

STUDIO ARGENTO



INDAGINE SULLA SALUTE NELLA TERZA ETÀ

Vorrei esprimere un sincero ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

Le persone sono elencate in ordine alfabetico.

Intervistatori delle AS:

Blaas Isolde	Malles
Brugger Evi San	Candido
Cont Luisa	Bolzano
Dr. Domenici Barbara	Bolzano
Ebner Carmen	Val d'Ega
Erlacher Ingrid	Merano
Fleischmann Ilse	Silandro
Foppa Heidi	Bolzano
Framba Anna	Lana
Gamper Sabine	Bolzano
Grünfelder Andrea	Merano
Kofler Judith	Renon
Lanthaler Heike	Merano
Libardi Lorena	Merano
Lintner Rosa	Bolzano
Mahlknecht Lydia	Appiano
Maurer Elisabeth	Sesto
Matzneller Christine	Nova Ponente
Mussner Gabriella	Ortisei
Oberkalmsteiner Angelika	Sarentino
Obkircher Angelika	Val d'Ega
Ploner Elfriede	Brunico
Rederlechner Margoth	Monguelfo
Rottensteiner Marlene	Merano
Schenk Margareth	Flazes
Seeber Angelika	Bressanone
Walder Margareth	Bolzano
Waldner Ida	Merano

Si ringraziano per la collaborazione all'indagine

a livello nazionale: Nancy Binkin, Paolo d'Argenio, Marta Ciofi degli Atti, Antonino Bella, Alberto Perra

a livello regionale: Cristina Mancini, Federica Michieletto, Giuseppe Montagano, Renato Pizzuto, Salvatore Sammarco, Rosy Prato, Claudio Culotta, Onorato Frongia, Donatella Tiberti, Nicoletta Bertozzi

Si ringraziano per le revisioni della bozza e per i loro utili

commenti: Nancy Binkin, Günther Donà, Antonio Fanolla, Josef Gasteiger e in particolare Giulia Morosetti

Impressum

Autori **Peter Kreidl, Sabine Weiss**

Concetto grafico **Blauhaus, Bolzano**

Foto **Massimiliano Mariz**

Stampa **Druckstudio Leo**

Si ringraziano gli ospiti della casa di riposo "Villa Serena" di Bolzano che, in un pomeriggio di aprile 2003, si sono prestati gentilmente per i ritratti fotografici.

Premessa	4
Sintesi	5
Introduzione	9
Metodi	9
Descrizione del campione	11
Adesione allo studio	12
Età e sesso	13
Stato civile	14
Situazione abitativa	15
Livello d'istruzione	16
Qualità di vita percepita	18
Percezione del proprio stato di salute	19
Limitazioni nelle proprie attività per problemi di salute	20
Unhealthy day index	21
Stato di salute	23
Pluripatologie	24
Malattie diagnosticate	25
Pressione arteriosa	28
Diabete	30
Ricoveri ospedalieri	32
Autosufficienza e dipendenza	33
Disturbi cognitivi	36
Isolamento sociale	38
Cure odontoiatriche	41
Problemi di vista e udito	42
Problemi d'incontinenza	43
Attività fisico/motoria	44
Vaccinazioni	46
Influenza	47
Tetano	49
Pneumococco	51
Cadute	52
Trattamento farmaceutico	55
Fattori di rischio per malattie cerebro-cardio vascolari	56
Body mass index (BMI)	56
Tabagismo	57
Discussione	58
Criteri generali importanti per l'interpretazione dei dati	59
Riflessioni generali	59
Raccomandazioni	61
Bibliografia	62

Sono lieto di presentare i risultati dello Studio ARGENTO, che è stato svolto nella primavera dell'anno 2002 in dieci regioni e due province d'Italia. Scopo dello studio è raccogliere informazioni utili sulla qualità della vita e su una serie di fattori che influenzano lo stato di salute nella terza età, per poter pianificare misure di miglioramento della qualità di vita delle persone di età superiore ai 64 anni. Il progressivo allungamento della vita – praticamente nell'anno 2010 un quinto della popolazione sarà di età superiore ai 64 anni – non presuppone un aumento della qualità di vita, anzi è noto che questa è minore verso la fine dell'esistenza e dipende dal sesso e dall'età.

Nel nuovo Piano Sanitario Provinciale abbiamo cercato di tenere conto di questo fatto e di considerare in particolar modo le differenze specifiche per sesso e fasce d'età. I dati raccolti dallo studio ARGENTO verranno utilizzati per adeguare la pianificazione ai bisogni degli anziani di età superiore ai 64 anni (prevenzione basata su prove di efficacia).

Il nostro scopo è di migliorare la qualità di vita degli anziani nella nostra Provincia.

Analizzando i vari fattori che influenzano la qualità di vita dell'anziano, per molte variabili l'Alto Adige risulta superiore alla media nazionale, rimane comunque la necessità di migliorare continuamente le offerte e le prestazioni.

Auspicio che nei prossimi anni sia possibile attuare le raccomandazioni emerse dallo studio. Entro l'anno 2010 è prevista l'esecuzione di uno studio analogo per valutare, se vi sia stato un miglioramento nei servizi sanitari per gli anziani di età superiore ai 64 anni. Senza il contributo di moltissime persone, dagli anziani partecipanti agli operatori che ci hanno aiutato a rilevare e a valutare i dati, questa indagine non sarebbe stata possibile. Desidero esprimere a tutte queste persone un sincero ringraziamento per la loro collaborazione e il loro entusiasmo.

L'Assessore al personale, sanità e servizio sociale
Dr. Otto Saurer



Nei Paesi dell'Unione Europea la proporzione degli anziani nella popolazione è andata progressivamente aumentando negli ultimi decenni; nell'anno 2010 probabilmente 1/5 della popolazione sarà di età superiore ai 64 anni. A questo allungamento della vita non corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumentare dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza, aggravata dalla presenza di multipatologie e dall'isolamento sociale. In primavera dell'anno 2002 è stato condotto lo Studio Argento per rilevare dati sullo stato di salute della popolazione anziana.

Stato di salute

Lo stato di salute della popolazione anziana è condizionato dalla presenza di malattie cronico-degenerative che caratterizzano in modo permanente le condizioni di salute e la qualità di vita della persona: nello studio condotto a livello provinciale il 58% degli uomini a fronte del 60% delle donne riferiscono di soffrire di una o due patologie e ben la metà di tre o più malattie. La presenza di pluripatologie aumenta con l'età e peggiora gli indici della qualità di vita percepita dall'anziano.

La malattia più frequentemente diagnosticata è l'artrosi/artrite (50%), seguita dall'ipertensione (43%), le malattie cardiovascolari (22%), l'osteoporosi (17%), le malattie respiratorie (10%), il diabete (10%) e l'ictus (10%).

Il 29% degli anziani riferisce di essere stato ricoverato nell'ultimo anno: rispetto alle realtà oggetto dello studio, tale percentuale si situa al secondo posto dopo la provincia di Napoli (media complessiva nazionale 23%).

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 66% degli intervistati definisce il proprio stato di salute in modo positivo (da buono ad eccellente), meno del 5% ritiene il proprio stato di salute cattivo.

Un anziano su tre riferisce di avere limitazioni nello svolgimento delle proprie attività quotidiane a

causa di un problema di salute. I problemi limitanti principali indicati sono l'artrite/artrosi e la difficoltà a camminare.

È 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 (la media dei giorni in un mese percepiti in cattiva salute ("summary unhealthy index") pari a 3,4 giorni al mese per le donne rispetto a 2,3). Questo dato, sovrapponibile in tutte le Regioni/Province oggetto dello studio, concorda con quanto rilevato in altre indagini: le donne vivono più a lungo, ma trascorrono un numero maggiore di anni di vita con presenza di disabilità e minor qualità complessiva.

Il livello di autosufficienza pesa in maniera rilevante sugli indici di qualità della vita: nelle persone non autosufficienti (vedi definizione a pag. 33) si sale ad una media di 8,1 giorni al mese indicati in cattiva salute. Gli anziani che praticano un'attività motoria presentano indici di qualità della vita nettamente migliori (attivi con 2,2 giorni in cattiva salute rispetto a sedentari con 6,1 giorni).

L'Alto Adige, come le altre Regioni/Province settentrionali partecipanti allo studio, presenta indici di qualità percepita migliori, rispetto alla media complessiva, per tutti gli indicatori rilevati.

Autosufficienza e dipendenza

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

Il 14% degli anziani intervistati non è autosufficiente. La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: sopra i 74 anni il 22% delle donne ed il 17% degli uomini dipende dall'assistenza da parte di terzi.

Il 82% non è autosufficiente nella cura della propria persona (lavarsi, fare il bagno o la doccia, vestirsi e spogliarsi), mentre il 18% ha sia difficoltà nella cura di sé che nel movimento (spostarsi da una stanza all'altra, andare in bagno).

In Alto Adige nove persone su dieci persone con disabilità (89%) ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli, prevalentemente in ambito familiare.

Il 28% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione, con una prevalenza del sesso femminile: il 5% è incontinente, mentre il 23% ha problemi solo occasionalmente.

Disturbi cognitivi

Il 10% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi. La presenza di disturbi cognitivi aumenta con l'avanzare dell'età: nella fascia 65–74 anni è risultato positivo al test il 7% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 13%. In base al test di screening utilizzato al crescere degli anni medi di istruzione diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi.

Isolamento sociale

P.6

In Alto Adige il 44% degli intervistati è stato valutato integrato (vedi definizione a pag. 38) dal punto di vista dei rapporti sociali, il 55% parzialmente integrato e l'1% isolato. L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni il 49% presenta problemi di integrazione, mentre sopra i 74 anni si sale al 65%.

Cure odontoiatriche

Le difficoltà di masticazione fanno sì che la persona anziana segua una dieta inadeguata; questo problema può avere inoltre un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico. Il 20% degli intervistati riferisce difficoltà di masticazione: sopra i 74 anni si sale al 26%. Tra le persone con difficoltà alla masticazione il 71% riferisce di portare una protesi dentaria. Il 8% degli intervistati non si è recato ad un controllo per il costo troppo alto della visita.

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 6% degli intervistati riferisce problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali. Il 85% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.

Il 12% del campione presenta difficoltà uditive: tra questi solo un quarto porta una protesi acustica.

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

Attività fisico/motoria

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

Il 76% degli intervistati riferisce di aver effettuato attività motoria per almeno 10 minuti nelle ultime due settimane. Con l'età varia la prevalenza delle persone che fanno movimento: nella fascia 65–74 anni il 75% del campione è attivo, mentre sopra i 74 anni il valore scende al 70%.

La percentuale di persone che riferiscono di praticare attività motoria in Alto Adige è più alta rispetto alla media delle Regioni/Province oggetto dello studio.

I dati di prevalenza rilevati appaiono molto superiori a quelli dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT, secondo cui meno del 5% degli anziani pratica attività motoria; va considerata la diversa definizione operativa: nell'indagine ARGENTO si è valutata l'attività motoria dell'anziano, più che l'attività sportiva propriamente detta, in quanto è comunque correlata con i benefici per la salute. Il praticare attività motoria è associato allo stato di salute percepito: il 55% degli anziani attivi riferisce il proprio stato di salute come buono, tra gli inattivi è solo il 50%.

L'attività motoria principalmente svolta consiste nel camminare a passo sostenuto (23%), seguita dal giardinaggio e dal fare i lavori di casa (22%), dai lavori nel orto/campo (11%), dalle attività sportive (10%) e dall'andare in bicicletta (9%).

Vaccinazioni

Vaccinazione antinfluenzale: Nella stagione 2001–2002 riferisce di essersi vaccinato il 39% degli anziani intervistati, valore inferiore alla media delle Regioni/Province oggetto dello studio (59%): l'58% delle persone intervistate riferisce di essere stato vaccinato dal

Medico di Medicina Generale. Il coinvolgimento di tale figura si conferma importante per aumentare la copertura della vaccinazione nella popolazione anziana.

Tra i motivi principali della mancata vaccinazione vengono riferiti: vaccino ritenuto non efficace (18%), malattia considerata non grave (14%), vaccino non consigliato (14%) e paura degli effetti collaterali (10%).

Vaccinazione antitetanica: nella popolazione anziana rappresenta un elemento importante, essendo questa fascia d'età in Italia attualmente quella più colpita dall'infezione. Il 67% degli intervistati riferisce di essere stato vaccinato contro il tetano: la copertura vaccinale risulta maggiore tra gli uomini (82%) rispetto alle donne (57%).

I valori di copertura vaccinale risultanti in Alto Adige sono maggiori rispetto alla media complessiva delle Regioni/Province oggetto dello studio.

Oltre la metà delle persone che riferiscono di essere state vaccinate contro il tetano ha effettuato l'ultima dose più di 10 anni fa.

Vaccinazione antipneumococcica: è stata recentemente inserita tra le vaccinazioni raccomandate nella popolazione anziana, per proteggerla dalle infezioni invasive più gravi provocate dallo *Streptococcus pneumoniae*.

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

Cadute

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

Il 26% degli anziani intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno: il 30% delle donne e il 18% degli uomini, con un aumento al crescere dell'età in entrambi i sessi. Il 28% è caduto più di una volta. Il 23% delle persone riferisce di essere caduto in casa e gli ambienti domestici coinvolti sono: camera da letto (31%), scale interne (38%), bagno (23%); Il 69% è caduto fuori casa: nel 6% dei casi la caduta è stata causata da investimento. Il 53% del campione è stato ricoverato per una caduta avvenuta in età anziana.

Gli intervistati riferiscono di avere adottato le seguenti misure precauzionali: nel 94% è presente una buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa, nel 76% un corrimano nelle scale interne alle abitazioni, nel 50% il tappeto antisdrucciolo nella vasca e nella doccia, nel 32% i bagni sono dotati di maniglie per sorreggersi nella vasca e nella doccia; il 19% non usa uno scendiletto; il 15% degli anziani durante la notte tiene accesa una luce di riferimento.

Nei Paesi dell'Unione Europea la proporzione degli anziani nella popolazione è andata progressivamente aumentando negli ultimi decenni; nell'anno 2010 probabilmente 1/5 della popolazione sarà di età superiore ai 64 anni. L'invecchiamento progressivo è il risultato di profondi mutamenti demografici derivati dal calo della natalità e dalla consistente riduzione della mortalità per tutte le cause.

A questo allungamento della vita non corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumentare dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza, aggravata dalla presenza di multipatologie e dall'isolamento sociale.

In Italia, quindi, una consistente parte delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (pari al 37% dei ricoveri ospedalieri e al 50% della spesa farmaceutica) è destinata all'assistenza sanitaria degli anziani.

Una serie di studi condotti in passato, ha fornito utili informazioni sullo stato di salute e le disabilità della popolazione anziana in Italia. Rimaneva tuttavia ancora una carenza di informazioni su una serie di fattori che influenzano la qualità della vita e quindi la salute dell'anziano.

Metodi

Per le ragioni sopra menzionate è stato condotto uno studio in varie Regioni/Province con l'obiettivo di analizzare in tutte le realtà territoriali i problemi a seguito elencati e fornire stime di prevalenza:

- autosufficienza e bisogni assistenziali
- qualità della vita
- isolamento sociale
- demenza
- cadute, fattori di rischio correlati con le cadute
- assunzione di farmaci
- stato vaccinale (vaccino antiinfluenzale, antipneumococcica, antitetanico)
- prevalenza di vari fattori che possono prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita, per esempio, attività motoria, modifiche ambientali per prevenire le cadute e ricorso all'assistenza odontoiatrica.

I seguenti dati sono stati rilevati unicamente nella Provincia Autonoma di Bolzano:

- prevalenza dell'ipertensione e del diabete misurati con parametri obiettivi e fattori di rischio per malattie cerebro-cardiovascolari, incluso il tabagismo e il sovrappeso.

Lo studio è stato svolto in 10 Regioni italiane (Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna) e due Province (Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia di Napoli).

In ogni Regione/Provincia l'indagine è stata condotta su un campione di 210 persone di età superiore ai 64 anni; in totale sono state incluse 2.369 persone. In Alto Adige i residenti di 20 comuni sono stati estratti in base al principio di casualità.

Le interviste sono state condotte presso il domicilio dei partecipanti e le informazioni sono state raccolte tramite un questionario standardizzato, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Dallo studio sono state escluse le persone ricoverate in case di riposo o in strutture sanitarie in genere.

La misurazione della glicemia è stata eseguita a digiuno con un prelievo di sangue capillare (Lifescan, Euroflash, Johnson & Johnson), la pressione arteriosa è stata misurata seguendo i criteri dell'American Heart Association e il Body Mass Index (BMI) misurando l'altezza ed il peso.

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





DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

P.11

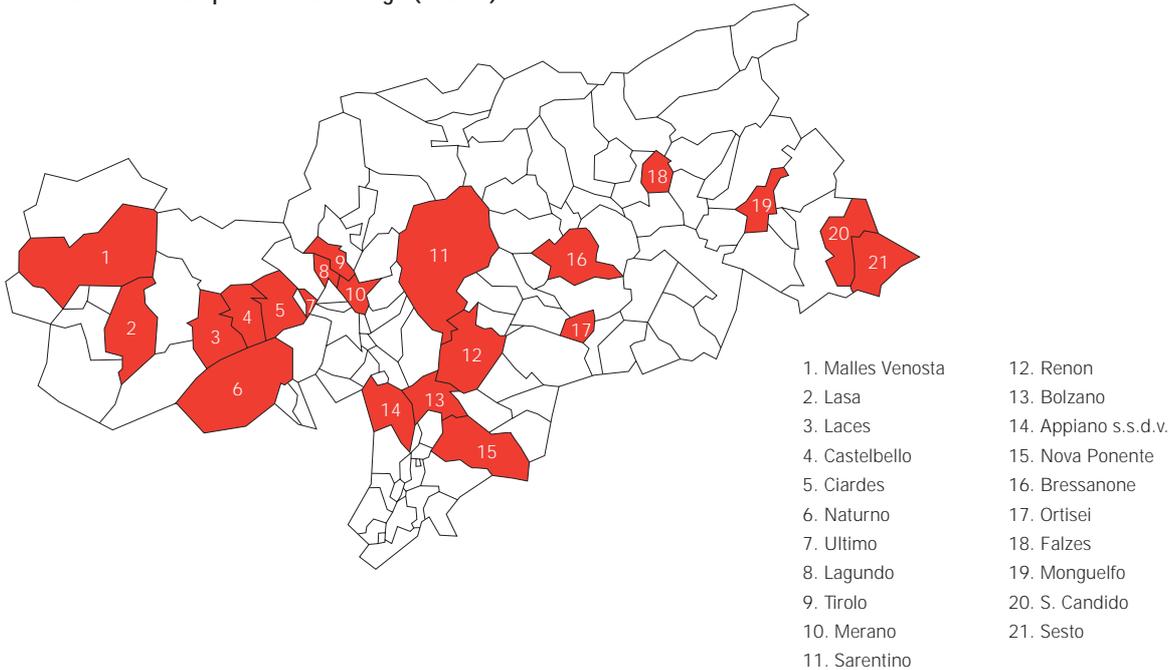


Adesione allo studio

In Alto Adige come anche nelle altre Regioni/Province è risultata assai elevata l'adesione allo studio: il 78% dei partecipanti di prima scelta hanno partecipato allo studio, il 13% hanno rifiutato di partecipare, il 3% sono stati istituzionalizzati e l'1%

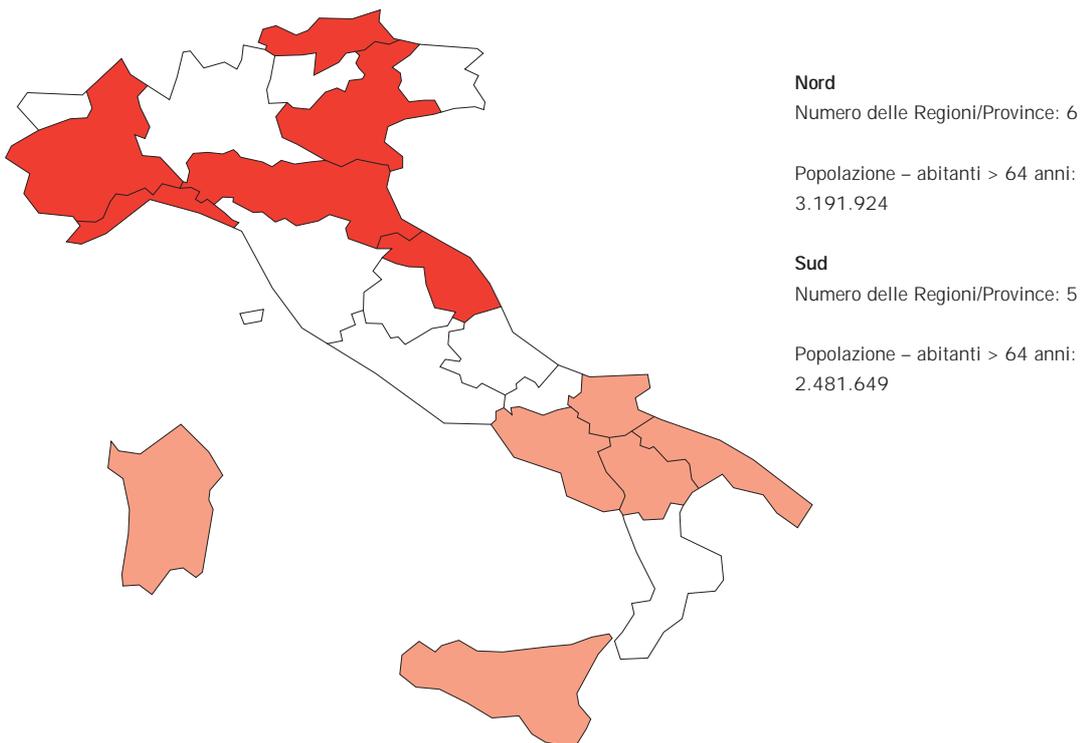
ricoverato in ospedale al momento dell' intervista. Nel 95% dei casi l'intervista è stata condotta direttamente con la persona campionata e solo nel 5% con un'altra persona vicina per impedimenti psichici o fisici dell'anziano selezionato.

