

Studio
Argento



Studio ARGENTO

Indagine sulla salute nella terza età
in Piemonte

A cura di: Donatella Tiberti (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL20 Alessandria)

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

Coordinatori e intervistatori della Regione Piemonte:

ASL 5: Leandro Sgro, Lucia Muratore
ASL 6: Lorella Guerzoni
ASL 7: Marina Ottino
ASL 8: Margherita De Simone, Katia Olocco
ASL 9: Marco Ruschi
ASL 12: Fabrizio Zublena
ASL 13: Maria Chiara Antoniotti, Marzia Barengo
ASL 15: Lorenzo Orione, Anna Maria Fossati
ASL 16: Anna Bertorello, Maria Teresa Puglisi
ASL 17: Salvatore Zito
ASL 18: Laura Marinaro, Maria Grazia Dogliani
ASL 19: Claudio Bonino, Cristina Favaro
ASL 20: Liliana Traverso
ASL 21: Antonio Galliano, Enrica Girardino
ASL 22: Rosanna Prospero, Fiorangela Fossati
Torino: Beatrice Luzzi, Antonella Carcieri

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL 20:

Vittorio Demicheli, Daniela Lombardi, Lorenza Ferrara, Silvia Baiardi

A livello nazionale: Donato Greco, Antonino Bella, Nancy Binkin, Marta Ciofi Degli Atti, Paolo D'Argenio, Alberto Perra (Istituto Superiore di Sanità)
Nicoletta Bertozzi, Cristina Mancini, Federica Michieletto, Giuseppe Montagano, Renato Pizzuti, Salvatore Sammarco (Master Profea)
Claudio Culotta, Onorato Frongia, Peter Kreidl, Rosy Prato (Referenti Regioni Partecipanti)
Pasquale Falasca (Associazione Italiana di Epiinfo)
Sabine Weiss, Patrizia Vitale (Software di analisi)

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

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta a
Donatella Tiberti
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia
Asl 20 Alessandria
v. Venezia, 6
15100 Alessandria
tibertidonatella@asl20.piemonte.it
www.asl20.piemonte.it

PRESENTAZIONE

L'informazione è una risorsa fondamentale per la gestione e per il governo della sanità.

Gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL piemontesi hanno realizzato questa edizione regionale dello studio "Argento" dedicato alla valutazione dello stato di salute e della qualità della vita nella terza età.

Centinaia di interviste sono state realizzate e innumerevoli informazioni sono oggi disponibili e riassunte nei grafici e nelle tabelle del presente rapporto.

La qualità e la rilevanza del prodotto ottenuto, anche grazie alla preziosa collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e il Servizio di Epidemiologia di Alessandria, consentono oggi di poter disporre di una fotografia aggiornata e completa dei problemi che interessano questa fascia di età.

Molti dati confermano quanto già altri studi avevano indicato ma molte sono le novità che vengono oggi proposte all'attenzione degli operatori e dei decisori pubblici.

Soprattutto emerge con forza l'invito a estendere e rinforzare gli interventi di prevenzione, uniche azioni in grado di limitare le conseguenze più negative che malattie e condizioni sociali hanno sulla qualità della vita degli anziani.

Mi auguro che le interazioni tra le attività di studio epidemiologico e quelle di prevenzione, di cui questo studio rappresenta un felice esempio, si possano proficuamente estendere e arricchire in futuro.

Torino, agosto 2003

Antonio D'Ambrosio
Assessore alla Sanità della Regione Piemonte

La salute e la qualità della vita degli anziani costituiscono certamente un tema di grande rilevanza che ancora non si riflette appieno nell'azione dei servizi di prevenzione.

La progressiva trasformazione dello stile di lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione del Piemonte ha visto l'abbandono di pratiche preventive ormai desuete e prive di effetti positivi sulla salute e la loro sostituzione con interventi basati su dimostrazioni di efficacia.

In questo quadro è emersa l'esigenza di adottare nuovi approcci e di dotarsi di nuovi strumenti per scegliere le priorità e pianificare gli interventi.

La rete dei Servizi di Epidemiologia, costituita da alcuni servizi di riferimento specializzati e dalle unità operative istituite presso i Dipartimenti di Prevenzione, rappresenta un primo contributo alla messa a punto di un metodo di lavoro in grado di identificare i principali problemi di salute, indicare gli interventi preventivi per i quali esistono prove scientifiche di sicurezza e di efficacia, valutare l'impatto dell'intervento sulla salute pubblica.

Lo studio Argento che viene presentato in questo rapporto è stato costruito e realizzato proprio in considerazione delle esigenze sopra indicate: rappresenta infatti un'importante esperienza metodologica e, contemporaneamente, indica un vero e proprio ambito verso cui orientare le priorità preventive dei servizi.

Dal punto di vista del metodo lo studio dimostra come si possano comporre dettagliate immagini epidemiologiche descrittive della salute e della qualità della vita degli anziani attraverso uno strumento di rilevazione campionaria semplice e alla portata di tutti gli operatori.

Dal punto di vista dei risultati vengono proposti una serie di temi concreti che possono entrare a far parte degli obiettivi di lavoro già nell'immediato futuro come, ad esempio, la vaccinazione antitetanica e la prevenzione delle cadute.

Agli operatori dei servizi di prevenzione e di epidemiologia va il nostro ringraziamento per la determinazione e l'impegno profusi in questo importante studio.

Torino, agosto 2003

Mario Valpreda
Direttore regionale Sanità Pubblica

INTRODUZIONE

La popolazione italiana ha subito un progressivo invecchiamento nel corso degli ultimi decenni, come nel resto dei Paesi industrializzati, dovuto ai profondi mutamenti demografici derivati dal calo della natalità e dalla consistente riduzione della mortalità per tutte le cause.

Spesso però all'allungamento della vita non corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: la diminuzione dell'autosufficienza, la presenza di patologie multiple e l'isolamento sociale sono problemi che aumentano e si aggravano con l'età.

La situazione generale degli anziani è stata osservata con vari studi di popolazione ed è apparso chiaramente che insieme alla valutazione oggettiva dello stato di salute, basata sulla presenza di malattie o disabilità, è importante valutare anche il punto di vista soggettivo, cioè la percezione che le persone hanno della propria condizione.

L'aumento del numero degli anziani con problemi di salute, la diminuzione del numero dei membri della famiglia che possono prendersi cura degli anziani non autosufficienti, l'aumento del fabbisogno di servizi sanitari, inclusa l'assistenza a domicilio, l'aumento dei costi sono i problemi principali cui si deve far fronte quando la popolazione invecchia.

Alcuni studi condotti dall'ISTAT e dal CNR hanno fornito informazioni utili sullo stato di salute e le disabilità tra gli anziani in Italia, ma i fattori che influenzano la qualità della vita dell'anziano sono ancora poco conosciuti e i dati riguardano il livello nazionale o le grandi aree geografiche.

METODI

E' stato effettuato uno studio trasversale sulle persone di età superiore ai 64 anni, non istituzionalizzate, in 10 regioni : Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Marche, Basilicata, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia.

L'obiettivo principale era di ottenere dati tempestivi a livello regionale sui fattori che influenzano la salute, la qualità della vita e i bisogni assistenziali degli anziani, per migliorare la pianificazione e l'assistenza a livello regionale e nazionale.

Inoltre, è stata una occasione per fornire ai partecipanti locali e regionali la possibilità di fare esperienza di raccolta dei dati e migliorare la capacità di prendere decisioni in base alle evidenze.

Il presente rapporto illustra i risultati relativi agli anziani della regione Piemonte ed i dati dello studio nazionale vengono riportati solo per confronto.

Argomenti Trattati

Autosufficienza e bisogni assistenziali

Qualità della vita

Isolamento sociale

Demenza

Cadute

Assunzione di farmaci

Vaccinazioni

Questionario

Alle persone campionate nei comuni delle Regioni partecipanti, è stato somministrato un questionario con domande progettate per dare una risposta agli obiettivi prefissati. Alcune domande sono state mutate da questionari utilizzati in studi precedenti, per poter effettuare confronti con dati nazionali ed internazionali.

E' stato condotto uno studio pilota in 6 regioni

Campionamento

In ogni regione è stato intervistato un campione rappresentativo di 210 anziani. La dimensione del campione è adeguata per avere stime a livello regionale ma non stime a livello locale o delle ASL.

- Campionamento in due stadi

30 comuni della Regione, con probabilità proporzionale al numero di anziani residenti.

7 anziani in ciascun comune, campionamento casuale semplice dalle liste anagrafiche o dell'anagrafe sanitaria.

21 ulteriori anziani sono stati selezionati con lo stesso metodo casuale, come possibili sostituzioni se non fosse stato possibile rintracciare i primi 7.

Interviste

In ogni ASL corrispondente ai Comuni selezionati, escluse le ASL di Torino, gli anziani sono stati intervistati dal personale medico o da assistenti sanitarie del Dipartimento di Prevenzione.

Gli anziani selezionati sono stati contattati per prendere un appuntamento per l'intervista (era previsto che venissero effettuati almeno tre tentativi telefonici e due domiciliari e per migliorare la partecipazione all'intervista, le telefonate sono state precedute da un contatto deciso a livello locale (lettera della ASL, medico di famiglia, etc.)

Le interviste sono state condotte a domicilio perché in questo modo si minimizzano gli inconvenienti per l'anziano ed è possibile controllare le medicine che sta prendendo. L'intervista è durata fra i 20 e i 60 minuti.

Criteri di esclusione: anziani che durante il periodo di svolgimento delle interviste

- erano ricoverati
- erano istituzionalizzati
- vivevano presso un altro comune

Gli intervistatori si sono sottoposti ad una giornata di addestramento, durante la quale sono stati illustrati i contenuti del questionario, i metodi per tenere il diario sullo studio e compilare il questionario tramite l'intervista, i metodi per la lettura del test dell'orologio e hanno effettuato una esercitazione tramite role-playing.

SINTESI

Il campione intervistato

In Piemonte, come nelle altre regioni d'Italia, la popolazione femminile è più grande di quella maschile, in particolare nella fascia d'età maggiore di 75 anni.

Il campione di intervistati del Piemonte è simile, come composizione, alla popolazione di ultrasessantacinquenni residenti in regione dalla quale è stato estratto.

Il 58% delle persone intervistate sono donne e poco più della metà (il 52,1%) ha più di 74 anni.

Tra gli uomini intervistati, il 53% appartiene alla fascia d'età tra i 65 e i 74 anni.

Sul totale degli intervistati l'81 % degli uomini è coniugato, mentre le donne coniugate sono il 48 %.

Un quarto circa del campione è costituito da persone in stato di vedovanza, con una spiccata componente femminile: si passa dal 25% nella fascia d'età tra i 65 e i 74 anni al 57% nelle età superiori.

Il quadro demografico del Piemonte non si discosta dalla media delle altre Regioni studiate.

Il 74,8% del nostro campione vive con familiari della stessa generazione (coniuge, fratelli, sorelle) o di generazioni diverse (figli) e solo una piccola percentuale vive con altre persone, che possono essere amici o personale retribuito.

Il Piemonte ha la percentuale più alta di persone che vivono da sole rispetto alle altre Regioni in studio: un quarto degli intervistati, in maggioranza donne. La media delle altre regioni partecipanti allo studio è del 20%.

Stato di salute

Le malattie cronic-degenerative condizionano in modo rilevante lo stato di salute degli anziani, abbassando la qualità della vita e le condizioni generali della persona.

Il 58% degli intervistati soffre di artrosi/artrite; in particolare, ne soffre il 73% delle donne, che riferiscono anche una percentuale del 17,6% di osteoporosi. Il 44% ha dichiarato di soffrire di ipertensione arteriosa, senza particolari differenze fra i sessi. Le malattie cardiovascolari affliggono il 25% degli intervistati e le malattie respiratorie il 18%.

Nella fascia d'età più elevata, queste affezioni sono maggiormente rappresentate. Il diabete ha una prevalenza del 10,5% e l'ictus del 5,7%.

I dati del Piemonte non si discostano significativamente dai dati delle altre Regioni.

Solamente il 15% degli intervistati dichiara di non soffrire di almeno una delle patologie elencate, mentre il quasi il 50% dichiara di avere 2 o più malattie e un terzo delle donne dichiara di avere 3 o più patologie croniche.

Il 19% degli intervistati è stato ricoverato nell'anno precedente l'intervista almeno una volta, con una percentuale leggermente più alta per gli uomini (il 20,2%) rispetto alle donne (il 16,5%).

La percezione del proprio stato di salute

Il 43% degli intervistati definisce la propria salute come discreta e la stessa percentuale la definisce in modo positivo (buono, molto buono, eccellente) e il restante 14% la definisce cattiva. Sono le donne ad avere una percezione più negativa del proprio stato di salute e le persone nella fascia d'età superiore.

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.

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.

Autosufficienza e dipendenza

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana sia nell'assistenza infermieristica e medica. Il 16% degli anziani intervistati non è autosufficiente (maschi 10%, femmine 20%). La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: sopra i 74 anni sono dipendenti 24 anziani su 100.

Tutte le persone gravemente dipendenti e il 97% di quelle parzialmente dipendenti ricevono un aiuto, nelle attività che non sono in grado di svolgere da sole, prevalentemente in ambito familiare (l'88% dei casi) oppure da parte di personale della Asl o personale a pagamento.

Il 24% degli intervistati riferisce problemi nel controllo della minzione. I disturbi sono più frequenti nel sesso femminile: il 32% delle donne riferisce difficoltà nel controllo a fronte del 21% degli uomini. Sopra i 74 anni ben una donna su quattro dichiara difficoltà nel controllo delle urine.

Disturbi cognitivi

Il 14% degli intervistati e' 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'8% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 19%. Il confronto con le altre Regioni ha evidenziato che al crescere degli anni medi di istruzione diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi in base al test di screening utilizzato.

Isolamento sociale

Per definire l'isolamento sociale, è stato richiesto nel questionario se l'anziano aveva, nelle due settimane precedenti l'intervista, chiacchierato con persone non conviventi, se era uscito di casa e se aveva partecipato ad attività sociali, come l'essere andato al centro anziani, in parrocchia, al circolo a teatro, ecc.

Si è definito “integrato socialmente” l’anziano che ha effettuato tutte le tre attività sociali indagate, “parzialmente integrato” chi ha effettuato almeno una di queste attività e “isolato socialmente” chi non ne ha riferito nemmeno una.

Il 36% delle donne e il 54% degli uomini hanno dichiarato di svolgere tutte le attività e quindi di essere integrati socialmente. Il 3% degli intervistati risulta non avere rapporti sociali e le donne sono leggermente più isolate. L’isolamento si concentra nella fascia d’età più elevata. La maggior parte degli uomini ha dichiarato di essere uscito di casa e di avere fatto quattro chiacchiere con persone al di fuori della famiglia. Si nota l’inversione delle tendenze fra uomini e donne tra l’uscire e il parlare con gli estranei e anche che le attività sociali sono effettuate maggiormente dagli uomini rispetto alle donne.

