PASSI d'Argento

ASLCagliari

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Direttore Dott. Giorgio Carlo Steri

Database "PdA 2012"

Salute e Invecchiamento Attivo nella ASL 8 di Cagliari

Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più "PASSI d'Argento"

European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL 8 di Cagliari ha da sempre favorito la crescita professionale degli operatori e l'uso di moderne metodologie di lavoro in funzione delle richieste di cambiamento presenti anche nel campo della prevenzione. Questa mentalità è stata essenziale per la realizzazione dei Sistemi di Sorveglianza Epidemiologica e, tra questi, il sistema PASSI d'Argento (PdA).

Le informazioni contenute nel report aziendale di PdA costituiscono certamente uno strumento per conoscere gli attuali bisogni di salute (e sostegno sociale) degli ultra 64enni della ASL 8 di Cagliari e vengono offerti a tutti i lettori interessati, ma particolarmente ai "decisori" ed agli stakeholder per le loro rispettive competenze.

Con orgoglio si rammenta che il Sistema di Sorveglianza PdA è nato a seguito di una sperimentazione coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzata nel 2009 - 2010 con il contributo del nostro Servizio; attualmente questo sistema è stato adottato in tutto il territorio nazionale.

Il lavoro è stato interamente realizzato da personale del SISP della ASL 8 di Cagliari: interviste, la raccolta dei dati e l'analisi del database. I dati sono stati validati comunque dall'Istituto Superiore di Sanità.

Il Servizio diretto dallo scrivente si rende disponibile per eventuali approfondimenti o chiarimenti sui dati epidemiologici presentati.

Il Direttore

Dott. Giorgio Carlo Steri

Redazione a cura di:

Mario Saturnino Floris, Maria Antonella Corda, Maria Giovanna Tolu (Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL 8 - CAGLIARI).

Hanno contribuito alla realizzazione di PASSI d'Argento:

Mario Saturnino Floris, Maria Antonella Corda, Maria Giovanna Tolu, Marcella Cossa, Alberto Marraccini, Roberto Luigi Palmas (Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL 8 - CAGLIARI).

Un caloroso ringraziamento per la collaborazione al:

personale del CUP ASL 8 - CAGLIARI

medici di Medicina Generale

Ma soprattutto

una immensa riconoscenza deve essere riservata agli ultra 64enni ed ai loro proxi che, superando ogni diffidenza e riserbo, hanno partecipato con la loro intervista alla realizzazione di PASSI d'Argento

INDICE

pagina

Profilo socio - demografico 9

- Età e sesso 9
- Titolo di studio 9
- Stato civile 10
- Difficoltà economiche 10
- Con chi vivono 11
- Conclusioni 11

I sottogruppi della popolazione ultra 64enne 12

- Cosa sono le ADL e IADL 13
- Come è distribuita la popolazione nella ASL 8 di Cagliari 15

Benessere percepito 17

- Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute? 17
- Quanti sono i giorni di cattiva salute in un mese? 17
- Come si sentono rispetto ad un anno fa? 18
- Conclusioni 19

Soddisfazione della vita 19

Sintomi di depressione 19

- Quali sono le caratteristiche della popolazione con sintomi di depressione 20
- A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione 21
- Conclusioni e raccomandazioni 21

Patologie croniche e fattori di rischio intermedi 22

- Ipertensione arteriosa 23
- Conclusioni 24

Stili di vita 26

- Attività fisica 26
- Quante sono le persone ultra 64enni attive fisicamente 27

- Abitudini alimentari e stato nutrizionale 27
- Quante persone ultra 64enni sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche 28
- Quante persone mangiano almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno 29
- Consumo di alcol 30
- Quanti ultra 64enni, fra i consumatori di alcol, sono bevitori a rischio e quali sono le loro caratteristiche 30
- Quante persone hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario 31
- Abitudine al fumo 31
- Come è distribuita l'abitudine al fumo nella ASL 8 di Cagliari 31
- Caratteristiche dei fumatori 32
- Forti fumatori 32
- Conclusioni sugli stili di vita 32

Problemi sensoriali 34

- Vista 34
- Udito 35
- Masticazione 35
- Conclusioni sui problemi sensoriali 35

Cadute 38

- Chi è caduto negli ultimi trenta giorni 38
- Paura di cadere 29
- Caduti e ricoverati 39
- Conclusioni 39

Utilizzo farmaci 40

Vaccinazione antinfluenzale 41

- Chi non è stato vaccinato 41
- Conclusioni 42

Ricevere aiuto 43

Partecipazione 43

- Isolamento 44
- Lavoro pagato 45
- L'accesso ai Servizi 45
- Proprietà della casa e sicurezza del quartiere 45

Bibliografia 47

Cos'è Passi d'Argento

Passi d'Argento (PDA) è il sistema di sorveglianza sulla qualità di vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi socio-sanitari della popolazione "anziana", realizzato attraverso la somministrazione di un **questionario standardizzato** ad un **campione rappresentativo** della popolazione con più di 64 anni estratto dalle liste delle anagrafi sanitarie aziendali.

Perché le persone con più di 64 anni

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce contemporaneamente un "trionfo e una sfida per la società".

All'invecchiamento spesso conseguono: aumento del rischio di malattia e di disabilità; aumento dei bisogni sanitari (si stima che oltre il 60% della spesa sanitaria venga assorbito dalle persone ultra 64enni); isolamento sociale; perdita autonomia sia fisica che economica.

Con la strategia "Active and healthy ageing" (Invecchiamento attivo ed in salute), l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato "tre pilastri" **partecipazione** (intesa come scelta partecipata alla vita sociale)**, salute e sicurezza** (economica, abitativa e sociale), che sono alla base di un invecchiamento sano e attivo, con l'obiettivo ultimo di superare le politiche basate sui bisogni degli anziani (passivi) per realizzare politiche in cui l'anziano partecipa alla vita della comunità con ruolo attivo.

L'Italia è il secondo Paese più vecchio d'Europa, con un Indice di Vecchiaia (I.V.=pop.>64 anni/pop.<14 anni) del 148,6% nel 2012 (154,5% nella Provincia di Cagliari). Nel nostro Paese le persone con 65 anni e più rappresentano circa il 21% (19% nella Provincia di Cagliari) della popolazione totale, e si prevede che nel 2030 tale percentuale raggiunga il 27% (**previsioni demografiche ISTAT 2005 – 2050).**

L'obiettivo principale del progetto Passi d'Argento è quello di raccogliere informazioni sulla copertura e sulla qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana, da mettere a disposizione dei decisori, degli operatori sanitari e sociali, degli anziani e delle famiglie, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare.

Metodi

Lo studio prevede la somministrazione di un questionario standardizzato ad un campione rappresentativo della popolazione ultra 64enne estratto con campionamento casuale proporzionale per genere e fasce di età.
Criteri di inclusione nella sorveglianza PDA sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

In base all'esito del "test della memoria", che prevede la somministrazione di 6 domande, che viene superato se l'intervistato risponde correttamente ad almeno 3 domande, l'intervista viene realizzata direttamente all'anziano, altrimenti prosegue con l'aiuto di un familiare o badante (definito "proxy"). In caso di assenza o non disponibilità del proxy a continuare l'intervista, questa si conclude con la raccolta dei dati socio- anagrafici.

L'autonomia è stata valutata in base alle capacità riferite di svolgere le attività di base e più complesse della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL e Instrumental Activities of Daily Living - IADL).

Sono stati definiti autonomi gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le IADL tranne al massimo una, non autonomi coloro che non sono in grado di svolgere 2 o più IADL.

Combinando ADL e IADL e indici che descrivono problemi di salute e stili di vita, la popolazione è stata suddivisa nei seguenti quattro gruppi di ultra 64enni:

1) in buona salute a basso rischio di malattia
2) in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
3) con segni di fragilità
4) con disabilità.

Interviste

I dati sono stati raccolti esclusivamente da personale sanitario, debitamente formato, del SISP; le informazioni provengono dalle persone intervistate (anziani o proxy), senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

La raccolta dei dati è avvenuta in qualche caso utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), mentre negli altri casi è stata realizzata telefonicamente o vis a vis, tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata interamente dal personale del SISP di Cagliari utilizzando prevalentemente il software EPI Info 3.5.1.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI d'Argento in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Il Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico del sistema di sorveglianza.

La partecipazione all'indagine è stata libera e volontaria. Le persone selezionate, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono state informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e potevano rifiutare preventivamente l'intervista.

Popolazione in studio

La popolazione in studio era costituita da 119.421 persone (maschi = 51.877; femmine = 67.544) con più di 64 anni residenti al 01/01/2012 in Italia (Dati anagrafe sanitaria ASL 8 di Cagliari).

Nel corso del 2012 sono state intervistate 381 persone con più di 64 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso dalle liste dell'anagrafe sanitaria aziendale

Profilo socio-demografico

La popolazione in studio è costituita da 119.421 persone con più di 64 anni residenti nella ASL 8 di Cagliari iscritte al 01/01/2012 nelle liste della anagrafe sanitaria aziendale.

Nel corso del 2012 sono state intervistate 381 persone con più di 64 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato.

L'età e il sesso

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento della anagrafe sanitaria.

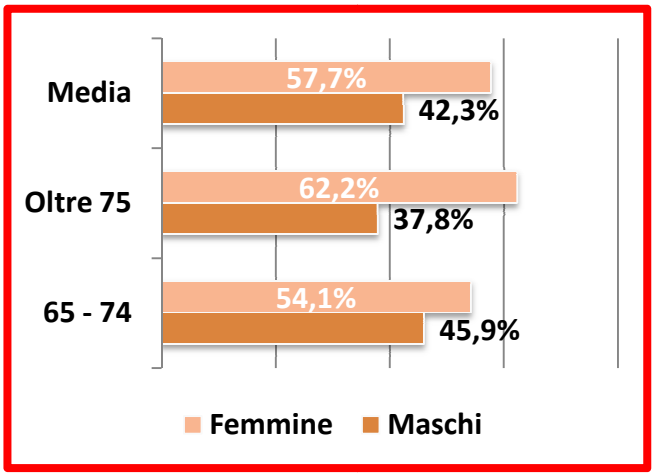
- Le donne rappresentano il 57,7% del campione complessivo.

Per quanto riguarda la distribuzione per classi di età

- il 54,9% appartiene alla fascia 65-74 anni
- il 45,1% da persone nella fascia 75 o più anni.

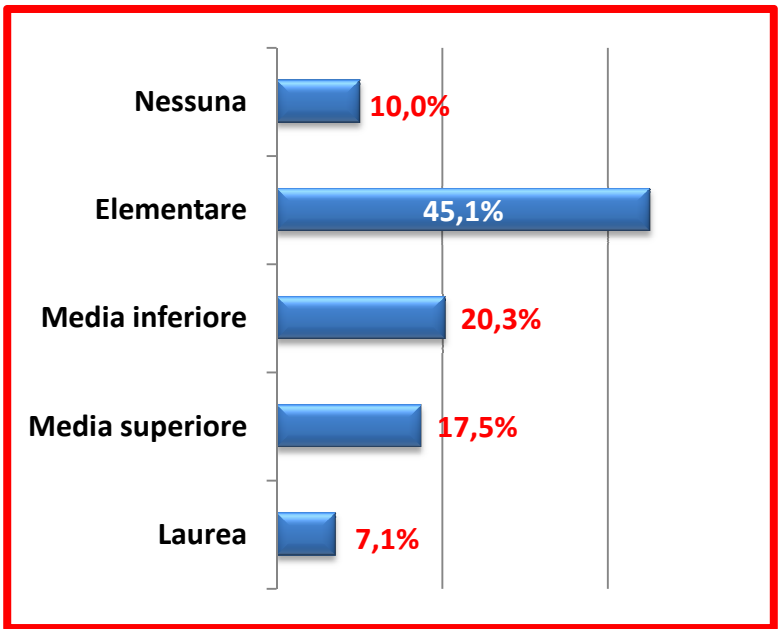
- L'età media è di 75,1 anni per le donne e di 73,9 anni per gli uomini.

Fra gli intervistati, nessuno aveva 100 o più anni.



- Il grafico illustra la composizione del campione per genere e classi di età, che evidenzia la progressiva "femminilizzazione" della popolazione con l'avanzare dell'età.

Il titolo di studio



Il 10% del campione non ha alcun titolo di studio, quasi metà (45,1%) ha la licenza elementare, il 20,3% ha la licenza media inferiore, il 17,5% ha la licenza media superiore ed il 7,1% è laureato.

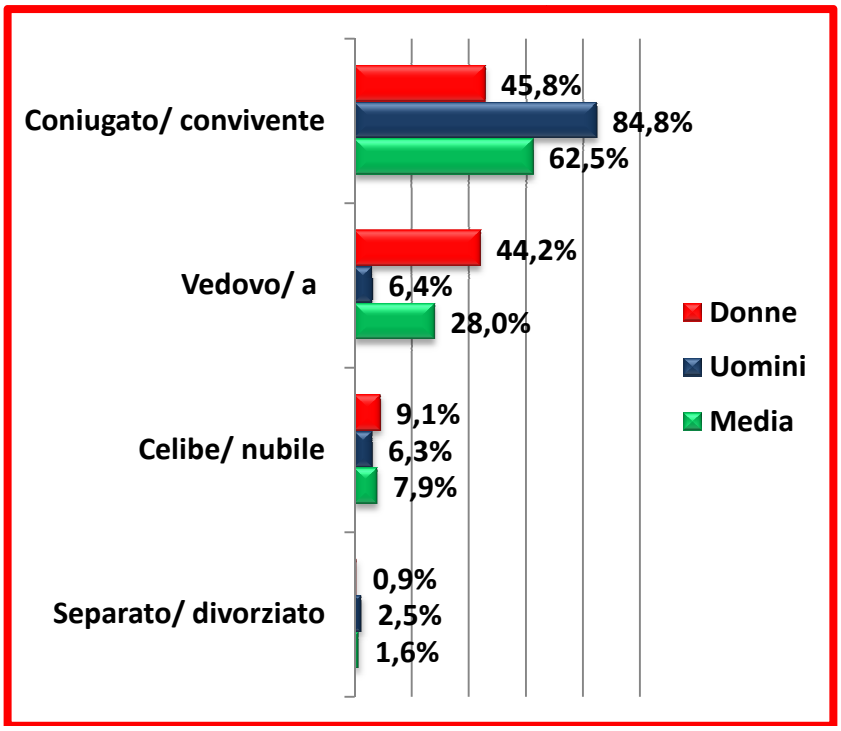
Nel Passi d'Argento vengono definite con "basso livello di istruzione" complessivamente coloro che non hanno titolo di studio e quelli con licenza elementare, mentre vengono considerate con "alto livello di

istruzione" complessivamente le persone con licenza media, diploma e laurea.

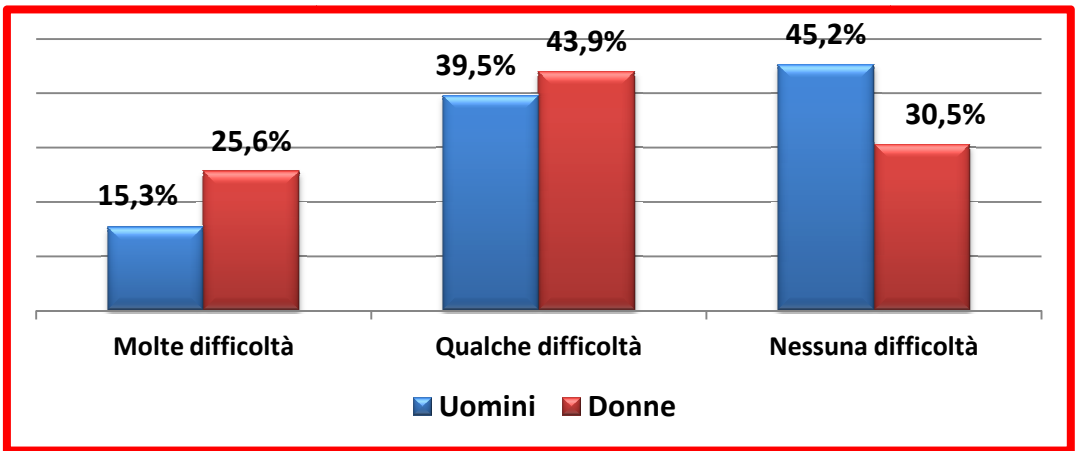
L'istruzione è fortemente età e genere-dipendente: le persone di genere femminile e quelle con 75 anni e più mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto agli intervistati più giovani.

