

IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI

Nei capitoli precedenti si è visto che la Valle d'Aosta, come le altre società a sviluppo avanzato, si caratterizza per un incremento del processo di invecchiamento della popolazione ed il probabile aumento della presenza di persone con problemi di cronicità e di perdita di autonomia funzionale e relazionale. Nel 2000 oltre il 50% degli anziani dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica ed oltre il 15% è affetto da disabilità.

Questo dato pone degli interrogativi importanti ai servizi sanitari, sociali e alle politiche di welfare; le linee di intervento a livello internazionale (1) e nazionale (2) sottolineano l'importanza di un approccio alla salute che, soprattutto nel caso degli anziani, non può sempre avere come obiettivo l'eliminazione completa della malattia. Il miglioramento delle condizioni di vita va quindi perseguito pur in presenza di patologie croniche o invalidanti, con una strategia rivolta alla manutenzione delle capacità funzionali e relazionali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), individua le strategie che le politiche sanitarie, sociali e di programmazione dei servizi e del territorio, devono adottare per migliorare l'efficacia e la sostenibilità degli interventi, a fronte dell'incremento delle malattie croniche (3).

Elemento fondamentale di questo approccio integrato è quello di costruire una rete di interventi basata su tre "cardini", portanti:

- il paziente e la sua famiglia
- le risorse della comunità
- l'équipe degli operatori

L'intervento delle politiche regionali deve essere rivolto al rafforzamento, al sostegno ed all'integrazione di questi cardini della rete di cura dei malati cronici, cercando il più possibile di garantire il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita.

Esistono prove sull'efficacia che un approccio integrato a domicilio del paziente può avere in particolare per gli anziani disabili e gli anziani "fragili", "a rischio" e per i pazienti oncologici. Le prove più significative riguardano: la prevenzione del decadimento fisico e cognitivo, la percezione dello stato di salute e della qualità della vita, la soddisfazione riguardo l'assistenza ricevuta, la riduzione delle giornate di ospedalizzazione, (in particolare dei ricoveri ripetuti) e di quelle presso strutture per lungodegenti. L'intervento di équipe sembra quindi costituire un elemento qualificante per il raggiungimento di risultati favorevoli (4-8).

Questo capitolo presenta un quadro delle opportunità offerte alla popolazione anziana della Valle d'Aosta in termini di servizi sanitari e socio assistenziali.

Una prima parte è dedicata alla descrizione dell'uso che gli anziani valdostani fanno dei servizi sanitari nelle diverse articolazioni del settore pubblico e privato: dal medico di medicina generale, ai servizi specialistici e diagnostici, alla riabilitazione ed alla medicina non convenzionale.

Nella seconda parte viene presentata un'analisi dettagliata dei servizi regionali rivolti alle persone anziane attraverso i dati del progetto ITACA.

Visite mediche ed accertamenti diagnostici

E' stato chiesto ad ogni anziano intervistato in Valle d'Aosta se, nelle ultime quattro settimane, aveva fatto ricorso a visite mediche o ad accertamenti diagnostici. Una seconda domanda chiedeva di specificare se la visita o l'accertamento diagnostico erano stati effettuati presso un medico della struttura pubblica o privata.

Nelle quattro settimane precedenti l'intervista, il 30% degli uomini ed il 35% delle donne ultrasessantacinquenni aveva fatto ricorso ad una visita medica (Figura 19). Di questi il 28% degli uomini ed il 29% delle donne aveva effettuato la visita presso uno specialista privato (Figura 20).

Dal confronto con altre aree geografiche si nota che gli anziani della Valle d'Aosta tendono a fare minor ricorso alle visite mediche, ma la percentuale di chi ha fatto ricorso allo specialista privato, sia negli uomini che nelle donne, è leggermente inferiore a quelle dell'Italia e superiore al dato del Piemonte. Nel caso del Trentino Alto Adige i valori sono simili nel caso degli uomini, mentre le donne della Valle d'Aosta sembrano fare un maggior uso dello specialista privato.