Distribuzione del campione in Alto Adige (n=210).



P.12

Distribuzione del campione in Italia (n=2369).

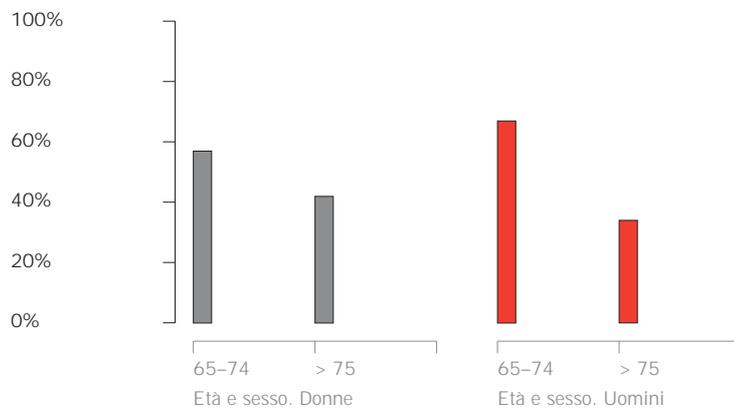


Età e sesso

La popolazione dell'Alto Adige è caratterizzata da un numero maggiore di donne (62%), in particolare nella fascia d'età tra i 65–74 anni. Il 45% degli intervistati sono di età superiore ai 74 anni. Tra gli uomini

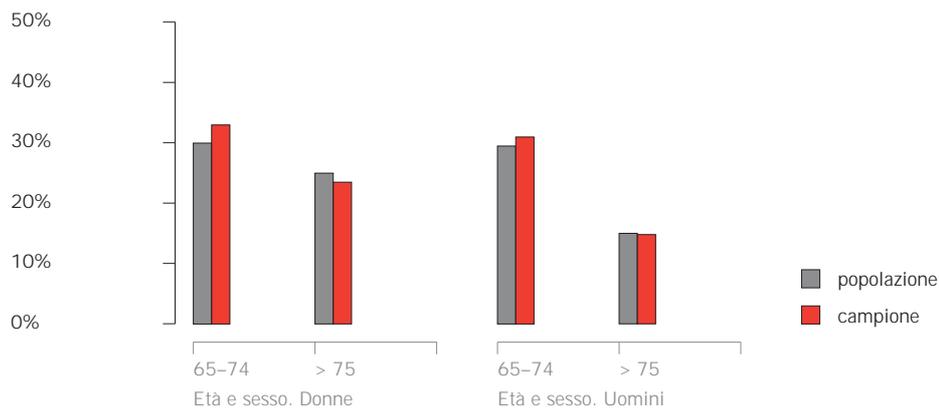
intervistati il 61% appartiene alla fascia d'età compresa tra i 65–74 anni. Il 29% dei partecipanti appartiene al gruppo linguistico italiano.

Distribuzione per età e sesso. Valore percentuale



P.13

Confronto popolazione-campione. Valore percentuale



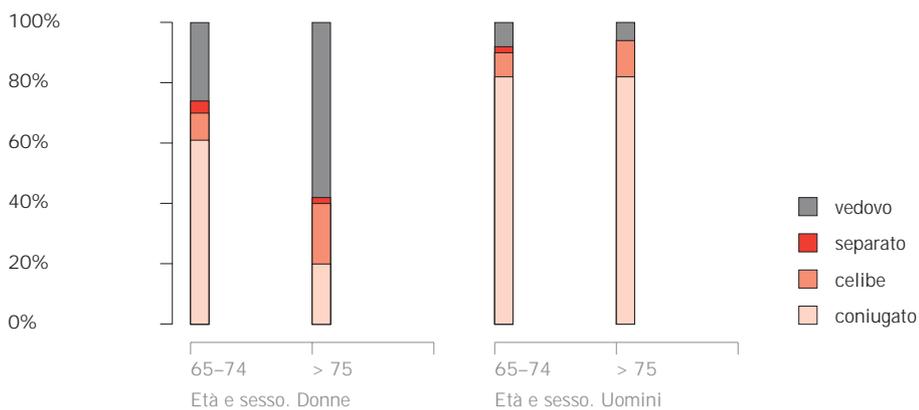


Stato civile

L'81% degli uomini intervistati in Alto Adige è coniugato a fronte del 41% delle donne. Il 42% delle donne è in stato di vedovanza rispetto al 8% degli uomini ($p=0,001$). Il quadro dell'Alto Adige non si discosta da quello riscontrato nelle altre Regioni/

Province, comunque è curioso notare che la percentuale delle donne nubili è più elevata rispetto alle altre Regioni/Province oggetto dello studio. La percentuale degli uomini sposati non cambia tra una regione all'altra.

Stato civile. Valore percentuale

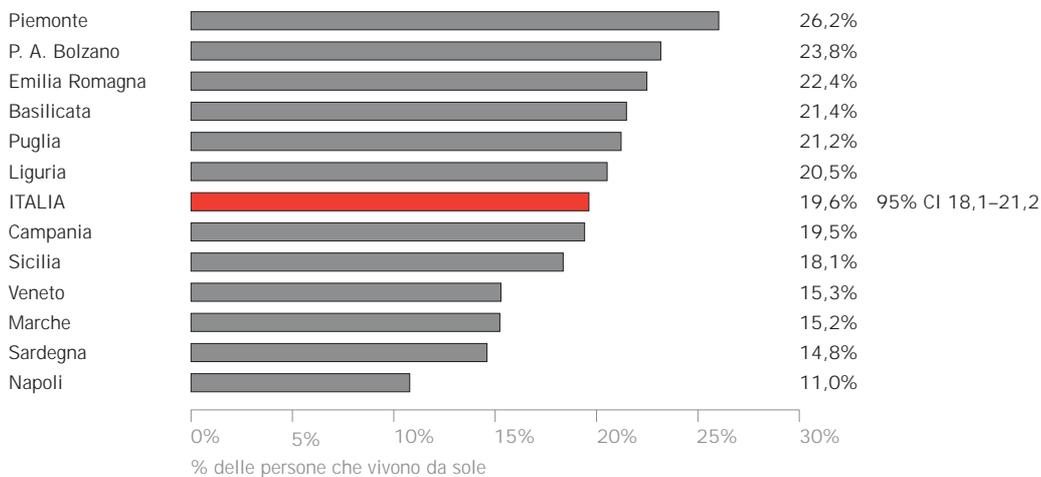


Situazione abitativa

Il 71% del campione altoadesino vive con almeno un familiare, di cui il 54% con persone della stessa generazione. Il 24% degli intervistati dichiara di vivere da solo: di questi l'86% è di sesso femminile. Vive da sola poco più della metà delle donne (53%) nelle persone di 75 anni e più.

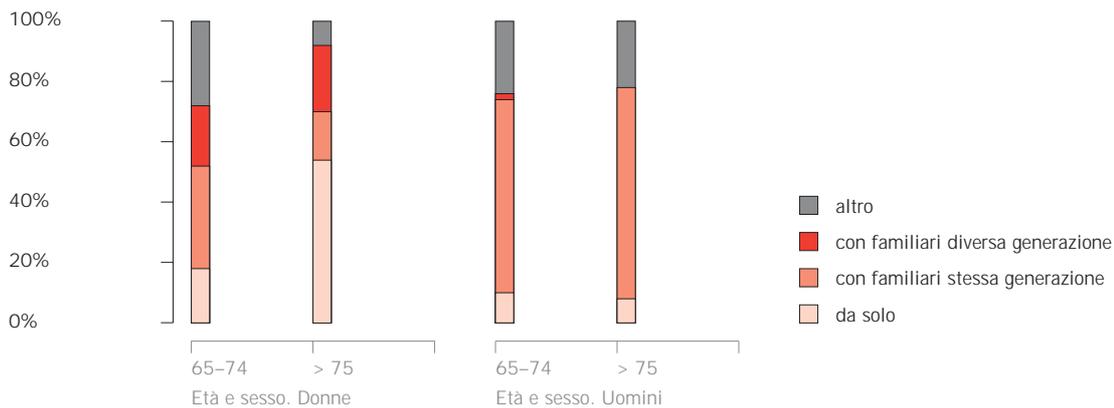
Dopo il Piemonte, l'Alto Adige ha il maggior numero di persone viventi da sole. La media nazionale della prevalenza delle persone che vivono da sole è pari al 20%.

Vivere da solo. Nazionale



P.15

Vivere. Valore percentuale





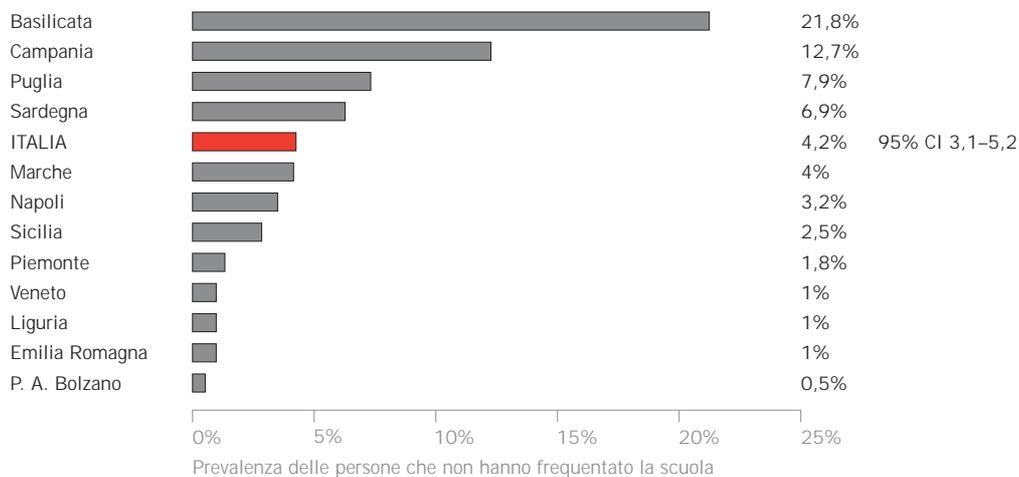
Livello d'istruzione

Sotto il profilo dell'istruzione si conferma la vulnerabilità degli anziani rispetto alla popolazione complessiva: il 94% degli intervistati ha un'istruzione di almeno 5 anni. Il 15% presenta un livello d'istruzione superiore ed il 5% è laureato. Tra gli intervistati in Alto Adige nove sono i laureati, di cui otto sono

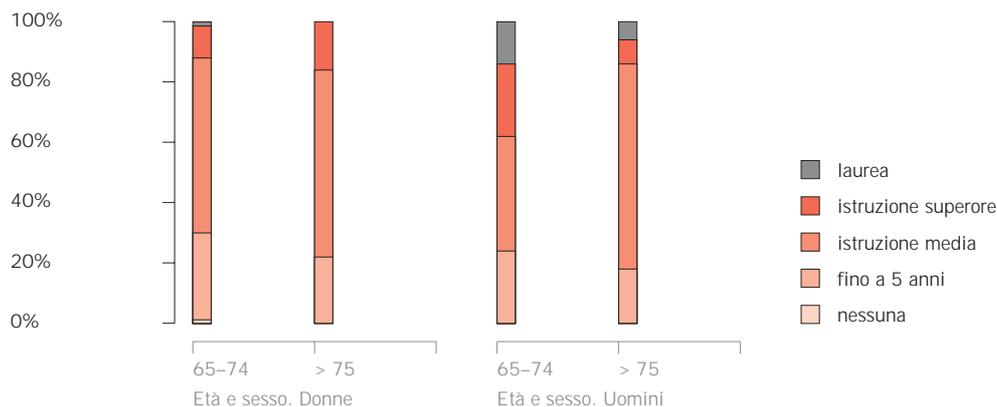
uomini. Le donne hanno frequentato in media 7 anni la scuola, gli uomini 8 anni. Solo un'intervistata dai 65–74 anni non ha alcuna istruzione scolastica. La prevalenza dei laureati in Alto Adige è al di sotto della media nazionale.

Istruzione scolastica analfabeti. Nazionale

P.16



Istruzione scolastica. Valore percentuale



COMMENTO

È da sottolineare che la rappresentatività del nostro campione rispetto alla popolazione è molto valida specialmente per quanto riguarda la distribuzione per età, sesso e gruppo linguistico. Il fatto che l'indagine non tiene conto delle persone ricoverate all'ospedale oppure alloggiate in strutture socio-sanitarie influenza alcuni dei fattori di qualità di vita dell'anziano come la percezione dello stato di salute, la prevalenza dell'autosufficienza e il numero delle malattie.

Di fronte al fatto che gran parte delle donne nelle persone di 75 anni e più vivono da sole sottolinea la necessità di pianificare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare.

In Alto Adige la percentuale di persone anziane senza istruzione scolastica è molto bassa, ma rispetto alle altre Regioni/Province mostra un minor numero di laureati. Questo potrebbe coincidere con il fatto che in Alto Adige la maggior parte delle persone selezionate provengono da zone rurali rispetto a Regioni/Province più numerose (situazione data dal disegno dello studio).

La differenza di durata di vita tra gli uomini e le donne coincide con il fatto che più donne rispetto agli uomini sono vedove, specialmente nella fascia d'età sopra i 74 anni. È probabile che il numero elevato di donne nubili sia una conseguenza degli effetti delle guerre mondiali.





QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

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

Lo stato di salute percepito è risultato un predittore più forte riguardo a mortalità e morbosità rispetto a molte condizioni oggettive di salute (es. disabilità); diversi studi hanno rilevato che gli anziani che presentano indicatori di qualità di vita bassi, hanno un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

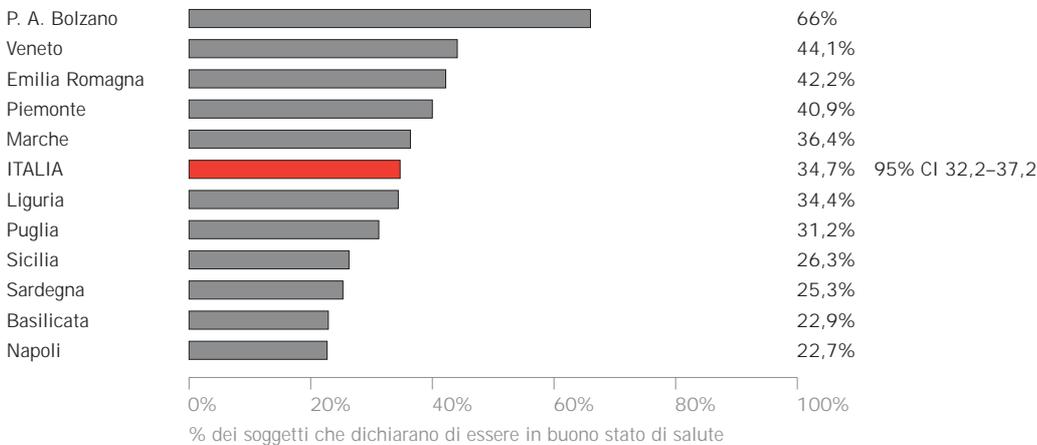
Il “summary unhealthy day index”, cioè la media dei giorni percepiti in cattiva salute riferiti ad un mese, è un indicatore sintetico e valido a livello internazionale per valutare la qualità di vita percepita anche nella popolazione anziana.

Percezione del proprio stato di salute

Il 66% degli intervistati in Alto Adige giudica positivamente il proprio stato di salute (buono, molto buono, eccellente); meno del 5% ritiene il proprio stato di salute cattivo. La percezione negativa (discreto o cattivo) del proprio stato di salute non è significativamente diversa a tra donne (37%) e uomini (30%) ($p=0.3$) e neanche tra le due fasce d'età (32% tra 65 e 74 anni rispetto a 37% nelle

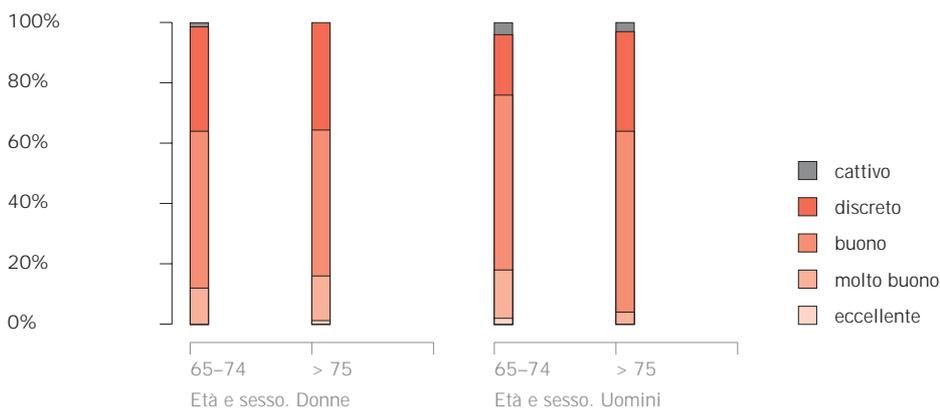
persone nelle persone di 75 anni e più ($p=0.5$)). La percentuale degli anziani in Alto Adige, che giudica il proprio stato di salute in modo positivo è quasi il doppio della media nazionale e supera di quasi un terzo il valore della regione seguente.

