

Regione Liguria

*Studio
Argento*



Studio ARGENTO

Indagine sulla salute nella terza età
in
Liguria

A cura di: Claudio Culotta (ASL 3 Genovese)
Rosamaria Cecconi (ASL 3 Genovese)
Gianna Ferrando (ASL 3 Genovese)

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

A livello nazionale: Antonino Bella, Nancy Binkin, Marta Ciofi Degli Atti, Paolo D'Argenio, Donato Greco (Istituto Superiore di Sanità), Cristina Mancini, Federica Michieletto, Nicoletta Bertozzi, Renato Pizzuti, Salvatore Sammarco (Master Profea), Pasquale Falasca (Associazione Italiana di EpiInfo)

Coordinatori a livello di ASL:

ASL 1: L. Guadagno
ASL 2: R. Carloni
ASL 4: G. Zoppi
ASL 5: R. Baldi

Intervistatori: ASL 1: F. Davico, P. Grado, C. Lo Conte, V. Sileo
ASL 2: A. Belgioioso, M. Giuliano, R. Giuliano, D. Pavese
ASL 3: M. Aloisio, F. Borzone, N. Bruzzaniti, G. Cardamone, M.T. Carlini, P. Crisci, L. Viappiani, R. Viviani, P. Zoboli
ASL 4: P. Avegno, M.A. Castagnola, S. Chiesa, L. Nigito
ASL 5: G. Conti, M. Ricci, D. Schito, L. Vanzella

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

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta a
Claudio Culotta - claudio.culotta@asl3.liguria.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. In Liguria questo fenomeno risulta particolarmente rilevante: le persone ultrasessantatrenni costituiscono il 25% della popolazione e l'indice di vecchiaia è pari a 2,31 (in Italia 1,77).

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 pluripatologie e dall'isolamento sociale dell'anziano.

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

In questo contesto appare importante accompagnare alla valutazione oggettiva dello stato di salute della popolazione anziana, basata sulla presenza di malattie o disabilità, anche un punto di vista soggettivo, legato alla percezione che le persone hanno della propria condizione.

Metodi

E' stato condotto uno studio in 11 regioni italiane (Piemonte, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

L'indagine si è focalizzata sui seguenti problemi:

- 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 2367 persone di età superiore ai 64 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 o in strutture sanitarie in genere.

Il tasso di partecipazione all'indagine complessivamente è risultato buono. In particolare in Liguria l'adesione è risultata pari al 74%; il 26% degli anziani contattati inizialmente non hanno potuto essere intervistati per vari motivi (rifiuti 14%; temporaneamente fuori comune 5%; non rintracciabili 2%; deceduti 2%; istituzionalizzati 1%; ricoverati 0,4%). Nella nostra regione l'intervista è stata condotta direttamente con la persona campionata nel 93% dei casi; nei restanti casi (7%), a causa di impedimenti psichici o fisici dell'anziano selezionato, è stato intervistato un familiare o altra persona vicina..

SINTESI

Stato di salute

Lo stato di salute della popolazione anziana è condizionato dalla presenza di malattie cronicodegenerative che caratterizzano in modo permanente le condizioni di salute e la qualità della vita della persona: nello studio condotto in Liguria il 23% degli intervistati riferisce di soffrire di una sola patologia, il 74% di due o più malattie, mentre il 3% non dichiara alcuna patologia. La presenza di pluripatologie aumenta con l'età e peggiora gli indici della qualità di vita percepita dall'anziano.

La malattia riferita più frequentemente è l'artrosi/artrite (65%), seguita dall'ipertensione (46%), dalle malattie cardiovascolari (27%), dall'osteoporosi (24%), dalle malattie respiratorie (15%), dal diabete (13%), dall'ictus (4%), dalla patologia renale (4%).

Il 21% degli anziani riferisce di essere stato ricoverato nell'ultimo anno: questa percentuale è in linea rispetto alla media complessiva delle Regioni in studio (21%). Il numero medio di ricoveri per persona (nell'ultimo anno) è risultato pari a 1,5.

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 34% degli intervistati definisce il proprio stato di salute in modo positivo (da buono ad eccellente), il 48% lo giudica discreto ed il 17% cattivo. La percezione negativa riferita al proprio stato di salute è maggiore nelle donne e cresce con l'età in entrambi i sessi.

Il 38% degli anziani dichiara di avere limitazioni nello svolgimento delle proprie attività quotidiane a causa di un problema di salute: sopra i 74 anni questa percentuale raggiunge il 48%. I principali problemi limitanti sono la difficoltà a camminare (23%), l'artrite/artrosi (16%), i problemi di schiena/collo (13%).

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 21% degli anziani intervistati non è autosufficiente (maschi 18%, femmine 23%).

La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: sopra i 74 anni sono dipendenti il 34% degli anziani.

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.

Il 28% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione, con una prevalenza del sesso femminile: il 6% è incontinente, mentre il 22% ha problemi solo occasionalmente.

Disturbi cognitivi

Il 15% 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 il 9% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 22%. Al crescere degli anni medi di istruzione diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi in base al test di screening utilizzato.

SINTESI

Isolamento sociale

In Liguria il 35% degli intervistati è stato valutato integrato dal punto di vista dei rapporti sociali, il 64% parzialmente integrato ed l'1% isolato. L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni il 2% degli intervistati presenta isolamento sociale grave, mentre sopra i 74 anni la percentuale sale al 7%. La percentuale di isolamento sociale grave sale al 13% tra le persone parzialmente dipendenti e al 57% tra le persone gravemente dipendenti.

La prevalenza di anziani classificati come isolati socialmente presenta un gradiente Nord-Sud (dall'0,5% della P.A. di Bolzano al 10% della Basilicata).

Cure odontoiatriche

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

Il 22% degli intervistati riferisce difficoltà alla masticazione: sopra i 74 anni si sale al 32%.

Tra le persone con difficoltà alla masticazione, il 64% riferisce di portare una protesi dentaria; il 67% non si reca 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 (82%); il 9% non si è recato ad un controllo per il costo troppo alto della visita e l'1% 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 14% degli intervistati riferisce problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali.

Il 7% del campione presenta difficoltà uditive: tra questi il 20% porta una protesi acustica.

La prevalenza di queste disabilità percettive aumenta 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 61% degli intervistati riferisce di praticare attività fisica; con l'età varia la prevalenza del movimento: nella fascia 65-74 anni il 77% del campione è attivo, mentre sopra i 74 anni il valore scende al 44%.

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.

L'attività fisica svolta principalmente è rappresentata dal camminare a passo sostenuto (36%), seguita dai lavori di casa (24%), dal giardinaggio (19%), dal lavoro nell'orto o nei campi (17%).

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. Nella stagione 2001-2002 riferisce di essersi vaccinato il 62% degli anziani intervistati, valore superiore alla media delle Regioni in studio (59%): il 73% delle persone intervistate riferisce di essere stato vaccinato dal Medico di Famiglia (8% al proprio domicilio), il 18% presso le strutture delle Aziende Sanitarie, il 7% in casa senza medico e il 2% risponde "altro".

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 sono stati riferiti: malattia considerata non grave (20%), non averne avuto bisogno (18%), vaccino ritenuto non efficace (14%), vaccino non consigliato (8%), paura degli effetti collaterali (5%).

Vaccinazione antipneumococcica: solo il 15% della popolazione anziana conosce questa vaccinazione e il 3% risulta vaccinato.