Un eccesso di ricorso a visite mediche, soprattutto private, è rilevabile in soggetti che vivono in condizioni di solitudine (coppie senza figli e persone sole) (Tabella 21).

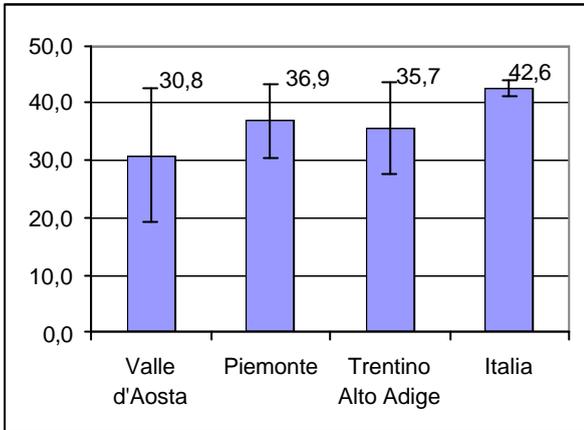
Il 18% degli uomini ed il 17% delle donne hanno fatto ricorso nelle quattro settimane precedenti ad accertamenti diagnostici (Figura 21). Questo dato pone la Valle d'Aosta in una posizione intermedia tra il dato superiore dell'Italia e quelli inferiori o simili di Trentino Alto Adige e Piemonte.

Per quanto riguarda l'uso di una struttura privata, i dati presentano differenze piuttosto marcate tra i due sessi (Figura 22): ne fa ricorso il 17% degli uomini contro poco meno del 5% delle donne. Nel caso delle donne il ricorso a strutture private per servizi diagnostici sarebbe nettamente inferiore alle altre aree geografiche considerate. Soprattutto in questo caso va sottolineata l'ampia variabilità del dato dovuta alle dimensioni ridotte del campione.

Nel caso del ricorso in generale ad accertamenti diagnostici si segnala l'associazione (statisticamente significativa) tra basso titolo di studio e minore propensione all'uso di accertamenti diagnostici; mentre sarebbero maggiormente favorevoli al ricorso ad esami diagnostici le persone con scarse risorse economiche.

Figura 19. Ricorso a visite mediche nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

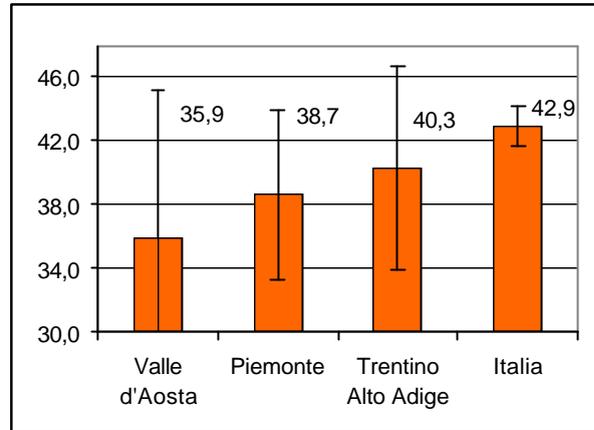
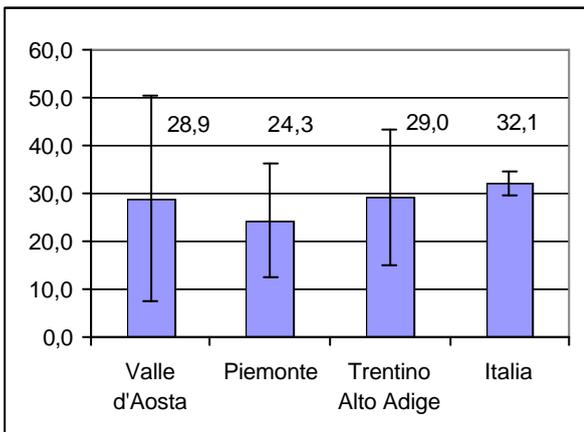