Lo stato civile

- Il 62,5% dell'intero campione è coniugato/ convivente, il 28% è vedovo, il 7,9% celibe/nubile e il 1,6% separato/divorziato.
- Sono evidenti le differenze soprattutto a carico dello stato di vedovanza, che coinvolge quasi la metà delle intervistate.
- La vedovanza naturalmente cresce col crescere dell'età: tra le donne con più di 74 anni la percentuale di vedove raggiunge il 61,7%, mentre fra gli uomini di pari età è del 7,8%.



Difficoltà economiche



Il 36,9% delle persone intervistate riferisce nessuna difficoltà economica, il 42% qualche difficoltà economica e il 21,1% riferisce molte difficoltà economiche, senza differenze di rilievo per classi di età.

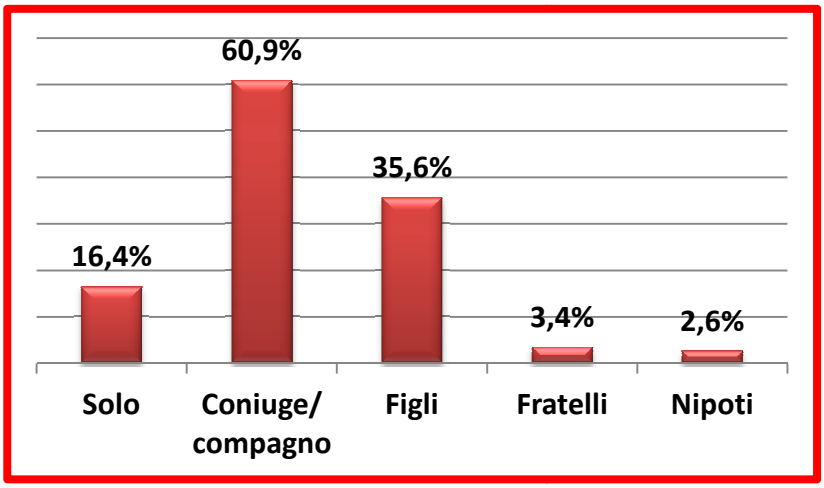
Le donne riferiscono di avere difficoltà economiche (molte e qualcuna) più frequentemente degli uomini.

Con chi vivono?

Il 16,4% degli ultra 65enni della ASL 8 di Cagliari vive solo, mentre il 60,9% vive con il coniuge (o compagno).

Nessuno dei campionati ha riferito di vivere con badanti o altro.

N.B. Le prevalenze espresse nel graficonon sono cumulabili.



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento nella ASL 8 di Cagliari, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Nella ASL 8 di Cagliari il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della Azienda Sanitaria.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

I sottogruppi della popolazione ultra 64enne secondo PASSI d'Argento

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di Salute intesa come stato di benessere, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale. La Salute non è quindi semplicemente l'assenza di malattia: per raggiungere il completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o gruppo deve essere capace, da un lato, di identificare e realizzare aspirazioni e soddisfare bisogni e, dall'altro, di utilizzare le proprie risorse personali e sociali, così come le capacità fisiche per modificare l'ambiente circostante e farvi fronte.

A fronte di questa definizione di Salute, la popolazione ultra 64enne è stata suddivisa in sottogruppi valutando l'autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale. In particolare sono state valutate:

- le attività di base della vita quotidiana o Activities of Daily Living (**ADL**) come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, ecc…
- e le attività strumentali della vita quotidiana o Instrumental Activities of Daily Living (**IADL**) come, ad esempio usare il telefono, prendere le medicine, ecc....

Combinando i risultati di questi due indici, sono stati definiti:

- "in buona salute" gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in al massimo 1 IADL.
- "con segni di fragilità" gli ultra 64enni che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL. (nei grafici indicati come "**sottogruppo 3**")
- "disabili" gli ultra 64enni che non sono autonomi hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL. (nei grafici indicati come "**sottogruppo 4**")

Successivamente, utilizzando alcuni indici che valutano problemi di salute e stili di vita, il sottogruppo di ultra 64enni "in buona salute" è stato diviso in ultra 64enni:

- in buona salute a basso rischio di malattia (nei grafici indicati come "**sottogruppo 1**")
- in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità (nei grafici indicati come "**sottogruppo 2**").

Come sono le ADL e IADL

Le **ADL** comprendono le attività che la persona deve necessariamente svolgere per vivere senza bisogno di assistenza periodica o continuativa.

Lo strumento più utilizzato per la valutazione del livello di autonomia in queste attività è l'indice di Katz (1963) e comprende le seguenti attività/funzioni: muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti, usare adeguatamente il wc.

Le **IADL** sono attività più complesse rispetto alle ADL, dal punto di vista fisico e/o cognitivo, e possono essere svolte anche al di fuori dell'ambiente domestico.

Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, un soggetto che non è in grado di fare la spesa o pagare conti o bollette, può vivere da solo esclusivamente per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della indipendenza nelle IADL è la scala da cui il termine IADL prende il nome, pubblicata da Lawton e Brody nel 1969 e comprende le seguenti attività: usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare conti o bollette.

Per ogni ADL o IADL è prevista una graduazione del grado di autonomia.

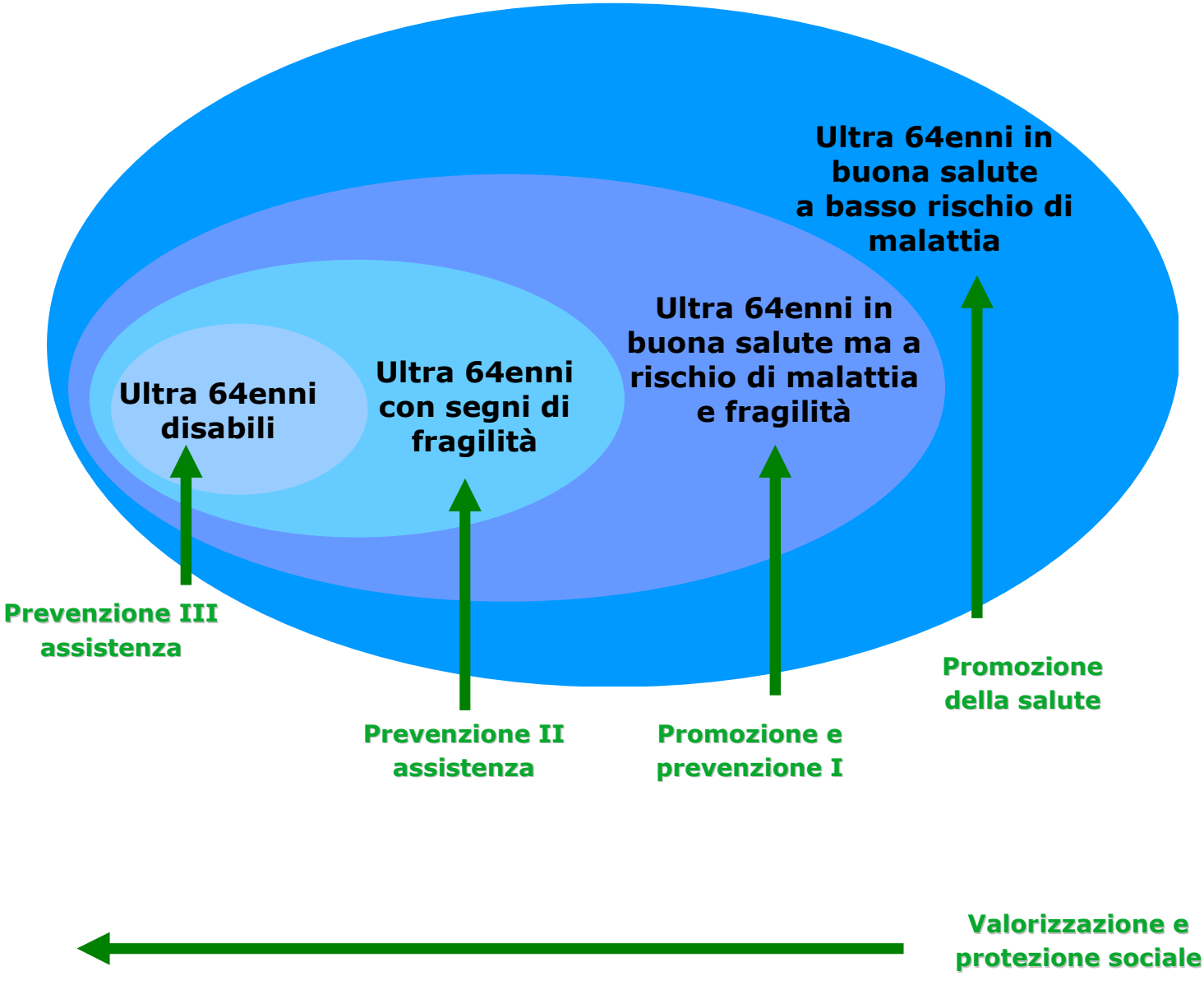
Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali ed economici (quali ad esempio genere, stili di vita, fattori biologici, fattori legati al sistema dei servizi sanitari e sociali). Questi fattori agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione ultra 64enne non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi.

Alla luce di questa diversità, nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione ultra 64enne con una suddivisione della stessa in quattro sottogruppi:

- in buona salute a basso rischio di malattia

- in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
- con segni di fragilità
- con disabilità

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità (vedi figura), alle azioni di valorizzazione e protezione sociali trasversali a tutti i sottogruppi.



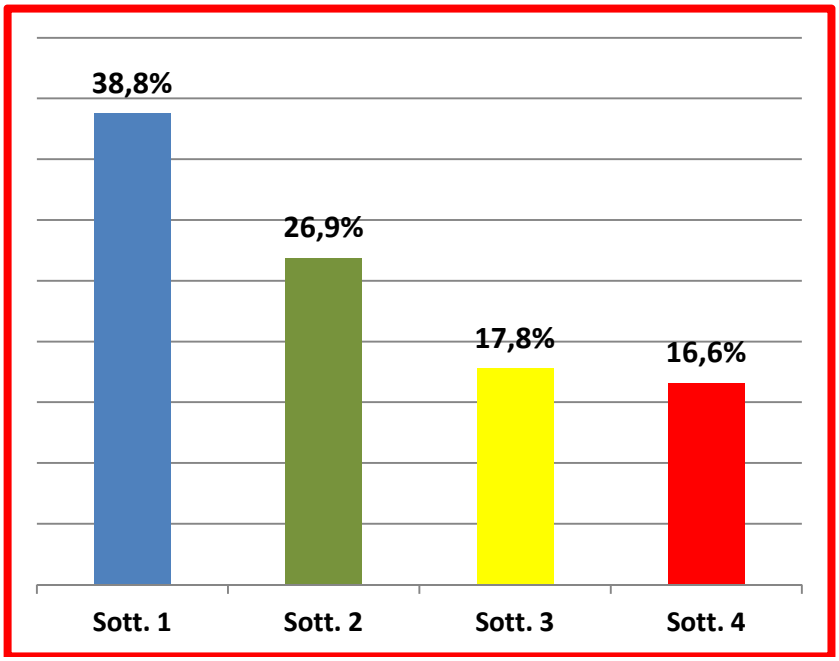
Come è distribuita la popolazione ultra 64enne della ASL 8 di Cagliari rispetto ai sottogruppi?

Il 38,8% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia (**sottogruppo 1**)

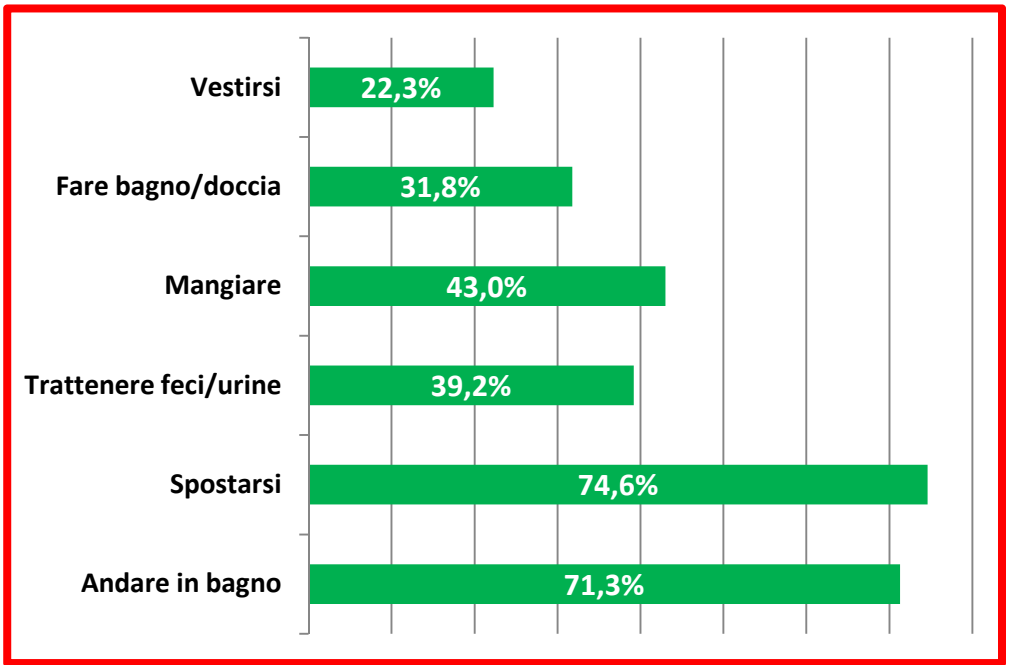
Il 26,9% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità (**sottogruppo 2**)

Il 17,8% è a rischio di disabilità e con segni di fragilità (**sottogruppo 3**)

Il 16,6% risulta con disabilità (**sottogruppo 4**), ovvero ha bisogno di aiuto in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL)



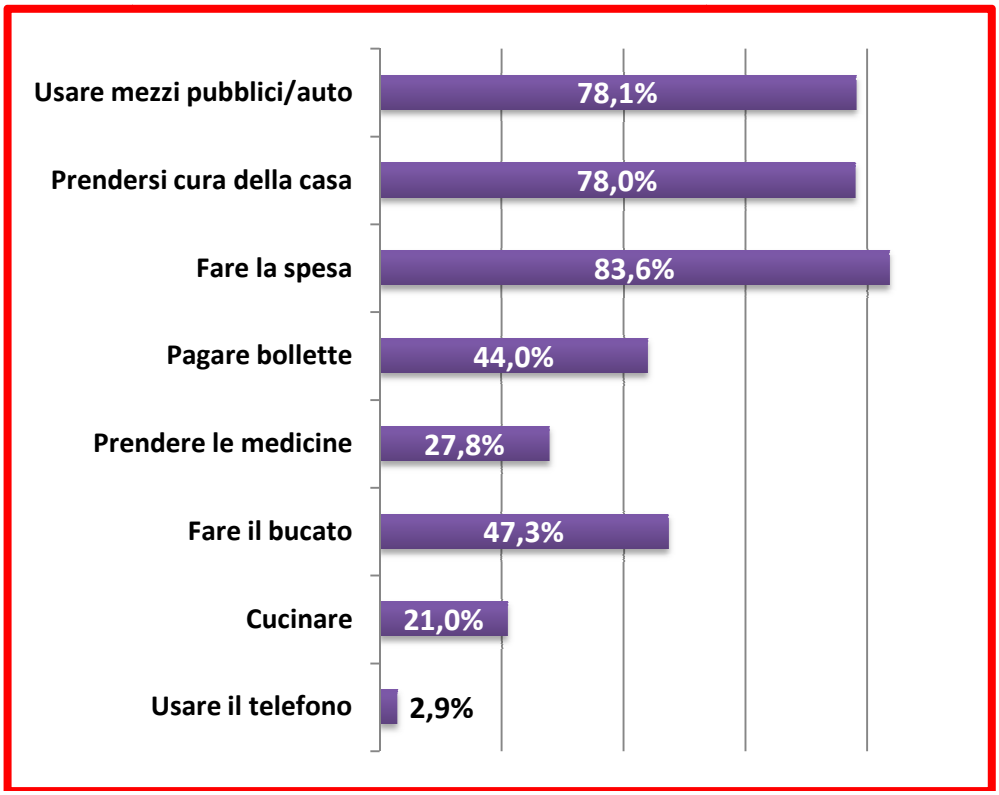
I Disabili, che rappresentano il 16,6% della popolazione indagata, sono rappresentati particolarmente nella classe di età di 75 anni ed oltre (29% versus il 6,2% della classe 65-74 anni) e nelle donne (18,7% versus il 13,7 negli uomini).



Prevalenza delle non autonomie nelle singole ADL tra le persone con disabilità

Gli ultra 64-enni con segni di fragilità (che sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL) rappresentano il 17,8% della popolazione indagata. Anche in questo sottogruppo sono maggiormente rappresentate le persone con oltre 75 anni (23,7% versus il 12,9% della classe 65-74 anni) e le donne (22,8% versus il 11,2% negli uomini).

