

Capitolo 2

Condizioni di salute e benessere

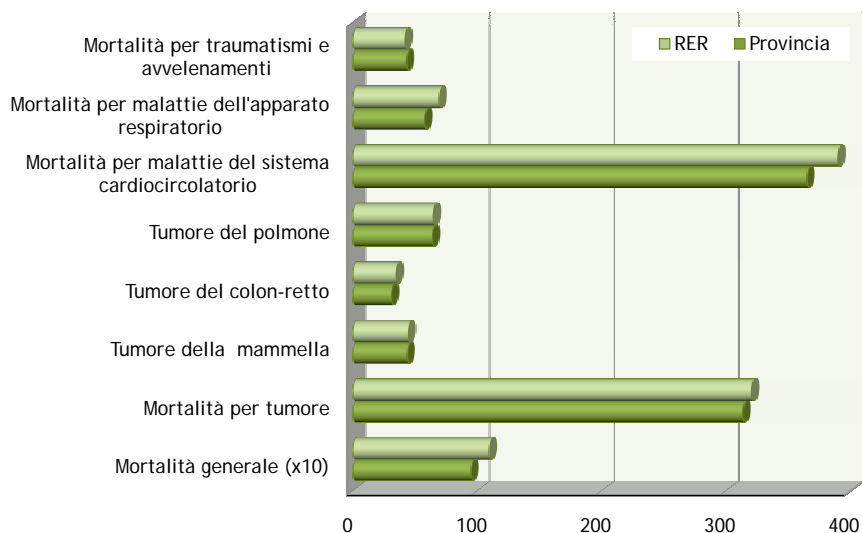


Il profilo di salute

2.1 Il profilo di salute

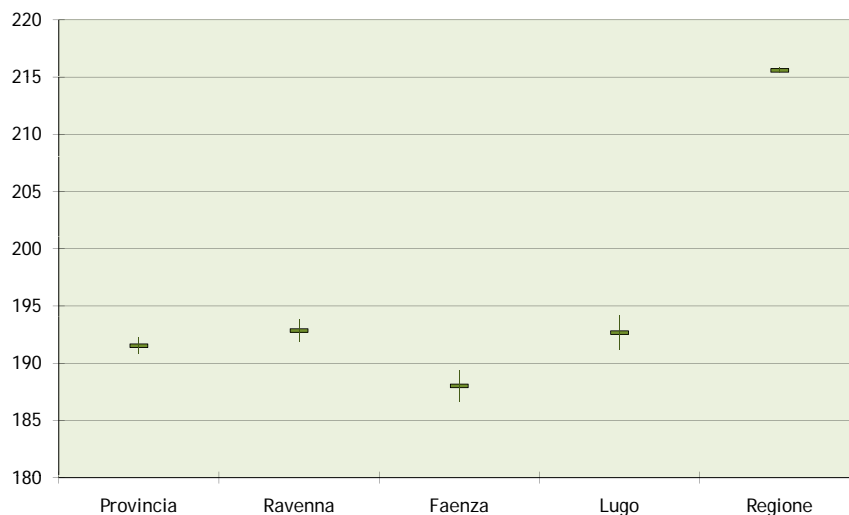
Cause di morte La mortalità generale rappresenta l'indice privilegiato per misurare lo stato di salute di una popolazione: nel 2006 i valori dei tassi standardizzati (ovvero confrontati per sesso ed età con la Regione) sono costantemente al di sotto dei valori medi regionali, in modo più accentuato nei maschi rispetto alle femmine. Analoghe considerazioni si possono fare per alcune delle cause di morte più frequenti: tumori complessivamente considerati, tumori del polmone, del colon-retto, l'insieme delle malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e dell'apparato circolatorio.

Tassi standardizzati di mortalità per causa, 2006.



Ricoveri Analogamente anche la morbosità (indice dei ricoveri ospedalieri, che rappresenta bene la frequenza delle malattie che affliggono una popolazione), vede i distretti della provincia nettamente al di sotto della media regionale.

Ricoveri per tutte le patologie ogni 1000 residenti, Provincia di Ravenna, Distretti e Regione a confronto, anni 2004-2007.



Queste osservazioni sono coerenti con la speranza di vita superiore della popolazione della provincia di Ravenna (*Profilo demografico - sez. 1.1*). Un allungamento della vita media non significa, però, necessariamente vivere in buone condizioni di salute, anzi, l'incremento della sopravvivenza determina inevitabilmente un incremento della disabilità e della vulnerabilità a malattie multiple. Uno dei risultati del progresso tecnologico (e dei servizi di prevenzione e cura) è stato sicuramente l'incremento delle malattie croniche e della co-morbidità (occorrenza simultanea di malattie apparentemente non correlate) (*Gli anziani: sez. 3.2*). L'incremento della sopravvivenza determina inevitabilmente quindi un incremento della disabilità e della vulnerabilità da parte della popolazione.