Figura 20. Ricorso allo specialista privato nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

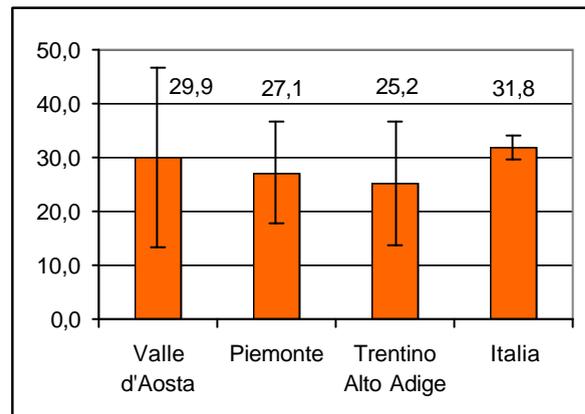
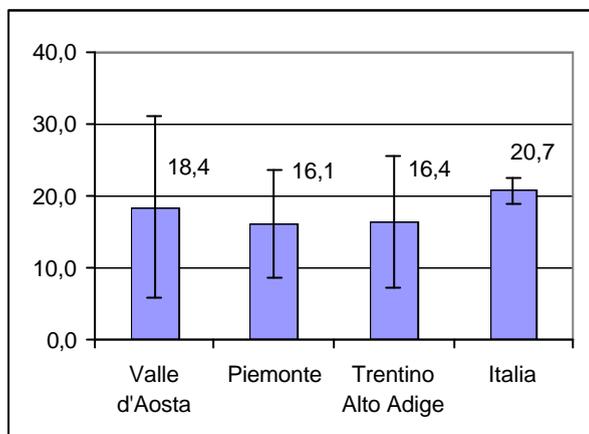


Figura 21. Ricorso a accertamenti diagnostici nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

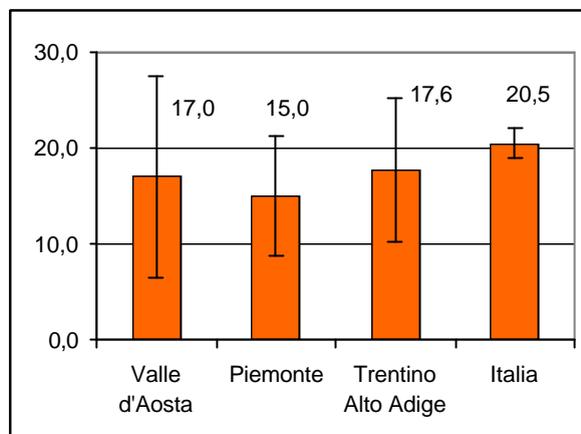
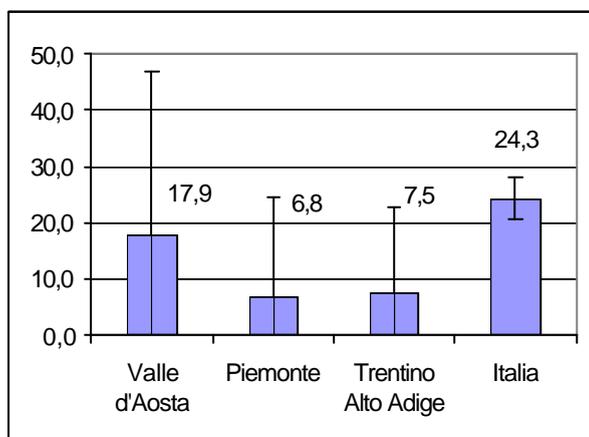


Figura 22. Ricorso a accertamenti diagnostici presso strutture private nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

