

8. ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ogni nuova fonte d'informazione statistica ed epidemiologica dovrebbe essere, a livello regionale, un'occasione per riflettere su come si distribuiscono i bisogni di salute e su quali siano le reali capacità delle politiche pubbliche e dei comportamenti delle persone di farvi fronte.

La Salute 2000 e la Salute 2005, cioè le ultime due edizioni dell'indagine che ISTAT ha dedicato a queste due domande, sono particolarmente indicative in questo senso per la Valle d'Aosta, perché, avendo potuto ampliare, grazie ad un investimento del Piano Sanitario Nazionale, la dimensione campionaria, al fine di garantire una maggiore rappresentatività regionale, queste indagini hanno arruolato un campione discretamente grande per le dimensioni dell'universo della popolazione valdostana residente.

Questo tipo di indagini, rispetto alle altre fonti informative statistiche e sanitarie, hanno inoltre un particolare valore perché permettono di valutare contemporaneamente le reciproche relazioni tra le condizioni di vita, la salute e l'uso dei servizi; il che consente di ricavare dai risultati degli orientamenti utili per la programmazione.

Per questo scopo, la presente pubblicazione si è ispirata a uno schema concettuale molto utilizzato per la valutazione della relazione tra salute e politiche⁸⁵, uno schema che inquadra quello che la medicina definisce la storia "naturale" di ogni problema di salute⁸⁶. All'interno della storia sociale delle persone e dei contesti di vita, lo schema, si interroga su come la posizione sociale (degli individui e dei contesti) possa influenzare la storia naturale del problema di salute, facendola diventare un pò meno "naturale" e un pò più "socialmente determinata" e su come le politiche generali, e quelle di *welfare* in particolare, possano modificarla.

In altre parole, lo schema concettuale fin qui utilizzato, propone di analizzare la storia del rapporto tra salute e politiche come una catena di relazioni causali che chiama in causa:

- dapprima, la *responsabilità della posizione sociale* cioè di qualsiasi dimensione della stratificazione sociale (sia quelle relazionali, sia quelle distributive), che si caratterizzi per un differente grado di controllo sulle risorse che servono a soddisfare i bisogni della persona;
- dalla posizione sociale dipenderebbero molte differenze, tra le persone, nella *esposizione ai fattori di rischio*, cioè a tutte quelle caratteristiche dell'individuo che influenzano la distribuzione di salute, sia aumentando la probabilità di insorgenza di un problema di salute, sia esponendo ad una progressione sfavorevole un problema di salute;
- dalle differenze nell'esposizione ai fattori di rischio dipendono le *differenze nella insorgenza dei problemi di salute*, cioè di tutte quelle caratteristiche della salute fisica, psicologica e mentale, che qualificano il funzionamento di una persona in un particolare contesto;
- i problemi di salute, poi, possono avere *conseguenze sociali*, cioè quei processi di mobilità discendente sulla scala sociale, o di segregazione sulla scala geografica, che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse che una persona avrebbe potuto raggiungere in assenza del problema di salute.

Questa sequela può essere influenzata dal contesto sociale e da quello delle politiche ad esso correlate, che possono influenzare la posizione sociale (politiche sociali ed economiche), il suo effetto sull'esposizione ai fattori di rischio (interventi di prevenzione ambientale e sanitaria), la vulnerabilità agli stessi fattori di rischio perché si produca, o meno, un effetto sfavorevole di salute (politiche di assistenza sanitaria) e infine, le conseguenze sociali della malattia (politiche sociali di riduzione del danno).

⁸⁵ (Diderichsen et al., 2001). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001:3-11

⁸⁶ Quella storia che parte dall'esposizione ad un fattore di rischio, passa all'insorgenza del problema di salute e si conclude con un esito più o meno sfavorevole (di salute).

Questo quadro di riferimento ha appunto guidato la formulazione dei capitoli di questa pubblicazione, che esplorano la distribuzione dei fattori sociali e demografici, l'esposizione ai fattori di rischio, la distribuzione dei problemi di salute e la capacità del sistema sanitario locale di farvi fronte.

