



STUDI DAL TERRITORIO

STIMA DEI FABBISOGNI POTENZIALI DI CURE DOMICILIARI NELLA REGIONE CALABRIA

Salvatore Scorzafave¹ e Sandro Nardella²

¹Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, Distretto Socio Sanitario n.1, ASL Taranto

²Formez PA, Roma

In Italia, il lavoro condotto dalla commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ha portato ad una nuova caratterizzazione dei profili di cure domiciliari (CD) in base alla natura del bisogno ed al livello di intensità dell'assistenza (1). L'assistenza domiciliare integrata (ADI) viene inquadrata all'interno delle cure domiciliari integrate (CDI). Queste, a loro volta, vengono classificate in CDI di primo, secondo e terzo livello. Le CDI di primo e secondo livello si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente invalidanti, hanno bisogno di continuità assistenziale con interventi che si articolano sui 5 giorni (primo livello) o 6 giorni (secondo livello). Le CDI di terzo livello si rivolgono a persone che presentano dei bisogni con un livello di complessità assistenziale elevato in presenza di criticità specifiche con instabilità clinica e sintomi di difficile controllo. Gli interventi si articolano su 7 giorni settimanali. Sempre nelle CD sono ricomprese anche le cure domiciliari palliative (CDP), intese come l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali finalizzati alla cura attiva di persone con patologie (oncologiche e non) caratterizzate da una evoluzione progressiva che non rispondono più a trattamenti specifici in grado di stabilizzare la malattia o produrre un prolungamento significativo della vita (2). La programmazione delle CD dovrebbe sempre avere alla base una sistematica analisi epidemiologica

dei fabbisogni, per evitare di predisporre un'offerta non congrua alla domanda effettiva e che aumenti il rischio di ospedalizzazione inappropriata con ripercussioni negative in termini economici e di salute (3). A ciò si aggiunge, per quanto riguarda le regioni del Mezzogiorno, il rischio di compromettere l'acquisizione di risorse economiche statali per migliorare il sistema di cure domiciliari dal momento che tali regioni sono soggette al meccanismo di assegnazione di risorse premiali condizionate al raggiungimento dell'obiettivo di servizio relativo all'indicatore S.06, ossia al raggiungimento al 2013 di una popolazione di assistiti anziani in cure domiciliari (CDI e CDP) pari al 3,5% del totale della popolazione anziana (4). Lo studio che riportiamo in quest'articolo, sviluppato nel corso dell'assistenza tecnica fornita dal Formez PA - il Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento della pubblica amministrazione - alla regione Calabria sull'organizzazione delle cure domiciliari*, riguarda un'indagine sul fabbisogno di CDI e CDP che è stata realizzata per fornire un primo contributo informativo alla regione per supportare i processi di programmazione dell'offerta dei servizi.

La standardizzazione indiretta è stata utilizzata per la stima dei casi attesi di CDI di primo, secondo e terzo livello, facendo riferimento ai tassi dello studio BISS (bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana) condotto dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Toscana (5). Tali tassi

si riferiscono a livelli di isogravità del bisogno di pazienti che presentano condizioni di non autosufficienza e disabilità, per i quali si necessita un'assistenza continua (isogravità 4-5). I tassi sono stati applicati alla popolazione della regione Calabria stimata al 2011 (6), disaggregata per sesso, età e provincia di appartenenza. Per la stima relativa alle CDP si è provveduto anche in questo caso ad una standardizzazione indiretta applicando i tassi di mortalità, per fasce d'età, dell'intera regione, alle popolazioni provinciali disaggregate per età e sesso. In questo modo abbiamo quantificato il numero di morti attese nel 2011 per patologie tumorali (tutti i casi). I tassi di mortalità sono stati ricavati dalla banca dati realizzata dal Reparto di Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (7). Il numero di pazienti potenzialmente beneficiari di CDP è stato determinato applicando, ai casi attesi, la percentuale del 65%, così come indicato nei nuovi standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo** (8). La stima per i soggetti anziani è stata corretta per un fattore che tenesse conto di una quota di casi inclusi nel conteggio delle CDI. I casi stimati sono stati infine classificati in base alla tipologia di CDI. I casi attesi di anziani con isogravità 4 sono stati considerati come CDI di primo e secondo livello. Quelli con isogravità 5, come CDI di terzo livello. Per la stima del fabbisogno delle risorse professionali ►

(*) Il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, hanno definito una serie di attività progettuali finalizzate a supportare le amministrazioni regionali del Mezzogiorno nella realizzazione degli interventi tesi al raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio S.06. La realizzazione delle attività è stata affidata al Formez PA con il progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana".

