

Descrizione dei risultati

L'immagine di sintesi dello stato di salute e del ricorso ai servizi da parte della popolazione valdostana si compone di luci ed ombre. Le eccellenze osservate in alcuni segmenti dell'assistenza coesistono con ambiti che evidenziano riserve di salute a cui è ancora possibile attingere per un migliore profilo di salute. La popolazione ha un indice di invecchiamento superiore a quello nazionale: 151,75 anziani ogni 100 giovani, contro 138,89. La crescita demografica è garantita sia dall'aumento della sopravvivenza anche nelle età più elevate, sia dall'inserimento di popolazioni immigrate, prevalentemente in età attiva, con una propensione riproduttiva superiore agli autoctoni. Nel 2006 la percentuale di ultra ottantacinquenni in Valle d'Aosta è superiore all'anno precedente (2,18% contro 2,04%) e riguardo gli esiti riproduttivi, il tasso di fecondità totale, di 1.332,7, risulta essere di poco superiore a quello medio nazionale di 1.322,6. La mortalità generale, seppure in flessione per effetto delle migliorate condizioni di salute e di vita dei cittadini, è ancora superiore alla media nazionale, specie tra gli uomini. Nel 2004 il tasso di mortalità oltre il primo anno di vita, per tutte le cause, corretto per l'effetto dell'età è tra gli uomini di 100,89 per 10.000, contro 93,26 della media nazionale, evidenziando uno scarto di oltre 7 punti che si è ridotto rispetto il 2003 di quasi 2 punti. Meglio tra le donne, ma rimangono eccessi di mortalità sulla media nazionale con un tasso di 56,13 ogni 10.000, a fronte di 54,22. Ciò si osserva soprattutto per i tumori in entrambi i generi. Nel 2004 il tasso medio standardizzato per questa causa è di 36,59 ogni 10.000 tra gli uomini, contro una media italiana di 32,06, e di 21,20 ogni 10.000 tra le donne, contro una media italiana di 16,84.

Su questo profilo sfavorevole incidono alcuni tradizionali svantaggi che le zone di montagna mantengono rispetto alle zone di pianura ed urbane. Questi possono essere specifici, dovuti alla distanza dai presidi e alla difficile percorrenza stradale in inverno, o generici, dovuti all'isolamento, alle minori relazioni con l'esterno, o agli stili di vita negativi, come l'abuso di alcol. Più in generale incidono fattori che condizionano sfavorevolmente il ricorso appropriato e tempestivo alle cure da parte di specifici sottogruppi di popolazione. Ne è un esempio di appropriatezza il tasso di copertura vaccinale antinfluenzale tra gli anziani, ancora inferiore alla media nazionale (63,1 ogni 100 anziani valdostani contro i 68,3 della media nazionale) e di tempestività delle cure, l'elevata mortalità ospedaliera per malattie cerebrovascolari e ictus ischemico, rispettivamente, nel 2003, di 100,40 uomini ogni 100.000 a fronte di 40,01 italiani e di 66,64 valdostane ogni 100.000 a fronte di 30,91 della media nazionale. Analogamente, i decessi ospedalieri per ictus ischemico sono stati, nello stesso anno, di 72,05 uomini ogni 100.000 invece di 25,40 italiani e di 53,60 donne ogni 100.000 invece di 21,20 della media nazionale. Per contro, le ridotte dimensioni ed il contesto poco urbanizzato permettono ancora di porre al centro la persona in condizioni di particolare bisogno, specie in particolari segmenti dell'assistenza con buoni esiti sulla salute. Si vedano al riguardo sia i dati sull'elevata adesione allo screening mammografico (89% contro 57% nazionale), sulla bassa mortalità per diabete (0,76 ogni 10.000 contro 3,14 negli italiani nel 2002 e, tra le donne 2,43 contro 2,84) oppure, ancora, sull'incidenza di tumore del colon retto in entrambi i generi nel periodo 2003-2007 (73,10 ogni 100.000 uomini in Valle d'Aosta tra gli uomini contro 90,31, e 53,78 donne ogni 100.000 contro 61,54 italiane) e sul tumore al polmone (89,95 ogni 100.000 valdostani contro 92,01 e 21,71 ogni 100.000 valdostane contro 22,15). Infine, sul fronte dell'assistenza, è presente un adeguato ricorso al taglio cesareo (30,4% nel 2004 nel 2005 in Valle d'Aosta contro 38,2 in Italia), una percentuale di famiglie con disabili non assistite (pur a fronte di un bisogno) nettamente inferiore alla media nazionale (22,3% contro 32,8%). I grafici a stella consentono di visualizzare in forma sintetica i principali risultati. Il grafico 1 relativo agli stili di vita ed allo stato di salute della popolazione evidenzia, rispetto all'Italia, una minor frequenza di fumatori ed una minor percentuale di persone in sovrappeso od obese, mentre un maggior consumo di bevande alcoliche. Sul fronte dello stato di salute emerge il problema della maggior frequenza dei tumori (sia come incidenza che come mortalità) ed una maggiore mortalità oltre il primo anno di vita. Nel grafico 2 relativo alla domanda, offerta e utilizzo delle risorse sanitarie emerge chiaramente una maggiore ospedalizzazione per patologia psichica, una maggiore spesa sanitaria pubblica pro capite, una minore spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SSN e una maggiore diffusione di programmi di screening mammografico.