*Malattie croniche e
disabilità*

A questo punto l'attenzione si focalizza sulla "fragilità" (*Le fragilità - sez. 2.3*), intesa come situazione di maggior rischio di eventi avversi (solitudine, isolamento, perdita di autonomia, impoverimento ed esclusione sociale). Entrano in gioco cioè, a fianco di quelli sanitari e biologici, un insieme di fattori psico-sociali che potenziano il progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta all'allungamento della vita, che diventano inevitabilmente oggetto dell'azione socio-sanitaria.

Fragilità

Ulteriori analisi di carattere epidemiologico sulla mortalità e l'incremento delle malattie croniche sono descritte nel Bilancio di Missione dell'Azienda Usl di Ravenna 2008.

Gli stili di vita

2.2 Gli stili di vita

Percezione dello stato di salute e salute mentale

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 indicano che lo stato di salute percepito è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

Salute percepita

Nella provincia di Ravenna il 73% della popolazione definisce buono o molto buono il proprio stato di salute. Il 9% dichiara di aver avuto per almeno 10 giorni nelle ultime due settimane sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca del 10% la

mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Soltanto il 27% dei ravennati aderisce alle linee guida sull'attività fisica, cioè raggiunge un livello di attività buono (almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana) o moderato (almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni). Il 18% degli intervistati conduce una vita sedentaria.

Abitudine al fumo

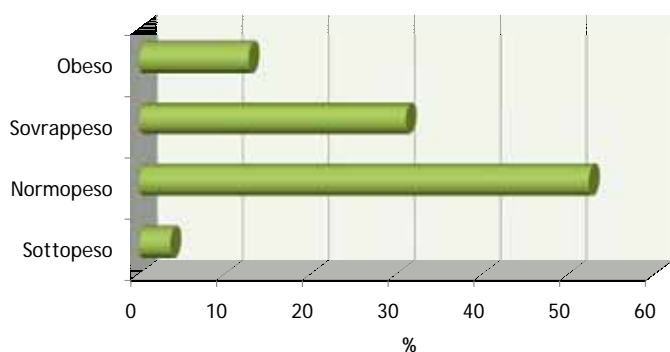
L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: si sta assistendo a una progressiva riduzione della percentuale di fumatori tra gli uomini, mentre sta crescendo tale abitudine nelle donne, con valori paragonabili nei due generi. In provincia di Ravenna i fumatori sono il 30%, gli ex-fumatori il 28% e i non fumatori il 42% senza differenze significative tra i sessi.

Alcol

L'uso eccessivo di alcol può avere importanti conseguenze per la salute in termini di mortalità, morbosità, ripercussioni sulle famiglie e sulla collettività. Nella provincia di Ravenna il 17,8% degli intervistati può essere definito bevitore a rischio (forte consumatore o colui che beve fuori pasto o consumatore "binge", cioè chi ha assunto 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione nell'ultimo mese). L'unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o a un bicchiere di vino o a un bicchierino di liquore. Questo comportamento a rischio è più frequente negli uomini con differenze statisticamente significative rispetto alle donne (25,8% contro 9,9%).

Più nello specifico il 6,2% degli intervistati rientra nella categoria dei bevitori "binge", il 10,7% hanno bevuto fuori pasto almeno una volta alla settimana nell'ultimo mese e il 2,7% sono definibili forti bevitori, cioè assumono più di 3 unità di bevanda alcolica al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne. Questo dato conferma quello rilevato a livello regionale (7% binge, 9% fuori pasto e 3% forti bevitori). Anche per i bevitori "binge" il genere maschile prevale sul femminile (9,9% contro 2,4%).

Stato nutrizionale



Stato nutrizionale (da PASSI 2007)

L'eccesso alimentare e la dieta sbilanciata sono cause rilevanti di malattia e morte nei paesi industrializzati, rappresentando un importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari, ipertensione, alcuni tipi di neoplasia, obesità e diabete. Il 31,1% degli adulti è in sovrappeso e il 12,8% è obeso.

Diagnosi precoce delle neoplasie

Il 90,2% delle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni dichiara di aver eseguito un Pap-test negli ultimi due anni, il 79,5% delle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha eseguito una mammografia negli ultimi 3 anni e il 43,4% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni ha eseguito una ricerca del sangue occulto o una colonscopia negli ultimi 3 anni.