(**) n. di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice/numero di deceduti per malattia oncologica: 65%.

Tabella - Casi stimati eleggibili per le cure domiciliari integrate (CDI) e le cure domiciliari palliative (CDP) nella regione Calabria

	Cosenza	Crotone	Vibo V.	Catanzaro	Reggio C.	Regione
CDI 1° e 2° livello						
Anziani non autosufficienti isogravità 4	3.996	708	932	1.978	3.218	10.832
CDI 3° livello						
Anziani non autosufficienti isogravità 5 non terminali	544	69	129	274	481	1.497
CDP						
Anziani malati terminali	754	151	172	367	574	2.018
Malati terminali non anziani	214	49	48	108	161	580
Totale complessivo	5.508	977	1.281	2.727	4.434	14.927
Totale anziani	5.294	928	1.233	2.619	4.273	14.347
Indice S.06	3,77	3,13	3,85	3,76	3,97	3,78
Casi CDI 1-2 livello ogni 10.000 anziani	284,2	238,9	290,9	284,2	298,9	285,4
Casi CDI 3 livello ogni 10.000 anziani	38,7	23,3	40,3	39,4	44,7	39,4
Casi CDP ogni 10.000 abitanti	13,20	11,43	13,15	12,91	12,97	12,92

(infermieri ed operatori sanitari, OSS), si è tenuto conto dell'impegno teorico previsto per figura professionale e del tipo di complessità assistenziale. Ci si è basati, a tal riguardo, sugli standard proposti nel documento della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (1). Il fabbisogno di unità di personale è stato quindi determinato rapportando il tempo di assistenza previsto in un anno per tutti i casi stimati (e per categoria professionale), al tempo di assistenza previsto per singola figura professionale (sulla base delle settimane presunte di lavoro). I risultati esprimono le unità di personale, per categoria professionale, profilo di cura domiciliare e contesto geografico, necessari per l'erogazione dell'assistenza a tutti i casi stimati assumendo un impegno orario, per singola figura professionale, di 36 ore settimanali.

Nella Tabella si riportano i casi stimati eleggibili a CDI e CDP, secondo il metodo da noi applicato, da cui è possibile stimare il fabbisogno di risorse professionali previsto in termini di infermieri ed OSS. I dati vengono riportati sia in termini di valori assoluti che di indici standardizzati, in entrambi i casi disaggregati per contesto geografico di riferimento (province e regione). Da notare che la stima complessiva conduce ad un numero di casi di anziani assistibili di poco superiore rispetto a quello previsto dallo standard del 3,5% dell'indicatore S.06 (il valore è

di 3,78 % per l'intera regione), eccezion fatta per la provincia di Crotone, in cui l'indicatore S.06 risulta pari al 3,13% per effetto di una più bassa rappresentatività della popolazione anziana rispetto a quella delle altre provincie calabresi.

Il risultato ottenuto, per quanto riguarda i casi di anziani assistibili in CD, è praticamente in linea con il riferimento relativo all'obiettivo di servizio per l'indicatore S.06 e per questo la nostra indagine fornisce informazioni utili sul fabbisogno di risorse professionali (tra infermieri ed OSS) necessario a garantire uno standard qualitativamente adeguato di assistenza nell'ipotesi di una ADI erogata a circa il 3,5% della popolazione anziana. Infatti, la stima dei casi di anziani assistibili in CD è di 14.347, corrispondenti al 3,78% del totale degli anziani, un valore di poco superiore a quello dell'indicatore S.06 (3,5%). Nell'interpretazione dei risultati bisogna tener conto di possibili *bias* in parte ascrivibili alle diverse caratteristiche socio-sanitarie delle regioni confrontate ed in parte alla mancanza di informazioni sulle condizioni abitative e di supporto formale-informale che rappresentano ulteriori requisiti per l'erogazione delle CD. Per quanto riguarda il fabbisogno di personale, stimiamo, per l'intera regione, un fabbisogno di 463 unità infermieristiche e 726 OSS, corrispondenti ad un numero di unità di personale ogni 100 mila abitanti pari a 23 infermieri e 36 OSS. La