Vaccinazione Antitetanica: nella popolazione anziana rappresenta una misura di profilassi importante, essendo questa fascia d'età attualmente quella più colpita. Il 49% degli intervistati riferisce di essersi vaccinato contro il tetano: la copertura vaccinale risulta maggiore tra gli uomini (63%) rispetto alle donne (41%) e diminuisce con l'età. Bisogna però rilevare che, tra i soggetti che riferiscono di essere stati

SINTESI

vaccinati, solo un terzo dichiara di aver ricevuto nel corso della vita 3 o più dosi, solo un terzo dichiara di aver ricevuto l'ultima dose negli ultimi dieci anni e il 42% dichiara di essere stato vaccinato in Pronto Soccorso.

I valori di copertura vaccinale risultanti in Liguria sono maggiori rispetto alla media complessiva delle Regioni in studio sia per sesso sia per età.

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: il 32% delle donne e il 21% degli uomini, con un aumento al crescere dell'età. Il 46% è caduto più di una volta. Il 43% riferisce di essere caduto in casa; gli ambienti domestici più frequentemente coinvolti sono la cucina, la camera da letto e il bagno; il 53% è caduto fuori casa, senza essere investito; nel 3% dei casi la caduta è stata causata da investimento.

Tra le persone cadute in età anziana, il 24% è stato ricoverato per le conseguenze riportate.

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 antisdrucciolo 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'89% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana. Il numero medio di farmaci assunti per persona è risultato pari a 3,8.

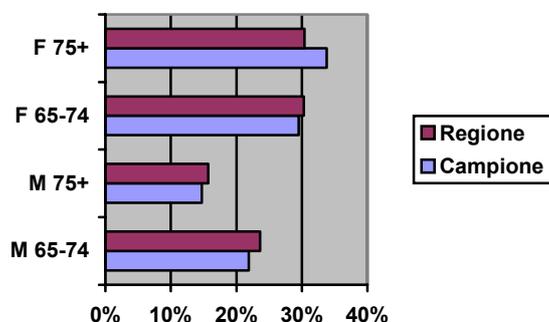
Tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno, l'84% riferisce che il medico di famiglia ha verificato, almeno una volta, le medicine assunte o controllando le ricette (70%) o direttamente le confezioni dei farmaci (14%).

I farmaci maggiormente utilizzati sono quelli per le patologie del sistema cardiovascolare (33%), seguiti da quelli per il sistema nervoso (18%), per il sistema gastrointestinale/metabolismo (16%), per il sistema muscoloscheletrico (7%) ed emopoietico (7%).

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Quanto il campione somiglia alla popolazione regionale ?

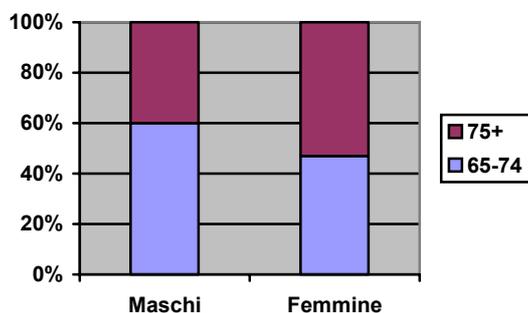
- In Liguria è presente un numero maggiore di donne, sia nella fascia d'età da 65 anni fino a 74 anni che nella fascia d'età 75 e più anni.
- La distribuzione per sesso e per età del nostro campione è molto vicina a quella della popolazione originaria.



Che tipo di persone abbiamo intervistato?

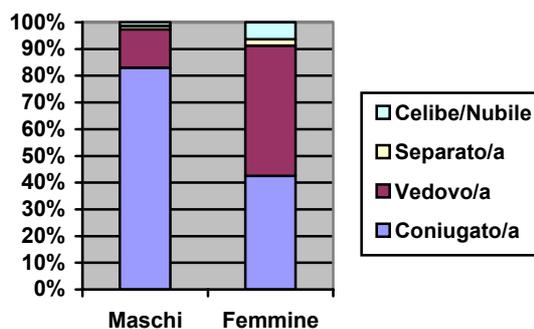
Sesso ed età

- Tra le donne intervistate il 47% appartiene alla fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni.
- Tra gli uomini intervistati il 60% appartiene alla fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni.



Stato civile

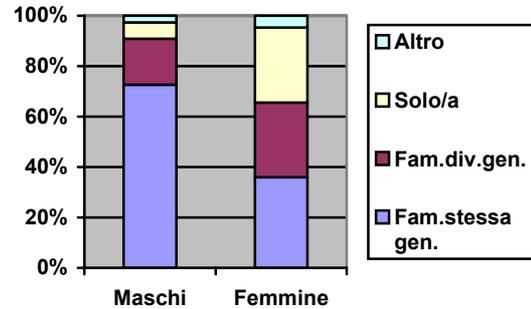
- L'83% degli uomini intervistati è coniugato a fronte di un 43% delle donne.
- Risultano in stato di vedovanza il 14% dei maschi e il 49% delle femmine.



DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

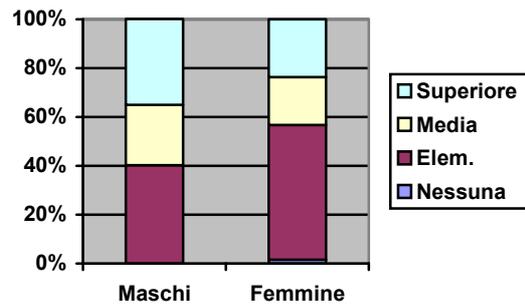
Situazione abitativa

- Il 73% dei maschi e il 36% delle femmine vivono con familiari della stessa generazione; il 18% dei maschi e il 30% delle femmine con familiari di diversa generazione; il 7% dei maschi e il 30% delle femmine vivono soli; poco numerose sono alcune situazioni diverse (persona retribuita, altro).



Istruzione

- Sotto il profilo dell'istruzione si conferma la vulnerabilità degli anziani rispetto alla popolazione complessiva: il 40% dei maschi e il 55% delle femmine hanno un'istruzione elementare; l'1,6% delle femmine (ma nessuno fra i maschi) non ha alcuna istruzione.
- Rispetto al dato complessivo delle Regioni in studio, la Liguria mostra una minor percentuale di persone senza alcun anno di istruzione.
- Il 60% dei maschi e il 43% delle femmine presentano un'istruzione medio-alta.

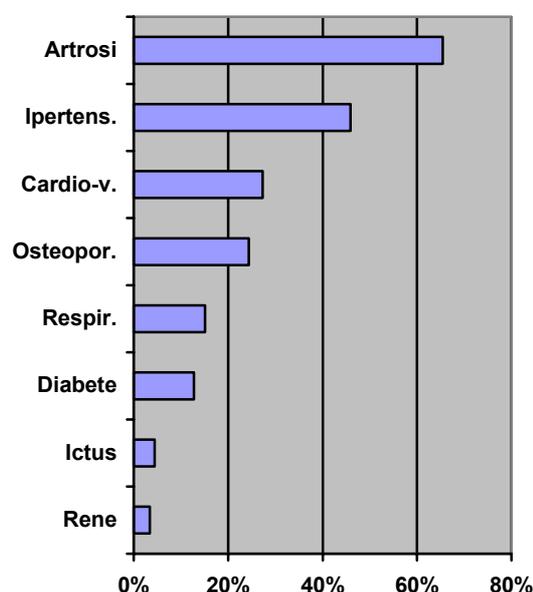


STATO DI SALUTE

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 65% degli anziani intervistati riferisce di soffrire di una forma di artrite/artrosi con prevalenza maggiore nel sesso femminile e nell'età più avanzata.
- Il 46% degli intervistati riferisce di soffrire di ipertensione arteriosa, con prevalenza maggiore nel sesso femminile.
- Il 27% riporta di avere malattie cardiovascolari ed il 15% patologie respiratorie.
- L'osteoporosi è riferita dal 24% degli intervistati, colpisce il 35% delle donne e solo il 7% dei maschi ed aumenta con l'aumentare dell'età.
- Le malattie respiratorie sono presenti nel 15% dei casi.
- Il diabete presenta una prevalenza di circa 13%
- L'ictus è riportato dal 4% degli intervistati, ma nei soggetti ultrasettantatreenni la prevalenza è pari al 7,8%.
- Soffre di disturbi renali il 4% degli intervistati.