Raccomandazioni

Un servizio sanitario che si rivolge ad una popolazione esigua, in un territorio costituito dalle più alte montagne d'Europa, con una accessibilità limitata e tre soli varchi di cui uno verso il Piemonte e due verso Francia e Svizzera, deve necessariamente tenere conto di questa sua specificità per rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione residente.

Data la natura del territorio e le sue specificità assistenziali, favorite anche dalla copertura interamente regionale del bilancio per la sanità, occorre ricercare la sostenibilità del rapporto tra risorse ed attività, o prestazioni, con una particolare attenzione alle disuguaglianze nella salute, particolarmente visibili nei residenti nelle vallate laterali, nei comuni altimetrici più elevati, nei soggetti meno istruiti e nelle persone sole o a basso reddito, specie se anziane. Le disuguaglianze nella salute traggono origine sia dal modo con cui la società valdostana produce, distribuisce risorse e sostiene le capacità di fruirne con politiche generali e di settore, sia da meccanismi più prossimali, legati ad una diseguale distribuzione dei fattori di rischio per la salute in specifici sottogruppi di popolazione.

Le disuguaglianze nel sistema e nell'assistenza sanitaria nascono quando le caratteristiche sociali della persona, della famiglia o del contesto costituiscono un ostacolo all'accesso e all'utilizzo degli interventi efficaci e sicuri con cui la medicina e la sanità si prendono cura della salute e del benessere delle persone. Occorre quindi da un lato, mantenere e potenziare l'attuale modello organizzativo sanitario, fortemente capillarizzato e diversificato, potenziando la continuità assistenziale, la domiciliarità, le cure riabilitative anche residenziali e, non da ultime, le reti familiari, il volontariato e le forme di mutuo aiuto, da sempre risorsa spontanea nelle popolazioni di montagna a forte vocazione solidaristica. Dall'altro, occorre però sottomettere anche i percorsi assistenziali che hanno maggiore impatto in termini di speranza e di qualità di vita, ad una rigorosa verifica di processo e di risultato per valutare se, nei punti più critici di ogni percorso assistenziale, non si verificano discriminazioni attive od omissioni assolutamente non volute, ma attribuibili a comportamenti professionali o a scelte organizzative del sistema sanitario locale.

Infine, programmare e decidere in un territorio di piccole dimensioni deve comportare la consapevolezza che non sono le ridotte dimensioni a garantire una corretta conoscenza dei bisogni, quanto la metodologia fatta di sinergie messe in campo tra approcci conoscitivi diversi, ma favoriti nelle loro interazioni produttive dal territorio di ridotte dimensioni. Solo attraverso l'interazione tra un approccio più intuitivo, globale nella visione e fondato su intuizioni ed un approccio invece analitico, fondato su ipotesi e teorie sottoposte a verifica secondo metodi validati, è possibile garantire che su una piccola regione non pesino decisioni fondate sulla erronea proiezione sulla realtà di un'idea di politica sanitaria che dispensa azioni e programmi in modo essenzialmente autoreferenziale ad essa. In Valle d'Aosta questa consapevolezza, già presente, deve essere estesa e ulteriormente rafforzata, implementando i già numerosi sistemi di conoscenza dei bisogni e delle differenze di salute nella popolazione, possibilmente con una raccomandazione: che si operi collegialmente nell'obiettivo di superare le caratteristiche di frammentarietà e di non totale adeguatezza per le finalità decisionali dell'attuale patrimonio di dati e informazioni. Occorre, quindi, che il sistema valdostano progetti e metta in opera, in tempi brevi, interventi minimi di correzione dei sistemi informativi, necessari ad aumentare la capacità di studiare, monitorare e valutare i problemi e gli interventi che riguardano l'equità nella salute e nel benessere sociale.

A cura di: Dott.ssa Patrizia Vittori



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

**Istituto di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore**

L.go Francesco Vito, 1 - 00168 Roma.

Tel 06-3015.6807/6808

Fax 06-3501.9535

www.osservasalute.it osservasalute@rm.unicatt.it