

Salute e Invecchiamento Attivo nella Regione Piemonte



foto di Giorgio Salvadori



foto di Giorgio Salvadori

2 – FATTORI DI RISCHIO, CONDIZIONI DI SALUTE E CURE



Indagine 2012

a cura di:

Maria Chiara Antoniotti, Orietta Mariani, Andrea Nucera
(*Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO*).

Questa pubblicazione e ulteriori informazioni sulla sorveglianza PASSI d'Argento sono consultabili agli indirizzi:

- www.epicentro.iss.it/passi-argento
- www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/961-passi-dargento-fascia-deta-oltre-i-64-anni.html

INDICE

	pag.
2.1 Stili di vita : attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo	1
2.2 Ipertensione arteriosa	12
2.3 Prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili	13
2.4 Problemi di vista, udito e masticazione	15
2.5 Cadute	19
2.6 Sintomi di depressione	22
2.7 Rischio di isolamento	24
2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci	25
2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana	28
2.10 Vaccinazione antiinfluenzale	29
2.11 Protezione dalle ondate di calore	31
2.12 Indicatori che descrivono fattori di rischio, condizioni di salute e cure: un confronto tra la regione Piemonte e i dati del Pool nazionale PDA	33
2.13 Conclusioni	33

2. Fattori di rischio, condizioni di salute e cure

Un invecchiamento attivo e in buona salute è frutto di diversi fattori che agiscono durante tutto il corso della vita e che, in base alle indicazioni dell'OMS, possono essere distinti in:

- determinanti trasversali: genere e cultura;
- determinanti legati al sistema dei servizi sanitari e sociali (ad esempio le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie);
- determinanti comportamentali (ad esempio attività fisica e fumo);
- determinanti legati a fattori individuali (ad esempio fattori biologici e psicologici);
- determinanti economici (ad esempio reddito e sistemi di previdenza sociale).

Per questo, già prima dei 65 anni è essenziale promuovere stili di vita salutari e ridurre i principali fattori di rischio comportamentali correlati alle malattie croniche (sedentarietà, alimentazione non corretta, fumo e abuso di alcol).

Col progredire dell'età è inoltre importante prevenire e ridurre disabilità e mortalità prematura, ad esempio, col contrasto al fenomeno delle cadute e ai problemi di vista e udito.

In una prospettiva rivolta a tutte le fasi della vita, "Rimanere in buona salute" è un obiettivo essenziale che coinvolge i servizi sociali e sanitari e tutti i settori della società civile, oggi più che mai, chiamati a costruire un ambiente sicuro e "salutare" in una società realmente "*age-friendly*".

2.1. Stili di vita: attività fisica, abitudini alimentari, alcol e fumo

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto se si considera l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative. Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità). Per questo motivo, la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali patologie croniche.

2.1.1 Attività fisica

Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza sugli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra gli uomini e le donne con 65 anni e più.

Una regolare attività fisica ritarda il declino funzionale, riduce il rischio di malattie croniche e di cadute, migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico e aiuta a restare il più a lungo possibile indipendenti; questo vale non solo per le persone in buona salute, ma anche per quelle con malattie croniche.

Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età.

Per indagare l'attività fisica PASSI d'Argento adotta il PASE (Physical Activity Score in Elderly) un sistema validato a livello internazionale che rileva il livello di attività fisica della popolazione ultra 64enne attraverso una serie di domande riferite a una settimana di vita normale. In questo quadro l'attività fisica viene suddivisa in tre tipologie: le attività di svago e sportive, le attività domestiche e sociali, le attività lavorative.

L'attività di tempo libero include: passeggiate fuori casa, attività sportive e ricreative leggere, moderate e intense. Per ciascuna di queste cinque attività si è chiesto di segnalare quanti minuti o ore ogni giorno sono stati spesi.

L'attività domestica comprende: attività di tipo leggero o più pesanti, riparazioni domestiche, il giardinaggio, la cura dell'orto e la cura di un'altra persona bisognosa di assistenza. Per questo tipo di attività è chiesto solo se l'attività viene svolta o meno.

Per quanto riguarda il lavoro o il volontariato, viene considerato attività solo quello che prevede del movimento. Si escludono quindi le attività lavorative sedentarie.

In rapporto alla frequenza settimanale e all'intensità con cui le varie attività vengono svolte, si calcola un punteggio (PASE score) ottenuto moltiplicando per un peso attività-specifico l'ammontare del tempo (ore/giorno) delle attività sportivo-ricreative o lavorative oppure l'esecuzione (sì/no) delle attività domestiche o sociali; il PASE score totale è ottenuto sommando i singoli PASE score attività-specifici.

Sono stati definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 anni e più che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma¹ e quelli che hanno avuto bisogno dell'aiuto del proxy per effettuare l'intervista.

Non essendoci degli standard universalmente accettati per valutare l'attività fisica misurata con il punteggio PASE e tenendo conto che la popolazione con 65 anni e più è molto eterogenea, in PASSI d'Argento si è deciso di suddividere gli ultra 64enni considerati eleggibili in 6 strati sesso-età specifici (uomini e donne di 65-74 anni, 75-84 anni, 85 anni e oltre). All'interno di ogni strato sono stati calcolati i valori percentili della curva di distribuzione del PASE score totale sui dati nazionali e, in mancanza di cutoff validi universalmente, è stata valutata la % di persone con un punteggio al di sotto di alcuni valori percentili selezionati (50°, 25°, 10° del pool nazionale).

In questo modo non abbiamo una definizione assoluta ma un confronto rispetto ai coetanei e ai cogenitori; questo metodo, dunque, risulta essere più "severo" con i più giovani e gli uomini, che sono le persone con i punteggi tendenzialmente più elevati.

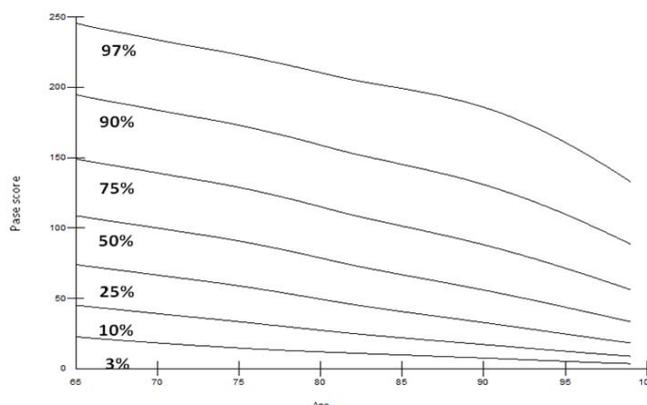
Nel Pool nazionale il valore mediano del PASE score è risultato 93.3 (con range da 1.4 a 397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori mediani della popolazione calcolati per uomini e donne sono statisticamente differenti (99 vs 90).

¹ Persone che riescono a spostarsi da una stanza all'altra solamente se aiutate o non riescono proprio a farlo.

Osservando le curve dei principali percentili del PASE score dell'intera popolazione ultra64enne del pool di PASSI d'Argento 2012 appare evidente che l'attività fisica diminuisce all'aumentare dell'età.

Questa diminuzione è maggiore in termini assoluti per i percentili più elevati, in proporzione è invece maggiore per i percentili più bassi: per esempio, passando dai 65 anni all'età più avanzata il PASE score nella curva del 10° percentile scende da 49 a 10 (-39 in termini assoluti; -80% in proporzione), nella curva del 90° percentile il PASE score scende all'incirca da 192 a 71 (-121 in termini assoluti; -63% in proporzione). Ciò indica che, invecchiando, le persone di 65 anni che fanno poca attività fisica tendono a dimunirla ancora di più di quanto accade alle persone più attive fisicamente.

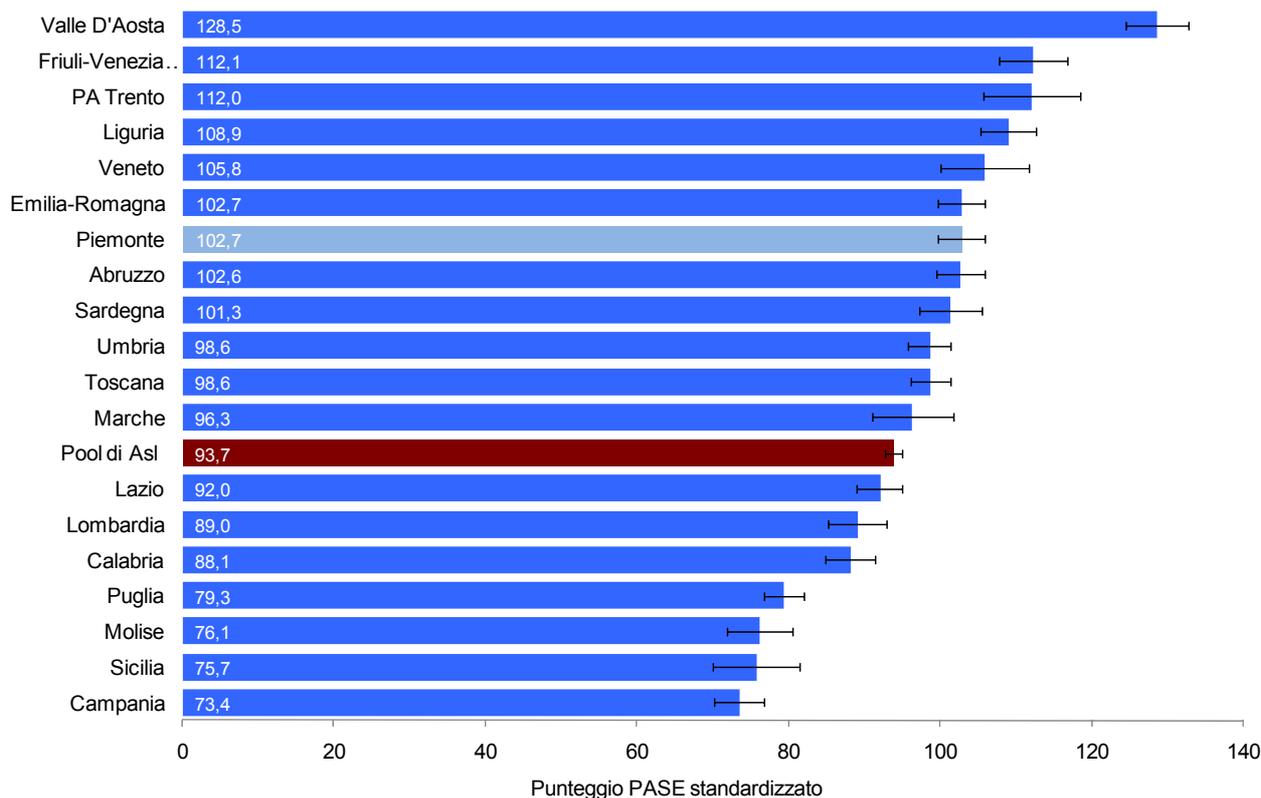
Principali percentili di PASE score per età
Indagine PASSI d'Argento
Pool nazionale



2.1.1.1 Quanti sono attivi fisicamente?

Standardizzando i valori per genere ed età è possibile confrontare i valori medi del PASE score delle Regioni che hanno partecipato a PASSI d'Argento nel 2012: il valore del Piemonte (102,7) risulta significativamente più elevato di quello del Pool nazionale (93,7) segnalando quindi per il Piemonte una maggiore diffusione di attività fisica tra le persone con 65 anni e più rispetto al resto del territorio nazionale. Questa differenza risulta ancora maggiore rispetto ad alcune Regioni del Sud Italia che, analogamente a quanto si osserva nelle età più giovanili con indicatori differenti, fanno registrare i più bassi livelli attività fisica.

PASE score per Regione partecipanti (valore medio standardizzato con i.c. 95%)
Indagine PASSI d'Argento



Un maggiore livello di attività fisica in Piemonte rispetto al Pool nazionale si conferma per entrambi i generi in tutte le classi di età studiate, dal momento che la percentuale di persone con valori di PASE score al di sotto dei valori di Pool è, in Piemonte, sempre inferiore a quella del percentile di riferimento (50% per il 50°, 25% per il 25°, 10% per il 10°). Per esempio: sia gli uomini che le donne tra 75 e 84 anni che hanno un PASE score inferiore alla mediana del Pool sono in Piemonte il 43% rispetto al 50% di quanto avviene nel Pool.

A parità di classe di età, in Piemonte, le donne registrano proporzioni di persone al di sotto del valore percentile di Pool femminile generalmente superiori a quelle osservate tra gli uomini (rispetto ai valori di Pool maschili). Ad esempio tra i 65 ed i 74 anni di età la proporzione di persone che fanno registrare un PASE score inferiore a quello del 25° percentile del Pool sono il 13% tra gli uomini ed il 18% tra le donne (invece del 25% che si osserva nel Pool). Ciò significa che, per la popolazione con 65 anni e più, la maggiore attività fisica osservata in Piemonte rispetto al Pool riguarda entrambi i generi ma la differenza è più elevata per gli uomini.