Prevalenza delle non autonomie nelle singole IADL tra le persone con segni di fragilità (a rischio di disabilità)



Benessere percepito

Nella valutazione dello stato di salute di una persona, oltre all'aspetto clinico, assume sempre più importanza l'analisi della qualità di vita percepita, cioè del grado di benessere complessivo avvertito.

Nelle persone con più di 64 anni, indicatori negativi della percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, a prescindere dalla severità delle patologie presenti.

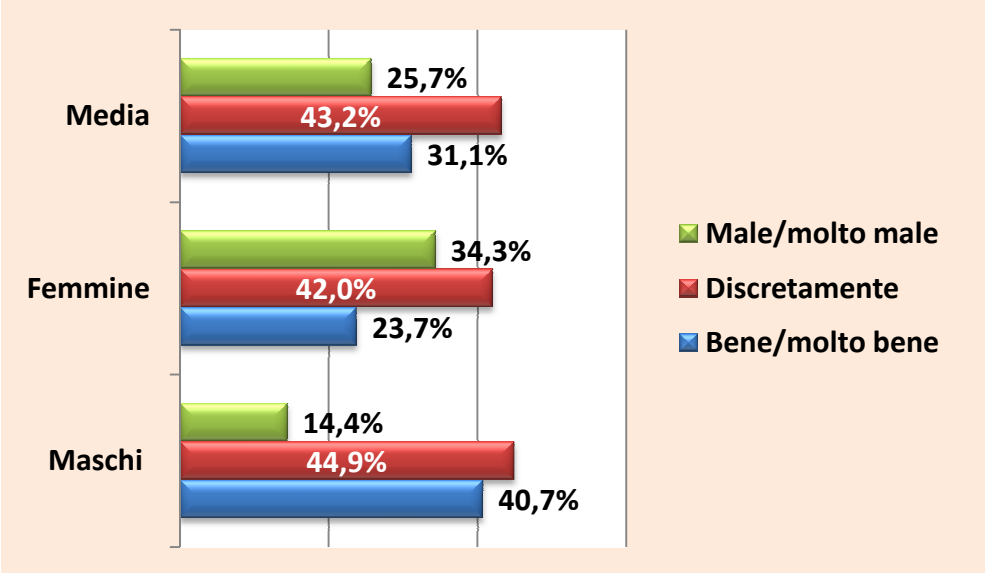
Nei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

A queste domande si aggiunge, in PASSI d'Argento, quella sullo stato di salute rispetto all'anno precedente.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Il 31,1% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 43,2% ha riferito di sentirsi discretamente; il 25,7% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

La percezione positiva delle proprie condizioni di salute è stata significativamente maggiore nei maschi rispetto alle femmine



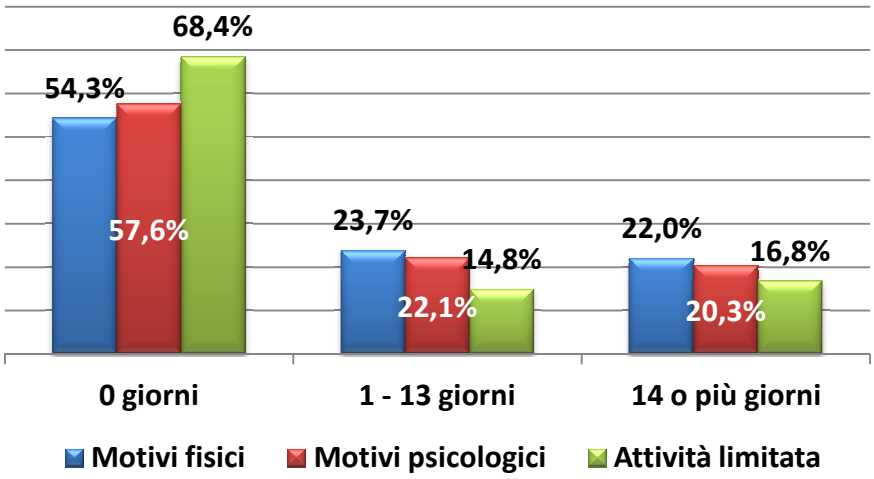
La percezione positiva delle proprie condizioni di salute è stata ovviamente significativamente maggiore anche nelle classi di età più giovani.

Quanti sono i giorni di cattiva salute in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

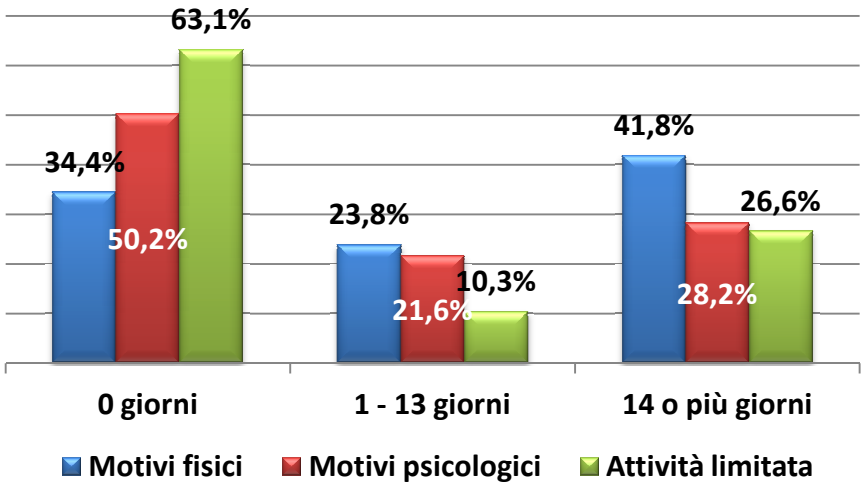
- Nel campione di ultra 65enni della ASL 8 di Cagliari la media dei giorni al mese in cattiva

salute per motivi fisici è 9,1, per motivi psicologici è 7,2.

- Meno di un anziano su 3 ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (29,3%) e per motivi psicologici (23,2%).
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici aumenta al crescere dell'età ed è maggiore fra le donne.
- Al crescere dell'età aumenta pure il numero di giorni con limitazione delle attività.



Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con attività limitata (65-74 anni)



Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con attività limitata (75 anni e oltre)

Come si sentono rispetto ad un anno fa?

Il 12,2% degli ultra 65enni della ASL 8 di Cagliari ha riferito di stare meglio/ molto meglio al momento dell'intervista rispetto all'anno precedente, il 49,8% ha invece riferito di stare allo stesso modo, il 35%ha invece riferito di stare peggio/ molto peggio.

Fra le persone che hanno risposto di stare peggio/ molto peggio, abbiamo in particolare:

- le persone più anziane (47,2% nelle persone oltre 75 anni versus il 27,8% delle persone di 65 - 74 anni);
- le donne (41,6% versus il 27% degli uomini);
- le persone con disabilità od a rischio di disabilità.

Conclusioni

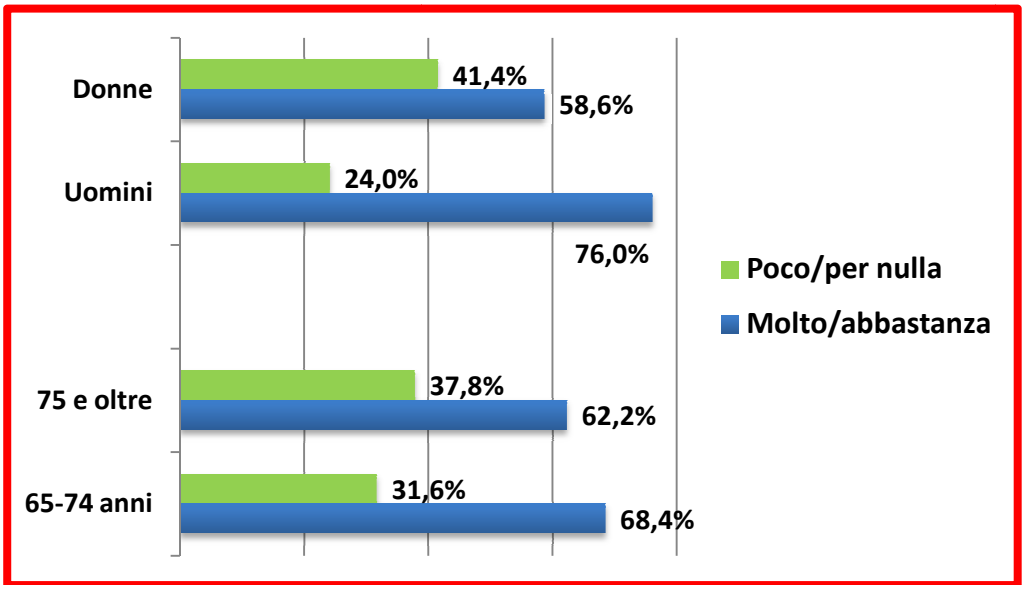
La maggior parte delle persone intervistate (74,3%) ha riferito di sentirsi in buona salute (31,1% sta bene/ molto bene ed il 43,2% discretamente).

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne e nelle persone con disabilità od a rischio di disabilità.

Ben più di 1 anziano su 5 ha dichiarato più di 15 giorni in cattiva salute fisica o psicologica negli ultimi 30 giorni. Queste persone sono a rischio di fragilità marcata e quindi a maggior rischio di morbilità, ospedalizzazione e morte.

Soddisfazione della vita

Gli ultra 65enni della ASL 8 di Cagliari hanno riferito il loro grado di soddisfazione della vita che, mediamente è stata: "molto soddisfatto" nel 14,3%, "abbastanza soddisfatto" nel 51,8%, "poco soddisfatto" nel 24,4% e "per nulla soddisfatto" nel 9,5%.



La percezione positiva della propria vita è risultata più diffusa nel sesso maschile e nelle classi di età più giovani.

Sintomi di depressione

La depressione è un disturbo mentale che si presenta con umore caratterizzato da sentimenti di tristezza e sensazione di vuoto interiore, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della

propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, perdita di interesse e piacere, sensi di colpa e autosvalutazione, disturbi del sonno e dell'appetito, astenia e scarsa capacità di concentrazione.

Si tratta di una condizione molto spesso presente nelle persone anziane e la cui diagnosi non sempre è esplicitamente effettuata.

La prevalenza della depressione maggiore nel soggetto anziano è valutata dal 3% al 42%, rispettivamente nella popolazione generale e nei soggetti con co-morbidità organica e/o istituzionalizzati.

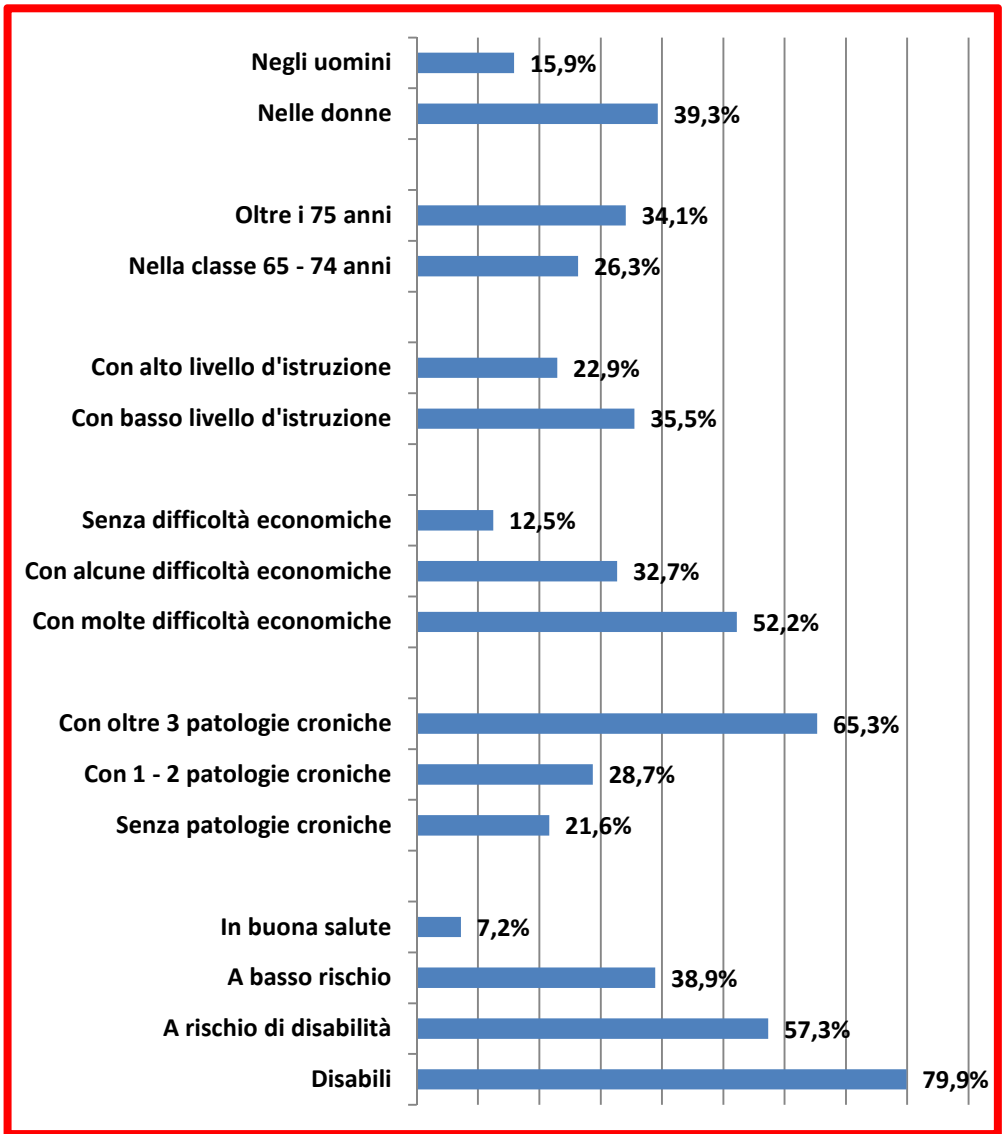
Analogamente ad altri sistemi di sorveglianza (PASSI), il PDA realizza lo screening dei sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2), che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

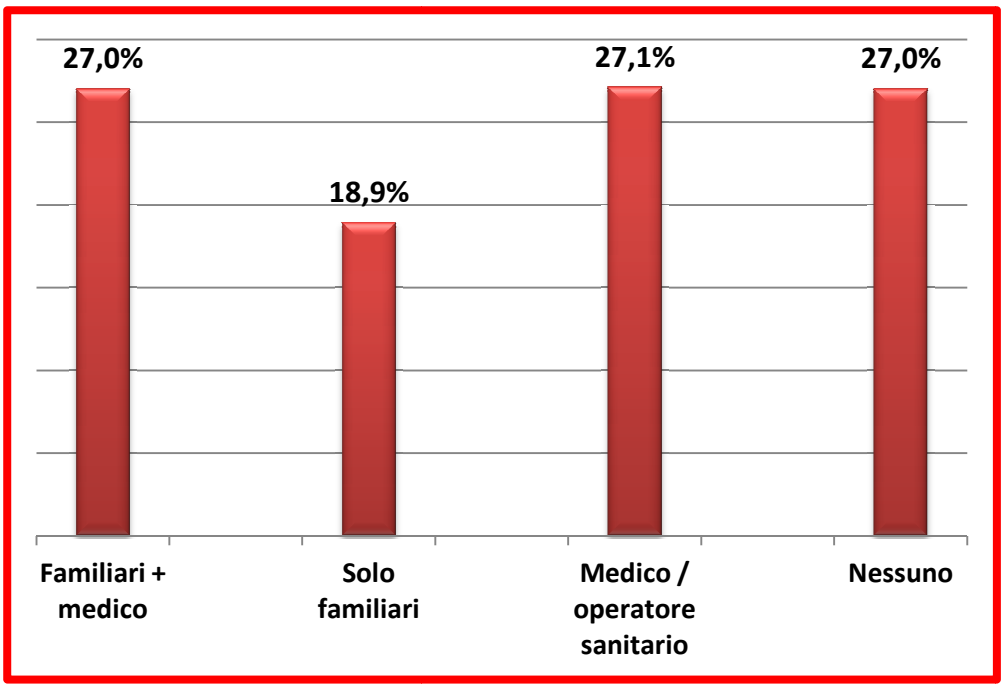
Nel campione di ultra 65eeni della ASL 8 di Cagliari il 29,2% è risultato con sintomi di depressione.

I sintomi di depressione sono risultati più diffusi:

- nelle donne;
- fra gli ultra 74enni;
- nelle persone con basso livello d'istruzione;
- nelle persone con molte difficoltà economiche;
- nelle persone con patologie croniche;
- nei sottogruppi di popolazione che presentano rischio di malattia o disabilità conclamata.



