



Problemi epidemiologici e politiche per un invecchiamento attivo in un'ottica di genere

Dati dai sistemi di sorveglianza nazionali Passi e Passi d'Argento

Roberta Baldi, Carla Tazzer, Carla Venturini, Valentina Ritondale

ASL 5 Spezzino Dipartimento di Prevenzione - SSD Epidemiologia

Bernadine Healy, M.D.

Director, National Institutes of Health



Dr. Bernadine Healy became the 13th NIH director by President George H.W. Bush. Shortly after her appointment, she launched the NIH Women's Health Initiative, a \$500 million effort to study prevention, and cures of diseases that affect women. She also received the Shannon Award, grants designed to foster creative approaches in biomedical research and keep talent in the competitive system.

Prior to her appointment, she was chairman of the Cleveland Clinic Foundation, where she directed thirteen departments including efforts in cardiovascular medicine, immunology, cancer, artificial organs, and molecular biology. In November 1985, she also served as chairman of the department of cardiology.

In February 1984, Dr. Healy became deputy director for Health and Technology Policy at the White House. Her appointment was confirmed by the Senate in July 1984. She was heavily involved in life science and regulatory issues at the White House. She was also executive secretary of the White House Science Council of Advisors, and served as member of several advisory committees of the NHLBI, NCI, as well as the White House Health Policy and Economics. From June 1976 until

La pioniere: genere: cuore da

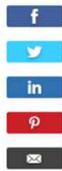
NICLA PANCIERA
PUBBLICATO IL 12 Aprile 2019
ULTIMA MODIFICA 14 Giugno 2019
ora: 18:08

Le femmine non sono la storia. In ospedale



di ELISA MANACORDA

ABBONATI A Rep.



Marianne J. Legato

Malattie cardiovascolari e infarto prime cause di morte per le donne: avvisaglie diverse da quelle maschili

Per tutto il 2019 la campagna «Vivi con il cuore». Spesso i sintomi non sono interpretati correttamente: questo porta a errori diagnostici e trattamenti inappropriati



giallo), si accomoda sulla poltroncina e comincia a raccontare la sua battaglia per dare dignità alle differenze tra uomini e donne in cardiologia. E

Obiettivo specifico A.2:

Promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un'ottica di genere

AZIONI PREVISTE	ATTORI	INDICATORI
A.2.1) <u>Utilizzare in un'ottica di genere, i sistemi di sorveglianza</u> definendo indicatori genere-specifici sulla prevalenza di fattori di rischio nella popolazione generale, al fine di seguire i fenomeni nel tempo, raffrontare le diverse realtà (a livello locale, regionale, nazionale e internazionale) e valutare l'efficacia degli interventi	Ministero Salute, ISS, AGENAS, Regioni, Società scientifiche	Report online Pubblicazioni scientifiche

Versione 6 maggio 2019

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018) prevede vari obiettivi specifici tra i quali l'A.2 riguarda proprio l'utilizzo dei sistemi di sorveglianza

<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=2860>

Quali sono i dati dei sistemi di sorveglianza epidemiologica?

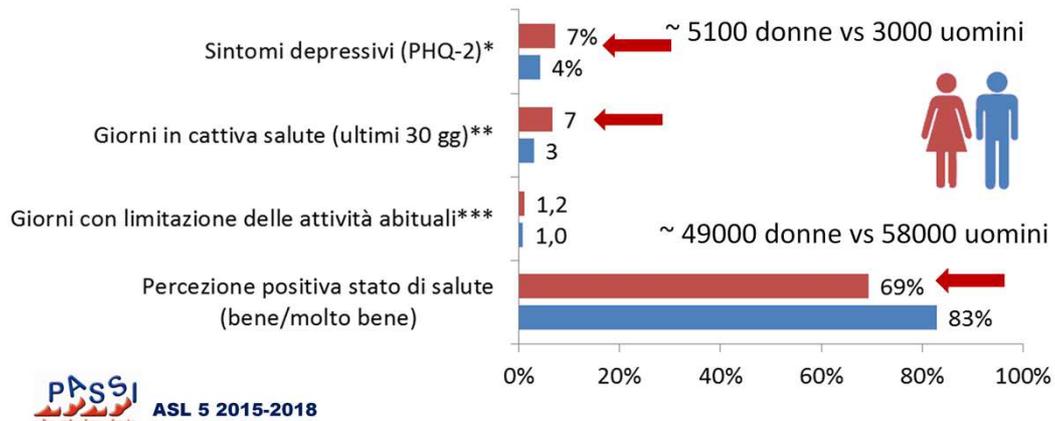
Dati provenienti dal sistema di
sorveglianza epidemiologica



Popolazione adulta 18-69 anni



Stato di salute e qualità di vita



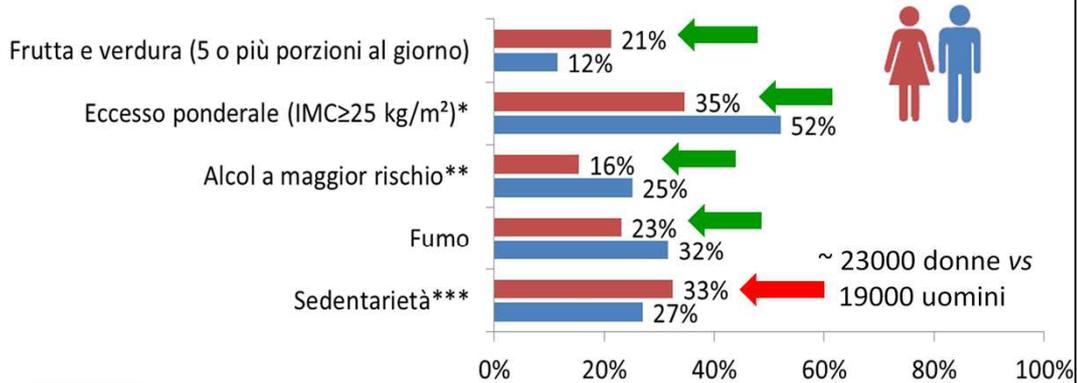
* Persone con punteggio ≥ 3 del Patient Health Questionnaire (PHQ-2), cioè coloro che nelle due settimane prima dell'intervista hanno sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo

** Numero medio di giorni in cattiva salute (somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 gg)

*** Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane a causa di problemi di salute fisica o psicologica

Le donne riferiscono sintomi depressivi in misura maggiore rispetto agli uomini, mediamente più giorni in cattive condizioni di salute sia fisica che psicologica e riferiscono meno frequentemente degli uomini una percezione positiva del proprio stato di salute. Inoltre la % di donne con almeno una patologia cronica è sensibilmente superiore a quella degli uomini

Fattori di prevenzione primaria



ASL 5 2015-2018

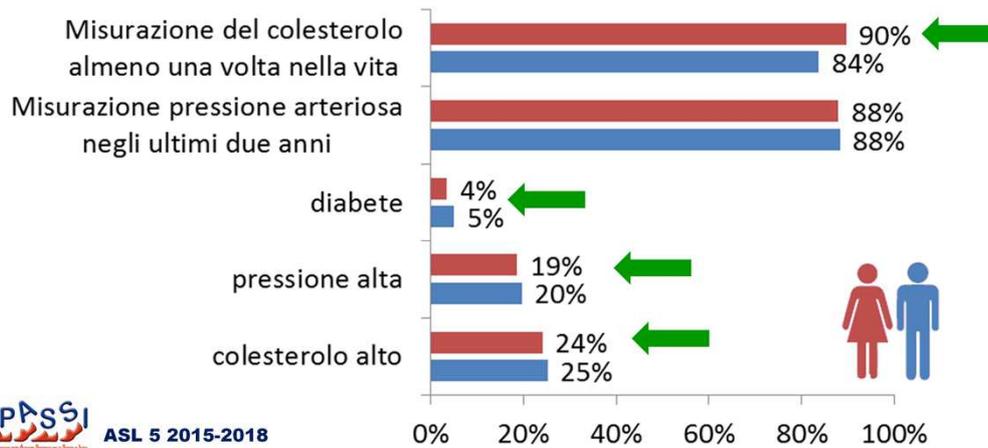
* Persone con un Indice di massa corporea ≥ 25 kg/m² (sovrappeso e obese)

** Persone che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) e/o almeno un episodio di binge drinking (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) e/o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto

*** Persona che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa

Ad eccezione della sedentarietà, le donne riportano in generale comportamenti più "salutari" con una minore abitudine al fumo e al consumo di alcol "a maggior rischio", un minor eccesso ponderale e un più frequente il consumo di frutta e verdura

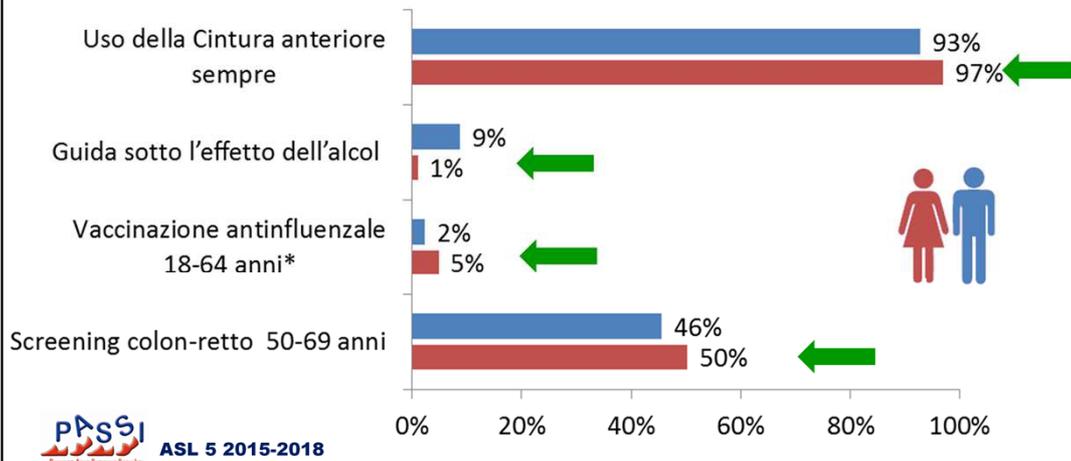
Fattori di rischio cardiovascolare e loro prevenzione



La % di donne con fattori di rischio cardiovascolari come il diabete, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia è di poco inferiore a quella degli uomini, mentre l'attenzione alla misurazione del colesterolo è più alta

La % di donne con fattori di rischio cardiovascolari come il diabete, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia è di poco più contenuta rispetto a quella degli uomini, e l'attenzione alla misurazione del colesterolo è più alta di quella maschile.