Cure odontoiatriche

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

Il 74% degli intervistati porta la protesi dentaria. Il 25% degli intervistati ha dichiarato di avere difficoltà di masticazione, ma il 70% di questi non si reca dal dentista. Il motivo principale per cui gli anziani non si recano dal dentista è la sensazione di non averne bisogno, malgrado le difficoltà rilevate.

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 75% degli individui ha necessità di portare gli occhiali e l’8% degli intervistati ha problemi di vista nonostante il loro utilizzo.

Il 13% degli intervistati ha problemi di udito, ma solo una piccola percentuale di essi (il 10%) porta una protesi acustica. I problemi di udito crescono in rapporto all’età (dal 4,5% nella fascia d’età 65-74 anni al 22% nelle età superiori).

Attività fisica e motoria

La percentuale di persone che riferiscono di praticare attività fisica è appena più alta del complesso delle regioni in studio (il 59% vs il 56%). Disaggregando per sesso e per età, si nota che gli uomini riferiscono di avere un’attività maggiore (il 73% rispetto al 49% delle donne) e naturalmente gli individui della fascia d’età più bassa (72% vs 45%). Rispetto al dato complessivo delle regioni, la differenza fra uomini e donne e fra le fasce d’età è più marcata.

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. Il motivo è dovuto alla diversa definizione operativa utilizzata nei due studi: nell’indagine Argento si è valutata l’attività motoria complessiva, più che l’attività sportiva propriamente detta.

Le attività maggiormente praticate sono il camminare a passo sostenuto, il giardinaggio e il lavoro nell'orto. Il 45% degli intervistati svolge almeno una attività fisica tutti i giorni della settimana e in media gli intervistati svolgono almeno una attività 5 giorni alla settimana.

Vaccinazioni

Vaccinazione Antinfluenzale

Il raggiungimento di una copertura di almeno il 75% della popolazione anziana è uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

Il 98% del campione conosce il vaccino antinfluenzale rispetto al 95% del campione complessivo.

Nella stagione 2001-2002, riferisce di essersi vaccinato il 52% degli anziani intervistati. Il dato è uguale a quello rilevato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte (copertura vaccinale 2001-2002 pari al 52% della popolazione sopra i 65 anni). Questo valore di copertura vaccinale in Piemonte è fra i più bassi delle regioni studiate, al di sotto della media delle Regioni (59%).

Vaccinazione antipneumococcica

Il 7 % della popolazione anziana conosce questa vaccinazione e solo una persona è stata vaccinata per questa patologia.

Vaccinazione Antitetanica

Nella popolazione anziana rappresenta una misura di profilassi importante, essendo questa fascia d'età attualmente quella più colpita.

La copertura vaccinale contro il tetano è del 74,6% e l'8% degli intervistati non ricorda di essere stato vaccinato. Anche se molti non ricordano quante dosi di vaccino antitetanico abbiano ricevuto nella vita (il 27,5% del totale), la maggior parte degli intervistati ne ha ricevuto 3 o più dosi, ma ben il 57% di coloro che sono stati vaccinati lo sono stati più di 10 anni prima dell'intervista. Le donne risultano, come nelle altre Regioni, meno vaccinate degli uomini.

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 28% degli anziani intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno e la percentuale è simile fra uomini e donne, ma cresce al crescere dell'età. Il 43% è caduto più di una volta.

Nel 52% dei casi, le cadute sono avvenute in casa e più frequentemente in cucina, camera da letto e bagno; il 41% è caduto fuori casa, senza essere investito e nel 7% dei casi la caduta è stata causata da investimento.

Tra le misure precauzionali riferite, alcune potrebbero essere utilmente incrementate: il corrimano nelle scale interne alle abitazioni è presente nel 62% dei casi, il tappeto antiscivolo nella vasca e nella doccia nel 49%, le maniglie per sorreggersi nella vasca e nella doccia nel 23%, i sottotappeti antiscivolo nel 19%, la luce accesa durante la notte nel 15%.

Farmaci

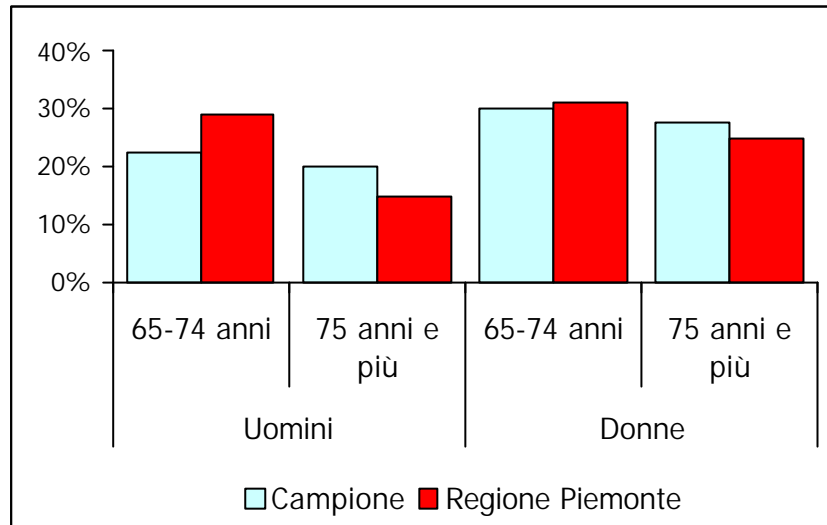
L'87% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana. Tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno, l'80% riferisce che il medico di famiglia ha verificato, almeno una volta, le medicine assunte controllando le ricette (59%) o direttamente le confezioni dei farmaci (22%).

I farmaci maggiormente utilizzati sono quelli per le patologie del sistema cardiovascolare (36%), seguiti da quelli per il sistema gastrointestinale/metabolismo (15%), per il sistema nervoso (14%), per il sistema muscoloscheletrico (9%) e respiratorio (7%) .

RISULTATI

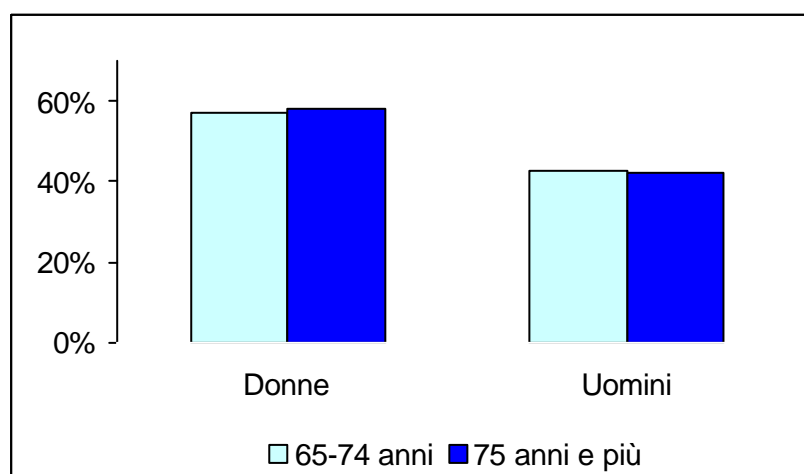
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

- In Piemonte, come nelle altre regioni d'Italia, la popolazione femminile è più grande di quella maschile, in particolare nella fascia d'età maggiore di 75 anni.
- Il campione di intervistati del Piemonte è simile, come composizione, alla popolazione di ultrasessantacinquenni residenti in regione.



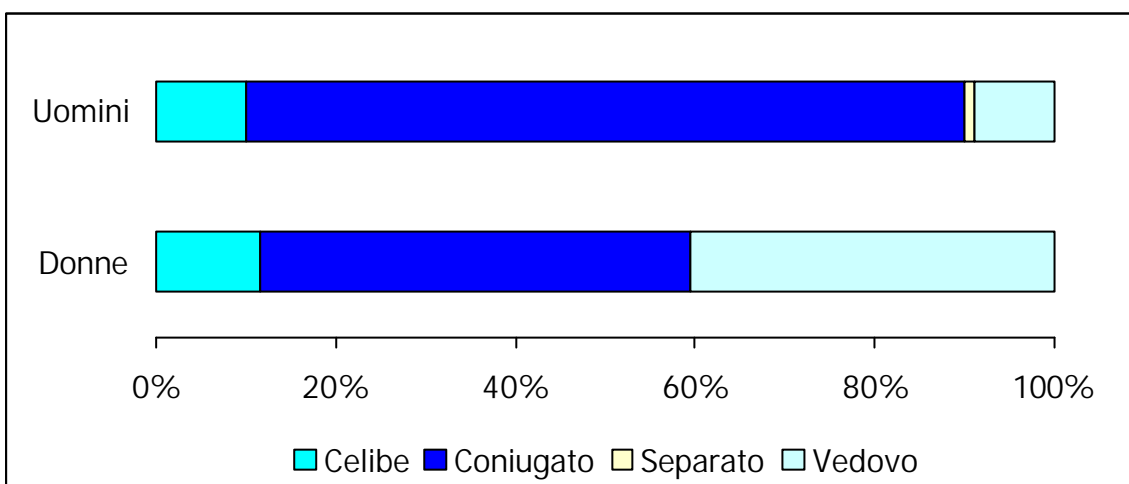
Sesso ed età

- Il 58% delle persone intervistate erano donne e poco più della metà (il 52,1%) aveva più di 74 anni.
- Tra gli uomini intervistati, il 53% appartiene alla fascia d'età tra i 65 e i 74 anni.



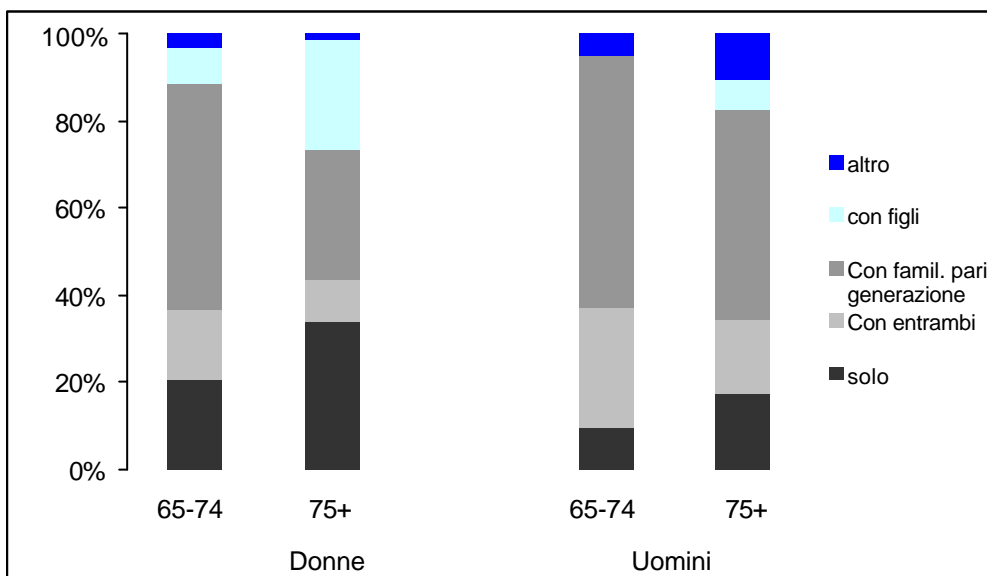
Stato civile

- Sul totale degli intervistati l'81% degli uomini è coniugato mentre le donne coniugate sono il 48%.
- Un quarto circa del campione è costituito da persone in stato di vedovanza, con una spiccata componente femminile: si passa dal 25% nella fascia d'età tra i 65 e i 74 anni al 57% nelle età superiori.
- Il quadro del Piemonte non si discosta dalla media delle altre Regioni studiate.

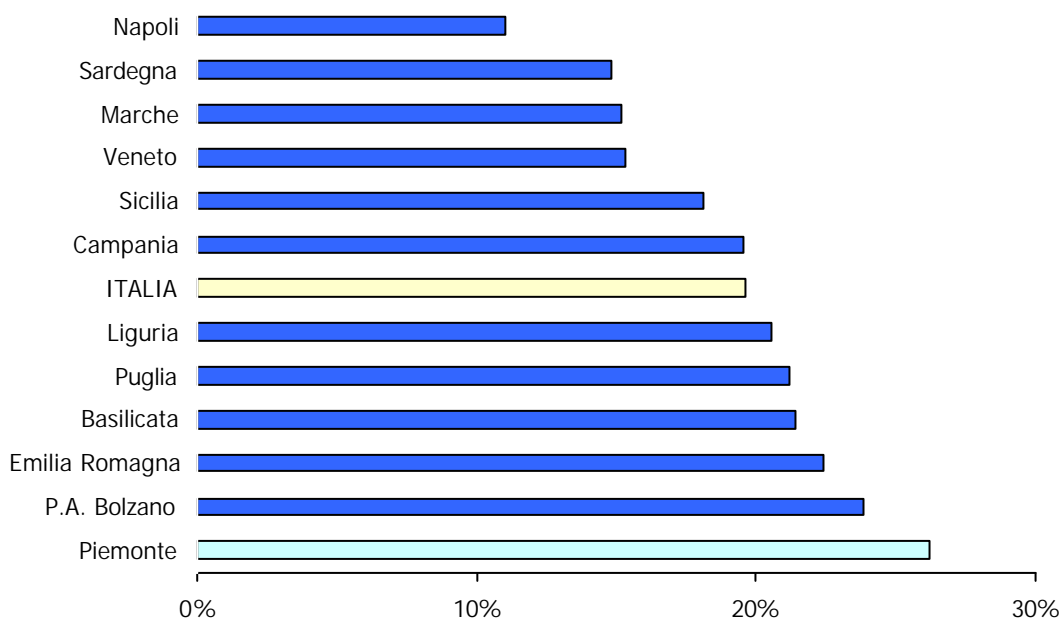


Situazione abitativa

- Il 74,8% del nostro campione vive con familiari della stessa generazione (coniuge, fratelli, sorelle) o di generazioni diverse (figli) e solo una piccola percentuale vive con altre persone, che possono essere amici o personale retribuito.

