



Studi dal territorio

PROBLEMI DI MASTICAZIONE, VISTA E UDITO NELLA POPOLAZIONE ANZIANA, ITALIA 2002

Claudio Culotta¹ e Nancy Binkin²
per il Gruppo Argento*

¹Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Genovese, Liguria

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute, ISS

Gli anziani rappresentano un segmento in continua crescita della popolazione italiana e sono responsabili di una quota crescente dei costi sanitari. Per rilevare dati sullo stato di salute e sui bisogni assistenziali degli anziani, nel 2002 è stata condotta un'indagine epidemiologica trasversale (Studio Argento) in dieci regioni (Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia e Veneto) e nella provincia autonoma di Bolzano. Vengono presi in considerazione i problemi di masticazione e quelli relativi alla vista e all'udito.

In ognuna delle regioni e nella provincia autonoma è stata condotta un'indagine campionaria che aveva come popolazione target le persone di età >65 anni non ricoverate in ospedale o casa di riposo. Il campione è stato selezionato utilizzando la tecnica del campionamento a *cluster*, messa a punto dall'OMS (1). In ogni regione, dall'elenco dei comuni, sono stati individuati 30 *cluster*, in modo tale che la probabilità di selezione per ogni comune fosse proporzionale alla numerosità della popolazione anziana, e in ogni *cluster* sono stati scelti 7 anziani con metodo casuale semplice.

Le informazioni sono state ottenute tramite interviste domiciliari, condotte tra gennaio e maggio 2002, utilizzando un questionario standardizzato che includeva informazioni demografiche, sullo stato di salute, sui bisogni assistenziali e il livello di autosufficienza.

Nel presente lavoro sono stati analizzati 2 369 questionari raccolti nelle diverse regioni, limitatamente alle variabili relative ai problemi di masticazione e a quelli di vista e udito.

(*) Gruppo Argento: Antonino Bella, Nicoletta Bertozzi, Marta Ciofi degli Atti, Paolo D'Argenio, Onorato Frongia, Peter Kreidl, Cristina Mancini, Federica Michieletto, Giuseppe Montagano, Renato Pizzuti, Rosy Prato, Salvatore Sammarco e Donatella Tiberti

Si è considerato che i partecipanti avessero un problema di udito se alla domanda "sente abbastanza bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno" avevano risposto "male" o "no". Oltre a ciò, è stato valutato l'uso di protesi acustica. Si è considerato che avessero un problema di vista se alla domanda "vede abbastanza bene, per esempio da leggere il giornale" avevano risposto "male, anche con gli occhiali" o "no". Si è definito problema di masticazione la difficoltà o l'impossibilità di mangiare cibi difficili da masticare, come la carne o le mele. Oltre a ciò, sono stati valutati l'uso di protesi dentarie (dentiere e altre protesi mobili), il fatto di essersi sottoposti o meno a cure odontoiatriche nell'ultimo anno ed eventualmente i motivi delle mancate cure.

Sono state calcolate le prevalenze nazionali e multiregionali, i tassi di prevalenza e gli intervalli di confidenza (IC) al 95% tenendo conto dell'effetto del disegno dello studio dovuto al metodo di campionamento usato; inoltre, i dati sono stati pesati rispetto alla popolazione regionale.

Problemi di udito sono stati rilevati nel 16,1% (95% IC 14,6-17,7) degli anziani intervistati, con valori che andavano dal 7,7% in Liguria al 37,7% in Basilicata (Figura). Problemi di vista sono stati rilevati nel 23,4% degli intervistati (range: da 11,6% in Piemonte ed Emilia-Romagna a 44,1% in Basilicata). Infine, il 32,7% (95% IC 30,1-35,4) ha riportato problemi di masticazione, con un range da 19,7% nella provincia autonoma di Bolzano a 54% in Basilicata.

Per tutti e tre gli aspetti considerati, è risultato un sostanziale gradiente Nord-Sud. Pertanto, per ulteriori analisi, le regioni sono state raggruppate in Nord (provincia autonoma di Bolzano, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Piemonte e Veneto) e Sud (Basilicata, Campania, Napoli, Puglia, Sardegna e Sicilia).

Queste analisi hanno dimostrato che gli anziani del Sud avevano una probabilità doppia di avere problemi di udito (21,9% *versus* 11,1%; rapporto di prevalenza RR = 2,0 [95% IC 1,5-2,5]). Tuttavia non si è osservata nessuna differenza tra Nord e Sud nella prevalenza degli anziani che usavano protesi acustica (8,0% al Nord e 7,3% al Sud). Similmente i problemi di vista erano 2,3 volte più comuni nel Sud che nel Nord (33,9% *versus* 14,5%; 95% IC = 1,9-2,8).