**PASE score:
numero persone eleggibili e
% persone con PASE score al di sotto dei valori di Pool di alcuni percentili**
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte

Gruppi di età	Intervistati eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n (% sugli eleggibili)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
Uomini 65-74	283 (25,3%)	35%	13%	5%
Uomini 75-84	149 (13,4%)	43%	17%	7%
Uomini 85 e più	33 (3,0%)	39%	21%	5%
Donne 65-74	344 (30,7%)	39%	18%	5%
Donne 75-84	229 (21,7%)	43%	11%	1%
Donne 85 e più	61 (5,8%)	40%	5%	5%
Totale persone con 65 anni e più	1099 (100%)	44%	19%	7%

* eleggibili per PASE score= persone autonome nella deambulazione e che non hanno usufruito dell'aiuto del proxy per sostenere l'intervista

** totale eleggibili Pool nazionale per PASE score PDA 2012 (n=16.811)

2.1.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. Nelle persone con 65 anni e più, possono manifestarsi problemi nutrizionali secondari tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari, entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire l'invecchiamento. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

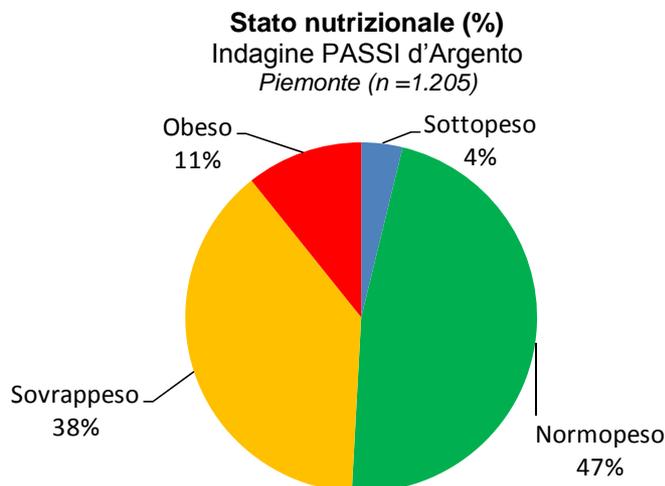
Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obeso (IMC ≥ 30). In PASSI d'Argento questo indice viene calcolato sui dati riferiti dall'intervistato.

Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulino-dipendente. Secondo stime dell'OMS complessivamente lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile di circa un terzo degli eventi coronarici e di circa il 10% di ictus cerebrale. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata per proteggersi da queste ed altre patologie e assicurare un rilevante apporto di nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti. Per questo motivo, in accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno (five-a-day) di frutta o verdura, insalata o ortaggi, PDA misura il consumo di questi alimenti.

2.1.2.1 Qual è lo stato nutrizionale delle persone con 65 anni e più?

Per le persone con 65 anni e più, Passi d'Argento (PDA) nel 2012 stima che

- quasi la metà (47%) sia normopeso;
- il 38% sia in sovrappeso;
- l'11% sia in condizione di obesità;
- il 4% sia sottopeso.



2.1.2.2 Tra quali persone è più diffuso l'eccesso ponderale?

L'eccesso ponderale risulta maggiormente diffuso tra gli uomini (57% rispetto al 43% osservato tra le donne).

L'associazione con il genere viene confermata anche quando studiata con l'uso di una analisi logistiche multivariata insieme alle altre variabile.

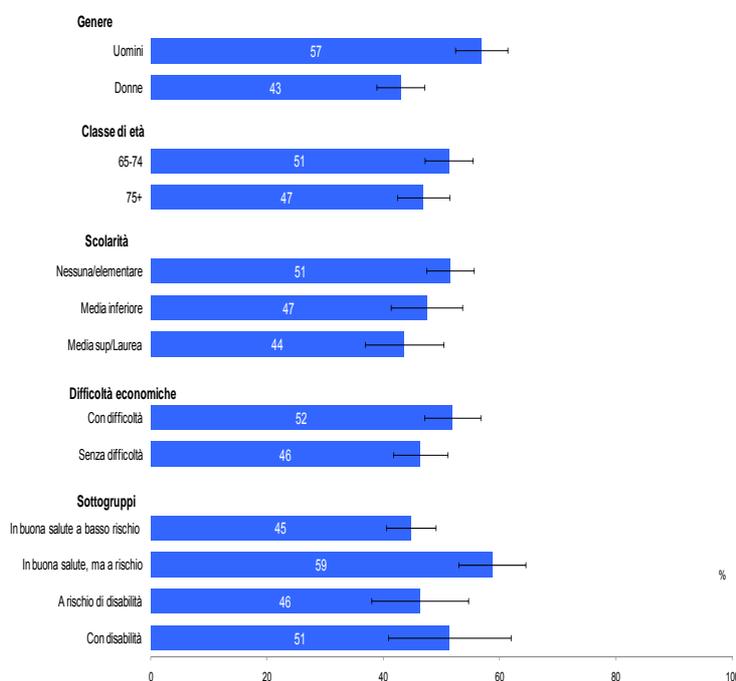
Questa modalità di analisi statistica individua anche una significativa associazione tra un maggiore eccesso ponderale ed un basso livello di scolarità: altre scolarità vs elementare o nessun titolo ORadj 0,7 (i.c.95% 0,5-0,9).

Non si osservano invece differenze significative di prevalenza di eccesso ponderale in base all'età ed alla situazione economica.

Persone in eccesso ponderale (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =1.205)

Totale = 49,2% (IC95% 46,1–52,2)



2.1.2.3 Quante persone con 65 anni e più hanno perso peso?

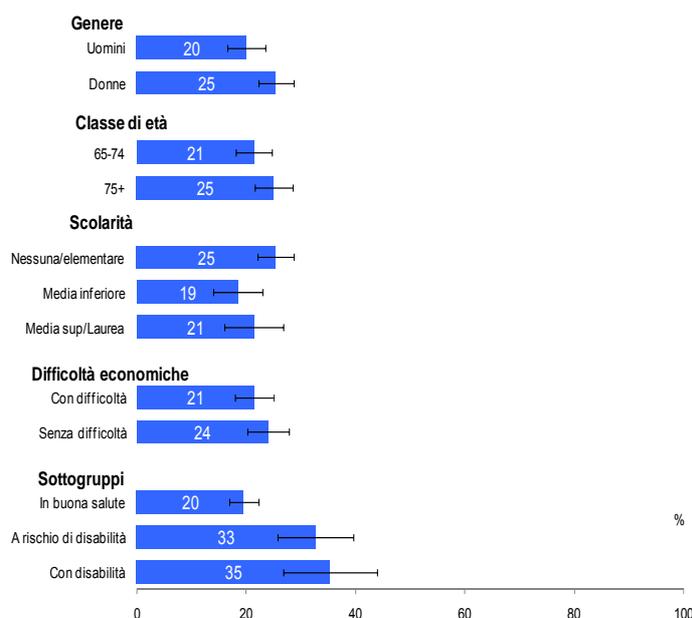
Il 23% delle persone con 65 anni e più afferma di avere perso peso nell'ultimo anno, senza differenze significative per età, genere, scolarità e condizione economica.

La perdita di peso si conferma invece condizione associata a condizioni di debolezza della persona anziana: hanno perso peso nell'ultimo anno il 20% delle persone in buona salute e oltre un terzo di quelle "a rischio di" o "con" disabilità.

Persone che hanno perso peso nell'ultimo anno (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =1.384)

Totale = 23,2% (IC95% 20,8–25,2)

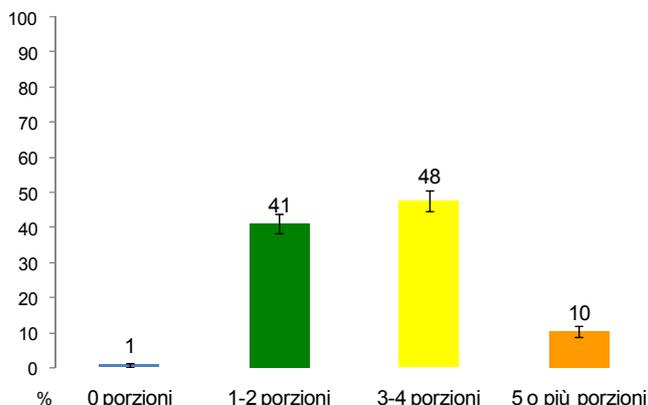


2.1.2.4 Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumano le persone con 65 anni e più?

Tra le persone con 65 anni e più

- il 10% consuma almeno le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno (“five a day”);
- quasi la metà (48%) consuma 3 o 4 porzioni giornaliere;
- il 41% consuma solo 1-2 porzioni.

Consumo di frutta e verdura (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1380)



2.1.2.5 Tra quali persone è più diffuso il consumo di almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno?

PDA stima che in Piemonte il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno riguarda il 58% della popolazione con 65 anni e più.

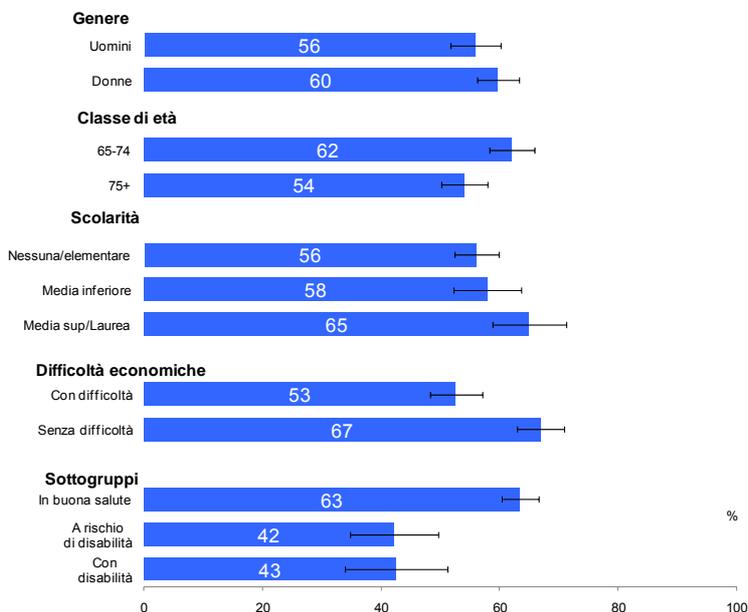
Consumare almeno tre porzioni di frutta e verdura è più frequente tra:

- le persone senza difficoltà economiche;
- le persone con età compresa tra 65 e 74 anni (62% rispetto a 54% di chi ha 75 anni o più);
- le persone con scolarità elevata (65% tra chi ha un diploma di scuola media superiore o una laurea vs 56% di chi ha scolarità elementare).
- le persone in buona salute

L'associazione con le difficoltà economiche e con le condizioni di buona salute si conferma anche con l'uso di analisi statistiche più complesse (modelli di regressione logistica multivariata).

Persone che consumano almeno 3 porzioni di Frutta e verdura* (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1380)

Totale = 58,1% (IC95% 55,4–60,8)



* Poiché il consumo di frutta e verdura contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità e con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

2.1.3 Consumo di alcol

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età. La fascia di popolazione con 65 anni e più è ad elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. A partire dai 50 anni circa la quantità d'acqua presente nell'organismo diminuisce e l'alcol viene dunque diluito in una quantità minore di liquido: questo significa che, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati. A questo fenomeno si aggiunge il ridotto funzionamento di alcuni organi come il fegato ed i reni, che non riescono più a svolgere pienamente la funzione di inattivare l'azione tossica dell'alcol e permetterne l'eliminazione dall'organismo. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, nonché di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. Inoltre l'alcol interferisce spesso con l'uso dei farmaci e la maggior parte delle persone anziane assume più di un farmaco quotidianamente.

Pertanto, in età avanzata, anche un consumo moderato di alcol può causare problemi di salute. Le Linee Guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (330 ml di birra, 125 ml di vino o 40 ml di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e in particolare il numero di persone che bevono più di un'unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno. Infine è stato stimato il numero di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

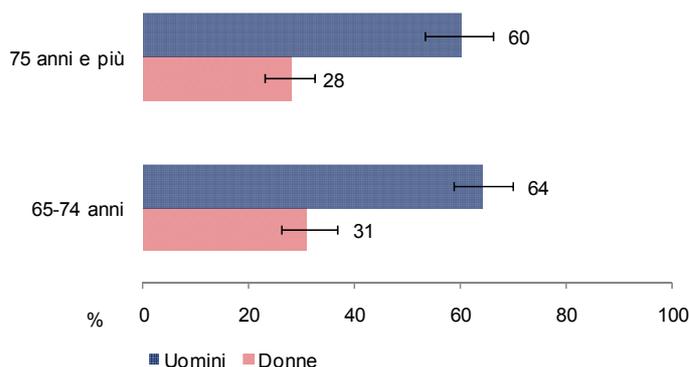
2.1.3.1 Quanti consumano bevande alcoliche?

PDA stima che in Piemonte il 43% delle persone con 65 anni e più consumi bevande alcoliche

La prevalenza passa dal 47% tra i 65-74 anni al 40% per le persone con 75 anni e più.

Indipendentemente dall'età, il consumo risulta più diffuso tra gli uomini rispetto alle donne (valore complessivo per la popolazione con 65 anni e più: 62%uomini vs 29% donne).

Consumo di alcol per genere e classi di età (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n=1.384)



2.1.3.2 Quanti sono i bevitori a rischio e tra chi sono più diffusi?

PDA stima che il 23% delle persone con 65 anni e più sia un bevitore a rischio, ovvero consumi più di 1UA al giorno.

Si tratta di una condizione più frequente tra:

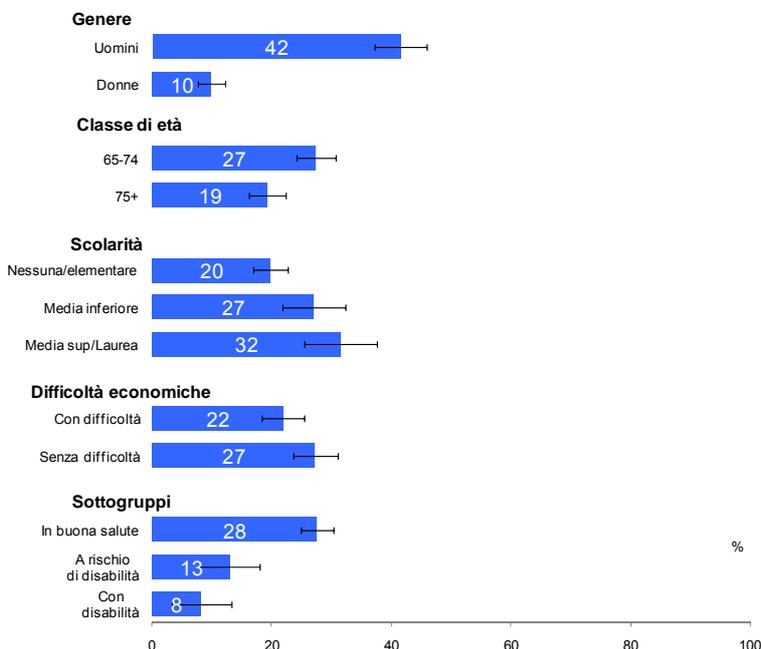
- gli uomini (42% vs 10% delle donne);
- le persone con 65-74 anni e più (27% vs 19% dai 75 anni in avanti);
- le persone con scolarità elevata (32% media superiore e laurea);
- le persone in buona salute (28%).