Altri elementi dello schema (come il ruolo delle politiche sociali nella riduzione delle conseguenze della malattia) non potevano essere richiamati perché non misurati nell'indagine.

Volendo riassumere in estrema sintesi i principali risultati riportati dalla presente pubblicazione secondo lo schema sopra menzionato, si potrebbe iniziare la disamina dai fattori che influenzano la stratificazione sociale.

Nella presente pubblicazione, larga parte dei più importanti *determinanti della salute* presentano un favorevole andamento geografico e temporale per la Valle d'Aosta:

- il livello di istruzione, e quindi il capitale culturale, continua ad aumentare e tende ad avvicinarsi a quello medio del Nord-Ovest, soprattutto tra le donne;
- l'occupazione aumenta, soprattutto tra le donne, a livelli comparabili con il Nord-Ovest e la soddisfazione economica è maggiore che nel resto del Nord-Ovest;
- solo il capitale di relazioni famigliari sembra indebolirsi nel tempo e in confronto agli altri (meno coniugati, più nuclei soli o famiglie monoparentali), anche se il ricorso ad aiuti in caso di bisogno lascia immaginare l'esistenza di reti famigliari e sociali più ricche che altrove, e più ricche forse, di quanto la definizione di tipologia famigliare riesce a rappresentare.

Dunque questo profilo demografico, sociale ed economico, tendenzialmente lascia intravedere per il futuro risultati positivi per la salute e incoraggia le politiche regionali a proseguire negli investimenti sulla sicurezza sociale, sul reddito, sullo status, sull'istruzione e competenze e sul sistema di aiuti già intrapresi. Si tratta, infatti, per tutti, di investimenti che aumentano la capacità di controllare i propri destini di vita; una capacità che rappresenta il principale fattore di promozione della salute nella storia di una persona e di una famiglia.

Passando poi ai *fattori di rischio*, l'indagine consente di esplorare solo i fattori legati ad alcuni comportamenti delle persone: fumo, attività ed esercizio fisico, soprappeso. Un elenco che non è ovviamente esaustivo, dato che esclude altri stili di vita rilevanti come il consumo di alcool e altre dipendenze, o la sicurezza nei comportamenti sessuali e ne esclude altri egualmente importanti come quelli legati alle condizioni di lavoro, o alle condizioni ambientali di vita.

Tutti aspetti che, seppure di grande interesse, non sono, al momento, studiabili tramite l'indagine dell'ISTAT.

Seppure con queste riserve, il capitolo riguardante la propensione al fumo, alla sedentarietà, al soprappeso e all'obesità investe i principali responsabili dell'insorgenza di un largo numero di patologie croniche degenerative che colpiscono le nostre società.

Il quadro regionale che emerge è quello di una situazione con ancora margini molto ampi di miglioramento, in cui la frequenza di queste abitudini è in generale ancora molto elevata ed è relativamente stabile per il fumo e l'esercizio fisico, ma in crescita per soprappeso e obesità.

Si osserva, invece, qualche leggero vantaggio della Valle d'Aosta rispetto ad altrove per l'esercizio fisico, ma, con poche eccezioni, la regione è caratterizzata da differenze sociali importanti a svantaggio dei meno istruiti, delle persone povere di risorse materiali e di aiuto.

Una società che desidera comprimere la morbosità, per guadagnare salute e per risparmiare sui costi della lungo-assistenza, deve affrontare con maggiore rigore e determinazione i compiti di prevenzione delle dipendenze da fumo, prevenzione della sedentarietà e di un'alimentazione squilibrata e scorretta. Lo può fare adottando sia politiche di controllo e disincentivazione dell'offerta, e dell'adozione di questi comportamenti, sia politiche di disassuefazione, combinando approcci universalistici e ambientali con approcci selettivi, rivolti cioè ai gruppi a maggiore rischio di dipendenza e a minore autonomia.