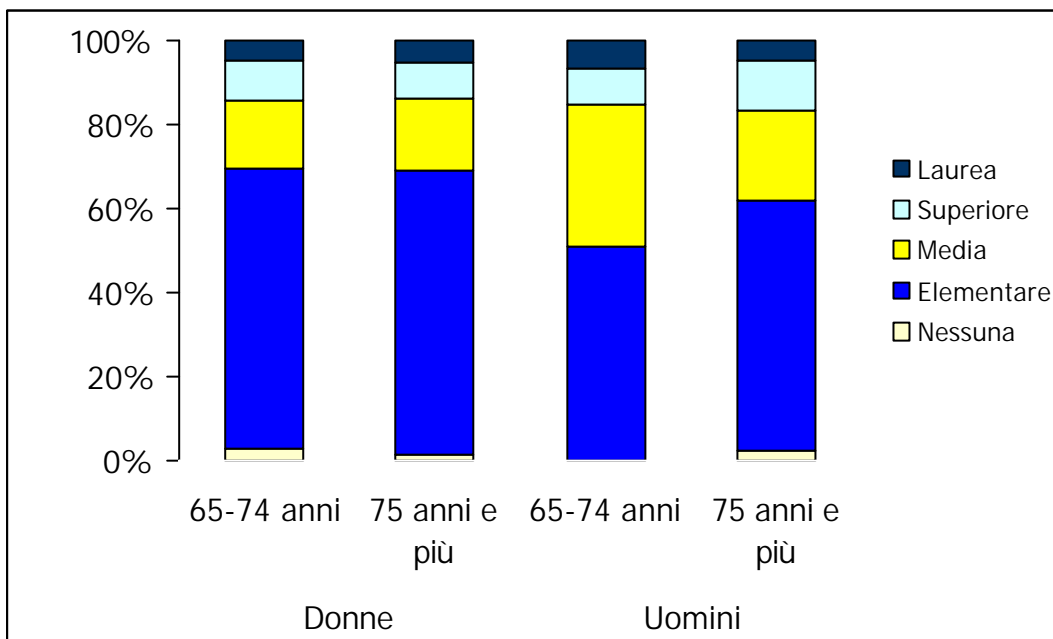


- Il Piemonte ha la percentuale più alta di persone che vivono da sole rispetto alle altre Regioni in studio: un quarto degli intervistati, in maggioranza donne (il 73,6%). La media delle altre regioni partecipanti allo studio è del 20%

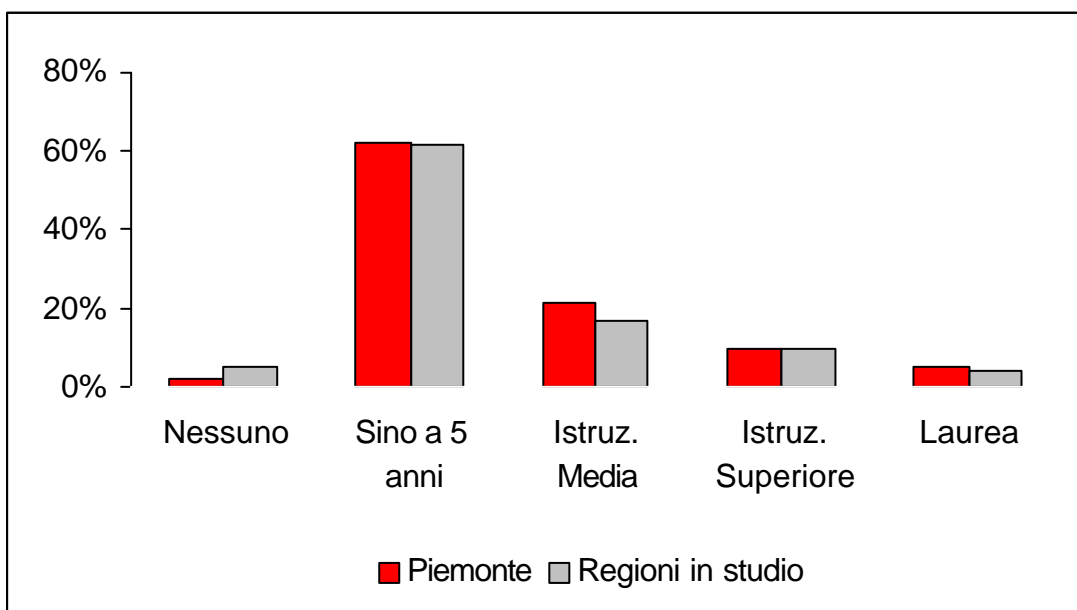


Livello d'istruzione

- Per quanto riguarda l'istruzione, viene confermata l'immagine generale di un minore livello delle generazioni di ultrasessantacinquenni: il 62% ha sino a 5 anni di scuola (solo l'1,9% non ha nessuna istruzione, contro una media di tutte le regioni in studio del 5%)
- La percentuale maggiore di individui con istruzione elementare rimane comunque di sesso femminile (il 67% contro il 55% nei maschi), ma la percentuale di donne laureate è simile a quella degli uomini (5,5% contro il 5%).



- Rispetto al dato complessivo delle regioni, il Piemonte si colloca nella media.



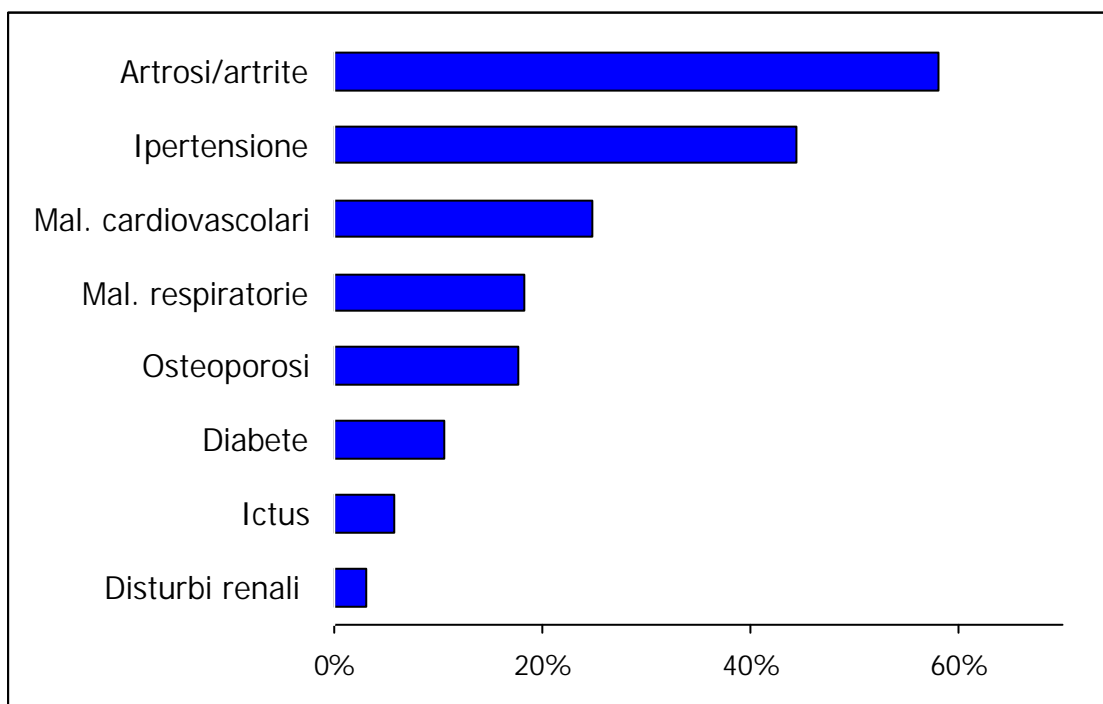
STATO DI SALUTE

Le malattie cronic-degenerative condizionano in modo rilevante lo stato di salute degli anziani, abbassando la qualità della vita e le condizioni generali della persona. Lo Studio Argento si è proposto di rilevare i dati di prevalenza delle patologie più frequenti e i risultati ottenuti sono confrontabili con i dati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT e da altri studi effettuati.

All'intervistato veniva chiesto quali malattie gli fossero state diagnosticate e se era stato ricoverato nell'ultimo anno.

Malattie diagnosticate

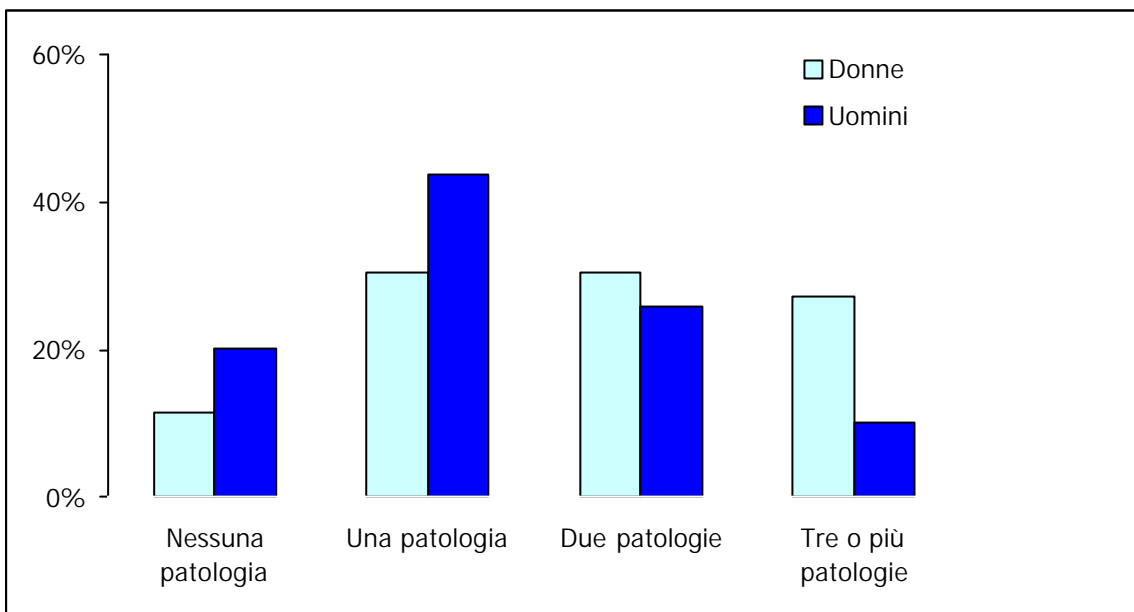
- Il 58% degli intervistati soffre di artrosi/artrite; in particolare, ne soffre il 73% delle donne, che riferiscono anche una percentuale del 17,6% di osteoporosi.



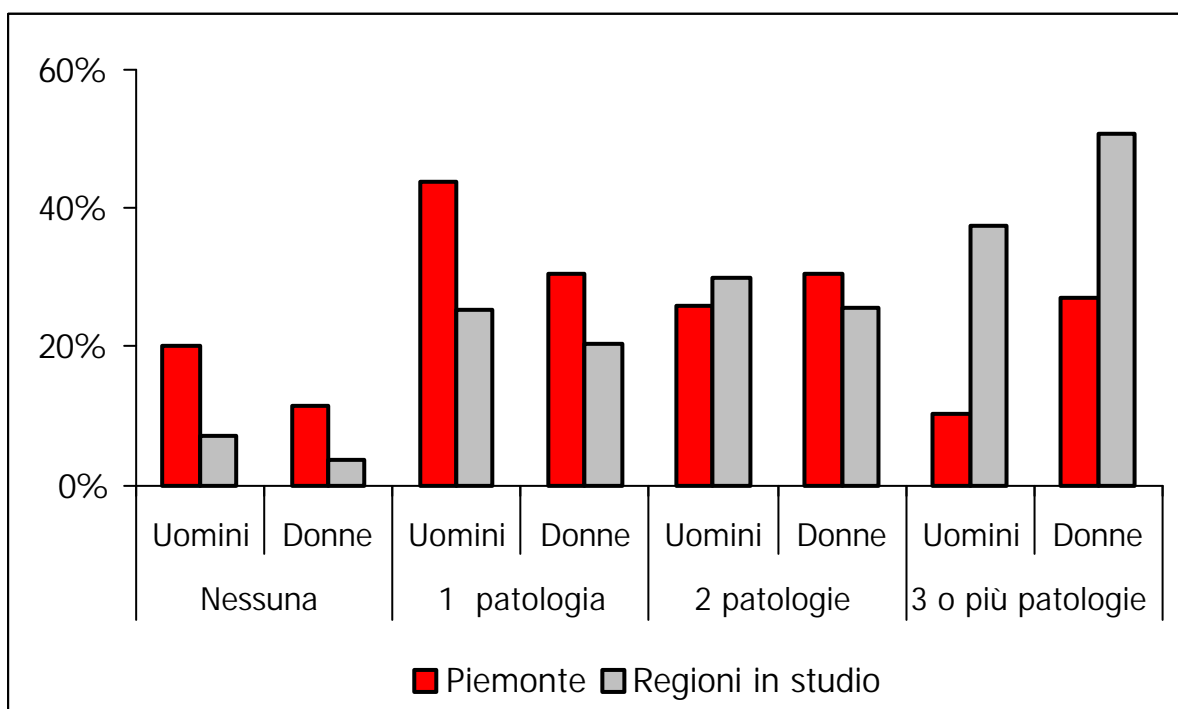
- Il 44% ha dichiarato di soffrire di ipertensione arteriosa, senza particolari differenze fra i sessi.
- Le malattie cardiovascolari affliggono il 25% degli intervistati e le malattie respiratorie il 18%. Nella fascia d'età più elevata, queste affezioni sono maggiormente rappresentate.
- Il diabete ha una prevalenza del 10,5% e l'ictus del 5,7%.
- I dati del Piemonte non si discostano significativamente dai dati delle altre Regioni in studio.

Presenza di pluripatologie

- Solamente il 15% degli intervistati dichiara di non soffrire di almeno una delle patologie elencate, mentre il quasi il 50 % dichiara di avere 2 o più malattie.