Stato di salute percepito. Nazionale



P.19

Stato di salute percepito. Prevalenza



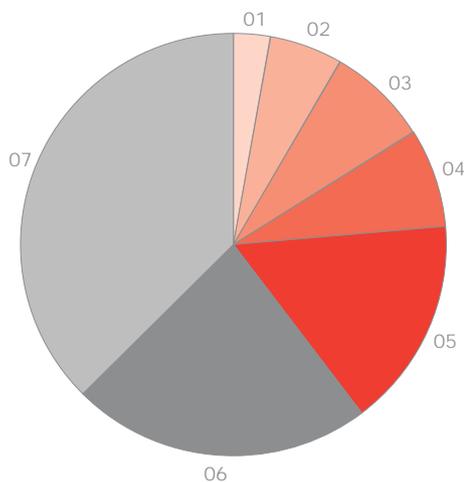


Limitazioni nelle proprie attività per problemi di salute

A causa di malesseri il 32% degli intervistati in Alto Adige dichiara di avere problemi a svolgere le proprie attività quotidiane. La presenza di limitazioni non è significativamente diversa tra donne (35%) e uomini (27%) ($p=0.3$) e neanche tra le due fasce

d'età (il 28% nelle persone tra i 65–74 anni e il 37% nelle persone di 75 anni e più ($p=0.2$)). Il problema principale indicato come limitante le proprie attività è rappresentato dalle malattie reumatiche e dalle difficoltà a camminare.

Problemi principali di salute che limitano le attività



- 01. fratture. 3%
- 02. cardiaci. 6%
- 03. vista/udito. 8%
- 04. respiratori. 8%
- 05. a camminare. 16%
- 06. artrite/osi. 23%
- 07. altri. 36%

Unhealthy day index

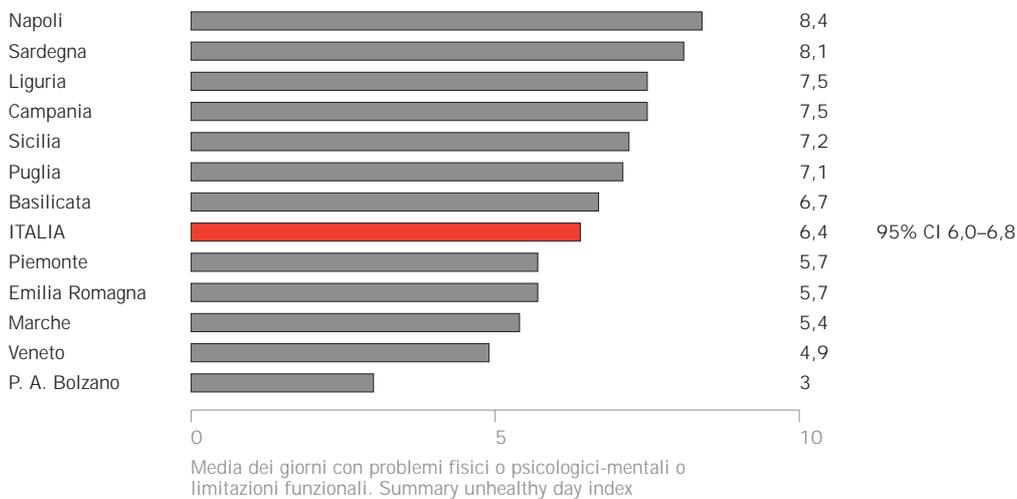
Le donne presentano indici di qualità della vita meno favorevoli con valore di media di giorni in cattiva salute o con limitazione funzionali sensibilmente più elevati rispetto agli uomini ("summary unhealthy day index" pari a giorni 3,4 rispetto a 2,3) e che aumentano con l'età (la media di 2,3 giorni al mese nelle persone dai 65-74 anni e di 3,9 giorni nelle persone di 75 anni e più ($p < 0.001$)).

Le donne tra i 65-74 anni percepiscono più giorni (media 3,1 giorni) con problemi psicologici e/o mentali o con limitazioni funzionali rispetto agli uomini della stessa fascia d'età (media 1,2 giorni) ($p = 0.02$), mentre nelle persone di 75 anni e più sono gli uomini (media 4,4) ad aver indicato un maggior numero di giorni (donne : media 3,6 giorni) ($p = 0.6$).

I problemi fisici (media 4,3 giorni) contribuiscono ad aumentare il "summary unhealthy day index" rispetto ai problemi psicologici e/o mentali (media 3,2 giorni) e ai giorni con limitazioni (1,5 giorni). Col crescere dell'età aumenta sensibilmente la media di giorni in cattiva salute ("summary unhealthy day index" pari a 2,3 giorni nelle persone tra i 65-74 anni rispetto a 3,9 giorni nelle persone con più di 74 anni).

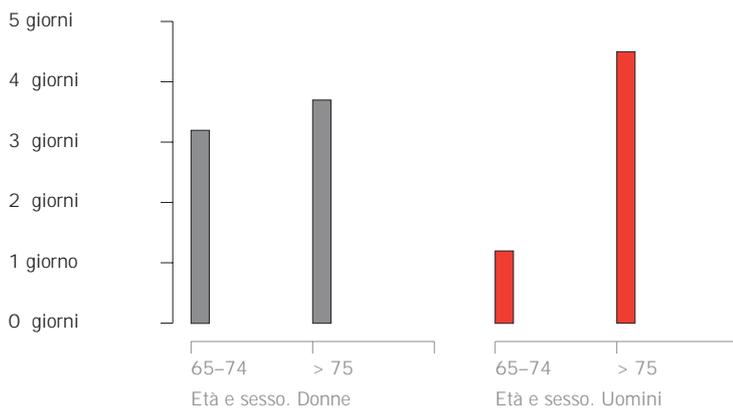
A bassi livelli d'istruzione corrispondono medie di giorni in cattiva salute più elevate: scuola elementare 3,6 giorni, scuola media 3,2 giorni, scuola superiore 2,5 giorni.

Summary unhealthy day index. Nazionale



P.21

Summary unhealthy day index. Numero di giorni in cattiva salute





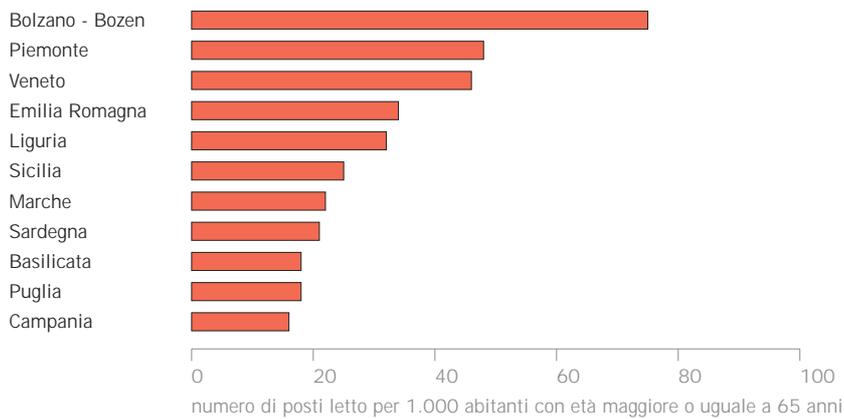
Unhealthy day index

Gli anziani in Alto Adige che praticano attività motoria/fisica presentano indici di qualità della vita nettamente migliori (attivi 2,2 giorni in cattiva salute, sedentari 6,1 giorni). Il "summary unhealthy day

index" è associato anche al livello di disabilità (autosufficienti 2,4 giorni in cattiva salute, non autosufficienti 8,1 giorni).

P.22

Unhealthy day index – commento



COMMENTO

La prevalenza delle persone che dichiarano di essere in buono stato di salute è maggiore in Alto Adige rispetto alle altre Regioni/Province oggetto dello studio. In Alto Adige il numero di strutture socio-sanitarie è più elevato e presuppone che le persone veramente malate vi siano alloggiate.

STATO DI SALUTE



P.23

Lo stato di salute della popolazione anziana è spesso condizionato dalla presenza di malattie cronico-degenerative, che caratterizzano in modo permanente le condizioni di salute e la qualità di vita della persona. I dati di prevalenza delle patologie più frequenti nei soggetti anziani rilevate con lo studio ARGENTO sono in genere comparabili a quelli ottenuti dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT e da altri studi.

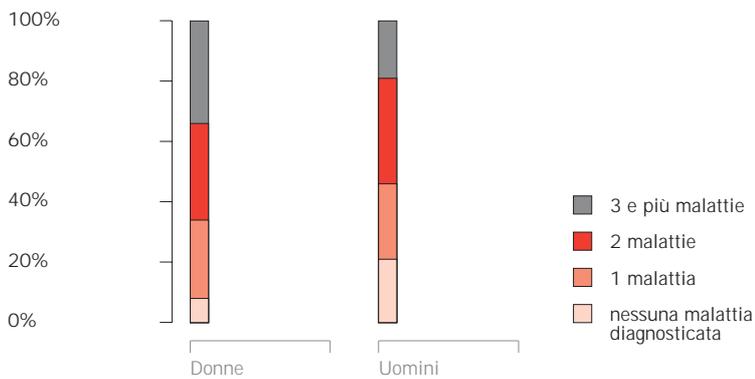


Pluripatologie

La prevalenza delle persone senza nessuna malattia diagnosticata in Alto Adige è più del doppio della media nazionale; il 21% degli uomini a fronte del 7% delle donne non riportava diagnosi di alcuna patologia. La media del numero di malattie diagnosticate è più alta nelle donne (2,3 malattie) rispetto agli uomini (1,7 malattie) ($p=0.006$) e aumenta con l'età (la media è di 1,7 malattie nelle persone dai 65–74 anni e di 2,3 malattie nelle persone di 75 anni e più ($p<0.05$)).

Anche nel gruppo delle 3 e più patologie diagnosticate prevalgono le donne, sia in Alto Adige come anche a livello nazionale. La percentuale più bassa per tre malattie o più è stato osservato in Alto Adige.

Pluripatologie. Prevalenza



P.24

COMMENTO

Si conferma la particolare vulnerabilità degli anziani (in particolare nella fascia d'età superiore ai 74 anni) per la presenza di malattie cronic-degenerative, in grado di condizionare marcatamente la qualità della vita. Appare significativa la concomitanza di più patologie: un terzo degli intervistati riferisce di soffrire di tre o più patologie. Un terzo riferisce problemi a svolgere le attività quotidiane per un problema di salute. Alla luce di questi dati già noti si conferma (rafforza) la necessità di continuare le azioni di prevenzione nei confronti degli anziani "fragili".

La percezione negativa del proprio stato di salute è avvertita maggiormente nel sesso femminile e cresce con l'età. Le donne presentano gli indici della qualità di vita meno favorevoli complessivamente: rappresentando circa il 63% della popolazione anziana, costituiscono un target cui rivolgere alcuni interventi specifici di supporto. Tra le persone intervistate che vivono sole, ben l'86% è infatti rappresentato da donne in particolare nella fascia d'età sopra i 74 anni.

Malattie diagnosticcate

Al 50% degli intervistati in Alto Adige è stata diagnosticata una forma di artrite/artrosi; in particolare ne soffre il 59% delle donne e il 34% degli uomini ($p < 0.001$).

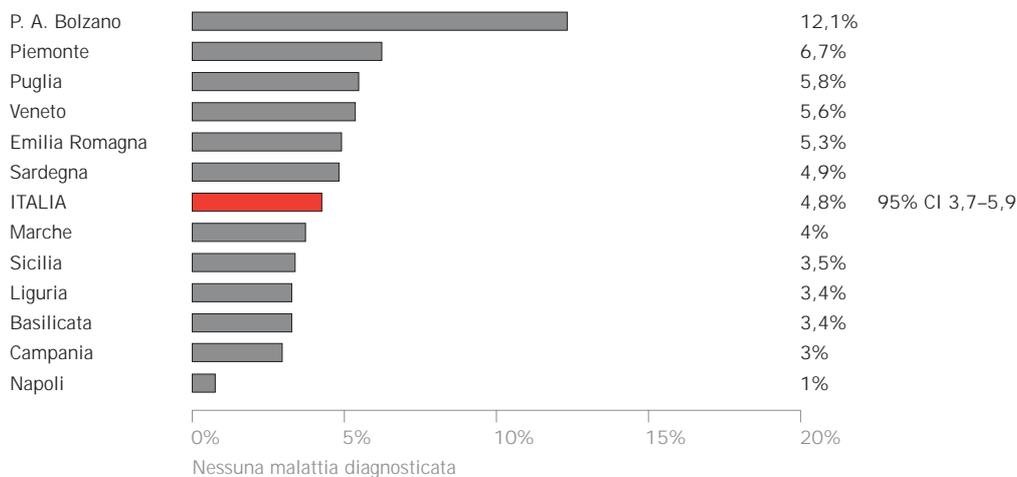
Le malattie cardiovascolari sono al secondo posto delle malattie diagnosticcate (22%) ma il dato non è significativamente diverso tra uomini (26%) e donne (19%) ($p = 0.3$).

L'osteoporosi è una malattia tipica delle donne con una prevalenza del 25% rispetto al 3% negli uomini ($p < 0.001$).

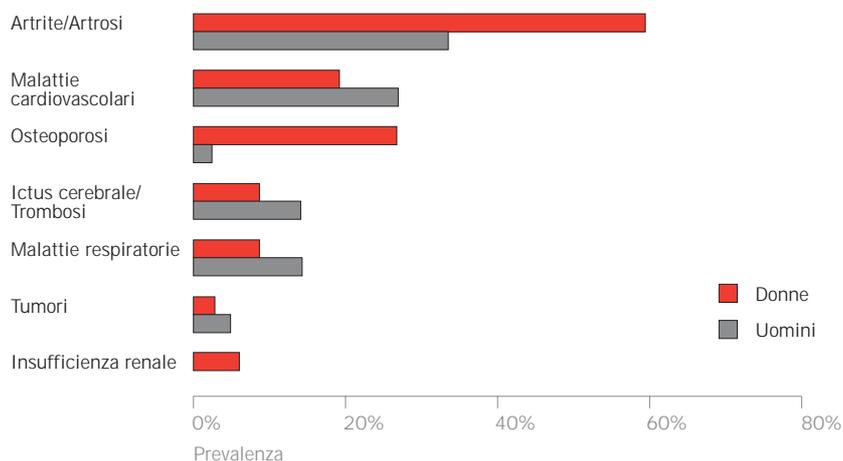
La stima della prevalenza dell'ictus è maggiore negli uomini (13%) rispetto alle donne (9%), comunque la differenza non è statisticamente significativa ($p = 0,3$).

Le malattie respiratorie (10%) presentano una prevalenza per sesso simili a quella dell'ictus. La distribuzione delle malattie è simile in tutte le Regioni/Province.