Sui modi più efficaci di azione può lasciandosi guidare anche dalle variazioni nel rischio emerse in questi ultimi anni (2000-2005) e messe in luce dalla presente pubblicazione.

In questo senso, l'indagine dà conto di una regione in cui l'offerta d'interventi di prevenzione sanitaria e l'attitudine delle persone a rispondere hanno già dato esiti positivi.

Nel controllo periodico dei principali "killer biologici" come il colesterolo, la glicemia e la pressione arteriosa, i valdostani hanno già raggiunto una buona frequenza, più alta che nelle altre regioni, e lo hanno fatto soprattutto *senza apparenti disuguaglianze sociali* di distribuzione (anzi, nel caso della pressione arteriosa, addirittura con esiti migliori tra i meno istruiti).

Ancora di più i valdostani hanno risposto positivamente allo screening dei tumori femminili, per i quali, l'offerta e la domanda in Valle d'Aosta, raggiunge tassi di utilizzo dei test diagnostici relativi, in assenza di sintomi, che sono crescenti nel tempo e più alti che nelle altre regioni, e questo, ancora, senza apparenti disuguaglianze sociali di accesso (se non nelle donne sole).

Analogamente si può dire nell'utilizzo della profilassi antinfluenzale, per la quale la diffusione del vaccino tra gli anziani è in crescita e anche in questo caso senza apparenti disuguaglianze sociali se non quelle a sfavore delle persone sole.

Dunque la realtà sociale e dei servizi valdostana è pronta per un ulteriore passo in avanti che si prefigga risultati altrettanto significativi sia sugli stili di vita, sia sulle disuguaglianze sociali. Non è, infatti, sufficiente accontentarsi del fatto che non si osservano differenze sociali nell'accesso agli interventi preventivi, *se prima ancora permangono differenze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio*: dove c'è esposizione più frequente e più intensa ai fattori di rischio, là dovrà esserci un maggiore ricorso agli interventi di prevenzione.

Passando al quadro della *distribuzione degli indici soggettivi di valutazione della salute*, fisica, psichica, mentale e della *frequenza di malattie croniche* e delle loro conseguenze sulla *limitazione funzionale* temporanea e permanente (fino alla disabilità), bisogna riconoscere che in Valle d'Aosta si tratta di una situazione di frequenza, e distribuzione per età e genere, abbastanza comparabile a quella che si osserva nel resto del Paese.

Un risultato, tuttavia, è particolarmente significativo: in Valle d'Aosta le differenze sociali sembrano relativamente modeste rispetto a quelle che si osservano in Italia e nel Nord-Ovest.

In particolare, le differenze a svantaggio delle persone meno istruite negli indici di salute e di malattia cronica sono lievi, solo leggermente più intense si osservano invece sulla scala dell'insoddisfazione economica e sulla scala della solitudine.

Questo fatto è particolarmente evidente nel caso della disabilità permanente, dove la situazione italiana è caratterizzata, a parità di età, da forti eccessi di prevalenza tra i meno istruiti e i più poveri, cosa che invece non si osserva in Valle d'Aosta. *L'equità è quindi maggiore in Valle d'Aosta* che altrove, dove considerata. Questo spunto appare particolarmente interessante per la riflessione sulle politiche.

Essendo che la disabilità permanente è il risultato di storie di salute e di assistenza che influenzano sia l'insorgenza della malattia che innesca la disabilità, sia l'aggravamento della disabilità stessa, se il dato di scarsa rilevanza dei determinanti sociali dovesse essere confermato, sarebbe interessante riuscire a valutare quanta parte di questa equità sociale di distribuzione degli esiti di salute è da attribuire al buon modello di *welfare* di una regione ad alta autonomia, come la Valle d'Aosta.

Arrivando per ultimo alle politiche sanitarie, la pubblicazione descrive una *distribuzione dell'uso delle visite mediche, degli accertamenti specialistici, dell'ospedale, dei farmaci e della medicina non convenzionale*, anche in questo caso, abbastanza comparabile a quanto accade nel resto d'Italia, salvo alcune eccezioni.