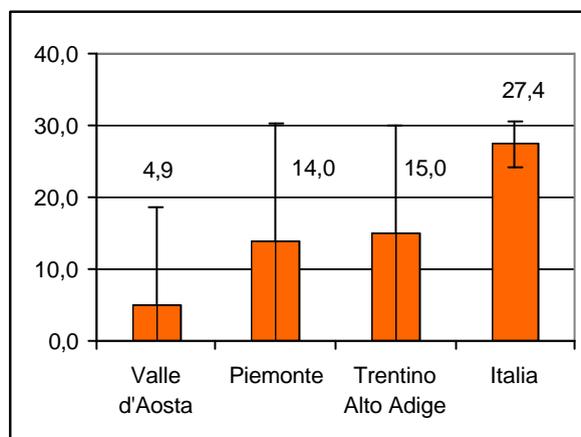


Tabella 21. Ricorso a visite mediche e accertamenti diagnostici per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.

Stato civile	Visite mediche	Specialista privato	Servizi diagnostici	Strutture private
celibe/nubile	0,68	**	0,74	**
coniugato/a	1,00		1,00	
separato/a, divorziato/a	0,61		0,39	
vedovo/a	1,11		1,13	
Tipologia familiare				
coppia con figli	1,00	1,00	1,00	**
coppia senza figli	1,34	1,95	1,01	
monogenitore	1,09	0,80	1,27	
persona sola	1,32	1,80	0,94	
altro	1,18	3,84	1,00	
Livello di istruzione				
post-laurea, laurea, diploma	1,00	1,00	1,00	**
lic. prof.le, medie inferiori	1,03	1,03	0,68	
lic. elementare, senza titolo	1,02	0,49	0,47	
Giudizio sulle risorse economiche				
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,19	0,76	1,98	0,58
Dimensione del comune di residenza				
10001-50000	1,00	1,00	1,00	1,00
2001-10000	1,30	0,57	1,12	1,21
≤2000	1,17	0,67	0,79	1,91

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

Riabilitazione

Il ricorso alla riabilitazione è di grande interesse soprattutto nella popolazione anziana in quanto fattore di prevenzione della disabilità motoria e della cronicizzazione di patologie acute.

In questa sezione si rileva il ricorso, nei tre mesi precedente all'intervista, ad un intervento di riabilitazione, sia presso strutture ospedaliere, sia presso servizi ambulatoriali pubblici o privati.

In Valle d'Aosta il 3% degli anziani ed il 4% delle anziane ha fatto ricorso alla riabilitazione con una frequenza in linea con le altre aree geografiche (Figura 23).

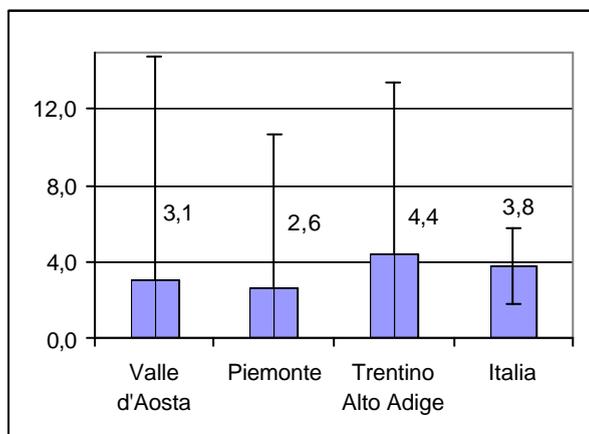
Più importanti sono invece le differenze se si considera l'accesso a strutture private (Figura 24).

In Valle d'Aosta gli uomini ultrasessantacinquenni registrano il più basso ricorso a strutture private (12%), mentre le donne valdostane registrano frequenze di ricorso al privato più elevate (42%), simili al dato nazionale (44%).

Nel caso dell'accesso alla riabilitazione, indipendentemente dalla tipologia del servizio, risulta avere un effetto significativo, in termini di riduzione del ricorso al servizio, il fatto di abitare in comuni più piccoli, dove sembra risiedere la popolazione meno esposta a limitazioni funzionali e disabilità. Un maggior ricorso alla riabilitazione, pur senza variazioni statisticamente significative, si rileva nelle persone sole e in chi ha livelli di istruzione medio bassi (Tabella 22).

