

## 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).

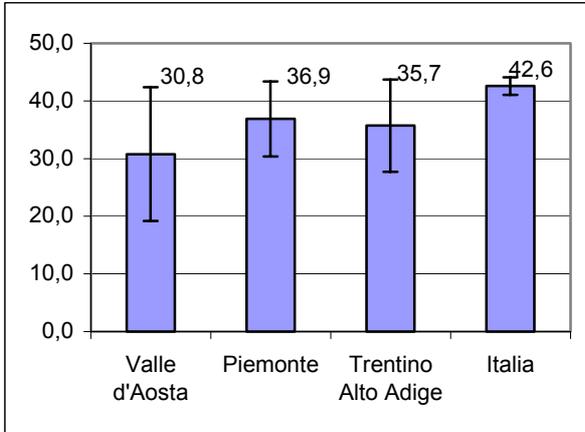
Il 18% degli uomini ed il 17% delle donne hanno fatto ricorso nelle quattro settimane precedenti ad accertamenti diagnostici (Figura 21). Questo dato pone la Valle d'Aosta in una posizione intermedia tra il dato superiore dell'Italia e quelli inferiori o simili di Trentino Alto Adige e Piemonte.

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.

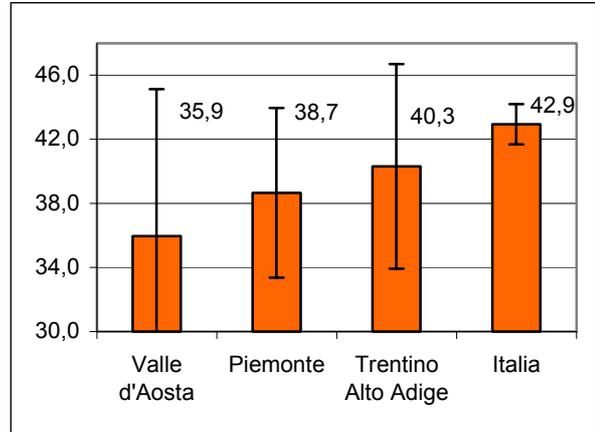
Nel caso del ricorso in generale ad accertamenti diagnostici si segnala l'associazione (statisticamente significativa) tra basso titolo di studio e minore propensione all'uso di accertamenti diagnostici; mentre sarebbero maggiormente favorevoli al ricorso ad esami diagnostici le persone con scarse risorse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

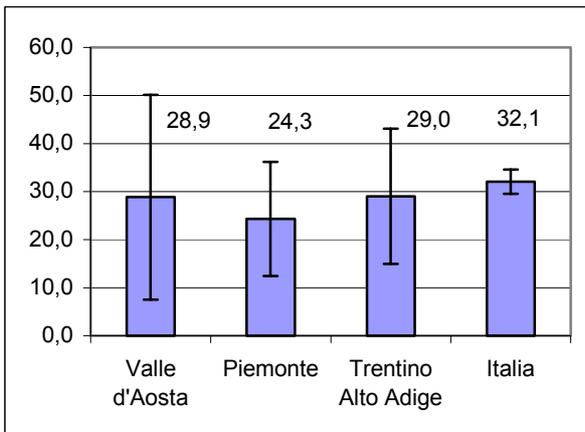


**Donne**

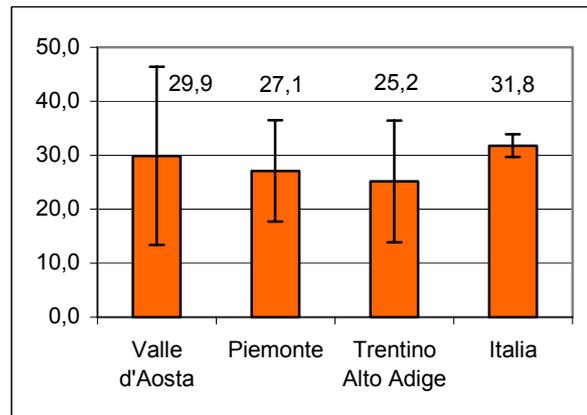


**Figura 20. Ricorso allo specialista privato nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**

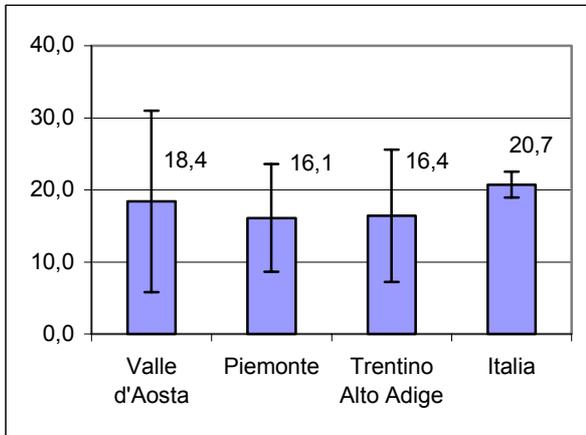


**Donne**

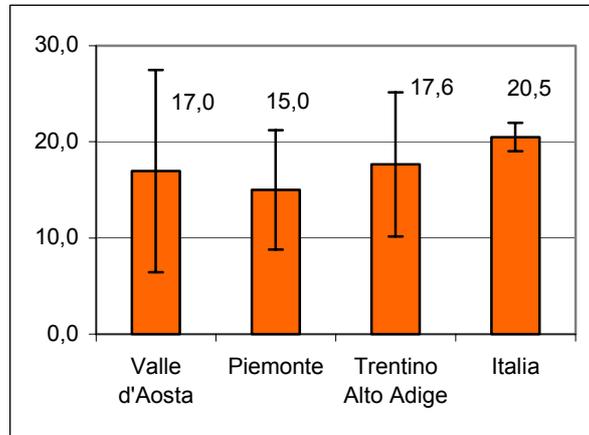


**Figura 21. Ricorso a accertamenti diagnostici nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**

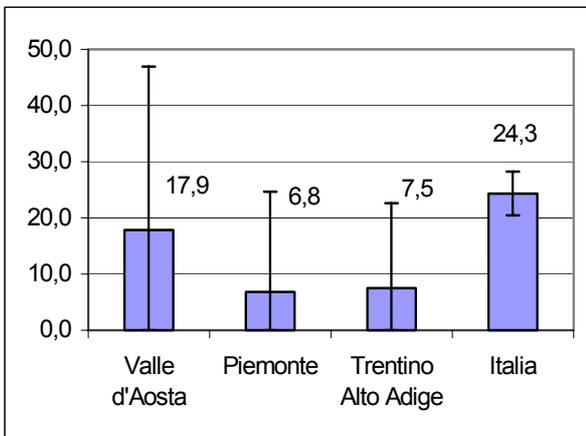


**Donne**

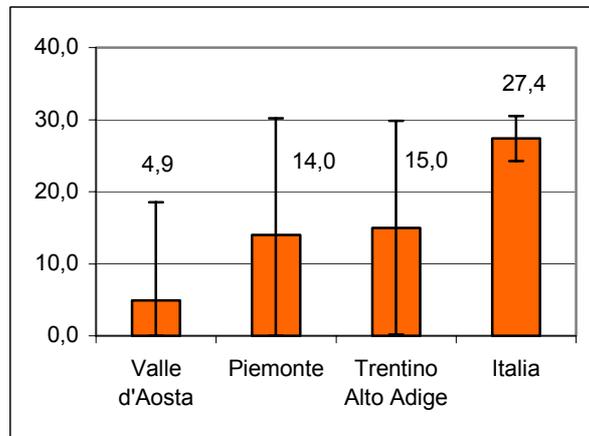


**Figura 22. Ricorso a accertamenti diagnostici presso strutture private nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**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	
<b>Tipologia familiare</b>				
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	
<b>Livello di istruzione</b>				
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	<b>0,47</b>	
<b>Giudizio sulle risorse economiche</b>				
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,19	0,76	<b>1,98</b>	0,58
<b>Dimensione del comune di residenza</b>				
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).

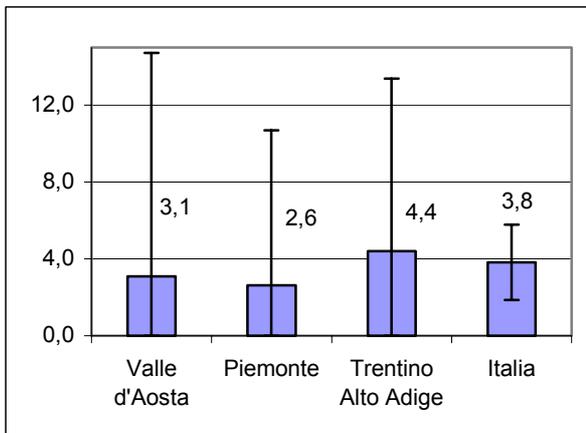
Più importanti sono invece le differenze se si considera l'accesso a strutture private (Figura 24).

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%).