Differenze significative Nord-Sud sono state osservate anche per i problemi di masticazione, che sono stati rilevati nel 41,0% degli anziani del Sud, ma solo nel 25,6% in quelli del Nord (RR = 1,6; 95% IC = 1,6-

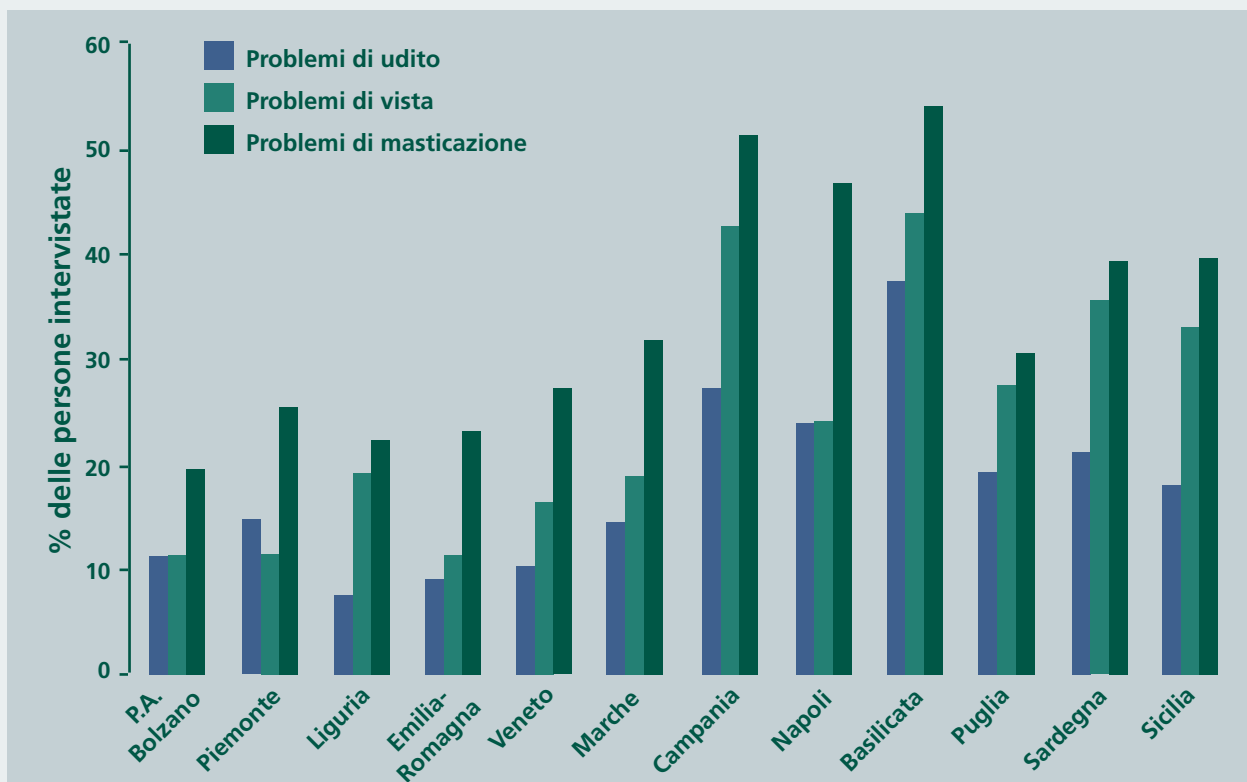


Figura - Prevalenza di problemi di udito, vista e masticazione per regione (Studio Argento, 2002)

2,5). Il ricorso a cure odontoiatriche risulta ugualmente frequente al Sud e al Nord (32,2% *versus* 31,0%). Tuttavia nel Sud avevano minore probabilità che nel Nord di usare una protesi dentaria (55,7% *versus* 70,3%; RR 0,7; 95% IC = 0,6-0,8).

Tra i motivi dell'eventuale mancato ricorso a cure odontoiatriche, quello più frequentemente dichiarato è stato il fatto di non averne avuto bisogno (83,4% al Nord e 68,8% al Sud), seguito dal costo troppo elevato (5,5% al Nord e 9,6% al Sud).

