinazione antitetanica?

- Più della metà delle persone che riferiscono di essersi vaccinati contro il tetano, ha effettuato l'ultima dose più di 10 anni fa (il 67% degli uomini ed il 54% delle donne), mentre solo un terzo da meno di dieci anni. I dati sono sovrapponibili alla media delle Regioni in studio.
- Sopra i 74 anni due anziani su tre (66%) riferiscono di aver effettuato l'ultima dose da oltre 10 anni.



Dove è stata effettuata l'ultima vaccinazione antitetanica?

- L'80% degli anziani che riferiscono di essersi vaccinati ricordano la sede della vaccinazione: un terzo dichiara di essersi vaccinato in Pronto Soccorso (38%) e in un ambulatorio dell'Ausl (38%), il 13% dal Medico di Famiglia.
- Il 54% riferisce di aver effettuato l'ultima vaccinazione a causa di una ferita; tra le motivazioni dell'ultima dose seguono 'per richiamo' (17%) e 'motivi di lavoro'.

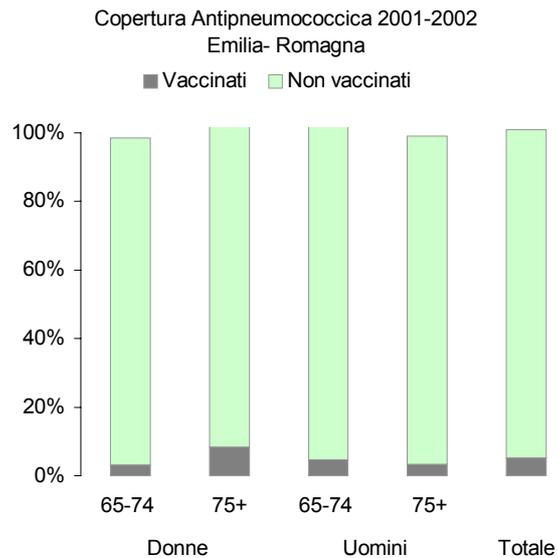


VACCINAZIONI - PNEUMOCOCCO

La vaccinazione antipneumococcica è stata recentemente inserita tra le prestazioni consigliate nella popolazione anziana, per proteggere dalle infezioni invasive più grave provocate dallo pneumococco.

Quanti conoscono la vaccinazione antipneumococcica e quanti sono vaccinati?

- Solo il 14% degli intervistati conosce il vaccino antipneumococcico.
- Solo il 5% degli anziani intervistati riferisce di aver effettuato la vaccinazione.
- Tra gli 11 anziani vaccinati, l'80% riferisce di aver effettuato la vaccinazione su consiglio del medico. La vaccinazione è stata effettuata nel 90% dal Medico di famiglia e in prevalenza gratuitamente.
- I risultati regionali non si discostano da quelli complessivi ottenuti nelle Regioni in studio.



CADUTE

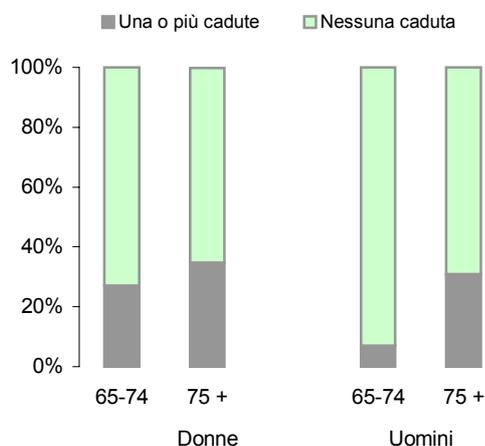
L'evento "caduta" è particolarmente rilevante nella vita dell'anziano, sia per la frequenza stimata del fenomeno (30%) sia per le conseguenze spesso invalidanti; la caduta comporta inoltre ripercussioni di tipo psicologico, caratterizzate dall'insicurezza con conseguente riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

Nella profilassi delle cadute riveste un ruolo determinante l'identificazione dei fattori di rischio per la loro eliminazione.