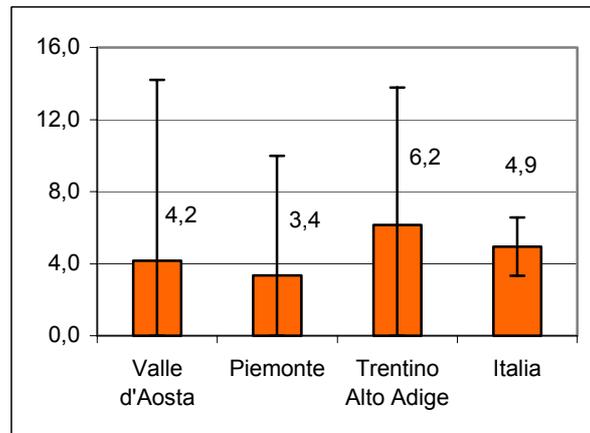
Nel caso dell'accesso alla riabilitazione, indipendentemente dalla tipologia del servizio, risulta avere un effetto significativo, in termini di riduzione del ricorso al servizio, il fatto di abitare in comuni più piccoli, dove sembra risiedere la popolazione meno esposta a limitazioni funzionali e disabilità. 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

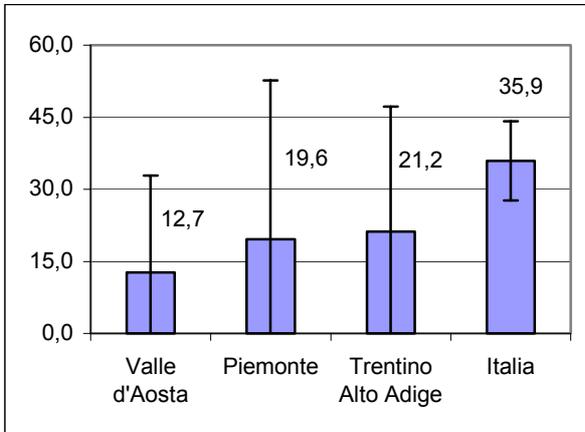


### Donne

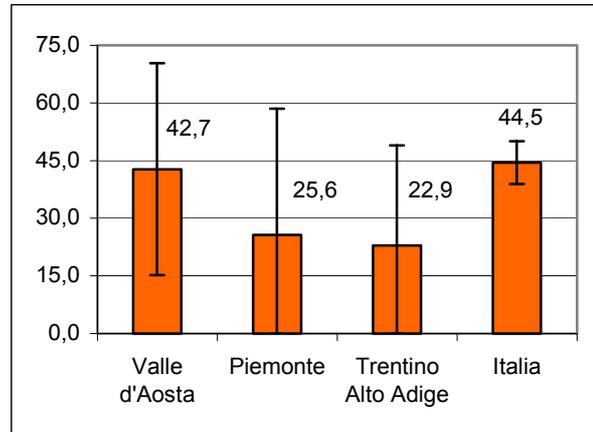


**Figura 24. Ricorso alla riabilitazione presso privati nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**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.

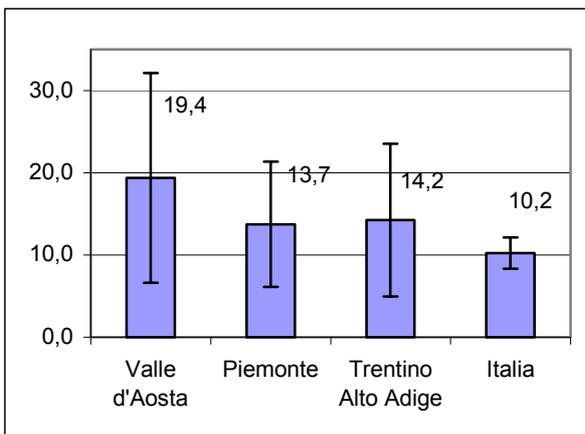
La percentuale di popolazione anziana della Valle d'Aosta che fa uso di medicine non convenzionali è circa il 20%: 19,4% degli uomini e 21,8% delle donne (Figura 25).

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.

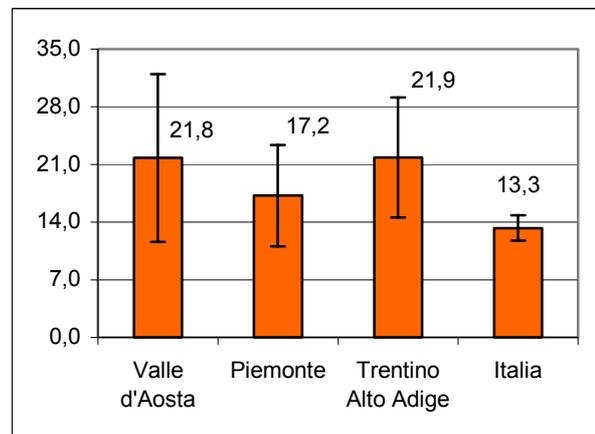
Non esistono invece differenze significative secondo gli indicatori sociali e geografici della Valle d'Aosta: da segnalare che l'uso della medicina non convenzionale sembra più sviluppata nei comuni medi (da 2001 a 10.000 abitanti) e nei comuni più piccoli (sotto i 2000 abitanti).

**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
<b>Tipologia familiare</b>			
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
<b>Livello di istruzione</b>			
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
<b>giudizio sulle risorse economiche</b>			
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,88	0,31	0,83
<b>Dimensione del comune di residenza</b>			
10001-50000	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,36	0,01	1,42
≤2000	<b>0,25</b>	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 Conditions: Building Blocks for Actions, in [[http://www.who.int/ncd/chronic\\_care/index.htm](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 Review). In: *Cochrane Library*, numero 3, 2000. Oxford: Update Software.
8. Parkers J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1,2001. Oxford: Update Software.

## I SERVIZI PER ANZIANI IN VALLE D'AOSTA

In Valle d'Aosta già a partire dagli anni ottanta l'impostazione dei servizi per anziani cercava di favorire il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto sociale, sia potenziando l'assistenza domiciliare, sia costruendo piccole strutture residenziali dislocate in tutta la Valle.

Era infatti diffusa la convinzione della inopportunità di sradicare l'anziano dal proprio ambiente seguendo la tendenza a inserirlo in strutture residenziali magari di grandi dimensioni.

L'allontanamento dell'anziano dal proprio nucleo familiare comporta l'indebolimento o la scissione del legame di affetti con l'ambiente di origine e la riduzione di rapporti umani significativi, con una progressiva perdita di interessi. La conseguenza in termini di salute è un deterioramento psicofisico che rischia di rendere vani tutti gli interventi attivati all'interno di una struttura.

In coerenza con l'impostazione dei servizi per anziani formulata nella legge regionale 15 dicembre 1982, n.93, le scelte operate in Valle d'Aosta si sono quindi indirizzate da sempre alla realizzazione di una rete di servizi capillari, personalizzati e diversificati.

Come priorità di intervento si è cercato di garantire l'erogazione di tutti i servizi, non soltanto nel fondo Valle ma anche in ogni vallata laterale, coerenti al principio che è il servizio a doversi adattare alle esigenze dell'utente e non viceversa. Considerato poi che ogni anziano è diverso da qualunque altro e manifesta esigenze che, a loro volta, possono differire in funzione del contesto di vita (rurale o cittadino), si è scelto di rispondere alle necessità di ognuno prevedendo piani di lavoro personalizzati, ossia modalità di risposta non standardizzate ma che tengano conto delle caratteristiche individuali e di vita che distinguono le persone tra di loro.

Si è scelto anche di offrire una gamma di servizi che potessero rispondere in modo efficace a molteplici esigenze, non limitandosi unicamente all'inserimento residenziale in struttura, ma prevedendo forme di risposta diverse e modulari che comprendono l'assistenza domiciliare integrata, il centro diurno, il centro d'incontro, la comunità alloggio, il telesoccorso, la teleassistenza, i soggiorni climatici, oltre ovviamente alle microcomunità.

Considerato che l'obiettivo prioritario è stato quello di garantire a tutti servizi adeguati, non si è volutamente tenuto conto dei costi economici complessivi che in talune situazioni sono stati particolarmente onerosi, certamente diseconomici e non perseguibili se valutati in base ad una logica di "costo per utente" o "costi benefici" come accade nella maggioranza delle altre realtà italiane.

Questa impostazione dei servizi socio-assistenziali per gli anziani rappresenta una delle strategie maggiormente sentite dalla politica regionale, intesa anche a contrastare lo spopolamento delle zone di montagna, già vivo in alcune regioni montane italiane.

Sostenere gli anziani e le famiglie che ne hanno cura nei luoghi dove essi vivono abitualmente contrasta una eventuale progettazione di allontanamenti dalle zone rurali verso i centri abitati di fondo Valle, sicuramente più attraenti sotto il profilo dell'offerta e dei collegamenti, ma decisamente spersonalizzanti il rapporto fondamentale dell'uomo con la sua cultura e con i luoghi di origine.