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?



Il 73% delle persone con sintomi di depressione si è rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (27,1%), a familiari/amici (18,9%) o ad entrambi (27%).

Il 27% non si è rivolto a nessuno

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL 8 di Cagliari quasi un anziano su 3 abbia sintomi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, tra le persone con difficoltà economiche e tra le persone con patologie severe.
Il 27% di queste persone con sintomi di depressione non ha parlato con nessuno dei suoi problemi.
L'evidenza di una prevalenza così elevata di sintomi di depressione nella popolazione anziana ed il rischio di declino fisico e psichico che spesso si accompagna a questa patologia suggeriscono l'opportunità di praticare uno screening di questa condizione da parte dei medici di medicina generale.

Patologie croniche e fattori di rischio intermedi (ipertensione arteriosa)

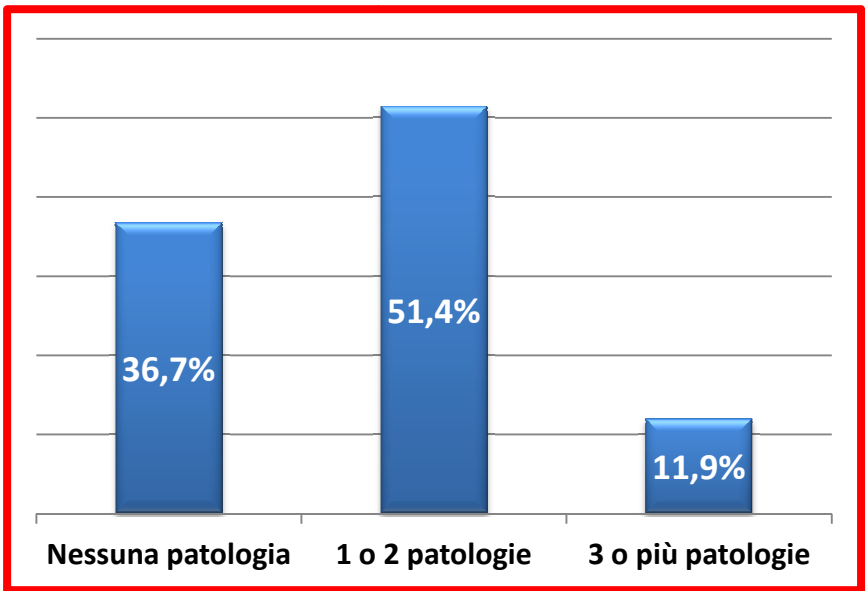
Negli ultimi decenni, il miglioramento sia delle condizioni di vita che della qualità delle cure ha determinato, da un lato, un aumento della vita media e, dall'altro, l'emergenza di patologie cronico-degenerative, che rappresentano oltre 86% delle cause di morte e 77% del "burden of disease".

Le principali patologie croniche:

- hanno origine in età giovanile, ma richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente;
- possono essere prevenute;
- richiedono un'assistenza per tempi molto lunghi.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica che, insieme a fattori non modificabili (ereditarietà, sesso, età), danno origine a fattori di rischio intermedi (l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità).

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti sociali, economici e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.



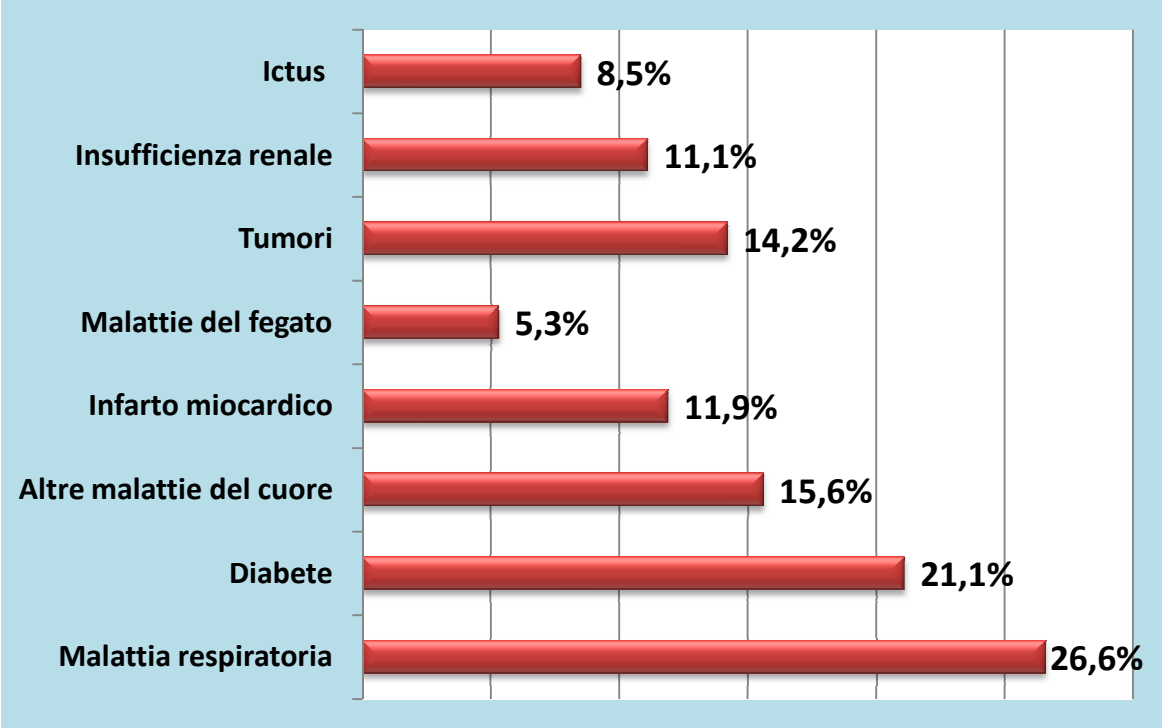
Patologie croniche presenti

Complessivamente, il 63,3% degli ultra 65enni del territorio della ASL 8 di Cagliari intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia cronica ed oltre 1 su dieci ha riferito almeno 3 patologie croniche.

La presenza contemporanea di tre o più patologie croniche in un unico individuo è stata riscontrata in maniera sovrapponibile nei due sessi, mentre:è stata rilevata in maggior misura:

- negli individui più anziani (14,6% negli individui di 75 anni ed oltre versus il 9,6 negli individui di 65 - 74 anni);
- nelle persone con basso livello di istruzione (14,4% versus il 8,8% delle persone con alta istruzione;
- nelle persone con difficoltà economiche (16,3% versus il 9,9% delle persone che hanno riferito "qualche" difficoltà economica ed il 4,7 delle persone senza difficoltà economiche

Prevalenza delle patologie croniche nella ASL 8 di Cagliari



La prevalenza delle malattie croniche indagate da PASSI d'Argento e riferite dagli ultra 65enni del nostro territorio sono risultate corrispondenti con quelle emerse dall'analisi del database nazione PdA, con la sola grande differenza costituita dalla bassa prevalenza delle malattie del fegato risultata nettamente inferiore alla media nazionale (circa il 15%).

Ipertensione arteriosa

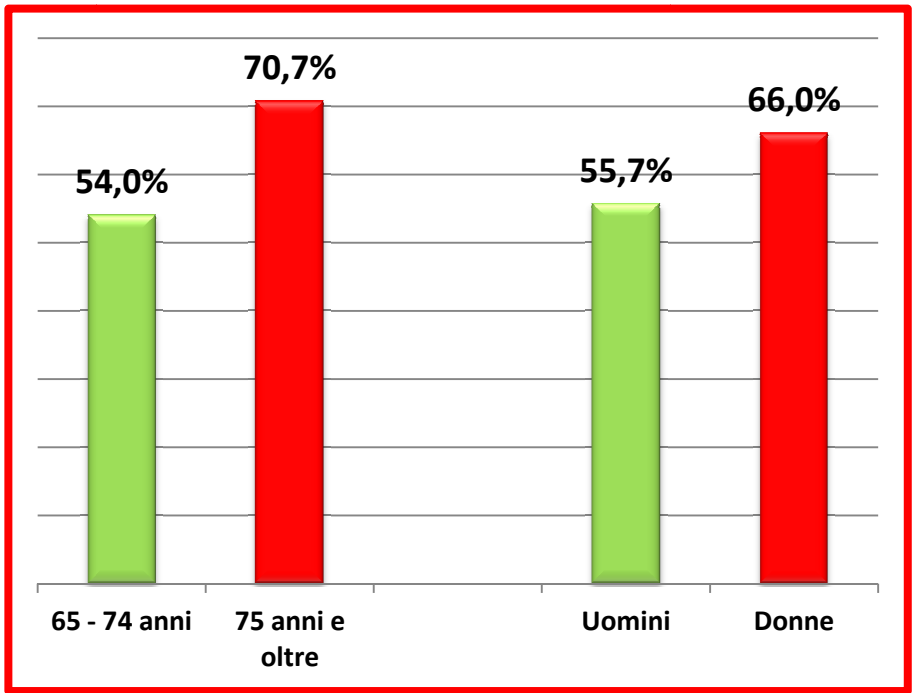
L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale, arteriopatie croniche, retinopatia. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

I livelli di pressione predicono inoltre la mortalità totale, la speranza di vita e contribuiscono a predire anche cause di morte non cardiovascolari. 10 mmHg in meno di pressione arteriosa sistolica o 5 mmHg in meno di pressione arteriosa diastolica spiegano la riduzione del rischio di ictus del 40%, quello dell'infarto e delle altre patologie coronariche del 20-25%; pertanto ridurre la media della pressione arteriosa nella popolazione permette di ridurre il rischio di sviluppare l'ictus, l'infarto del miocardio e altre patologie coronariche, lo scompenso cardiaco, la fibrillazione atriale, le patologie legate all'invecchiamento (demenza e disabilità) e di morire per cause cardiovascolari.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

La prevalenza dell'ipertensione riferita dagli ultra 65enni del territorio della ASL 8 di Cagliari è stata del 61,5% (a livello nazionale il dato è stato del 60%).

- Si stima che nell'ASL 8 di Cagliari il 61,5% della popolazione ultra 64enne sia ipertesa.
- L'ipertensione arteriosa risulta più diffusa fra le donne (66% vs 55,7% uomini) e fra gli ultra 74enni (70,7%).



Nella ASL 8 di Cagliari si è rilevato inoltre che l'ipertensione è più frequente negli ultra 65enni con molte difficoltà economiche (67,2%) rispetto agli ultra 65enni con qualche difficoltà economiche (57,1%) ed a quelli senza difficoltà economiche (52,7%).

Nel Pool nazionale di PASSI d'Argento si stima che sia iperteso il 60% della popolazione ultra 64enne e che sia più diffusa fra le donne (62% delle donne e 56% fra gli uomini); e fra gli ultra 74enni (63% vs 56% sotto i 74 anni)

Conclusioni

Nell'ASL 8 di Cagliari si stima che circa sei anziani su 10 abbiano almeno 1 patologia e che quasi la metà ne abbia 1 o 2.

Le patologie croniche riferite più frequentemente dagli anziani residenti nella ASL 8 di Cagliari sono neoplasie, diabete mellito e malattie respiratorie, patologie cardiache non ischemiche, seguite da, cardiopatia ischemica, insufficienza renale e vasculopatie cerebrali.

L'ipertensione arteriosa, che è uno dei principali fattori di rischio intermedi per patologie cardio e cerebrovascolari, interessa più di un anziano su due.

In questa popolazione la comorbilità è causa di scarsa qualità di vita, diminuzione della performance fisica, frequenti richieste di assistenza e accertamenti, politerapie, oltre che di un elevato uso di risorse sanitarie.

La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute, volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legata all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

E’ necessario puntare ad un invecchiamento in buona salute, il più possibile libero da cronicità e disabilità. Questo obiettivo, a livello di popolazione, è realizzabile solo favorendo stili di vita sani, legati a comportamenti personali responsabili, ma anche alla presenza nel contesto ambientale di concrete opportunità volte a rendere possibili e facili le scelte salutari.

Stili di vita

Promuovere stili di vita salutari è una sfida importante per il sistema socio-sanitario, soprattutto se si considera l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronico-degenerative.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica, insieme a fattori non modificabili (l'ipertensione, l'iperglicemia, l'eccesso di colesterolo e l'obesità).

Per questo motivo la promozione di stili di vita salutari, a tutte le età, è importante per prevenire e migliorare il trattamento e la gestione delle principali malattie croniche.

Attività fisica

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

Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Negli ultra 64enni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti.

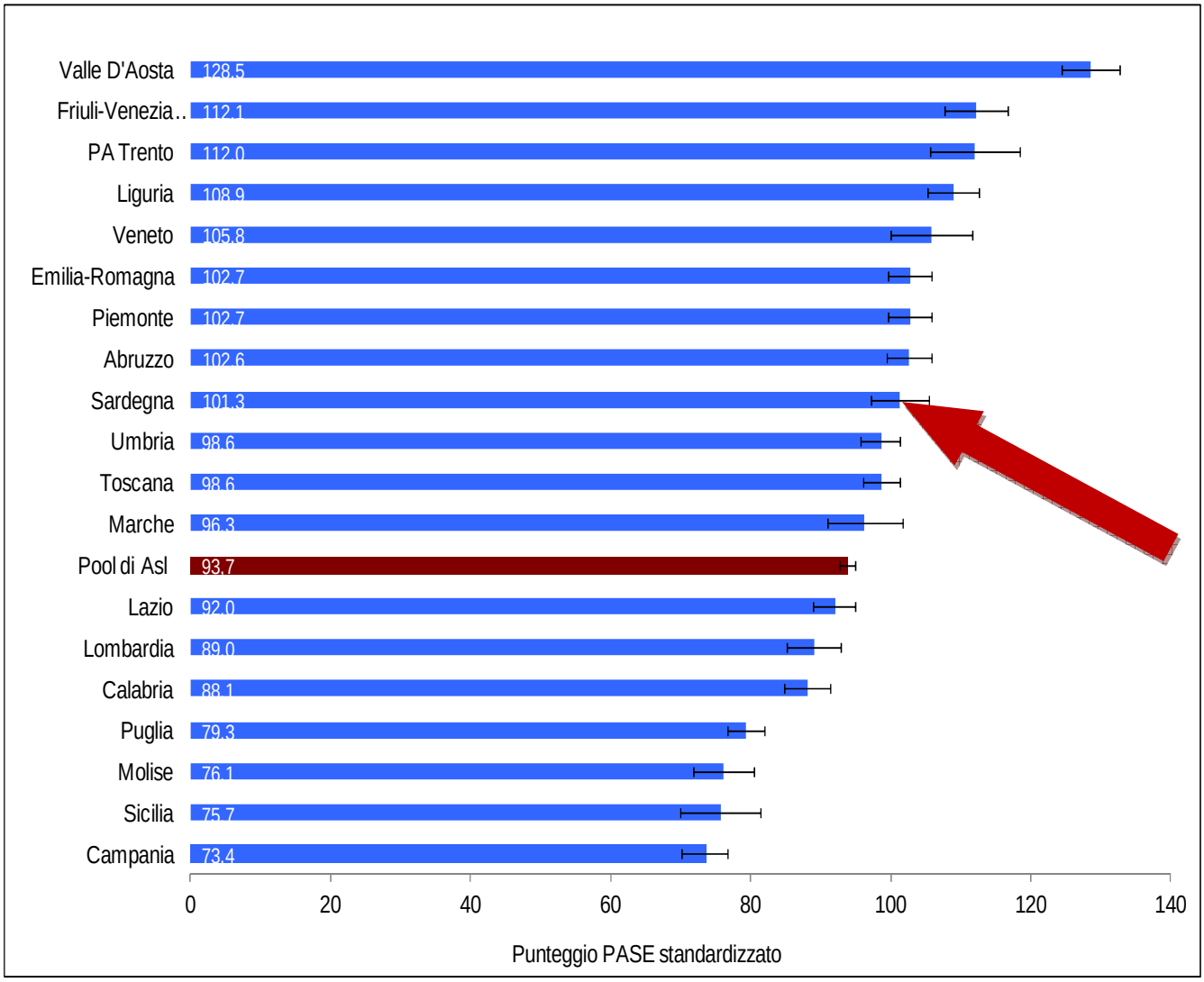
Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (**Physical Activity Score in Elderly: PASE**) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana; e considera le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), sia i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato un punteggio che tiene conto del tempo (*h/d*) dedicato all'attività o della sola partecipazione (*yes/no*) e del tipo di attività, più o meno intensa. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

Sono stati definiti come non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con più di 65 anni che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxi (una persona o familiare di fiducia regolarmente a contatto con l'anziano) per effettuare l'intervista.