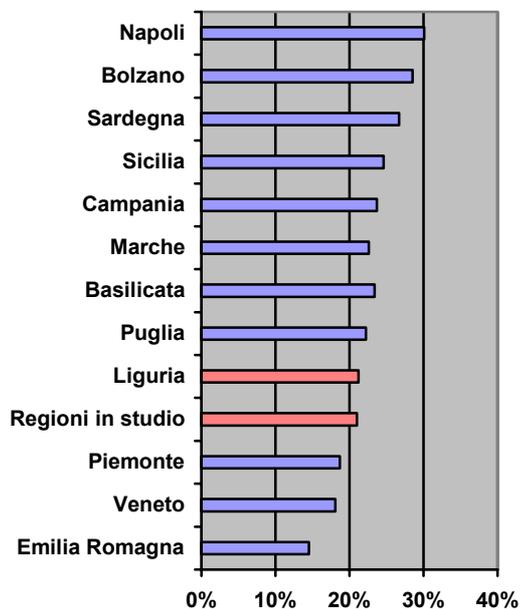
Quanti anziani soffrono di pluripatologie?

- Il 97% degli intervistati riferisce di soffrire di una o più patologie: il 23% riferisce una sola patologia, il 31% riferisce 2 patologie, il 43% riferisce più di due malattie. Il 3% non presenta alcuna patologia.
- Il numero di malattie aumenta con l'età: sopra i 74 anni solo il 2% degli intervistati non ha alcuna patologia, mentre il 54% ha più di due malattie.

STATO DI SALUTE

Quanti anziani sono stati ricoverati nell'ultimo anno?

-
- Il 21% degli intervistati è stato ricoverato nell'ultimo anno. La percentuale di anziani ricoverati è sovrapponibile rispetto alla media complessiva di tutte le Regioni partecipanti allo studio (21%).
- Il 40% dei ricoverati riferisce di esserlo stato più di una volta.
- Il numero medio di ricoveri per persona è risultato pari a 1,5.



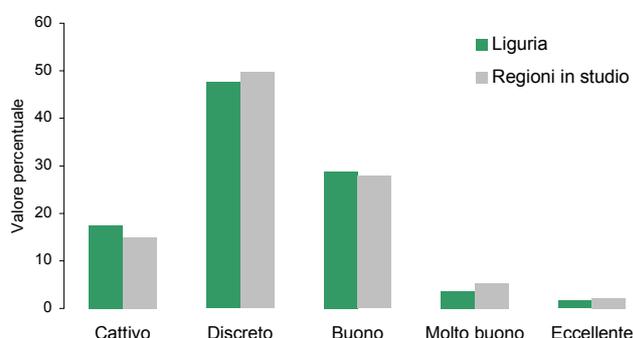
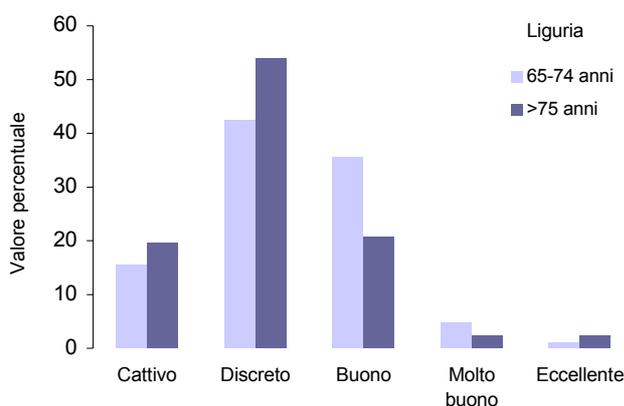
QUALITA' DI VITA PERCEPITA

Lo stato di salute percepito è risultato un predittore più significativo di mortalità e morbosità rispetto a molte oggettive 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.

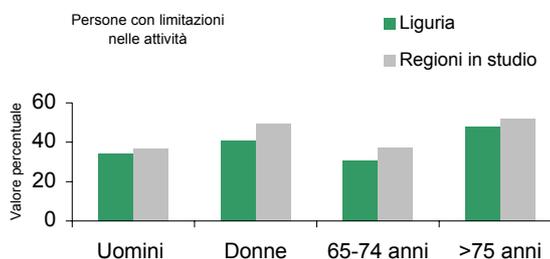
Quale percezione del proprio stato di salute?

- Il 34% degli intervistati definisce il proprio stato di salute in modo positivo (buono, molto buono, eccellente); il 48% giudica discreta la propria salute, mentre il 17% 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: nei soggetti tra i 65 ed i 74 anni il 15% definisce cattiva la propria salute, sopra i 74 anni il 20%.
- In Liguria la percentuale di anziani che giudica positivamente il proprio stato di salute è in linea rispetto alla media delle regioni in studio (35%); è leggermente maggiore la percezione del proprio stato di salute come cattivo.

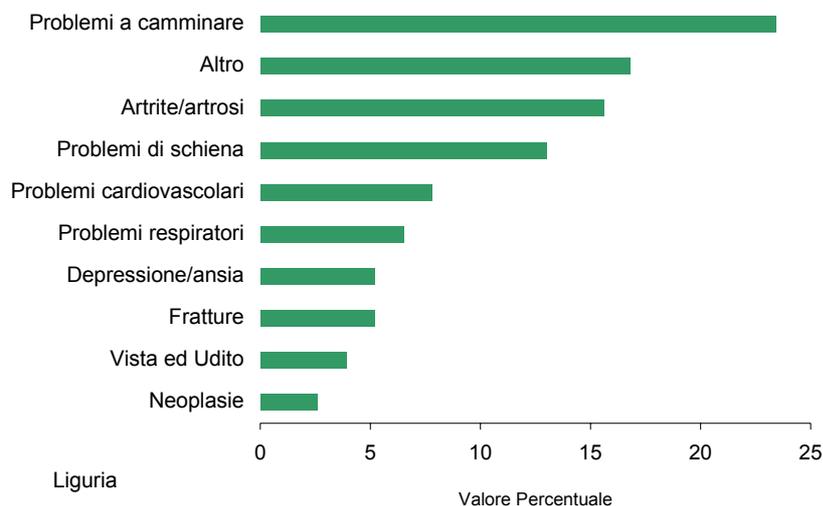


Si avvertono limitazioni nelle proprie attività per problemi di salute?

- Il 38% degli intervistati dichiara problemi a svolgere le proprie attività quotidiane.
- La presenza di limitazioni è maggiormente avvertita dalle donne e cresce, in entrambi i sessi, all'aumentare dell'età: sopra i 74 anni quasi la metà delle persone (48%) dichiara di avere limitazioni.