Il genere risulta la variabile indipendente associata al consumo di alcol a rischio anche con l'utilizzo di analisi statistiche più complesse (modelli di regressione logistica multipla) che considerano tutte le variabili sopra esaminate.

Consumo di alcol a rischio* (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =1.384)

Totale = 23,3% (IC95% 21,1 – 25,6)



*Per popolazione con 65 anni e più: > 1 U.A./die.

Poiché il consumo di alcol a rischio contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

2.1.3.3 Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Riferendo le stime di PDA alla popolazione del Piemonte risulta che:

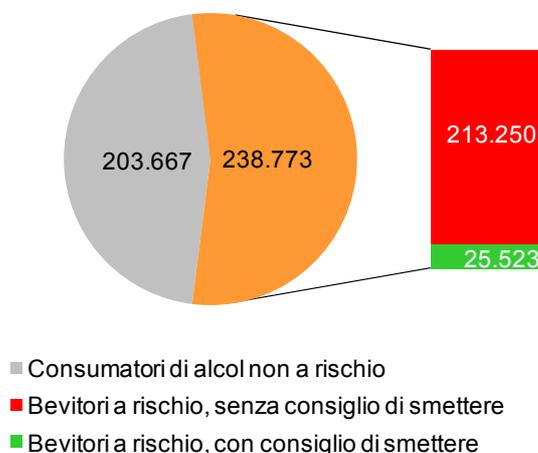
- le persone con 65 anni e più che consumano alcol sono 442.440;
- 238.773 (54% dei consumatori) sono i bevitori a rischio ovvero coloro che assumono più di 1 U.A. al giorno).

Tra i consumatori a rischio:

- 213.250 persone (89%) non hanno ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o di un operatore sanitario;
- solo 25.523 (11%) riferiscono questo consiglio

Consumo di alcol e consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario

(proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =1.023.195)

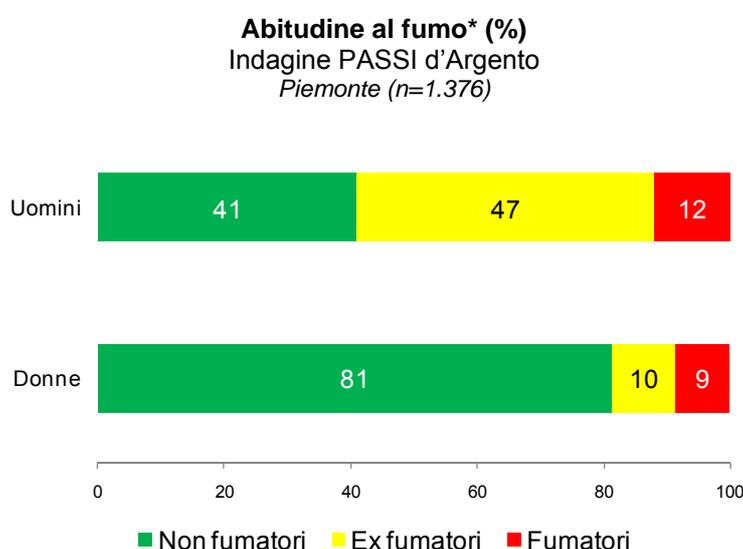


2.1.4 Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY - disability-adjusted life year).

Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

2.1.4.1 Come è distribuita l'abitudine al fumo?



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento dell'intervista.

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di non fumare al momento dell'intervista.

***Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e non fuma al momento dell'intervista.

Tra le persone con 65 anni e più PDA stima che in Piemonte:

- circa 1 su 10 (10%) fumi;
- circa 1 su 4 (29%) sia un ex fumatore;
- la maggior parte (61%) non abbia mai fumato.

Tra i fumatori circa 2 su 3 (66%) fumano più di 10 sigarette al giorno e, in considerazione dell'età, possono essere considerati forti fumatori.

Tra i due generi la prevalenza di fumatori è simile (uomini: 12%, donne:9%); esistono invece evidenti differenze relativamente a ex fumatori (uomini 47% vs donne 10%) e non fumatori (uomini 41% vs donne 81%).

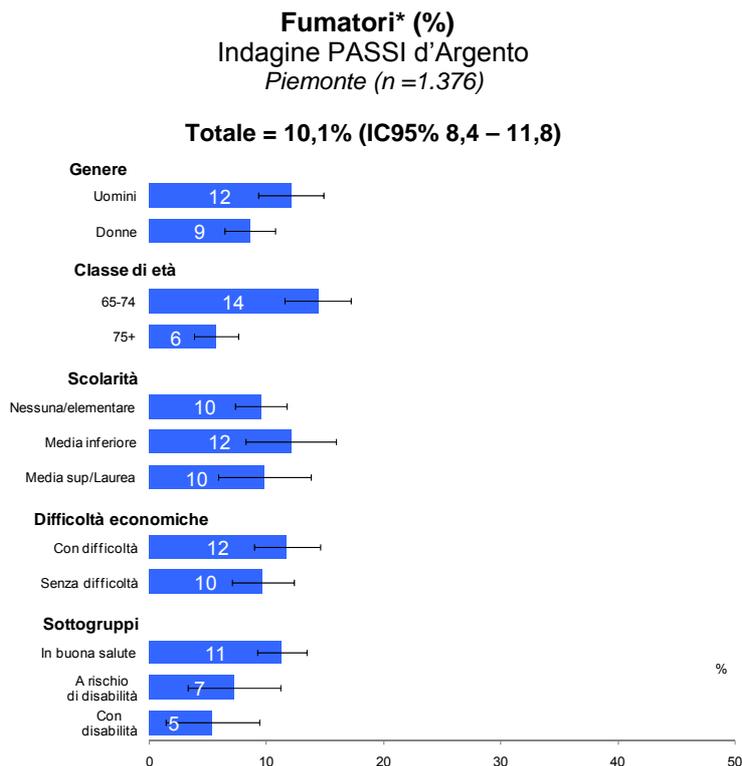
2.1.4.2 Quanti sono fumatori? Tra quali persone sono più diffusi?

Il 10% delle persone con 65 anni e più può essere considerato fumatore perché fuma attualmente e dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita.

Questo comportamento risulta più diffuso tra le persone con 65-74 anni (14% vs 6% tra le persone con 75 anni e più).

Non si osservano differenze di prevalenza dei fumatori per scolarità, difficoltà economiche e sottogruppi di popolazione.

L'associazione tra abitudine al fumo ed età si conferma anche con l'utilizzo di modelli di analisi di regressione logistica multivariata che considera le variabili sopramenzionate.



*Poiché l'abitudine al fumo contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

2.1.4.3 Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?

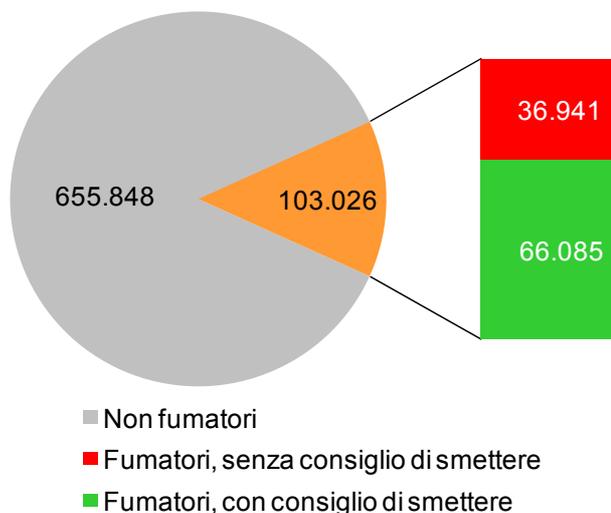
Riferendo la nostra osservazione alla popolazione del Piemonte si rileva che:

Il totale delle persone con 65 anni e più che fumano è 103.026 (10% della popolazione).

Tra i fumatori, 66.085 (64%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario, 36.941 (36%) invece non l'hanno ricevuto.

Tra le 9 persone che hanno smesso da meno di 12 mesi, 7 dichiarano di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico.

Abitudine al fumo e consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario (proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.023.195)



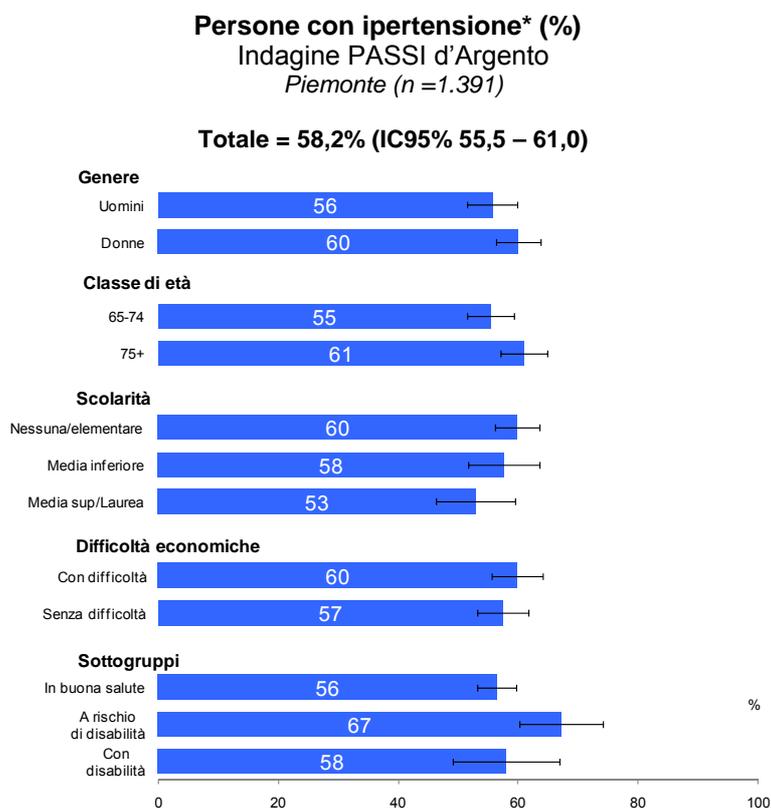
*Fumatore: persona che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento dell'intervista.

2.2 Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie cardio e cerebrovascolari e, di conseguenza, è associata ad elevati tassi di mortalità, morbilità e disabilità. Particolarmente frequente nelle persone con 65 anni e più, ed anzi caratteristica di questa fascia di età, è l'ipertensione sistolica isolata, definita dall'associazione di una pressione arteriosa sistolica superiore a 159 mmHg con diastolica inferiore a 90 mmHg. La sua prevalenza cresce all'aumentare dell'età, dallo 0,8% a 50 anni fino al 23,6% all'età di 80 anni ed è dimostrato che anche l'ipertensione sistolica isolata, non meno di quella sisto-diastolica, aumenta il rischio cardiovascolare.

Per entrambe le forme di ipertensione, studi clinici randomizzati hanno dimostrato l'efficacia del trattamento antipertensivo nel ridurre la mortalità e la morbilità attribuibili all'ipertensione. Il trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa si basa sull'adozione di misure comportamentali, quali la dieta, l'esercizio fisico moderato, la cessazione dell'eventuale abitudine al fumo e la riduzione del consumo di alcolici.

2.2.1 Quanti sono gli ipertesi e tra quali persone è più diffusa l'ipertensione?



*Poiché l'ipertensione contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

PDA stima che in Piemonte gli ipertesi costituiscono il 58% delle persone con 65 anni e più

In questa popolazione la prevalenza dell'ipertensione non mostra differenze significative in relazione a genere, età, scolarità e difficoltà economiche.

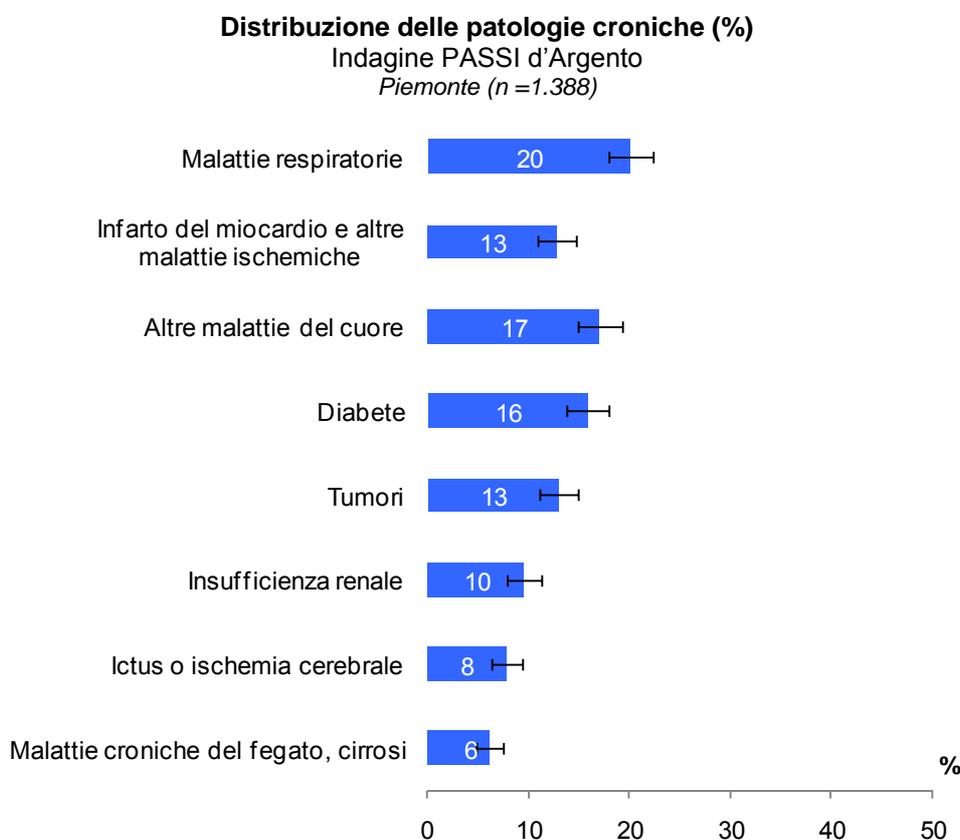
Non si segnalano differenze significative neppure tra le persone in buona salute e quelle a rischio o con disabilità.