Misure di sicurezza e prevenzione

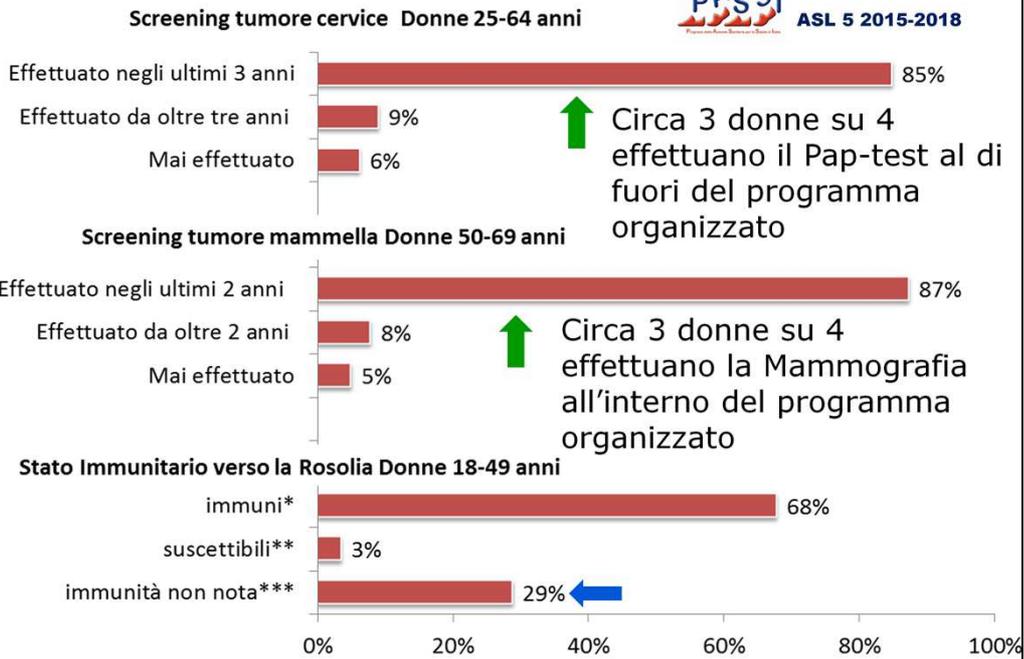


Le donne sono più attente alla sicurezza stradale

L'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e allo screening del tumore del colon-retto è maggiore tra le donne

Le donne sono più attente alla sicurezza stradale e raramente guidano sotto l'effetto dell'alcol. L'adesione alla vaccinazione antinfluenzale e allo screening del tumore del colon-retto è maggiore tra le donne.

Screening femminili Vaccinazione rosolia



La copertura dei due screening femminili è molto elevata, anche se non tutte le donne eseguono il test all'interno del programma organizzato.

I dati di copertura sono in aumento nel tempo.

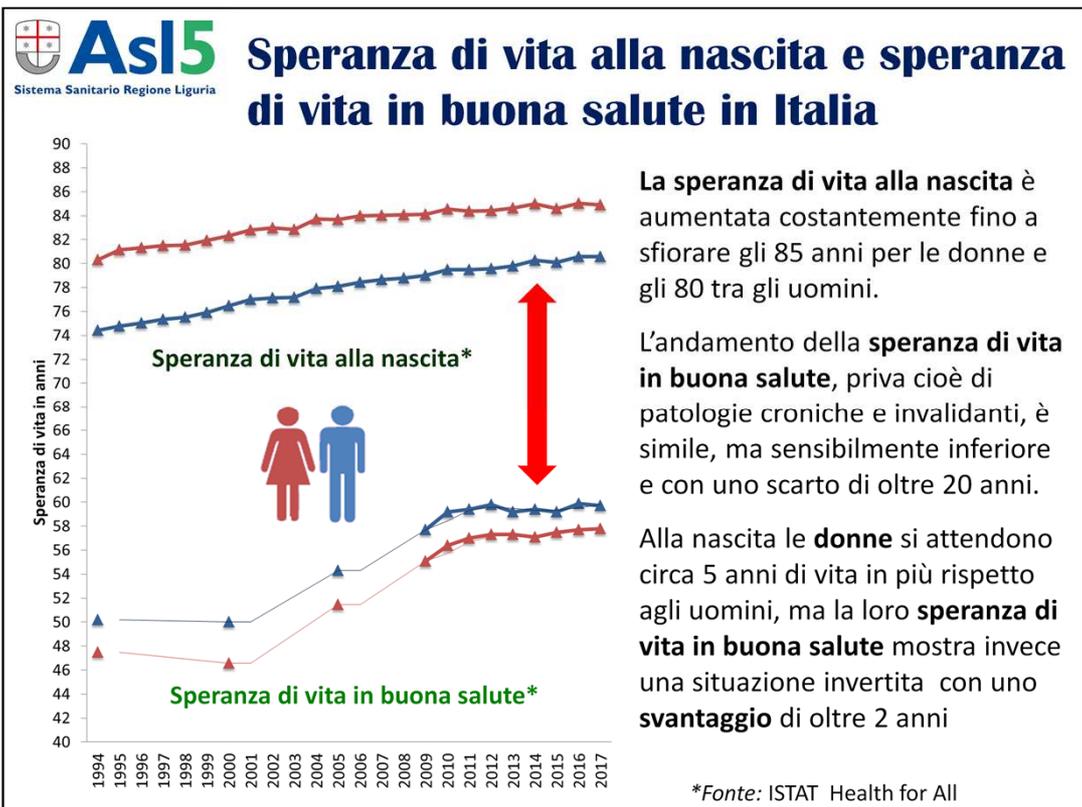
La quota di donne sicuramente rubeo protette è elevata, ma c'è una % importante di donne che non conosce il proprio stato immunitario