Il valore mediano (nazionale) è risultato pari a 93,3 con range (1,4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età ed i valori mediani della popolazione calcolati per uomini e donne sono risultati statisticamente differenti.

Non esistono degli standard universalmente accettati per l'attività fisica degli ultra64enni misurabili con il punteggio PASE, vista anche la grande variabilità delle loro condizioni di salute.
Standardizzando i valori per genere ed età per le regioni/aziende che hanno partecipato al Passi d'Argento, si ottiene un diagramma a barre che illustra il valore della media e il relativo intervallo di confidenza.

Quante sono le persone ultra 64enni attive fisicamente?



I dati raccolti nell'indagine del 2012 del PASSI d'Argento nella ASL 8 di Cagliari non hanno reso possibile una analisi locale che avrebbe avuto bisogno di una numerosità campionaria maggiore. Tuttavia le osservazioni rilevate nel nostro territorio contribuiscono in maniera determinante al report regionale dove sarà possibile verificare l'esito dell'indagine sull'attività fisica.

Si rimanda al report regionale PdA per le ulteriori informazioni sulle caratteristiche delle persone che svolgono attività fisica nelle diverse gradazioni indagate ed espresse in percentili (50°, 25° e 10° percentile).

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

In ogni fase della vita lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute. In particolare, dopo i 64 anni l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona, mentre la perdita di peso non intenzionale[1] rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

[1] Perdita di almeno 4,5 kg nei dodici mesi precedenti o perdita di peso superiore al 5% del peso iniziale

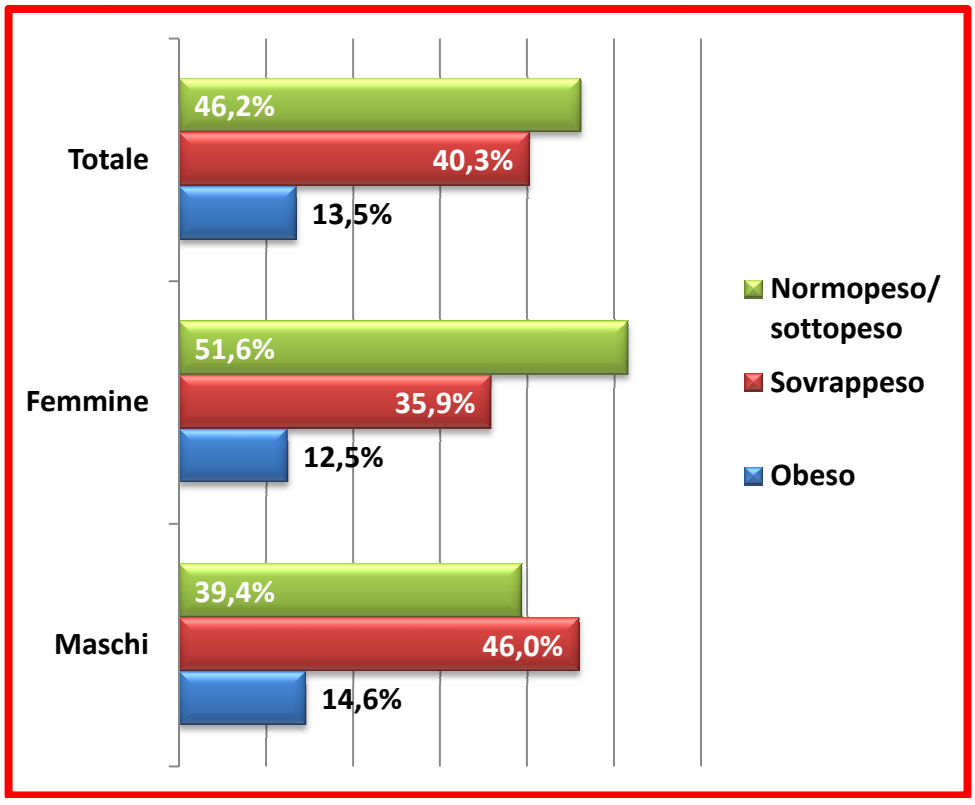
Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri); le persone vengono classificate sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC: fra 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: fra 25-29,9), obese (IMC ≥ 30).

Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulinodipendente) In accordo con le linee guida, che raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno (five-a-day).di frutta o verdura, insalata o ortaggi, PDA misura il consumo di questi alimenti[1]

Quante persone ultra 64enni sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

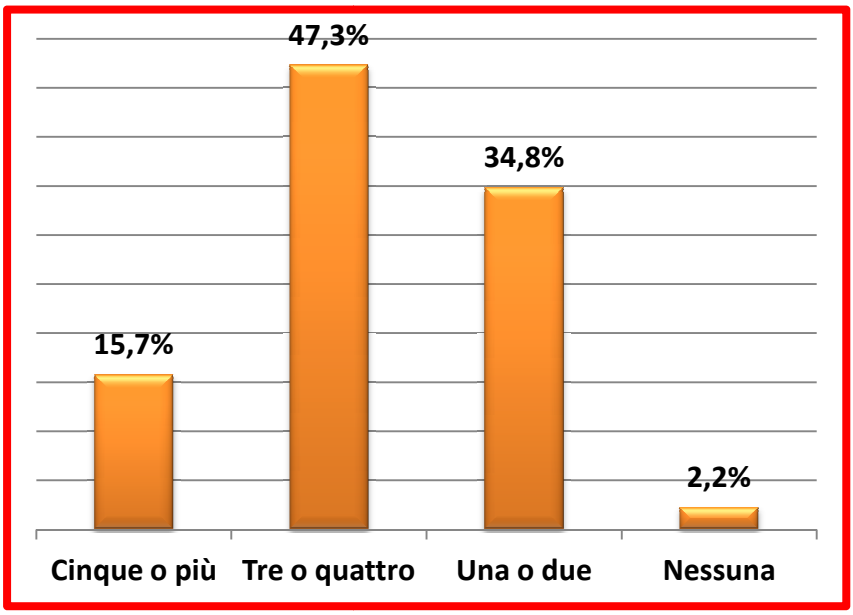
Nella ASL 8 di Cagliari il 53,8% del campione è risultato in eccesso ponderale (13,5% obesi e 40,3% in sovrappeso);

L'eccesso ponderale (obesità + sovrappeso) è risultata maggiore nei maschi rispetto alle femmine.



L'eccesso ponderale (obesità + sovrappeso) è risultato progressivamente in diminuzione con l'aumentare dell'età.
E' emerso anche che l'eccesso ponderale aumenta negli ultra 65enni con progressive difficoltà economiche (obesità al 23,2% del campione con "molte difficoltà economiche" riferite versus il 9,8% del campione senza difficoltà economiche).

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?



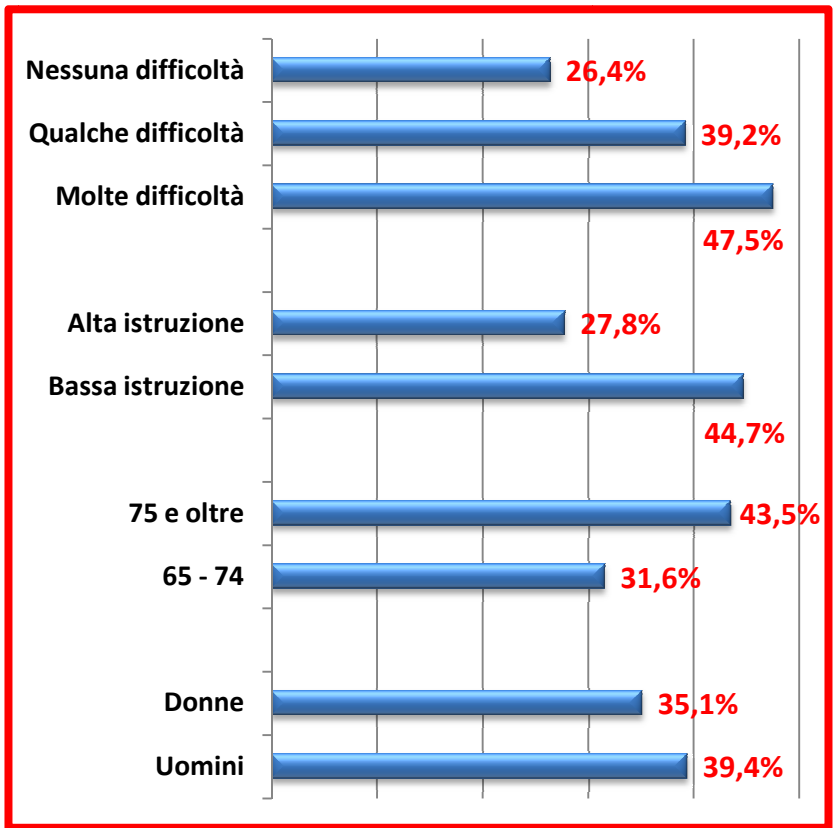
Nella ASL 8 di Cagliari gli ultra 64enni che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno sono l'15,7%

Oltre un terzo del campione consuma solo 1-2 porzioni.

Basso consumo di frutta e verdura

Il basso consumo di frutta e verdura è maggiormente diffuso nelle persone:

- con progressive difficoltà economiche;
- con bassa istruzione;
- con età superiore a 75 anni;
- nel genere maschile



Consumo di alcol

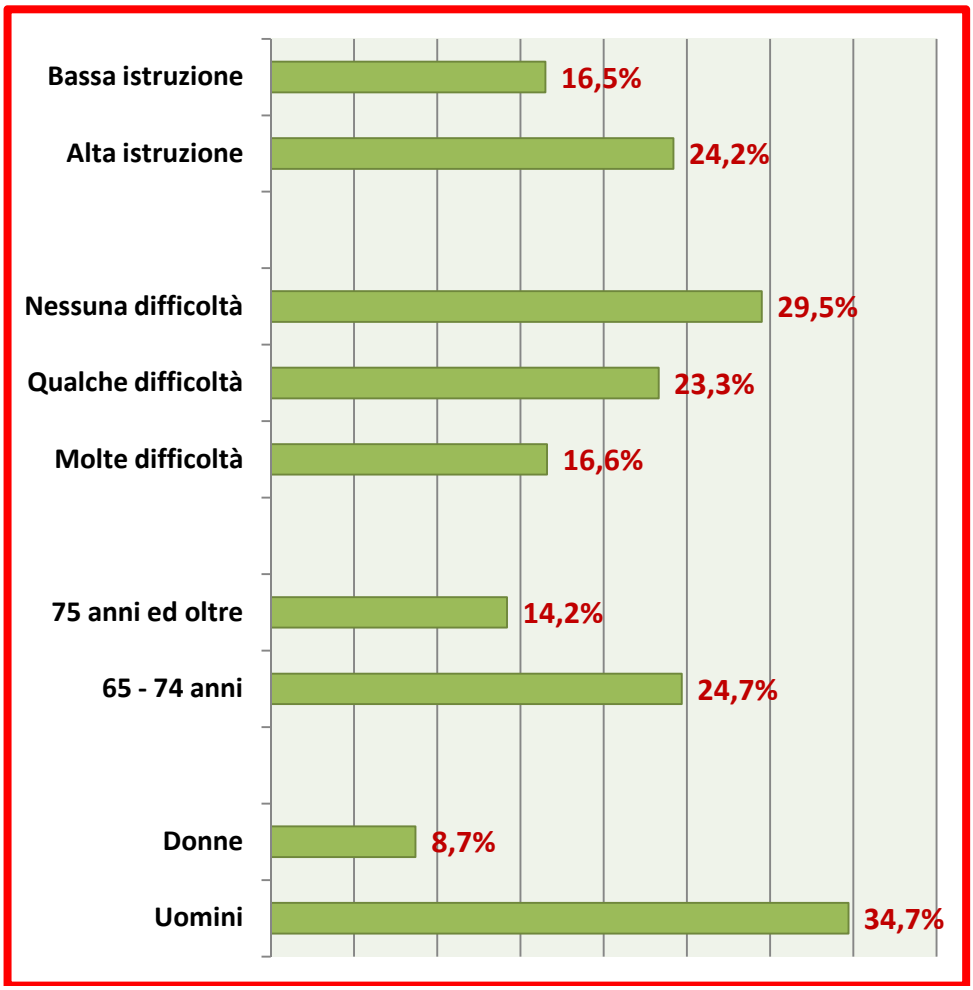
Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute in tutte le età.

Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e, in particolare, la percentuale di persone che bevono più di un'unità alcolica al giorno. Questo livello è considerato a rischio secondo gli standard adottati anche nel nostro Paese.

L'unità alcolica (12 grammi) corrisponde a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno.

Quanti ultra 64enni, fra i consumatori di alcol, sono bevitori a rischio e quali sono le loro caratteristiche?

Nella ASL 8 di Cagliari il 41,9% degli ultra 64enni consuma bevande alcoliche.
Il consumo di alcol è molto più frequente negli uomini (63,4% versus il 25,5% delle donne).
Invece, sempre nel nostro territorio, possono essere considerati "bevitori a rischio" il 19,9% degli ultra 64enni; infatti questi consumano più di un'unità alcolica in una giornata tipo.



Caratteristiche dei "bevitori a rischio" nella ASL 8 di Cagliari

I consumatori di alcol considerati a rischio sono prevalenti:

- nel sesso maschile;
- nelle persone sotto i 75 anni;
- nelle persone con alta istruzione;
- nelle persone con progressivo benessere economico.

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

Solo il 14,8% dei bevitori a rischio campionati nella ASL 8 di Cagliari ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di bere alcol da parte di un medico o di un operatore sanitario

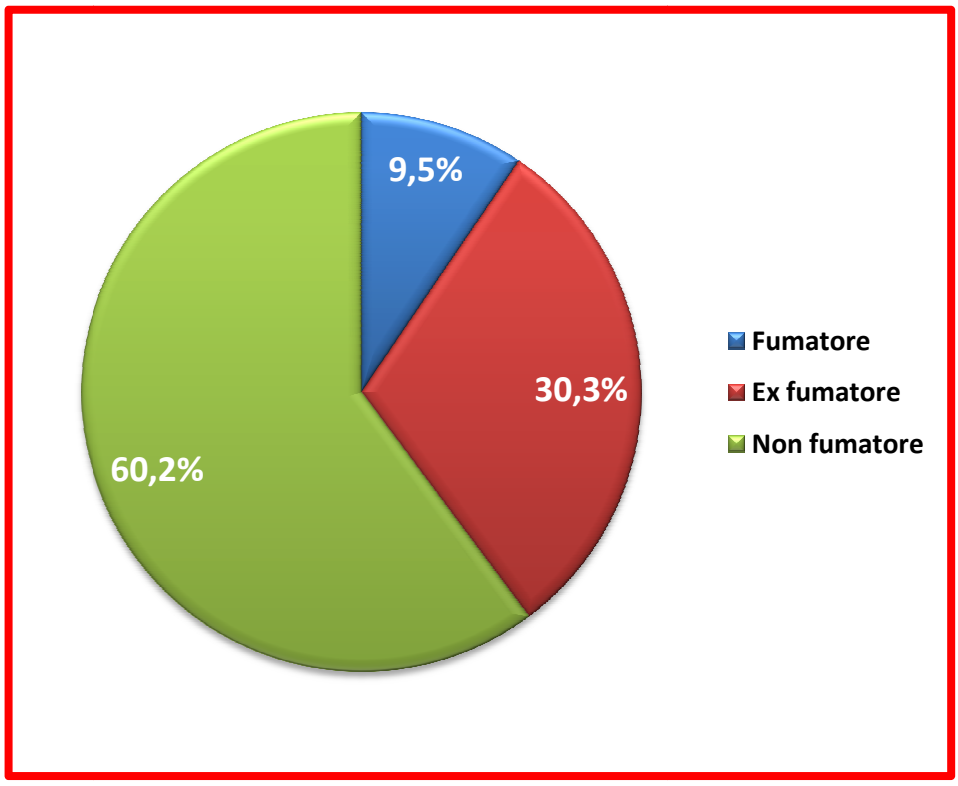
Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY). Le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con più di 60 anni sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Smettere di fumare rimane il modo più efficace per contrastare gli effetti nocivi del fumo, ed i vantaggi sono evidenti anche negli anziani. giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo nella ASL 8 di Cagliari?