2.3 Prevalenza della malattie croniche non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative quali, ad esempio, quelle cerebro-cardiovascolari, i tumori, il diabete, le malattie respiratorie croniche ostruttive, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età risulta inoltre sempre più frequente la presenza di comorbidità ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche.

Non bisogna dimenticare che molte di queste patologie hanno fattori di rischio comuni per i quali esistono misure di prevenzione efficaci in grado quindi di diminuire la prevalenza delle patologie o di ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede che vengano implementate queste misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, i loro esiti disabilitanti.

2.3.1 Qual è la prevalenza di patologie croniche nella popolazione con 65 anni e più?



Più della metà (61%) delle persone con 65 anni e più riferisce almeno 1 patologia cronica (50% 1 o 2, patologie, l'11% 3 o più).

PDA stima che in Piemonte la prevalenza delle principali patologie croniche tra le persone con 65 anni e più, vari dal 20% per le malattie respiratorie al 6% per quelle croniche del fegato.

Le prevalenze di tumori e di malattie ischemiche del cuore risultano ciascuna del 13%. Altre malattie del cuore sono segnalate dal 17% della popolazione con 65 anni e più.

Il 16% riferisce diabete.

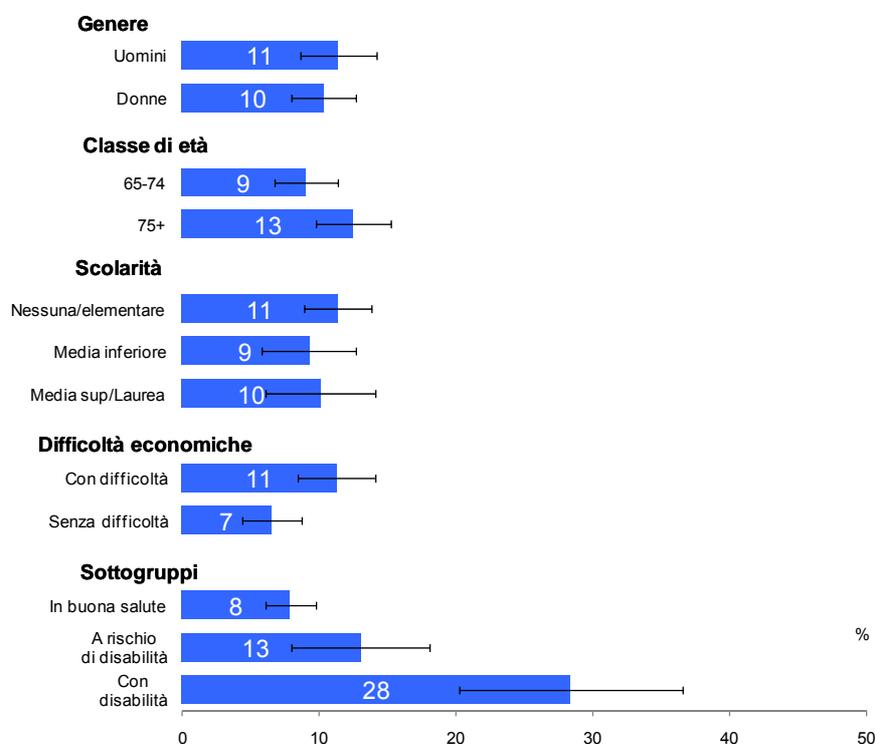
2.3.2 Quanti riferiscono 3 o più patologie croniche e tra quali persone questa condizione è più diffusa?

Persone che riferiscono 3 o più patologie croniche *(%)

Indagine PASSI d'Argento

Piemonte (n =1.388)

Totale = 10,8 (9,0-12,6)



* Poiché avere patologie croniche contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

Più di una persona su 10 (11%) riferisce di avere almeno 3 patologie croniche

Differenze di genere, età, scolarità e difficoltà economiche non modificano di molto questa prevalenza, anche se l'assenza di difficoltà economiche risulta associata statisticamente (anche con un modello di regressione logistica multivariata) ad una minore proporzione di persone con almeno 3 patologie croniche.

Come atteso, la quota di persone con almeno 3 patologie croniche è minore tra le persone in buona salute rispetto a quelle a rischio o con disabilità

2.4 Problemi di vista, udito e masticazione

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione della persone con 65 anni e più, peggiorandone la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione. I problemi di vista costituiscono inoltre un importante fattore di rischio per le cadute in età avanzata.

La salute orale costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante per la salute complessiva della persona e con il progredire dell'età, le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale del peso con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità. I problemi masticatori influenzano inoltre la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico.

2.4.1 Problemi di vista

L'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione (WHO 2011), pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. Glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta costituiscono, secondo il *National Eye Institute*, le principali patologie oculari correlate all'età (NIH, 2004). La maggior parte di queste patologie sono prevenibili, ma per questo e per potenziare i servizi di riabilitazione in favore di chi è affetto da deficit visivo, è di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia. PASSI d'Argento ha stimato la proporzione di anziani con problemi di vista, con particolare riferimento alla visione da vicino ("per leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio e fare piccoli lavori"); in Piemonte si è anche indagato quante persone utilizzano occhiali per vedere da vicino.

2.4.1.1 Quanti non vedono bene da vicino? Tra quali persone questo problema è più diffuso?

L'84% delle persone con 65 anni e più usa gli occhiali per leggere il giornale o vedere da vicino.

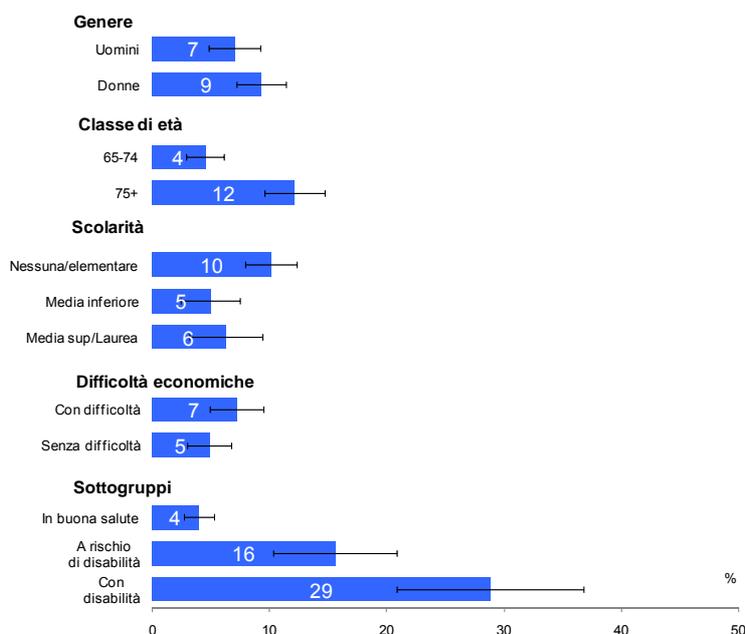
Indipendentemente dall'uso o meno di occhiali, l'8% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi a vedere da vicino.

Questi problemi sono particolarmente diffusi tra le persone con 75 anni e più (12%) e con disabilità (29%).

Età e condizioni di salute risultano le variabili associate alla prevalenza di problemi di vista anche l'uso di modelli di regressione logistica multipla che considerano anche genere, scolarità e difficoltà economiche.

Problemi di vista riguardano circa 1 persona su 4 di quelle che non usano gli occhiali e risultano più diffusi anche tra coloro che sono caduti negli ultimi 30 giorni (17%).

Persone con problemi di vista * (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.393)
Totale = 8,3% (IC95% 6,8 – 9,8)



*Problemi di vista: difficoltà a leggere il giornale, cucire, leggere l'ora sull'orologio, fare piccoli lavori, indipendentemente dall'uso di occhiali. Poiché avere problemi di vista contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

2.4.2 Problemi di udito

La riduzione della capacità uditiva è un fenomeno comune nell'invecchiamento e viene definita presbiacusia. Si stima che circa il 30-35 % della popolazione compresa nella fascia di età 65 – 75 anni sia affetta da presbiacusia e la prevalenza sale al 50% per le persone con 75 anni e più.

La presbiacusia è un fenomeno progressivo, bilaterale e il più delle volte silente, del quale gli individui non sono spesso consapevoli, mentre il problema non sfugge a conviventi e conoscenti. Numerose classi di farmaci, tra cui diuretici, antibiotici e anti-infiammatori, sono responsabili di danni a carico dell'apparato uditivo, specie in presenza di una ridotta funzionalità renale, situazione la cui frequenza aumenta tra i più anziani.

La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà a comunicare con gli altri si ripercuotono negativamente sulla vita fisica, emotiva e sociale della persona, che presenta con maggior frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e un minore coinvolgimento nelle attività sociali.

La diagnosi della presbiacusia, semplice e poco dispendiosa, ed il suo trattamento rappresentano, quindi, una importante priorità di salute pubblica. In particolare risulta di grande rilevanza per l'anziano l'accesso ai servizi diagnostici audiologici, ai fini della prevenzione delle complicanze che questo deficit sensoriale può comportare.

PASSI d'Argento ha stimato la proporzione di anziani con problemi di udito interrogandoli sulla capacità di "sentire bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno"; in Piemonte si è anche indagato quante persone con 65 anni e più utilizzano apparecchi acustici.

2.4.2.1 Quanti hanno problemi di udito? Tra quali persone questi problemi sono più diffusi?

Il 6% delle persone usa apparecchi acustici

Indipendentemente dall'uso o meno di apparecchi acustici, il 13% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di udito che procurano difficoltà "a fare quattro chiacchiere".

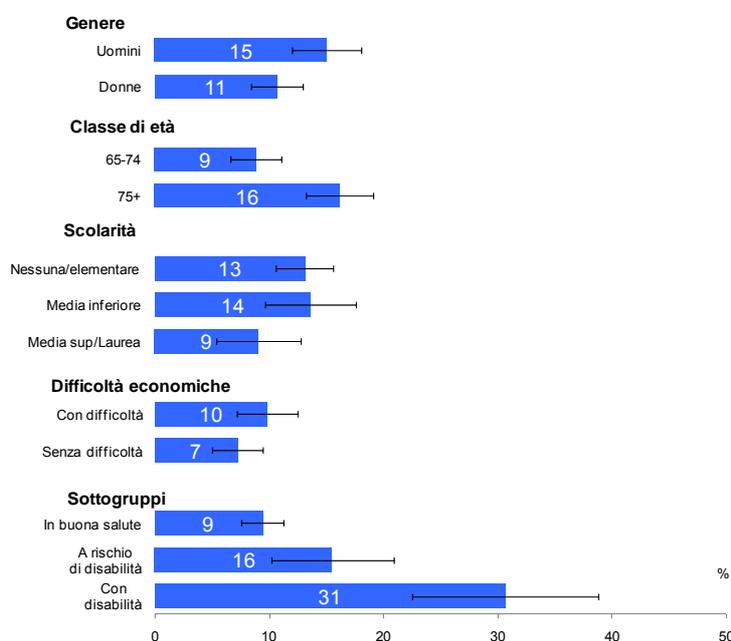
I problemi di udito sono più frequenti fra le persone con 75 anni e più (16% vs 9% delle persone tra 65 e 74 anni) e tra le persone con disabilità (31%).

Età e condizioni di salute risultano le variabili associate alla prevalenza di problemi di udito anche l'uso di modelli di regressione logistica multipla che considerano anche genere, scolarità e difficoltà economiche.

La prevalenza dei problemi di udito non cambia in modo significativo tra chi usa apparecchi acustici (15,0% IC: 6,3-23,8) e chi li non usa (12,4% IC: 10,5-14,3).

I problemi di udito sono più frequenti tra le persone che si trovano in una situazione di isolamento sociale (22% vs 11% di chi non lo è).

Persone con problemi di udito* (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =1.392)
Totale = 12,5% (IC95% 10,7 – 14,4)



* Indipendentemente dall'uso di apparecchio acustico non sente bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno.

Poiché avere problemi di udito contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

2.4.3 Problemi di masticazione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei paesi a Sviluppo Avanzato, i problemi di salute orale sono il quarto disturbo più costoso. Le persone più anziane molto spesso non ricevono adeguati trattamenti per mancanza di consapevolezza, difficoltà di accesso ai servizi, ma anche per l'idea sbagliata che gli anziani non possano giovare di misure preventive e di interventi di educazione alla salute orale. I problemi di salute orale delle persone con 65 anni e più non sono solo legati alla cattiva masticazione e alla perdita dei denti, includono anche problematiche quali la xerostomia, nota anche come secchezza delle fauci, molto spesso collegata all'assunzione prolungata di farmaci o a patologie tumorali del cavo orale, riconducibili all'abitudine al fumo e al consumo eccessivo di alcol (fattori di rischio comportamentali associati a molte altre patologie che possono si manifestano con maggiore frequenza in età avanzata).

Le difficoltà di masticazione possono limitare l'assunzione di importanti alimenti più difficili da masticare, determinando talvolta problemi di malnutrizione e anche perdita di peso.

La mancanza di denti o comunque una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima.

Esistono cure efficaci per i problemi di salute orale. Inoltre, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia di interventi di promozione della salute orale.

La prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita ed è particolarmente importante per gli anziani più fragili o disabili in quanto previene problemi di salute collegati alla malnutrizione e alla perdita di peso.

PASSI d'Argento ha stimato la proporzione di anziani con problemi di masticazione chiedendo loro se possono "mangiare cibi difficili da masticare, come la carne o le mele"; in Piemonte si è anche indagato quante persone utilizzano protesi dentarie.