Malattie diagnosticcate: nessuna. Nazionale



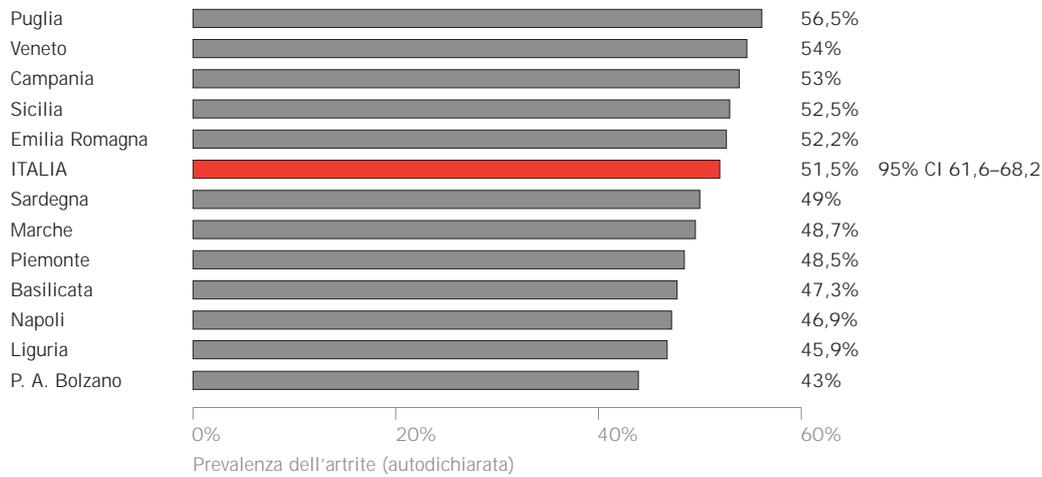
Malattie diagnosticcate. Prevalenza



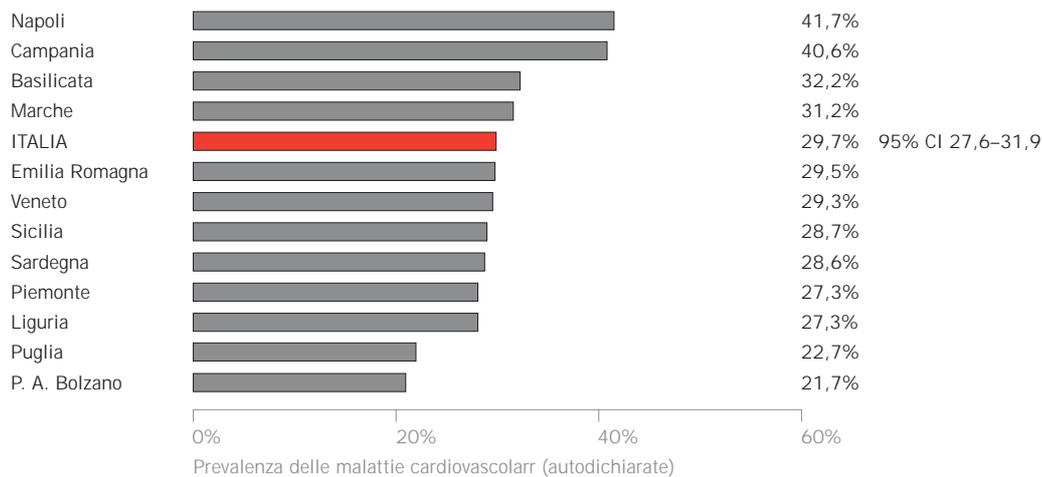


Malattie diagnosticate

Artrite. Nazionale

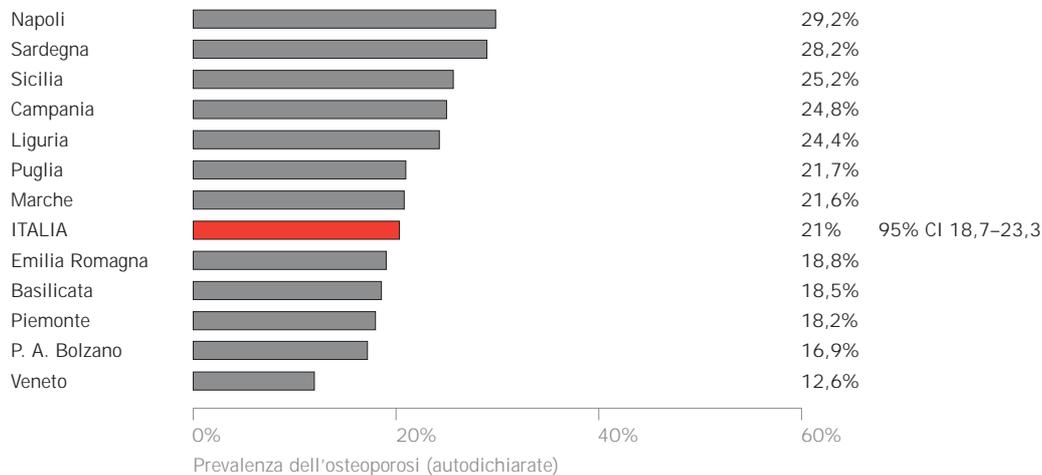


Malattie cardiovascolari. Nazionale



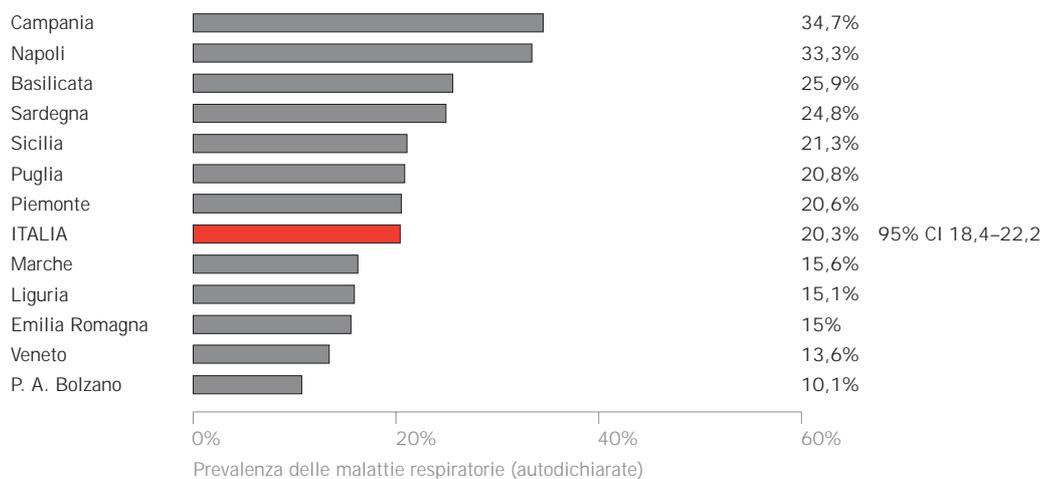
P.26

Osteoporosi. Nazionale

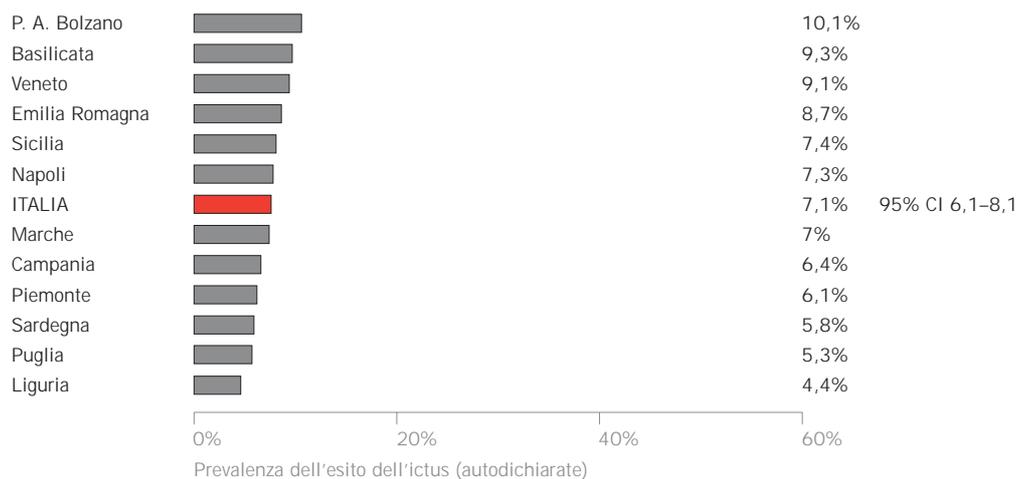


Malattie diagnosticcate

Malattie respiratorie. Nazionale



Ictus. Nazionale



COMMENTO

Anche questo fattore di qualità di vita dell'anziano è influenzato dal numero di posti letto nelle strutture socio-sanitarie, che come già constatato è maggiore in Alto Adige rispetto alle altre Regioni/Province oggetto dello studio. È confermato che la probabilità di essere alloggiate in una struttura socio-sanitaria è maggiore nelle persone che percepiscono un cattivo stato di salute oggettivo. L'artrite/artrosi, una delle malattie più frequenti, limita gli anziani maggiormente nello svolgere le attività quotidiane. Soltanto la prevalenza dell'ictus è maggiore nel nostro campione rispetto alle altre Regioni/Province. Il fatto che in Alto Adige molte persone vengono curate a domicilio dopo

l'ictus può essere condizionato da un più veloce e migliore "case management" durante la fase acuta con meno sequele successive. Questa ipotesi viene sostenuta dal fatto che i partecipanti allo studio colpiti da ictus dichiarano di percepire uno stato di salute migliore rispetto ai partecipanti delle altre Regioni/Province.

L'indagine ha mostrato che in Alto Adige la prevalenza delle persone in cattivo stato di salute è minore rispetto alle altre Regioni/Province; questo risultato coincide con il fatto che nella Provincia autonoma di Bolzano, ad un numero minore di persone non è stata diagnosticata nessuna patologia.



Pressione arteriosa

Mentre nelle altre Regioni/Province l'ipertensione è stata rilevata come dato anamnestico, unicamente in Alto Adige è stata misurata la pressione arteriosa seguendo i criteri dell'American Heart Association (AHA) ed è stato fatto un confronto tra i due valori. Abbiamo classificato le persone con un valore sistolico > 140 mm Hg o un valore diastolico > 90 mm Hg e tutte le persone che prendono medicinali antiipertensivi come ipertensivi.

Quattro intervistati su cinque vanno considerati ipertensivi (81%). La distribuzione dell'ipertensione è simile tra uomini (78%) e donne (82%) ($p=0.4$), ma aumenta con l'età: mentre il 75% delle persone tra 65–74 anni vanno considerati ipertensivi la prevalenza aumenta all'87% nella fascia d'età dopo i 74 anni ($p=0.03$).

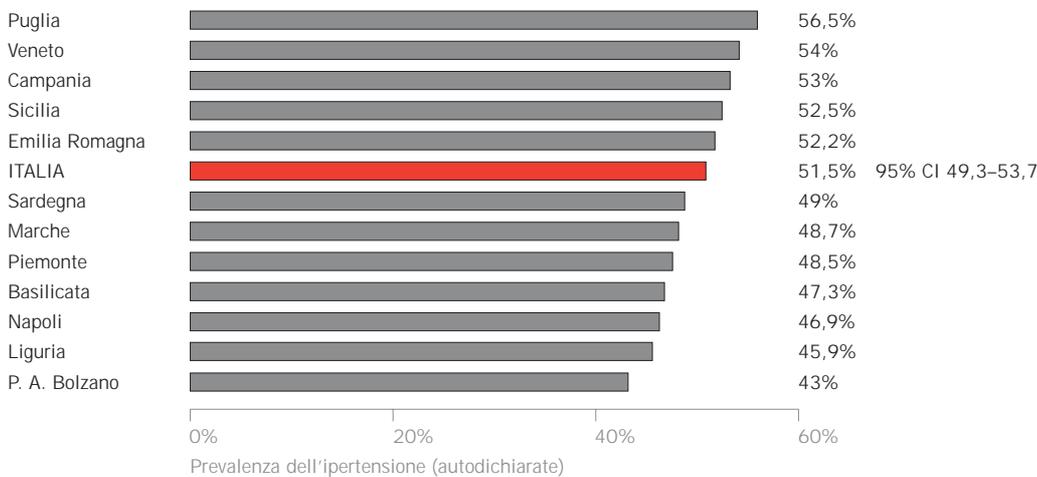
Il 57% delle donne ipertensive a fronte del 42% degli uomini sono consapevoli dell'ipertensione e il 51% delle donne ipertensive rispetto al 37% degli uomini prendono un trattamento antiipertensivo. I medicinali più frequentemente prescritti contro l'ipertensione appartengono alle seguenti classi:

- ACE-inibitori
- Ca-antagonisti
- diuretici
- beta-bloccanti

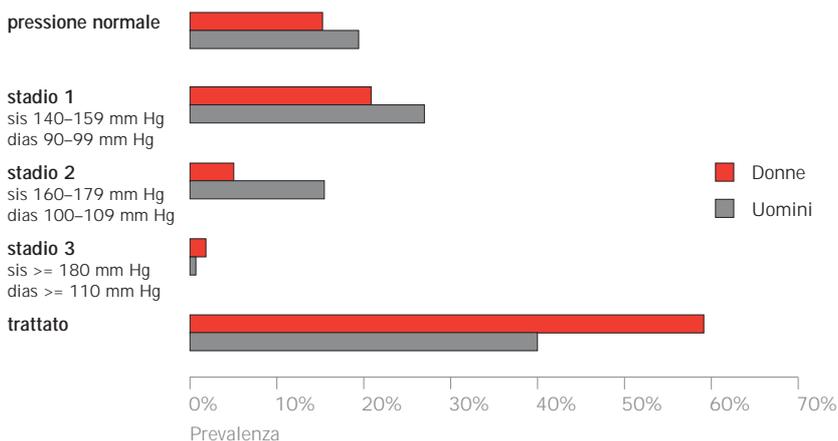
Confrontando i dati anamnestici di tutte le Regioni/Province oggetto dello studio, la prevalenza dell'ipertensione in Alto Adige è la più bassa delle Regioni/Province oggetto dello studio.

P.28

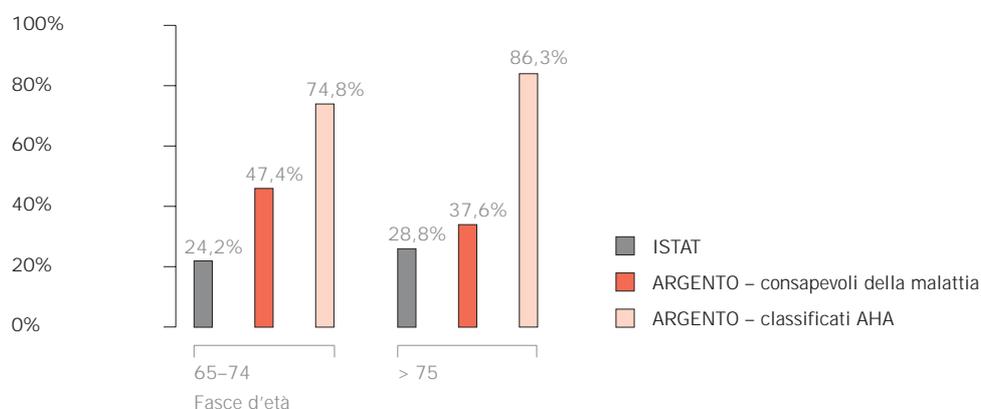
Ipertensione. Nazionale



Ipertensione. Classificazione dell'ipertonia (AHA)



Ipertensione: ARGENTO-ISTAT. Prevalenza



COMMENTO

L'ipertensione è una malattia molto diffusa che spesso viene sottovalutata e non curata. È uno dei fattori di rischio più importanti per le malattie cerebro-cardiovascolari. In base ai dati rilevati emerge la necessità di uno screening della pressione con un successivo adeguato trattamento.

P.29

Il fatto che specialmente tra gli uomini l'ipertensione non venga curata potrebbe dipendere dalla frequenza delle visite mediche che è probabilmente maggiore nelle donne.





Diabete

Mentre nelle altre Regioni/Province il diabete è stata rilevato come dato anamnestico unicamente in Alto Adige è stata misurata la glicemia a digiuno ed è stato fatto un confronto tra i due valori rilevati.

In Alto Adige il 10% (n=20) degli intervistati sanno di essere diabetici, di cui il 60% sono donne e il 55% hanno meno di 75 anni.

Due intervistati prendono un trattamento antidiabetico senza essere consapevoli della loro malattia. Il 68% è in trattamento, di cui il 73% è sottoposto ad una monoterapia, il 20% assume due medicinali e il 7% tre medicinali. La maggioranza delle persone in trattamento riceve soltanto antidiabetici orali (80%), il 7% soltanto l'insulina e il 13% una combinazione di questi due.

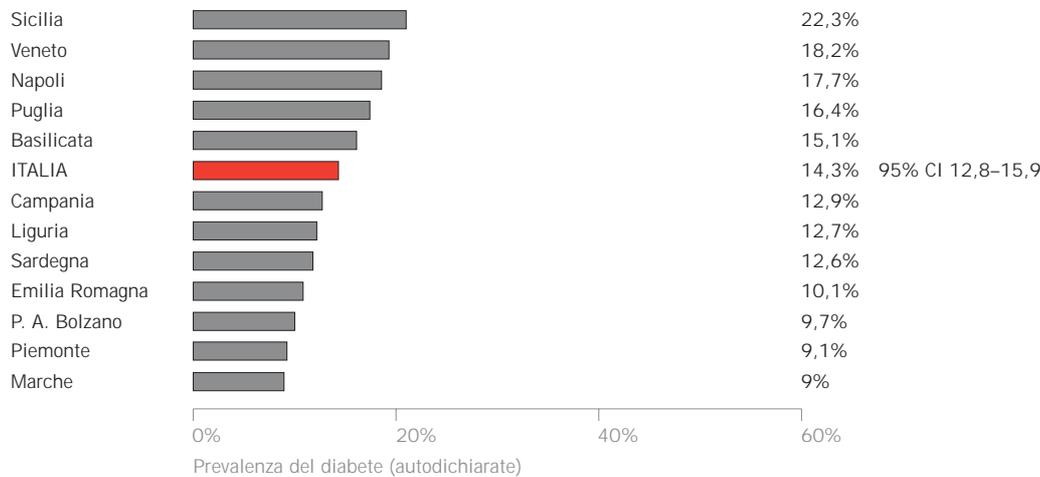
Al 6% degli intervistati che hanno dichiarato di non essere diabetici è stato misurato un valore glicemico superiore a 125mg% (media 171, range 126–403).

Il 27% delle donne a fronte del 16% degli uomini confermano la presenza di un familiare diabetico (p=0.08). Tra i diabetici l'82% soffre di ipertensione, il 41% è sovrappeso, il 23% è obeso e il 27% è fumatore oppure ex fumatore (fumatori da più di 10 anni). Tra i diabetici più della metà ha tre fattori di rischio per le malattie cerebro-cardiovascolari, il 22% due, il 14% quattro e il 9% solo il diabete.

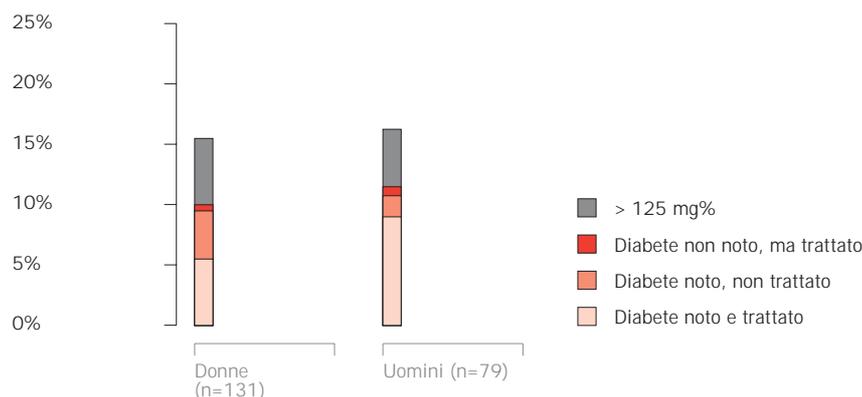
La distribuzione per sesso ed età è simile in entrambi i gruppi sia a livello provinciale che a livello nazionale.

Prevalenza del diabete autodichiarato. Nazionale

P.30

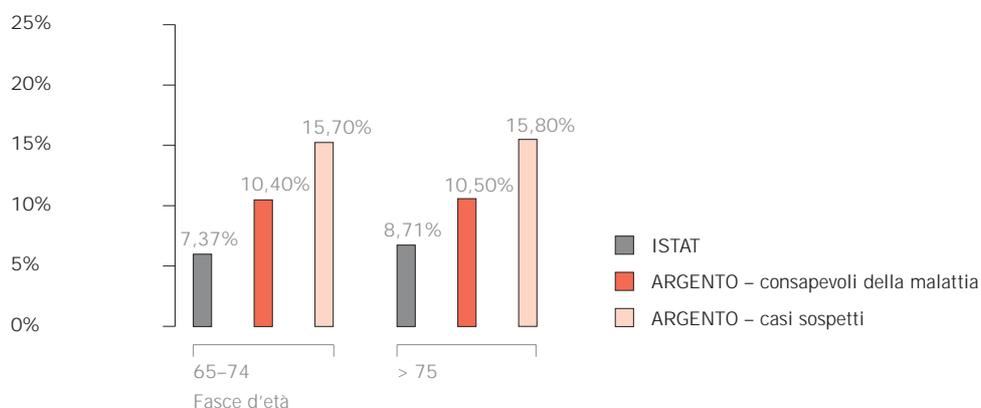


Diabete. Prevalenza



Diabete

Diabete: ARGENTO-ISTAT. Prevalenza



COMMENTO

Un terzo delle persone considerate diabetiche non sono consapevoli della loro malattia. Il diabete come l'ipertensione sono malattie che spesso si presentano asintomatiche per un lungo periodo, e per questo rimane difficile identificare le persone a rischio. Per esempio in un eventuale programma di screening il valore predittivo positivo del peso come fattore di rischio rimane basso: è consigliabile basarsi più sui sintomi come la sete e la poliuria per identificare le persone malate non consapevoli.





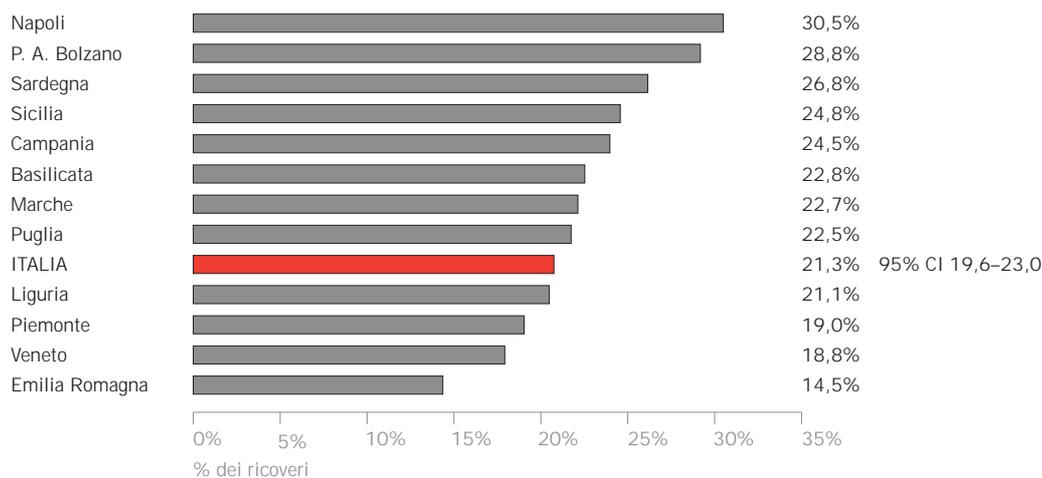
Ricoveri ospedalieri

Il 29% degli intervistati in Alto Adige è stato ricoverato nell'ultimo anno: un intervistato su quattro (25%) tra i 65-74 anni ed un intervistato su tre (33%) nelle persone di 75 anni e più ($p=0.2$). Il 43% degli uomini

ni ricoverati a fronte del 27% delle donne è stato ricoverato più di una volta ($p=0.02$).