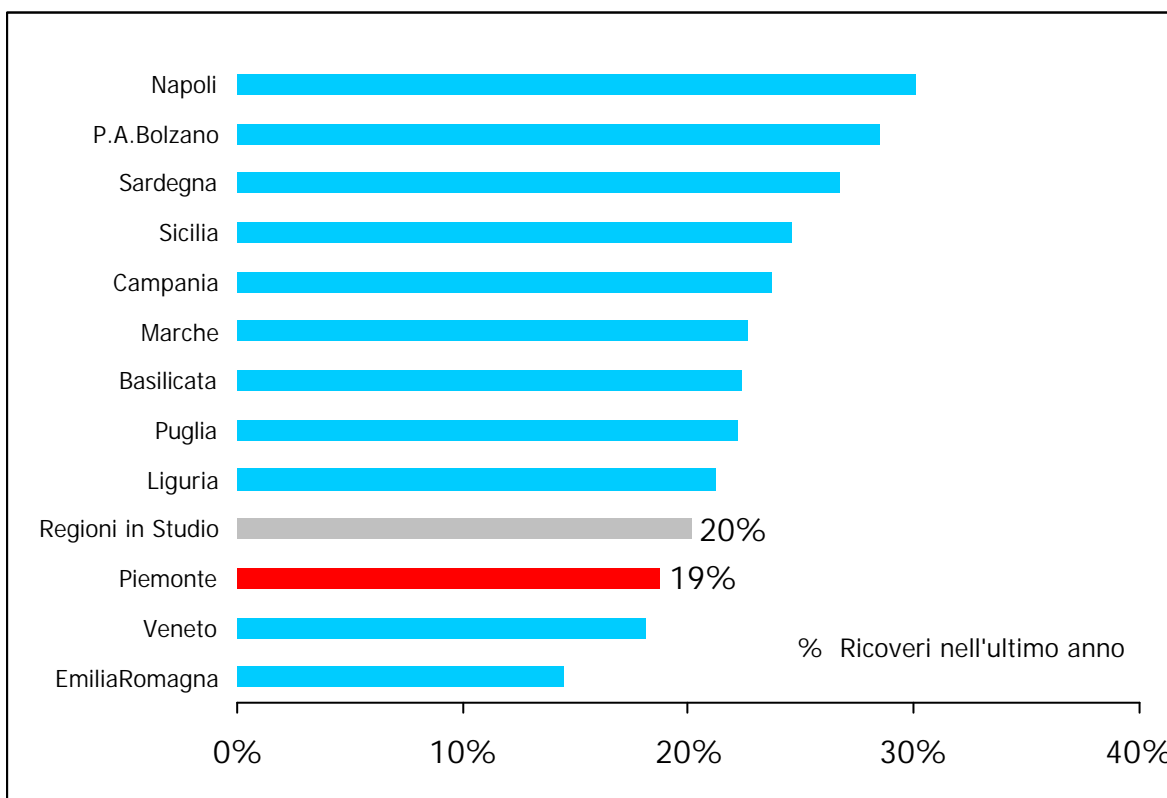


- Confrontando i dati del Piemonte con le altre Regioni partecipanti allo studio, l'immagine appare essere un po' più favorevole, con percentuali più basse per quanto riguarda la presenza di pluripatologie e percentuali di assenza di patologia più alte.



Ricoveri

- Il 19% degli intervistati è stato ricoverato nell'anno precedente l'intervista almeno una volta, con una percentuale leggermente più alta per gli uomini (il 20,2%) rispetto alle donne (il 16,5%).
- Il 10,5% di coloro che sono stati ricoverati, lo sono stati per 2 o più volte.



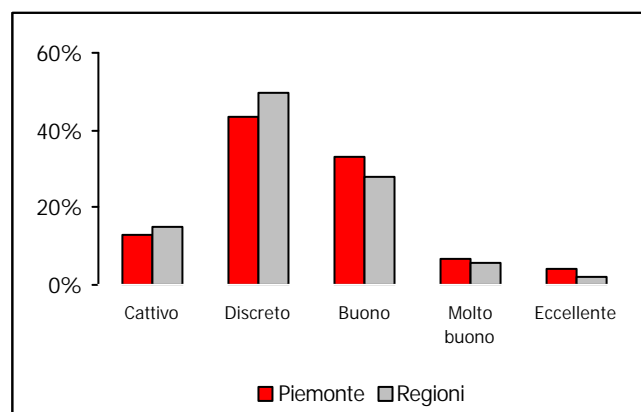
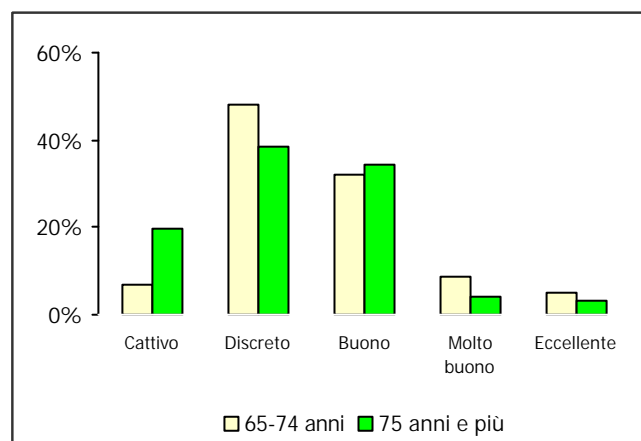
LA QUALITÀ DELLA VITA

La qualità della vita include, a livello individuale, la percezione del proprio stato di salute, sia fisico che mentale, e dei rischi per la salute. Anche il sostegno sociale e lo stato socio-economico sono fattori che la influenzano. Inoltre, alcune malattie che vengono giudicate poco importanti (poiché hanno una prognosi benigna) come l'artrosi, possono peggiorare la qualità della vita più di altre patologie, magari più gravi e, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato come stato di benessere completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di malattia o infermità (definizione dell'OMS del 1948).

Benché il concetto di qualità della vita sia difficilmente definibile, uno dei metodi maggiormente utilizzati è quello dei "giorni in salute" (healthy days). Si tratta di un metodo diretto, in cui la stima viene effettuata sulla base della proporzione di giorni trascorsi in cattiva salute in un arco di tempo definito (nel nostro caso il mese precedente l'intervista). La qualità della vita valutata con questo metodo risulta di solito fortemente correlata a vari fattori, come l'esercizio fisico, l'obesità e lo stile di vita in generale. E' anche correlata allo stato mentale, alla qualità dell'ambiente di vita e all'accesso alle cure, nonché alla presenza di alcune malattie croniche, come l'artrosi.

Percezione del proprio stato di salute

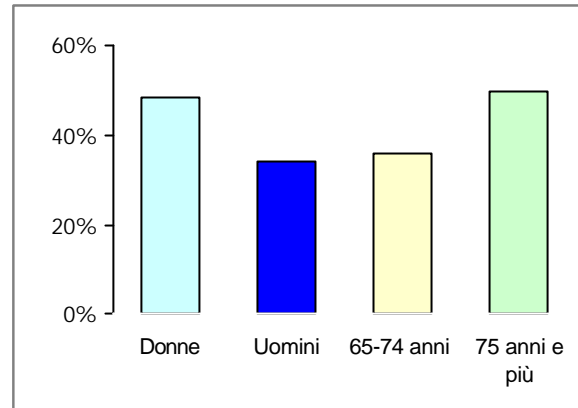
- Il 43% degli intervistati definisce la propria salute come discreta e la stessa percentuale la definisce in modo positivo (buono, molto buono, eccellente) ed il restante 14% ne ha una percezione negativa.
- Sono le donne ad avere una percezione più negativa del proprio stato di salute e le persone nella fascia d'età superiore.
- In Piemonte, la percentuale di anziani che giudica in modo positivo il proprio stato di salute è maggiore rispetto alla media delle altre regioni in studio e delle media italiana stimata dall'ISTAT nel 2002 (37%).



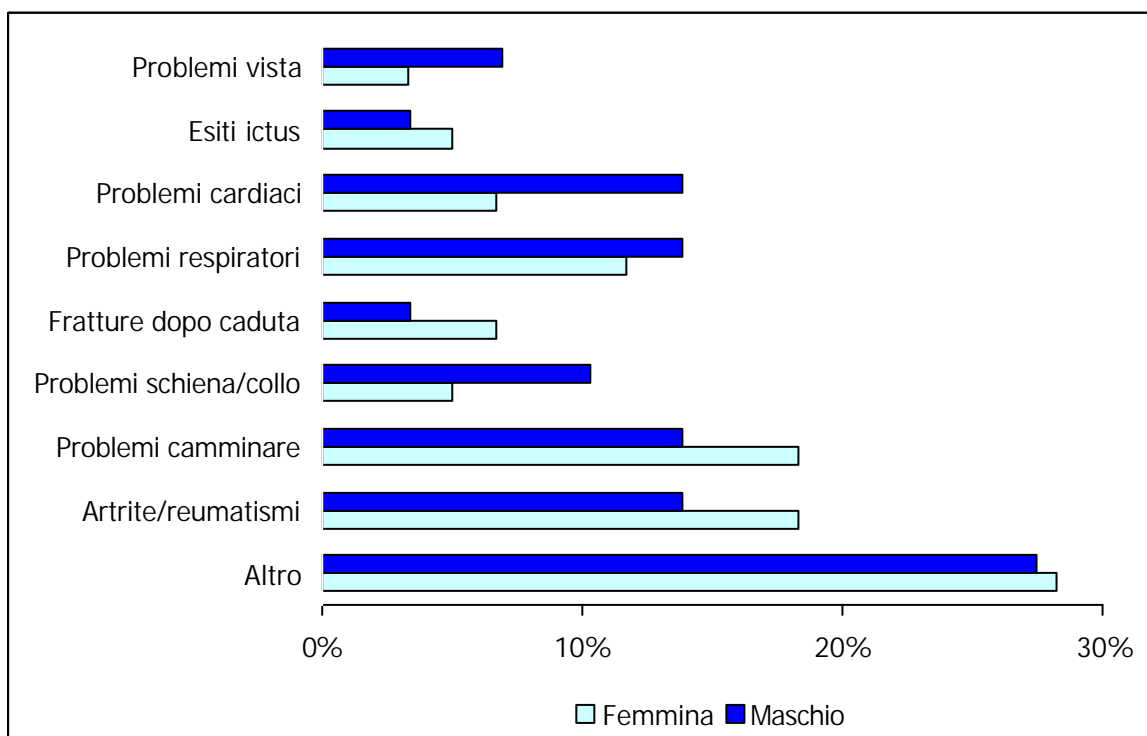
Limitazioni nelle attività quotidiane dovute a problemi di salute

E' stato richiesto se a causa di un problema di salute ci fossero dei problemi a svolgere una qualsiasi attività quotidiana e anche quale era il principale problema di salute responsabile di questa limitazione.

- Il 43 % degli intervistati conferma di avere problemi. Come nelle altre regioni in studio, la presenza di limitazioni è avvertita maggiormente dalle donne e cresce, in entrambi i sessi, con il crescere dell'età.



- I principali problemi sono quelli osteo-articolari, soprattutto per le donne e in particolare i problemi a camminare e l'artrosi.
- La definizione "Altro" contiene varie affezioni (il diabete, le neoplasie, la depressione e i problemi emozionali, l'ipertensione, ecc.), che sebbene siano complessivamente più gravi, sembra creino meno limitazioni nella quotidianità.

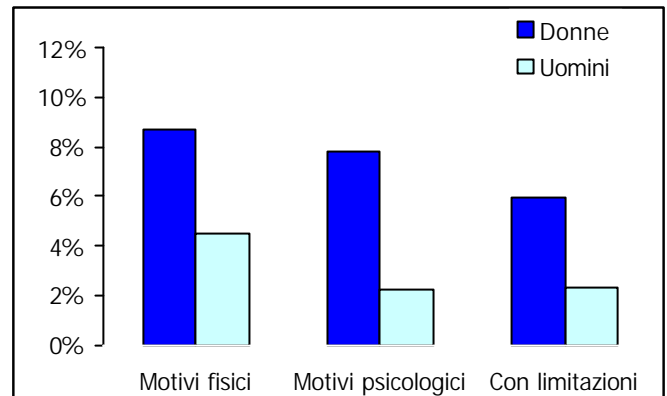


La qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito

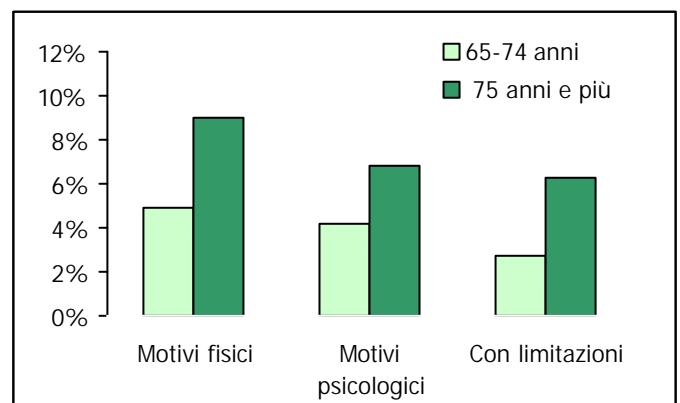
La media dei giorni al mese percepiti in cattiva salute è un indicatore sintetico per valutare la qualità della vita percepita ed è stato validato a livello internazionale anche nella popolazione anziana.

Il livello di qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito è stato misurato individuando il numero dei giorni trascorsi in cattiva salute per motivi fisici, mentali e il numero di giorni con limitazione delle normali attività della vita quotidiana nel mese precedente l'intervista.

- Le donne presentano indici della qualità della vita meno favorevoli con valori di media di giorni in cattiva salute o con limitazioni funzionali sensibilmente più elevati degli uomini. Questo dato è sovrapponibile in tutte le regioni in studio e 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 della vita complessiva.



- All'aumentare dell'età, aumenta anche la media dei giorni in cattiva salute: si passa dai 5 ai 9 giorni di media per i problemi fisici, dai 4 ai quasi 7 per i problemi psicologici e dai 3 ai 6 per i giorni con limitazioni alle proprie attività.



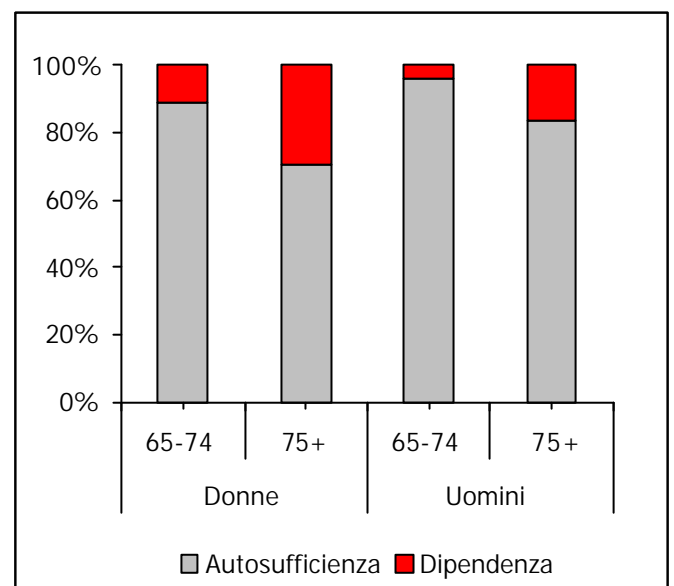
L'AUTOSUFFICIENZA

La perdita di autosufficienza è associata alla presenza di patologie croniche e necessita la fornitura di assistenza continua sia per le attività legate alla sopravvivenza, sia per le cure mediche o infermieristiche. Inoltre, la perdita di autosufficienza è associata anche all'isolamento sociale e quindi genera ulteriori bisogni.