Le fragilità

2.3 Le fragilità

Il Piano sociale e sanitario 2007-2009 e il Fondo per la non autosufficienza promosso dalla Regione Emilia-Romagna hanno portato all'attenzione il tema della fragilità delle persone anziane. La fragilità viene intesa, in questi documenti, come una situazione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta all'invecchiamento⁸.

In estrema sintesi, la fragilità include principalmente:

- dimensioni fisico-biologiche: presenza di patologie organiche, riduzione della massa muscolare, difficoltà di deambulazione spedita, riduzione dell'acuità ed integrità sensoria, perdita di autonomia;
- dimensioni psicologiche: presenza di sintomatologia depressiva, senso di stanchezza cronica, solitudine, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti;
- dimensioni sociali: reti di supporto sociale, isolamento, impoverimento ed esclusione sociale.

Dimensioni della fragilità

Misurare la fragilità rimanda quindi alla misurazione della perdita di quelle risorse fisiche (aspetti funzionali delle attività corporee e della vita quotidiana), psicologiche (risorse cognitive, emotive e comportamentali) e sociali (relazioni con gli altri, apertura all'esterno, interazione con l'ambiente, adattabilità e socialità) che rendono, soprattutto in età avanzata, un individuo autonomo ed inserito.

Per la cronicità della malattia, per la gravità degli effetti che la caratterizzano, per i crescenti costi sociali, economici e familiari a cui si accompagna, è auspicabile, come previsto dal Piano Sanitario Nazionale, un inquadramento puntuale delle problematiche dell'anziano e la presenza di una rete integrata di strutture e servizi socio-sanitari, allo scopo di garantire una reale continuità assistenziale e una più globale cura della persona. L'anziano malato cronico, disabile e/o fragile necessita di un sistema assistenziale *ad hoc*, in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci a bisogni che sono nel contempo sanitari e sociali, nonché molteplici e mutevoli nel tempo.

Prevenzione primaria e secondaria

La recente definizione della fragilità in chiave bio-psico-sociale⁹ evidenzia la possibilità di incidere su alcuni fattori responsabili della fragilità nell'anziano, attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Prevenzione primaria

La prevenzione primaria riguarda la possibilità di intervento su i fattori individuali/psicologici e psicosociali della persona anziana al fine di ridurre il rischio di un progressivo avanzamento verso la condizione di fragilità, aiutando l'anziano ad attivare risorse efficaci per il mantenimento di una vita attiva e per riuscire a compensare le inevitabili perdite (funzionali, di sostegno sociale, di ruolo) che caratterizzano questa fase di vita.

Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria si configura invece di ordine riabilitativo/medico, legata all'istituzione di terapie idonee, ad una ri-corretta alimentazione ed esercizio fisico. Include inoltre la compensazione, da parte delle strutture territoriali, di perdite significative sul piano sociale e di supporto, tramite la presenza di servizi atti a fornire aiuti concreti, di informazione, di appartenenza sociale atti per diminuire l'isolamento e la mancanza di autonomia nelle attività quotidiane.

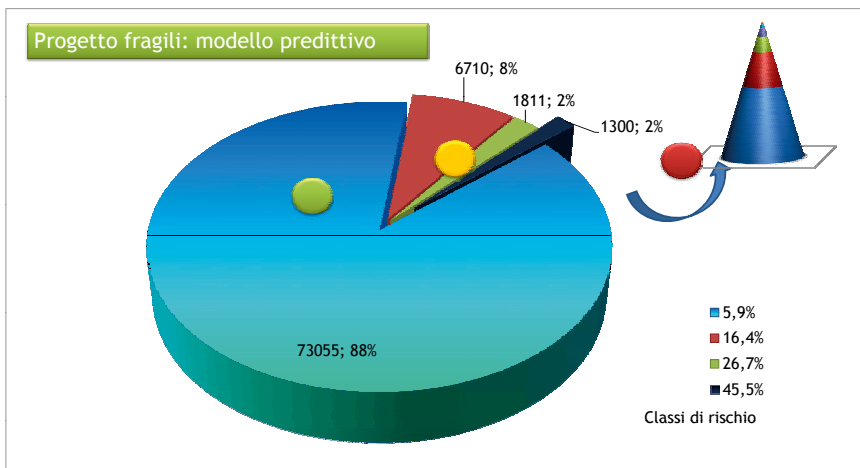
Strumenti per l'identificazione e il monitoraggio della fragilità

Il documento regionale "Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili" cerca di orientare le politiche locali su questo tema caldeggiando progetti di largo respiro che prevedano:

- identificazione a livello locale delle condizioni e dei fattori di rischio di fragilità;
- mappatura dei soggetti a rischio di solitudine e isolamento;
- sviluppo di programmi ed approcci specifici;
- azioni ed interventi di comunità e individuali sulla popolazione fragile mappata.