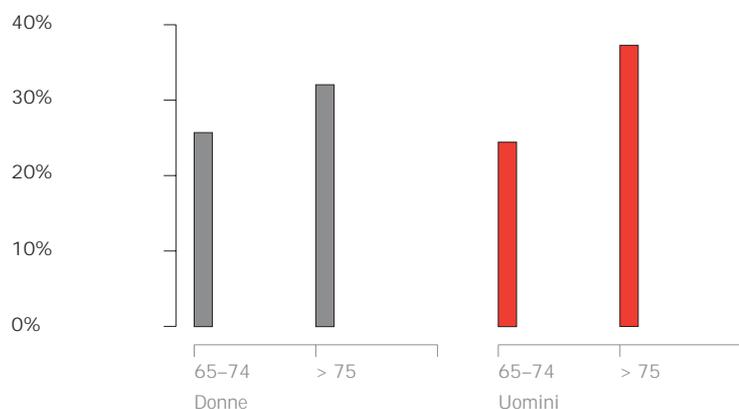
Dopo la Provincia di Napoli, l'Alto Adige è la realtà con il maggior numero di ricoveri.

Ricoveri. Nazionale



P.32

Ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno. Valore percentuale



COMMENTO

Il dato che nei territori settentrionali vengano generalmente ricoverate meno persone rispetto a quelli meridionali coincide con lo stato di salute migliore al nord. Per poter capire il motivo del numero elevato di ricoveri in Alto Adige sarà necessario analizzare alcune variabili come per esempio la diagnosi e la durata del ricovero perché i ricoveri ospedalieri rappresentano una spesa importante per la sanità pubblica della Provincia autonoma di Bolzano

Il progressivo aumento della quota di popolazione anziana in Italia, come negli altri paesi occidentali, comporta un aumento della frequenza di anziani non autosufficienti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. La perdita di autosufficienza è associata alla presenza di malattie croniche e quindi comporta bisogni di assistenza sia nell'effettuare attività legate alla sopravvivenza, sia per effettuare le cure mediche o infermieristiche. D'altro canto la perdita di autosufficienza è associata anche ad isolamento sociale e quindi genera ulteriori bisogni su questo versante. Per misurare l'autosufficienza è stato sviluppato un sistema basato sulla capacità dell'individuo di effettuare alcune attività della vita quotidiana (ADL). Sono state indagate molteplici ADL, dalle funzioni fisiologiche (come urinare), a quelle motorie, a quelle che consentono la cura di sé

(come vestirsi, lavarsi), a quelle strumentali, legate alla sopravvivenza (come prepararsi da mangiare). Di conseguenza, sono state adottate diverse definizioni operative di mancanza di autosufficienza, con difficoltà ad effettuare confronti tra i diversi studi. È stato però osservato (7) che c'è una notevole sovrapposizione tra le ADL (una persona incapace in una attività è frequentemente incapace di effettuare altre attività), per cui è possibile utilizzare un minimo set di ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno, vestirsi, mangiare) per ottenere misure adeguate del livello di dipendenza, classificandola come grave (persone non in grado di effettuare tutte queste attività), lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL), o autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL).

AUTOSUFFICIENZA E DIPENDENZA





Autosufficienza e dipendenza

Mentre la media nazionale delle persone con dipendenza grave è del 3% (1% in Emilia Romagna – 6% in Basilicata), in Alto Adige non è stata osservata nessuna persona non in grado di effettuare le ADL indagate. L'86% degli anziani intervistati sono autosufficienti: la percentuale delle persone con lieve dipendenza è simile in entrambi i sessi, ma aumenta al 8% nelle persone dai 65–74 anni fino al 21% nelle persone nelle persone di 75 anni e più ($p=0.008$). Nella fascia d'età nelle persone di 75 anni e più il 22% delle donne e il 17% degli uomini sono dipendenti ($p=0.5$). L'89% delle persone con lieve dipendenza in Alto Adige riceve aiuto. La distribuzione delle persone che

aiutano i disabili è data da:

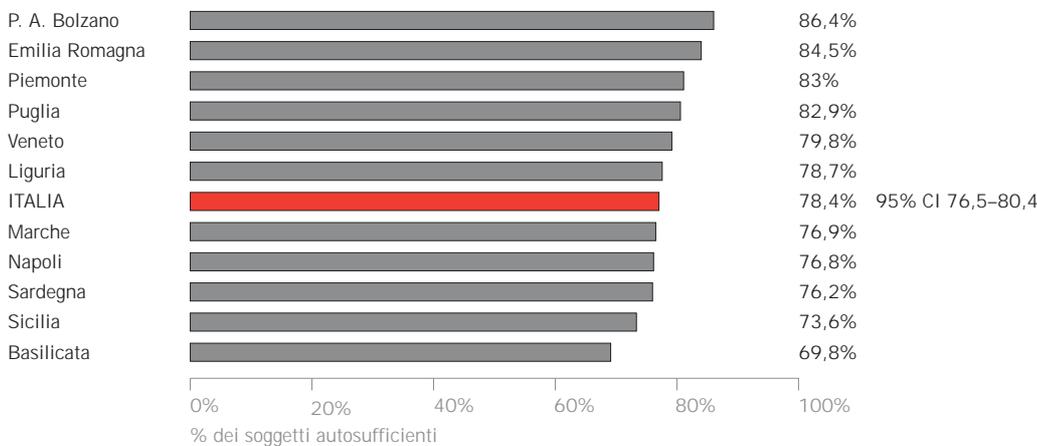
- 25% marito, moglie, partner
- 25% figlia, nuora
- 18% persona a pagamento
- 10% figlio, genero

Per svolgere le seguenti attività è richiesto il maggiore aiuto:

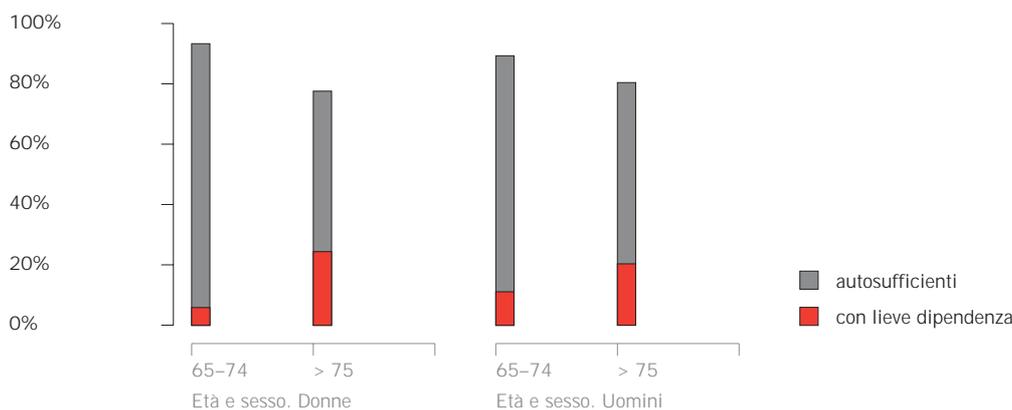
- fare il bagno (47% donne rispetto a 43% uomini)
- vestirsi e spogliarsi (17% donne rispetto a 14% uomini)
- lavarsi (11% donne rispetto a 19% uomini)

Autosufficienza. Nazionale

P.34

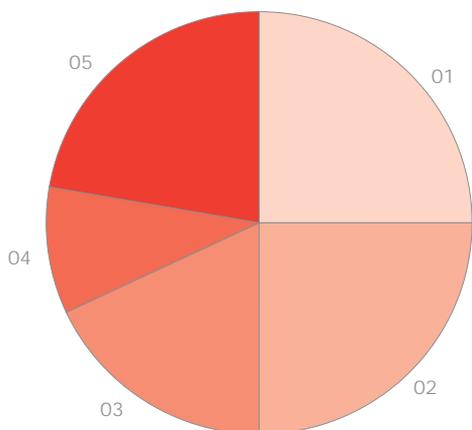


Autosufficienza. Prevalenza



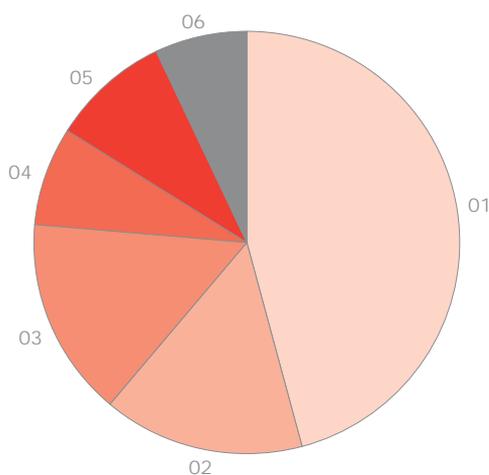
Autosufficienza e dipendenza

Aiuto



- 01. marito/moglie/partner. 25%
- 02. figlia/nuora. 25%
- 03. persona a pagamento. 18%
- 04. figlio/genero. 10%
- 05. altro. 22%

Attività che richiedono aiuto



- 01. fare il bagno o la doccia. 46%
- 02. vestirsi e spogliarsi. 15%
- 03. lavarsi. 15%
- 04. spostarsi da una parte all'altra. 8%
- 05. andare in bagno. 10%
- 06. mangiare. 7%

COMMENTO

In Alto Adige, rispetto alle altre Regioni/Province, la prevalenza delle persone viventi a casa e classificate con "lieve dipendenza" risulta essere la più bassa. Tuttavia una su dieci persone con lieve dipendenza non riceve aiuto, mentre nelle altre realtà praticamente tutte le persone di questa categoria hanno assistenza.

Il 14% del campione non è autosufficiente per la difficoltà nella cura della propria persona, a cui si

aggiunge spesso anche la difficoltà di deambulazione. Tre quarti degli anziani riferiscono inoltre difficoltà alla minzione. Purtroppo non tutte le persone con lieve dipendenza intervistate in Provincia autonoma di Bolzano ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli: tale sostegno è assicurato prevalentemente in ambito familiare ed è pertanto fondamentale prevedere adeguate azioni di supporto.



DISTURBI COGNITIVI

Le demenze rappresentano un importante problema sanitario e sociale, che, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, è destinato ad avere un peso sempre maggiore. Una corretta diagnosi di demenza emerge dalla valutazione combinata di test clinici e psicologici. Comunque è possibile valutare se l'anziano ha difficoltà cognitive utilizzando strumenti sintetici: nell'indagine è stato utilizzato il Mini-Cog, strumento basato sulla combinazione di un test per la memoria a breve termine e del test del disegno dell'orologio. Il primo valuta se

l'intervistato è in grado di ricordare e ripetere una sequenza di tre parole; nel secondo al soggetto viene chiesto di disegnare il quadrante di un orologio, completarlo con le ore e di segnare un'ora stabilita. Questo test permette di valutare le capacità mnemoniche a lungo termine, visive e spaziali, la capacità di attenzione e le capacità di portare a termine un compito.

Il test può essere utilizzato come primo livello nello screening di problemi cognitivi nella popolazione anziana.

Disturbi cognitivi

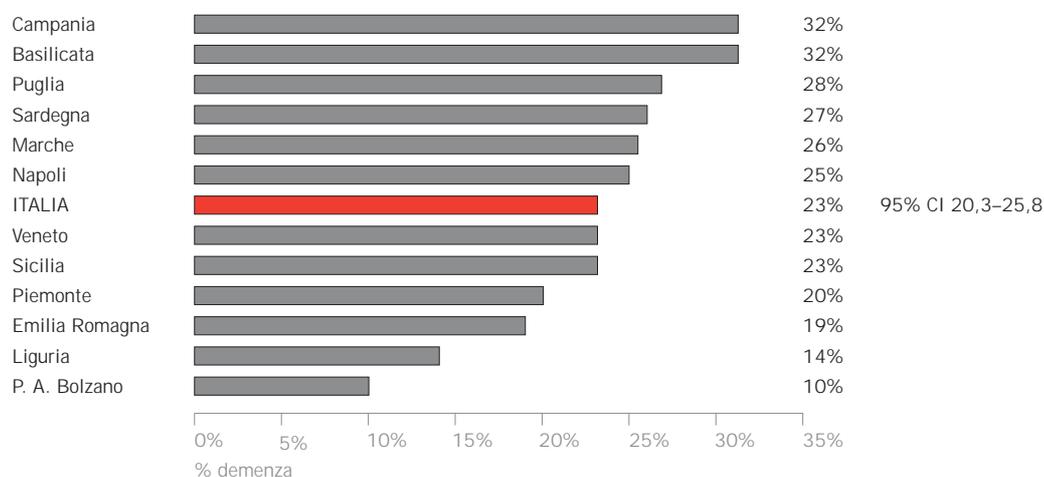
In Alto Adige il 70% degli intervistati si sono ricordati tutte e tre le parole a fronte del 4% che non si è ricordato neanche una. Il 71% dei non laureati rispetto all'89% dei laureati si sono ricordati tutte le parole. Più del 90% degli intervistati si sono ricordati almeno 2 parole. Delle persone che si sono ricordate tutte le 3 parole il 43% hanno più di 74 anni e il 66% sono donne.

La prevalenza nazionale stimata dei disturbi cognitivi con il test Minicog risulta del 23% con una variazione

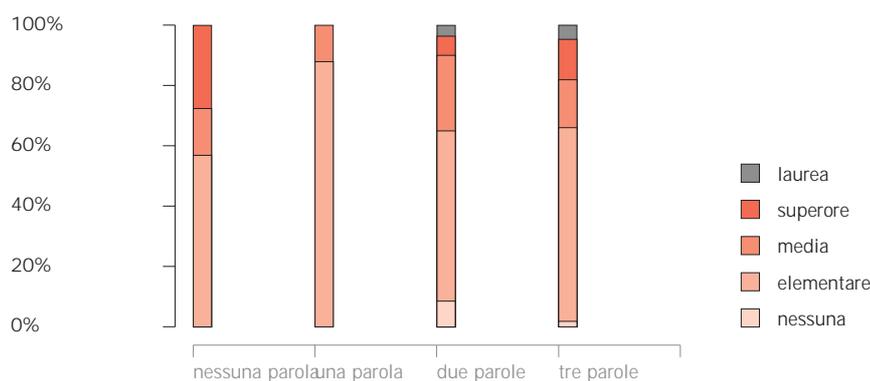
tra il 10% in Alto Adige e il 24% in Basilicata tra le persone con un livello d'istruzione > 3 anni.

Nel test di screening in Alto Adige il 7% delle persone autosufficienti risulta con disturbi cognitivi, mentre tra le persone dipendenti la prevalenza aumenta al 29% ($p < 0.001$). Anche a livello nazionale è stato osservato un aumento della prevalenza dei disturbi cognitivi con il grado di non autosufficienza (il 20% delle persone autosufficienti, il 39% delle persone dipendenti e l'83% delle persone gravemente dipendenti).

Disturbi cognitivi. Nazionale



Confronto: test di memoria-istruzione. Valore percentuale



COMMENTO

Le persone con un numero medio di anni di istruzione più basso sono maggiormente vulnerabili sotto questo aspetto, indicando l'importanza di una vita

“culturalmente” attiva come fattore preventivo per i disturbi cognitivi.



P.38

ISOLAMENTO SOCIALE

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

Isolamento sociale

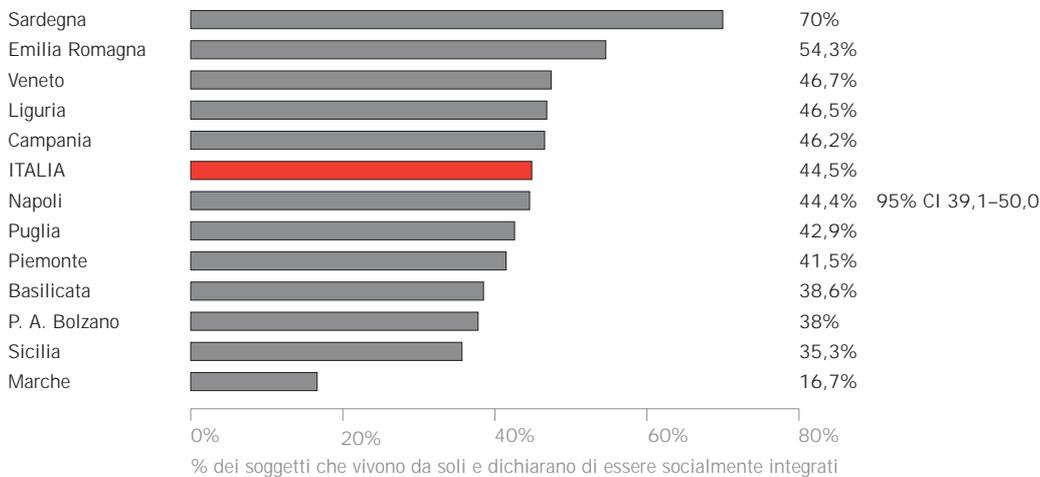
Il 44% degli intervistati in Alto Adige ha avuto nelle ultime 2 settimane tutte e tre le occasioni di vita sociale indagate ed è stato considerato "integrato". Non c'è differenza significativa tra i due sessi.

Novem intervistati su dieci (95%) hanno comunicato con persone non conviventi nelle ultime due settimane. La metà degli intervistati non è mai uscito di casa e non ha partecipato a nessuna attività sociale (55%) ed è stato valutato "parzialmente isolato" (55%), mentre solo l'1% non avendone fatta alcuna, è stato definito "isolato". L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età (49% dai 65-74 anni e 65% nelle persone di 75 anni e più, $p=0,03$). Tra le persone socialmente integrate il 9% è dipendente; questa percentuale si raddoppia nelle persone parzialmente isolate. Anche se nel nostro campione solo l'1% degli

intervistati è isolato, questi hanno contemporaneamente bisogno di aiuto. Considerando l'intero campione il 5% risulta isolato e quasi la metà parzialmente isolato. Limitando l'analisi alle persone che vivono da sole la percentuale degli isolati diminuisce all'1% senza cambiare di tanto le percentuali degli altri due gruppi; considerando invece soltanto le persone non autosufficienti la percentuale degli isolati aumenta dal 4% al 21% e la percentuale degli integrati scende dal 41% al 14%.

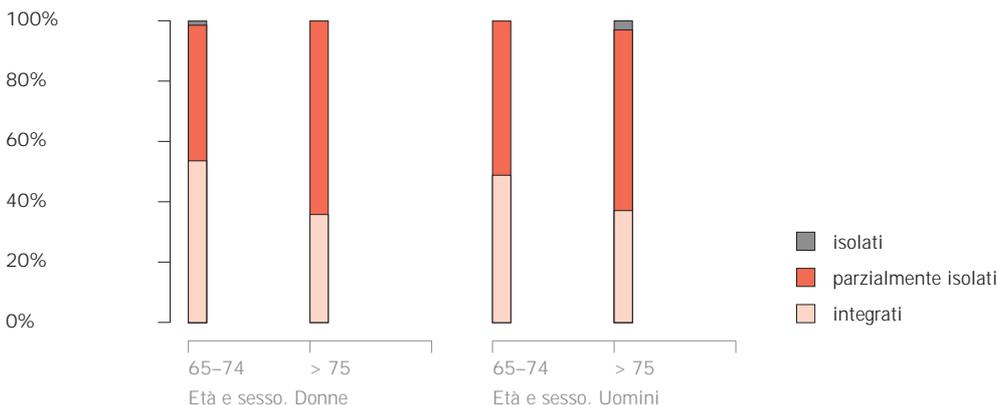
Un fattore che conferma la distribuzione dell'isolamento sociale è il numero di ore trascorse davanti alla televisione. In Alto Adige la media delle ore davanti alla televisione è inferiore rispetto alle altre Regioni/Province (media 2,5 ore).