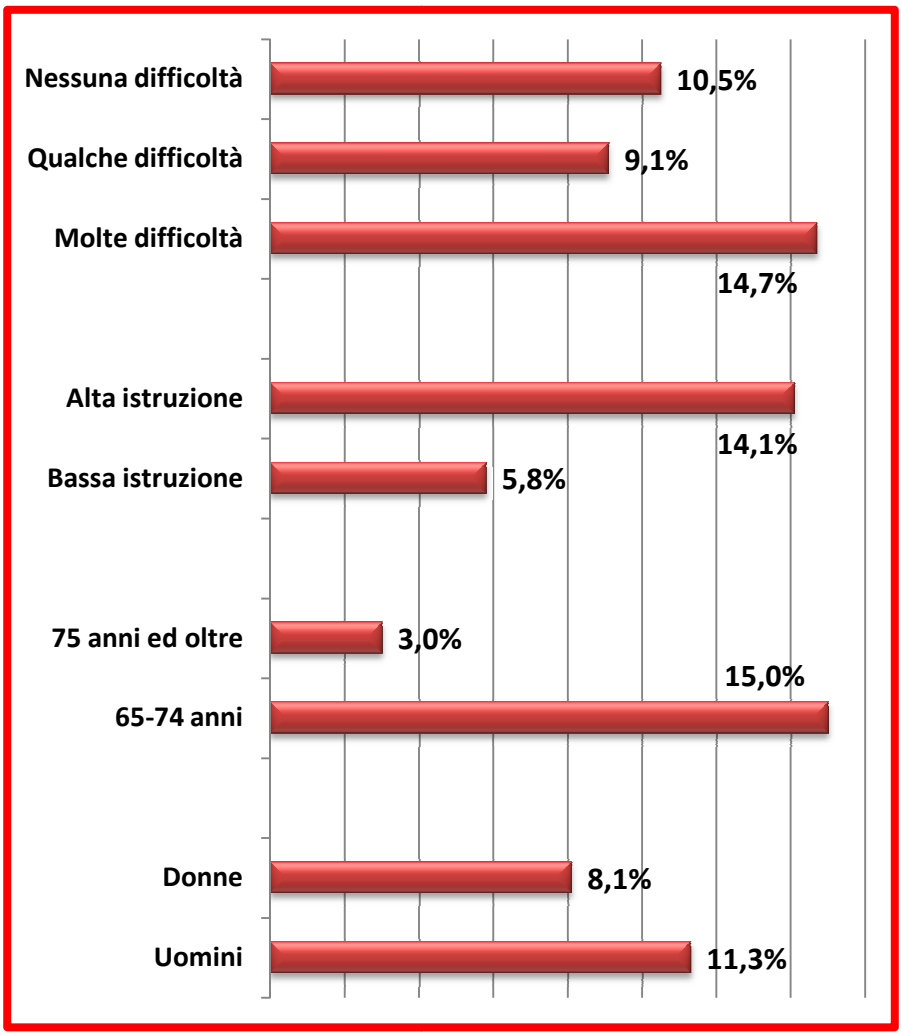
Fra gli ultra 64enni della ASL 8 di Cagliari si stima che:

- il 9,5% sia rappresentato da fumatori;
- il 30,3% da ex fumatori;
- il 60,2% da non fumatori.



* **Fumatore**: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento.
** **Ex fumatore**: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di non fumare al momento.
*** **Non fumatore**: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e non fuma al momento

Caratteristiche dei fumatori



L'abitudine al fumo è risultata più alta:
– nella classe d'età 65-74 anni (15%);
– nelle persone di genere maschile (11,3%);
– nelle persone con molte difficoltà economiche (14,7%);
– nelle persone con alto livello d'istruzione (14,1%).

Queste caratteristiche, seppur in misura leggermente diversa, sono state riscontrate anche a livello nazionale.

Tra i fumatori, il 77,8% hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di personale sanitario.

Forti fumatori

Quasi tre quarti dei fumatori ultra 65enni della ASL 8 di Cagliari (74,3%) è da considerarsi un forte fumatore, cioè fuma più di 10 sigarette al giorno.

Conclusioni sugli stili di vita

Nella nostra popolazione è possibile che una cospicua proporzione di persone sia fisicamente inattive. Le ragioni sono diverse, fra le quali anche che in ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.
Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed

economici che influenzano l’adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell’eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento; nonostante questa verosimile sottostima, oltre un ultra 64enne su due presenta un eccesso ponderale.
Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, a quelle in sovrappeso.
La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: il 34,8% ne assume 1-2 porzioni, il 47,3% ne assume 3-4 porzioni, ma solo una piccola quota (15,7%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un’efficace prevenzione delle neoplasie.
I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un’alimentazione corretta, accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l’efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Il 41,9% degli intervistati dichiara di bere alcol. Si stima che circa un ultra 64enne su cinque (19,9% dei consumatori di alcol) abbia abitudini a consumare più *di una unità alcolica* al giorno.
I dati mostrano che l’attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dai loro pazienti, associati al consumo di alcol resta molto bassa; inoltre, solo pochi bevitori a rischio (14,8%) riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. Questa è quindi un’area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.
Le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell’informazione e aumentano l’attenzione sull’argomento, favorendo l’accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Si stima che circa un ultra 64enne su dieci del nostro territorio sia classificabile come fumatore; in particolare, le prevalenze più alte si riscontrano nei maschi e nella fascia 65-74 anni.
Quasi otto fumatori su dieci hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, certamente migliorabile.
Il 74,3% dei fumatori può essere considerato un forte fumatore.

Problemi sensoriali

Le disabilità sensoriali legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone ultra 64-enni, peggiorando notevolmente la qualità di vita ed inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione.

Vista

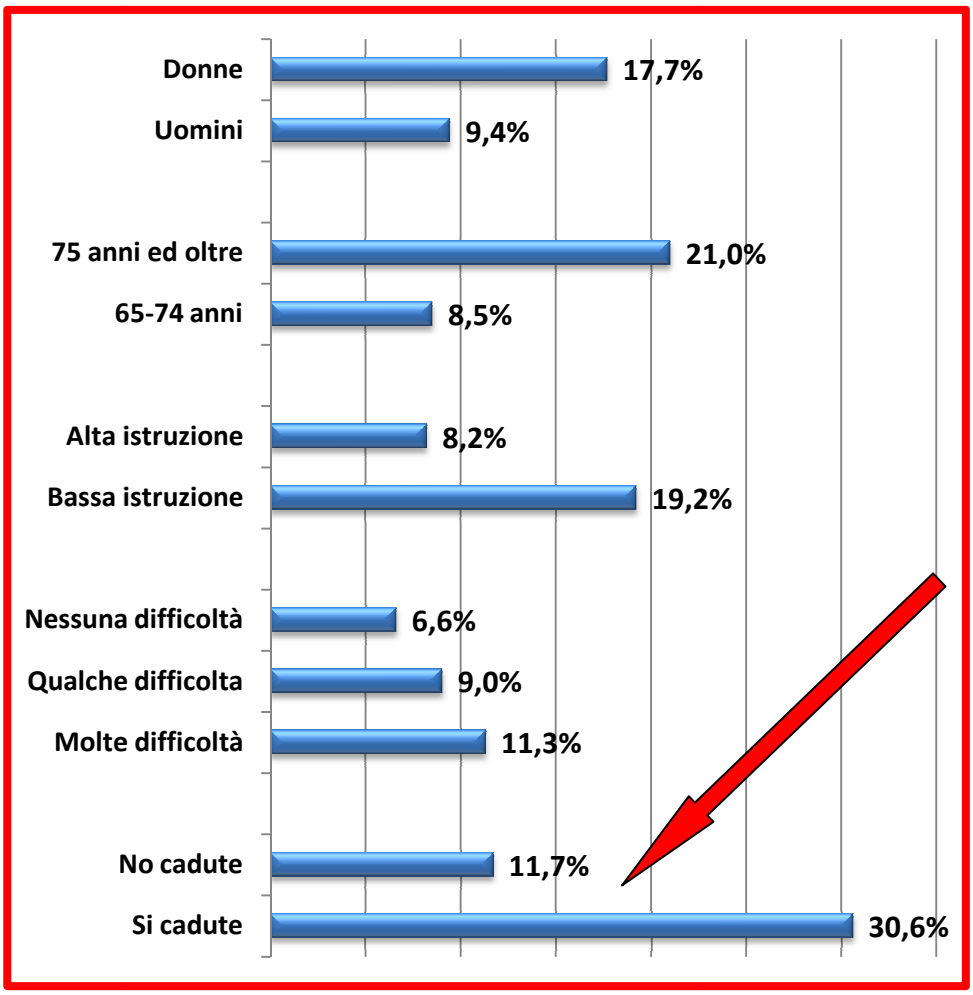
I problemi di vista costituiscono un importante fattore di rischio per le cadute.

Il 14,2% degli ultra 64enni della ASL 8 di Cagliari riferisce di avere problemi di vista, in particolare di non vedere da vicino anche usando gli occhiali.

Nel 1997 l'OMS ha lanciato un programma d'azione per eliminare i problemi di vista evitabili entro il 2020. Per far questo è importante fornire un'assistenza oculistica appropriata alle persone con disabilità visive collegate all'età e ridurre le iniquità di accesso all'uso di occhiali correttivi tra le donne e gli uomini di età più avanzata.

I problemi di vista sono più frequenti

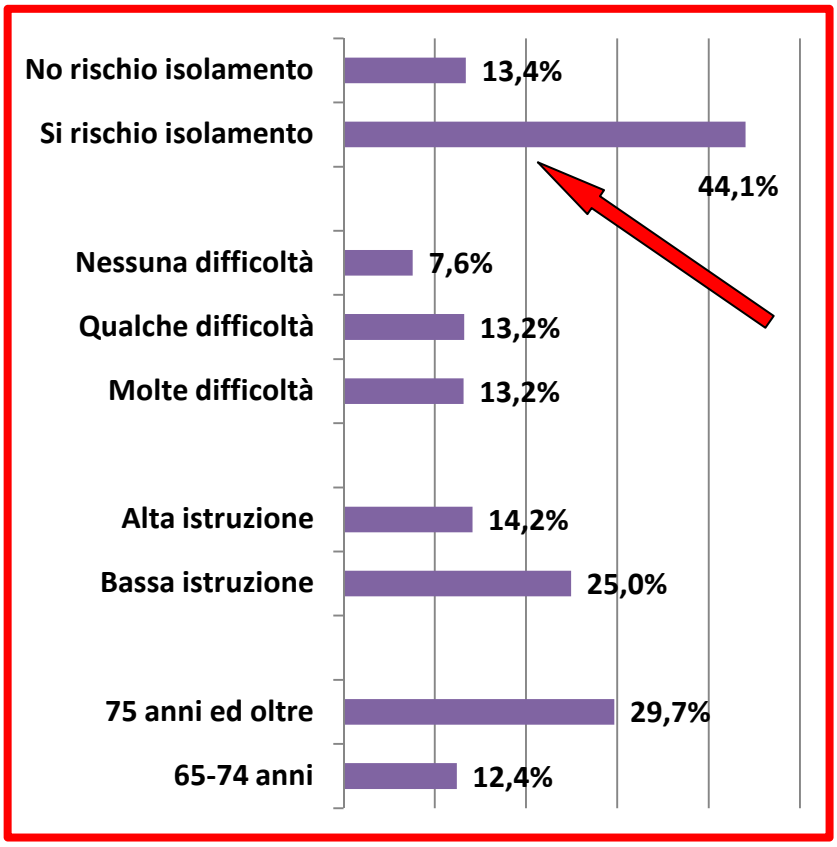
- fra gli ultra74enni;
- fra le donne;
- fra le persone con molte difficoltà economiche;
- con basso livello di istruzione;
- nelle persone che riferiscono di essere cadute negli ultimi 30 giorni.



Udito

La fisiologica riduzione dell'udito con l'avanzare dell'età ha un effetto considerevole sulla vita fisica, emotiva e sociale della persona che, a causa delle difficoltà a entrare in comunicazione con gli altri, presenta con maggior frequenza segni di depressione, insoddisfazione della vita e un minor coinvolgimento nelle attività sociali.

La presbiacusia talvolta è aggravata o determinata da farmaci o sostanze ototossiche.



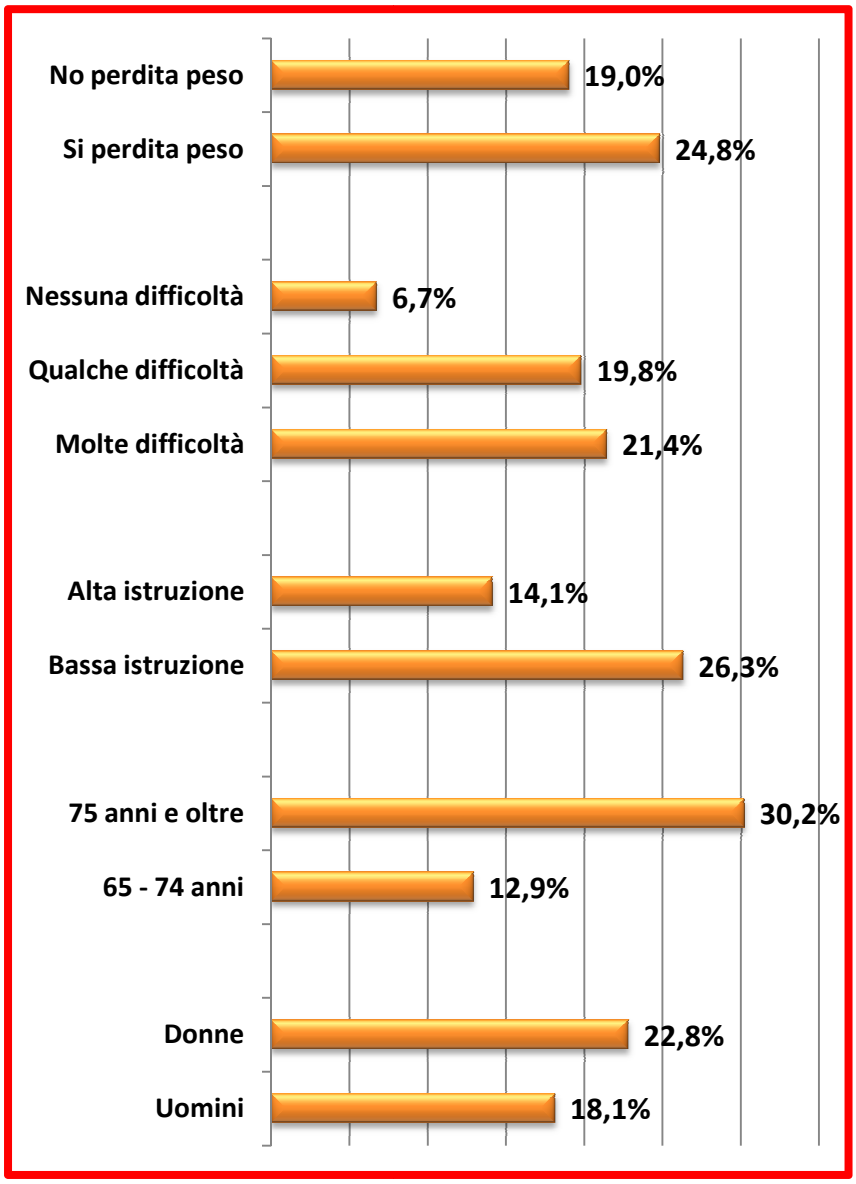
Il 20,3% degli ultra 64enni della ASL 8 di Cagliari riferisce di avere problemi di udito, questi sono più frequenti fra le persone:

- ultra 74enni (quasi 1 su 3);
- con difficoltà economiche;
- con livello di istruzione più basso;
- con manifesto rischio di isolamento sociale.

Non sono risultate significative differenze fra uomini e donne.

Masticazione

La salute orale costituisce, in ogni fase della vita, un aspetto importante della salute complessiva della persona. Nei più anziani le difficoltà di masticazione possono determinare carenze nutrizionali, con effetti particolarmente gravi specie tra le persone fragili e con disabilità, e possono influenzare il benessere sociale e psicologico della persona.



Il 20,7% degli ultra 64enni della ASL 8 di Cagliari riferisce di avere problemi di masticazione; questi sono più frequenti fra le persone:

- nella classe con 75 e più anni riferisce problemi di masticazione quasi 1 persona su 3;
- nelle donne;
- che hanno perso peso negli ultimi 12 mesi;
- con maggiori difficoltà economiche;
- con livello di istruzione più basso;

Nel modello logistico multivariato risultano in particolare significativi statisticamente il genere, l'istruzione e le difficoltà economiche.

PASSI d'Argento ha pure indagato sui motivi per i quali numerosi ultra 65enni non avevano fatto ricorso al dentista negli ultimi 12 mesi. Dall'analisi delle risposte ottenute nella ASL 8 di Cagliari è risultato che la maggioranza ritiene di non averne bisogno o che la visita non è opportuna, ma oltre il 17% del campione risponde di non essere andato a visita perché le cure dentarie costano troppo.

Conclusioni sui problemi sensoriali

Si stima che il 14,2% degli ultra 64enni del nostro territorio abbia problemi di vista.