La Regione Emilia-Romagna considera come obiettivo di fondo dei programmi di ambito distrettuale il monitoraggio delle persone fragili, sia per le condizioni ordinarie che per le situazioni di emergenza (ad es. variazioni climatiche, ma anche, emergenze sanitarie - epidemie influenzali, emergenze infrastrutturali - black-out elettrici, etc.). Nei programmi di ambito distrettuale, la Regione Emilia-Romagna consiglia di evidenziare i fattori specifici e peculiari che creano condizioni di rischio di fragilità e di individuare strategie e strumenti con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita nelle zone di maggior disagio. La mappatura generale della fragilità sociale rappresenta in ogni caso la base per ogni specifico approfondimento.

La grande sfida che abbiamo di fronte, per mettere in pratica il nuovo sistema integrato dei servizi, è come identificare i pazienti che sono ad alto rischio di emergenza socio-sanitaria, per i quali un intervento potrebbe ridurre tale rischio. Lo strumento individuato per tale fine è il modello predittivo combinato: un indicatore del grado di rischio di emergenza socio-sanitaria individuale, in grado di stimare la probabilità del ricorso improvviso a strutture sanitarie.



Il grafico mostra il calcolo del rischio della popolazione ultra 65enne della provincia di Ravenna, stratificando i soggetti per fasce di rischio. Si possono identificare 73.055 soggetti (88% della popolazione ultra 65enne - zona verde) che hanno un rischio medio di 5,9% (cioè ogni 100 cittadini, in un anno 6 si ricoverano per un evento grave). Ci sono altri 6.710 soggetti (8% della popolazione) che possiedono un rischio medio del 16,4% e un'altra fetta di 1.811 soggetti (2%) con un rischio medio del 26,7% (zona gialla). I soggetti maggiormente a rischio (zona rossa) rappresentano il 2% della popolazione ed hanno in media un rischio del 45,5%.

Ulteriori approfondimenti sulla metodologia scientifica del Modello predittivo combinato si possono trovare nel Bilancio di Missione dell'Azienda Usl di Ravenna 2008.

Usando questo metodo è stata avviata una mappatura a livello provinciale delle condizioni e dei fattori di rischio di fragilità al fine di individuare quella quota di anziani "fragili", ma ancora autosufficienti, su cui intervenire con programmi di prevenzione e/o monitoraggio per le ondate di calore. Tramite una ricognizione delle banche dati aziendali per la misura del rischio, combinata con lo stato di presa in carico dei servizi socio-sanitari e della contemporanea condizione di solitudine anagrafica (desunta dai Comuni) è stato possibile quantificare, in prima battuta, i bisogni di fragilità in provincia, stratificati per grado di fragilità, e procedere:

- al piano di intervento dell'Ausl per prevenire rischi per la salute delle persone in difficoltà;
- ad avviare uno studio di uno strumento rapido e snello di screening per la popolazione sopra i 75 anni in grado di rilevare alcune variabili psicologiche e socio-demografiche, da collegare con i principali esiti di salute.

Dai primi dati risulta che sono 6.401 (8,3% della popolazione ultra65enne) a favore dei quali sono intervenuti nel 2007 i servizi sociali. Sono 11.931 (13%) i soggetti non conosciuti dai servizi in condizione di fragilità per rischio sanitario e psico-sociale e 645 (5% di questi) le persone non conosciute dai servizi a rischio di fragilità per le quali sono previsti interventi individuali di verifica in quanto ad alto rischio (*Allegato 2.1.29 - 30 - 31*).

Anziani a rischio di fragilità

2.4 Nuove povertà e disuguaglianze nella salute

Vecchie e nuove povertà

Solo fino a pochi anni fa, il concetto di povertà raccoglieva quella fascia della popolazione al di sotto di un livello economico calcolato sulla base di due distinte soglie convenzionali: una soglia “relativa”, determinata annualmente rispetto alla spesa media mensile procapite per consumi delle famiglie; una soglia “assoluta”, basata sul valore monetario di un paniere di beni e servizi essenziali aggiornato ogni anno tenendo conto della variazione dei prezzi al consumo¹⁰.

Attualmente la popolazione che si trova sulla soglia di povertà è largamente aumentata ed il concetto di nuove povertà descrive più genericamente la condizione secondo la quale una persona, all'interno di un contesto socio-economico e relazionale definito, vive i presupposti dell'esclusione e della marginalizzazione. In questa ottica, la povertà non può essere più definita unicamente come scarsità di denaro, ma piuttosto come un fenomeno multidimensionale in quanto determinato da una molteplicità di altri fattori, legati non solo alla sfera economica, ma anche a quella sociale, culturale e sanitaria¹¹.