regione Umbria propone uno standard di 40 assistibili ogni infermiere (tra ADI e CDP) che porterebbe ad un valore di circa 18 infermieri ogni 100 mila abitanti (9); nella regione Friuli-Venezia Giulia lo standard riportato è di 35-40 unità infermieristiche ogni 100 mila abitanti* (10); nella delibera della regione Emilia-Romagna si propone uno standard di 14 infermieri ogni 100 mila abitanti (11). Per ottimizzare la qualità del substrato informativo a supporto dei processi di programmazione sarà senz'altro importante integrare i nostri risultati con valutazioni che tengano conto delle caratteristiche dell'attività effettivamente erogata, nonché dei costi assistenziali complessivi. ■

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". Documento approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf).
2. Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. *Gazzetta Ufficiale* n. 65, 19 marzo 2010.
3. Scorzafave S, Di Campo D, Tamborino E. Supportare la programmazione attraverso l'analisi epidemiologica: una metodologia applicata a livello distrettuale. *Quaderno CARD* n. 1, 2010; p. 316.
4. Delibera CIPE 82/2007. Quadro Strategico Nazionale 2007-2013. Definizione delle procedure e delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli Obiettivi di Servizio.
5. Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BISS. 2009 (www.ars.toscana.it).
6. <http://demo.istat.it/uniprev/index.html?lingua=ita>
7. www.tumori.net/it/banca_dati/query.php
8. Decreto del Ministero della Salute 22 febbraio 2007, n. 43. Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamen-

(*) Il piano socio-sanitario 2006-08 del Friuli-Venezia Giulia propone uno standard elevato in quanto lo definisce all'interno di un dedicato servizio infermieristico domiciliare che contempra un'apertura di 12 ore, 7 giorni su 7.

to palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 81, 6 aprile 2007.

9. Regione Umbria. Linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della

risorsa infermieristica. Deliberazione della Giunta regionale del 15 dicembre 2004, n. 1972.

10. Regione Friuli-Venezia Giulia. Piano socio-sanitario 2006-08 della Regione Friuli-Venezia Giulia. Deliberazione

della Giunta regionale del 24 novembre 2006, n. 2843.

11. Regione Emilia-Romagna. Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari. Delibera di Giunta n. 124, 1999.

SORVEGLIANZE NAZIONALI

LO STUDIO HBSC-ITALIA 2010: PERCEZIONE DELLA SCUOLA NEGLI ADOLESCENTI ITALIANI

Sabina Colombini¹, Paola Berchiolla¹, Lorena Charrier¹, Paola Dalmasso¹, Francesca Chicco², Giacomo Lazzeri³, Valentina Pilato³ e il Gruppo HBSC-Italia 2010

¹Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino

²Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,

Laboratori Interdipartimentali per la Ricerca Psicologica Applicata e Clinica, Università degli Studi di Padova

³Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Centro Ricerche Educazione e Promozione della Salute, Università degli Studi di Siena

L'adolescenza è un momento fondamentale di passaggio alla vita adulta ed è caratterizzata da numerosi cambiamenti, sia dal punto di vista fisico che psicologico. In questo periodo della vita possono instaurarsi stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura, come l'abuso di alcol, il consumo di tabacco, l'uso di sostanze stupefacenti e altro ancora. La scuola rappresenta, in questo senso, un contesto educativo e di sviluppo privilegiato, in quanto ambiente sociale prossimale in cui i giovani trascorrono buona parte della propria quotidianità, in grado quindi di influenzarne l'adattamento e il benessere (1).