2.4.3.1 Quanti hanno problemi a masticare? Tra quali persone questi problemi sono più diffusi?

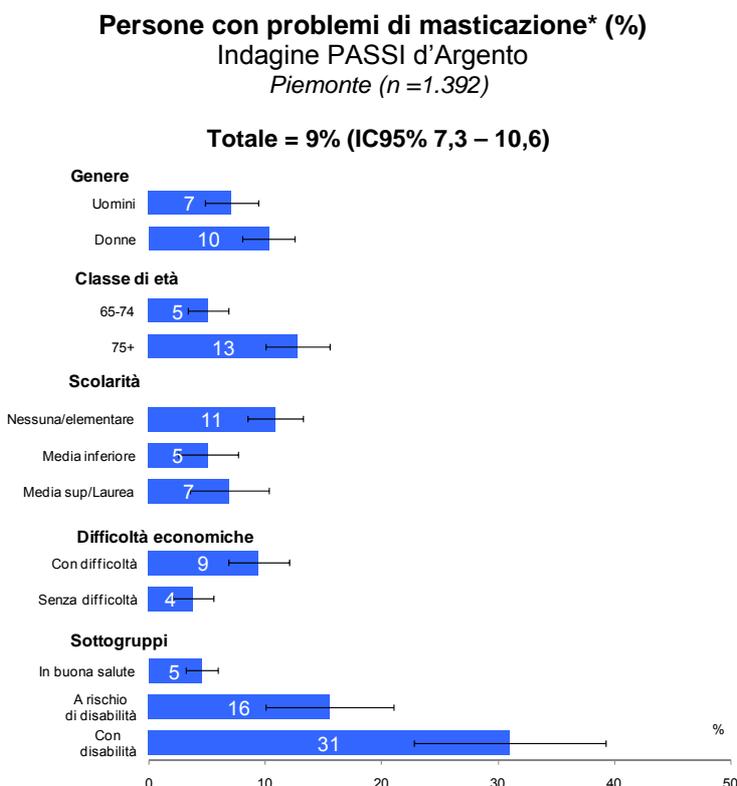
Indipendentemente dall'uso o meno di protesi dentaria, il 9% della popolazione con 65 anni e più, riferisce problemi di masticazione.

Questi problemi sono più frequenti fra le persone:

- con 75 anni e più (13% vs 5% delle persone tra 65 e 74 anni);
- con difficoltà economiche (9% vs 4% tra chi non ne dichiara);
- a rischio di disabilità e con disabilità.

Situazione economica e condizioni di salute risultano le variabili associate ai problemi di masticazione anche con l'uso di modelli di regressione logistica multipla che considerano anche genere, età e scolarità.

L'uso di protesi dentaria riguarda il 58% delle persone con 65 anni e più, con differenze significative in relazione ai problemi di masticazione (34% di chi ha problemi rispetto al 61% di chi non ne ha).



Poiché avere problemi di masticazione contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

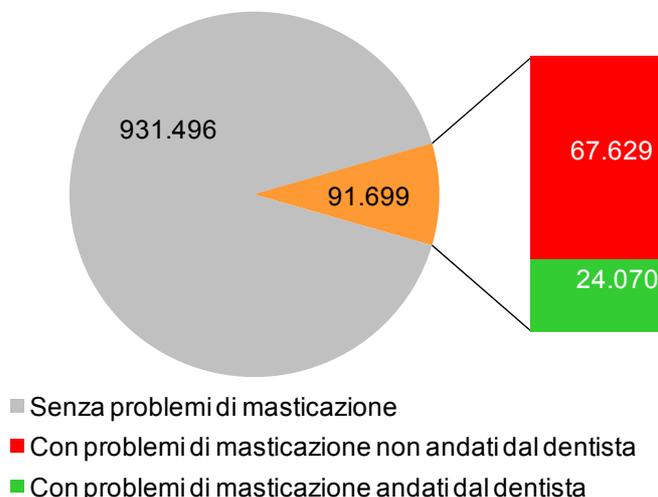
2.4.3.2 Quanti sono stati dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno?

Sono stati dal dentista almeno una volta nell'ultimo anno il 38% delle persone con 65 anni, ma con differenza in relazione alla presenza di problemi di masticazione: il 26% di coloro che segnalano problemi e il 39% di coloro che non li segnalano.

Riferendo la stima PDA alla popolazione, in Piemonte le persone con 65 anni e più che hanno problemi di masticazione risultano quasi 100.000 (91.699 corrispondente al 9%).

Tra queste persone, solo 24.070 (26%) hanno riferito di essere state dal dentista nell'ultimo anno.

Problemi di masticazione e controllo da un dentista nell'ultimo anno
(proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.023.195)



2.4.3.3 Perché non sono stati dal dentista nell'ultimo anno?

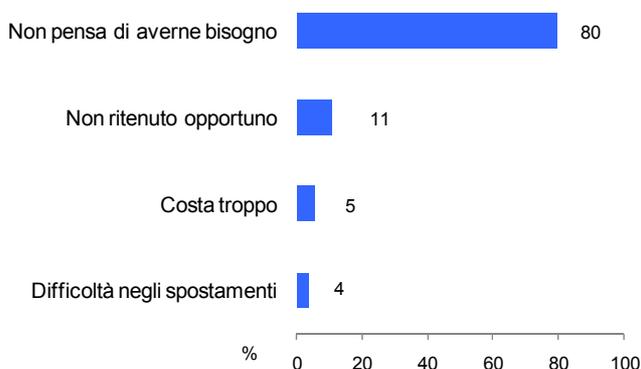
Tra le persone che non sono state dal dentista nell'ultimo anno:

- 8 su 10 (80%) affermano di non averlo fatto perché pensano di non averne bisogno;
- l'11% non lo ritiene opportuno;
- il 5% non lo ha fatto perché costa troppo;
- il 4% non è andato a causa di difficoltà negli spostamenti.

Liste di attesa e il mancato consiglio sono motivazioni addotte raramente (meno di 0,5% complessivamente)

Tra le persone con disabilità la proporzione di chi non è andato dal dentista per difficoltà negli spostamenti sale al 18%.

Motivo del non recarsi dal dentista
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 834)



2.5 Cadute

Ogni anno si verificano in Italia fra i tre e i quattro milioni di incidenti domestici, con conseguenze rilevanti anche in termini di ricoveri, disabilità e mortalità. Tra gli incidenti domestici delle persone con 65 anni e più, le cadute rappresentano la voce più importante. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e per le conseguenze di ordine traumatico, ma anche per le ripercussioni sul benessere psicologico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali con progressivo isolamento sociale.

Rispetto alle cause delle cadute, occorre considerare fattori di rischio intrinseci ed estrinseci. I primi comprendono diverse patologie predisponenti, come alcune patologie neurologiche. Fra i secondi rientrano i rischi connessi all'ambiente domestico come pavimenti e scalini sdruciolevoli, scarsa illuminazione, presenza di tappeti, ecc. Altro aspetto importante legato alle cadute è l'assunzione di alcune categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi e gli ipnotici/sedativi.

Per prevenire le cadute sono necessari programmi di intervento mirati a ridurre i principali fattori di rischio per le cadute, a creare le condizioni per un ambiente sicuro e favorevole e a promuovere l'attività fisica.

2.5.1 Quanti sono caduti negli ultimi 30 giorni e quali persone sono a maggior rischio di cadere?

Circa il 9% delle persone con 65 anni e più è caduto/a negli ultimi 30 giorni.

La prevalenza delle cadute non mostra differenze significative di genere, età e scolarità, mentre risulta significativamente maggiore nelle persone:

- con difficoltà economiche (11% vs 4% senza difficoltà);
- con disabilità (22%).

La relazione delle cadute con la situazione economica e con le condizioni di disabilità si conferma anche con l'uso di modelli di regressione logistica multivariata.

Le cadute sono più diffuse tra le persone con problemi di vista (17% vs l' 8% delle persone che non riferiscono problemi di vista).

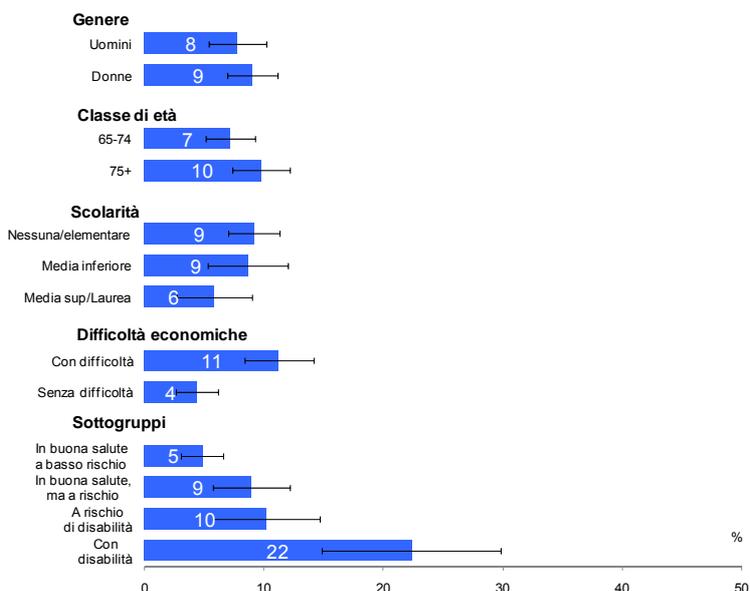
A seguito della caduta il 13% (ic 95% 6,3 -19,6%) delle persone cadute è stato ricoverato per più di 1 giorno.

Cadute negli ultimi 30 giorni (%)

Indagine PASSI d'Argento

Piemonte (n =1.392)

Totale = 8,5% (IC95% 6,9 – 10,1)

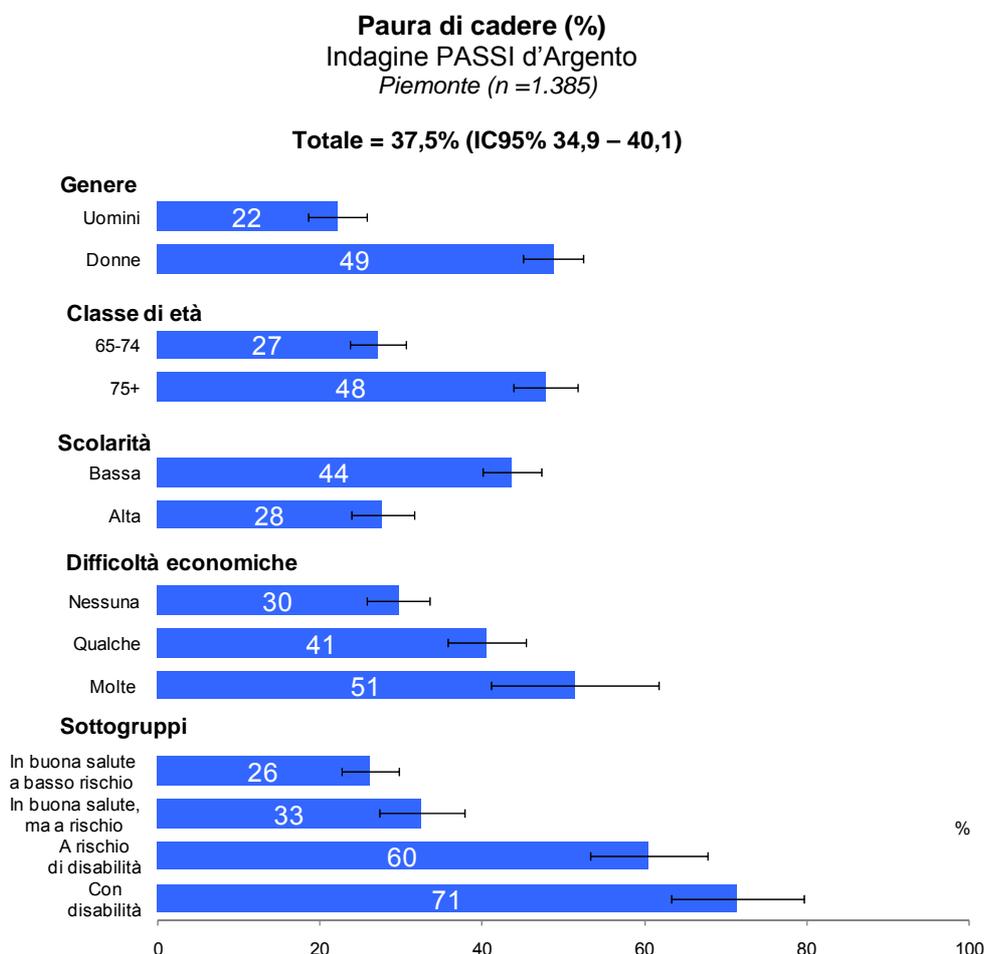


2.5.2 Dove sono avvenute le cadute?

La maggior parte (62%) della cadute è avvenuta in casa, principalmente in bagno e camera da letto (circa 18% in ciascuna stanza).

In strada si è verificato il 20% delle cadute, in giardino il 10%.

2.5.3 Quanti hanno paura di cadere?



Tra gli ultra 64enni la paura di cadere riguarda più di una persona su 3 (37,5%).

La prevalenza è maggiore tra

- le donne;
- le persone con 75 anni e più;
- le persone con bassa scolarità;
- quelle con difficoltà economiche;
- quelle “a rischio di” e “con” disabilità.

La paura di cadere si conferma associata a queste variabili anche con l'uso di modelli di regressione logistica multivariata.

La paura di cadere è molto più frequente tra chi è caduto rispetto a chi non è caduto:

- fra 65 e 74 anni 58% vs 25%;
- tra 75 anni e più 82% vs 44%.
-

Il 13% delle persone riferisce di avere ricevuto nell'ultimo anno da parte di medico o di un altro operatore consigli su come evitare di cadere. Tale prevalenza risulta più elevata (35%) tra coloro che sono caduti negli ultimi 30 giorni..

2.5.4 Quanti usano precauzioni anticaduta nel bagno?

Complessivamente in Piemonte il 64% delle persone con 65 anni e più utilizza misure di sicurezza anticaduta per la vasca da bagno o la doccia.