Non va taciuta inoltre la valenza economica indiretta del mantenimento dell'anziano nei propri luoghi di vita, rappresentata dalla creazione di posti di lavoro, principalmente a vantaggio delle donne, in zone in cui altrimenti sarebbero state scarse le prospettive lavorative.

Ferma restando questa impostazione politica di fondo, l'esperienza maturata nel corso degli anni ottanta ha reso evidente da un lato, la necessità di qualificare ulteriormente la preparazione professionale degli operatori e dall'altro la necessità di monitorare il livello della spesa a fronte di risorse

definite. Da queste due direttrici si è sviluppata la nuova politica degli anni novanta concretizzatasi, tra l'altro, nell'approvazione di alcune leggi regionali particolarmente importanti.

La legge regionale 3 maggio 1993, n. 22 "Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS" determina criteri e modalità relativi all'erogazione delle provvidenze economiche per:

- il pagamento di rette per l'ospitalità in strutture protette assistenziali e socio-riabilitative, sia in regime diurno sia in regime residenziale ;
- la concessione di contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione.

La legge regionale 27 maggio 1994 , n. 19 "Norme in materia di assistenza economica" regola gli interventi di assistenza economica diretti ai singoli ed ai nuclei familiari che risultino sprovvisti di reddito o che comunque non dispongano di risorse finanziarie sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni fondamentali (minimo vitale).

La legge regionale 27 maggio 1998, n. 44 "Iniziativa a favore della famiglia" prevede, tra le numerose altre iniziative, anche l'attivazione di interventi a sostegno della cura di soggetti in difficoltà da parte di componenti del nucleo familiare.

Il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 1997/1999, approvato con la legge regionale 16 aprile 1997, n.13, ha dato anch'esso un significativo contributo in tale ottica di razionalizzazione definendo la tipologia dei servizi rivolti alle persone anziane come:

- Assistenza domiciliare integrata ADI
- Centro diurno
- Microcomunità
- Residenza sanitaria assistenziale RSA
- Comunità alloggio
- Centri di incontro
- Teleassistenza
- Soggiorni climatici

La legge regionale 16 aprile 1997, n.13 ha trasferito agli enti locali la competenza dei servizi di assistenza alle persone anziane e, di conseguenza, ha disposto il trasferimento ai medesimi enti locali del personale addetto ai servizi a favore delle persone anziane ed inabili precedentemente inquadrato in un apposito ruolo speciale della Regione. In coerenza con il trasferimento di queste competenze la Regione ha infine approvato, nel corso dell'anno 2000, sia nuove modalità di assegnazione delle risorse finanziarie agli enti gestori, sia il trasferimento agli stessi della proprietà degli immobili a destinazione socio assistenziale.

Il recente Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004, approvato con la legge regionale 4 settembre 2001, n. 18, ha segnato la continuità con quanto stabilito nel precedente Piano 1997 –1999 in coerenza con alcuni principi ispiratori che possono essere riassunti nei seguenti:

- garantire una distribuzione equilibrata dei servizi sul territorio per facilitare la massima accessibilità agli stessi e la più ampia libertà di scelta delle persone;
- promuovere l'efficienza e la qualità degli interventi;
- attuare una verifica di efficacia anche riguardo alla soddisfazione delle persone e all'attività di autovalutazione degli operatori;
- valorizzare il coordinamento tra le istituzioni e tra gli operatori ai fini dell'integrazione degli interventi dedicati a persone, famiglie e gruppi sociali;

- sviluppare la diffusione e la qualità dei servizi sociali.

Confermando la tipologia dei servizi alle persone anziane indicata nel 1997, l'attuale Piano ne ha chiarito i contenuti e le finalità. Esso ha poi compiuto una ricognizione generale dei servizi attualmente erogati e dei bisogni ancora insoddisfatti ed ha definito il fabbisogno globale per ogni tipologia di servizio, residenziale e non, in termini di strutture necessarie. Da ultimo, ha fissato gli obiettivi da raggiungere entro il triennio di validità del Piano per garantire la copertura pubblica di tale fabbisogno, sia direttamente che mediante convenzione con enti privati.

Ai fini di una migliore comprensione delle evidenze che verranno successivamente presentate, si descrive di seguito in sintesi il ruolo istituzionale e le finalità dei servizi per anziani in Valle d'Aosta.

L'assistenza domiciliare integrata assume una particolare rilevanza nel fornire una adeguata risposta ai bisogni delle persone anziane che intendono continuare a vivere nella propria abitazione; trae il suo valore aggiunto dall'integrazione della componente assistenziale dell'intervento al domicilio con quella sanitaria a basso profilo clinico.

La sola assistenza domiciliare infatti, garantisce un insieme di prestazioni quali: l'igiene della casa e della persona, le prestazioni infermieristiche, la preparazione e la fornitura dei pasti, l'aiuto domestico, il disbrigo delle commissioni, il sostegno psicologico ecc.. Tuttavia, l'impossibilità di ricevere al proprio domicilio alcune semplici prestazioni sanitarie conduce spesso l'anziano e la sua famiglia a considerare l'inserimento in struttura come unica alternativa possibile, con tutte le conseguenze negative già in termini di salute psicofisica, oltre agli alti costi. Per dare risposta adeguata a questo tipo di bisogno l'assistenza domiciliare integrata amplia il servizio a domicilio ed assicura servizi sociosanitari di buon livello, permettendo alle persone anziane di rimanere nella loro comunità di origine e vivere autonomamente il più a lungo possibile.

Il centro diurno è un servizio sociosanitario integrato che accoglie, senza pernottamento, soggetti adulti che non sono più in grado di permanere presso il proprio domicilio ed eroga prestazioni assistenziali, sanitarie e riabilitative. Attualmente tale servizio ha sede presso strutture autonome solo nel Comune di Aosta, nel resto della Regione viene erogato presso microcomunità che dispongono di spazi idonei alla frequentazione da parte di utenti esterni, mentre altre strutture autonome, impropriamente definite centri diurni, forniscono principalmente un servizio di pasti caldi.

Il centro di incontro è un servizio sociale che offre attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione.

I soggiorni climatici sono un servizio sociosanitario che ha finalità di mantenimento e ristabilimento dello stato di salute, nonché di socializzazione.

Il telesoccorso e la teleassistenza sono un servizio sociosanitario assistenziale che assicura 24 ore su 24, tramite il telefono, interventi tempestivi in caso di emergenza o di improvvisa difficoltà e periodiche verifiche dello stato di salute degli utenti. Attualmente è disponibile ad Aosta e in 7 delle 8 Comunità Montane.

La microcomunità costituisce un servizio sociosanitario integrato a carattere residenziale destinato ad anziani in stato di non autosufficienza psicofisica, che persegue gli obiettivi di ospitare, anche temporaneamente, anziani per i quali le famiglie non possono provvedere in modo adeguato al proprio domicilio. Oltre a ciò le finalità sono quelle di conservare e promuovere le capacità di autonomia degli ospiti, contrastarne il processo di decadimento psicofisico e il peggioramento delle condizioni di salute, attivando percorsi riabilitativi

I destinatari attuali di queste strutture sono le persone anziane, cioè di età superiore ai 65 anni, non autosufficienti che presentano deficit funzionali tali da compromettere lo svolgimento autonomo degli elementari atti di vita quotidiana, che non sono assistibili a domicilio per carenze della famiglia e/o dei servizi territoriali e che necessitano di una elevata assistenza tutelare o di specifici percorsi riabilitativi, ma non di prestazioni sanitarie intensive.

Infine, la comunità alloggio è un servizio sociale destinato ad anziani con sufficiente grado di autonomia e composto da un insieme di piccole unità abitative, attrezzate in modo da permettere una vita autonoma, ma raggruppate in una unica struttura residenziale, dotata di servizi comuni.

## **La qualificazione degli interventi**

La qualificazione degli interventi messi in campo negli ultimi venti anni si è sostanziata principalmente nell'evoluzione della logica assistenziale regionale: si è passati cioè dalla semplice erogazione del servizio alla valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei processi.

Fino a circa dieci anni fa, chiunque riteneva di avere delle necessità di sostegno si rivolgeva all'assistente sociale di zona e formalizzava la sua richiesta. L'ente gestore del servizio (Comune o Consorzio di Comuni) provvedeva poi ad erogare quanto richiesto semplicemente sulla base della relazione predisposta dall'assistente oppure, in certi casi, a sostituirsi alle sue valutazioni, con conseguente perdita di definizione dei rispettivi ruoli istituzionali.

Nel 1992 il Consiglio regionale ha approvato una deliberazione che istituiva un percorso di formazione per il personale che lavorava nei servizi per anziani ed inabili della Valle d'Aosta. Questo progetto, denominato ITACA, si è sviluppato nell'ottica di potenziare e qualificare i servizi per anziani in una prospettiva territoriale che privilegiasse gli interventi domiciliari, la valorizzazione delle risorse della comunità locale e la presa in carico multiprofessionale. Si è trattato cioè di qualificare gli interventi nel senso di realizzare un sistema di servizi in cui, a fronte di bisogni diversi, si potessero prevedere interventi differenziati a seconda delle esigenze delle persone in difficoltà. E' stata quindi avvertita l'importanza di analizzare i bisogni reali in tutte le loro dimensioni, senza limitarsi ad accogliere "tout court" le richieste degli utenti.