I problemi di udito e di vista possono influire negativamente sulla qualità della vita e possono contribuire a diminuire l'autosufficienza e ad aumentare il rischio di andare incontro a cadute, problemi di comunicazione, isolamento sociale e depressione (2). Inoltre, i problemi di masticazione possono causare sofferenza che incide sulla qualità della vita e anche sulla nutrizione e le relazioni interpersonali (3). Come abbiamo detto, tutti e tre i tipi di problemi sono comuni nella popolazione in studio, con forti differenze Nord-Sud. Le ragioni di queste differenze possono includere differenze di incidenza: diversità genetica; presenza non uniforme di fattori ambientali di rischio o di protezione (comprese le misure di prevenzione, il tipo di alimentazione, ecc.); differenze nell'offerta di servizi: accessibilità, efficienza, appropriatezza, efficacia; differenze socio-economiche, che limitano la possibilità di accesso ad alcuni servizi non inclusi nei livelli essenziali di assistenza; differenze culturali: diversa soglia nella percezione del problema.

Nonostante l'alta prevalenza dei problemi di udito, l'uso di protesi acustica è risultato raro. Molti di questi anziani con difficoltà di udito possono essere aiu-

tati con questi apparecchi (4). È necessario un maggior impegno per informare gli anziani sui potenziali benefici di questi apparecchi, per aumentare la consapevolezza dei medici di medicina generale sull'importanza di valutare i bisogni dei loro pazienti e di inviarli da specialisti per ulteriori accertamenti, e per fornire i servizi e gli aiuti finanziari per fare avere le protesi a chi ne ha bisogno.

Quanto ai problemi dentali, la percentuale di coloro che si erano recati dal dentista nell'anno passato è risultata bassa, e il motivo principale era la percezione di non averne avuto bisogno. È necessario impegnarsi di più per informare gli anziani sull'importanza di visite odontoiatriche regolari, specialmente per quelli con problemi di masticazione. Inoltre, è verosimile che un'alta percentuale di questi anziani può trarre beneficio da una protesi dentaria e, come per la protesi acustica, bisogna fare di più per educare i pazienti e i loro medici, come pure fornire i mezzi per ottenere questi apparecchi.

Riferimenti bibliografici

1. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, et al. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *Rapp Trimest Statist Sanit Mond* 1991;44: 98-106.
2. Lichtenstein MJ. Hearing and visual impairments. *Hearing and visual impairments. Clin Geriatr Med* 1992; 8:173-82.
3. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/nchs/data/haus99cht.pdf>
4. US Congress, Office of Technology Assessment, Hearing impairment and elderly people-a background paper, OTA-BP-BA-30 1986. Disponibile all'indirizzo: <http://www.wws.princeton.edu/cgi-bin/byteserv.pr/~ota/disk2/1986/8608/>.

SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI AMBULATORIALI IN UN'AZIENDA SANITARIA

Gianstefano Blengio¹, Salvatore Falcone¹, Daniela Fasoli¹, Daria Franchini¹, Federica Michieletto² e Salvatore Salvato¹

¹Azienda ULSS 22, Regione Veneto, Bussolengo

²Direzione Regionale per la Prevenzione, Regione Veneto, Venezia

L'individuazione e la rappresentazione degli aspetti positivi e degli aspetti critici che caratterizzano l'attività e le modalità d'erogazione delle prestazioni da parte dei servizi di una ASL costituiscono un utile elemento da cui procedere per pianificare azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati.

È possibile, mediante l'applicazione di semplici tecniche di statistica descrittiva, rappresentare, con elevato livello di informatività, le aspettative (*importance*) e il gradimento (*performance*) degli utenti al fine di poter successivamente orientare il servizio offerto verso le loro aspettative.

Lo strumento adottato per la rilevazione delle aspettative e della qualità percepita è stato un questionario anonimo composto da 26 domande, esplorative dei principali processi in cui gli utenti di tali servizi sono coinvolti, incluso: prenotazione, accoglienza nel servizio, erogazione della prestazione/visita.

Tale questionario è stato compilato, immediatamente dopo l'accesso alla prestazione, da tutti gli utenti che in 3 differenti giorni del periodo settembre 2002-febbraio 2003 si sono recati presso i servizi ambulatoriali di 32 diverse strutture della ULSS 22 della Regione Veneto per usufruire di una prestazione; sono stati complessivamente raccolti 3 004 questionari.

Per ogni processo esplorato è stata richiesta una valutazione su scala a risposta discreta con 4 valori (scarso, insufficiente, sufficiente, buono) relativa sia all'importanza, sia al giudizio sulle relative prestazioni, quest'ultimo riferito a ogni singolo aspetto indagato.