Isolamento sociale. Nazionale



P.39

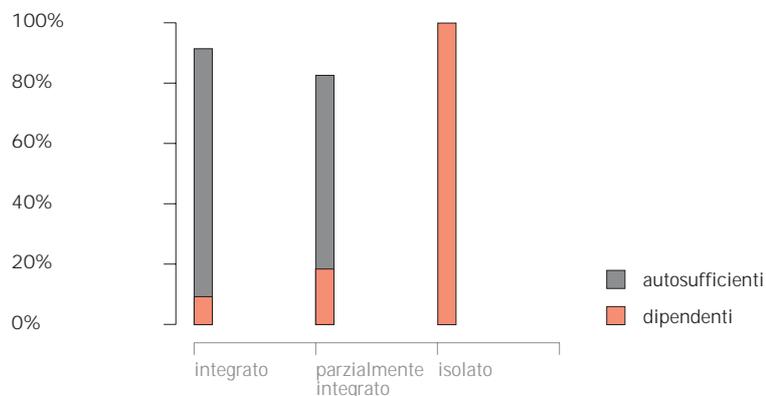
Isolamento sociale. Prevalenza





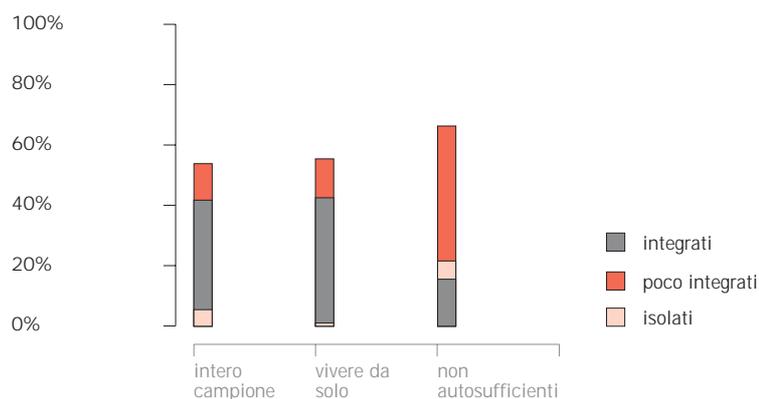
Isolamento sociale

Isolamento-autosufficienza. Valore percentuale



Isolamento-autosufficienza – vivere da soli. % delle persone

P.40



COMMENTO

Il grado di isolamento è influenzato dalla provenienza delle persone campionate: l'isolamento dell'anziano è probabilmente maggiore nelle zone urbane rispetto alle zone rurali. Quasi la metà degli intervistati è "parzialmente integrato" dal punto di vista sociale: l'isolamento sociale cresce in presenza di disabilità. Si sottolinea l'importanza di favorire iniziative di coinvolgimento della persona anziana alla partecipazione alla vita sociale.

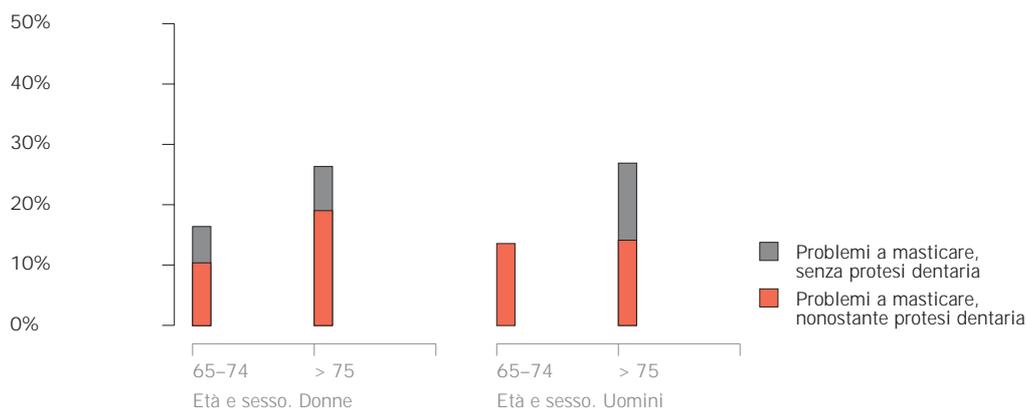
Le difficoltà di masticazione dovute a perdita di denti sono alla base di una dieta inadeguata, soprattutto per mancato apporto di carne, frutta e verdura fresca. Inoltre è stato evidenziato come le patologie dentali e peridontali possano avere un impatto significativamente negativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico dell'anziano.

In Alto Adige il 75% degli intervistati porta una protesi dentaria, di cui uno su cinque (19%) ha comunque problemi a masticare. I problemi di masticazione aumentano con l'età (il 15% dai 65–74 anni rispetto a il 26% dai 75anni e più) ($p=0.05$).

Solo la metà degli uomini che hanno difficoltà a masticare e che sono di età superiore ai 74 anni portano una protesi dentaria.

Tra gli anziani che hanno riferito di avere problemi a masticare un quarto (27%) ha effettuato una visita dal dentista nell'ultimo anno. Il motivo principale per cui gli anziani non si sono recati dal dentista è il ritenere di non averne bisogno (70%), nonostante le difficoltà masticatorie spesso rilevanti. L'8% delle persone con problemi di masticazione e che non sono state dal medico, lo ha fatto a causa del costo troppo alto della visita.

Problemi a masticare. Prevalenza



COMMENTO

Visite periodiche dal dentista e l'uso di una protesi dentaria diminuirebbero i problemi di masticazione dell'anziano. Appare importante anche in questi campi potenziare percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche in particolare per gli anziani più fragili sotto il profilo socio-economico.



Problemi di vista e udito

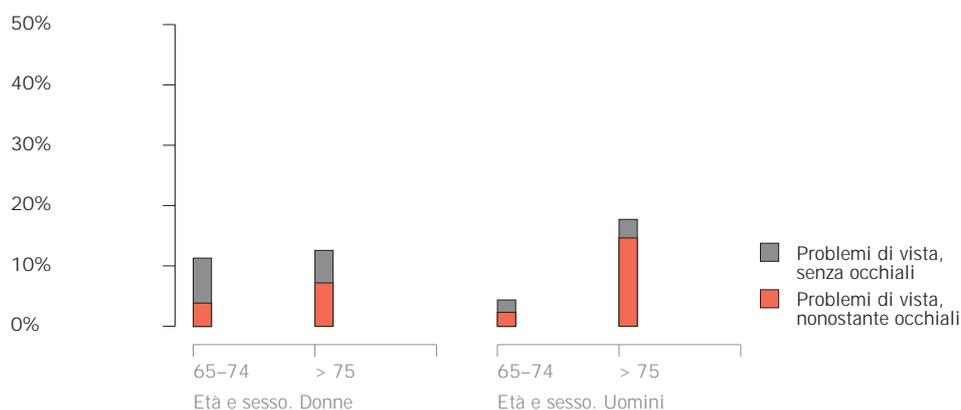
Le difficoltà percettive, quali quelle a carico della vista o dell'udito, possono causare o aggravare una situazione di isolamento sociale a carico degli anziani che ne sono affetti. Inoltre la dimensione di questi problemi è stata poco indagata, particolarmente in riferimento a singole realtà locali.

L'85% degli intervistati in Alto Adige ha bisogno di occhiali per vedere abbastanza bene. La prevalenza di questa disabilità percettiva non appare diversa nei due sessi, e col crescere dell'età: il 8% degli intervistati dai 65–74 anni non vede sufficientemente bene

a fronte del 13% nelle persone di 75 anni e più ($p=0.2$). Nonostante l'uso degli occhiali, il 57% degli anziani ha problemi di vista.

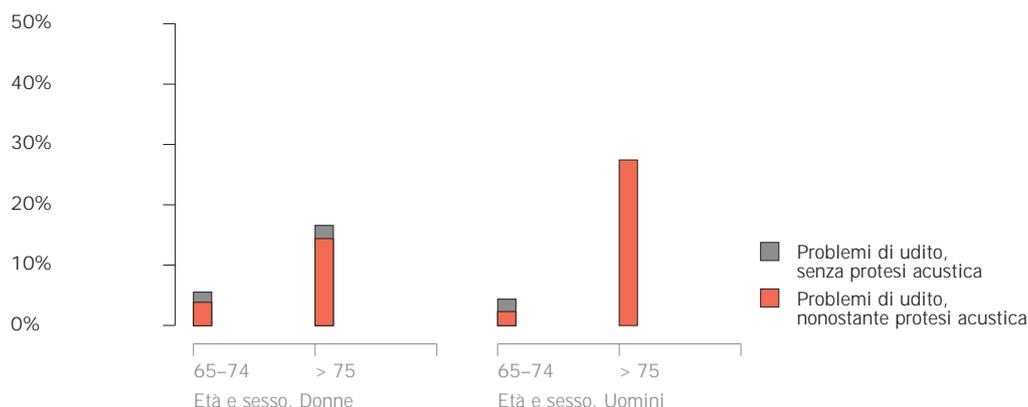
Il 12% degli intervistati presenta difficoltà uditive: di questi un quarto (26%) utilizza una protesi acustica. Nella intera popolazione l'11% porta una protesi acustica. Col crescere dell'età peggiora sensibilmente la funzione uditiva (il 5% delle persone dai 65–74 a fronte del 20% delle persone dai 75 in poi) ($p=0,002$) e non varia tra i due sessi (dal 11% degli uomini rispetto a il 13% delle donne) ($p=0,6$). La percentuale delle persone con problemi di udito nelle Regioni/Province oggetto dello studio è pari al 18%.

Problemi di vista. Prevalenza



P.42

Problemi di udito. Prevalenza



COMMENTO

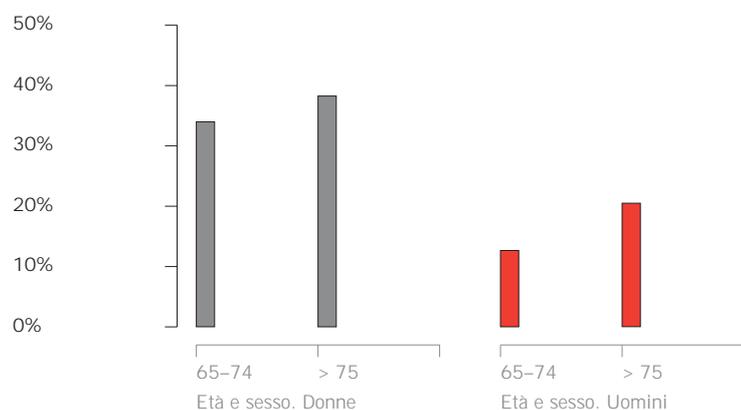
Le cause irreversibili come anche il malfunzionamento delle protesi incidono molto su questo fattore di qualità.

Appare importante anche in questi campi potenziare percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche in particolare per gli anziani più fragili sotto il profilo socio-economico

Problemi d'incontinenza

La prevalenza dei problemi della minzione tra donne (36%) e uomini (16%) è quasi del doppio ($p=0,002$). Il 6,2% delle donne a fronte del 3,9% degli uomini è incontinente, mentre il 30% delle donne e il 12% degli uomini hanno problemi solo occasionalmente. Solo a livello nazionale si nota un'associazione tra l'aumento dell'età e l'aumento contemporaneo dei problemi con la minzione (il 27% dai 65–74 anni rispetto a il 42% nelle persone di 75 anni e più ($p<0,001$)).

Incontinenza. Prevalenza



COMMENTO

L'Alto Adige è nuovamente sotto la media nazionale. La causa potrebbe dipendere dal numero di parti, come anche dall'assistenza medica durante e dopo il parto. In futuro questo fattore dovrebbe avere sempre

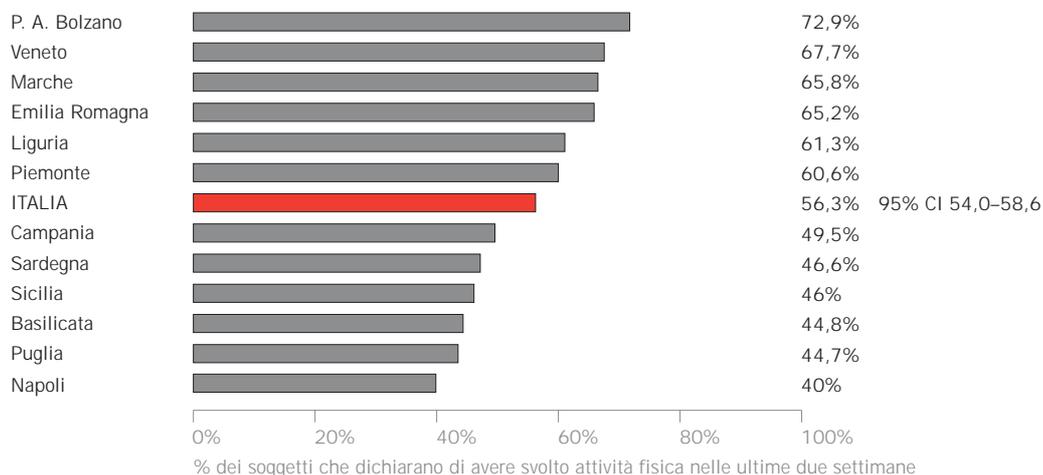
meno importanza, data la diminuzione delle nascite ed il miglioramento dei trattamenti preventivi e terapeutici.



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

ATTIVITÀ FISICO/MOTORIA

Attività fisico/motoria. Nazionale



Attività fisico/motoria

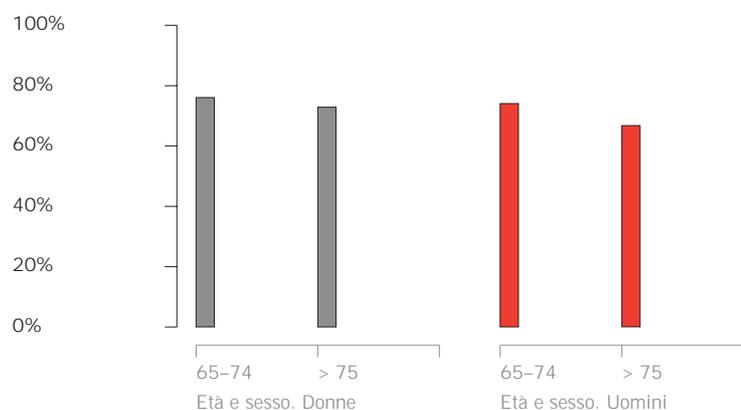
Circa due su tre intervistati (76%) hanno fatto attività motoria per almeno 10 minuti nelle ultime due settimane prima dell'intervista. La differenza tra donne e uomini in Alto Adige non è rilevante, come neanche tra le due fasce d'età (il 75% dai 65–74 anni rispetto al 70% nelle persone di 75 anni e più) ($p=0,4$).

La percentuale delle persone che praticano attività motoria e/o fisica in Alto Adige è più alta rispetto a quella delle altre Regioni/Province oggetto dello studio. Del campione nazionale il 56% pratica attività

motoria e/o fisica con prevalenza degli uomini sulle donne (il 51% rispetto al 64%) ($p<0,001$) e della fascia più giovane su quella più anziana (68% rispetto a 43%) ($p<0,001$).

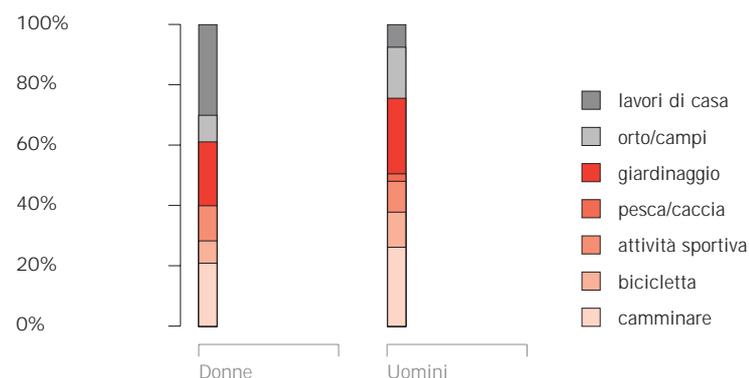
Le donne svolgono principalmente attività fisiche di tipo lavorativo come i lavori in casa e il giardinaggio. Gli uomini invece si occupano del giardinaggio e dei lavori nell'orto/nei campi. Queste attività vengono eseguite in media 4–5 volte a settimana indifferentemente dal sesso e dalla fascia d'età.

Attività fisico/motoria. Valore percentuale



P.45

Tipo di attività fisico/motoria. Valore percentuale



COMMENTO

Il tipo e la durata delle attività fisiche dipendono dalla provenienza del partecipante; urbana rispetto a rurale e lavori sedentari rispetto a lavori manuali. Anche alla

luce delle raccomandazioni presenti nella letteratura scientifica internazionale la promozione di una attività motoria moderata e regolare nell'anziano è da favorire.



P.46

VACCINAZIONI

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

Il raggiungimento di una copertura di almeno il 70% nella popolazione anziana è uno degli obiettivi dei vigenti Piani Sanitari Nazionale e Regionali/Provinciali.

Il 97% del campione in Alto Adige conosce il vaccino antinfluenzale a fronte del 96% del campione complessivo. Nella stagione 2001–2002 in Alto Adige si è vaccinato il 39% degli anziani intervistati (59% nelle Regioni/Province oggetto dello studio). La copertura vaccinale antinfluenzale è simile tra donne e uomini (43% rispetto a 33%) ($p=0,13$) e aumenta con l'età: nella fascia 65–74 anni risulta vaccinato il 33%, sopra 74 anni il 47% ($p=0,03$). In Alto Adige i diabetici confermati in questo studio sono 22, di cui il 41% è vaccinato contro l'influenza.

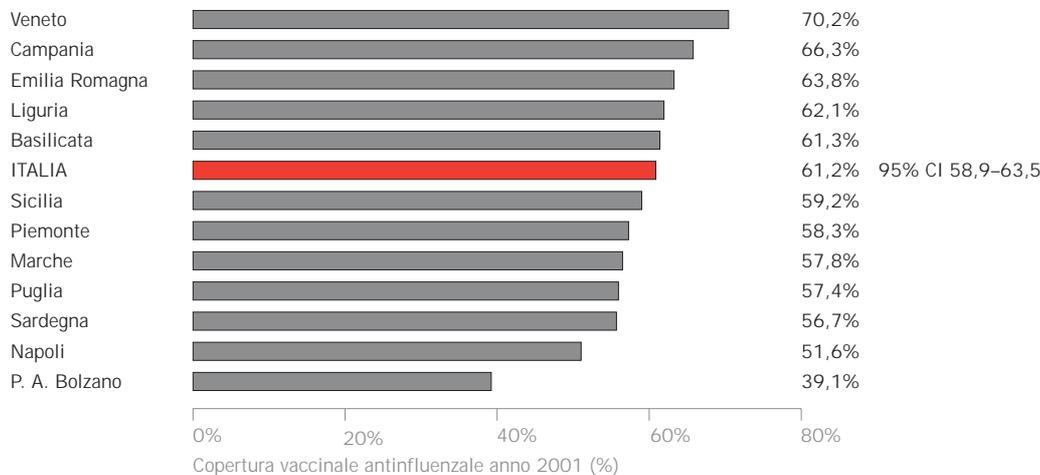
Il 58% delle persone intervistate in Alto Adige è stato vaccinato dal Medico di Medicina Generale. Il 93% è stato vaccinato gratuitamente. Tra i motivi principali

della mancata vaccinazione il 18% degli intervistati ha indicato di ritenere che la vaccinazione non è efficace, il 14% ritiene che l'influenza non sia una malattia grave e al 14% non è stato consigliato dal medico. Il 10% degli anziani intervistati ha paura degli effetti collaterali.