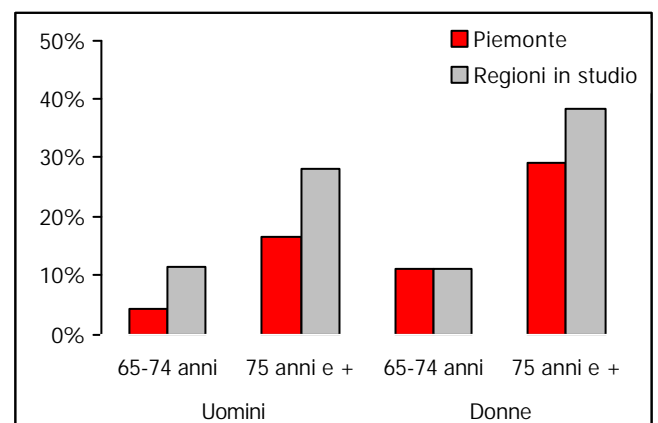
Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (ADL), dalle funzioni fisiologiche (come urinare), a quelle motorie, a quelle che consentono la cura di sé (come vestirsi, lavarsi), a quelle strumentali, pur legate alla sopravvivenza (come prepararsi da mangiare).

Poichè si è visto che c'è una notevole sovrapposizione tra le ADL (una persona incapace in una attività è frequentemente incapace di effettuare altre attività), è possibile utilizzare un minimo set di ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, vestirsi, mangiare, urinare) per ottenere misure adeguate del livello di dipendenza, classificandolo come dipendenza grave (persone che non sono in grado di effettuare nessuna di queste attività), dipendenza lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL) o autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL).

- Il 16% degli anziani intervistati non è autosufficiente, in particolare il 20% delle donne e il 10% degli uomini.



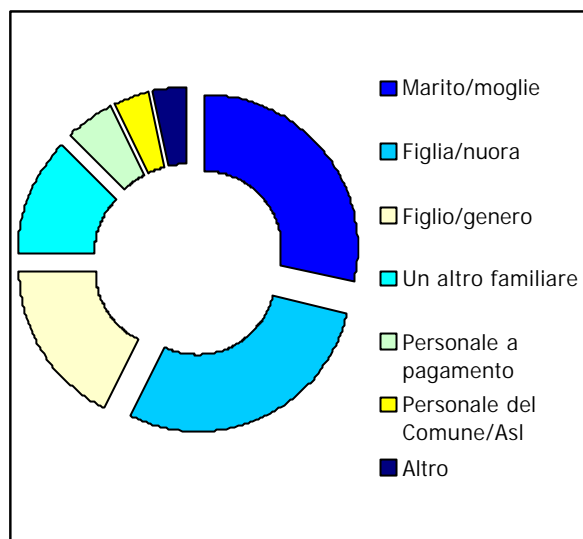
- Come nelle altre regioni, la dipendenza cresce con l'età: nella fascia d'età 65 – 74 anni sono dipendenti l'8% degli intervistati e nelle età superiori ai 75 anni lo sono il 24%.



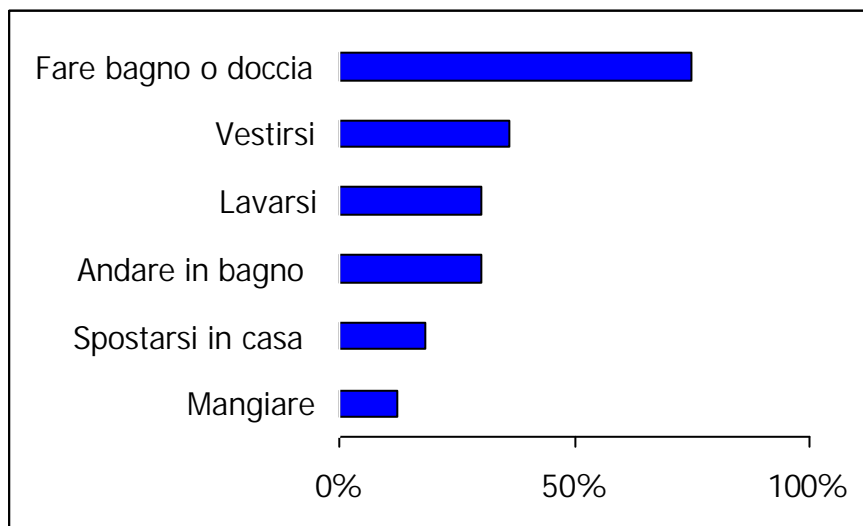
- Tutte le persone intervistate in Piemonte con disabilità ricevono un aiuto per le attività che non sono in grado di svolgere da soli.

- Le persone che maggiormente forniscono aiuto sono i coniugi e i figli.

- Marito/moglie 28,60%
- Figlia/nuora 28,60%
- Figlio/genero 17,90%
- Un altro familiare 12,50%
- Personale a pagamento 5,40%
- Personale del Comune/Asl 3,60%
- Altro 3,60%

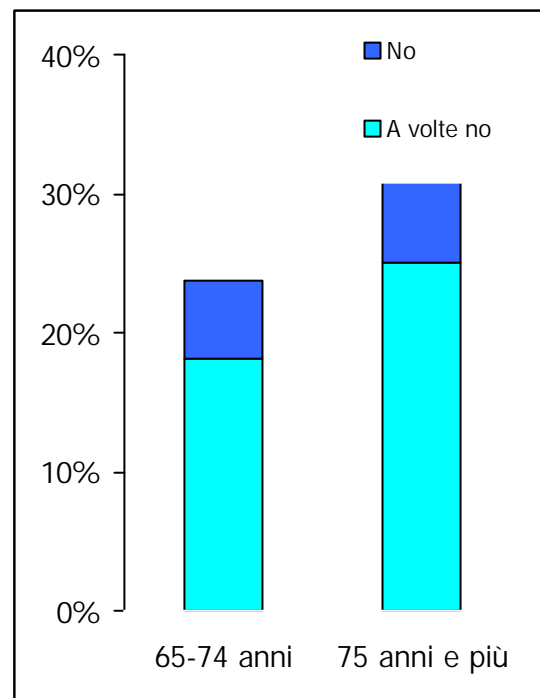
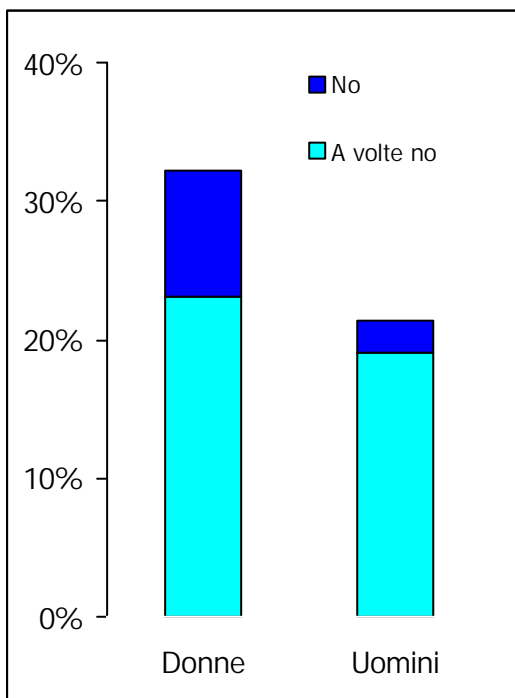


- Le attività di cura di se stessi sono quelle che necessitano di maggiore aiuto: il fare il bagno o la doccia (75%), il vestirsi (36%), il lavarsi o l'andare in bagno (30%) .



I problemi di incontinenza

- Il 34% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione: il 6% è incontinente, mentre il 21% ha problemi solo occasionalmente.
- I problemi nel controllo delle urine crescono con l'età: sotto i 75 anni il 24% presenta difficoltà, mentre sopra ai 75 anni tale percentuale sale al 32%.
- I disturbi sono più frequenti nel sesso femminile: il 32% delle donne riferisce difficoltà nel controllo a fronte del 21% degli uomini. Sopra i 74 anni ben una donna su quattro dichiara difficoltà nel controllo delle urine.
- Il Piemonte risulta nella media complessiva delle regioni in studio relativa alle difficoltà nel controllo della minzione.



I DISTURBI COGNITIVI

La presenza di disturbi cognitivi rappresenta un importante problema sanitario e sociale, che, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, è destinato ad avere un peso sempre maggiore.

Esistono numerosi strumenti utili ad identificarne l'esistenza, ma la maggior parte di essi richiede molto tempo e non è di semplice esecuzione.

In questo studio è stato utilizzato il Mini-cog, un test per la valutazione delle carenze cognitive nell'anziano di rapida esecuzione, con elevate sensibilità (96%) e specificità (99%) e che può essere facilmente utilizzato come primo livello nello screening dei problemi cognitivi al quale far seguire gli opportuni approfondimenti diagnostici.

Il Mini-cog è basato sulla combinazione di un test per la memoria a breve termine e di uno per la memoria visiva e spaziale a lungo termine combinata con la capacità di mantenere l'attenzione e di portare a termine un compito.

Il primo test prevede la memorizzazione e la ripetizione dopo qualche minuto di una sequenza di tre parole, mentre nel secondo test viene chiesto di disegnare il quadrante di un orologio e di completarlo con le lancette che devono segnare un orario preciso.

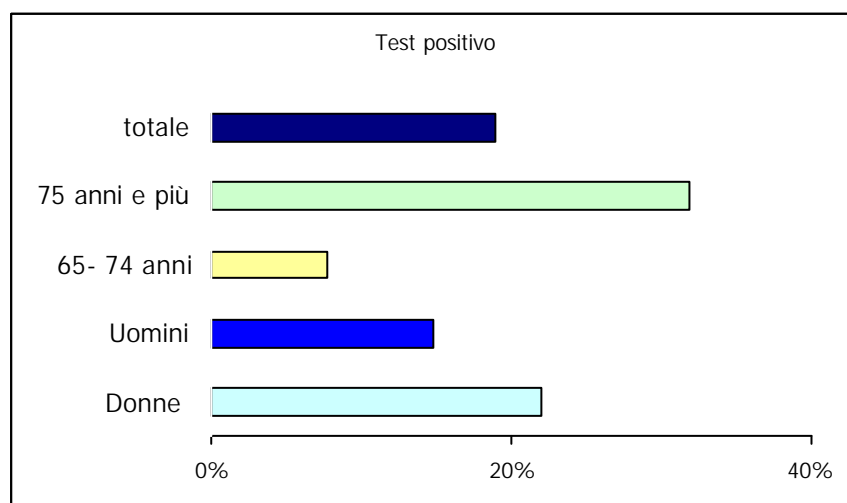
Il punteggio complessivo del test è stato calcolato combinando i risultati del test di memoria a breve termine e del test dell'orologio, secondo il metodo specificato da Scanlan e coll.:

La classificazione della positività al test è la seguente:

Test negativo (assenza di disturbi cognitivi): punteggio 3, 4, 5

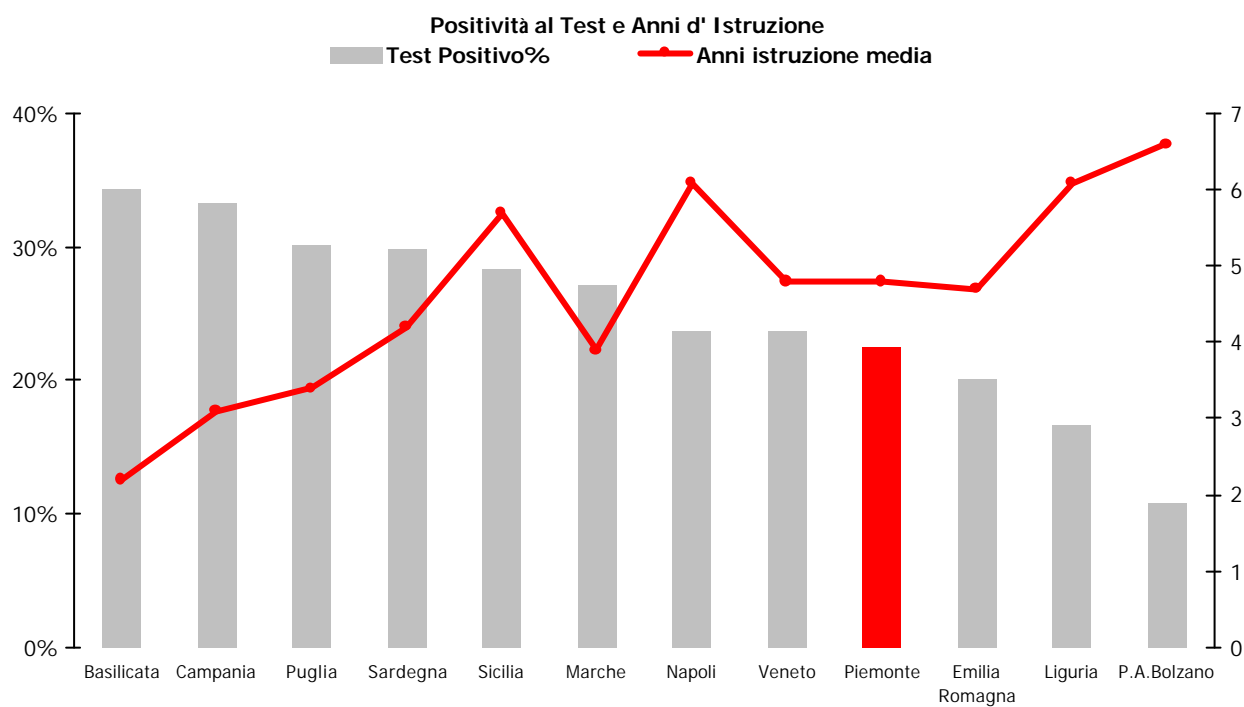
Test positivo (presenza di disturbi cognitivi): punteggio 0, 1, 2

- Il 14% degli intervistati è risultato positivo al test.
- La presenza di disturbi cognitivi aumenta col crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è risultato positivo al test l'8% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 19%.



•

- Il confronto con le altre Regioni ha evidenziato che al crescere degli anni medi di istruzione diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi.