Dati provenienti dal sistema di
sorveglianza epidemiologica

 **PASSI**
d'Argento **2016-2018**

Popolazione ultra 64enne

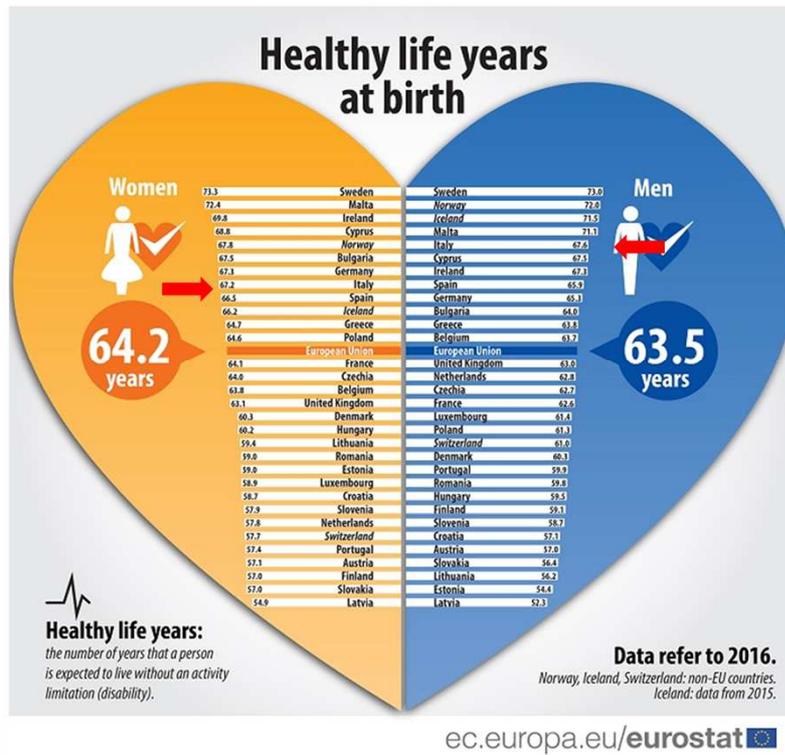




Nel nostro Paese negli ultimi 20 anni **la speranza di vita alla nascita** è aumentata costantemente in entrambi i sessi fino a sfiorare gli 85 anni tra le donne e gli 80 tra gli uomini.

Nonostante questo dato positivo, l'andamento della **speranza di vita in buona salute**, priva cioè di patologie croniche e invalidanti, è sensibilmente inferiore con una differenza di oltre 20 anni. Inoltre, sebbene alla nascita le donne si attendano circa 5 anni di vita in più rispetto agli uomini, la loro speranza di vita in buona salute mostra invece una situazione invertita con uno svantaggio di circa 2 anni.

Speranza di vita di vita in buona salute in Europa



La «perdita del vantaggio» delle donne italiane in termini di sopravvivenza si riscontra anche negli altri paesi europei.

Nonostante per aspettativa di vita alla nascita l'Italia sia nel 2016 la seconda dopo la Francia per le donne (85,6 anni contro 85,7) e la prima per gli uomini, **l'Italia è quinta in Europa per aspettativa di vita in buona salute degli uomini** - che vivono l'83,4% della propria vita in buona salute - dopo Svezia, Norvegia, Islanda e Malta, ma terza nell'Ue 28 (Norvegia e Islanda non ne fanno parte, **mentre è ottava per le donne** - vivono il 78,5% dei loro anni in buona salute - dopo Svezia, Malta, Irlanda, Cipro, Norvegia, Bulgaria e Germania (settima nell'Ue 28). Sempre comunque sopra la media Ue.

Ma le donne recuperano terreno e per quanto riguarda il miglioramento nell'aspettativa di vita nel 2016 rispetto al 2007, sono al quarto posto dopo Germania, Svezia e Cipro con 44,6 anni in più, mentre sono al settimo posto con 4,2 anni in più rispetto al 2007 dopo Germania, Svezia, Estonia e, a pari merito Irlanda, Cipro e Ungheria.

N.B.

Per motivi di comparabilità internazionale viene qui commentato l'ultimo dato disponibile sul database di Eurostat (anno 2016). Si precisa che il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istat per l'adozione di un diverso modello di stime della sopravvivenza nelle età senili (85 anni e più).

3 Per motivi di comparabilità internazionale viene qui commentato l'ultimo dato disponibile sul database di Eurostat (anno 2016). Si precisa che, sebbene l'impatto non sia rilevante, il metodo di calcolo utilizzato da Eurostat differisce da quello utilizzato dall'Istat sia per la diversa metodologia di calcolo della speranza di vita (vedi nota 2) sia per la diversa fonte utilizzata per la componente dell'indicatore sulle limitazioni nelle attività (Eu-Silc).

Qualche domanda

- Quali sono le conseguenze dell'aumento della speranza di vita?
- Quali sono le ragioni delle differenze di genere per la speranza di vita in buona salute?

- 1) L'AUMENTO DELLA SPERANZA DI VITA. Invecchiamento della popolazione, «femminilizzazione» della popolazione anziana
- 2) SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE PIU' ALTA TRA GLI UOMINI. Maggiore fragilità (in senso geriatrico) del genere femminile

La fragilità un processo complesso e difficile da studiare

**Fragilità ≠ Disabilità
Fenomeno reversibile se
adeguatamente contrastato**

Modello bio-psico-sociale (Gobbens e Coll 2010):

«Stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute».

Nel modello biopsicosociale vi sono alcuni fattori di rischio chiave , come la sedentarietà, la perdita di peso involontaria, la paura di cadere, l'assunzione di almeno 4 tipi di farmaci, ecc.

In che modo Passi d'Argento «classifica» gli anziani

▪ **In buona salute o a basso rischio di malattie croniche**



▪ **Persone con segni di fragilità:** autonome in tutte le ADL, ma non autonome in 2 o più IADL



▪ **Persone con disabilità:** non autonome in 1 o più ADL



- **ADL (*Activities of Daily Living*); attività di base della vita quotidiana:** muoversi da una stanza all'altra, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni.
- **IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*); attività strumentali della vita quotidiana:** usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa, cucinare, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa con mezzi pubblici o con la propria auto, pagare le bollette.