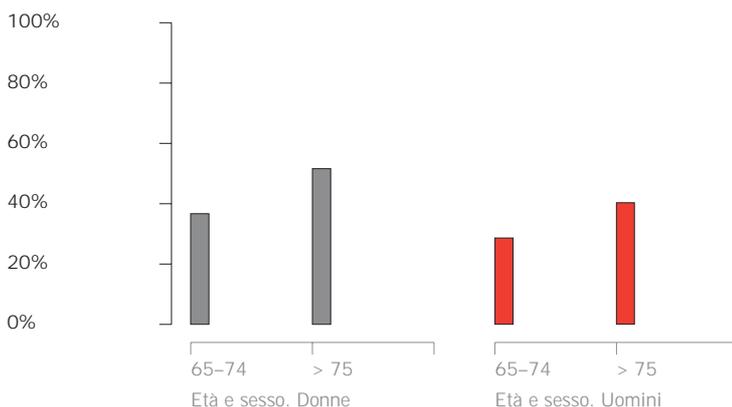
La media nazionale della copertura vaccinale antinfluenzale è del 59%.

I valori di copertura vaccinale in Alto Adige sono minori di quelli riscontrati nelle altre Regioni/Province oggetto dello studio.

Copertura vaccinale antinfluenzale. Nazionale



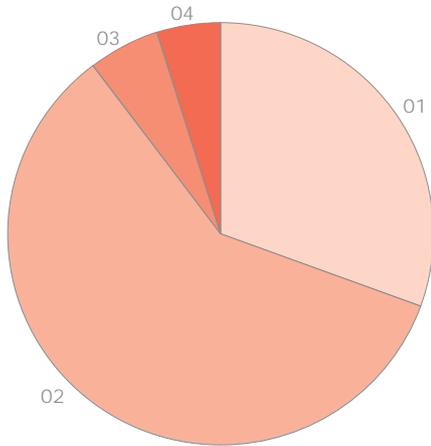
Copertura vaccinale antinfluenzale. Valore percentuale





Influenza

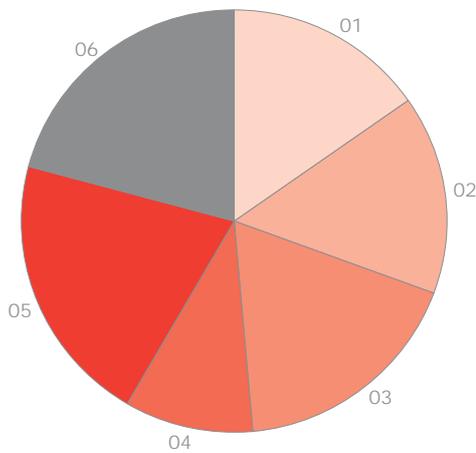
Influenza. Luogo di vaccinazione



- 01. azienda sanitaria. servizio vaccinale. 31%
- 02. medico di base. 58%
- 03. a casa. 6%
- 04. altro. 5%

Motivo per non essersi vaccinato

P.48



- 01. non grave malattia. 15%
- 02. non consigliato. 15%
- 03. non efficace. 18%
- 04. paura effetti collaterali. 10%
- 05. non a rischio. 21%
- 06. altro. 21%

COMMENTO

Come in altre Regioni/Province anche qui in Alto Adige nei prossimi anni l'obiettivo sarà quello di aumentare la copertura vaccinale antinfluenzale fino ad arrivare al 70% nei soggetti sopra i 64 anni ed nei gruppo ad alto rischio come i diabetici. Dai dati dello studio risulta un leggero aumento della copertura vaccinale con l'aumento dell'età.

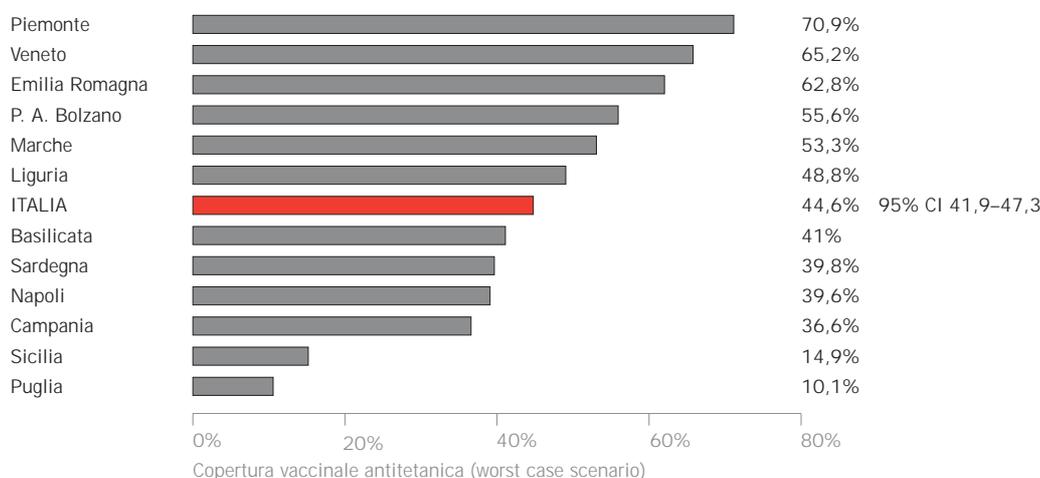
Tetano

L'appropriatezza della vaccinazione contro il tetano nella popolazione anziana rappresenta un elemento importante in Sanità Pubblica, essendo questa fascia d'età attualmente la più colpita. Anche nelle realtà provviste 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.

Degli intervistati che hanno risposto alla domanda (n= 173), due terzi sono vaccinati contro il tetano (67%). La copertura vaccinale antitetanica è maggiore tra gli uomini (82%) rispetto alle donne (57%). I valori di copertura vaccinale antitetanica in Alto Adige sono maggiori alla media nazionale.

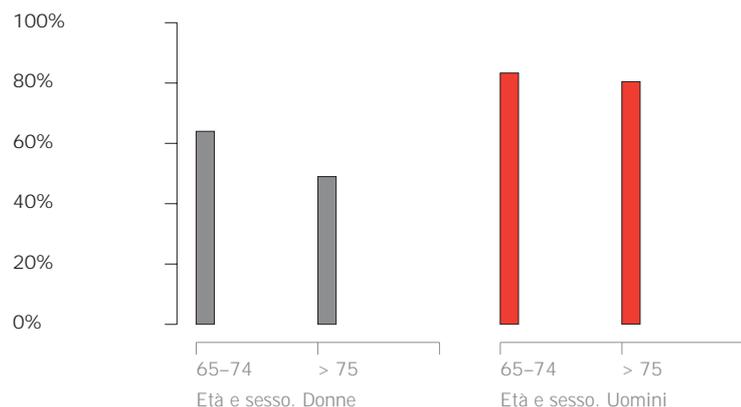
Il 66% delle persone vaccinate ha effettuato l'ultima dose più di 10 anni fa. Più della metà degli intervistati ricordano di aver effettuato la vaccinazione a causa di una ferita (71%); tra le motivazioni dell'ultima dose seguono "motivi di lavoro" (9%) e "servizio militare" (9%). Più della metà delle vaccinazioni (53%) sono state eseguite al pronto soccorso. Uno su cinque intervistati è stato vaccinato dal Medico di Medicina Generale (22%) e uno su dieci dai servizi vaccinali dell'azienda sanitaria (13%).

Copertura vaccinale antitetanica. Nazionale



P.49

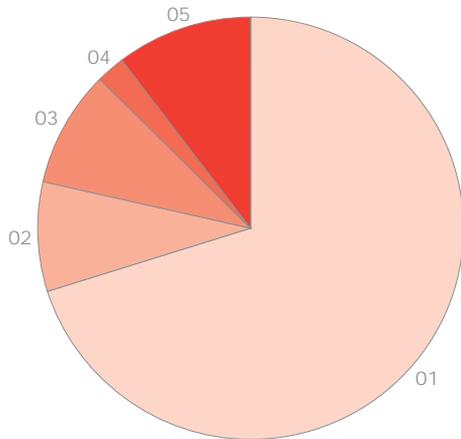
Copertura vaccinale antitetanica. Valore percentuale





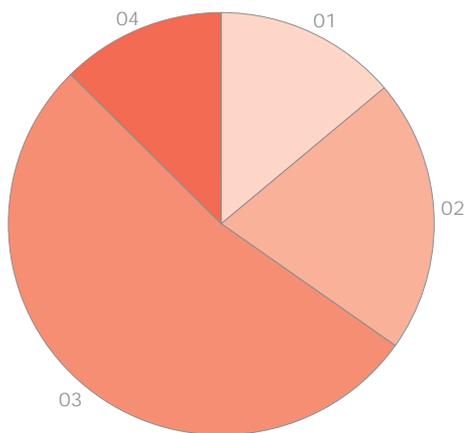
Tetano

Tetano: in quale occasione



- 01. ferita. 70%
- 02. motivi di lavoro. 9%
- 03. servizio militare. 9%
- 04. visita di controllo. 2%
- 05. altro. 10%

Tetano: dove



- 01. aziende sanitarie. servizio vaccinale. 14%
- 02. medico di base. 21%
- 03. pronto soccorso. 53%
- 04. altro. 12%

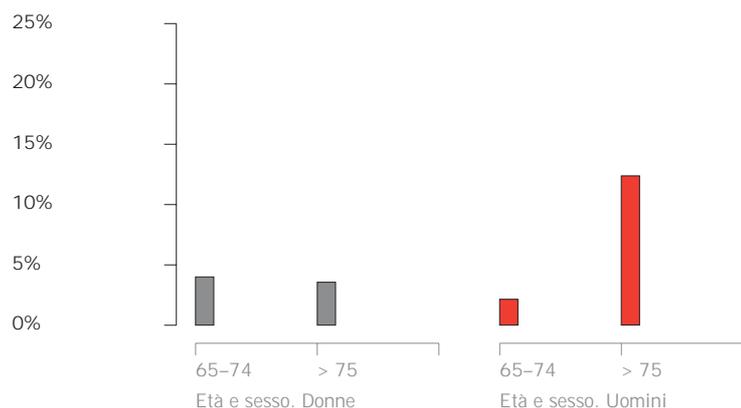
COMMENTO

La bassa copertura vaccinale antitetanica nelle donne di età avanzata viene confermata anche nella letteratura scientifica internazionale e coincide con un'elevata incidenza delle donne anziane in Italia. La stima della copertura nella presente indagine è probabilmente una sovrastima, perché sono state incluse solo le persone che si sono ricordate della vaccinazione antitetanica. Anche il fatto che l'anziano non sa se gli sono state somministrate immunoglobuline invece della vaccinazione antitetanica vera propria può portare ad una sovrastima della copertura vaccinale antitetanica.

La vaccinazione antipneumococcica è stata recentemente inserita tra le vaccinazioni raccomandate nella popolazione anziana, per proteggerla dalle infezioni invasive più gravi provocate dallo *Streptococcus pneumoniae*.

Il 14% degli intervistati conosce il vaccino antipneumococcico. Il 5% degli anziani intervistati ha effettuato la vaccinazione: il 4% delle donne ed il 7% degli uomini. Il dato non si discosta da quello complessivo ottenuto nelle Regioni/Province oggetto dello studio. La maggioranza dei vaccinati sono uomini nelle persone di 75 anni e più. Tra gli 8 vaccinati 4 sono stati consigliati dal medico; questa risulta largamente la motivazione principale anche su scala nazionale. In 7 di questi casi la vaccinazione è stata eseguita a pagamento.

Copertura vaccinale antipneumococcica. Valore percentuale



COMMENTO

Il vaccino antipneumococcico risultava essere stata introdotto solo in una delle quattro AS (BZ) della Provincia autonoma. Gran parte delle Regioni/Province ha una copertura vaccinale al di sotto del 10%, solo in Sicilia e nella Basilicata una persona su dieci è vaccinata contro lo *Streptococcus pneumoniae*.

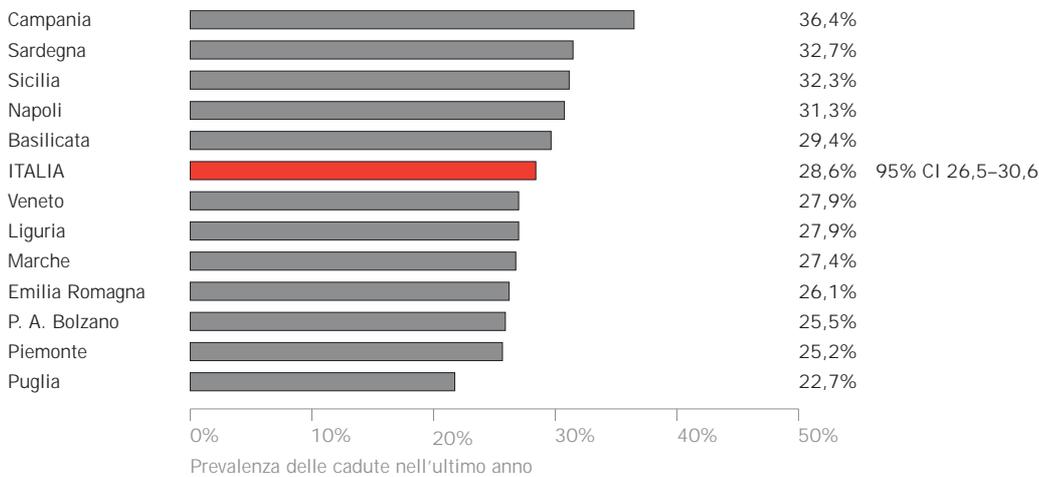


L'evento "cadute" è particolarmente rilevante nella vita dell'anziano, sia per la frequenza stimata del fenomeno (30%) sia per le conseguenze spesso invalidanti; la caduta comporta inoltre ripercussioni di tipo psicologico, caratterizzate dall'insicurezza con conseguente riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali. Nella profilassi delle cadute riveste un ruolo determinante l'identificazione dei fattori di rischio per la loro eliminazione.

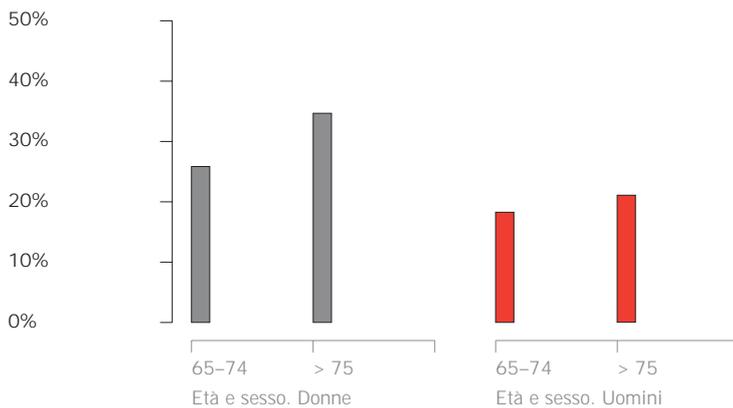
CADUTE

P.52

Cadute. Nazionale



Cadute. Incidenza annuale



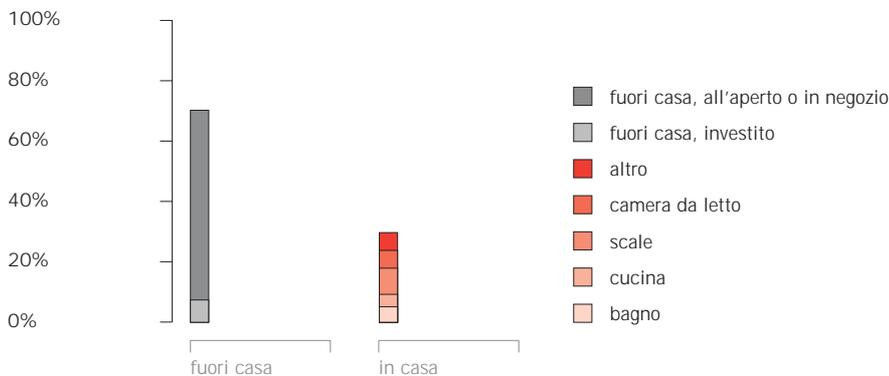
Cadute

In Alto Adige nell'ultimo anno un anziano su quattro (26%) è caduto; le donne (30%) sono cadute più spesso rispetto agli uomini (18%) ($p=0.07$). Tra le persone cadute, il 75% è caduto una sola volta, il 16% due volte ed il 12% più di due volte. Il 69% degli intervistati sono caduti fuori casa; nel 6% dei casi la caduta è stata causata da investimento. Le cadute in casa sono avvenute sulle scale interne (38%), in camera da letto (31%), e in bagno (23%). Il 42% delle persone riferisce di essere stato ricoverato in seguito ad una caduta nel corso della vita. Il 53% del campione altoatesino è stato ricoverato per una caduta avvenuta in età anziana. Il 59% delle persone coinvolte in cadute, avvenute oltre i 64 anni, non riferisce difficoltà nello svolgere le attività. Il 20% degli anziani ha invece difficoltà a seguito di una caduta nel

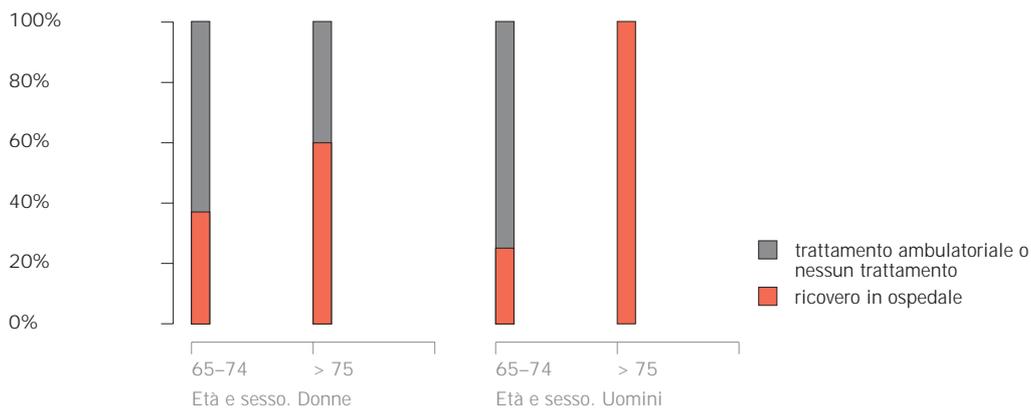
camminare e nel portare pesi. Rispetto alle regioni meridionali più persone del settentrione e specialmente dell'Alto Adige (42%), riferiscono di essere state ricoverate a seguito di una caduta. La percentuale delle persone con problemi a causa di cadute è minima in Piemonte, seguito dall'Emilia Romagna e dall'Alto Adige.

Le misure precauzionali maggiormente adottate per evitare le cadute sono: la luce negli ambienti esterni (94%), il corrimano alle scale (76%) e la gomma antiscivolo nel bagno (50%). Nel 32% dei casi i bagni sono dotati di maniglie per sorreggersi nella vasca da bagno oppure nella doccia, mentre il 19% usa lo scendiletto, considerato fattore di rischio per le cadute. Il 15% degli intervistati ha la luce accesa durante la notte.