Il tappetino antiscivolo viene impiegato dal 60% delle persone, mentre l'impiego di maniglioni e seggiolini è meno diffuso.

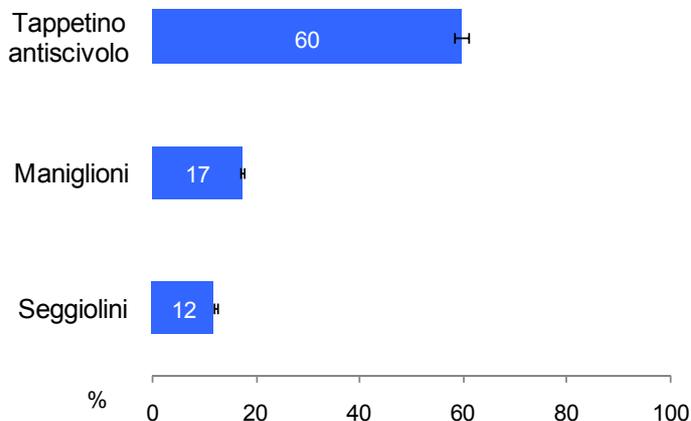
L'utilizzo di misure anticaduta nel bagno è più frequente:

- tra le donne (70% vs 56% per gli uomini.);
- tra le persone con 75 anni e più (69% vs 58% di quelle con 65-74 anni di età);
- tra le persone a rischio o con disabilità (circa il 75% rispetto al 59% di quelle in buona salute).

Misure di sicurezza per la vasca da bagno o la doccia (%)

Indagine PASSI d'Argento

Piemonte (n = 1385)



2.6 Sintomi di depressione

La depressione è una patologia psichiatrica che può determinare elevati livelli di disabilità, con notevoli costi diretti e indiretti per l'intera società. Essa è caratterizzata da sentimenti di tristezza, sensazione di vuoto interiore e perdita di interesse e piacere. In molti casi, questi sintomi si accompagnano anche a difficoltà nella cura di sé, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali con tendenza all'isolamento, sensi di colpa e auto-svalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e difficoltà di concentrazione.

Con il progredire dell'età la presenza di una sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave: essa determina un peggioramento della qualità della vita, ed è collegata ad una maggiore morbilità e ad un aumento del rischio suicidario. In molti casi si riscontra anche una sottostima della necessità di curarsi, sia da parte delle persone più anziane, che considerano il loro stato psicologico una necessaria conseguenza della loro storia di vita, sia da parte di familiari e conoscenti che l'interpretano come una condizione tipica dell'età avanzata.

Analogamente alla sorveglianza PASSI, il sistema PASSI d'Argento valuta la presenza dei sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività che si è soliti svolgere) utilizzando il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2): un test validato e utilizzato a livello internazionale e nazionale, che è caratterizzato da elevata sensibilità. Esso rappresenta un valido strumento per lo screening dei sintomi di depressione anche tra le persone con 65 anni e più.

2.6.1 Quanti presentano sintomi indicativi di depressione? Tra chi sono più diffusi?

PDA stima che in Piemonte il 13% delle persone con 65 anni e più presenti sintomi di depressione*.

Questi sintomi sono più diffusi tra:

- le donne;
- le persone che hanno difficoltà economiche;
- le persone non in buone condizioni di salute.

Genere femminile, difficoltà economiche e rischio o condizioni di disabilità si confermano associate ai sintomi indicativi di depressione anche quando studiate (con un'analisi di regressione logistica) insieme a genere e scolarità.

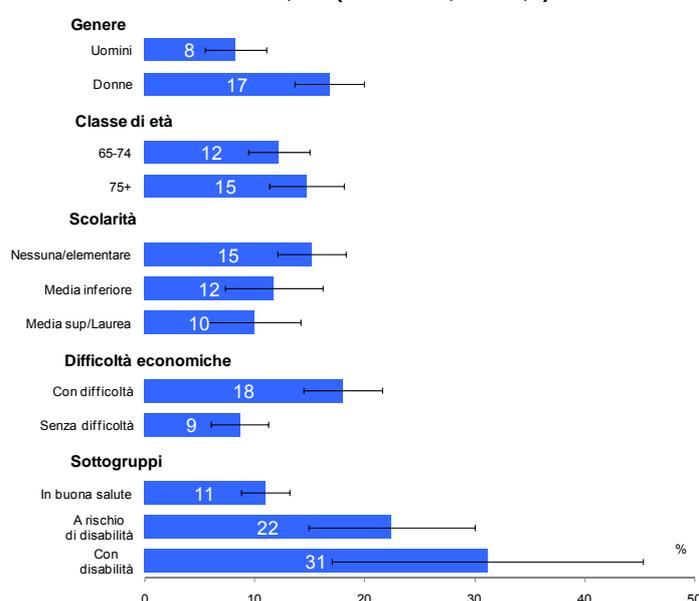
A conferma della relazione tra salute fisica e psicologica risulta che segnalano sintomi indicativi di depressione l'8% delle persone senza patologie croniche; e il 27% di quelle con 3 o più patologie.

*Persone con 65 anni e più e punteggio => 3 del Patient Health Questionnaire (PHQ-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime 2 settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentito giù di morale, depresso o senza speranza.

Sintomi di depressione* (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.064)

Totale = 13,3% (IC95% 11,1 – 15,5)



*§Poiché presentare sintomi indicativi di depressione contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

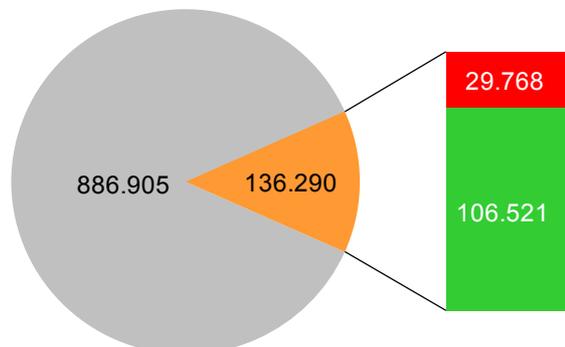
2.6.2 Quante persone con sintomi indicativi di depressione chiedono aiuto a qualcuno?

Riferendo la stima PDA alla popolazione, in Piemonte le persone con 65 anni e più che presentano sintomi indicativi di depressione risultano 136.290 (13,3%).

Tra di esse 29.768 (22%) non hanno chiesto aiuto a nessuno.

Richiesta d'aiuto in caso di depressione (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.023.195)



- Persone senza sintomi di depressione
- Persone con sintomi di depressione che NON cercano aiuto
- Persone con sintomi di depressione che cercano aiuto

2.6.3 A chi ricorrono coloro che presentano sintomi di depressione?

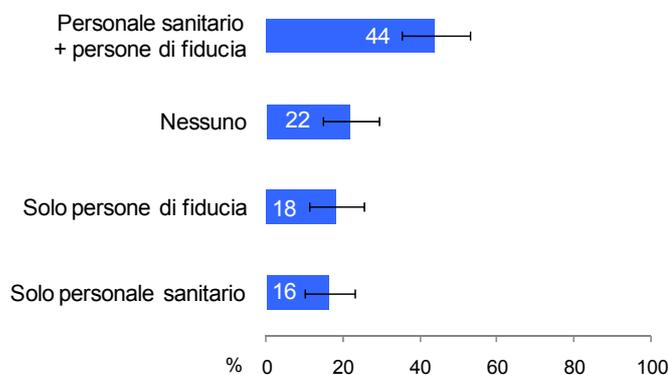
Il 78% delle persone con sintomi di depressione ha invece chiesto aiuto.

In particolare:

- il 44% ha chiesto aiuto sia a persone di fiducia (familiari/amici) che a personale sanitario;
- il 18% lo ha chiesto solo a persone di fiducia;
- il 6% solo a personale sanitario;

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 127)



2.7 Rischio di isolamento

L'isolamento sociale è un concetto multidimensionale che comprende sia aspetti di natura "strutturale" quali ad esempio il vivere soli e la scarsità di relazioni, sia aspetti di natura "funzionale" come il supporto materiale ed emozionale veicolato dai rapporti in essere. L'assenza di relazioni sociali o la sua relativa scarsità, costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età l'isolamento sociale risulta in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità.

Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché a molte altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione, l'abuso alcolico o il rischio di caduta.

Nell'indagine PASSI d'Argento sono stati indagati gli incontri con altre persone per fare quattro chiacchiere e la partecipazione a incontri collettivi (es presso centro anziani, circoli, parrocchie, associazioni,..). Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale hanno dichiarato di non svolgere nessuna di queste attività.

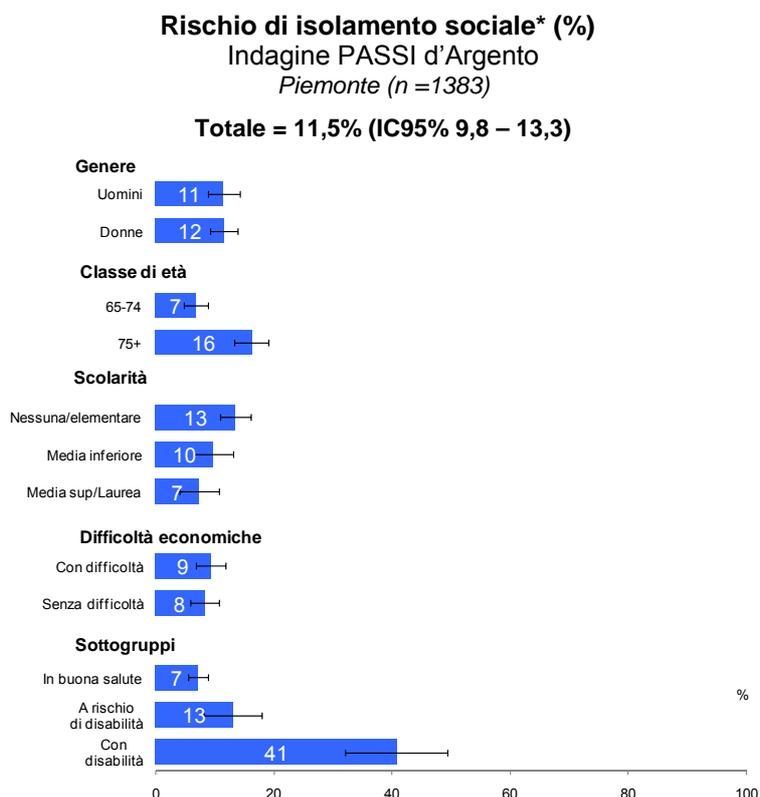
2.7.1 Quanti sono a rischio di isolamento sociale e quali persone lo sono con maggiore frequenza?

PDA stima che in Piemonte, tra le persone con 65 anni e più, circa il 12% sia a rischio di isolamento sociale, in quanto, nel corso di una settimana normale non partecipa a incontri collettivi e non telefona o incontra altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere.

Il rischio di isolamento sociale:

- non mostra differenze per genere o per situazioni economiche;
- aumenta al diminuire della scolarità;
- è particolarmente diffuso dopo i 74 anni (16%) e tra le persone con disabilità (41%).

L'età e condizioni di disabilità sono variabili che si confermano associate al rischio di isolamento sociale anche quando vengono studiate (con analisi di regressione logistica) insieme a genere, scolarità e difficoltà economiche.



*Persone con 65 anni e più che nel corso di una settimana normale non partecipano a incontri collettivi e non telefonano o incontrano altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere.

Poiché essere a rischio di isolamento contribuisce a definire l'appartenenza al primo o al secondo sottogruppo, il confronto con i soggetti a rischio di disabilità o con disabilità è stato fatto considerando insieme i 2 gruppi "in buona salute".

2.8 Sicurezza nell'uso dei farmaci

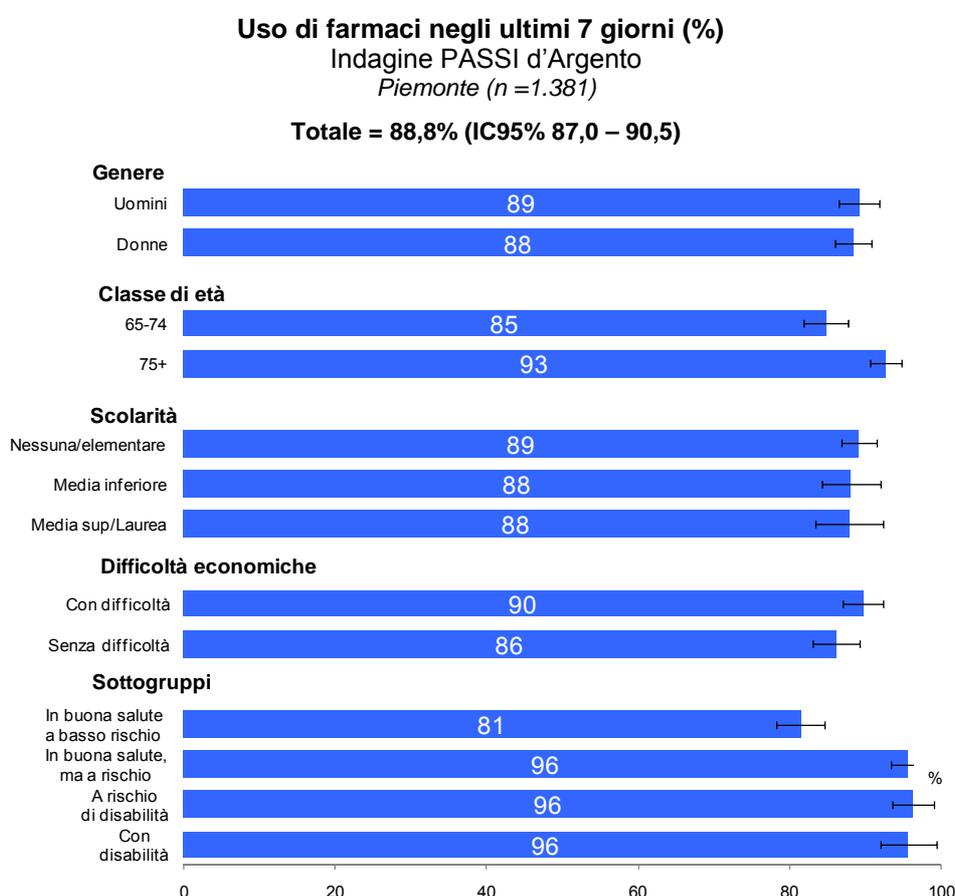
Con il progredire dell'età, in corrispondenza di una maggiore prevalenza delle patologie croniche, aumentano i livelli di uso e di esposizione ai farmaci e sono più frequenti i casi di comorbidità e di polifarmacoterapia, con l'assunzione contemporanea di diversi farmaci nell'arco della stessa giornata.