Figura 23. Ricorso alla riabilitazione nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

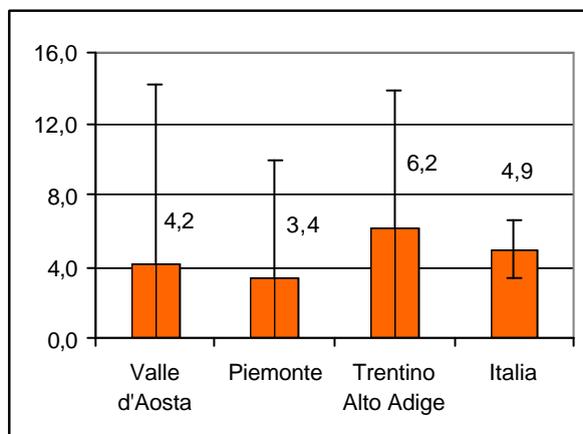
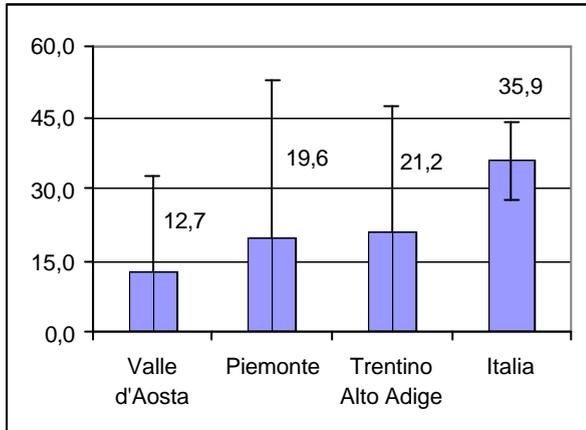
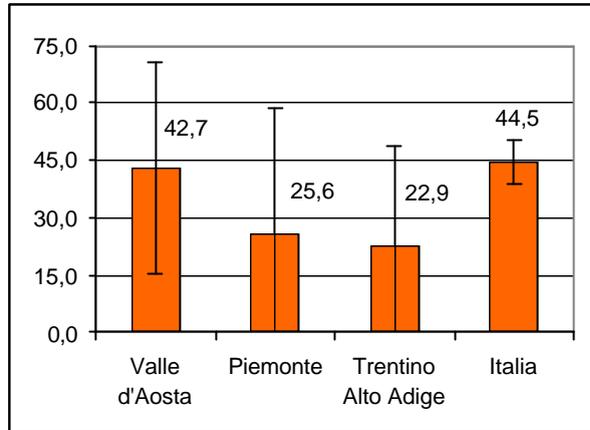


Figura 24. Ricorso alla riabilitazione presso privati nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne



Medicine non convenzionali

In questo caso l'ISTAT ha indagato la propensione all'uso di alcune medicine non convenzionali: agopuntura, omeopatia, fitoterapia e trattamenti manuali. La domanda si riferiva al fatto se negli ultimi tre anni si era fatto ricorso ad una qualche forma di medicina non convenzionale.

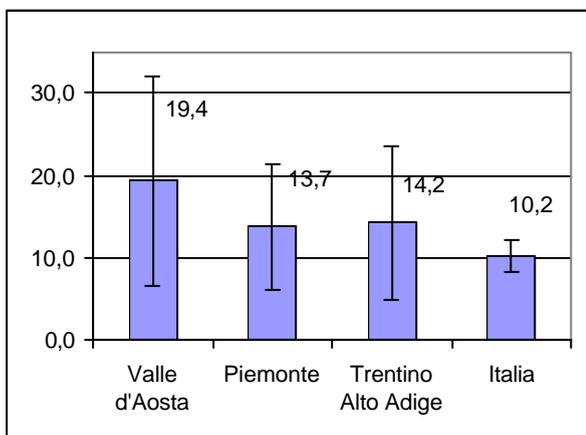
La percentuale di popolazione anziana della Valle d'Aosta che fa uso di medicine non convenzionali è circa il 20%: 19,4% degli uomini e 21,8% delle donne (Figura 25).