Da alcuni anni la Regione Emilia-Romagna, individuando il tema delle nuove povertà come problematica emergente da affrontare, dedica particolare attenzione ai problemi della disuguaglianze e della valutazione dell'impatto sulle condizioni di salute e sugli esiti sanitari delle persone¹². La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (1999) sottolinea l'esistenza di disuguaglianze sociali economiche nella salute, evidenziando come a parità di età, il rischio di morire è più alto tra i meno istruiti, nelle classi sociali più svantaggiate, tra i disoccupati, tra chi abita in case meno agiate e in quartieri più degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette¹³. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha manifestato l'esigenza che le politiche sanitarie di ogni Paese garantiscano l'equità dell'assistenza sanitaria, e insieme combattano la povertà, il sottosviluppo e le disuguaglianze¹⁴.

Per ulteriore documentazione e dati dettagliati sull'impatto della speranza di vita e della mortalità nella comunità della Provincia di Ravenna si può fare riferimento alla trattazione nel Bilancio di Missione 2008¹⁵ e all'Allegato statistico 1.5.1.3.

Disuguaglianze socio-economiche e indici di deprivazione

In Italia i dati sulle disuguaglianze sociali nella salute non sono particolarmente numerosi; tuttavia, esiste ormai una maggiore sensibilità verso il problema e cominciano ad essere più frequenti le analisi di esiti di salute in funzione ad esempio del titolo di studio, della professione o delle condizioni abitative. Nello specifico, le prove di una relazione tra condizioni socio-economiche e salute derivano dal calcolo degli “indici di deprivazione”¹⁶.

Gli indici di deprivazione sono strumenti utili a fornire una misurazione del fabbisogno di un determinato ambito territoriale, indicando uno stato di svantaggio in relazione alle condizioni di vita della comunità, alle quali

un individuo, una famiglia o un gruppo appartengono. Sintetizzando le caratteristiche socio-economiche di piccole aree geografiche, gli indici di deprivazione rilevano la povertà intesa nelle sue diverse dimensioni, su base aggregata. Tali misure, inoltre, esprimono e rispecchiano le condizioni di vita, seppure approssimativamente, sia in termini di disagio economico-materiale, sia in termini di svantaggio culturale, sociale e di classe¹⁷.

Questo indicatore può misurare sia la deprivazione materiale che la deprivazione sociale.

La distinzione tra queste due tipologie di indicatori risale alle indicazioni di Townsend “la deprivazione materiale comporta la mancanza di beni, servizi, risorse, comodità normalmente godute o almeno largamente accettate come beni primari. La deprivazione sociale, d’altro canto, sottende ad una non partecipazione nei ruoli, relazioni, usi, funzioni, diritti e responsabilità implicati dall’essere membro di una data società o di un suo sotto gruppo. Questa ultima concezione di deprivazione potrebbe essere attribuita a una forma di razzismo”¹⁸.

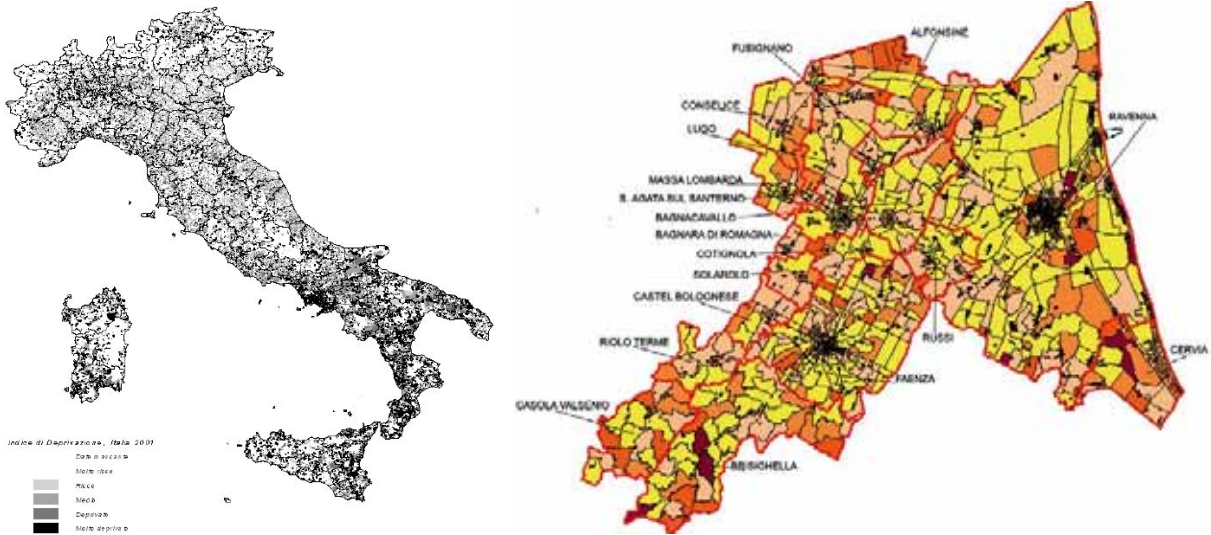
Una misura di deprivazione materiale, pertanto, si propone di descrivere le condizioni oggettive nelle quali vivono gli individui, tramite variabili “dirette”, che misurano in che percentuale gli individui che vivono in una data area geografica possiedono una determinata caratteristica, ad esempio:

- abitazione senza servizi igienici;
- proprietà della casa;
- affollamento abitativo;
- occupazione;
- l’appartenenza a una minoranza etnica;
- svolgere un lavoro manuale;
- l’essere anziano.

Sommando le diverse variabili che esprimono il benessere/malessere di un territorio è possibile estrapolare l’indice di deprivazione all’interno delle aree definite.

Negli ultimi anni un gruppo di studiosi ha proposto un indice di deprivazione desunto dai dati del censimento ISTAT 2001, condotto dall’Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna e proposto ai Comuni capoluogo per incrociarli con i dati sanitari¹⁹. L’ipotesi di base è che la povertà e l’appartenenza a classi sociali svantaggiate sono associate ad un rischio maggiore di mortalità, morbosità e fragilità della popolazione, una situazione di maggior rischio di eventi avversi e quindi di maggiore ricorso ai servizi sanitari. Gli indici di deprivazione si rivelano, infatti, utili nel momento in cui vengono letti nel contesto in cui maturano ed utilizzati ai fini di programmazione e pianificazione sanitaria²⁰. Una revisione della letteratura dell’impatto delle disuguaglianze sulla salute in Provincia di Ravenna è stata condotta nello specifico sulla salute riproduttiva²¹. Di seguito alcune mappe territoriali dell’indice di deprivazione in Italia e nella provincia di Ravenna. In marrone sono segnalate le aree maggiormente deprivate (ad esempio alcune zone del Sud Italia).

Indice di deprivazione socioeconomica per le province italiane e la provincia di Ravenna.

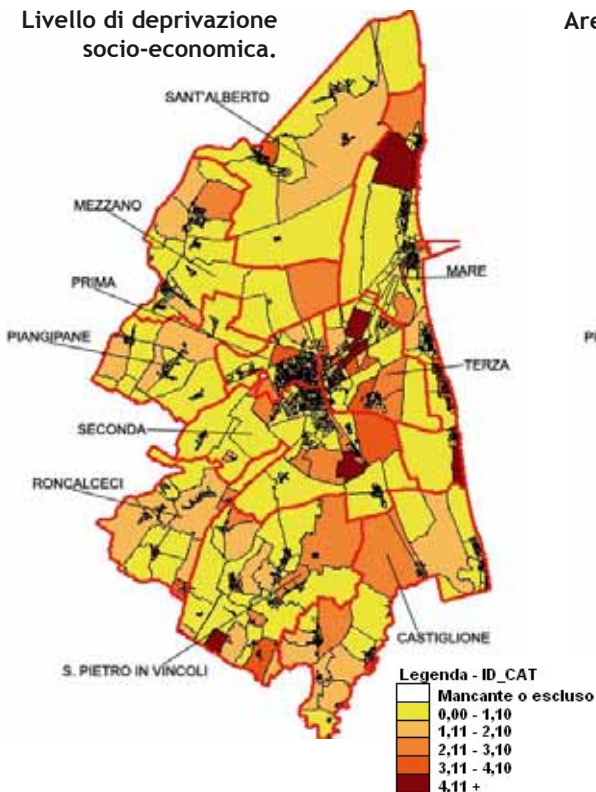


Nelle immagini seguenti sono riportati i primi risultati di uno studio avviato dal gruppo di lavoro regionale sull'applicazione dell'Indice di Deprivazione del censimento 2001 per sezioni di censimento all'intera provincia di Ravenna, il quale viene confrontato con la mappa (sempre per sezione di censimento) della distribuzione dei pazienti fragili (rischio di un evento acuto > 20%, identificati in base al modello predittivo combinato).