FATTORI CHE POSSONO PREVENIRE LA DISABILITÀ E MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA

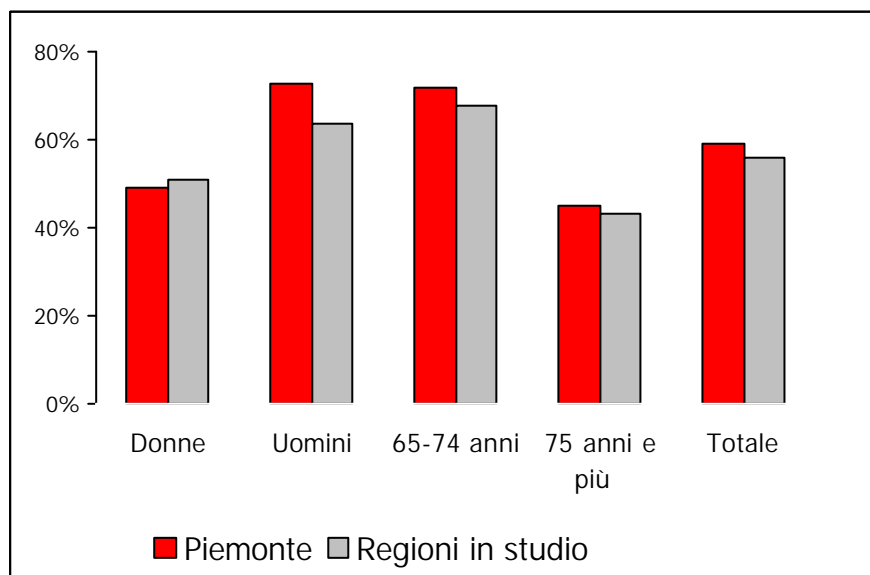
Gli studi ISTAT hanno fornito informazioni su molti comportamenti che influiscono sulla salute degli anziani, incluso il fumo e l'assunzione di alcol, ma ci sono anche altri importanti fattori legati alla qualità della vita, come l'attività fisica, le difficoltà di masticazione, le difficoltà di vista e di udito, che devono essere approfonditi.

Attività fisica e motoria

Per quanto riguarda l'attività fisica, è stato evidenziato come questa modifichi i rischi di morbidità e mortalità e giochi un ruolo importante nella prevenzione delle cadute e della depressione.

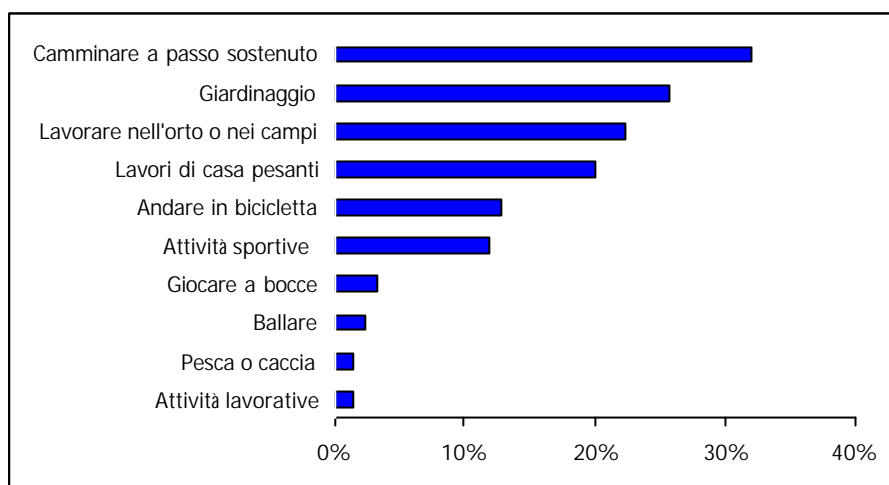
Agli intervistati è stato chiesto se avevano effettuato almeno 10 minuti di attività fisica "intensa" e quale tipo di attività nell'ultima settimana.

- La percentuale di persone che riferiscono di praticare attività fisica è appena più alta del complesso delle regioni in studio (il 59% vs il 56%) e disaggregando per sesso e per età si nota che riferiscono di avere un'attività maggiore gli uomini (73% degli uomini e 49% delle donne) e naturalmente gli individui della fascia d'età più bassa (72% vs 45%). Rispetto al dato complessivo delle regioni, la differenza fra uomini e donne e fra le fasce d'età è più marcata.

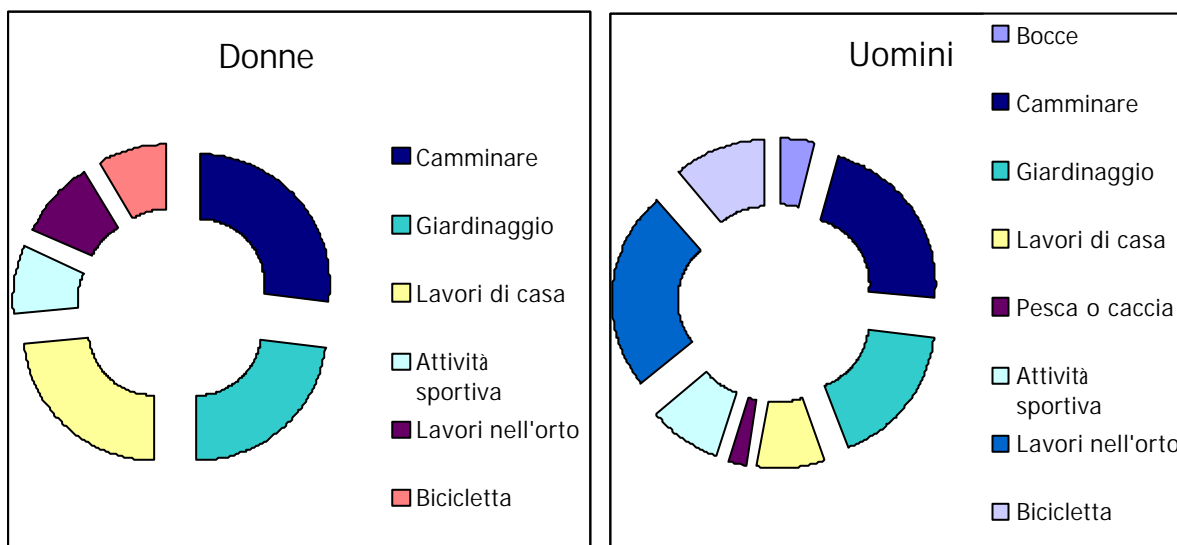


- I dati di prevalenza dell'attività fisica rilevati nello Studio Argento appaiono molto superiori a quelli rilevati dall'Indagine Multiscopo dell'Istat, secondo cui meno del 5% degli anziani pratica attività fisica. Va peraltro considerata la diversa definizione operativa: nell'indagine Argento si è valutata l'attività motoria dell'anziano, più che l'attività sportiva propriamente detta

- Le attività maggiormente praticate sono il camminare a passo sostenuto, il giardinaggio e il lavoro nell'orto.



- Il 45% degli intervistati svolge almeno una attività fisica tutti i giorni della settimana e in media gli intervistati svolgono almeno una attività 5 giorni alla settimana.



Quante ore si passano davanti alla televisione

- Come in altre regioni in studio, gli intervistati passano circa 3 ore al giorno in media davanti alla televisione.

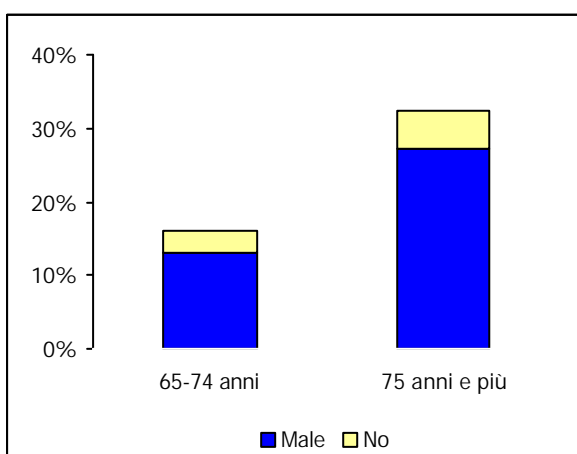
Cure odontoiatriche

Le difficoltà di masticazione dovute alla perdita di denti sono la causa di dieta inadeguata soprattutto per il mancato apporto di carne, frutta e verdura fresca ed è stato evidenziato come le patologie dentali e peridontali possano avere un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico dell'anziano.

Per questa ragione, è stata valutata la frequenza della difficoltà di masticazione di alcuni cibi e il ricorso all'assistenza odontoiatrica che non è, di norma, a carico del sistema sanitario nazionale.

Nel questionario è stato chiesto, oltre all'uso di protesi dentarie, anche se se l'individuo aveva problemi nel mangiare cibi difficili da masticare come la carne o le mele e se nell'ultimo anno era stato dal dentista almeno una volta.

- Il 74% degli intervistati porta la protesi dentaria.
- Il 25% degli intervistati ha dichiarato di avere difficoltà di masticazione, ma il 70% di questi non si reca dal dentista.
- Il motivo principale per cui gli anziani non si recano dal dentista è la sensazione di non averne bisogno, malgrado le difficoltà rilevate.

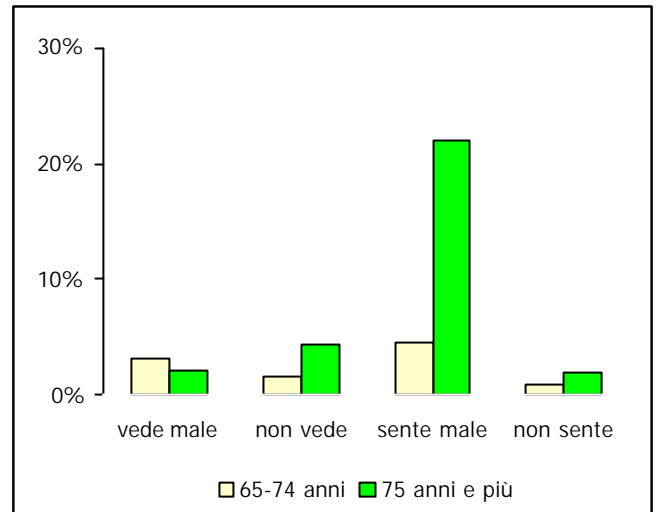


- Come atteso, la percentuale di chi ha problemi di masticazione dei cibi difficili aumenta con l'età.

Problemi di vista ed udito

Anche le difficoltà nel vedere ed udire bene, pur utilizzando occhiali e protesi acustiche, possono abbassare la qualità della vita e condizionare l'integrazione sociale degli individui.

- Il 75% degli individui ha necessità di portare gli occhiali e l'8% degli intervistati ha problemi di vista nonostante il loro utilizzo.
- Il 13% degli intervistati ha problemi di udito, ma solo una piccola percentuale di essi (il 10%) porta una protesi acustica.
- I problemi di udito crescono in rapporto all'età (dal 4,5% nella fascia d'età 65-74 anni al 22% nelle età superiori).

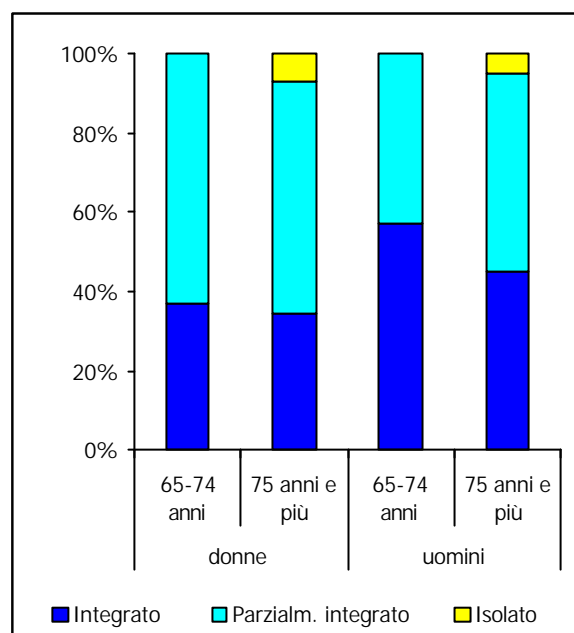


L'ISOLAMENTO SOCIALE

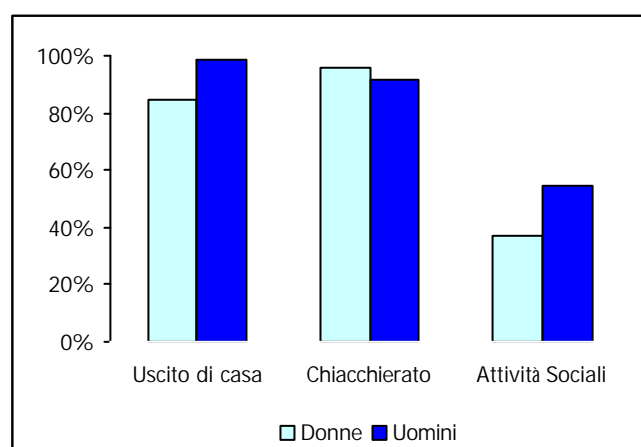
Per definire l'isolamento sociale, è stato richiesto nel questionario se l'anziano aveva, nelle due settimane precedenti l'intervista, chiacchierato con persone non conviventi, se era uscito di casa e se aveva partecipato ad attività sociali, come l'essere andato al centro anziani, in parrocchia, al circolo o teatro, ecc.

Si è definito "integrato socialmente" l'anziano che ha effettuato tutte le tre attività sociali indagate, "parzialmente integrato" chi ha effettuato almeno una di queste attività e "isolato socialmente" chi non ne ha riferito nemmeno una.

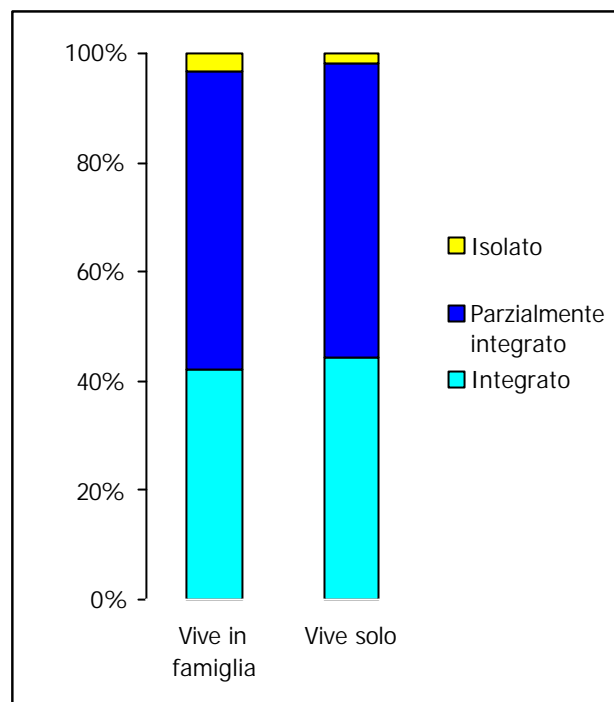
- Il 36% delle donne e il 54% degli uomini hanno dichiarato di svolgere tutte le attività e quindi di essere integrati socialmente.
- Il 3% degli intervistati risulta non avere rapporti sociali e le donne sono leggermente più isolate.
- L'isolamento si concentra nella fascia d'età più elevata.