In letteratura si evidenzia come le caratteristiche del contesto scolastico (in termini di struttura, composizione e clima) siano in grado di influenzare il benessere dell'adolescente (2, 3), così come le caratteristiche del gruppo dei pari che il soggetto frequenta e la partecipazione alle diverse attività scolastiche (4). Come riportato in alcuni studi (5, 6), anche il senso di appartenenza alla scuola è associato ad importanti elementi motivazionali, di atteggiamento e comportamentali, che sono alla base non solo del successo scolastico ma anche, in senso più ampio, del benessere bio-psico-sociale dei ragazzi. La scuola può rappresentare quindi un ambiente positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in relazione a comportamenti legati alla salute.

Diventa pertanto fondamentale interrogarsi sulla percezione della scuola da

parte dei ragazzi. Coloro che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (7) e di rifiuto da parte dei coetanei (8). Inoltre, una recente ricerca (9) evidenzia come i ragazzi che riportano un elevato legame e coinvolgimento con la scuola attuino con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute, dimostrando come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio.

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), a cui questo articolo fa riferimento, ha lo scopo di monitorare i comportamenti di salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute.

Si tratta di uno studio multicentrico internazionale condotto ogni quattro anni e svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, che conta oggi 43 partecipanti su 53 Stati membri; l'Italia ha iniziato la sua collaborazione nel 2000 e ha svolto finora tre indagini nazionali (nel 2001, nel 2006 e nel 2010). A partire dal 2009 l'indagine HBSC è entrata a far parte del progetto nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero della Salute/Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, in

collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con le regioni, collegato al programma europeo "Guadagnare Salute". I dati qui discussi riguardano i risultati relativi all'ultima indagine, che ha raggiunto 77.113 ragazzi in tutta Italia. Nel 2010, per la prima volta, l'indagine HBSC ha previsto una rappresentatività sia nazionale che regionale, raccogliendo i dati relativi in tutte le regioni italiane e le provincie autonome. La popolazione è stata selezionata nelle scuole pubbliche e private, all'interno delle quali sono state campionate le classi I e III della scuola secondaria di primo grado (scuola media) e II della scuola secondaria di secondo grado (scuola superiore).

Il progetto ha l'obiettivo di comprendere e monitorare quei fattori e quei processi che possono determinare effetti sulla salute degli adolescenti.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario autocompilato e anonimo, costruito seguendo il protocollo internazionale HBSC, con l'aggiunta di alcuni *item* di interesse specifico per l'Italia. Questo, per tematiche comuni quali i comportamenti a rischio, il benessere percepito, le relazioni, il rapporto con la scuola, rende confrontabili i dati raccolti in tutti i Paesi partecipanti all'indagine rispetto a tematiche comuni.

Il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala di 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". Nella ►

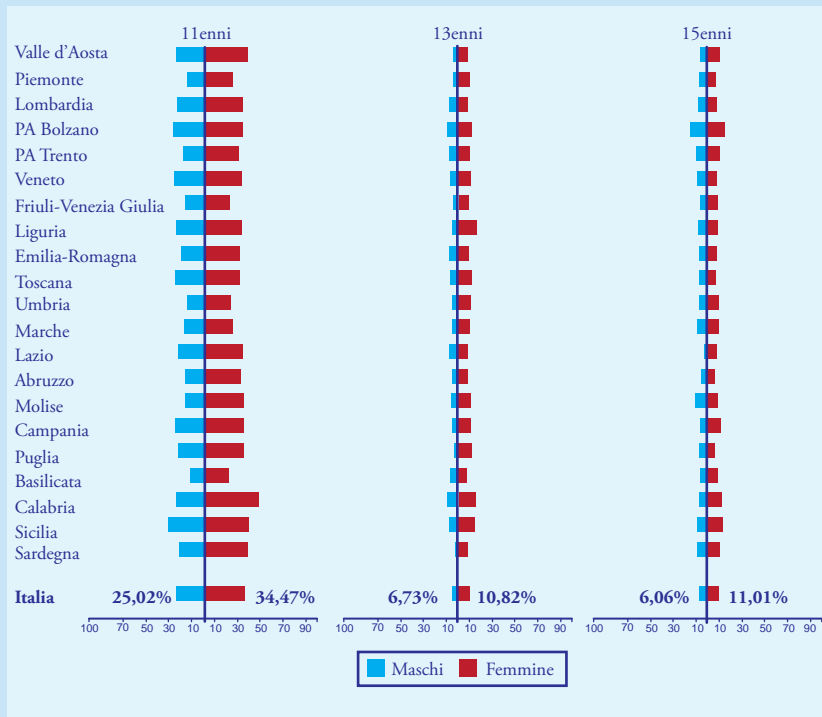


Figura - Percentuale di giovani a cui piace molto la scuola, per regione, età e genere, HBSC - Italia 2010

Figura, viene rappresentato il gradimento espresso dai ragazzi nei confronti della scuola (risposta “mi piace molto”), in tutte le regioni e complessivamente a livello nazionale, per età e genere.