La popolazione 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 è stata valutata l'autonomia che le persone hanno nelle:

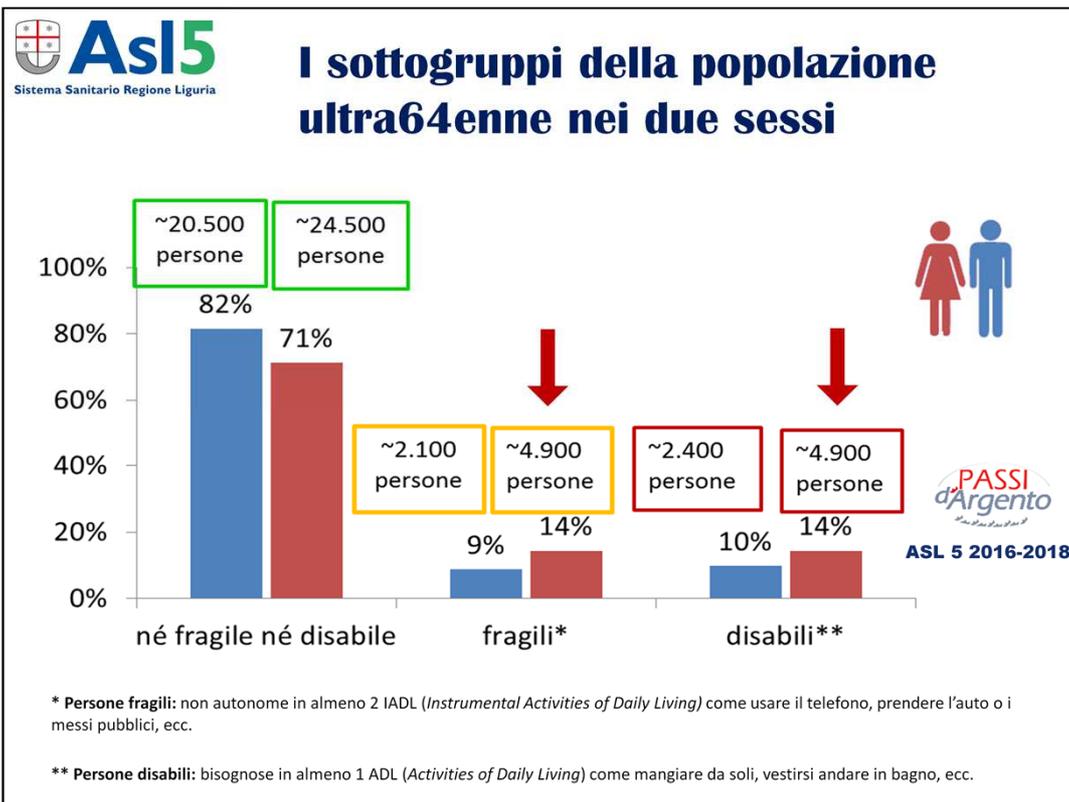
attività di base della vita quotidiana o *Activities of Daily Living (ADL)* muoversi da una stanza all'altra, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti (per feci e urine), usare i servizi per fare i propri bisogni;

attività strumentali della vita quotidiana o *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* : 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.

Sono state considerate indipendenti anche le persone che hanno risposto "solamente se aiutato" nello svolgimento delle ADL vestirsi, farsi il bagno o la doccia, essere continenti e nello svolgimento delle IADL cucinare, fare il bucato, pagare conti o bollette, usare il telefono.

Combinando i risultati di questi due indici, sono state definite:

- "in buona salute" le persone con 65 anni e più che sono in grado di svolgere da sole tutte le ADL e le IADL, al massimo non essendo autonomi in una IADL;
- "fragili" le persone con 65 anni e più che sono in grado di svolgere da sole tutte le ADL ma non sono autonome in 2 o più IADL;
- "con **disabilità**" le persone con 65 anni e più che non sono autonome e hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL.



Fragilità

A livello internazionale, il concetto di fragilità fa capo a due paradigmi: quello biomedico per cui Fried e Coll nel 2004 [3] hanno definito la fragilità come «una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressor risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse»; mentre secondo il paradigma bio-psico-sociale, Gobbens e Coll nel 2010 [4] riconducono la condizione di fragilità a «uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute».

In Passi d'Argento, in linea con il paradigma bio-psico-sociale, si definisce anziano fragile la persona autonoma in tutte le attività fondamentali della vita quotidiana (Adl) ma non autonoma nello svolgimento di due o più IADL. Questo valore soglia è stato individuato attraverso un'analisi di sensibilità/specificità prendendo a riferimento un indice complesso costruito sulla base di dati disponibili relativi a fattori di rischio che in letteratura sono riconosciuti essere associati alla fragilità (come ad esempio perdita di peso, paura di cadere, attività fisica limitata).

Identificare in termini epidemiologici una parte della popolazione in condizioni di fragilità, consente di programmare interventi di sanità pubblica, sia a livello centrale che locale, che rendano reversibile la condizione di fragilità o ne rallentino la progressione verso la disabilità.

Riferimenti

Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental

activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*; 31:721-727; 1983

Lawton MP et al. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*; 9:179-86; 1969

Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*; 11(5): 338-43; Jun 2010

Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*; 59(3): 255- 263; 2004

Risorse utili

[“Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care”](#). *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 59, Issue 3, March 2004, Pages M255–M263

[“Comprehensive Geriatric Assessment \(CGA\). Cochrane Database Syst Rev 2017”](#); *Cochrane Database Syst Rev*. 2017. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

[“WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing Topic focus: frailty and intrinsic capacity Report of consortium meeting 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland”](#) (pdf 924 kb)
[World report on disability](#) (2011)

Come contrastare la fragilità?