Luogo della caduta. Prevalenza



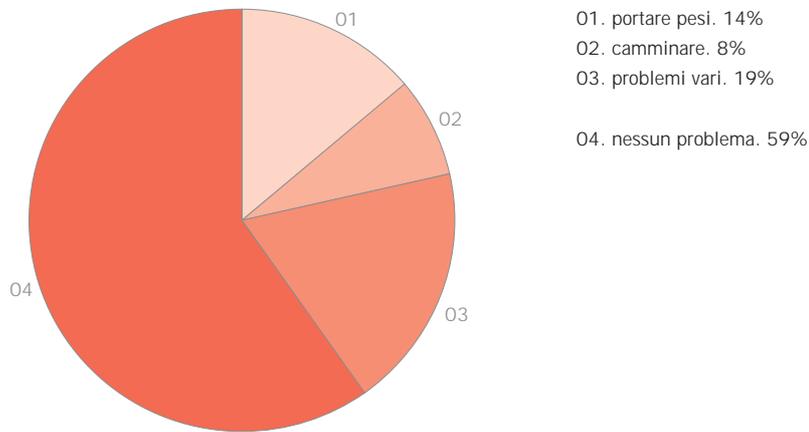
Cadute. Ricoveri. Valore percentuale





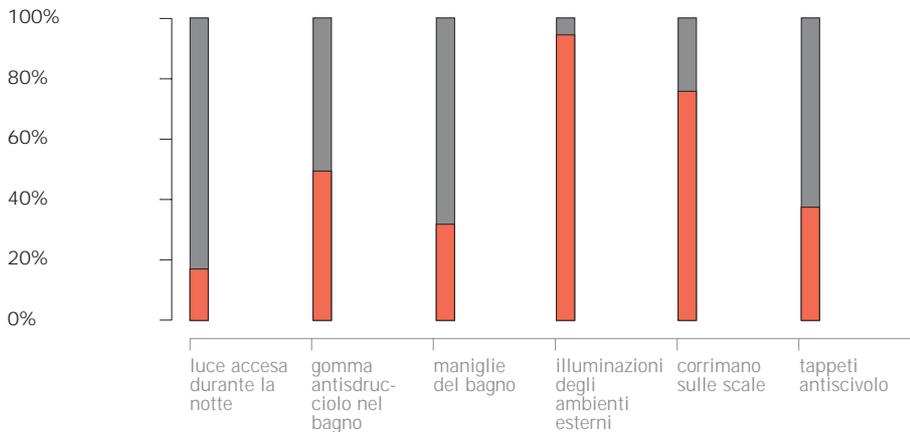
Cadute

Problemi seguito a cadute



Presenza di misure precauzionali. Valore percentuale

P.54



COMMENTO

L'Alto Adige, pur essendo un territorio alpino in cui i giorni con temperature sotto lo zero (neve, ghiaccio) sono più frequenti rispetto al sud, ha una delle incidenze più basse per le cadute delle Regioni/Province oggetto dello studio.

Un anziano su quattro riferisce di essere caduto nell'ultimo anno; il problema aumenta sensibilmente con l'età. Un quarto degli intervistati dichiara di essere caduto più di una volta nell'ultimo anno e di

avere difficoltà, a seguito dell'infortunio occorso, nello svolgimento di attività della vita quotidiana. La maggior parte delle cadute avvengono nell'ambiente domestico e ciò fa rimarcare l'importanza di adottare in tale ambito interventi preventivi. Tra i locali maggiormente a rischio vi sono la cucina e la camera da letto. Poco più della metà degli intervistati adotta misure precauzionali all'interno dell'abitazione.

TRATTAMENTO FARMACEUTICO



P.55

L'84% dei partecipanti allo studio in Alto Adige prende un trattamento. Le donne prendono più spesso farmaci (90%) rispetto agli uomini (75%) ($p=0,005$). Il consumo di farmaci aumenta nelle fasce di età più anziane (81% rispetto a 89%) ma la differenza è statisticamente significativa solo nel confronto nazionale.



FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CEREbro-CARDIO VASCOLARI

P.56

Body mass index (BMI)

In Alto Adige è stata misurata l'altezza e il peso durante l'intervista. Dal peso misurato sono stati tolti 2 chili dato che le persone sono state pesate con i vestiti.

Circa la metà degli intervistati ha un peso normale (BMI 20–25), un terzo è sovrappeso (BMI 25–30), il 10% è obeso (BMI >30) e il 3% è sottopeso .

COMMENTO

I valori del peso rilevati in questa indagine potrebbero non essere una stima perfetta del BMI, dato che il peso è stato rilevato con la persona vestita. Tuttavia sottrarre due chili al peso misurato, fa sì che non vi sia stata certamente una sovrastima del BMI. Il BMI

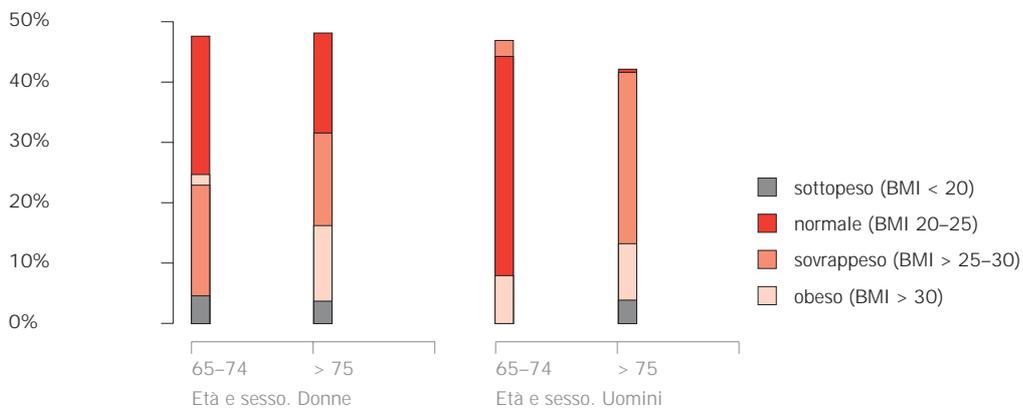
calcolato dai dati anamnestici del peso e dell'altezza dava un valore simile (media BMI misurata 25,6 media BMI anamnestica 25,5).

La distribuzione del sovrappeso e dell'obesità è simile ad altri Paesi (38).

Tabagismo

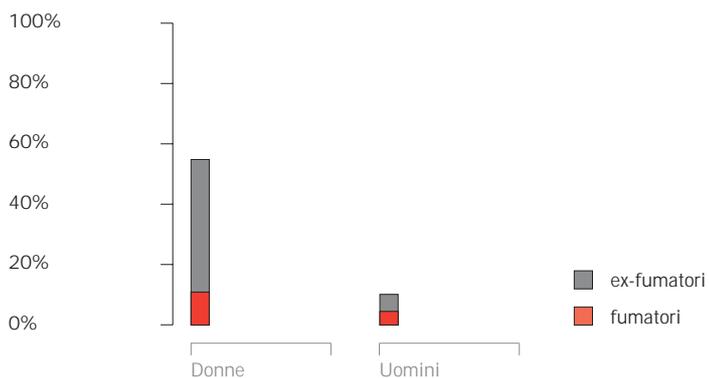
Il 9% degli intervistati è fumatore, mentre il 22% ad oggi non fuma più; comunque tutti fumavano sigarette. La prevalenza dei fumatori ed ex fumatori è maggiore negli uomini rispetto alle donne. Gli intervistati fumavano in media 14–16 sigarette al giorno (min. 2 sigarette, max. 60 sigarette), le donne meno rispetto agli uomini.

BMI. Valore percentuale



P.57

Fumo. Prevalenza





P.58

DISCUSSIONE

Criteria generali importanti per l'interpretazione dei dati

In tutte le Regioni/Province partecipanti non sono state considerate le persone alloggiate in una casa di riposo oppure ricoverate in una struttura socio-sanitaria, come d'altronde anche nell'indagine ISTAT. Questa limitazione potrebbe portare ad un'alterazione del quadro generale come per esempio una descrizione della percezione dello stato di salute, dell'auto-sufficienza, del numero di persone che non hanno bisogno di aiuto per svolgere le attività quotidiane e che percepiscono meno problemi di salute e di tutte le malattie diagnosticate, migliore di quella che è in realtà. Il fatto che in Alto Adige il numero di posti letto per 1.000 abitanti ≥ 65 anni è maggiore rispetto nel resto d'Italia ($n=75$) come anche la differenza tra le Regioni/Province settentrionali (44 posti letti per 1.000 abitanti ≥ 65 anni) rispetto alle Regioni/Province meridionali (20 posti letti per 1.000 abitanti ≥ 65 anni) ($p=0,02$), potrebbe spiegare in parte l'alterazione delle diverse variabili rilevate.

È comunque molto improbabile che il numero maggiore di case di riposo giustifichi completamente questo fenomeno. Infatti delle 210 persone inizialmente selezionate soltanto 7 erano alloggiate in una casa di riposo e sono state escluse dallo studio. Tale presenza esigua di persone istituzionalizzate e le differenze (in parte superiori al 20% e di più) osservate nelle differenti variabili rilevate (p. es. sullo stato di salute percepito) confermano questa ipotesi.

Grazie alla partecipazione di 10 Regioni e 2 Province è stato possibile stimare la prevalenza anche a livello nazionale. L'analisi pesata tiene conto delle diverse dimensioni delle Regioni/Province: una regione con un minor numero di residenti è meno rappresentativa a livello nazionale. Nelle Regioni/Province piccole prevale la popolazione rurale. Questa disuguaglianza probabilmente influenza i fattori demografici, come per esempio l'istruzione scolastica a favore delle Regioni/Province più popolate. Anche se nella Provincia autonoma di Bolzano la popolazione rurale probabilmente è più rappresentata rispetto a quella urbana, la percentuale delle persone senza istruzione scolastica è la più bassa di tutte le Regioni/Province oggetto dello studio.

In questo studio sono stati fatti alcuni confronti con i dati dell'ISTAT (Indagine multiscopo- Aspetti della vita quotidiana, le condizioni di salute della popolazione, 2000), anche se le metodologie (p. es. campionamento) di entrambi gli studi non coincidono. Infatti, l'indagine ISTAT è stata eseguita nel mese di novembre, mentre lo studio ARGENTO in aprile, e ciò influisce sulle domande soggettive come per esempio lo stato di salute percepito.

Dai dati ISTAT risulta uno stato di salute soggettivo meno favorevole rispetto ai dati ARGENTO (stato di salute percepito buono 48%, discreto 35% e cattivo 16% nelle persone sopra i 65 anni). La distribuzione geografica dell'artrite/artrosi è coerente con i dati ISTAT, anche se le classi d'età interessate sono differenti dal presente studio (14+ anni rispetto a 65+). La prevalenza di artrite/artrosi rilevata con i dati ISTAT (sopra i 65 anni 43,7%) è inferiore a quella dello studio ARGENTO (49,8%).

I dati anamnestici dell'ipertensione sono abbastanza simili ai dati dell'ISTAT, mentre quelli misurati sono il doppio di quelli dell'ISTAT.

La prevalenza del diabete stimata in Alto Adige dallo studio ARGENTO è più alta rispetto ai dati ISTAT, ma coincide con i risultati di uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità (vedi grafico).

I dati di prevalenza dell'attività motoria rilevati nell'indagine appaiono molto superiori a quelli rilevati dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT, secondo cui meno del 5% degli anziani pratica attività fisico/motoria. Va tuttavia considerata la diversa definizione di partenza: nell'indagine ARGENTO si è valutata l'attività fisico/motoria dell'anziano, più che l'attività sportiva propriamente detta, in quanto la prima è comunque correlata con benefici per la salute.

Riflessioni generali

I costi dello studio erano minimi, dato che tutte le interviste sono state eseguite da assistenti sanitari. Per le Regioni/Province partecipanti allo studio ARGENTO le azioni da intraprendere in futuro sulla base dei risultati potranno avere un impatto solo a medio e lungo termine. I dati raccolti dallo studio ARGENTO e da altri studi sono importanti per svolgere un "evidence based prevention" (prevenzione basata su prove di

efficacia) da parte della sanità pubblica. Per avere un quadro completo sullo stato di salute degli anziani è necessario rilevare dati simili allo studio ARGENTO considerando però soltanto le persone alloggiate in strutture socio-sanitarie. I vantaggi e gli svantaggi di strutture di accoglienza per gli anziani rispetto ai servizi domiciliari devono essere resi visibili, esaminando non solo il lato economico, ma anche il grado di soddisfazione degli utenti. Infatti, i servizi per gli anziani devono essere adeguati alle limitazioni degli anziani come la dipendenza da terzi e i disturbi cognitivi.

Un altro punto da considerare è la patologia numericamente più rilevante: l'artrite/artrosi. Il quadro clinico di questa patologia viene usato nel linguaggio popolare per descrivere moltissime malattie che in parte necessitano terapie differenti. L'artrite/artrosi è la malattia cronica maggiormente percepita che limita le attività quotidiane e dovrebbe essere sottoposta ad analisi più dettagliate sulle cause e i metodi di trattamento.

I dati rilevati confermano la vulnerabilità degli anziani per la presenza di malattie cronico-degenerative, in grado di condizionare marcatamente la qualità di vita. Negli obiettivi di politica sanitaria sarà necessario tenere conto specialmente delle necessità delle donne anziane, dato che soffrono maggiormente di malattie, vivono spesso da sole, percepiscono a causa della durata di vita più lunga una qualità di vita minore e in genere riscuotono pensioni più basse. I fattori di rischio per le malattie cerebro-cardiovascolari come il tabagismo, il sovrappeso, il diabete e l'ipertensione sono molto diffusi nella popolazione anziana dell'Alto Adige. Una diagnosi precoce della malattia e un trattamento adeguato sono le misure in grado di limitare le sequele e che dovranno essere promosse da parte del servizio sanitario (prevenzione secondaria e terziaria). Considerato che in Alto Adige la percentuale delle persone che muoiono di infarto cardiaco è quasi pari a quella del cancro al polmone e che tutte e due le malattie vengono favorite dal fumo, in futuro si dovranno sostenere ulteriori iniziative per prevenire e dissuadere da questo comportamento. È noto che la percentuale delle persone che fumano attualmente è praticamente uguale in entrambi i sessi. Da uno studio (Assessorato alla Sanità, 2001) sui fattori di

rischio degli scolari risulta che una ragazza su due dai 15 anni in poi fuma. Dallo studio ARGENTO risultano più fumatori maschi, infatti solo attualmente incide il fatto che l'abitudine al fumo si sta diffondendo tra le ragazze mentre gli intervistati nell'indagine sono persone sopra i 64 anni.

In futuro le sopraccitate due malattie incideranno sempre maggiormente come causa di morte per entrambi i sessi.

Ulteriori fattori di rischio per le malattie cerebro-cardiovascolari sono un'alimentazione inadeguata abbinata a scarsa attività motoria. Sempre più diffuso persino in età pediatrica è il sovrappeso, a cui in futuro si dovrà dedicare più attenzione.

Per le ragioni di cui sopra nel nuovo piano sanitario della Provincia autonoma di Bolzano è stata sottolineata la necessità di pianificare per fascia di età e sesso (p. es. donne anziane), considerare i gruppi deboli (p. es. disabili) e garantire a tutti il diritto di morire in dignità.

Il nuovo piano considera il controllo di vari fattori di rischio per le malattie cerebro-cardiovascolari, come il fumo e la nutrizione a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

RACCOMANDAZIONI



- Visti anche i costi limitatissimi dello studio, sarebbe consigliabile ripetere lo studio intervistando le persone ospitate in strutture socio-sanitarie per valutare l'efficienza delle strutture e il grado di soddisfazione degli utenti. Un'analisi dettagliata che tenga conto dei costi potrebbe risultare in un miglioramento della pianificazione delle strutture e servizi (esempio: è necessario implementare un servizio: bagno su ruote).
- Effettuare un'analisi delle cause primarie del quadro clinico "artrite/artrosi" per migliorare l'offerta di un servizio reumatologico ambulatoriale dove potrebbero essere eseguiti la diagnosi e il trattamento di queste malattie molto comuni.
- Prevedere l'importanza di uno screening della pressione arteriosa come intervento di prevenzione secondaria utile a limitare le sequele e la mortalità e quindi i costi sanitari.
- Informare e convincere la popolazione anziana, specialmente gli uomini, sulla necessità di un diagnosi precoce e di un trattamento antipertensivo tempestivo.
- Raccomandare al Medico di Medicina Generale il rilevamento della glicemia in tutte le persone che presentano sintomi o segni del diabete.
- Assicurarsi che le necessarie strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria per le malattie cerebro-cardiovascolari vengano implementate.
- Aumentare la copertura vaccinale antinfluenzale specialmente nei gruppi ad alto rischio come i diabetici. È confermata l'importanza del coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e degli igienisti distrettuali per aumentare la percentuale di vaccinati nella popolazione anziana. È necessario tenere in adeguata considerazione le motivazioni dell'utenza per la mancata vaccinazione nella preparazione delle prossime campagne vaccinali.
- Promozione da parte delle istituzioni competenti di misure in grado di ridurre il numero di cadute, e vanno messe a disposizione di tutte le persone anziane a seconda del reddito e la residenza.
- Mantenere lo standard attuale dei servizi sanitari per la popolazione anziana.

1. Maggi S, Farchi G, Crepaldi G. Epidemiologia della cronicità in Italia. In: *Rapporto Sanità 2001*. Ed. Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. Bologna: Il Mulino; 2001 pp. 103–21
2. Istat – “Anziani in Italia” Bologna: Il Mulino, 1997
3. Istat – Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000
4. Ministero della Sanità.
<http://www.sanita.it/sdo/dati/agggregati/sceltafine.asp?selcli=STG>
5. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività e i risultati) Roma 25 Novembre 1998
6. Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: *Health survey research methods conference proceedings* (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96–1013, April 1996, pp 3–9
7. Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia. In: *Quaderni ISVAP Ars Nova 2001* pp 35–52
8. Ciccozzi M et al. Salute, Autonomia e Integrazione Sociale degli Anziani, Comune di Caltanissetta, 2001
9. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000.
<http://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>
10. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16: 216–22
11. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15: 1021–7
12. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med*. 1989; 320: 1055–9
13. ISTAT (2000), Cause di morte: anno 1997. Roma (Annuari n. 13)
14. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Martotoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43: 1214–21
15. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 40–50
16. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47: 30–9
17. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Rassegna: La correzione di fattori di rischio multipli riduce le cadute nei pazienti anziani.
<http://www.infomedica.org/ebm/papers/981010.phtml>
18. Zhan C, Sangl J, Bierman AS et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly: Findings From the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 2001; 286: 2823–2829
19. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 1998; 30: 992–1008
20. Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 883–93
21. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Med* 2001; 31: 427–38
22. Deal CL. Osteoporosis: prevention, diagnosis, and management. *Am J Med* 1997; 102 (1A): 35S–39S
23. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. *J Gerontol*. 1994; 49: M123–32
24. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000; 79: 970–5
25. Centers for Disease Control and Prevention. Update on Adult Immunization Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR*, 1991; 40 (RR12):1–52
26. Pregliasco F, Sodano L, Mensi C, et al. Influenza vaccination among the elderly in Italy. *Bull WHO* 1999; 77: 127–131
27. D'Argenio P et al. Antinfluenza vaccination among the aged in three southern Italian towns. *Igiene Moderna* 1995; 103: 209–222
28. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20–30
29. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond*. 1991; 44: 98–106
30. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 1994
31. ISTAT: Le condizioni di salute della popolazione: Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” Anni 1999–2000
32. Sozialbericht 2000: Autonome Provinz Bozen, Abteilung Sozialwesen
33. ASTAT – Aspetti della vita quotidiana, 2001
34. Ministero della Sanità: La salute in Italia nel 21° secolo. Organizzazione Mondiale della Sanità, Centro Europeo, Ambiente e Salute
35. WHO/NCD/NCS/99.2: Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications
36. NIH-Publication No. 98–4080: The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure, 1997
37. MMWR: Progress in Chronic Disease Prevention Treatment and Perceived Blood Pressure: Control among Self-Reported Hypertensives – Behavioral Risk Surveillance System 1986. 36 (17); 260–2, 267
38. National Center for Health Statistics: Health, United States, 1999 with Health and Ageing Chartbook, Hyattsville, Maryland: 1999
39. BEN: www.iss.it: Vescio MF, Giampaoli S, Vanuzzo D: Diabete: Un problema di salute pubblica