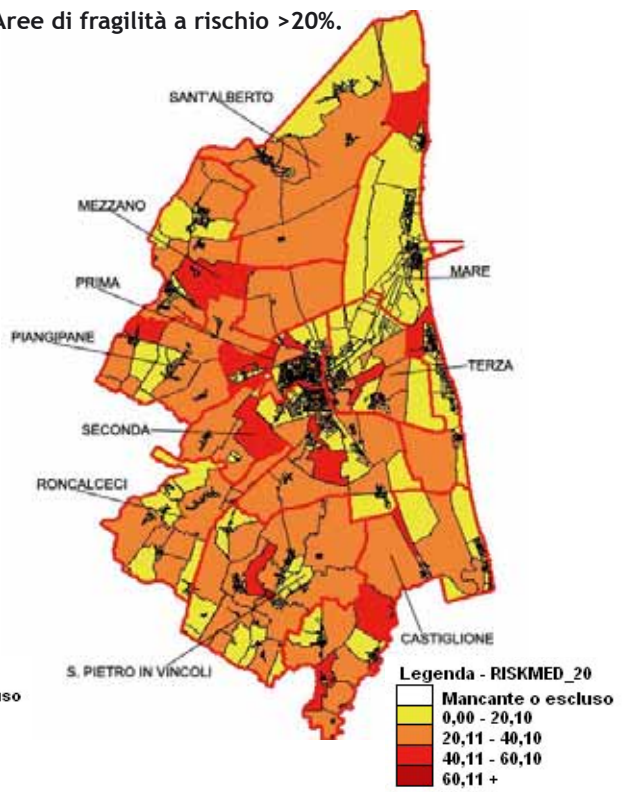
Ulteriori approfondimenti sulla metodologia scientifica del Modello predittivo combinato si possono trovare nel Bilancio di Missione dell'Azienda Usl di Ravenna 2008.

Comune di Ravenna: Confronto tra Indice di deprivazione e distribuzione geografica dei soggetti fragili ad alto rischio.

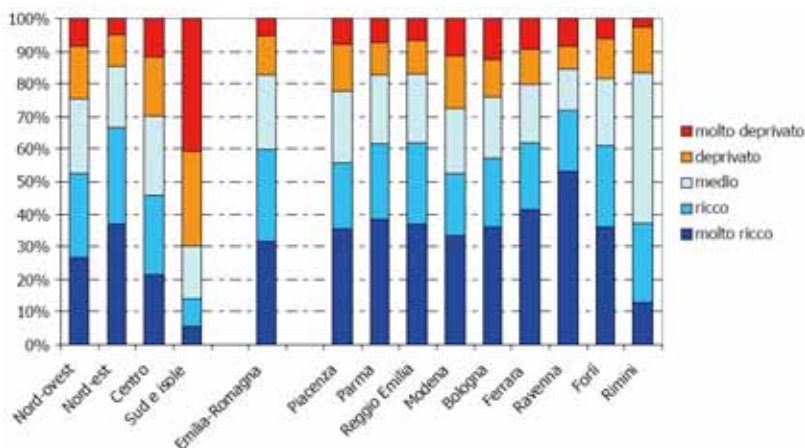
Livello di deprivazione socio-economica.



Aree di fragilità a rischio >20%.



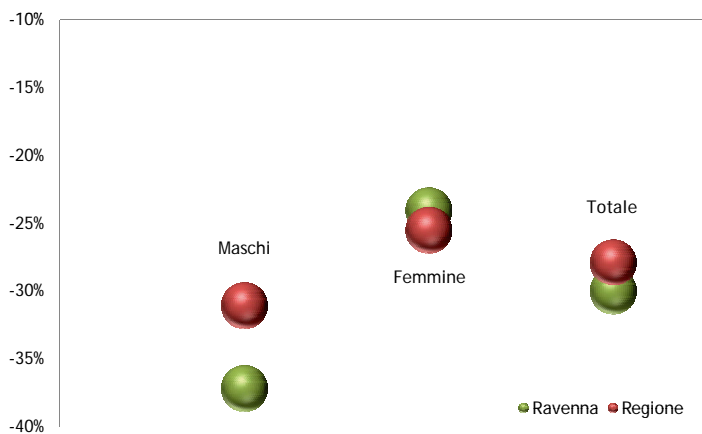
Il confronto dell'indice di deprivazione fra le province della Regione Emilia-Romagna, rivela una sostanziale differenza della provincia di Ravenna e del suo capoluogo rispetto alle altre. Infatti, come si desume dai grafici seguenti, Ravenna detiene il primato della ricchezza (in termini di deprivazione socio-economico-ambientale) ed una contemporanea minore presenza di aree di deprivazione nel proprio territorio. Questo dato trova corrispondenza nella cura e attenzione alle strutture territoriali sviluppate nel corso di molti anni²².



Distribuzione di frequenza della popolazione per fasce di deprivazione, ripartizione geografica, Regione Emilia-Romagna e comuni capoluogo.