Per conseguire questo obiettivo, si è reso necessario lo sviluppo di funzioni di coordinamento tecnico-gestionale dei servizi e di una capacità di interazione tra servizi diversi, rendendo così necessario che il sistema si ispirasse ad alcuni principi unitari, di seguito riassunti :

- permanenza dell'anziano il più possibile presso il proprio domicilio;
- attivazione di tutte le risorse del territorio (familiari, risorse di vicinato, volontariato) affinché operino insieme agli operatori professionali dei servizi pubblici;
- potenziamento dei momenti di coordinamento e di integrazione tra professionalità e servizi diversi;
- globalità e unitarietà degli interventi a fronte del riconoscimento della globalità della persona.

Gli obiettivi del percorso di formazione sono stati quindi quelli di :

- sviluppare le professionalità in modo tale da favorire il passaggio da una cultura che predilige la forma di presa in carico da parte di singole figure professionali, dove l'utente è assistito da operatori diversi che intervengono in modo disgiunto, ad una cultura che privilegia la presa in carico integrata tra le varie professioni, che possono così far risaltare le diverse dimensioni della condizione di bisogno dell'anziano;

- promuovere il cambiamento organizzativo, sperimentando meccanismi operativi che producano risposte efficaci, trasparenti, flessibili, nonché l'esercizio di funzioni di coordinamento tecnico;
- valutare e qualificare i servizi per una efficace programmazione delle risposte ai bisogni sociali sulla base di priorità definite, anche attraverso adeguati sistemi informativi che permettano un impiego razionale delle risorse ed una valutazione dei processi.

L'esigenza di dotarsi di un sistema di valutazione che analizzasse le informazioni utili a livello centrale per l'orientamento delle politiche ha reso a sua volta necessario :

- elaborare criteri e metodi, con conseguente predisposizione di strumenti, per fare valutazione a livello dei singoli interventi e a livello di servizio complessivamente erogato.
- favorire lo sviluppo di forme di valutazione radicate all'interno di pratiche professionali quotidiane, sia a livello di singolo operatore, che nell'ambito di un intero servizio.

Su questi presupposti è stata organizzata una procedura di acquisizione di dati su base cartacea (modulistica uniforme sul territorio regionale) relativi alle richieste di accesso ai servizi per anziani. A fronte di ogni singola richiesta sono stati quindi raccolti numerosi dati utili ad una valutazione multiprofessionale (cioè compiuta da operatori diversi appartenenti ad aree diverse) e multidimensionale (si prendono in considerazione più aspetti della persona) del bisogno espresso.

## **Il contributo delle Unità di Valutazione Geriatrica**

Nell'ambito di questo percorso di miglioramento dei servizi è stata rivista la modalità di lavoro della équipe sociosanitaria di base (composta dall'assistente sociale, dall'infermiera professionale, dal medico di medicina generale e dall'assistente domiciliare) ed è inoltre stata istituita la figura della coordinatrice dei servizi per anziani. Il ruolo di quest'ultima è quello di collaborare con le altre figure professionali e con gli enti gestori per una più efficace risposta alle esigenze presentate dagli anziani al servizio.

Al fine di realizzare una presa in carico integrata dell'anziano e dei suoi bisogni, nel 1996 sono state istituite le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), composte da un medico geriatra, un coordinatore dei servizi infermieristici sul territorio, una coordinatrice dei servizi per anziani e un fisioterapista. Le richieste di inserimento in struttura, sia diurno che residenziale, sono passate quindi da allora attraverso un percorso che prevede una prima valutazione dei bisogni da parte dell'équipe di base e, se la richiesta è ritenuta coerente con i bisogni, una successiva analisi da parte delle UVG.

Oltre a ciò, l'UVG dispone l'utilizzo della rete dei servizi sociosanitari residenziali (quindi provvede agli inserimenti e alle dimissioni) e definisce e verifica i programmi di lavoro individualizzato per ogni utente inserito in struttura.

L'esperienza maturata ha portato nel 2001 ad una più puntuale definizione formale delle modalità di lavoro delle UVG, dei criteri per la formazione delle graduatorie per gli inserimenti e dei trasferimenti nelle strutture; inoltre sono stati riorganizzati i dati raccolti, è stata rivista la modulistica necessaria per l'accesso ai servizi ed è stato istituito l'obbligo per le UVG di redigere una relazione annuale sulla loro attività.

In riferimento all'attività dell'UVG nell'anno 2001 sono state riferite le seguenti criticità:

- difficoltà nel valutare ed inserire in struttura utenti provenienti dall'ospedale o utenti le cui caratteristiche sono scarsamente compatibili con la vita di comunità (etilisti, anziani psichiatrici, gravi demenze con vagabondaggio).

- conferma della tendenza ad un costante peggioramento delle condizioni fisiche e psicologiche degli utenti per i quali è necessario un inserimento, reso in molti casi problematico dal fatto che alcune strutture erano state progettate in funzione di utenti solo lievemente non autosufficienti.
- carenza di personale infermieristico, non solo nelle strutture ospedaliere ma anche nei servizi del territorio, che si riflette nel contesto dei servizi socio-sanitari e condiziona l'inserimento di anziani con particolari problemi sanitari (alimentazione artificiale, medicazioni giornaliere complesse, ecc).

Per contro, da una valutazione complessiva derivante dal costante confronto con gli altri attori del sistema, sono emersi alcuni importanti punti di forza di seguito elencati:

- risultano migliorati i rapporti delle UVG con gli amministratori degli enti gestori, che mostrano di aver maturato il convincimento della necessità di attribuire le funzioni svolte dall'UVG medesima ad un organo tecnico multiprofessionale;
- condivisione a livello regionale dei criteri chiari e condivisi in ordine alla compilazione delle graduatorie per l'inserimento in struttura, che offrono maggiori garanzie di obbiettività, equità e trasparenza;
- valutazioni pertinenti ed appropriate rese possibili dalla composizione multiprofessionale delle UVG.

Il momento valutativo ha assunto così una particolare rilevanza.

Le informazioni raccolte dall'utente in sede di esposizione in merito alla motivazione delle sue richieste possono essere analizzate, oltre che per una valutazione del singolo caso, anche per comprendere, più in generale, il contesto in cui nascono i bisogni dell'anziano.

A livello di governo, non solo è così possibile valutare gli esiti delle attività, ma anche i processi che ne permettono la realizzazione. Un idoneo sistema informativo infatti, permette di riconoscere la pertinenza delle risposte fornite a fronte dei bisogni rilevati, di valutarne l'efficacia e l'utilizzo di tutte le risorse disponibili e, infine la tempestività in termini di attesa di risposta.

Le evidenze che emergono da tali dati non hanno quindi un valore meramente statistico (quante persone anziane hanno ricevuto servizi), ma risultano importanti ai fini di una verifica dell'appropriatezza dell'approccio dei servizi ai problemi, soprattutto in termini di collaborazione tra operatori di aree diverse.

Dal progetto ITACA è quindi derivata una raccolta di dati che doveva rispondere alle due esigenze sopra riportate e che ha coinvolto, quali referenti sul territorio, soprattutto le coordinatrici dei servizi per anziani.

Dopo una iniziale difficoltà legata alla novità della procedura e alla sua conciliazione con i tempi e le modalità di lavoro preesistenti, si è proceduto a sperimentare la nuova metodologia di lavoro nel distretto 4; ciò ha consentito di mostrare alcuni dati in modo sintetico, riferiti ad uno specifico periodo (anno 1998 + gennaio e febbraio 1999) in cui complessivamente gli utenti che si sono rivolti ai servizi furono 130. In 61 casi (47%) sono state richieste prestazioni specifiche e in 69 casi (53%) la domanda è stata di aiuto nell'affrontare problemi o disagi. E' interessante rilevare come una larga parte dell'utenza (53%) si sia rivolta ai servizi in condizioni di difficoltà, per individuare insieme agli operatori le risposte possibili a situazioni familiari complesse.

Solo 31 domande (14%) sono state presentate dal diretto interessato, mentre 99 (86%) da altri, soprattutto familiari. Ciò ha reso obbligatoria una riflessione sul livello di condivisione da parte degli anziani di decisioni che li riguardano, ma che spesso sono sollecitate da altri. È infatti questa una preoccupazione molto presente negli operatori, che spesso però esprimono difficoltà nel riuscire, nella fase di analisi della

domanda, ad indagare in modo appropriato al riguardo. Questo aspetto etico e deontologico risulta quanto mai complesso se si considerano anziani con compromesse capacità intellettive.

In 117 casi (90%) la definizione dei problemi è stata realizzata in modo integrato da operatori dell'area socio-sanitaria e in 13 casi (10%) in modo non integrato. Questo è apparso come un buon risultato circa l'esigenza di una collaborazione tra operatori di aree professionali diverse.