Quanti sono caduti nell'ultimo anno?

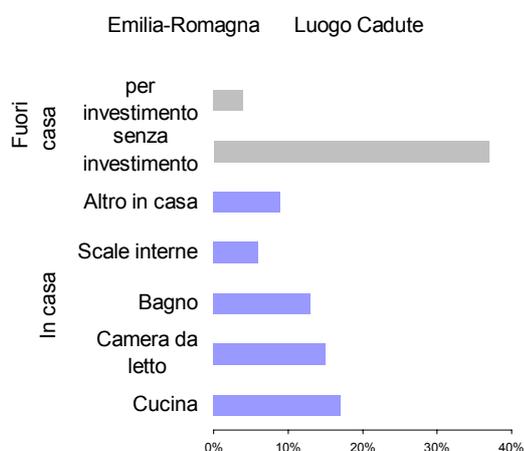
- Un anziano su quattro (26%) riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno; le donne sono cadute più spesso (31%) rispetto agli uomini (17%).
- Col crescere dell'età aumenta il fenomeno: nella fascia 65-74 anni riferisce di essere caduto il 19% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni ben un anziano su tre (34%) ha presentato questo problema.
- Tra le persone che sono incorse in cadute, il 65% è caduto una sola volta, il 20% due volte ed il 15% più di 2 volte.
- L'andamento è sovrapponibile al dato complessivo osservato nelle Regioni in studio (media complessiva pari al 29%) e concorda con i dati ricavati dalla letteratura scientifica.

Cadute nell'ultimo anno Emilia-Romagna



Dove sono caduti nell'ultimo anno?

- Il 59% delle persone riferisce di essere caduto in casa: tra le donne due su tre in ambiente domestico (67%), rispetto ad un solo uomo su tre (33%).
- Le cadute in casa sono avvenute in cucina (28%), in camera da letto (25%), nelle scale interne (16%), in bagno (22%) e in altri ambienti nel 9% dei casi. Nella fascia sopra i 74 anni un anziano su tre è caduto in camera da letto (32%).
- Il 41% è caduto fuori casa: nel 4% dei casi la caduta è stata causata da investimento.



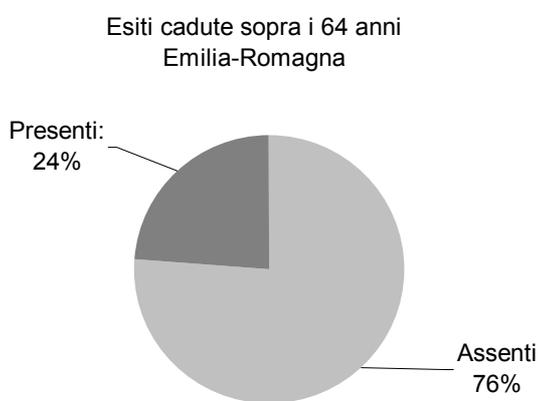
CADUTE

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

- Circa una persona su cinque riferisce di essere stato ricoverato almeno una volta nel corso della vita a seguito di una caduta (19%).
- Tra le persone cadute in età anziana, il 22% è stato ricoverato per le conseguenze riportate.
- I dati sono sovrapponibili a quelli complessivi delle Regioni in studio.