I problemi di vista sono più rappresentati fra le persone più anziane (quasi un ultra 74enne su cinque), le donne ed in presenza di difficoltà economiche e basso livello di istruzione. Fra le persone vittime di cadute recenti è stato particolarmente alta la prevalenza di riscontro di problemi di vista.

Si stima che il 20,3% degli ultra 64enni del nostro territorio abbia problemi di udito.

I problemi di udito sono più frequenti fra le persone più anziane (un ultra 74enne su quattro), tra quelli con difficoltà economiche e livello di istruzione più basso.

La riduzione dell'udito e le conseguenti difficoltà di comunicazione con gli altri hanno un effetto rilevante sulla attività fisica e psicologica dell'anziano, che più frequentemente presenta sintomi di isolamento sociale. La diagnosi e cura della presbiacusia contribuiscono alla riduzione delle complicanze legate alla progressiva riduzione della capacità uditiva e, perciò, della disabilità.

Si stima che il 20,7% degli ultra 64enni del nostro territorio abbia problemi di masticazione.

I problemi di masticazione risultano associati ad età più avanzata e sono maggiori in presenza di difficoltà economiche, basso livello di istruzione; inoltre spesso sono associati a calo ponderale.

I problemi di masticazione sono spesso sottovalutati dagli anziani e dalle loro famiglie e, talvolta, chi possiede una protesi non la utilizza correttamente. La mancanza di denti o una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima. E' stata dimostrata l'efficacia di interventi di promozione delle salute orale; la prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita.

Cadute

Le cadute nell'età avanzata sono un evento grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni psicologiche (caratterizzate dall'insicurezza, cui possono far seguito tendenza ad un progressivo isolamento e riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali).

L'esatta frequenza delle cadute è di difficile determinazione: molti episodi non vengono riferiti o perché considerati normali per l'età o negati, in quanto ritenuti segno di crescente debolezza.

E' stato stimato che i decessi attribuibili a cadute in Italia sono circa 7500, di cui la maggioranza si verifica tra gli anziani, mentre la gran parte dei circa 1.800.000 accessi al pronto soccorso e dei 200.000 ricoveri dovuti ad incidenti domestici riguarda cadute degli anziani.

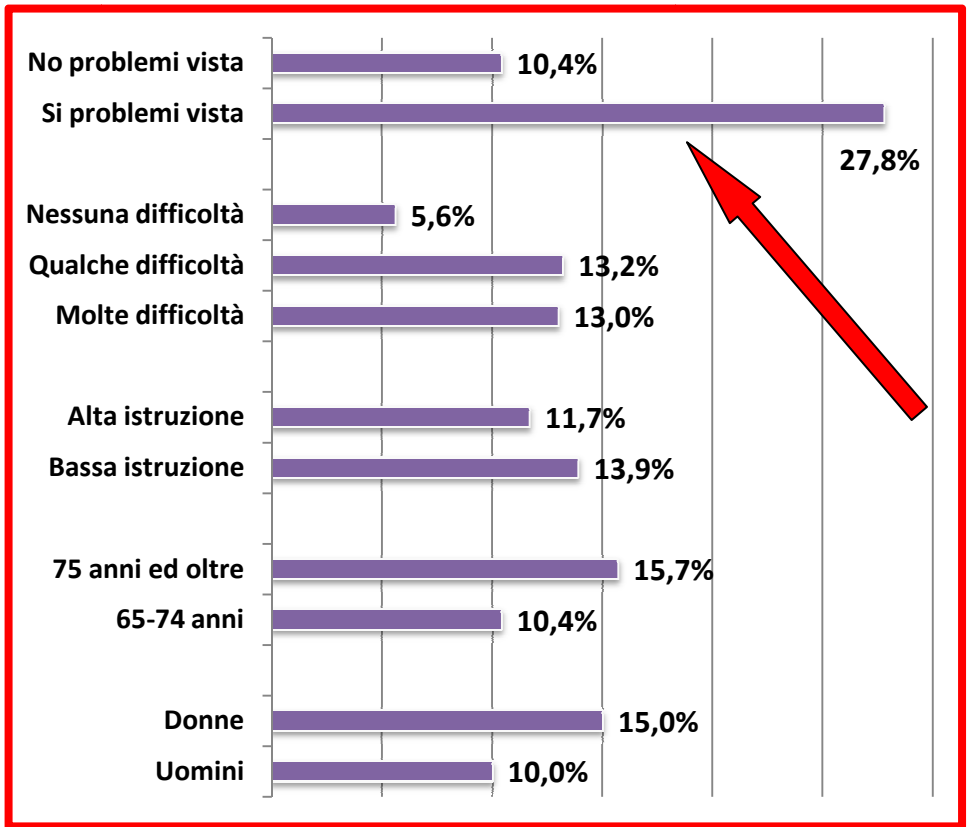
Riguardo alle cause delle cadute, i dati di letteratura riportano fattori di rischio intrinseci ed estrinseci che è importante indagare. Fra i primi vanno considerate alcune patologie predisponenti (neurologiche, cardiovascolari, metaboliche, etc) , mentre fra i secondi rientrano i rischi connessi all'ambiente domestico (pavimenti e scalini sdrucciolevoli, scarsa illuminazione, etc.). Altro aspetto importante legato alle cadute degli anziani è l'assunzione di alcune categorie di farmaci, come gli antipertensivi, gli antidepressivi, gli ipnotici/sedativi; per questi ultimi, in particolare, è documentato un rischio relativo di cadute per i consumatori ultrasettantenni 28 volte superiore rispetto ai non consumatori. Anche la paura di cadere rappresenta un fattore di rischio.

Chi è caduto negli ultimi 30 giorni?

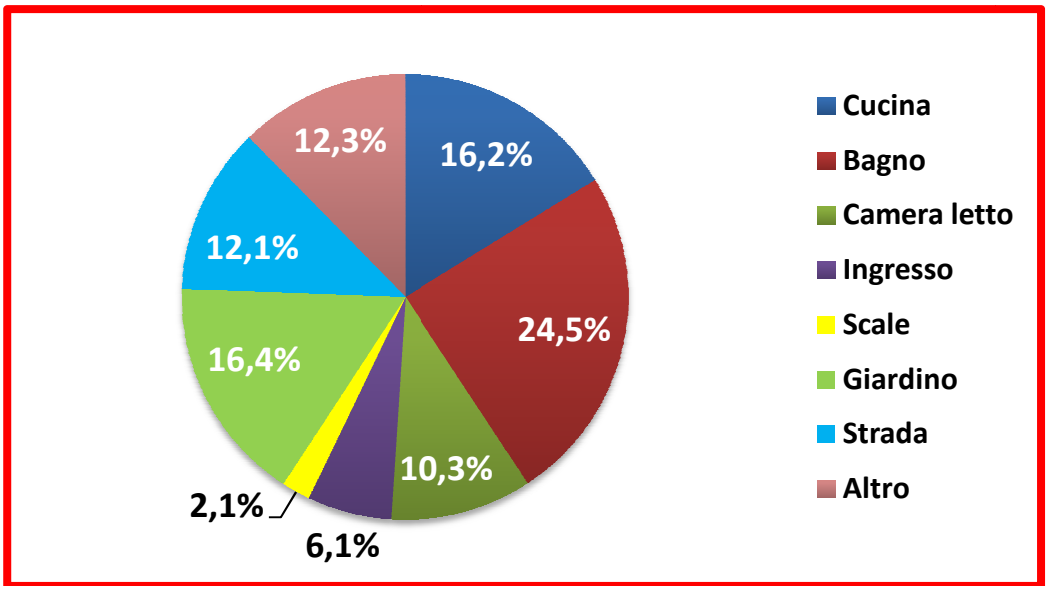
Il 12,8% degli intervistati della ASL 8 di Cagliari con più di 64 anni ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni.

Le cadute sono state riferite più frequentemente dalle persone:

- ultra 74enni;
- donne;
- con maggiori difficoltà economiche;
- con bassa istruzione;
- con problemi di vista;



Nella ASL 8 di Cagliari è stato realizzato un Osservatorio Epidemiologico sugli Incidenti Domestici che ha documentato migliaia di cadute ogni anno all'interno delle proprie abitazioni e circa 650 fratture di femore all'anno con successivo ricovero negli ospedali aziendali per la cura.



Dove si sono verificate le cadute?

Paura di cadere

Nella ASL 8 di Cagliari il 51,3% del campione degli ultra 65enni ha riferito di aver paura di cadere. La paura di cadere è risultata maggiore nelle donne (67,9% versus il 29,5% negli uomini), nei soggetti più anziani e, in modo molto evidente, nei soggetti con problemi di vista (85,2% versus il 45,7% delle persone che non hanno problemi di vista).

Caduti e ricoverati

Fra le persone che hanno riferito di essere cadute negli ultimi 30 giorni il 16,4% hanno riferito inoltre che, a causa della stessa caduta, sono state ricoverate in ospedale per più di un giorno.

Conclusioni

Nella maggior parte dei casi le cadute si verificano in ambiente domestico.

La presenza del problema sensoriale "vista" sembra raddoppiare il rischio, così come al crescere dei farmaci assunti aumenta linearmente la percentuale di persone cadute.

La paura di cadere aumenta drammaticamente il rischio di cadere.

Più di 1 persona su 6, nella ASL 8 di Cagliari,è stata ricoverata in seguito alla caduta avvenuta nei 30 giorni precedenti: nella lettura di questo dato bisogna ricordare che PDA non fornisce informazioni sulle cadute con esito più grave e che hanno richiesto tempi di ospedalizzazione più lunghi.

Utilizzo farmaci

Il corretto utilizzo dei farmaci negli anziani è un problema rilevante, tanto più se si considera che spesso vengono assunti più farmaci nella stessa giornata, con ritmi di somministrazione che richiedono particolare attenzione.

Il rischio di interazione tra farmaci cresce con il numero dei medicamenti assunti e aumenta anche il rischio di sviluppare una reazione avversa, che si attesta intorno al 35% quando sono consumati più di 5 farmaci al giorno.

Il 89,7% degli intervistati fra gli ultra 65enni del territorio della ASL 8 di Cagliari fa uso di medicine. Il numero medio di farmaci assunti è di 3,7.

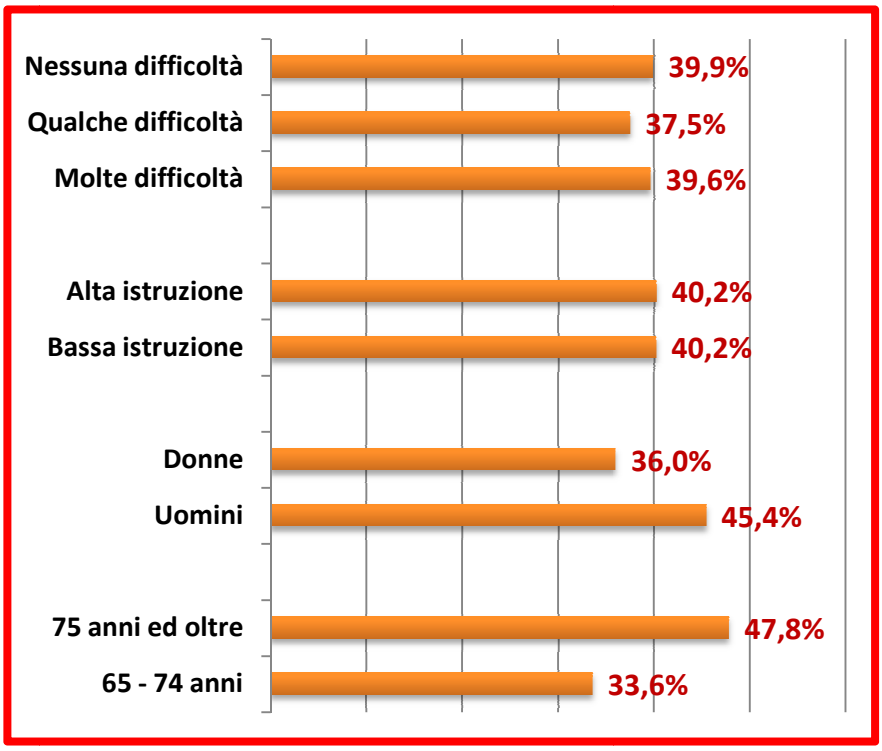
La percentuale di persone che assume farmaci è più alta:

fra gli ultra 74enni (92,5% versus il 87,5% dei soggetti di 65 - 74 anni);

nel genere femminile (92,3% versus il 86,4% nel genere maschile);

nei soggetti con difficoltà economiche (91,7% versus il 82,9% dei soggetti senza difficoltà economiche).

fra le persone con livello di istruzione più basso (91,8% versus il 87% dei soggetti con grado di istruzione alto).



Fra le persone che prendono farmaci, oltre il 51% ha dichiarato di prendere almeno quattro farmaci diversi ogni giorno ed il 15,8% ha affermato di aver bisogno di aiuto per la loro assunzione.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

Nei paesi industrializzati si stima che l'influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

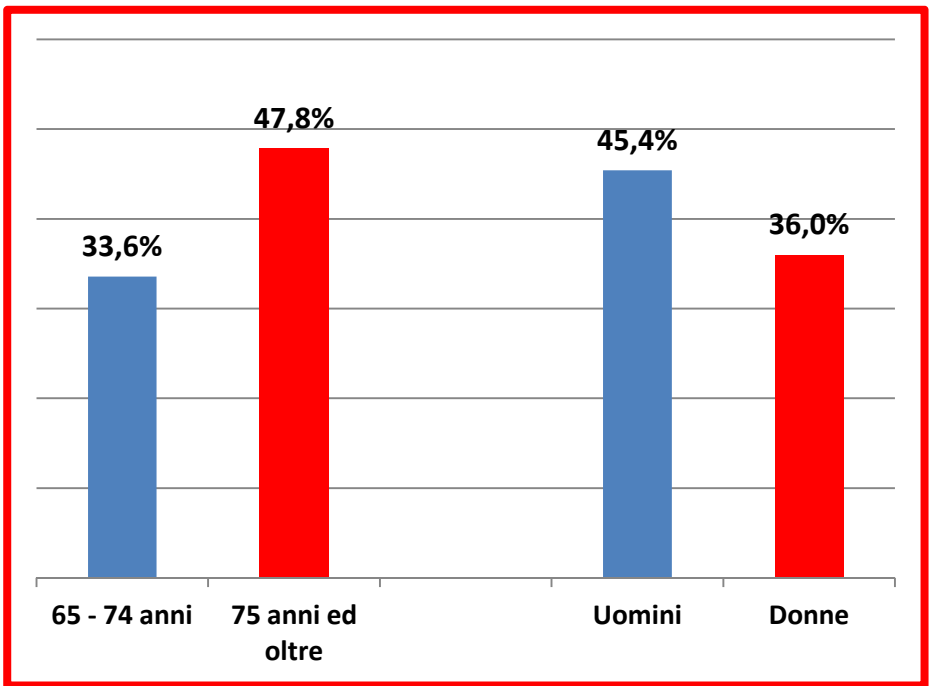
La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie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

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano Nazionale della Prevenzione.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio, tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Chi non è stato vaccinato?

Solo il 40,1% degli anziani della ASL 8 di Cagliari è stato vaccinato durante l'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (2011-2012).



Non risulta vaccinata oltre 1 persona su 2 fra gli ultra 74enni.
Le donne risultano meno vaccinate rispetto agli uomini, così come i soggetti di età 65 - 74 anni rispetto ai soggetti di 75 anni ed oltre.
Non risultano differenze di percentuali di vaccinazione nei soggetti con diverso grado di istruzione o diverse condizioni economiche.