Le domande di inserimento in struttura protetta sono state 60, ma solo 18 sono state le risposte in termini di inserimento definitivo in struttura, ad evidenziare che è stata data una maggiore attenzione alle risorse personali, familiari o comunitarie presenti, che hanno consentito di evitare l'inserimento in struttura.

L'esperienza maturata nel corso dei primi anni di sperimentazione della procedura di raccolta dei dati maturata nell'ambito del progetto ITACA ha dimostrato la necessità di un suo adeguamento alle effettive esigenze, che è stato realizzato, con il concorso anche di altre risorse specializzate sia all'interno che all'esterno dell'amministrazione, tra il 2001 e il 2002.

Come esito di questo processo di aggiornamento e miglioramento, i dati disponibili sono, per il momento, quelli relativi a tutto il territorio valdostano per l'anno 2000.

Nonostante la qualità dei dati sia ancora migliorabile, si tratta di un primo resoconto utile, perché applicato su tutto il territorio, ad avanzare alcune considerazioni generali in grado di individuare da subito alcune azioni capaci di migliorare l'efficienza e l'efficacia del servizio reso. Un obiettivo secondario, ma ugualmente utile, riguarda il miglioramento dello stesso flusso informativo in termini di qualità e pertinenza degli indicatori originariamente stabiliti. Infatti, a motivare la pubblicazione di questi dati è stata anche la convinzione che non utilizzare un dato in attesa di un altro di qualità migliore può comportare il rischio di non ottenerlo affatto in quanto chi produce i dati spesso non li migliora fintanto che non ne viene dimostrato un loro reale utilizzo.

L'intento quindi è duplice: da un lato, si tratta di far pervenire alle operatrici ed agli operatori del settore delle sintesi capaci di suggerire alcune indicazioni operative, dall'altro, si tratta di avviare un dialogo sui dati e sull'attuale flusso informativo al fine di individuare ambiti di valutazione attualmente non coperti o ambiti attualmente previsti ma in forma non pertinente alle finalità di analisi.

I dati sono riferiti alle "pratiche aperte" per ciascun soggetto che è entrato in contatto con il servizio sociale nel corso dell'anno 2000. Ogni pratica è suddivisibile in quattro entità informative corrispondenti ai diversi momenti del processo con cui si valuta il bisogno espresso e la relativa richiesta di intervento.

Le quattro entità sono:

*La richiesta*, che corrisponde alla prima fase in cui vengono memorizzate le informazioni raccolte al momento del primo contatto (*Bisogno espresso*).

*Il questionario*, che contiene la sintesi delle informazioni raccolte durante la visita domiciliare o l'intervista con l'utente (*Verifica del bisogno*).

*L'intervento*, che contiene le informazioni prese al momento della definizione del problema da parte dell'équipe (*Costruzione del Progetto*).

*Il Piano di lavoro*, che contiene le informazioni relative ad azioni che saranno intraprese nell'ambito dell'intervento (*Operatività*).

Sulla base di queste entità sono stati realizzati gli indicatori che seguono.

## 1. Numero di casi riferiti ad un anno solare

Rappresenta il numero di pratiche presentate in un anno.

Pratiche	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Numero	73	334	109	127

ITACA, anno 2000

Come logico attendersi, il distretto 2, in cui risiede quasi la metà della popolazione regionale ha il numero di domande più elevato, ciò anche per effetto dell'indice di vecchiaia che in questo distretto, e nel distretto 4, presentano valori più elevati (152,8 anziani ogni 100 giovani) rispetto al distretto 1 (117,8) e al distretto 3 (143,5).

## 2. Utenti per fascia di età

Rappresenta il numero di pratiche distinte per età dell'anziano richiedente l'intervento.

Fascia d'età	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Tra 65 e 90 anni	50	235	85	86
Supera i 90 anni	17	72	19	28
Meno di 65 anni	7	27	5	14

ITACA, anno 2000

Tra i soggetti con meno di 65 anni vi è una parte che, indipendentemente dall'età, beneficia unicamente del Servizio di assistenza domiciliare (SAD), che è destinato a tutta la popolazione. Solo la rimanente parte di soggetti non anziani è quindi da considerarsi "utenza inappropriata" in carico ai servizi per anziani nell'anno 2000.

Per migliorare l'appropriatezza dei servizi e soprattutto dare risposte pertinenti ai bisogni, uno studio condotto nel 1999 dall'Assessorato della sanità, salute e politiche sociali, intitolato "Stima del fabbisogno di posti letto in RSA", ha rilevato che la maggior parte degli utenti in strutture residenziali, con meno di 65 anni, è costituita da casi psichiatrici o da utenti con problemi alcol correlati. Di conseguenza il Piano socio sanitario regionale 2002-2004 ha posto, tra gli obiettivi prioritari di efficacia e di efficienza organizzativa, la riorganizzazione funzionale dei servizi per anziani anche mediante una nuova assegnazione dell'utenza in carico a servizi più pertinenti rispetto ai bisogni; è stata quindi prevista la creazione di nuove RSA e la riconversione in RSA di attuali strutture residenziali da destinare a persone con problemi diversi da quelli indotti dalla sola condizione anziana.

### 3. Utenti per sesso

Rappresenta il numero di pratiche, distinte per sesso dell'anziano o dell'anziana richiedente.

Sesso	Casi			
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Maschi	26	104	39	44
Femmine	48	230	70	84

ITACA, anno 2000

La percentuale di donne è più elevata per effetto diretto della maggiore longevità rispetto agli uomini.

### 4. Utenti per situazione abitativa

Rappresenta il numero di domande distinte in base a due condizioni di vita in casa e senza distinzione per sesso ed è un indicatore indiretto del disagio e del bisogno di assistenza.

Situazione	Domande			
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Vive solo	34	141	58	69
Non vive solo	39	167	45	57

ITACA, anno 2000

Per una corretta lettura dei dati si precisa che, nella quota di anziani che vivono soli, vi è una percentuale che, risiedendo in zone particolarmente disagiate per altitudine o collegamenti viari, richiede l'inserimento temporaneo in struttura per la durata del periodo invernale.

### 5. Utenti per adeguatezza dell'abitazione

Rappresenta il numero di domande differenziate sulla base del giudizio di adeguatezza o meno dell'abitazione del richiedente. Il dato è fornito senza distinzione per sesso.

Abitazione	Domande			
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Assenza di servizi	2	8	4	6
Presenza di barriere	14	45	16	50
Complessivamente non adeguata	18	30	8	10
Adeguate	31	219	72	58
Mancanza di abitazione	8	6	3	2

ITACA, anno 2000

I dati registrati dalle assistenti sociali evidenziano una maggioranza di abitazioni adeguate ad accogliere l'anziano che vi abita. Nella quota di abitazioni non adeguate la percentuale più elevata di inadeguatezza è dovuta alla presenza di barriere architettoniche.

Se si considera che l'abitazione rappresenta per l'anziano non solo un rifugio o un riparo, ma un luogo carico di significati legati alla memoria e al proprio percorso esistenziale, si comprende come essa sia una delle componenti fondamentali e determinanti della qualità della vita, da cui può dipendere il benessere psicofisico complessivo della persona.

## 6. Numero di domande provenienti dall'ospedale e dal territorio

L'indicatore rappresenta il conteggio delle domande distinte tra quelle segnalate direttamente dall'ospedale durante il ricovero e quelle segnalate dai servizi territoriali. Dai dati in tabella, si evince come solo una minoranza di casi transiti per la struttura per acuti e come invece la maggior parte delle richieste si produca dal territorio.

Segnalazione	Domande			
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Ospedale	13	34	15	21
Territorio	60	300	94	106
Totale	73	334	109	127

ITACA, anno 2000

## 7. Numero di domande per unità di budget

Rappresenta il conteggio dei casi provenienti dall'ospedale distinti per unità di budget che ha effettuato la segnalazione.

Segnalazione*	Domande			
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Traumatologia	4	6	-	1
Psichiatria	-	1	-	-
Neurologia	-	1	-	2
Medicina	1	8	7	9
Geriatrics	5	18	6	3
Gastroenterologia	-	1	-	-
Chirurgia	-	1	-	1
Oncologia	2	-	2	5
Urologia	-	-	-	1

ITACA, anno 2000

\* E' stata esclusa la voce "Altro" che ammonta a 9 casi complessivi tra tutti i Distretti.

Come era logico aspettarsi è la Geriatrics il maggiore segnalatore e inviante di casi ai servizi territoriali per anziani essendo la disciplina che si indirizza più di altre a questa fascia di popolazione.

## 8. Numero di domande per tipologia di problema o di richiesta

Rappresenta il conteggio dei questionari raggruppati per tipologia di problema o di richiesta specificando che: per problema, si intende un situazione critica o una condizione di bisogno denunciata dal richiedente; per richiesta, si intende la formulazione esplicita di una domanda di accesso ad una prestazione o ad una struttura. Ciascun richiedente può elencare più di un problema o condizione di bisogno per cui la sommatoria dei problemi presentati non coincide con il numero di persone che sono entrate in contatto con il servizio.