Immagine di Giorgio Salvatori

L'invecchiamento attivo

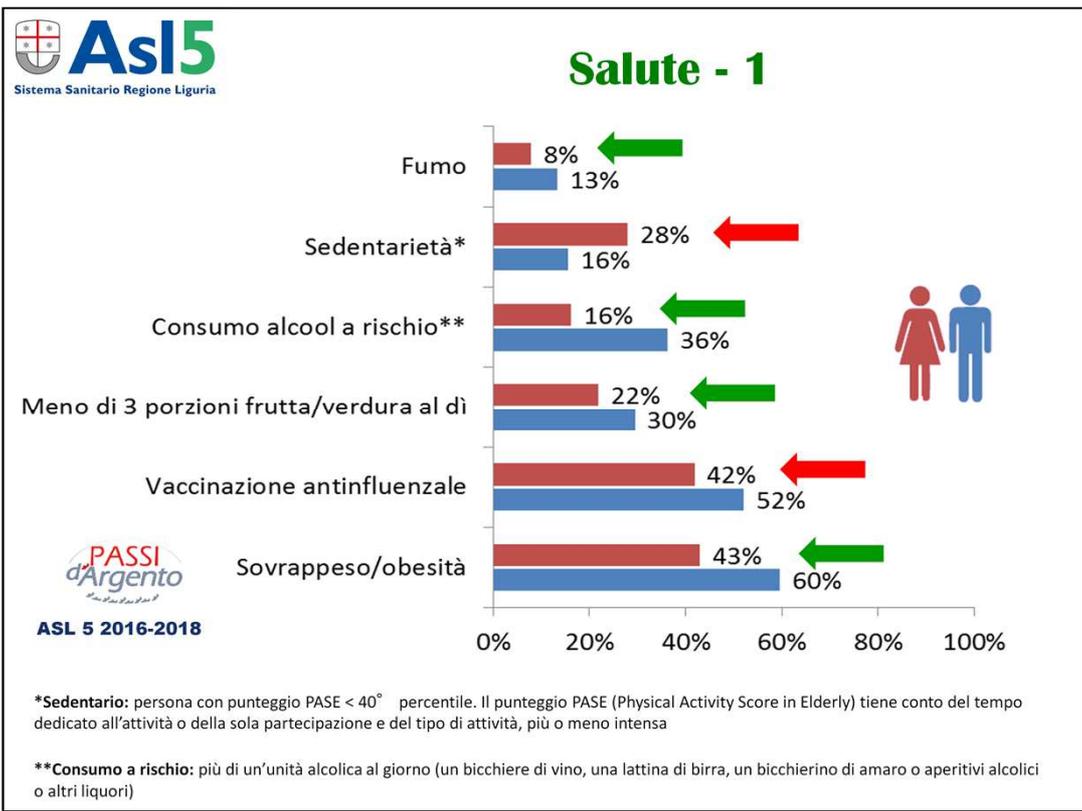
Cos'è. E' quel processo che permette alle persone con 65 anni e oltre di rimanere indipendenti e in buona salute.



Su cosa si basa. Secondo l'OMS poggia sui tre pilastri della **Salute, Partecipazione e Sicurezza**

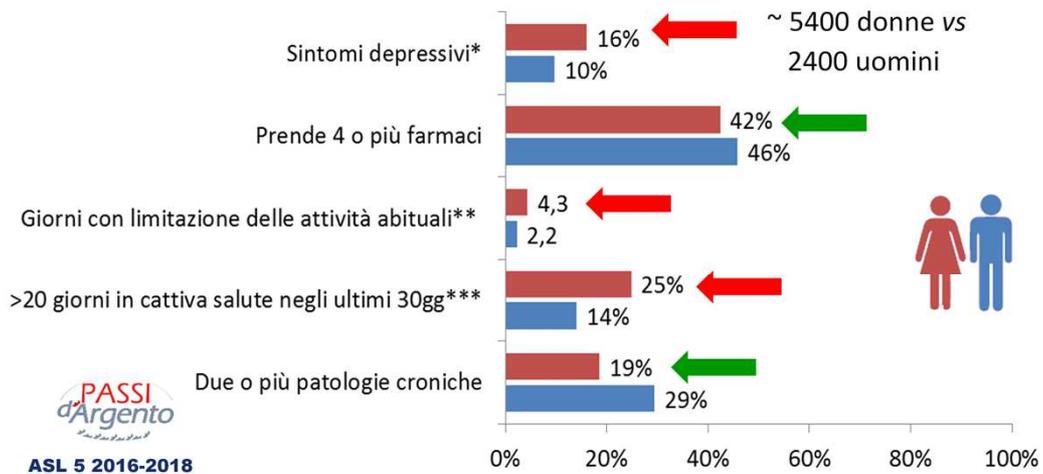
Come valutarlo. Nel 2012, l'Oms Europa ha individuato l' Active Ageing Index (Aai), un indice composito che può essere costruito anche grazie al sistema nazionale di sorveglianza **Passi d'Argento** che considera molti aspetti della vita di questa fascia di popolazione, compresi gli interventi di promozione e partecipazione sociale

In un Paese e ancor più in una regione come la nostra con una grande presenza di persone ultrasessantatrenni, disporre di un sistema di sorveglianza che indagli lo stato di salute e la qualità della vita delle persone con 65 anni e oltre, è di vitale importanza



Le donne mostrano comportamenti a rischio mediamente più contenuti rispetto agli uomini, soprattutto per quanto riguarda fumo, alcol e alimentazione. E' comunque molto alta la % di donne in eccesso di peso (14700 persone over 64enni). Riguardo l'attività fisica, nella nostra ASL le donne sono risultate mediamente molto più sedentarie degli uomini (9500 donne contro 3900 uomini circa). Infine la tendenza a vaccinarsi per l'influenza è maggior tra gli uomini.