La polifarmacoterapia aumenta il rischio di prescrizioni inappropriate e di reazioni avverse e può determinare una ridotta efficacia dei farmaci anche a causa della minore *compliance*.

La revisione regolare dei farmaci è indicata in letteratura come uno degli interventi più efficaci per ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci alle persone con 65 anni e più. La periodica verifica da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) della corretta assunzione della terapia, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, può contribuire a limitare eventuali effetti collaterali e interazioni non volute.

Nella sorveglianza PASSI d'Argento sono state raccolte informazioni sul numero di farmaci e sul controllo dell'uso dei farmaci con il Medico di famiglia.

2.8.1 Quanti hanno fatto uso di farmaci negli ultimi 7 giorni?



L'89% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni.

Questa prevalenza non risulta associata a genere, scolarità e difficoltà economiche mentre, come atteso, aumenta con l'età: 65-74 anni 85% vs 93% tra le persone con 75 anni e più.

L'uso dei farmaci risulta inoltre minore tra le persone in buona salute e a basso rischio di malattia (81% vs 96% degli altri gruppi di popolazione).

L'età e le condizioni di salute si confermano associate all'utilizzo di farmaci anche quando vengono studiate (con analisi di regressione logistica) insieme a genere, scolarità e difficoltà economiche.

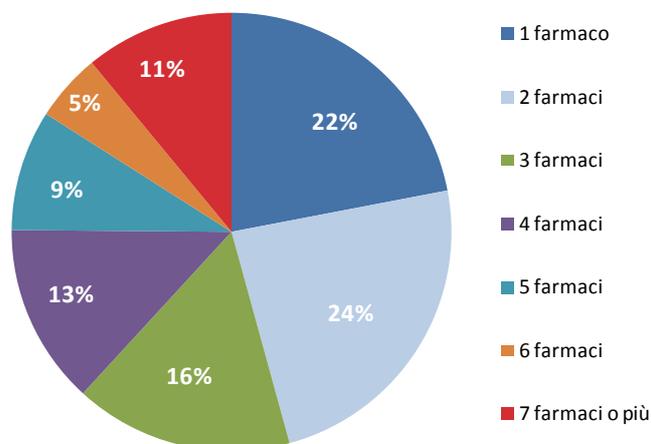
2.8.2 Quanti tipi differenti di medicine prendono?

Fra coloro che hanno assunto farmaci nella settimana prima dell'intervista, le condizioni più diffuse sono risultate assumerne 1 (22%) o 2 (24%).

Le altre condizioni sono singolarmente meno frequenti ma il 38% assume 4 o più farmaci e, in particolare, l'11% ha dichiarato di avere assunto 7 o più tipologie di farmaci.

Il 12% di coloro che ha utilizzato farmaci riferisce di avere bisogno di aiuto per prendere le medicine.

Numero di tipologie di farmaci assunti (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.202)



2.8.3 Quanti hanno controllato la terapia farmacologica con il MMG?

Più della metà (56%) degli ultra 64enni che assumono farmaci ha controllato con il Medico di famiglia la terapia (tipo di farmaco, quantità, orari) negli ultimi 30 giorni.

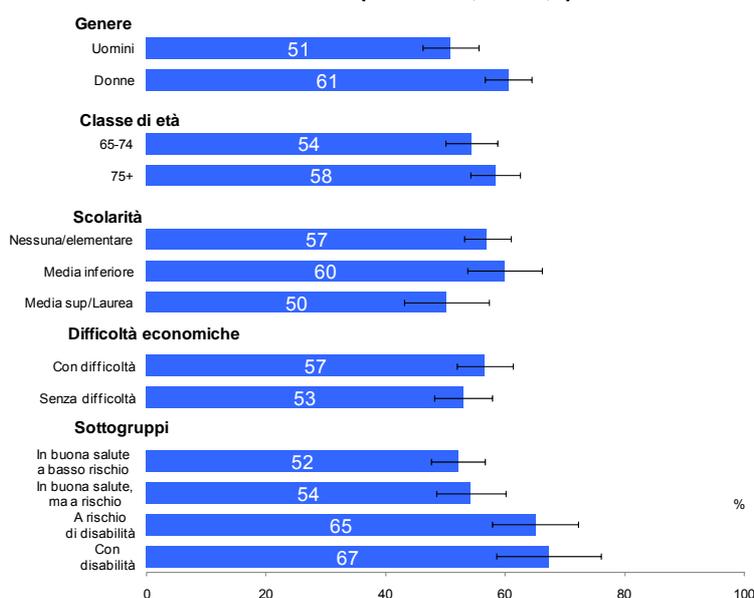
Il 18% ha riferito che questo controllo è avvenuto da 1 a 3 mesi prima dell'intervista, il 6% da 3 a 6 mesi prima, il 7% più di 6 mesi prima.

Il 12% dichiara di non avere mai fatto questo controllo.

Controllo della terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30gg (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n = 1.213)

Totale = 56% (IC95% 53,5 – 59,4)



Tra coloro che assumono farmaci il controllo della terapia con il MMG negli ultimi 30 giorni viene riferito con maggiore frequenza dalle donne (61%) e dalle persone "a rischio di" e "con" disabilità (> 65%).

Tra coloro che usano 4 o più farmaci, la proporzione di quelli che hanno controllato la terapia con il MMG negli ultimi 30 gg risulta invece del 68%, (Uomini: 63%, Donne: 72%).

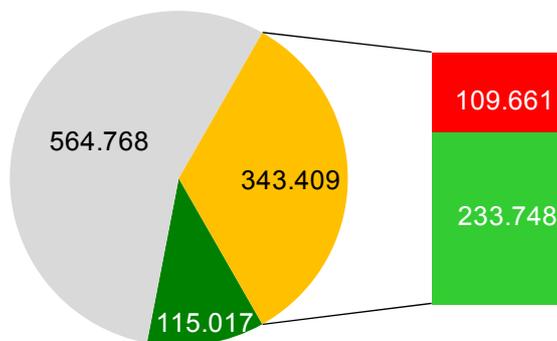
2.8.4 Tra coloro che assumono 4 o più tipi di farmaci, quanti hanno controllato la terapia farmacologica con il MMG negli ultimi 30 giorni?

Verifica dell'uso dei farmaci con i MMG per consumi ≥ 4 farmaci al giorno (proiezione in numeri assoluti)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n=1.023.195)

Riferendo la stima PDA alla popolazione, in Piemonte le persone con 65 anni e più che utilizzano 4 o più tipi di farmaci risultano 343.409, corrispondenti al 38% della popolazione con 65 anni e più.

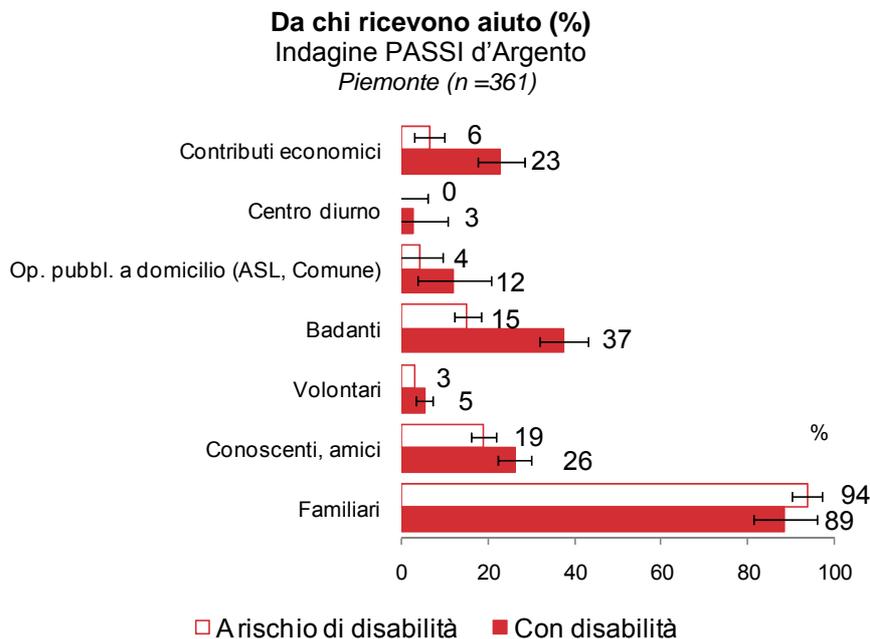
Tra di esse, 233.748 (68%) ha effettuato il controllo dei farmaci con il MMG negli ultimi 30 giorni.



- Non assumono farmaci
- Assumono da 1 a 3 farmaci
- Assumono 4+ farmaci con controllo da più di 30 gg.
- Assumono 4+ farmaci con controllo da meno di 30 gg.

2.9 Aiuto nelle attività della vita quotidiana

2.9.1 Quanti ricevono aiuto e da chi, tra le persone con disabilità o a rischio di disabilità?



Riceve aiuto quasi la totalità (97%) di coloro presentano situazioni di non autonomia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

I familiari forniscono aiuto a circa 9 persone su 10 con disabilità o a rischio di disabilità. Persone individuate e pagate in proprio (ad esempio badanti) forniscono aiuto a più di un terzo (37%) delle persone con disabilità e al 15% di quelli a rischio di disabilità.

Nei sottogruppi considerati, non si osservano differenze significative relativamente alla prevalenza dell'aiuto fornito da conoscenti ed amici (complessivamente 22%), operatori pubblici a domicilio (complessivamente 7%), volontari (complessivamente 4%).

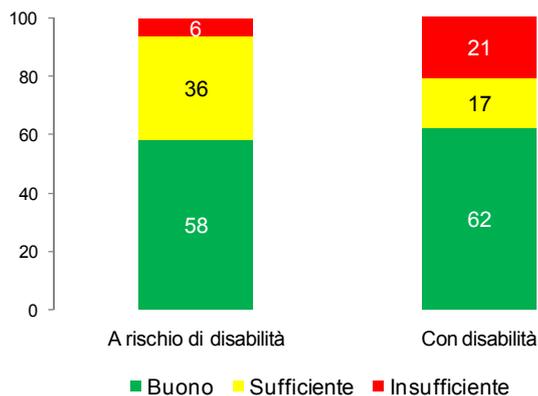
Contributi economici riguardano in misura maggiore le persone con disabilità (23%) a quelle a rischio di disabilità (6%).

2.9.2 Come viene giudicato l'aiuto ricevuto?

Giudizio per l'aiuto ricevuto (%)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =203)

Nove persone su dieci (90,7%) hanno espresso un giudizio positivo ("sufficiente" o "buono").

Il giudizio positivo è più diffuso tra le persone a rischio di disabilità (94%) rispetto a quelle con disabilità (79%).



2.10 Vaccinazione antinfluenzale

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi. L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio quali, ad esempio, le persone con 65 anni e più.

La vaccinazione antiinfluenzale è particolarmente importante in presenza di alcune patologie croniche, frequenti in età anziana, come le patologie dell'apparato respiratorio, quelle dell'apparato cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia che mira a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

Nel nostro Paese, la vaccinazione contro l'influenza per i gruppi a rischio è stata prevista nei Piani Sanitari Nazionali e nei Piani Nazionali Prevenzione Vaccini a partire dagli ultimi anni del secolo scorso. Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio, copertura che non è stato ancora raggiunto a livello nazionale del Piemonte (campagna di vaccinazione 2011-2012 :55% in Piemonte)

Per le persone con 65 anni e più sono previsti programmi di immunizzazione universale e. l'aumento della di copertura vaccinale richiede la messa in atto di strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, etc.).

PASSI d'Argento (realizzato in Piemonte con interviste svolte da marzo a luglio 2012) ha indagato l'effettuazione della vaccinazione antiinfluenzale nei 12 mesi precedenti, e l'aver ricevuto il consiglio, dal Medico di famiglia o da altre persone, di effettuare tale vaccinazione.

2.10.1 Quante persone con 65 anni e più NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale? E quali sono le loro caratteristiche?

PDA stima che in Piemonte il 46% delle persone con 65 anni e più NON si sia sottoposta a vaccinazione antinfluenzale nella campagna vaccinale 2011-2012.

Tale prevalenza è più bassa tra:

- le persone con 75 anni e più (34%);
- le persone con disabilità (28%) o a rischio di disabilità (39%);
- le persone con scolarità elementare (42%)

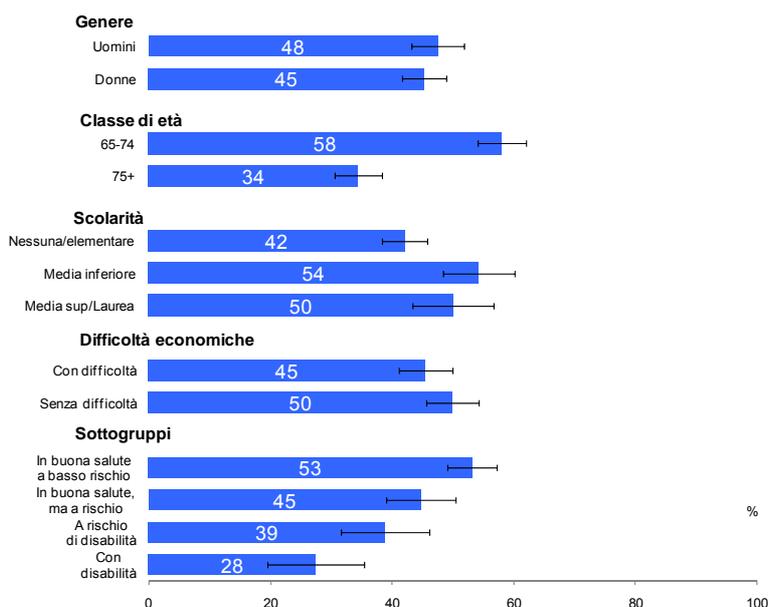
Età elevata, scolarità molto bassa e disabilità sono variabili che si confermano associate ad una maggiore probabilità di effettuare la vaccinazione antiinfluenzale anche quando studiate (con un modello di regressione logistica) insieme a genere e difficoltà economiche.