L'utilità di questa elencazione è quella di fornire una prima, sommaria, analisi dei bisogni espressi.

Descrizione del problema o richiesta	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Inserimento diurno	1	32	3	3
Accoglienza in struttura	7	113	31	29
Interventi l.r.22/93 (assistenza economica)	3	12	-	-
Interventi l.r.19/94	-	-	1	-
Compagnia	3	8	4	5
Aiuto per preparazione o fornitura pasto	2	61	29	28
Aiuto per igiene personale	11	66	14	18
Problemi di salute	1	2	1	-
Mancanza di risorse familiari (Stress familiari)	1	7	2	2
Aiuto per commissioni - Disbrigo pratiche	-	3	4	3
Richiesta di trasporti e accompagnamento	-	10	1	-
Prestazioni infermieristiche	-	1	-	-
Essere trasferiti presso un'altra struttura	-	7	-	-
Altro o informazione sui servizi *	-	21	10	-

ITACA, anno 2000

\*Altro o informazioni sui servizi evidenzia che volte l'anziano si rivolge ai servizi e non formula richieste precise, espone la sua situazione familiare aspettandosi dal servizio una risposta.

## 9. Numero di domande per segnalatore

Rappresenta il conteggio dei questionari raggruppati per tipologia di soggetto segnalatore dello stato di bisogno.

Descrizione	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Vicinato	-	2	2	-
Servizi sociali	6	5	-	-
Diretto interessato	24	57	31	28
Ospedale	-	-	-	2
Familiari	43	232	63	75
Amici	-	3	2	-
Altro	-	8	4	-

ITACA, anno 2000

Da questo sintetico prospetto emerge come, oltre al soggetto direttamente interessato, sia la famiglia il segnalatore che con maggiore frequenza accede al servizio con una richiesta di intervento. Questo fenomeno può avere numerose interpretazioni. La prima, ovvia, riguarda il fatto che il disagio dell'anziano grava in primo luogo sulla famiglia di appartenenza e che, nonostante le leggi regionali emanate già da alcuni anni a supporto e a riconoscimento del ruolo di cura svolto della famiglia verso i propri anziani, sia ancora esiguo il ricorso alle possibilità da esse offerte.

L'altra interpretazione riguarda il fatto che le leggi regionali hanno come obiettivi indiretti una valorizzazione del lavoro di cura dell'anziano al proprio domicilio ed un riconoscimento delle esigenze e dei diritti dei curanti; occorrerà quindi ampliare ulteriormente i servizi sul territorio integrando il ruolo svolto dai famigliari con l'offerta pubblica, quella privata e il volontario domiciliare, anche con specifici protocolli d'intesa.

Si fa presente tuttavia che dal 2000 al 2001 si è registrato un incremento di richieste per le provvidenze previste da queste leggi, particolarmente per la legge 22/93, che ha avuto un aumento delle richieste del 63,4%.

## 10. Numero di domande per tipologia di intervento

Per una corretta lettura ed una migliore comprensione dei dati si consiglia questa tabella deve essere raffrontata con la tabella n.8 poiché, a fronte di determinati problemi evidenziati e o di particolari richieste, si evidenziano quali sono stati gli interventi attivati di conseguenza.

Descrizione dell'intervento	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Inserimento diurno	5	39	6	2
Inserimento temporaneo in struttura	12	56	16	21
Inserimento definitivo in struttura	7	38	12	8
Interventi l.r.22/93 (assistenza economica)	3	16	-	-
Interventi l.r.19/94	-	-	1	-
Prestazioni a domicilio (aiuto faccende domestiche, lavanderia e disbrigo commissioni )	7	45	15	25
Compagnia	-	-	-	1
Fornitura pasti	4	52	29	29
Aiuto per igiene personale	14	56	17	21
Trasporto	-	3	-	

ITACA, anno 2000

## 11. Tipologie di intervento su problemi o richieste segnalati

Si tratta di un indicatore di appropriatezza delle richieste dell'utenza o, di domanda "congrua". Consiste nel conteggio dei questionari raggruppati per tipologia di problema o richiesta per misurare la pertinenza delle richieste rispetto all'effettivo bisogno. In altre parole, a fronte di un bisogno riferito o di una richiesta di intervento, il dato mostra quale è stata la risposta da parte dell'équipe multiprofessionale in relazione alla condizione di bisogno. Nella maggioranza dei casi le richieste sono state appropriate e si registra una concordanza elevata tra i problemi o le richieste segnalati e la risposta organizzativa messa in campo dall'équipe. Nei casi invece in cui la richiesta di intervento non è stata valutata pertinente ai bisogni espressi e ai criteri di accesso al servizio richiesto, il numero di domande fornisce un'indicazione indiretta della capacità di autovalutazione del bisogno da parte dei cittadini richiedenti o di conoscenza dei ruoli istituzionali di ogni singolo servizio.

La concordanza è più elevata per i servizi più conosciuti, quali gli inserimenti in struttura per i quali, a prescindere dalle diverse modalità dell'inserimento (diurno o residenziale, temporaneo o definitivo) si è registrata una elevata concordanza tra richiesta ed erogazione (70% circa). Nei servizi per i quali la richiesta è minore è anche più elevata la frequenza di richieste inappropriate.

## 12. Numero obiettivi raggiunti sul totale degli interventi

Si tratta della percentuale di obiettivi raggiunti sul totale dei Piani di lavoro trattati.

		Obiettivi raggiunti
Distretto	1	80%
Distretto	2	73%
Distretto	3	66%
Distretto	4	87%

ITACA, anno 2000

Va considerato che talvolta gli obiettivi non possono essere raggiunti a causa della necessità di ridefinire il piano di lavoro per modifiche intercorse nella situazione della persona, risulta in questo altamente positivo il fatto che le azioni concrete di chi opera nei servizi non sono fini a se stesse, ma tendono al

raggiungimento di obiettivi personalizzati e quindi acquisiscano senso per chi le svolge. Anche l'insuccesso, in tale ottica, è da ritenersi non come fallimento di un progetto, ma come fase di analisi e rivalutazione da cui ripartire per individuare soluzioni e interventi più realistici e adeguati per rispondere ai bisogni della persona.

Questo indicatore ha tuttavia suggerito la necessità per il futuro di utilizzare una metodologia diversa per valutare il raggiungimento di un obiettivo, tale cioè da potere essere rapportata al bisogno iniziale presentato dall'anziano e prevedere il suo soddisfacimento anche nelle fasi successive di evoluzione del bisogno stesso.

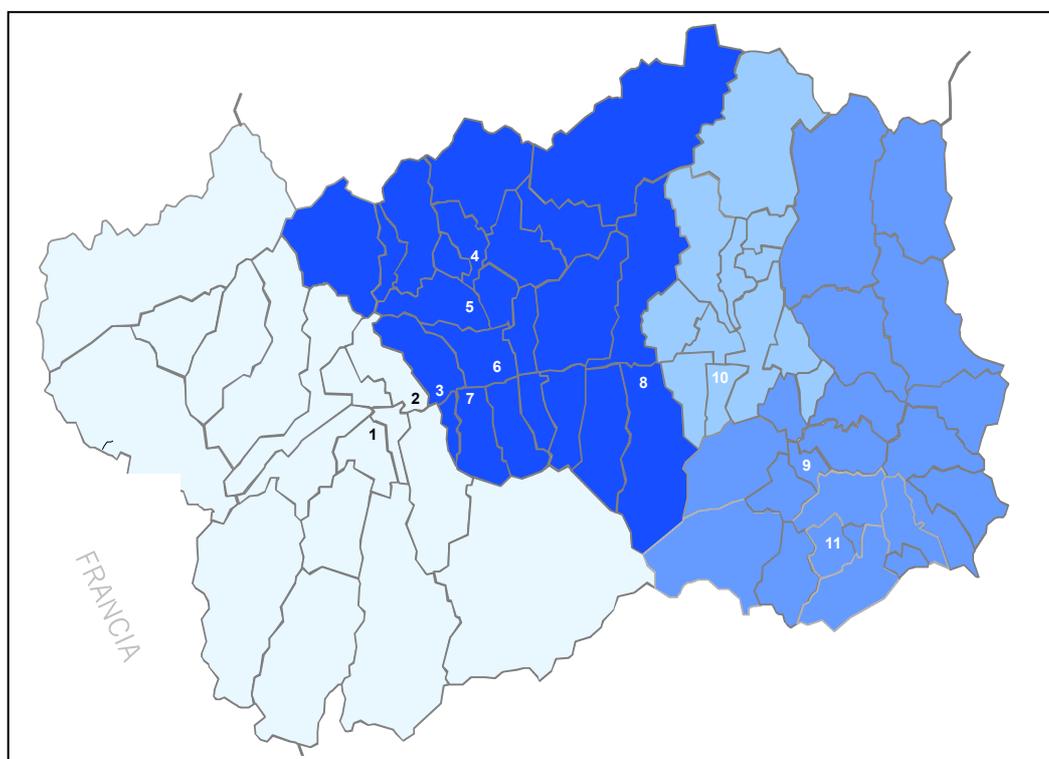
### **13. Tempo medio di definizione del problema per numero di domande**

Si tratta di un conteggio matematico del tempo medio, calcolato in giorni, impiegato dai servizi sociali per definire ogni singolo caso e rappresenta un indicatore indiretto di efficacia organizzativa del servizio stesso. Poichè la procedura applica una media matematica, emergono dei tempi diversi nei distretti che sono però funzione delle modalità organizzative del calendario di incontri delle UVG più che l'esito di una migliore o maggiore efficacia nella risposta. Si consideri inoltre che occorre distinguere tra il servizio di assistenza domiciliare, che viene attivato in una settimana in tutti i distretti, e gli inserimenti in struttura diurni o residenziali, che richiedono invece tempi più lunghi data la necessità dell'intervento delle UVG per una valutazione multiprofessionale della richiesta.