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati:

- metodi quantitativi (con risposte da 1 a 4);
- metodi qualitativi (proporzione di risposte classificate in tre categorie: valutazione insufficiente/scarso, sufficiente, buona).

Al fine di superare il cosiddetto "*bias da indulgenza*" si è preferito esprimere su scala standardizzata i punteggi medi, calcolando lo scostamento dei punteggi rispetto alla media e dividendo per la deviazione standard.

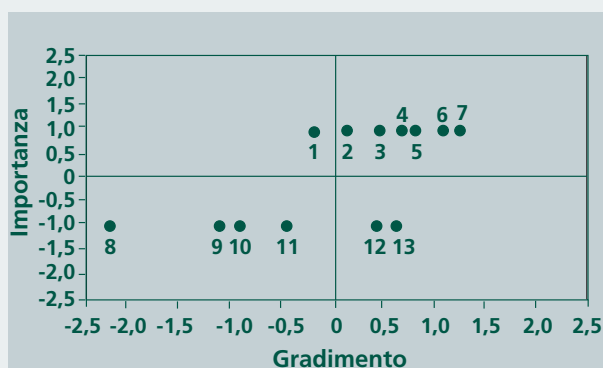
L'analisi dei risultati, stratificata per sesso ed età, ha evidenziato che:

- in termini di importanza, gli utenti intervistati hanno giudicato più importanti gli aspetti inerenti la fase di erogazione della prestazione (+0,97 nella scala standardizzata) rispetto a quelli riferiti all'accoglienza (+0,05) o alla fase della prenotazione (-1,02);

- in termini di *performance* il grado di soddisfazione espresso dagli utenti è elevato: il 70,2% degli utenti intervistati ha dato un giudizio complessivo "buono"; su scala assoluta lo score medio è stato di 3,64; su scala standardizzata, i punteggi più alti sono risultati quelli relativi a cortesia e disponibilità degli infermieri/personale tecnico e assistenza da questi prestata (ambidue i valori +1,1), seguiti da assistenza medica (0,7), cortesia e disponibilità dei medici (0,6) e cortesia e disponibilità dello sportello (0,6). La segnaletica utilizzata per raggiungere il servizio, invece, ha avuto il punteggio più basso (-2,3), seguita dalla procedura pagamento/esenzione (-1,2) e dalla comodità della sala d'attesa (-1,0);
- la popolazione più anziana (> 65 anni) risulta significativamente più soddisfatta della popolazione giovane (classe d'età 18-24).

È stato effettuato un confronto fra i giudizi ottenuti dai vari reparti/strutture, sia attraverso tabelle riportanti i punteggi medi e mediani, ordinati per rango, di ciascun servizio, sia attraverso il confronto tra proporzioni di utenti "soddisfatti". Attraverso l'analisi della varianza si è constatata una reale (significativa) differenza tra i punteggi medi ottenuti dai diversi servizi ($F = 6,40$, $p < 0,0001$). Per il confronto formale delle singole strutture fra loro è stato utilizzato il test di Bonferroni.

Si è infine provveduto a illustrare graficamente i risultati ottenuti con la "carta dei quadranti": nella Figura viene riportato il grafico relativo all'analisi riferita all'intero complesso dei servizi esplorati. Sull'asse delle ascisse sono riportati i valori dei punteggi stan-



- 1: Indicazioni su come comportarsi in seguito
- 2: Informazioni sull'esito della visita
- 3: Rispetto della *privacy* all'interno del servizio
- 4: Cortesia/disponibilità dei medici
- 5: Assistenza medica ricevuta
- 6: Assistenza ricevuta dagli infermieri/personale tecnico
- 7: Cortesia/disponibilità degli infermieri/personale tecnico
- 8: Segnaletica predisposta per raggiungere il servizio
- 9: Procedure pagamento/esenzione
- 10: Comfort della sala d'attesa
- 11: Igiene dei locali
- 12: Informazioni all'accettazione
- 13: Cortesia/disponibilità personale addetto allo sportello

Figura - Carta dei quadranti, analisi generale (tutti i servizi esplorati)

dardizzati relativi alla *performance* (livello di soddisfazione espresso sull'aspetto indagato), sull'asse delle ordinate quelli relativi all'importanza.

Il quadrante in alto a sinistra, caratterizzato da valori relativamente bassi di *performance* e da valori relativamente alti di importanza, è definito "quadrante dei punti critici": le strutture manifestano un mediocre rendimento su aspetti considerati importanti dagli utenti e dovranno, quindi, intraprendere opportune azioni correttive e di miglioramento.