Principali problemi di salute che comportano limitazioni di attività

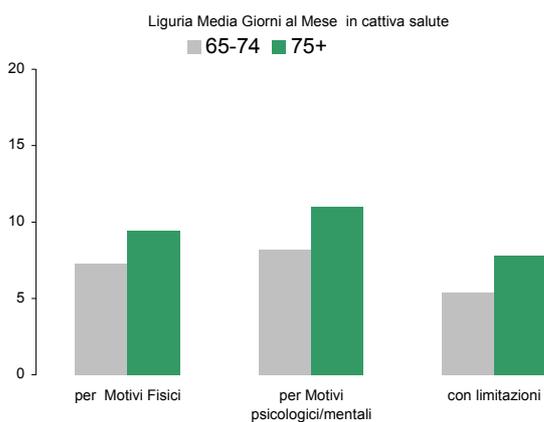


Il problema principale indicato come limitante le proprie attività è rappresentato dai problemi a camminare (23,4%), seguito da artrite/artrosi (15,6%) e dai problemi di schiena (13%). Sono inoltre percepiti come limitanti nelle attività i problemi cardiovascolari (7,8%), i problemi respiratori (6,5%), la depressione e l'ansia (5,2%), le fratture (5,2%; 3,9% in seguito a caduta, 1,3% non in seguito a caduta), i disturbi di vista e udito (3,9%) e le neoplasie (2,6%).

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 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, secondo cui le donne vivono più a lungo, ma con un numero maggiore di anni di vita con presenza di disabilità e minor qualità complessiva
- Col crescere dell'età aumenta sensibilmente la media di giorni in cattiva salute



- A bassi livelli d'istruzione corrispondono medie di giorni in cattiva salute più elevati sia in Regione che sul territorio nazionale.

AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

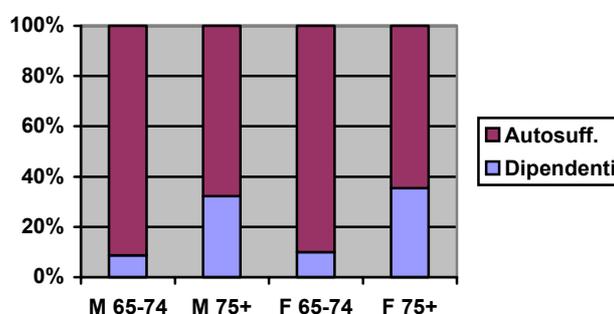
La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana sia nell'assistenza infermieristica e medica.

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) e sono stati 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 ADL) e moderati. L'incontinenza urinaria è stata indagata a parte.

Quanti sono autosufficienti, quanti dipendenti?

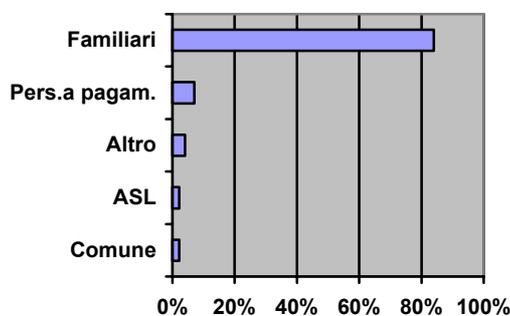
- Il 21% degli anziani intervistati non è autosufficiente: il 18% dei maschi e il 23% delle femmine. Il 14% delle persone non autosufficienti presenta una dipendenza grave.
- La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: nella fascia tra i 65-74 anni sono dipendenti il 10% delle femmine e il 9% dei maschi, mentre sopra i 74 anni i valori crescono rispettivamente al 35% e al 32%.

Liguria: dipendenza per sesso (M, F) ed età



Quanti disabili ricevono aiuto e da chi?

- Tutte le persone gravemente dipendenti ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da sole; fra le persone parzialmente dipendenti il 2,5% (una persona) non riceve aiuto. La percentuale di coloro che ricevono aiuto è del 93% nelle regioni in studio.
- La distribuzione delle persone che aiutano i disabili è la seguente:
 - 84% familiari
 - 7% persona a pagamento
 - 4% altro (volontari, vicini di casa)
 - 2,2% ASL
 - 2,2% Comune

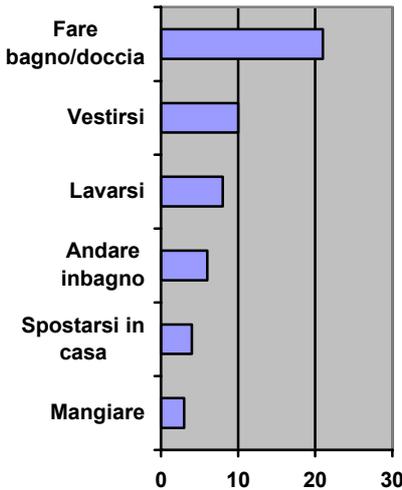


AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA

Ricevono aiuto per svolgere quali attività?

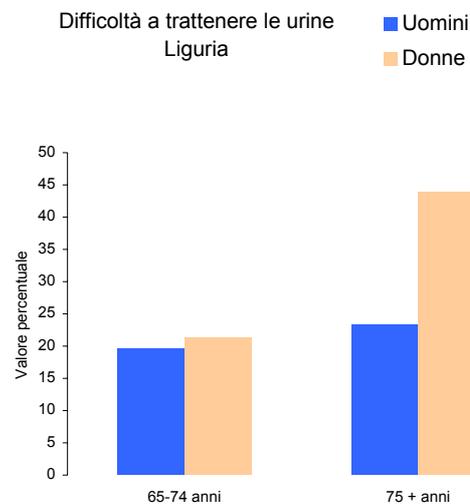
- Le attività della vita quotidiana per le quali viene richiesto il maggiore aiuto sono:
 - fare il bagno o la doccia (21%)

- vestirsi e spogliarsi (10%)
- lavarsi (8%)
- andare in bagno (6%)
- spostarsi in casa (4%)
- mangiare. (3%)



Quanti hanno problemi a trattenere l'urina?

- Il 28% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione: il 6% è incontinente, mentre il 22% ha problemi solo occasionalmente.
- I problemi nel controllo delle urine crescono con l'età: sotto i 75 anni il 21% presenta difficoltà, negli ultrasettantatrenni tale percentuale sale al 38%.
- I disturbi sono più frequenti nel sesso femminile: il 25% delle donne riferisce difficoltà nel controllo a fronte del 17% degli uomini.
- La media complessiva delle Regioni in studio relativa alle difficoltà nel controllo della minzione è più alta rispetto a quella della Liguria (34% vs 28%).



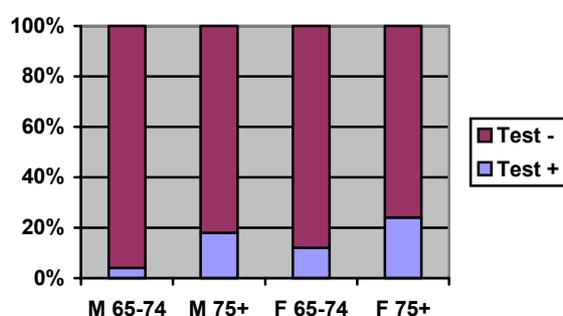
DISTURBI COGNITIVI

Le demenze rappresentano un importante problema sanitario e sociale, il cui peso è destinato a crescere dato 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 del 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 al quale far seguire gli opportuni approfondimenti diagnostici.