## La mappa dei servizi per anziani in Valle d'Aosta

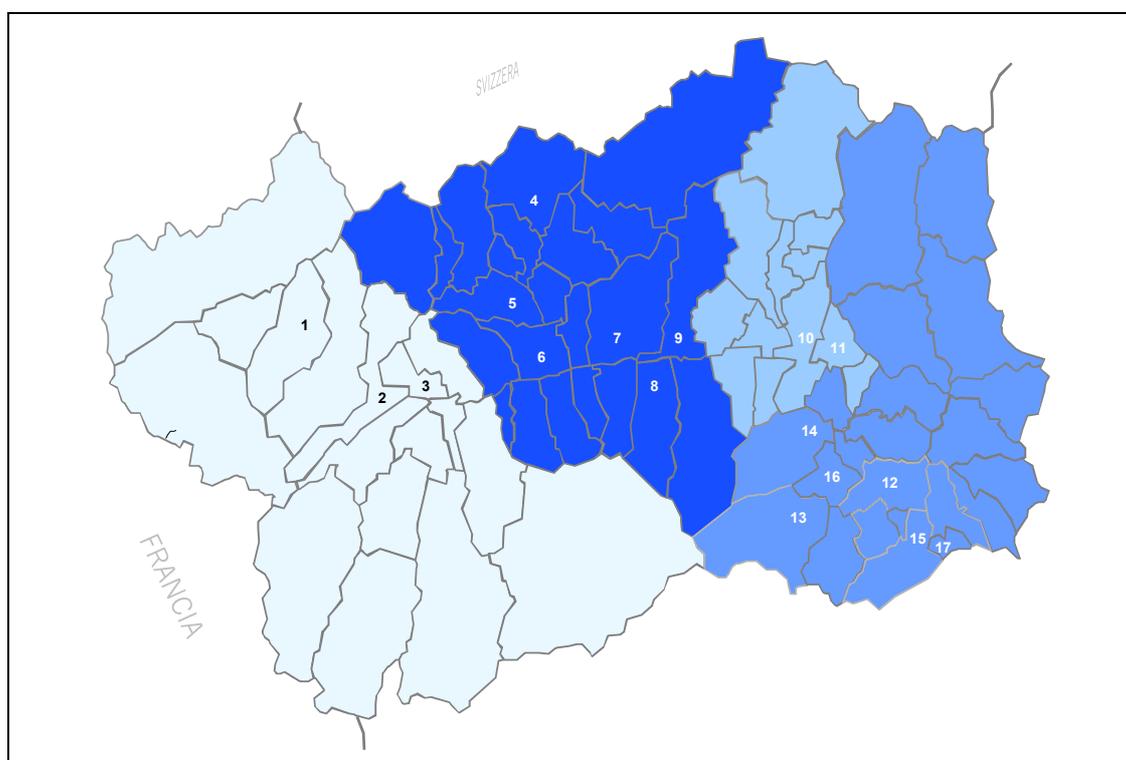
### I Centri diurni

1	Introd centro diurno c/o microcomunità Loc Villes Dessus	2	Saint-Pierre centro diurno c/o microcomunità Fraz. Ordines
3	Sarre centro diurno c/o microcomunità Fraz. Blassinod	4	Doues centro diurno c/o microcomunità Loc. Planavilla
5	Gignod Chez Roncoz c/o microcomunità Loc Chez Roncoz Variney	6	Aosta c/o microcomunità Via Saint-Martin de Corléans Ao
6	Aosta c/o microcomunità Viale Europa	6	Aosta Via Capitano Chamonin
6	Aosta c/o casa di riposo J.B.Festaz Viale Monte Grappa	7	Gressan c/o microcomunità Loc Entrepieu
8	Fenis c/o microcomunità Loc. Chez Sapin	9	Verrès Via Martorey
10	Pontey c/o microcomunità Loc. Lassolaz	11	Hône Via Aosta



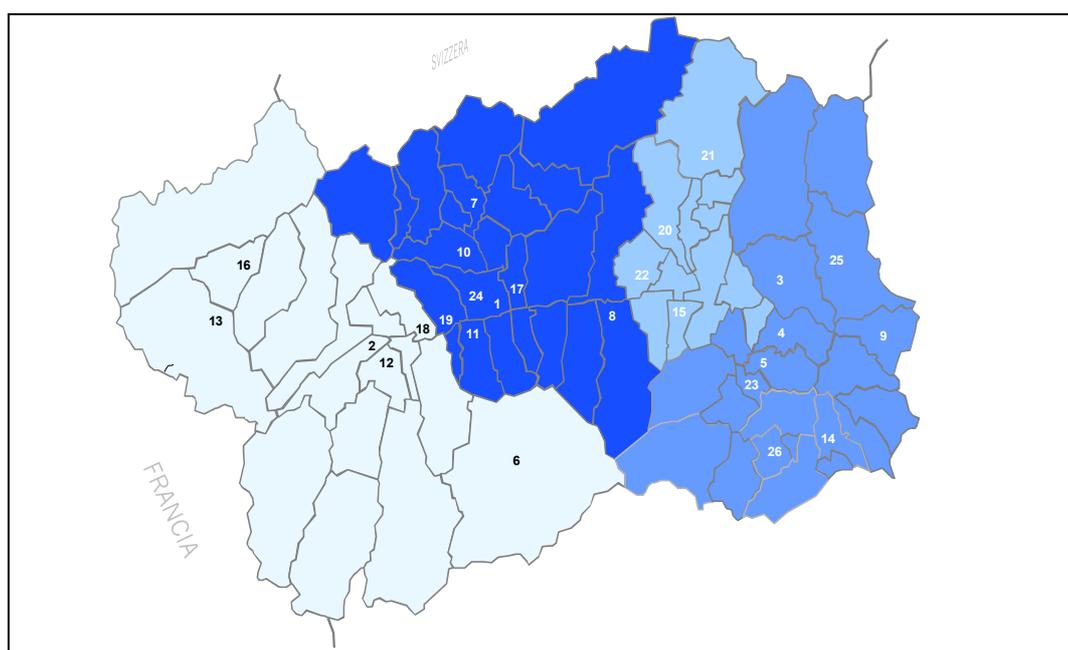
## I Centri di incontro

1	Morgex Via Valdigne	2	Avise Fraz Cerellaz	3	Saint-Nicolas Loc. Capoluogo
4	Ollomont Casa Comunale	5	Gignod Loc. Place de l'Eglise	6	Aosta Via Mont Vélán
6	Aosta Via Aurora Wuillerminaz n.3 n.7	6	Aosta Corso Battaglione Aosta c/o CCS Cogne	7	Quart Via Roma
8	Saint-Marcel Loc. Capoluogo	9	Nus Via Mandolla	10	Châtillon Via Pellissier
11	Saint-Vincent Via Wuillerminaz	12	Arnad Fraz. Clos	13	Champorcher Loc. Meiller
14	Champdepraz Loc. Vierung	15	Donnas Via Principe Tommaso	16	Issogne Loc. Colombière
17	Pont-Saint-Martin Via della Repubblica				