Il quadrante in basso a sinistra, caratterizzato da valori relativamente bassi sia di *performance* che di importanza, viene definito "quadrante dei punti di minor criticità" del servizio, in quanto le strutture manifestano un livello di comportamento non ottimale, ma su aspetti ai quali gli utenti attribuiscono una minore importanza e una bassa priorità.

Il quadrante in basso a destra, caratterizzato da valori relativamente alti di *performance* e da valori relativamente bassi di importanza, viene definito "quadrante del mantenimento".

Il quadrante in alto a destra, caratterizzato da valori relativamente alti sia di *performance* che di importanza, viene definito "quadrante dei punti di forza" del servizio in quanto rappresenta un buon comportamento delle strutture su aspetti che gli utenti ritengono importanti.

In conclusione, i risultati del presente lavoro illustrano l'importanza di verificare il gradimento degli utenti nei confronti dei servizi offerti dalle ASL e di rappresentare i risultati ottenuti con metodi validi e informativi, anche al fine di suscitare confronti e riflessioni volti al miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni.

Viene evidenziato che il giudizio generale degli utenti è molto buono; vi sono tuttavia alcuni aspetti che risultano meno soddisfacenti e che dovrebbero essere migliorati sulla base delle priorità espresse dagli utenti, in modo da orientare il servizio verso le loro aspettative.

Il commento

Pierluigi Morosini

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Sono ormai molto numerosi i lavori che riportano i risultati di inchieste sulla soddisfazione dei pazienti nei confronti delle prestazioni ricevute. Purtroppo, spesso la qualità metodologica è povera e la possibilità di portare a miglioramenti della qualità esigua.

Mi è gradito segnalare le caratteristiche non comuni e positive di questo lavoro:

- *come contenuto, il fatto che gli autori abbiano chiesto ai pazienti due giudizi per i vari aspetti indagati: uno sull'importanza di quell'aspetto per loro e uno sulle qualità delle prestazioni ricevute;*
- *come analisi delle risposte, il fatto che le abbiano impennate sulle differenze rispetto alla media generale anziché sui valori originali. Questo accorgimento permette di dare meno peso a quello che gli autori*

chiamano "distorsione da indulgenza" (la tendenza dei rispondenti in queste inchieste a dare giudizi molto positivi), e anche alla distorsione da selezione, legata alla solitamente bassa proporzione di rispondenti. Si può infatti pensare che questa distorsione influenzi di più il valore assoluto delle risposte che non le differenze tra le risposte ai vari item. Nel complesso questa analisi dovrebbe quindi permettere di individuare più facilmente gli aspetti su cui avviare iniziative di miglioramento.

I risultati sono abbastanza interessanti. Si scopre che segnaletica, procedure di pagamento/esenzione e comfort della sale di attesa ricevono valutazioni molto più negative, anche se sono giudicate relativamente poco importanti. Ma sono anche quelle per cui probabilmente è più facile fare qualcosa.

Si conferma, come in tutte le inchieste di questo tipo, che l'aspetto importante per il quale la soddisfazione minore è rappresentata dalle informazioni ricevute, e in particolare da quelle che riguardano il cosa fare dopo. Si tratta di un problema generale che andrà prima o poi affrontato seriamente, possibilmente con qualche studio controllato perché non è chiaro che cosa sia meglio fare.

Stupisce come al solito il giudizio molto positivo sulla cortesia/disponibilità dei medici, dati gli innumerevoli aneddoti sulla loro maleducazione nei confronti dei pazienti. Voglio sperare però che a Bussolengo sia davvero così e siano poco influenti la distorsione da indulgenza e quella da selezione del campione.

E ora qualche domanda: Qual è stata la proporzione di rispondenti? Si è pensato a qualche accorgimento per ridurre le distorsioni suddette, ad esempio affidando la rilevazione a un'associazione di volontariato? Il questionario è stato validato, almeno con un piccolo studio di riproducibilità test-retest? Quando hanno influito sui giudizi la percezione dei benefici ricevuti dal servizio?

Purtroppo, come in quasi tutte le inchieste di questo tipo, manca una domanda sugli esiti percepiti dai pazienti.

Riferimenti bibliografici

1. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998;27:513-9.
2. Federici A, Loiudice M. Il contributo dell'analisi dei tempi di attesa al miglioramento dell'attività ambulatoriale. *MECOSAN (Management ed ECONOMIA SANitaria)* 1999;31:99-106.
3. Streiner DL, Norman GL. *From items to scale. health measurement scales. A practical guide to their development and use.* Second edition. Oxford: University Press; 1998. p. 85-103.

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it