I dati evidenziano, a livello nazionale, due fenomeni principali: da una parte la diminuzione, al crescere dell'età, dei livelli di gradimento, dall'altra la costante differenza tra maschi e femmine, che vede i ragazzi dichiarare sempre un gradimento minore rispetto alle coetanee.

Il gradimento diminuisce drasticamente nel passaggio tra la classe I (25% dei maschi e 34,5% delle femmine) e la III secondaria di primo grado (6,7% dei maschi e 10,8% delle femmine).

Essendo le classi secondarie di primo grado campionate all'interno dei medesimi istituti, il dato non dovrebbe essere imputabile ad eventuali differenze tra gli istituti scolastici coinvolti nell'indagine.

I livelli, invece, non variano in modo significativo tra i tredici e i quindicenni; questi ultimi, infatti, riportano percentuali del 6,1% nei maschi e dell'11% nelle femmine, che non si discostano nemmeno di un punto percentuale rispetto a quanto dichiarato dai tredicenni.

I dati 2010, che non sembrano evidenziare differenze significative tra le

regioni, confermano quanto già emerso nell'indagine nazionale del 2006 (10), che vedeva il nostro Paese nettamente al di sotto della media internazionale e, addirittura al quartultimo posto per il livello di soddisfazione dei quindicenni, rispetto ai 41 Paesi partecipanti all'indagine.

Questi dati evidenziano come la nostra scuola secondaria sia mal percepita dai ragazzi e quanto lavoro ci sia da fare per recuperare credibilità e fiducia su questo fronte. Se poi osserviamo come questa perdita di interesse si sviluppi tutta al suo interno e non sia attribuibile invece al passaggio, a volte radicale, tra primaria e secondaria, si può ulteriormente sottolineare come il problema vada cercato, e possibilmente risolto, nel come la scuola secondaria accoglie e valorizza i ragazzi che vi accedono. Infatti, come dimostrato in letteratura, l'impostazione di un clima scolastico basato su valori di democrazia e condivisione che offra l'opportunità di esprimere il proprio punto di vista, può facilitare negli studenti lo sviluppo di una percezione positiva dell'ambiente scolastico, più che un atteggiamento selettivo che, con una certa frequenza nella scuola secondaria, caratterizza il rapporto insegnanti-studenti. Lo studio ambisce, quindi, a individuare aree

problematiche che richiedono azioni di contrasto da delineare con la più ampia collaborazione tra organismi scientifici, istituzioni ed enti culturali.

Riferimenti bibliografici

1. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, et al. (Ed). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.
2. Zimmer-Gembeck MJ, Locke EM. The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *J Adol* 2007;30(1):1-16.
3. Santinello M, Vieno A, De Vogli R. Primary headache in Italian early adolescents: the role of perceived teacher unfairness. *Headache* 2009;49(3):366-74.
4. Crosnoe R, Needham B, Holism, contextual variability and the study of friendship in adolescent development. *Child Dev* 2004;75:264-79.
5. Vieno A, Perkins DD, Smith TM, et al. Democratic school climate and sense of community in school: a multilevel analysis. *Am J Community Psychol* 2005;36:327-41.
6. Vieno A, Santinello M, Pastore M, et al. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol* 2007;39(1):177-90.
7. Bennett KJ, Brown KS, Boyle M, et al. Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Soc Sci Med* 2003;56(12):2443-8.
8. Risi S, Gerhardstein R, Kistner J. Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32(3): 351-61.
9. Carter M, McGee R, Taylor B, et al. Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *J Adol* 2007;30(1):51-62.
10. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, et al. (Ed). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 survey (Health policy for children and adolescents n. 5)*. WHO; 2008.

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it