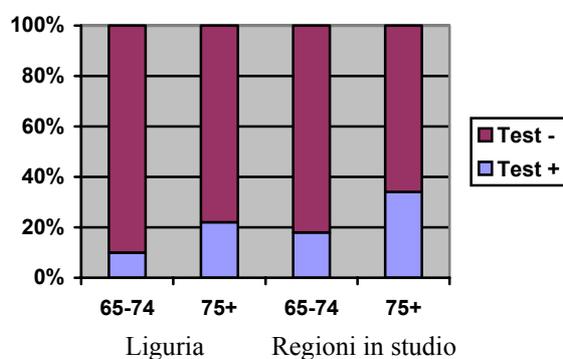
Quanti anziani hanno carenze cognitive?

- Il 15% degli intervistati per i quali è stato possibile applicare il test è risultato positivo per disturbi cognitivi (maschi 10%, femmine 18%); la presenza di disturbi cognitivi aumenta col crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è risultato positivo al test il 9% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 22%.

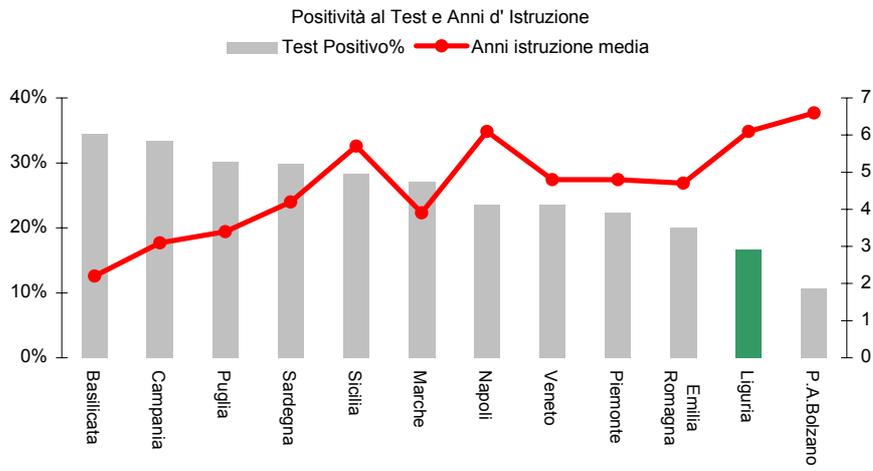
Liguria: carenze cognitive per sesso ed età



- Nelle regioni in studio la percentuale di anziani con disturbi cognitivi appare maggiore sia per sesso sia per età: il 25% degli intervistati risulta positivo al test di screening (17% nella fascia 65-74 anni e 33% sopra i 74 anni).



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



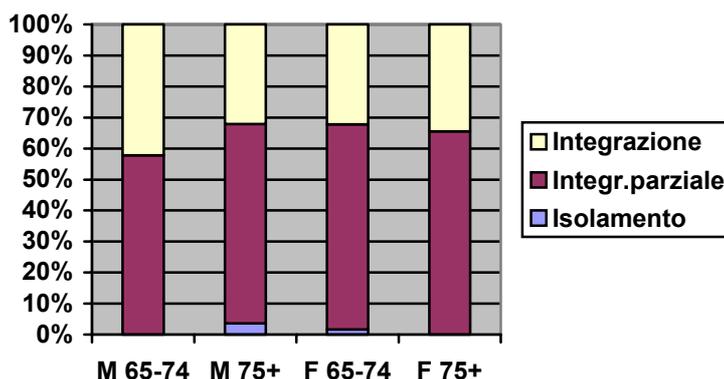
ISOLAMENTO SOCIALE

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 una attività e "isolato socialmente" chi non ha riferito alcuna delle tre attività.

Quanti anziani soffrono di isolamento sociale?

- In Liguria il 35% degli intervistati è stato valutato integrato, il 64% parzialmente integrato e l'1% isolato dal punto di vista dei rapporti sociali.
- Le differenze per sesso ed età sono illustrate nella figura: fra i soggetti di 65-74 anni i maschi se la cavano meglio delle femmine; il contrario avviene invece fra i soggetti ultrasettantaquattrenni.

Liguria: isolamento sociale per sesso ed età



- 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 10% della Basilicata).

La mancanza di autonomia incide sull'isolamento?

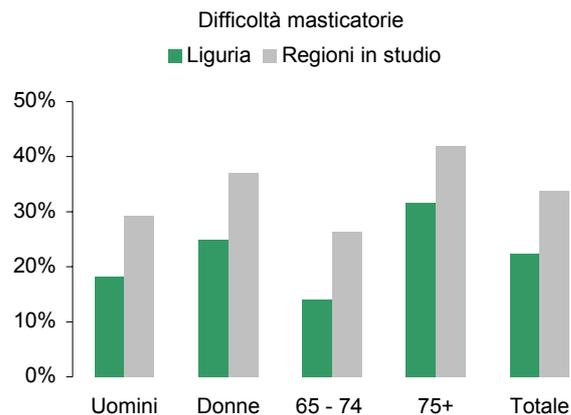
- Al diminuire del livello di autosufficienza cresce il numero di anziani con problemi di isolamento: una condizione di isolamento è presente nel 13% degli anziani in stato di dipendenza lieve e nella maggior parte (57%) di quelli in stato di grave dipendenza.

CURE ODONTOIATRICHE

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

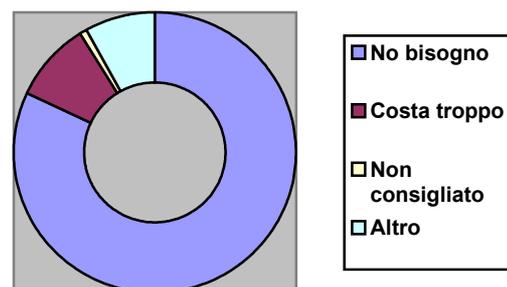
Quanti hanno difficoltà a masticare?

- Il 22% degli anziani intervistati presenta difficoltà alla masticazione; sopra i 74 anni si sale al 32%
- il 67% non si reca dal dentista
- Tra le persone che riferiscono difficoltà alla masticazione il 64 % porta una protesi dentaria.



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

- Circa un intervistato su tre (33%) ha effettuato una visita dal dentista nell'ultimo anno.
- Anche tra gli anziani che hanno riferito difficoltà a masticare, solo il 33% si è recato dal dentista. La percentuale delle donne (26%) è inferiore a quella degli uomini (55%).
- Il motivo principale per cui gli anziani con difficoltà alla masticazione non si sono recati dal dentista è di ritenere di non averne avuto bisogno (82%); il 9% non vi è andato per i costi troppo alti, l'1% perché non gli è stato consigliato.



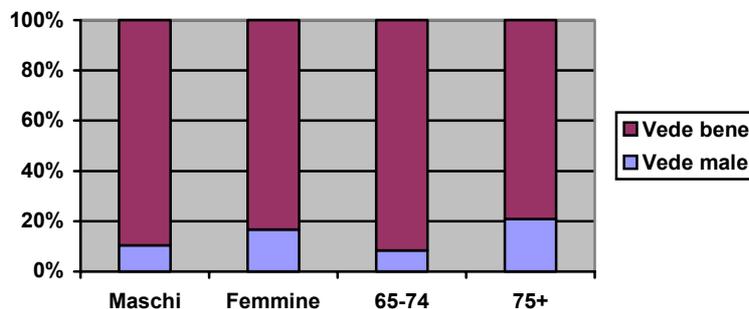
PROBLEMI DI VISTA E DI UDITO

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?