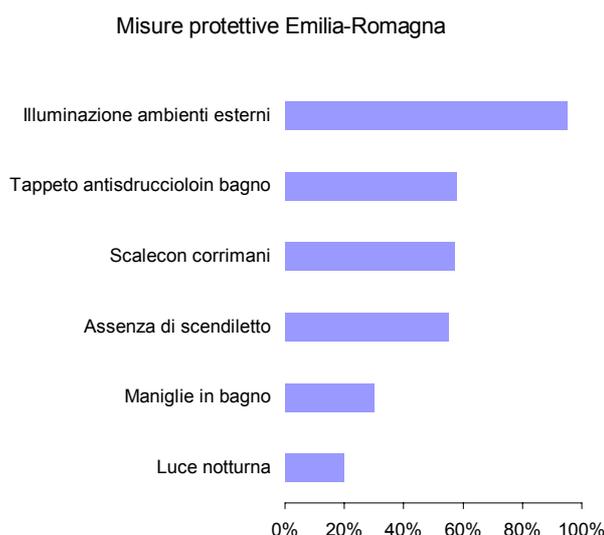
Quanti hanno ancora tutt'oggi difficoltà a seguito di una caduta?

- Il 76% delle persone coinvolte in cadute, avvenute oltre i 64 anni, non riferisce difficoltà residue nello svolgere attività quotidiane.
- Il 24% ha invece difficoltà a seguito di una caduta in varie attività quali camminare, portare pesi ed alzarsi dalla sedia o dal letto.



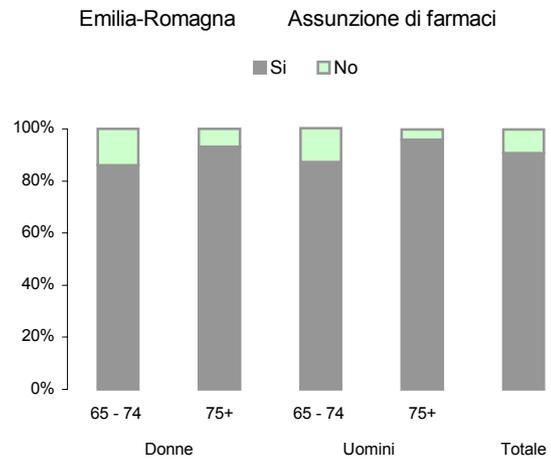
Quale misure precauzionali che riducono il rischio di cadute sono presenti?

- Le misure precauzionali riferite dagli intervistati per evitare le cadute sono le seguenti:
 - nel 95% è presente una buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa;
 - nel 58% è presente il tappeto antisdrucciolo nella vasca e nella doccia;
 - nel 57% è presente un corrimano nelle scale interne alle abitazioni;
 - nel 55% vi è assenza dello scendiletto;
 - nel 30% i bagni sono dotati di maniglie per sorreggersi nella vasca e nella doccia;
 - il 20% degli anziani durante la notte tiene accesa una luce di riferimento.



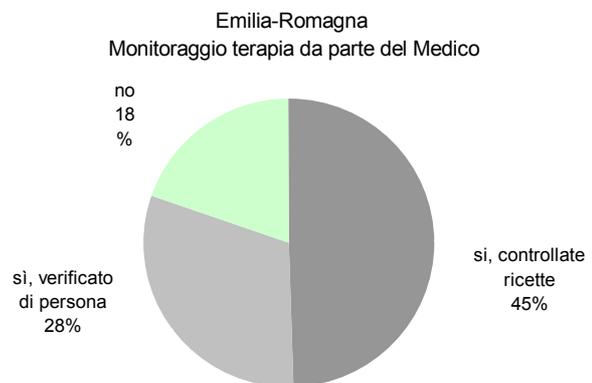
Quanti hanno assunto nell'ultima settimana farmaci, compresi i prodotti omeopatici?

- Il 91% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana (il 92% delle donne e l'89% degli uomini).
- L'assunzione di farmaci cresce con l'età: nella fascia 65-74 anni ha preso medicine l'87% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 95%.
- I farmaci assunti sono relativi a:
 - 38% sistema cardiovascolare
 - 15% sistema nervoso
 - 15% sistema gastrointestinale e metabolismo
 - 8% sistema muscolo-scheletrico
 - 8% sangue ed emopoietico
 - 4% sistema respiratorio



Nell'ultimo anno il medico di famiglia ha verificato la terapia assunta dall'anziano?

- Tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno (il 92% degli intervistati), l'83% riferisce che il medico di famiglia ha verificato, almeno una volta, le medicine assunte o controllando le ricette (45%) o verificando di persona le confezioni dei farmaci (28%).



ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE ...

Lo Studio Argento consente di ottenere informazioni a dimensione locale riguardanti la salute dell'anziano, in alcuni ambiti in cui dati sono spesso carenti. Per altri campi nei quali invece esiste un sistema di raccolta routinario, il confronto tra le stime dell'indagine e quelle già esistenti ha mostrato valori sovrapponibili, confermando l'attendibilità del metodo utilizzato.

L'inchiesta consente di cogliere alcuni elementi relativi alla salute dell'anziano non ricoverato in struttura socio-assistenziale importanti per le possibili ricadute in termini di prevenzione ed interventi da attuare. In particolare si sottolineano i seguenti aspetti:

- La popolazione anziana dell' Emilia-Romagna presenta complessivamente uno stato di salute favorevole rispetto alla media delle Regioni in studio, sia per i parametri oggettivi sia per la salute percepita. Tale dato assume particolare rilevanza, considerata la spiccata componente anziana della nostra regione (più del 20%, in ulteriore crescita nei prossimi anni).
- Si conferma la particolare vulnerabilità degli anziani (in particolare nella fascia d'età superiore ai 74 anni) per la presenza di malattie cronic-degenerative, in grado di condizionare marcatamente la qualità della vita. Appare significativa la concomitanza di più patologie: la metà degli intervistati riferisce infatti di soffrire di tre o più patologie. Un terzo riferisce problemi a svolgere le attività quotidiane per un problema di salute. Alla luce di questi dati già noti si rafforza la necessità di continuare le azioni di prevenzione nei confronti degli anziani "fragili".
- La percezione negativa del proprio stato di salute è avvertita maggiormente nel sesso femminile e cresce con l'età. Le donne presentano indici della qualità di vita meno favorevoli complessivamente: rappresentando circa il 60% della popolazione anziana, costituiscono un target cui rivolgere alcuni interventi specifici di supporto. Tra le persone intervistate che vivono sole, ben l'80% è rappresentato da donne.
- Il 16% del campione non è autosufficiente per la difficoltà nella cura della propria persona, a cui si aggiunge spesso anche quella nel movimento. Un anziano su cinque riferisce inoltre difficoltà alla minzione. Tutte le persone con disabilità intervistate in Regione ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli: tale sostegno è assicurato prevalentemente in ambito familiare ed è pertanto fondamentale supportare adeguatamente le famiglie, in particolare quelle in maggiori difficoltà socio-economiche.
- La metà degli intervistati è solo "parzialmente integrato" dal punto di vista sociale: l'isolamento sociale cresce marcatamente in presenza di disabilità. Si sottolinea l'importanza di favorire iniziative di coinvolgimento della persona anziana alla partecipazione alla vita sociale.
- Il 18% è risultato positivo al test di screening per i disturbi cognitivi: le persone con un numero medio di anni d'istruzione più basso sono maggiormente vulnerabili sotto questo aspetto, indicando l'importanza di una vita "culturalmente" attiva come fattore preventivo per i disturbi cognitivi.
- Tra gli anziani che riferiscono di avere problemi di udito (10%), solo uno su cinque utilizza una protesi acustica, mentre tra quelli con difficoltà alla masticazione solo un terzo riferisce di essersi recato dal dentista. Appare importante anche in questi campi potenziare percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche in particolare per gli anziani più fragili sotto il profilo socio-economico.
- L'attività motoria è praticata da una buona percentuale di anziani più volte alla settimana: questa pratica, nel campione intervistato, è correlata con un miglioramento della salute percepita; anche alla luce delle raccomandazioni presenti nella letteratura scientifica internazionale, viene pertanto confermata l'indicazione a promuovere, tra le persone anziane, lo svolgimento di una attività fisica moderata e regolare.