- La maggior parte degli uomini ha dichiarato di essere uscito di casa e di avere fatto quattro chiacchiere con persone al di fuori della famiglia.
- Si nota l'inversione delle tendenze fra uomini e donne tra l'uscire e il parlare con gli estranei e anche che le attività sociali sono effettuate maggiormente dagli uomini rispetto alle donne.



- Nelle Regioni in studio, il 42% degli intervistati risulta integrato socialmente, il 54% parzialmente integrato ed il 5% isolato.
- La prevalenza di anziani classificati come isolati socialmente presenta un gradiente Nord-Sud (dall'1% della P.A di Bolzano al 10% della Basilicata).



LE VACCINAZIONI

In età pediatrica, le strategie di vaccinazione hanno drasticamente ridotto l'incidenza di molte malattie infettive. In Italia, tale risultato è stato raggiunto grazie anche ad una capillare organizzazione del sistema sanitario nazionale che ha consentito il raggiungimento di elevate coperture vaccinali.

Le strategie di offerta non sono state efficaci in uguale misura per la popolazione adulta, in cui malattie prevenibili con la vaccinazione, quali l'influenza, rappresentano tuttora una parte sostanziale della morbosità e mortalità, soprattutto nei soggetti di età superiore ai 64 anni.

L'offerta di alcune vaccinazioni alla popolazione anziana è quindi rilevante per lo stato di salute in questa fascia d'età e presenta caratteristiche organizzative molto diverse dalle vaccinazioni in età pediatrica, che devono tenere conto delle difficoltà di accesso ai servizi tipiche di questa fascia di età e delle particolari condizioni di salute dell'utenza (il ridotto livello di autonomia o la disabilità).

In Italia, la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata per gli anziani e il raggiungimento della copertura almeno del 75% è uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

I richiami contro la difterite ed il tetano sono raccomandati con cadenza decennale e l'appropriata vaccinazione antitetanica degli anziani rappresenta una priorità di Sanità Pubblica, visto che attualmente i casi accertati di tetano riguardano principalmente persone con più di 64 anni (nella maggior parte donne).

La vaccinazione antipneumococcica non è raccomandata a livello nazionale né regionale, ma è stata recentemente inserita in alcune zone geografiche tra le prestazioni offerte gratuitamente alla popolazione anziana e somministrata contemporaneamente alla vaccinazione antinfluenzale.

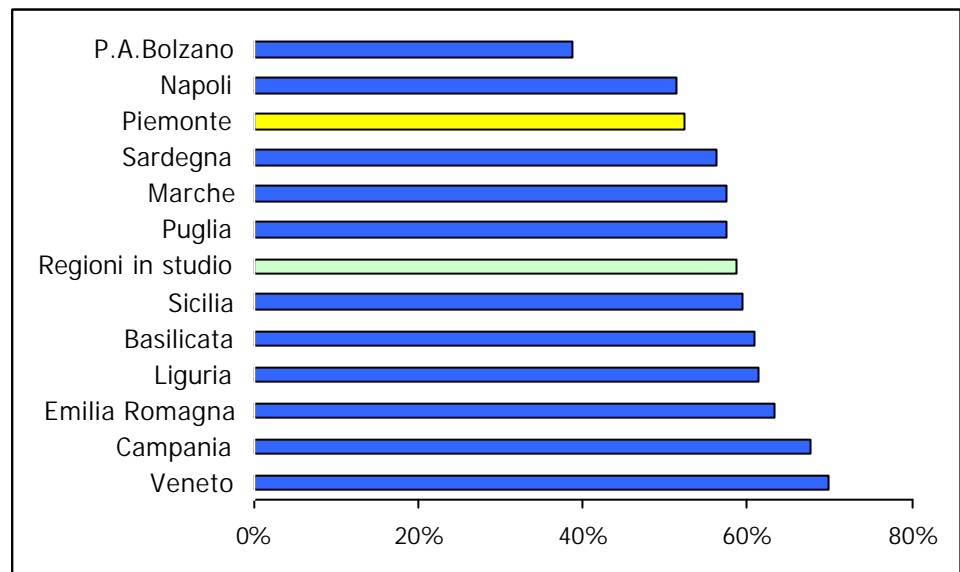
I dati di copertura vaccinale tra gli anziani tuttavia sono scarsi e non permettono di valutare l'adeguatezza dell'offerta.

Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, i dati disponibili si riferiscono ad indagini campionarie condotte negli anni '90 in aree geografiche limitate (comuni o regioni di piccole dimensioni) utilizzando il campionamento casuale semplice o il campionamento a cluster, che hanno mostrato livelli di copertura inferiori al 50%. Altri dati sono forniti dalla raccolta annuale di informazioni sul numero di dosi somministrate, effettuata dal Ministero della Salute. Tuttavia questi dati non sono facilmente interpretabili e non tengono conto delle persone che non si vaccinano presso le strutture pubbliche.

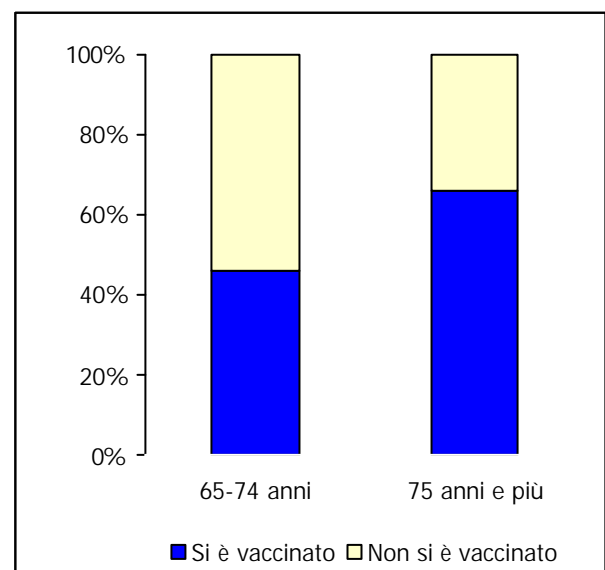
Per quanto riguarda la copertura vaccinale verso tetano e pneumococco non esistono dati recenti e i risultati di Argento possono contribuire a identificare eventuali aree problematiche.

La vaccinazione antinfluenzale

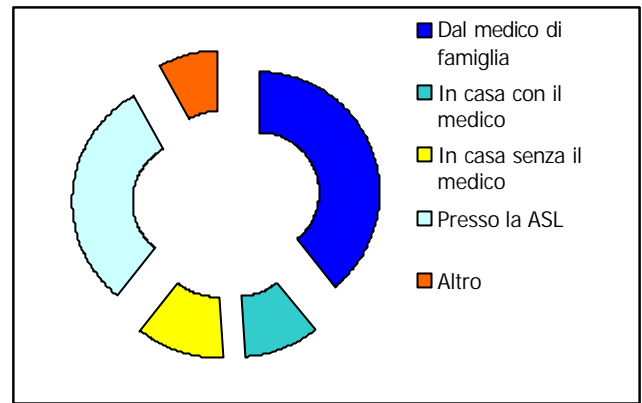
- Il 98% del campione conosce il vaccino antinfluenzale rispetto al 95% del campione complessivo.
- Nella stagione 2001-2002, riferisce di essersi vaccinato il 52% degli anziani intervistati. Il dato è uguale a quello rilevato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte (copertura vaccinale 2001-2002 pari al 52 % della popolazione sopra i 65 anni).
- Il valore di copertura vaccinale in Piemonte (52%) è fra i più bassi delle regioni studiate, al di sotto della media delle Regioni (59%).



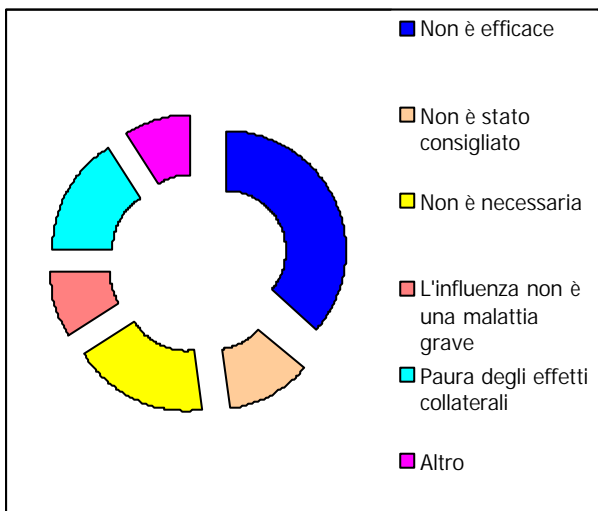
- La copertura vaccinale antinfluenzale è pressoché uguale fra uomini e donne ma cresce con l'età: nella fascia 65-74 anni riferisce di essere vaccinato il 46%, sopra i 74 anni il 66% della popolazione.



- La vaccinazione è stata effettuata principalmente dal medico di famiglia (nel 39% dei casi) oppure presso la ASL (31%), e poi in casa con o senza la presenza del medico (rispettivamente nel 10% e nel 12% dei casi) o presso altre strutture sanitarie.



- Nell'85% dei casi la vaccinazione è stata effettuata gratuitamente.



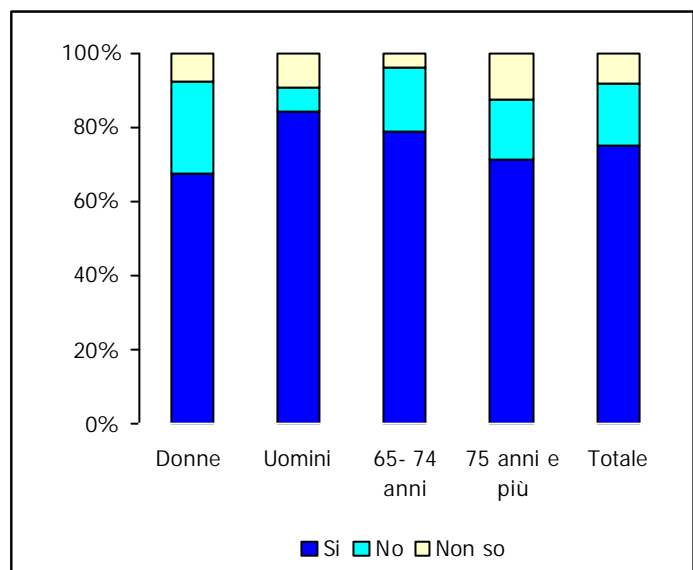
- I motivi per cui gli intervistati non si sono vaccinati sono soprattutto l'idea che il vaccino non sia efficace e la paura degli effetti collaterali.

La vaccinazione antipneumococcica

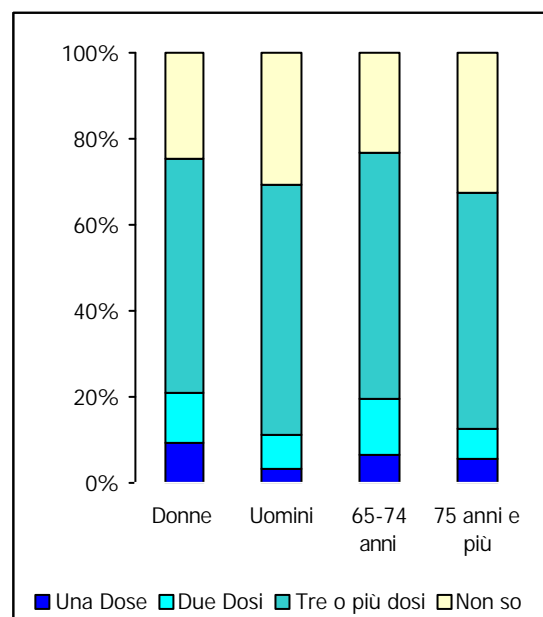
- È conosciuta dal 7% degli intervistati.
- Una sola persona è stata vaccinata su consiglio del medico curante.

La vaccinazione antitetanica

- La copertura vaccinale contro il tetano è del 74,6% e l'8% degli intervistati non ricorda di essere stato o meno vaccinato.

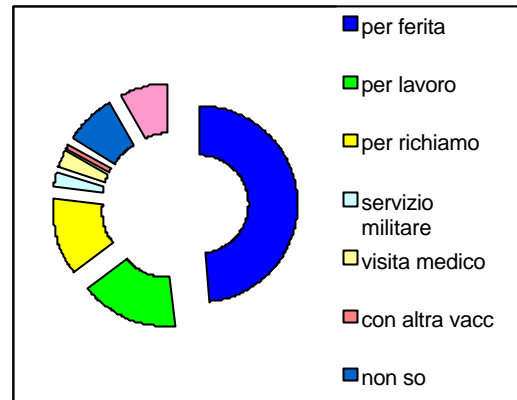
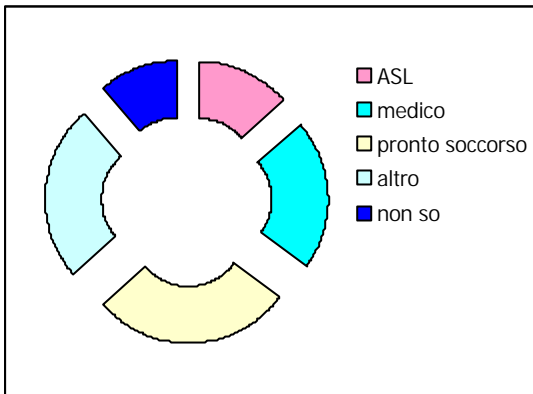


- Anche se molti non ricordano quante dosi di vaccino antitetanico abbiano ricevuto nella vita, (il 27,5% del totale), la maggior parte degli intervistati ne ha ricevuto 3 o più dosi, ma ben il 57% di coloro che sono stati vaccinati lo sono stati più di 10 anni prima dell'intervista.



- La vaccinazione è stata effettuata al pronto soccorso, dal proprio medico, alla ASL o in altri luoghi, soprattutto

sul luogo di lavoro, e di solito in seguito a ferite.



LE CADUTE

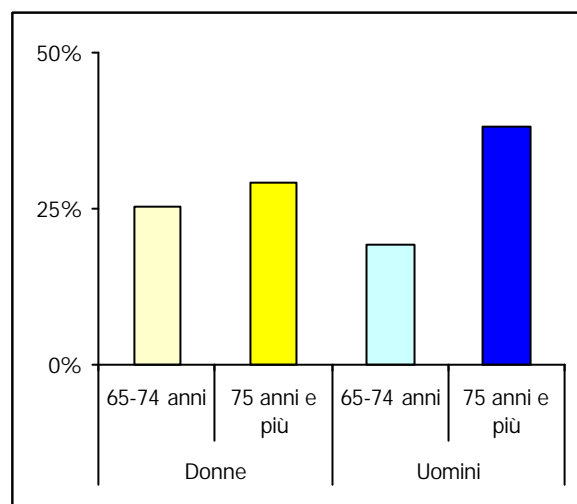
Le cadute nell'età avanzata sono un evento temibile, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (come fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni di ordine psicologico. Infatti l'insicurezza può portare al progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

La letteratura internazionale riporta che, nel corso di un anno, il 32% delle persone con età superiore ai 74 anni cade, ma l'esatta frequenza delle cadute è difficile da determinare, poiché molti episodi non vengono riferiti dai soggetti perché considerati "normali" per l'età (e quindi privi di importanza) oppure negati perché ritenuti segno di crescente debolezza.