- Il 14% degli intervistati presenta problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali.
- Il 64% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.
- La prevalenza di questa disabilità percettiva è maggiore nelle donne ed aumenta col crescere dell'età: nella fascia d'età tra i 65 ed i 74 anni l' 8% degli intervistati è interessato, mentre sopra i 74 anni la percentuale sale al 21%.
- 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 % di alcune regioni del Nord al 30% di Basilicata e Campania.

Liguria: problemi di vista per sesso ed età



Quanti hanno problemi di udito?

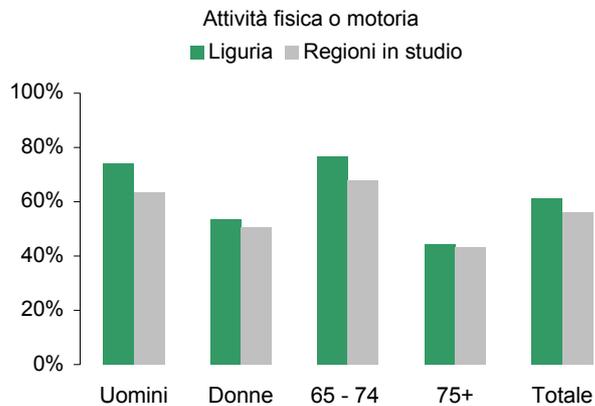
- Il 93% degli anziani intervistati riferisce di sentire bene: di questi un 4% utilizza una protesi acustica.
- Il 7% del campione presenta invece difficoltà uditive: tra questi solo il 20% porta una protesi acustica, mentre l'80% non la utilizza.
- La funzione uditiva peggiora col crescere dell'età: sopra i 74 anni il 9% degli intervistati presenta 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 7-13% 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 morbilità e mortalità anche nell'anziano; gioca inoltre un ruolo importante nella prevenzione delle cadute e della depressione.

Quanti praticano un'attività fisica?

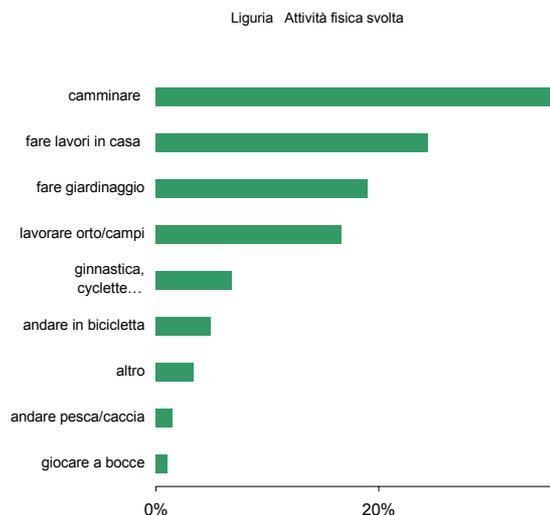
- Il 61% degli intervistati riferisce di aver praticato un'attività fisica per almeno 10 minuti nelle ultime due settimane.
- Gli uomini (74%) si "muovono" più delle donne (55%); con l'età varia la prevalenza del movimento: nella fascia 65-74 anni il 77% del campione è attivo, mentre sopra i 74 anni il valore scende al 44%.
- La percentuale di persone che riferiscono di praticare attività fisica in Liguria è più alta rispetto alla media delle Regioni in studio sia per sesso che per età. Nel dato complessivo il 56% riferisce di praticare attività fisica, 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.

Che tipo di attività fisica?

- L'attività fisica svolta principalmente è il camminare a passo sostenuto (36%), seguito dai lavori di casa (24%), dal giardinaggio (19%) e dal lavoro nell'orto o nei campi (17%).
- Queste attività sono eseguite in media 5 giorni alla settimana, senza grandi differenze per sesso e fascia d'età.



Quante ore alla settimana passate davanti alla televisione?

- Gli intervistati passano in media 3,7 ore al giorno davanti alla televisione : 3,8 ore per gli uomini e 3,6 ore per le donne.

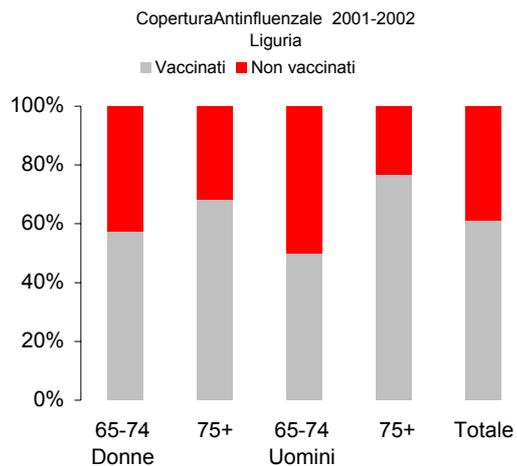
VACCINAZIONI - INFLUENZA

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

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

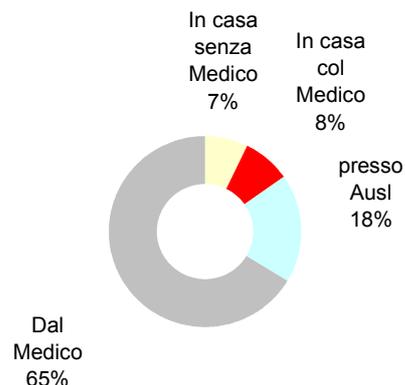
Quanti si sono vaccinati nella stagione 2001-2002?

- Il 96% del campione conosce il vaccino antinfluenzale a fronte del 95% del campione complessivo.
- Nella stagione 2001-2002 si è vaccinato il 62% degli anziani intervistati (il 59% nelle regioni in studio).
- La copertura vaccinale antinfluenzale è di poco superiore nelle donne (63% *vs* 61%) e cresce con l'età: nella fascia 65-74 anni riferisce di essere vaccinato il 54%, sopra i 74 anni il 71 % della popolazione.
- Il valore di copertura vaccinale in Liguria è maggiore a quello complessivo riscontrato nelle Regioni in studio (59%), sia per sesso sia per età.



Dove è stata effettuata la vaccinazione antinfluenzale?

- Il 73% delle persone intervistate riferiscono di essere state vaccinate dal medico di famiglia (il 65% in ambulatorio, l'8% al proprio domicilio) ed il 18% presso le strutture delle Aziende Sanitarie. Il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale si conferma importante per ottenere una buona copertura vaccinale nella popolazione anziana.
- Il 95% dei vaccinati riferisce di aver ricevuto la vaccinazione gratuitamente (il 92% nelle Regioni in studio).