La vaccinazione antiinfluenzale NON è stata fatta dal 31% delle persone con 65 anni e più che hanno ricevuto il consiglio di farla e dall'89% di quelle non l'ha ricevuto.

Persone che NON hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (%)

Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n =1379)

Totale = 46,3% (IC95% 43,5 – 49,0)



2.10.2 Quanti hanno ricevuto il consiglio di fare la vaccinazione antinfluenzale?

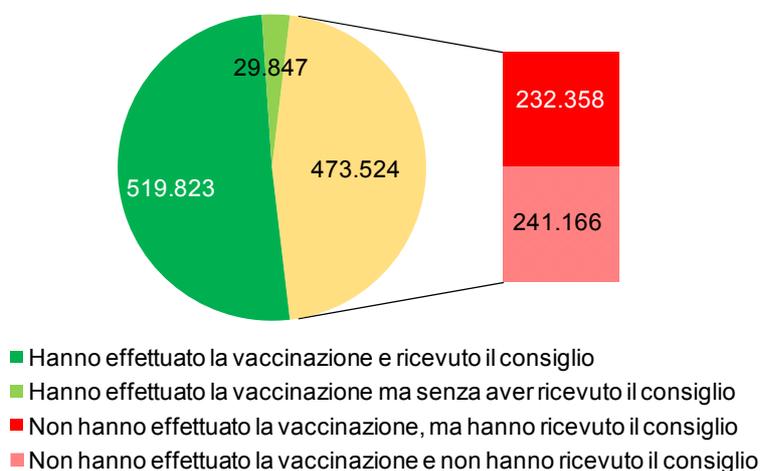
Il consiglio di fare la vaccinazione è stato ricevuto dal 74% delle persone con 65 anni e più (95% di chi ha effettuato la vaccinazione e 49% di chi non l'ha effettuata).

Il medico di famiglia ha consigliato di effettuare la vaccinazione antiinfluenzale a oltre due terzi della popolazione con 65 anni e più (al 64% come unica fonte di consiglio, al 3% come fonte non esclusiva).

PDA stima che in Piemonte tra le 473.524 persone che non hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale (46% di quelle con 65 anni e più) il 51% (pari a 241.166 persone) non abbia ricevuto il consiglio di effettuarla e il 49% (232.358 persone) lo abbia invece ricevuto.

Vaccinazione antinfluenzale e consiglio di effettuarla

(proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento
Piemonte (n=1.023.195)



2.11 Protezione dalle ondate di calore

Negli ultimi anni si sono accentuati fenomeni climatici estremi che, soprattutto in estate, sono caratterizzati da ondate di caldo con umidità elevata. Se non vengono prese le dovute precauzioni questi fenomeni possono rivelarsi molto pericolosi per la salute delle persone più anziane e con patologie croniche. E' compito dei servizi socio-sanitari favorire la messa in atto di misure preventive strutturali e, soprattutto, comportamentali anche attraverso la diffusione di informazioni e consigli su questo argomento.

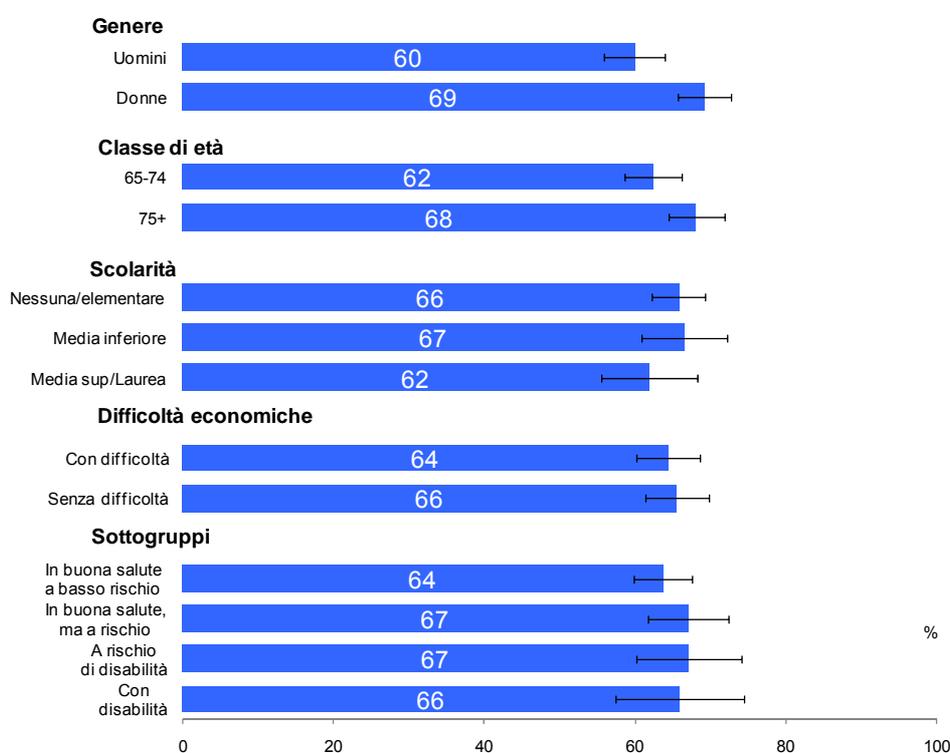
2.11.1 Quanti hanno ricevuto consigli per proteggersi dal caldo? Quali persone li hanno ricevuti maggiormente?

Ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo (%)

Indagine PASSI d'Argento

Piemonte (n = 1.362)

Totale = 65,3% (IC95% 62,6 – 67,9)



PDA stima che in Piemonte il 65% delle persone con 65 anni e più abbia ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo.

Questa prevalenza non mostra differenze significative in relazione ad età, scolarità, difficoltà economiche e condizioni di salute, mentre risulta maggiore tra le donne (69%) rispetto agli uomini (60%).

2.11.2 Chi ha fornito informazioni o consigli per proteggersi dal caldo?

I mezzi di comunicazione di massa (radio/TV, giornali, internet) sono risultati la modalità principale per veicolare informazioni o consigli per proteggersi dalle ondate di calore: hanno raggiunto il 42% delle persone e per il 31% sono stati l'unica fonte di informazione.

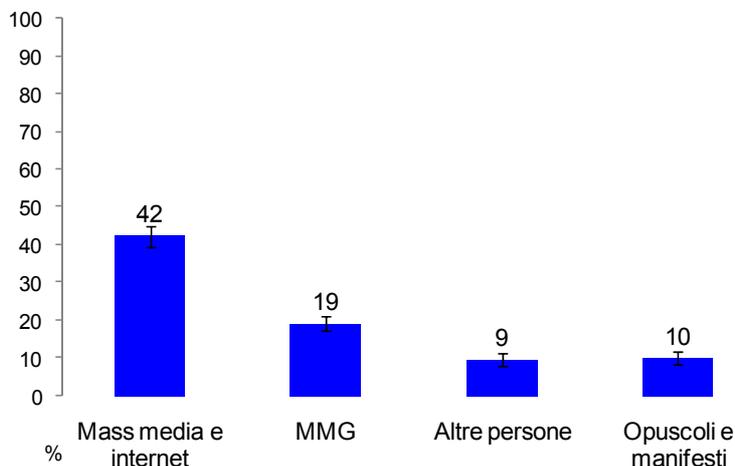
Il 19% ha ricevuto informazioni o consigli dal MMG (unica fonte di informazione nel 12% dei casi).

Circa 1 persona su 10 ha ricevuto informazioni o consigli da persone diverse dal MMG (9%), o attraverso opuscoli e manifesti (10%).

Più della metà (53%) delle persone ha ricevuto consigli solo da una di queste modalità, 1 persona su 10 l'ha ricevuta con 2 o più.

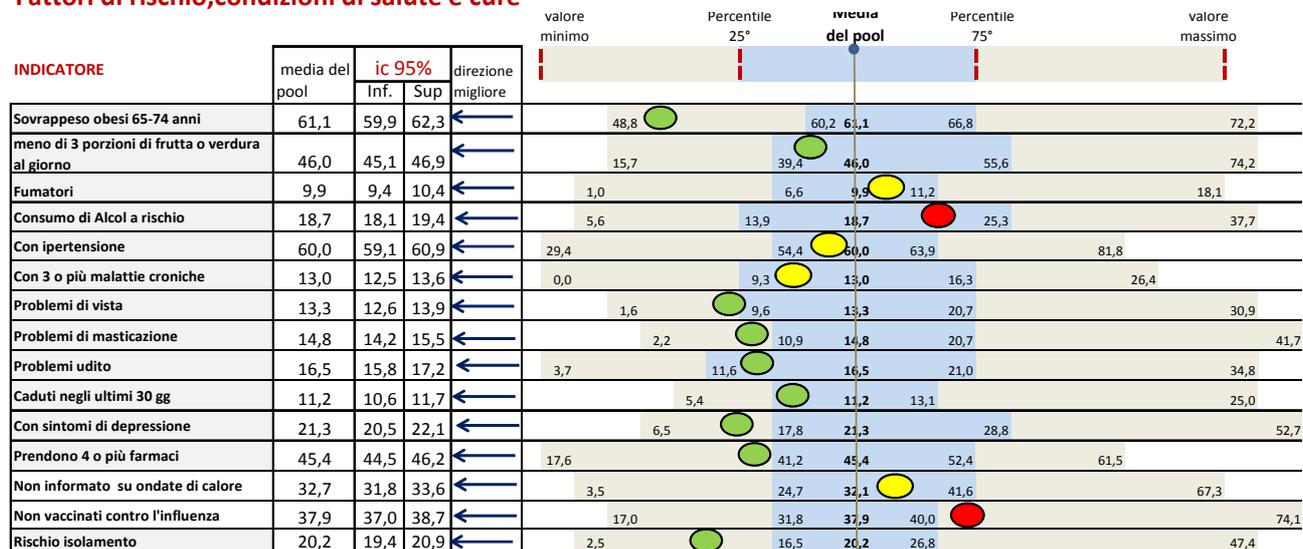
Circa un terzo (35%) delle persone con 65 anni e più non ha ricevuto consigli per proteggersi dal caldo.

Popolazione con 65 anni e più che ha ricevuto informazioni o consigli per proteggersi dal caldo da fonti diverse (%)
Piemonte (n = 1.362)



2.12 Indicatori che descrivono fattori di rischio, condizioni di salute e cure: un confronto tra la regione Piemonte e i dati del Pool nazionale PDA

Fattori di rischio, condizioni di salute e cure



LEGENDA

- Valore regionale significativamente peggiore della media del Pool nazionale
- Valore regionale non significativamente differente della media del Pool nazionale
- Valore regionale significativamente migliore della media del pool nazionale

Per ogni indicatore viene riportato il valore della media del Pool nazionale PDA (con la linea centrale verticale), i valori del 25° e del 75° percentile (ai limiti della banda azzurra), il valore minimo e quello massimo (ai limiti della banda beige) riscontrati fra le 115 aziende sanitarie che nel 2012-2013 hanno partecipato alla rilevazione dei dati. Il valore dell'indicatore del Piemonte viene segnalato con un pallino di 3 diversi colori: VERDE, ROSSO o GIALLO a seconda che il valore sia significativamente migliore, peggiore o NON significativamente differente rispetto al valore medio del Pool nazionale. La significatività della differenza si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza (ic 95%) del valore medio del pool nazionale (indicati nella tabella) e quelli del valore regionale (presentati nel rapporto). Se non vi è sovrapposizione degli intervalli, la differenza viene considerata statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è.

Attenzione: avere un pallino verde non esclude che l'aspetto indicato NON rappresenti un problema di salute pubblica.

2.13 Conclusioni

Nella popolazione con 65 anni e più i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, consumo di alcol a rischio, eccesso ponderale, presentano prevalenze in diminuzione rispetto alle età più giovanili ed una diffusione che mostra differenze maggiormente legate alle condizioni di salute che alle condizioni socioeconomiche.

Nella popolazione di questa età poco più di 1 persona su 10 riferisce almeno 3 patologie croniche, altrettante problemi sensoriali o cadute nell'ultimo mese. Le misure di contrasto a queste situazioni (es uso di occhiali, uso di protesi dentarie, utilizzo di misure anticaduta nel bagno) non sono messe in atto da tutti coloro che potrebbero averne giovamento.

Per le importanti conseguenze sulle condizioni di salute, ma anche per un utilizzo corretto di risorse, particolare attenzione deve essere posta all'uso dei farmaci: PDA stima che 1 persona su 3 di quelle che utilizzano più di 4 farmaci al giorno non abbia controllato nell'ultimo mese la terapia con il MMG.

L'aiuto alle persone non istituzionalizzate ma con disabilità o a rischio di disabilità risulta prevalentemente a carico dei loro familiari; di impatto minoritario su questa popolazione è il sostegno fornito direttamente da operatori pubblici o attraverso contributi economici.

Rispetto al Pool nazionale PDA 2012, il Piemonte presenta complessivamente situazioni di rischio meno diffuse e condizioni di salute della popolazione con 65 anni e più migliori. Situazioni di svantaggio rispetto al Pool riguardano invece il maggiore consumo di alcol con modalità a rischio e la minore diffusione della vaccinazione antiinfluenzale. Questi aspetti potrebbero quindi costituire ambiti di intervento prioritario per la programmazione dei prossimi anni.