Salute - 2

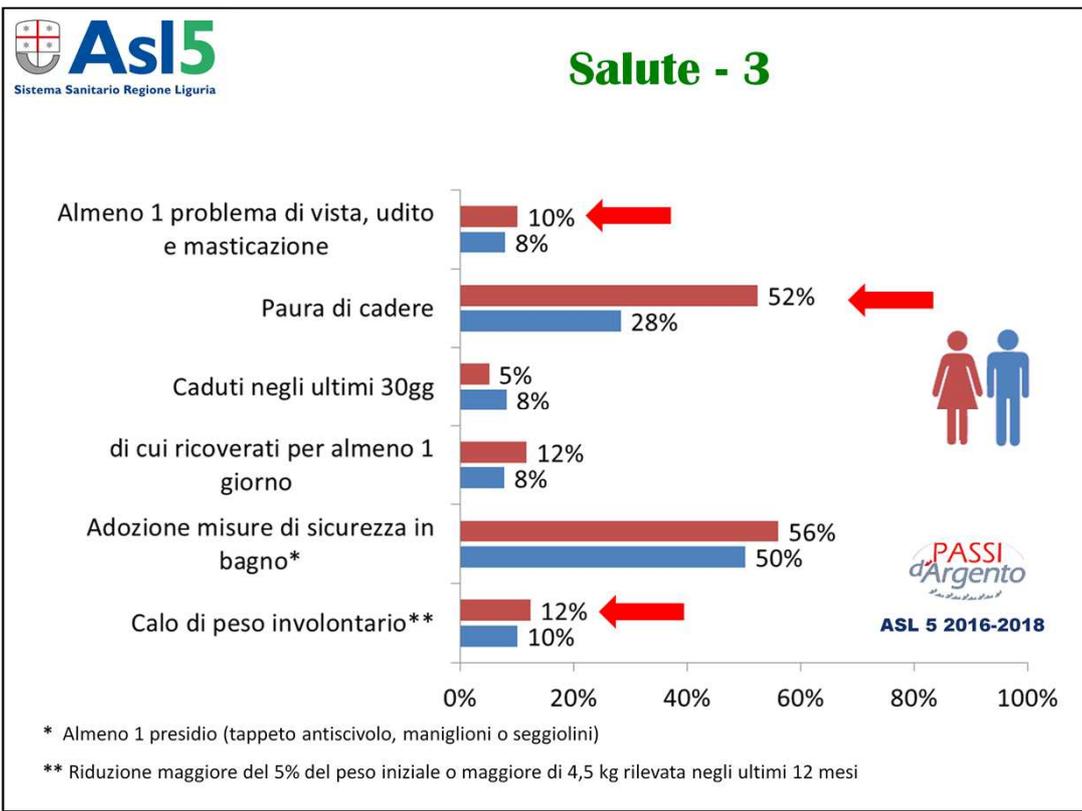


* Persone con punteggio ≥ 3 del Patient Health Questionnaire (PHQ-2), cioè coloro che nelle due settimane prima dell'intervista hanno sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo

** Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane a causa di problemi di salute fisica o psicologica

*** cattiva salute fisica o psicologica

Le donne riferiscono sintomi depressivi in misura maggiore rispetto agli uomini (5400 donne vs 2400 uomini), mediamente più giorni in cattive condizioni di salute sia fisica che psicologica. La % di donne con almeno una patologia cronica o con 2 e più patologie è invece inferiore a quella degli uomini

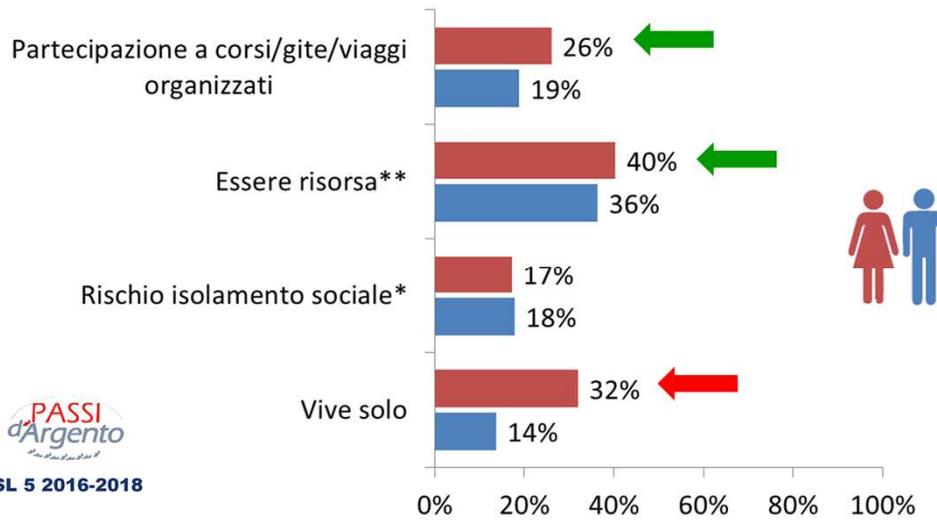


Le cadute degli anziani sono state definite uno dei “quattro giganti della geriatria” (insieme a depressione, incontinenza urinaria e disturbi cognitivi) perché rappresentano un **problema rilevante** sia per la loro frequenza, che per le loro conseguenze sanitarie e sociali.

Le cadute, oltre a limitare la vita quotidiana delle persone che le subiscono, in genere portano anche la **paura di cadere di nuovo**, più frequentemente tra le donne e tra chi vive solo.