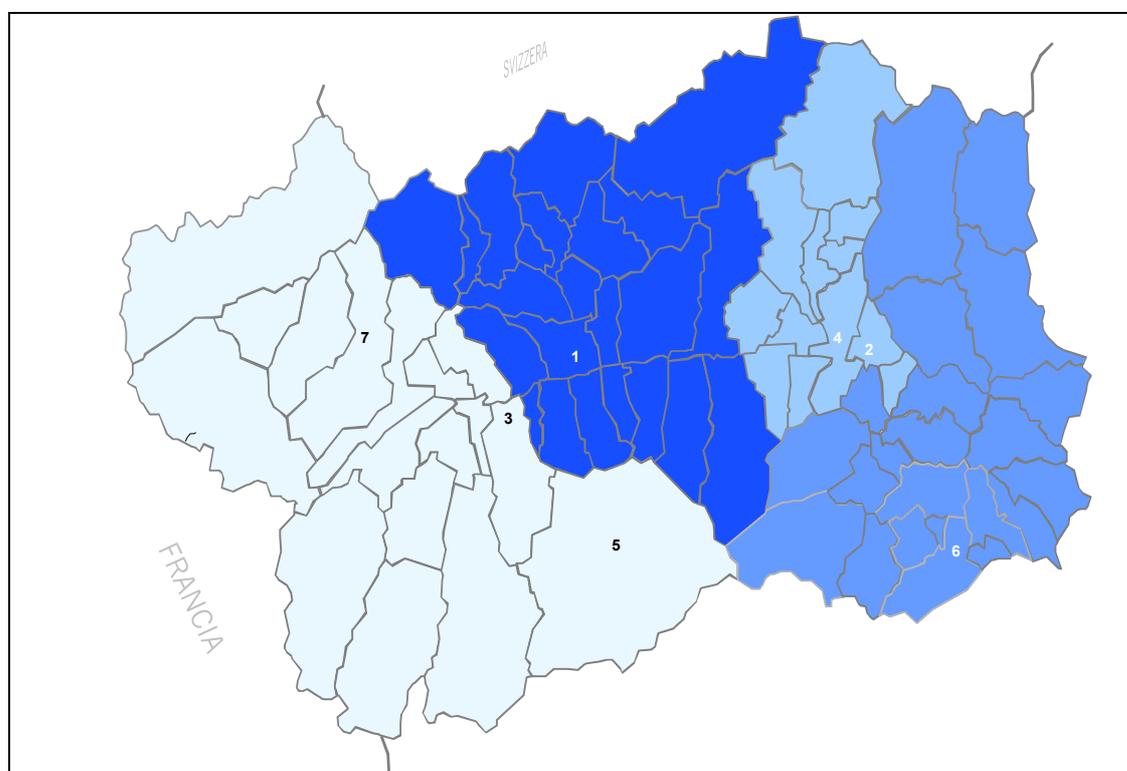
## Le Microcomunità (Case di Riposo pubbliche)

1	Aosta Centro Polivalente Via Saint-Martin-de- Corléans 21 posti	1	Aosta Via Guido Rey 20 posti	1	Aosta “Casa Famiglia” Viale Europa 20 posti
2	Arvier Rue Du Chateau 13 posti	3	Brusson Frazione Vollon 15 posti	4	Challand-Saint-Anselme Fraz.Corliod 16 posti
5	Challand-Saint-Victor Loc. Capoluogo 28 posti	6	Cogne Loc. Moline 12 posti	7	Doues Loc. Planavilla, 19 16 posti
8	Fénis Loc. Chez Sapin 23 posti	9	Gaby loc. Gaby Desaut 15 posti	10	Gignod “L’Oberdze” Piazza della Chiesa 11 posti
10	Gignod - Variney Loc. Chez Roncoz 25 posti	11	Gressan Loc. Etrepiou – La Cort, 19 22 posti	12	Introd Loc. Villes Dessus 22 posti
13	La Thuile Loc. Villaret 10 posti	14	Perloz Loc. Plan De Brun 24 posti	15	Pontey Loc. Lassolaz 21 posti
16	Pré-Saint-Didier Via Delle Terme 14 posti	17	Saint-Christophe Loc. Capoluogo 18 posti	18	Saint-Pierre Frazione Ordines 25 posti
19	Sarre Frazione Blassinod 17 posti	20	Torgnon Loc. Mongnod 11.posti	21	Valtournenche Frazione Cretaz 12 posti
22	Verrayes Loc. Champagne 9 posti	23	Verrès Via dei Giardini 18 posti	24	J. B. Festaz” (I.P.A.B. pubblica) Via Monte Grappa 90 posti
25	Gressoney-Saint-Jean Fraz. Dresal 15 posti	26	Hône Via Aosta 32 posti		



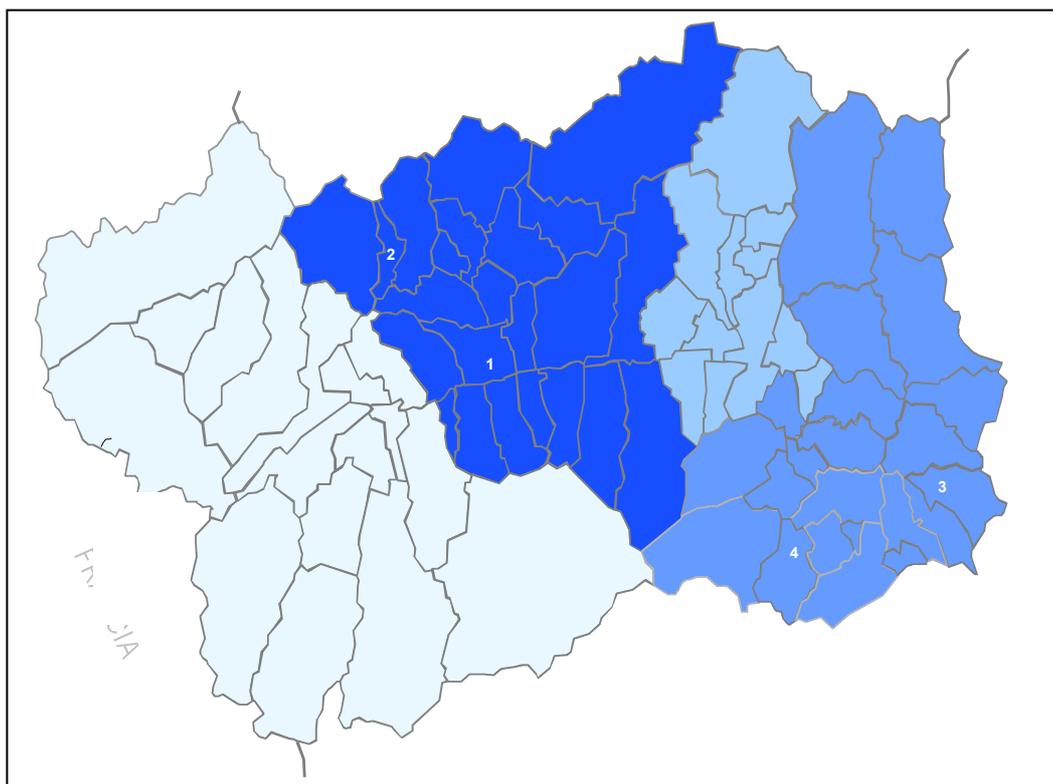
## Le Case di Riposo private

1	Aosta "Refuge Père Laurent" Corso Padre Lorenzo,20 155 posti	2	Saint-Vincent Piccola Casa della Divina Provvidenza - Cottolengo" Via Vuillerminaz, 23 35 posti	3	Aymavilles "Saint-Léger" Capoluogo 20 posti
4	Châtillon "Casa della Provvidenza" Via Hugonin, 54 20 posti	5	Cogne Casa di Riposo Via Grand Paradis ,35 20 posti	6	Donnas "Domus Pacis" Via Janin, 9 70 posti
7	La Salle "Casa Famiglia" Via Colomba, 26 23 posti				



## Gli altri servizi residenziali

1	Aosta residenza protetta Via Capitano Chamonin	2	Saint-Oyen Via Roma
3	Fontainemore Loc. Capoluogo	4	Pontboset Loc. Capoluogo



## CONCLUSIONI

Questo primo quadro sulla qualità di vita e sullo stato di salute della popolazione anziana della Valle d'Aosta, unitamente alle informazioni ricavabili dalla Relazione Sanitaria e Sociale 2001, di recente pubblicazione, non permette ancora una valutazione dell'impatto delle politiche socio sanitarie della Regione, ma può offrire un punto di partenza per definire gli ambiti prioritari su cui si dovrà orientare l'attività di monitoraggio e valutazione.

L'osservazione dei dati non ha rilevato differenze statisticamente significative tra i profili di salute della popolazione anziana della Valle d'Aosta e le diverse aree geografiche prese a confronto.

Si sono evidenziate alcune specificità della regione, riconducibili essenzialmente profilo socio demografico della popolazione. L'eccesso di persone sole, soprattutto quando associato a bassi livelli d'istruzione e a condizioni socio economiche meno favorevoli, si associa ad un profilo epidemiologico svantaggiato: è questo un settore che va monitorato con particolare attenzione, tenendo conto della diversa distribuzione del fenomeno all'interno della regione.

I singoli capitoli segnalano alcuni ambiti di potenziale miglioramento. In particolare nel caso degli stili di vita sembrano esistere dei margini d'intervento volti ad incrementare l'attività fisica e l'abitudine alla prevenzione, soprattutto per quanto riguarda il ricorso al vaccino antinfluenzale.

Il fatto che all'interno della popolazione anziana non istituzionalizzata non si segnalino differenze importanti per condizioni sociali e prevalenza di disabili e persone affette da una o più malattie croniche, può essere messo in relazione alla diffusione capillare di strutture residenziali, in grado di individuare il disagio, sociale e sanitario, prima che questo si manifesti in situazioni di svantaggio conclamato.