Questo valore, per gli uomini, evidenzia una propensione all'uso della medicina non convenzionale superiore alle altre aree geografiche, mentre per le donne i valori, superiori alla media nazionale, sono analoghi a quelli del Trentino Alto Adige.

Non esistono invece differenze significative secondo gli indicatori sociali e geografici della Valle d'Aosta: da segnalare che l'uso della medicina non convenzionale sembra più sviluppata nei comuni medi (da 2001 a 10.000 abitanti) e nei comuni più piccoli (sotto i 2000 abitanti).

Figura 25. Ricorso alla medicina non convenzionale nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

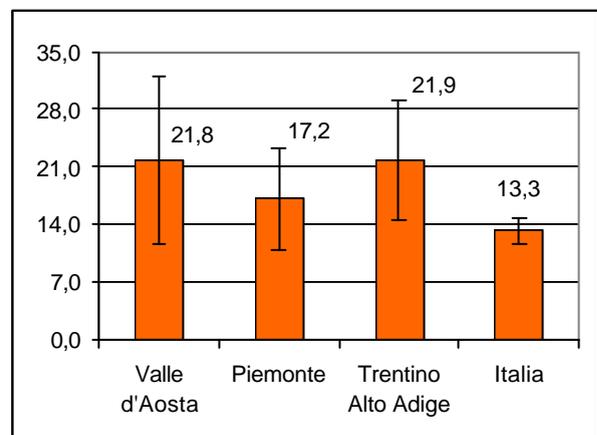


Tabella 22. Ricorso ai servizi di riabilitazione ed alla medicina non convenzionale per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.

Stato civile	Servizi riabilitazione	Strutture private	Medicina alternativa
celibe/nubile	**	**	0,89
coniugato/a			1,00
separato/a, divorziato/a			1,16
vedovo/a			1,06
Tipologia familiare			
coppia con figli	1,00	**	1,00
coppia senza figli	1,61		0,72
monogenitore	3,13		1,31
persona sola	2,08		0,86
altro	1,59		0,36
Livello di istruzione			
post-laurea, laurea, diploma	1,00	**	1,00
lic. prof.le, medie inferiori	4,01		1,21
lic. elementare, senza titolo	3,09		0,73
giudizio sulle risorse economiche			
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,88	0,31	0,83
Dimensione del comune di residenza			
10001-50000	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,36	0,01	1,42
≤2000	0,25	2,25	1,45

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

BIBLIOGRAFIA

1. WHO, Ageing and Health Programme, 1999.
2. Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000.
3. WHO, Innovative care for Chronic Conditins: Building Bloks for Actions, in [http://www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm], 25/11/2002.
4. Ferrucci L, Di Iorio A, Salani A, Baroni A, Abate A (per il gruppo di studio ADI), Efficacia dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in soggetti anziani: risultati di un trial controllato, *Giorn. Geront.* Vol. 44, pag 779-787, 1996.
5. Zito M, Provenzano A, Mancini O, Valerio P, Ricci MG, Reginelli M, Abate G. Assistenza Domiciliare Integrata nel comune di Chieti (Resoconto dell'attività e studio caso-controllo), *Giorn. Geront.*, Volume 44, pag. 795-799, 1996.
6. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, Bernabei R. Impact of integrated home care services on hospital use, *J Am Geriatr Soc* 1999 Dec; 47 (12):1430-4.
7. Shepperd S, Ilffe S. Hospital-at-home versus in-patient hospital care (Cochrane Rewiew). In: *Cochrane Library*, numero 3, 2000. Oxford: Update Software.
8. Parkers J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Rewiew). In: *The Cochrane Library*, 1,2001. Oxford: Update Software.