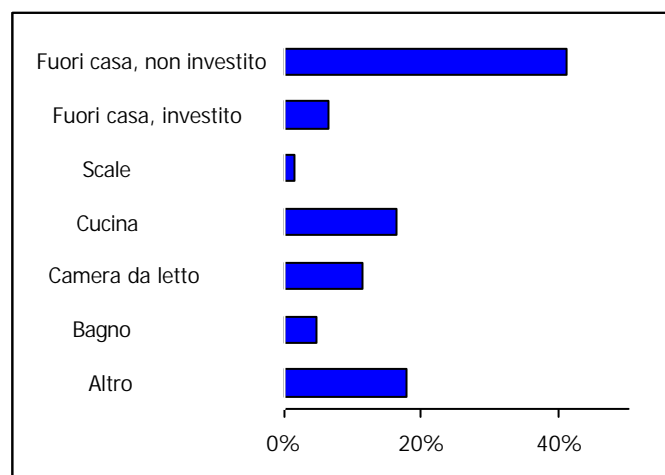
Dai dati ISTAT relativi all'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" si stima che, nel 1999, l'incidenza annuale di incidenti domestici era 19,3 per mille per le persone di 65 anni o più e che le cadute rappresentano il 44% di queste incidenti (8.5/mille).

Inoltre, è stato stimato che i decessi attribuibili alle cadute sono circa 7500 in Italia e che di questi la gran parte si verifica tra gli anziani e che la maggior parte dei circa 1.800.000 accessi al pronto soccorso e dei 200.000 ricoveri dovuti ad incidenti domestici riguardano cadute degli anziani.

- Il 28% degli anziani intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno e la percentuale è simile fra uomini e donne, ma cresce al crescere dell'età. Il 43% di chi è caduto, è caduto più di una volta.

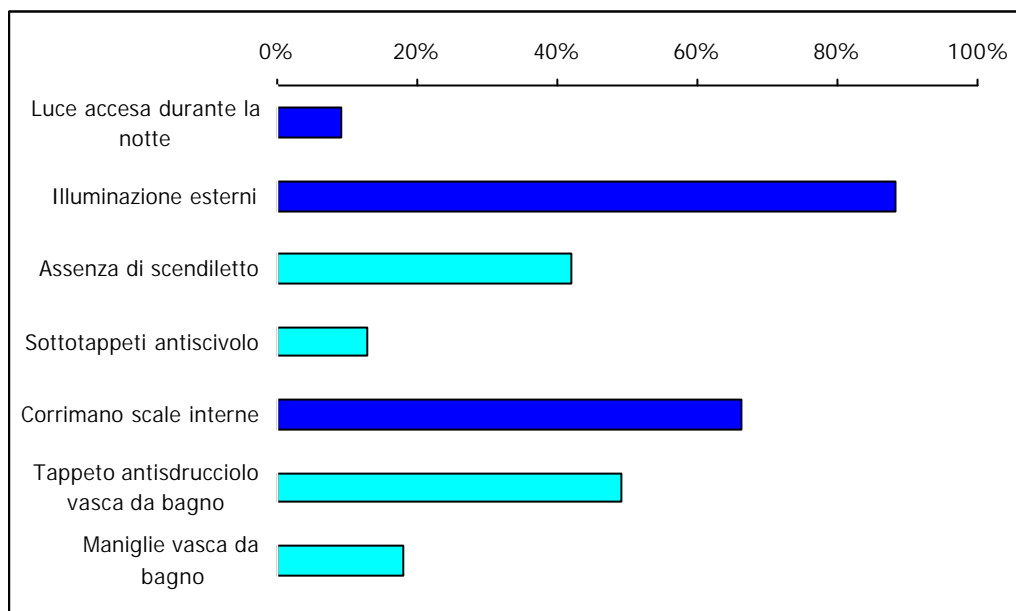


- Nel 52% dei casi, le cadute sono avvenute in casa e più frequentemente in cucina, camera da letto e bagno.
- Il 41% è caduto fuori casa e nel 7% dei casi la caduta è stata causata da un investimento.



Accorgimenti per ridurre il rischio di cadute

Il questionario richiedeva se erano presenti in casa alcuni accorgimenti per il ridurre il rischio di cadute, come la presenza di una luce notturna, anche di pochi watt, la buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa (nel giardino, nell'androne di ingresso, sulle scale esterne), la presenza del corrimano nelle scale interne alla casa, i sottotappeti antiscivolo, la presenza di tappetini antisdrucciolo e di maniglie nella vasca da bagno.



- L'88% degli intervistati dice di avere una buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa;
- solo il 9% tiene accesa una luce di servizio durante la notte;
- per quanto riguarda la vasca da bagno, meno della metà (il 49%) utilizza il tappetino antisdrucciolo e solo il 18% ha la maniglia fissata appositamente per sorreggersi;
- il 42% non ha lo scendiletto e il 13% usa i sottotappeti antiscivolo (ma un quarto degli intervistati non ha proprio tappeti in casa)

I FARMACI

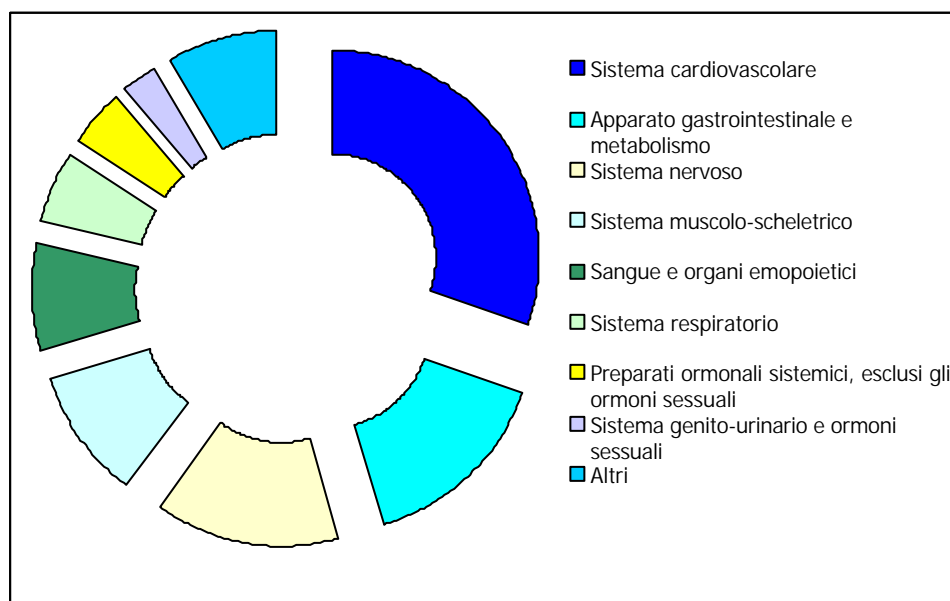
In Italia, circa il 37% della spesa farmaceutica è a carico delle persone di età >64 anni (dati non-pubblicati, Giuseppe Traversa, ISS). In altri paesi, è stato mostrato come l'uso inappropriato di farmaci sia comune tra gli anziani; la farmacotossicità può instaurarsi più facilmente in questo gruppo di età a causa di problemi metabolici e di escrezione, mentre le interazioni possono provocare gravi effetti collaterali. In questo caso, una delle possibili conseguenze è aumentare il rischio di cadute .

Sebbene in Italia siano disponibili dati sulle pratiche prescrittive dei medici, poco è conosciuto su quali farmaci o altri medicamenti vengono assunti e sono attualmente in corso studi specifici per determinare se i pazienti con malattie cardio-vascolari utilizzano i farmaci appropriati.

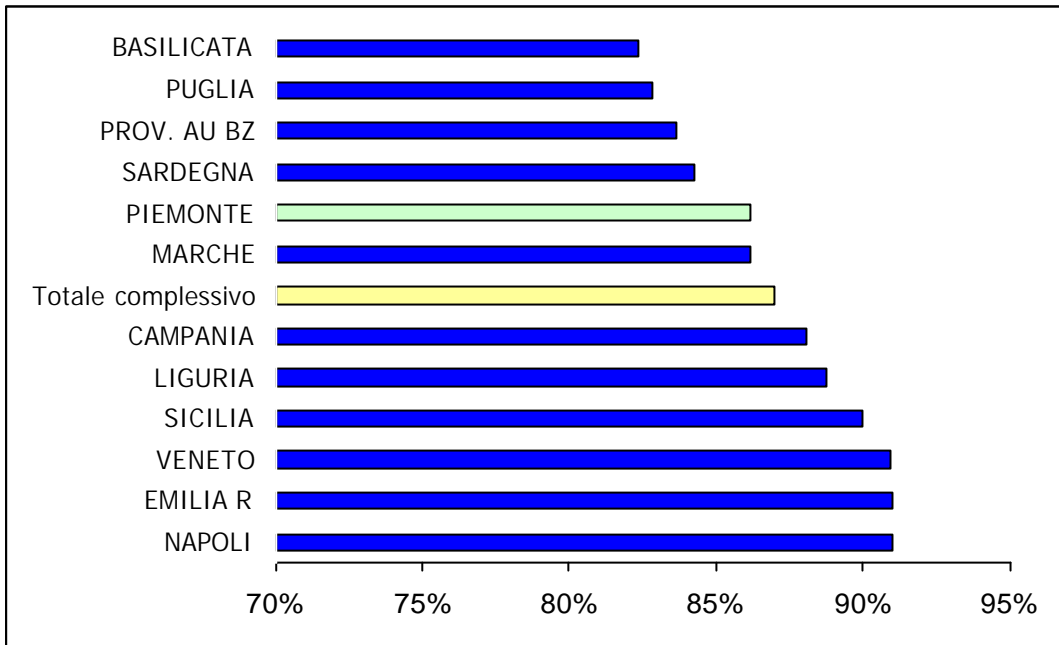
In questo studio, è stata valutata l'assunzione di farmaci (numero e tipo di farmaci) da parte della popolazione di ultrasessantacinquenni, allo scopo di verificare la possibile correlazione con le cadute e di raccogliere informazioni relative al monitoraggio periodico da parte del Medico di Medicina Generale (MMG).

Le domande riguardavano quale tipo di medicinale (anche di tipo omeopatico o di erboristeria) era stato assunto nella settimana precedente l'intervista e se il medico di famiglia aveva verificato di persona almeno una volta le medicine nell'ultimo anno.

- L'87% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana.
- Tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno, nell'80% dei casi il medico di famiglia ha verificato almeno una volta le medicine assunte controllando le ricette (59%) oppure controllando direttamente le confezioni dei farmaci (22%).
- I farmaci maggiormente utilizzati sono quelli per le patologie del sistema cardiovascolare (36%), seguiti dai farmaci per il sistema gastrointestinale/metabolismo (15%), per il sistema nervoso (14%), per il sistema muscolo-scheletrico (9%), per il sistema respiratorio (7%) e per il sistema genito-urinario e ormoni sessuali (7%).



- Il confronto con le altre regioni in studio evidenzia che la regione Piemonte si attesta su valori medi di consumo di farmaci



CONCLUSIONI

Lo studio Argento, pur utilizzando risorse limitate, ha consentito di ricavare alcune informazioni sulla salute nella terza età che, a livello locale, erano ancora insufficienti. Anche il confronto con altre fonti informative (Multiscopo ISTAT, studio Ilsa) ha dimostrato la sovrapponibilità dei dati ottenuti e confermato la validità del metodo.

Sono emersi alcuni elementi di riflessione, importanti per le possibili ricadute in termini di prevenzione.

Confrontando i dati del Piemonte con le altre regioni in studio, l'immagine sembra essere un po' più favorevole, soprattutto rispetto alle regioni del sud: la percentuale di individui affetti da pluripatologie appare più bassa e la percentuale di assenza di patologie appare più alta. Il fatto che nello studio non siano state prese in considerazione le persone ricoverate nelle case di riposo può sicuramente aver influenzato alcuni risultati, soprattutto per quanto riguarda il quadro generale. Il maggior numero di posti letto nelle strutture assistenziali non è comunque l'unico motivo di differenza fra le regioni.

Il Piemonte ha la percentuale più alta di persone che vivono da sole rispetto alle altre Regioni in studio: un quarto degli intervistati, in maggioranza donne (il 73,6%), vive da solo.

Le donne, con l'avanzare dell'età, vivono in condizioni peggiori rispetto agli uomini: sono vedove, soffrono di più patologie contemporaneamente e di vari disturbi, sono più spesso isolate socialmente, hanno una percezione della propria salute più negativa.

I dati dello studio Argento confermano, anche in Piemonte, che la maggior parte del carico assistenziale per gli anziani non autosufficienti (che vivono al di fuori delle strutture di ricovero) grava sulle famiglie.

Sebbene uno degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale sia di raggiungere la copertura vaccinale contro l'influenza del 75% e che il vaccino sia fornito gratuitamente dalla Regione agli ultrasessantaquattrenni, la copertura vaccinale nella nostra regione è piuttosto bassa (il 52%).

Per quanto riguarda la vaccinazione antitetanica, spesso gli anziani hanno dichiarato di essere vaccinati, però la vaccinazione risale a molti anni prima e, anche in questo caso, le donne risultano meno vaccinate degli uomini. In realtà, negli ultimi anni, la maggioranza dei casi di tetano notificati nella regione Piemonte hanno riguardato donne con età superiore ai 70 anni. Sarebbe quindi utile un intervento mirato, rivolto specificamente verso questa popolazione.

Le cadute nell'età anziana costituiscono anche nella nostra regione un problema di salute, dato che il 28% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto almeno una volta nell'anno precedente l'intervista e molto spesso alcune semplici misure di prevenzione non sono utilizzate sebbene siano di provata efficacia.

Anche le condizioni economiche influenzano la qualità della vita e dallo studio risulta che sarebbe opportuno potenziare i percorsi d'accesso alle prestazioni specialistiche per le persone che hanno problemi di vista, udito, masticazione.

Infine, l'isolamento costituisce un ulteriore problema, perché spesso si associa alla mancanza di autonomia e alla presenza di carenze percettive o cognitive. A questo proposito, la promozione di attività fisica regolare e di attività sociali può essere un prezioso strumento per migliorare la qualità della 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; 43:883-93.
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.