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

- Tra i motivi principali della mancata vaccinazione :

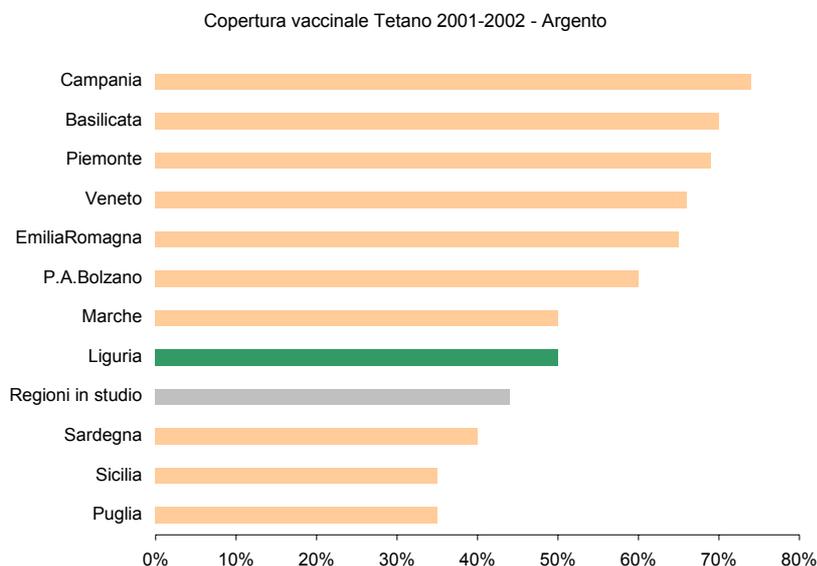
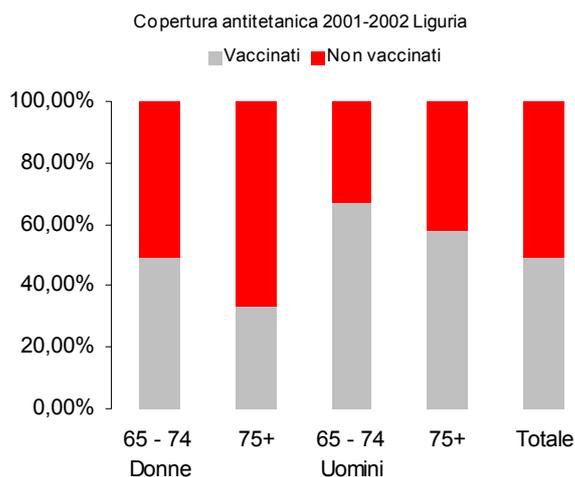
- l'influenza non è una malattia grave (20%)
- il soggetto non ne ha avuto bisogno (18%)
- il vaccino non è ritenuto efficace (14%)
- il vaccino non è stato consigliato (8%)
- la paura degli effetti collaterali (5%)

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 perché vaccinati in modo incompleto o perché l'immunità tende a ridursi con il tempo.

Quanti sono stati vaccinati contro il tetano?

- Il 49% riferisce di essersi vaccinato contro il tetano: il 13% del campione non ricorda se è stato vaccinato.
- La copertura vaccinale è maggiore tra gli uomini (stima 63%) rispetto alle donne (41%).
- La copertura diminuisce con l'età: nella fascia 65-74 anni sono vaccinati il 67% degli uomini e il 49% delle donne, mentre sopra i 74 anni il 58% degli uomini e il 33% delle donne



- I valori di copertura vaccinale in Liguria sono maggiori a quelli riscontrati nelle Regioni in studio, sia per sesso che per età .
- Per quanto riguarda l'interpretazione dei valori di copertura antitetanica, bisogna però considerare che, fra coloro che dichiarano di essere stati vaccinati, non tutti sembrano immunizzati in modo corretto, infatti:
 - solo un terzo dichiara di aver ricevuto 3 o più dosi
 - solo un terzo dichiara di aver ricevuto l'ultima dose negli ultimi 10 anni
 - il 42% dichiara di essere stato vaccinato in Pronto Soccorso (immunoglobuline?).

VACCINAZIONI - PNEUMOCOCCO

Quanti conoscono la vaccinazione antipneumococcica e quanti sono vaccinati?

- Il 15% degli intervistati (30 persone) conosce il vaccino antipneumococcico.
- Il 3% degli anziani intervistati (6 persone) ha effettuato la vaccinazione.
- Tra i pochissimi anziani vaccinati, la maggior parte riferisce di aver effettuato la vaccinazione su consiglio del medico.

CADUTE

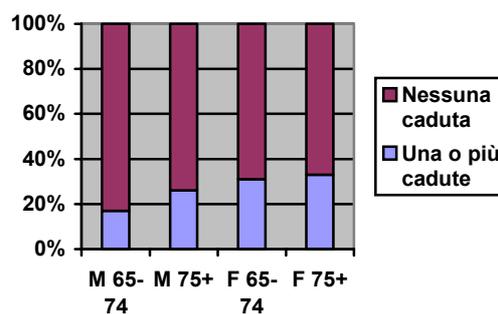
L'evento "caduta" è particolarmente rilevante nella vita dell'anziano, sia per la frequenza stimata del fenomeno (30%) sia per le conseguenze spesso invalidanti; la caduta comporta inoltre ripercussioni di tipo psicologico, caratterizzate dall'insicurezza con conseguenze riduzione delle attività quotidiane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

- Il 28% degli intervistati è caduto nell'ultimo anno; (F=32% M=21%).
- Col crescere dell'età aumenta il fenomeno: nella fascia 65-74 anni è caduto il 25% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni quasi un anziano su tre (31%) ha presentato questo problema.
- Tra le persone che sono incorse in cadute, il 54% è caduto una sola volta, il 35% due volte ed l'11% più di 2 volte.
- L'andamento è sovrapponibile al dato complessivo osservato nelle Regioni in studio

Liguria: cadute per sesso ed età



(media complessiva del 29%) e concorda con i dati ricavati dalla letteratura scientifica.

Dove sono caduti nell'ultimo anno?

- Il 43% delle persone riferisce di essere caduto in casa.
- Le cadute in casa sono avvenute più frequentemente in cucina, in camera da letto e in bagno.
- Il 53% è caduto fuori casa senza essere investito; il 3% è stato investito.

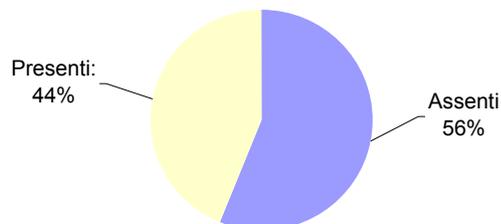
Quanti sono stati ricoverati in ospedale in seguito a una caduta?

- Il 24% degli intervistati riferisce di essere stato ricoverato almeno una volta a seguito di una caduta nel corso della vita.

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

- Il 44% delle persone coinvolte in cadute, avvenute oltre i 64 anni, riferisce difficoltà nello svolgere attività (camminare, portare pesi, alzarsi dalla seggiola o dal letto).

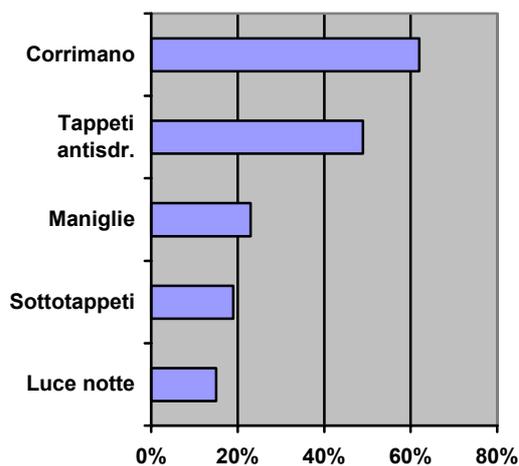
Esiti cadute sopra i 64 anni in Liguria



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

- Le misure precauzionali il cui uso potrebbe utilmente essere incrementato per evitare le cadute sono:
 - la luce accesa durante la notte;
 - il sottotappeto antiscivolo;
 - le maniglie nella vasca o nella doccia;
 - il tappeto antisdrucciolo nella vasca o nella doccia;
 - il corrimano nelle scale interne.