La prima è che la Valle d'Aosta si caratterizza per un uso più intensivo della specialistica e, soprattutto, della medicina non convenzionale.

La seconda è che non si osservano disuguaglianze sociali nell'accesso alla maggior parte dei livelli di assistenza o, addirittura, disuguaglianze a favore dei più poveri (nelle visite e negli accertamenti) o dei meno istruiti (farmaci)⁸⁷.

Solo nel caso delle medicine non convenzionali le disuguaglianze sono a vantaggio dei più istruiti; e questo in assenza di significative disuguaglianze nella morbosità cronica, cioè del principale indicatore di fabbisogno di assistenza.

Dunque si profila un possibile, importante, *ruolo protettivo e garante, nella promozione dell'equità del Servizio Sanitario Regionale della Valle d'Aosta* che, se confermato anche da successivi studi, andrebbe non solo mantenuto e rafforzato, ma del quale sarebbe interessante valutarne l'impatto sulla salute e il ricorso ai servizi tra i valdostani.

Fa piacere, infine, registrare, che anche gli *indici di soddisfazione* espressi dai residenti sul Servizio Sanitario Regionale in Valle d'Aosta sono notevolmente e significativamente migliori che nel resto del Paese.

In conclusione, dall'esperienza valdostana emerge che questo modello di servizio sanitario regionale, in una regione autonoma, con una maggiore capacità di finanziamento e di spesa e, quindi, con un'offerta più generosa di livelli di assistenza, è effettivamente in grado di produrre risultati diretti sui comportamenti, sulla salute, sull'accesso alle cure e sulla soddisfazione che vanno nel senso dell'equità.

L'analisi fin qui condotta offre dunque molteplici spunti di discussione e di riflessione per la politica sanitaria regionale e molti altri spunti ancora potrebbero attivarsi se altri utilizzatori della presente pubblicazione avanzassero osservazioni tecniche provenienti da diversi ambiti specialistici, per analizzare congiuntamente, e con diverse capacità di lettura, questi dati.

Infatti, uno dei risultati documentati nella pubblicazione, è che il contesto valdostano, per molti fenomeni epidemiologici non differisce molto da quello italiano, pertanto gli utilizzatori specializzati, interessati a conoscere meglio la storia di salute, e di assistenza, di alcune specifiche voci nosologiche - come ad esempio il diabete o il disturbo osteoarticolare - per evitare i piccoli numeri osservabili nel campione valdostano, potrebbero utilizzare i dati nazionali o delle regioni del Nord-Ovest senza particolari remore. Si tratta dunque di un invito, da un lato, a non sprecare questa fonte informativa e i suoi dati e, dall'altro, a sottoporre nuovi bisogni conoscitivi specifici, affinché, dall'analisi congiunta e partecipata di più soggetti ai dati, si possano trarre indicazioni utili a migliorare ulteriormente, nel futuro, le condizioni di salute e di vita della popolazione valdostana.

Per concludere, la presente pubblicazione dà conto, in modo analitico, di come si distribuiscono in Valle d'Aosta i bisogni di salute, i comportamenti delle persone, l'uso dei servizi, secondo l'età, il genere, il luogo e le caratteristiche sociali delle persone, ma lascia ancora inesplorate altre relazioni importanti, ad esempio, in merito al rapporto tra salute e uso dei servizi:

Chi sono i grandi consumatori di assistenza sanitaria?

Come si distribuiscono per patologia?

Da chi si fanno orientare nelle scelte sull'assistenza sanitaria?

Quanto, e per cosa, spendono privatamente?

Quanto ne rimangono soddisfatti?

Attorno a questi grandi temi è concreto l'impegno a concentrare le analisi e gli approfondimenti di indagine futuri, compatibilmente al patrimonio di dati disponibili a livello regionale. Degli esiti verrà data diffusione nelle successive pubblicazioni.

⁸⁷Un dato di equità del servizio sanitario regionale che già era emerso nella pubblicazione "Atlante di geografia sanitaria della Valle d'Aosta" a cura dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali dell'Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche sociali (2007).