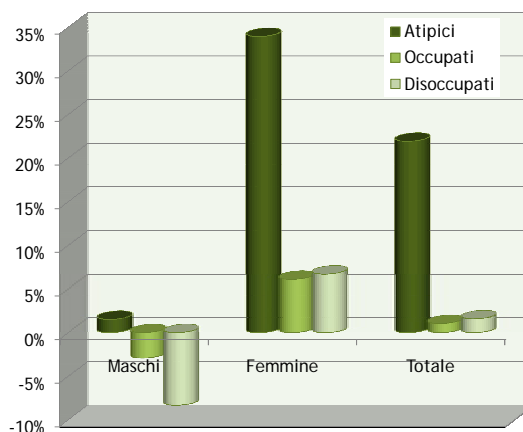
Le figure successive riportano alcuni dati relativi alla differenza 2006-1996 di alcuni indicatori sociali (tasso di scolarizzazione e tasso di disoccupazione o occupazione atipica) confrontati con l'intera regione. Si noti come i maschi registrano una minore quota di persone con nessun titolo o licenza elementare del 1996 rispetto alla regione e alle femmine, le quali registrano un maggiore incremento dei lavoratori atipici e della disoccupazione.

Scolarizzazione e occupazione



Differenza 2006-1996 del tasso di scolarizzazione (nessun titolo o licenza elementare).

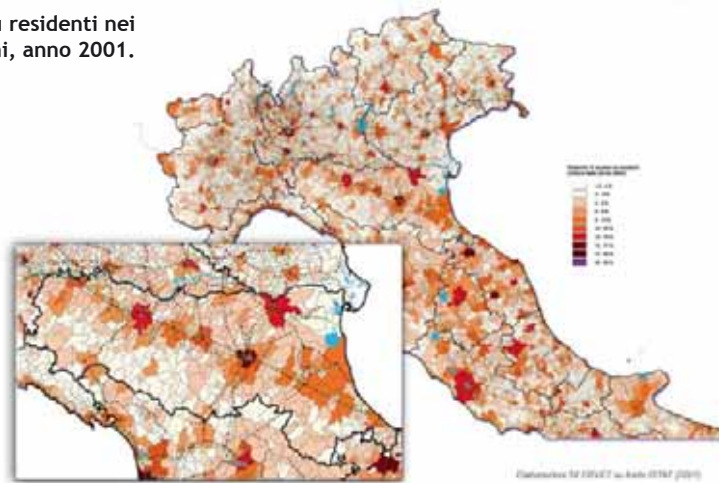
Differenza percentuale dei lavoratori atipici, occupati e disoccupati in provincia di Ravenna rispetto alla regione.



La cartina sottostante mostra una rappresentazione su mappa dell'intensità a scala comunale del livello di istruzione universitaria delle principali aree urbane emiliano-romagnole, con i relativi hinterland, che presentano indici elevati rispetto al panorama nazionale. In particolare, l'area bolognese si colloca a livello di quella milanese, con netto distacco da tutte le altre aree del paese.

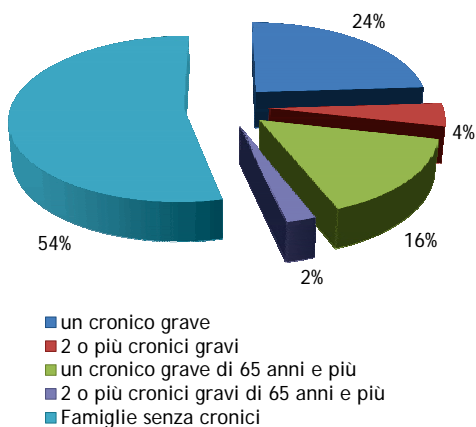
Questa potente presenza di laureati residenti favorisce un elevato indice di istruzione della popolazione regionale e ne rappresenta, più in generale, un importante indicatore del benessere e delle risorse economiche, sociali e culturali. Infatti, anche nel calcolo dell'indice di deprivazione una delle principali variabili considerate è proprio il livello di istruzione, quale fattore determinante del grado di svantaggio socio-economico di un determinato territorio. La "conoscenza/istruzione" è un tema emergente negli scenari economici attuali: viene sempre di più considerata una delle condizioni necessarie perché si possano diffondere benessere e sapere nella società ed è fonte principale della crescita economica e del cambiamento sociale di una comunità²³.

Rapporto percentuale dei Laureati su residenti nei Comuni italiani, anno 2001.



Nei due grafici successivi infine sono descritti i dati nazionali (Condizioni di salute e Ricorso ai servizi dell'ISTAT)²⁴ concernenti la situazione familiare in relazione alla presenza dei pazienti cronici in seno alla famiglia e il titolo di studio dichiarato per presenza di malattia cronica.

Famiglie per numero di componenti affetti da malattie croniche gravi.



Persone per presenza di malattie croniche dichiarate e titolo di studio.