Molti dei problemi mostrati in quest'adiapositiva sono alla base della condizione di fragilità

Partecipazione




 PASSI
 d'Argento

ASL 5 2016-2018

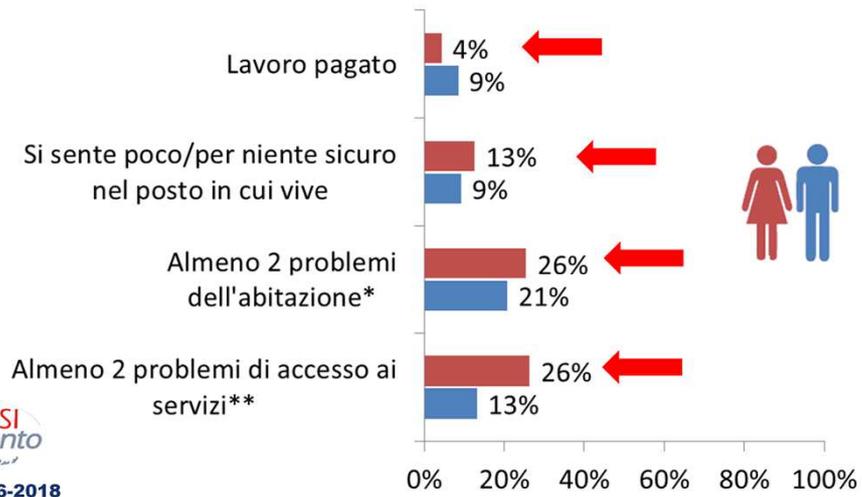
* In una settimana "tipo" non vede/sente abitualmente altre persone almeno per chiacchierare e non frequenta centri di aggregazione

** Risorsa per familiari conviventi e non conviventi e per la collettività

Le donne sono mediamente più attive da un punto di vista sociale e rappresentano una risorsa per familiari e collettività.

L'alta % di donne sole è la conseguenza della più alta speranza di vita femminile.

Tutele e sicurezza





ASL 5 2016-2018

* Costi, problemi di manutenzione, erogazione di acqua, riscaldamento, dimensioni troppo piccole, troppo lontana da familiari e/o servizi

** Servizi sanitari, servizi sociali, farmacia, negozi alimentari /supermercato

Le donne mostrano uno svantaggio per tutti gli indici afferenti all'area delle tutele e della sicurezza

Considerazioni 1

- **Le differenze di genere nella salute sono reali anche nel nostro territorio** e occorre tenerne conto quando si programmano servizi di prevenzione, assistenza e cura
- I dati di ASL 5 mostrano che **le donne mediamente adottano stili di vita più salutari degli uomini** e sono più attente alla prevenzione delle malattie e/o infortuni in tutte le fasce d'età, ma dopo i 65 anni tra le donne aumenta la quota di persone con eccesso di peso.
- La **sedentarietà** è un fattore di rischio molto frequente tra le donne e aumenta con l'età.

Mentre la maggior parte dei comportamenti salutari è mantenuta in entrambe le fasce d'età, la propensione alla vaccinazione antinfluenzale sembra diminuire con l'età.

Inoltre per l'eccesso di peso, pur mantenendosi il vantaggio rispetto agli uomini, aumenta molto con l'età (aumento in parte spiegato dalla menopausa e dal permanere della sedentarietà)

Considerazioni 2

- Le donne riferiscono mediamente più **giorni di cattiva salute**, specie dopo i 65 anni.
- Nella popolazione ultra64enne, **la % di persone fragili è più alta tra le donne**
- E' fondamentale trovare strumenti «pratici» per intercettare le persone fragili a cui rivolgere **interventi mirati in base al genere**

Il ruolo cruciale dell'attività fisica per il benessere, opportunità in ASL 5



Perché l'attività fisica è così importante

Evita:

- Mortalità per tutte le cause
- Malattie cardiovascolari
- Ipertensione
- Ictus
- Sindrome metabolica
- Diabete di tipo II
- Cancro al seno
- Cancro al colon
- Depressione
- Cadute

Migliora:

- La densità ossea
- Le funzioni cognitive
- La salute di cuore, polmoni e muscoli
- Il tono dell'umore e il livello di energia
- Il peso, soprattutto se associata alla riduzione di calorie



Attività fisica per gli anziani: cosa raccomanda l'OMS

Almeno **30 minuti** di attività fisica **moderata per 5 giorni** la settimana (**150 min**) da raggiungere con gradualità + **esercizi per l'equilibrio e forza 2 volte a settimana**

Se, a causa di uno stato di salute non ottimale, il livello raccomandato non è raggiunto, si raccomanda di adottare **uno stile di vita attivo adeguato alle capacità e condizioni**



N.B. Quando gli adulti di questa fascia di età non possono seguire totalmente il livello previsto raccomandato di attività fisica, a causa delle loro condizioni di salute, essi dovrebbero adottare **uno stile di vita attivo adeguato alle loro capacità e condizioni**.

attività fisica **moderata** (piccolo aumento della respirazione, della sudorazione e del battito cardiaco)

Attività fisica consigliata: attività fisica aerobica a minor impatto sul sistema osteo-articolare es. **cammino a passo sostenuto**, nuoto, bicicletta, ginnastica dolce, ballo, giardinaggio.

Come raggiungere i 30 minuti di attività moderata al giorno?



Bastano, ad esempio, **10 minuti di cammino a passo sostenuto 3 volte al giorno!**

Come capire se si tiene un passo sostenuto?

L'andatura deve permettere ancora di parlare, ma non di cantare

Quali esercizi di forza ed equilibrio?

Semplici esercizi per i gruppi muscolari maggiori (addome, schiena, spalle, braccia, gambe, anche), per la coordinazione, per l'equilibrio statico e dinamico



Iniziative per l'invecchiamento attivo in ASL 5

Gruppi di cammino



Liguria
cammina

Attività Fisica Adattata (AFA)



Memory training

**Interventi inseriti nel Piano Regionale Prevenzione
2014-19**

Tutte queste iniziative sono inserite in una cornice istituzionale/normativa

- LR 48/2009 PROMOZIONE E VALORIZZAZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO
- Piano Regionale della Prevenzione 2014-19 DGR 730/15 e s.m.i.

Dopo tanti dati...

Grazie per la vostra **attenzione!**