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE ...

- La copertura vaccinale contro l'influenza è pari al 64%: è confermata l'importanza del coinvolgimento del Medico di Famiglia per aumentare la percentuale di vaccinati nella popolazione anziana. Tra le cause riferite della mancata vaccinazione prevalgono la paura degli effetti collaterali e il ritenere il vaccino non efficace; appare opportuno tenere tali elementi in adeguata considerazione nella preparazione delle prossime campagne vaccinali.
- Più del 60% degli intervistati riferisce di essersi vaccinato contro il tetano; le donne (soprattutto nella fascia sopra i 74 anni) si confermano a maggior rischio di malattia. La metà delle persone che riferiscono di essere vaccinate, dichiara di aver effettuato l'ultima dose da oltre 10 anni, con conseguente riduzione della effettiva copertura immunitaria.
- Un anziano su quattro riferisce di essere caduto nell'ultimo anno; il problema aumenta sensibilmente con l'età. Un terzo degli intervistati dichiara di essere caduto più di una volta nell'ultimo anno e di avere difficoltà, a seguito dell'infortunio occorso, nello svolgimento di attività della vita quotidiana. La maggior parte delle cadute avvengono nell'ambiente domestico e ciò sottolinea l'importanza di adottare in tale ambito interventi preventivi. Tra i locali maggiormente a rischio vi sono la cucina e la camera da letto; solo poco più della metà degli intervistati adotta misure precauzionali all'interno dell'abitazione, a conferma dell'importanza di attuare mirati programmi di Sanità Pubblica.
- Quasi tutti gli anziani hanno assunto farmaci nella settimana precedente l'intervista: la maggior parte riferisce che il Medico di Famiglia verifica la terapia in atto, elemento importante vista la presenza in genere di multiterapie e la possibilità di interazioni ed effetti collaterali. I farmaci maggiormente utilizzati sono quelli relativi alle patologie del sistema cardiovascolare (38%).
- Nelle regioni settentrionali si stimano disponibili per gli anziani un numero di posti letto in strutture socio-assistenziali maggiore rispetto alle regioni meridionali (44 p.l. per 1000 abitanti sopra i 65 anni versus 20 p.l. Istat). Questo elemento può concorrere a spiegare il gradiente Nord-Sud osservato per le molte variabili in studio, anche se appare improbabile che la presenza maggiore di strutture per anziani giustifichi completamente l'andamento del fenomeno, dato il numero molto basso di persone escluse dal campione per questo motivo (media del 4%): in Emilia-Romagna tra 210 persone primariamente selezionate, solo 8 erano alloggiate in una struttura socio-assistenziale (3%).

Si ritiene che le informazioni raccolte, pur col limite di essere riferibili all'intera popolazione regionale e non alle singole Aziende Sanitarie, possano fornire elementi di riflessione per la programmazione degli interventi di prevenzione e socio-assistenziali rivolti alla popolazione anziana.

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 allo 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 allo 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

1. 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.
2. Istat – "Anziani in Italia" Bologna: Il Mulino, 1997
3. Istat - Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000.
4. Ministero della Sanità. <http://www.sanita.it/sdo/dati/aggregati/sceltafine.asp?selcli=STG>
5. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività e i risultati) Roma 25 Novembre 1998.
6. 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.
7. 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.
8. Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
9. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000. <http://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>
10. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
11. 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.
12. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med. 1989;320:1055-9.
13. ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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>
18. 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.
19. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30:992-1008.
20. 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.
21. 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.
22. Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. Am J Med 1997; 102 (1A): 35S-39S.
23. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. J Gerontol. 1994;49:M123-32.
24. 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
25. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR, 1991 ; 40(RR12) :1-52
26. Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. Bull WHO 1999; 77: 127-131.
27. D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. Igiene Moderna 1995; 103: 209-222.
28. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.
29. 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.
30. 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.