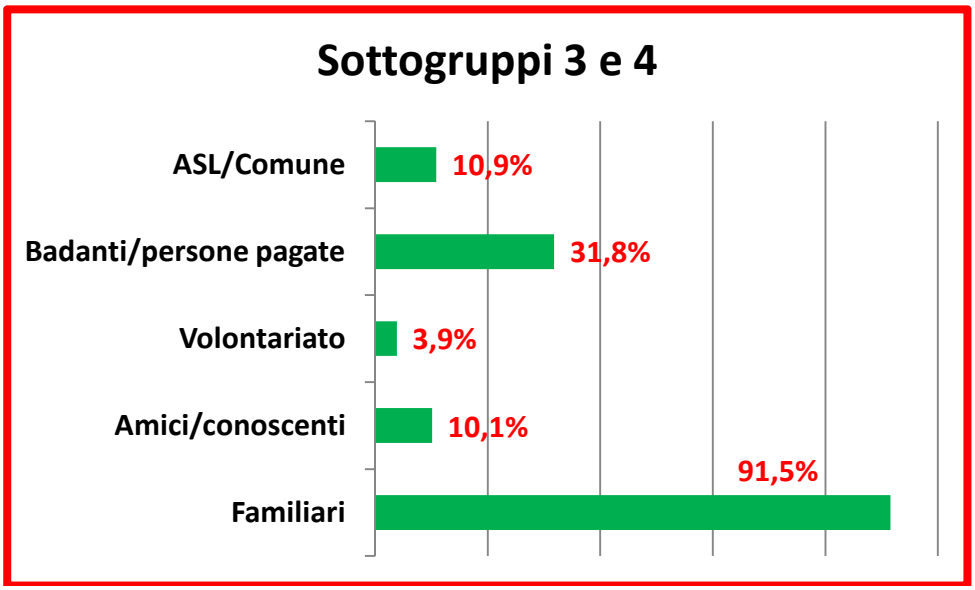
Fra gli anziani della ASL 8 di Cagliari che hanno ricevuto dal proprio medico il consiglio di eseguire la vaccinazione, il 51,8% ha effettivamente eseguito la vaccinazione antinfluenzale.

Conclusioni

La mancata adesione di oltre la metà della popolazione anziana intervistata alla vaccinazione antinfluenzale suggerisce l'opportunità promuovere la vaccinazione da parte di tutti gli operatori sanitari utilizzando le occasioni opportune e di studiare nuove strategie finalizzate a migliorare l'adesione (chiamata attiva, allargamento delle fasce orarie dedicate, vaccinazione a domicilio, etc.).

Ricevere aiuto

Agli ultra 65enni residenti nel territorio della ASL 8 Cagliari del **Sottogruppo 3** (a rischio di disabilità e con segni di fragilità) e del **Sottogruppo 4** (disabili) è stato chiesto quanti e quali aiuti ricevessero per compensare i loro bisogni socio-sanitari.
Si è pertanto riscontrato che il 98,5% di queste persone vengono comunque aiutati da qualcuno e che, nel 23,8% dei casi, questi anziani ricevono anche un contributo economico a sostegno delle loro difficoltà (assegno di "accompagnamento").



Chi aiuta gli ultra 65enni

Nella gran parte di casi l'aiuto per gli ultra 65enni del nostro territorio viene ricevuto dai loro familiari.

Nel 83,4% dei casi questo aiuto ricevuto da questi ultra 65enni (fragili e disabili) viene riferito come "sufficiente o buono", mentre il 16,6% lo definisce "insufficiente".

Partecipazione

La partecipazione degli anziani alle attività sociali rappresenta uno dei traguardi fondamentali della strategia “Active and healthy ageing” (invecchiamento attivo ed in salute).

Tuttavia nel nostro territorio aziendale è risultato che solo il 7,4% degli ultra 65enni usufruisce della possibilità di partecipare a corsi di formazione ed ha iniziative simili. Fra queste persone, gli uomini risultano in misura doppia rispetto alle donne (10,5% versus il 5,0%) e gli individui di classe di età 65 - 74 anni nettamente superiori a quelli di età superiore ai 75 anni (11,1% versus il 2,9%).
Anche il livello d'istruzione ha la sua importanza sulla partecipazione ed infatti il 14,8% dei soggetti con grado di istruzione alto prende parte ad iniziative formative e/o culturali, mentre questa percentuale scende al 1,4% negli ultra 65enni con grado di istruzione basso.

La partecipazione alla vita sociale può essere ulteriormente valutata mediante la frequenza di Centri per anziani, Circoli, Attività Parrocchiali, ecc. e perciò PASSI d'argento ha individuato come, nel nostro territorio aziendale, il 22,8% del campione degli ultra 65enni frequenta questi luoghi.
Il 20,2% del campione risulta invece che abbia partecipato nell'ultimo anno a gite o soggiorni

organizzati variamente (Comuni, Parrocchie, Associazioni, ecc.).

In alcuni casi la partecipazione degli anziani alla vita sociale può essere talmente rilevante da trasformarli in "risorsa" e nel nostro territorio il 26% degli anziani sono risultati infatti una risorsa importante per la propria famiglia (assistenza nipoti, assistenza economica, ecc.).
Il 5,7% degli anziani è risultato anche risorsa per la collettività grazie all'attività svolta mediante il volontariato.

Isolamento

L'assenza di relazioni sociali (isolamento) o la sua relativa scarsità costituisce, ad ogni età, un importante fattore di rischio per la salute e per il benessere complessivo della persona. Con il progredire dell'età l'isolamento sociale risulta in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e, più in generale, con un aumento della mortalità.
Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono associati ad un maggior rischio ed una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché di una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione e l'abuso alcolico o il rischio di caduta. Nell'indagine PASSI d'Argento è stata valutata la partecipazione a incontri collettivi e l'incontrare altre persone anche solo per fare quattro chiacchiere. Sono state considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale non svolgevano nessuna di queste attività.

Nella ASL 8 di Cagliari il 21,7% del campione è risultato a rischio di isolamento sociale.

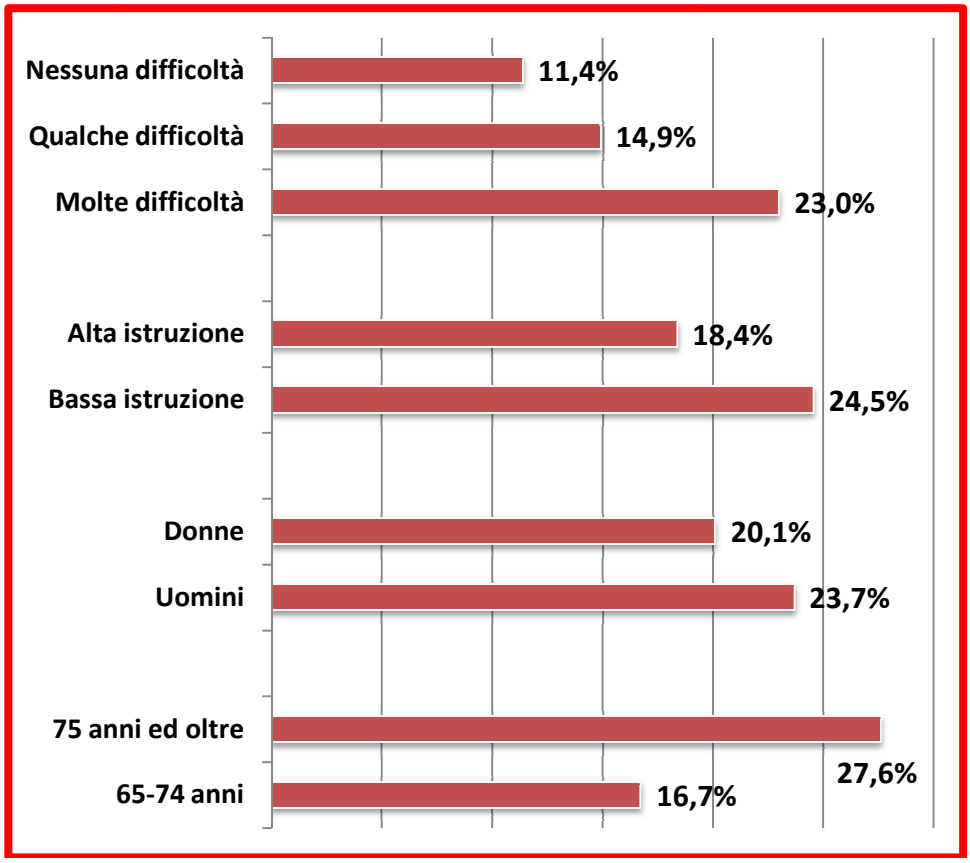
Il rischio di isolamento sociale è risultato più evidente:

- nelle persone con maggiori difficoltà economiche,

- nelle persone con basso livello di istruzione,

- nel genere maschile,

- nelle classi di età maggiori.



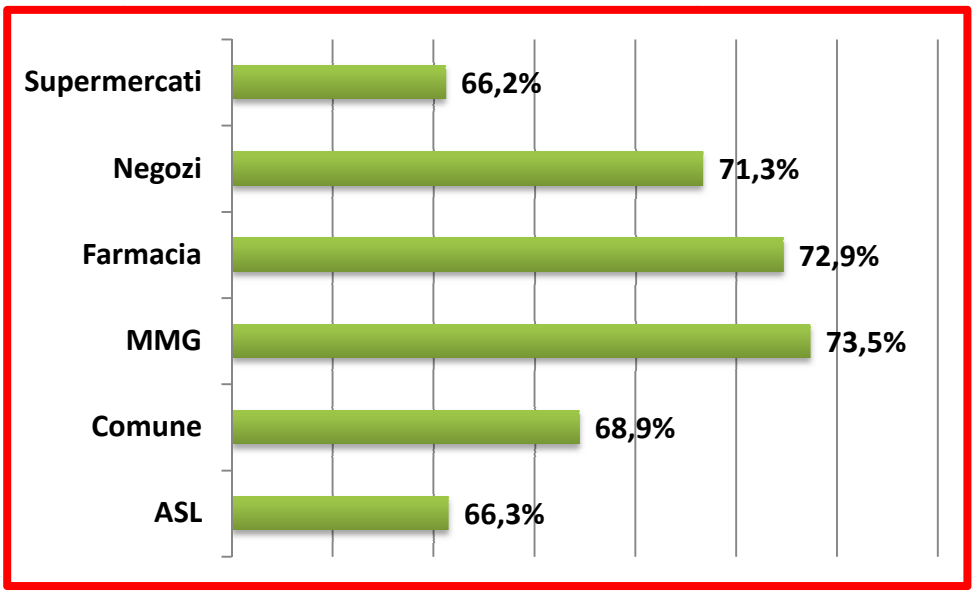
Lavoro pagato

Nel territorio aziendale è risultato che il 5,1% degli ultra 65enni partecipa alla vita sociale anche svolgendo un regolare lavoro.
Si tratta prevalentemente di soggetti di sesso maschile (8,1% versus il 2,8% delle donne), di età compresa fra i 65 ed i 74 anni (6,4% versus il 3,5% degli ultra 75enni)

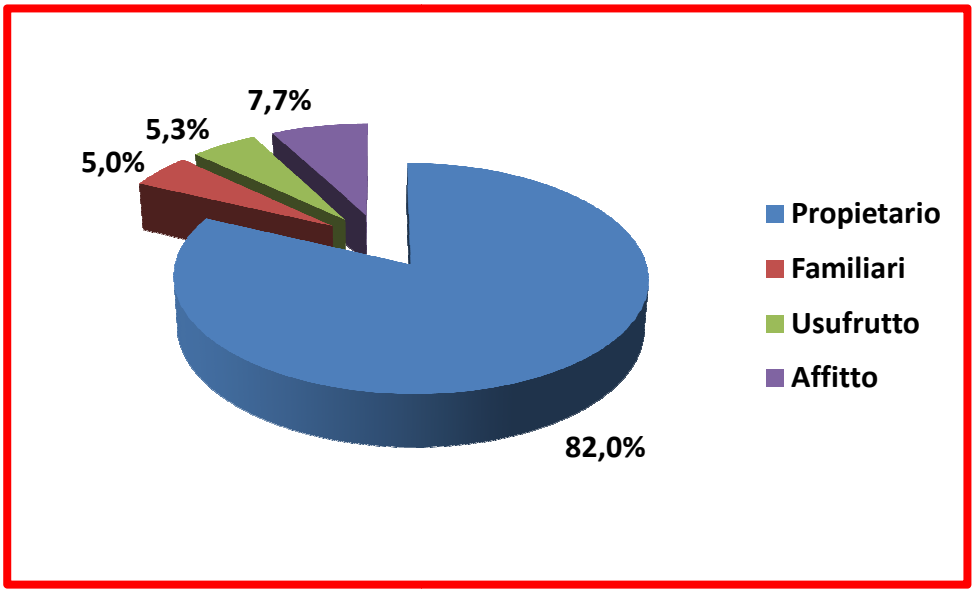
L'accesso ai Servizi

La partecipazione degli anziani alla vita sociale non può essere solo interpretata come una scelta partecipata alla vita sociale, ma anche mediante l'accesso ai vari servizi.

Complessivamente in 2/3 del campione degli ultra 65enni della ASL 8 di Cagliari il raggiungimento dei Servizi è risultato facilmente accessibili, con le inevitabili maggiori difficoltà nelle classi di età più anziane.



Proprietà della casa e sicurezza del quartiere



Nel campione di ultra 65enni del territorio della ASL 8 di Cagliari il 82% è risultato proprietario della casa di abitazione, il 5% è risultato abitare in abitazioni di familiari (o amici), il 5,3% in case in comodato d'uso o usufrutto ed il 7,7% in affitto.

Il 10,6% del campione del PASSI d'Argento in ASL 8 di Cagliari riferisce di sentirsi "poco o per niente sicuro" nel quartiere (area in genere) dove vive; si tratta prevalentemente di donne (14,5% versus il 5,6% dei maschi).

Bibliografia

1. World Health Organization. Active ageing. A policy framework. 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (15 marzo 2011)
2. ISTAT Previsioni demografiche nazionali 2005-2050: http://demo.istat.it/altridati/previsioni_naz/note.pdf
3. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Geronotologist 1970; 10:20-30.
4. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005;365:1961-70.
5. Steffens DC et al .Perspectives on depression, mild cognitive impairment, and cognitive decline. Arch Gen Psychiatry. 2006 Feb; 63(2):130-8.
6. Butters MA et al. Review Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. Dialogues Clin Neurosci. 2008; 10(3):345-57.
7. Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, Santamato A, Vendemiale G, Seripa D, Pilotto A, Capurso A, Solfrizzi V. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? Am J Geriatr Psychiatry. 2010 Feb;18(2):98-116.
8. Richard E, Reitz C, Honig LH, Schupf N, Tang MX, Manly JJ, Mayeux R, Devanand D, Luchsinger JA. Late-Life Depression, Mild Cognitive Impairment, and Dementia Arch Neurol. 2012 Dec 31:1-7. doi: 10.1001/jamaneurol.2013.603.
9. WHO, European Strategy on Noncommunicable Diseases, 21.11.2005.
10. Progetto Guadagnare Salute. (Consultato settembre 2010) http://www.ccm-network.it/GS_intro
11. Le linee guida per una sana alimentazione italiana: http://www.infn.it/cpo/attivita/salute/sana_alim.pdf
12. Ministero della Salute. Direzione generale della Prevenzione Sanitaria. Alcol e anziani. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/alcol/paginaInternaAlcol.jsp?id=2352&lingua=italiano&menu=anziani; ultima consultazione 10-10-2011.
13. Khan N, Davis P, Wilkinson TJ, Sellman JD, Graham P. Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? N Z Med J 2002; 115: 72–5.
14. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) per l'elaborazione delle "Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana" (revisione 2003)
15. World Health Organization, The Sixty-third World Health Assembly. Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy. Ginevra, 2010.
16. http://www.who.int/mediacentre/events/2010/wha63/en/
17. http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Strategia.pdf
18. WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html; data ultima consultazione 9/11/2011.
19. Health Effects of Cigarette Smoking. Center for Disease Control and Prevention. Disponibile all'indirizzo: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking; data ultima consultazione 31/10/2011.

20. Programma Guadagnare salute – stili di vita – Fumo ; Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo : http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=467&menu=fumo; data ultima consultazione 9/11/2011.
21. Walls AW, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. Mech Ageing Dev. 2004 Dec;125(12):853-7. Links
22. Vespasiani G., Nicolucci A., Giorda C., Epidemiologia del diabete, www.progettodiabete.org/expert/e1_237.html (11 luglio 2005).
23. Lawton M.P, Brody E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1969; 9: 179-186
24. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. J Gerontol. 1994;49:M123-32
25. ISTAT (2000), Cause di morte: anno 1997. Roma (Annuari n. 13).
26. Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. (2000) Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med* 34(1):7-17.
27. Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ. (2000) Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *J Am Geriatr Soc* 438:883-93.
28. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med.1989;320:1055-9.
29. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:1214-21.
30. 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.
31. Giustini, S., & Thiry, S. Medicina Generale, multimorbilità e politerapia nei pazienti anziani. http://www.simg.it/documenti/rivista/2012/06_2012/3.pdf
32. http://www.salute.gov.it/alcol/paginaInternaAlcol.jsp?id=2352&lingua=italiano&menu=anziani
33. Howard R, Avery A, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. Br J Clin Pharmacol 2007;63:136-47.
34. Guthrie B, McCowan C, Davey P, et al. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. BMJ 2011;342:d3514.
35. http://www.salute.gov.it/emergenzaCaldo/paginaInternaEmergenzaCaldo.jsp?menu=cstegorie&id=2499&lingua=italiano
36. 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.