Misure di prevenzione adottate in Liguria

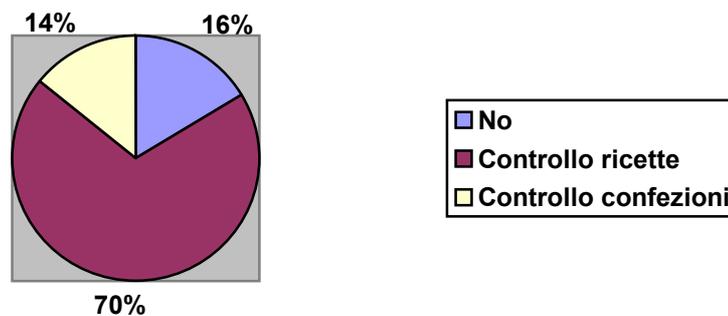


Quanti hanno assunto nell'ultima settimana medicine , compresi prodotti omeopatici?

- L'89% degli intervistati riferisce di aver assunto medicine nell'ultima settimana .
- I farmaci assunti sono relativi a:
 - sistema cardiovascolare 33%
 - sistema nervoso 18%
 - apparato gastrointestinale e metabolismo 16%
 - sistema muscolo-scheletrico 7%
 - sangue ed emopoietico 7%
 - altro 19%

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

Tra coloro che hanno assunto medicine nell'ultimo anno (il 97% degli intervistati), l'84% riferisce che il medico di famiglia ha verificato, almeno una volta, le medicine assunte. Solo nel 14%, però, il medico ha verificato di persona le confezioni dei farmaci, mentre nel 70% si è limitato a controllare le ricette.



CONCLUSIONI

A conclusione del nostro lavoro riteniamo importante domandarci quale può essere l'utilità pratica dei dati e delle informazioni raccolte per la Regione o per le ASL. Formuliamo pertanto alcune considerazioni, relativamente ai problemi per i quali si possono ipotizzare interventi realizzabili senza importanti modifiche dei budgets disponibili, e cioè attraverso un miglioramento dell'efficienza, dell'appropriatezza e della qualità dei servizi attualmente offerti.

Per quanto riguarda i problemi legati alla riduzione dell'autonomia personale o alla presenza di disturbi cognitivi, i nostri dati confermano che una gran parte del carico assistenziale grava sulle famiglie. Pertanto i servizi pubblici dovrebbero trovare forme di intervento che possano dare supporto diretto o indiretto alle famiglie, migliorando il sistema di accoglienza e di "presa in carico globale" a livello dei distretti socio-sanitari e trovando opportune forme di integrazione tra l'assistenza sociale e il servizio sanitario e, all'interno di quest'ultimo, fra l'assistenza intra e quella extra-ospedaliera.

Più in particolare, per quanto riguarda i disturbi cognitivi, ci sembra che il test minicog, utilizzato nello studio, dimostri di poter avere, per la sua elevata sensibilità e specificità, un possibile campo di applicazione nella pratica clinica di base o in indagini di prevalenza di interesse locale (ASL, Distretto).

Un altro bisogno di salute rispetto al quale i nostri dati evidenziano una risposta insufficiente è quello dei problemi di masticazione. In realtà, la prevalenza di problemi di questa natura è elevata e sembra correlata con il livello di istruzione e quindi con le condizioni socio-economiche.

Le Aziende Sanitarie Locali o la Regione potrebbero tentare di migliorare questo aspetto dell'assistenza, attraverso programmi mirati, anche nei limiti di quanto previsto dalla definizione dei LEA.

Per quanto riguarda le campagne di vaccinazione, si possono fare le seguenti osservazioni:

- la vaccinazione antiinfluenzale viene eseguita dal 62% degli anziani e quindi esiste spazio per ulteriori incrementi di copertura; sotto questo punto di vista è essenziale il ruolo del Medico di Medicina Generale; si rileva la possibilità di intervenire anche con azioni informative o educative, volte a contrastare la paura di eventuali effetti collaterali o i dubbi sulla scarsa efficacia del vaccino;
- per la vaccinazione antipneumococcica, qualora la Regione decidesse di promuovere programmi più estesi di vaccinazione, bisognerebbe procedere ad una migliore informazione dell'utenza; risulta infatti che solo il 15% degli anziani conosce tale vaccinazione;
- per quanto riguarda infine la vaccinazione antitetanica, il 49% degli anziani dichiarano di essere stati immunizzati (maschi 63%, femmine 41%); ma esistono giustificati motivi per dubitare della validità di tale immunizzazione in molti casi; infatti solo una minoranza di soggetti ricordano di aver avuto tre o più dosi, l'ultima delle quali entro gli ultimi dieci anni; molti soggetti riferiscono inoltre di essere stati vaccinati in Pronto Soccorso; esistono quindi i presupposti per incrementare questa vaccinazione nella popolazione anziana, particolarmente quella di sesso femminile.

I dati relativi alle cadute ripropongono la necessità di interventi volti a promuovere la sicurezza nell'ambiente domestico e nell'ambiente di vita in genere. In questo senso potrebbero essere utili iniziative di informazione/formazione rivolte sia alla popolazione che al personale sanitario (in particolare i MMG), relativamente ai fattori di rischio (comprese le interazioni farmacologiche) e ai fattori di protezione che possono influire sul fenomeno.

Per quanto riguarda infine il problema dei farmaci, dal nostro studio risulta come il controllo esercitato dai medici curanti non sia sempre adeguato. Si potrebbero quindi, anche in questo caso, prendere in considerazione iniziative di sensibilizzazione e di formazione rivolte al personale sanitario.

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 che di lavarsi o vestirsi, di andare al bagno da soli, spostarsi da una stanza all'altra, mangiare.

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 (8).

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 al momento dell'intervista.

Vaccinazione antipneumococco

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

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

Vaccinazione antitetanica

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

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

BIBLIOGRAFIA

- Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. Epidemiologia della cronicità in Italia. In: Rapporto Sanità 2001. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103-21.
- Istat – “Anziani in Italia” Bologna: Il Mulino, 1997
- Istat - Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000.
- Ministero della Sanità. <http://www.sanita.it/sdo/>
- Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività e i risultati) Roma 25 Novembre 1998.
- Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96-1013, April 1996, pp 3-9.
- Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP Ars Nova 2001 pp35-52.
- Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
- Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000. <http://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>
- Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
- Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:1021-7.
- Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med. 1989;320:1055-9.
- ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).
- Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:1214-21.
- Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc 1999;47:40-50.
- Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999;47:30-9.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Rassegna: La correzione di fattori di rischio multipli riduce le cadute nei pazienti anziani. <http://www.infomedica.org/ebm/papers/981010.phtml>
- Zhan C, Sangl J, Bierman AS et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey JAMA 2001;286:2823-2829.
- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30:992-1008.
- Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr Soc 2000; 438:883-93.
- Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. Sports Med 2001;31:427-38.
- Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. Am J Med 1997; 102 (1A): 35S-39S.
- Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. J Gerontol. 1994;49:M123-32.
- Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res 2000;79:970-5
- Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR, 1991 ; 40(RR12) :1-52
- Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. Bull WHO 1999; 77: 127-131.
- D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. Igiene Moderna 1995; 103: 209-222.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.
- Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 1991; 44: 98-106.
- Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 1994.