



REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
REGION AUTONOME VALLE D'AOSTE

Assessorato della Sanità Salute e Politiche Sociali
Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali
Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales

Relazione sanitaria e sociale

**Rapport en matière de santé
et d'aide sociale**

1999- 2000

Aosta- agosto 2001

In copertina : Veduta del Monte Rosa (Aosta)

Foto di G.Barone

Regione Autonoma Valle d'Aosta, Assessorato regionale del turismo, urbanistica e beni culturali.

Archivio fotografico

INDICE

INTRODUZIONE	Pag.	5
LA POPOLAZIONE	Pag.	7
Struttura demografica	Pag.	7
Struttura familiare	Pag.	10
Struttura sociale	Pag.	10
I DETERMINANTI DELLA SALUTE	Pag.	19
Stili di vita	Pag.	19
Fumo	Pag.	19
Alimentazione e obesità	Pag.	20
Alcool	Pag.	24
Attività fisica	Pag.	24
Contesto	Pag.	27
Condizioni socio-economiche	Pag.	27
Ambiente fisico	Pag.	28
LA SALUTE	Pag.	35
Salute riferita	Pag.	35
Percezione	Pag.	35
Malattie croniche	Pag.	36
Disabilità	Pag.	38
Malattie infettive	Pag.	39
Esiti riproduttivi	Pag.	43
Natalità	Pag.	43
Interruzioni volontarie di gravidanza	Pag.	45
Abortività spontanea	Pag.	46
Mortalità	Pag.	49
L'OFFERTA SANITARIA E LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	Pag.	81
GLI AMBITI DELLE POLITICHE SOCIALI	Pag.	89
Anziani	Pag.	89
Minori e famiglia	Pag.	95
Disabili	Pag.	103
Formazione degli operatori	Pag.	109
Volontariato	Pag.	113

INTRODUCTION

Après l'entrée en vigueur de la loi régionale n° 5/2000, nous nous étions engagés, lors de la présentation du premier rapport en matière de santé et d'aide sociale – relatif à l'année 1998 –, à élargir les domaines d'activité considérés et à élaborer un document qui permette d'évaluer l'état de santé des Valdôtains en fonction des données disponibles, de comparer la situation sanitaire de la Vallée d'Aoste à celle du reste de l'Italie, ainsi que de repérer dans les districts d'Aoste ou de la haute, moyenne et basse Vallée, les variations de tous ordres susceptibles d'influer sur la programmation des services sanitaires.

Voilà pourquoi ce rapport en matière de santé et d'aide sociale pour les années 1999/2000 diffère de celui précédent, notamment sur deux points précis.

La première différence relève de l'édition de ce document : afin de mettre à la portée de tous ce texte d'ordinaire plutôt technique nous avons eu recours à l'introduction de diagrammes, de graphiques et de tableaux grâce auxquels il est plus aisé de faire des comparaisons et de saisir comment l'évolution de notre région peut différer de celle des autres ou présenter des variations sur une période donnée.

La seconde différence est plus fondamentale et tient aux sources des informations. C'est délibérément que le rapport 1999/2000 s'est appuyé sur les principales banques de données nationales (ISTAT, Censis, Ministère de la santé) : cela permet de comparer les chiffres de la Vallée d'Aoste à ceux des régions qui nous intéressent le plus, telles que le Piémont et le nord-ouest de l'Italie, ainsi qu'à la moyenne nationale, et de percevoir l'image de la Vallée d'Aoste qui se dégage des sources officielles.

En communiquant cette image aux administrateurs et aux opérateurs du secteur par le biais d'une ample diffusion de ce rapport à l'échelon régional, nous souhaitons à la fois renforcer notre capacité de gérer localement les questions socio-sanitaires, sur la base des informations recueillies, et stimuler les échanges avec les structures de gestion des flux, afin d'en améliorer la qualité et de mieux les adapter à la réalité locale.

Parallèlement, nous avons poursuivi l'insertion dans notre système informatique, et notamment dans celui de l'Observatoire d'épidémiologie, d'un nombre de données toujours croissant.

Compte tenu des obligations introduites par la LR n° 5/2000 en matière de diffusion de l'information, nous avons également tenté de mettre sur pied un programme d'édition pour l'élaboration des prochains rapports annuels en matière de santé et d'aide sociale : ceux-ci seront accompagnés d'une série de monographies spéciales consacrées à l'analyse des données de chaque domaine (état de santé, mortalité, hospitalisations, accidents et maladies professionnelles).

La partie du rapport annuel qui traite des politiques sociales mérite une mention particulière. A l'heure actuelle, chacune des deux branches de l'Observatoire régional – « épidémiologie » et « politiques sociales » – développe son propre plan d'action. Pour ce qui est des politiques sociales, cette activité va de pair avec la montée en puissance de l'Observatoire de l'enfance et de l'adolescence. La méthode suivie pour la mise en place de ce dernier servira par la suite de modèle pour l'Observatoire des politiques sociales.

Contrairement au rapport précédent, qui traitait exclusivement des problèmes sanitaires, le rapport 1999/2000 prend en compte la question des politiques sociales et présente une analyse distincte pour chaque type de prestation de service.

Disons, pour conclure, qu'avec ses analyses et l'image qu'il nous renvoie de la santé et des besoins sociaux de notre région, l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales ne saurait être autre chose qu'un outil de description.

Pour que chacune de ces descriptions puisse se muer en indications utiles à la prise de décisions, il importe que chacun, dans le cadre de ses compétences et de ses ressources personnelles, s'attache à y réfléchir et à les analyser en profondeur. De ce travail se nourriront les réunions et les échanges dans le cadre des institutions. Et, pour l'Observatoire régional, c'est tout un réseau de référents locaux au sein des services socio-sanitaires de la Vallée d'Aoste qui naîtra ainsi. Cette démarche, qui permettrait audit Observatoire d'étendre sa structure et de la rendre multidisciplinaire, aurait en outre l'avantage d'encourager, dans notre région, la croissance et le développement d'une capacité d'observation et d'interprétation autonome en matière d'épidémiologie, grâce à laquelle il serait possible d'affiner les choix de programmation et de faire en sorte que ceux-ci soient toujours plus conscients, mieux ciblés et plus clairs.

L'ASSESEUR
- Roberto VICQUERY -

INTRODUZIONE

Nel presentare la Relazione Socio Sanitaria 1998, la prima dopo la legge regionale n.5/2000 che ne ha stabilito i compiti, ci eravamo impegnati a proseguire il lavoro aumentando i temi trattati e predisponendo un documento che consentisse a molti di avanzare considerazioni sulla salute dei valdostani alla luce dei dati disponibili, di confrontare il quadro della salute in Valle d'Aosta con quello dell'Italia, di individuare variazioni temporali o differenze tra i distretti di Aosta, Alta, Media e Bassa Valle, tali da offrire spunti utili alla programmazione sanitaria.

A fronte di tale impegno la Relazione Socio Sanitaria 1999-2000 si presenta diversa dalla precedente (1998) sotto due aspetti.

Il primo, editoriale, attiene alla volontà di rendere una relazione solitamente tecnica, più vicina alla comprensione di tutti, mediante l'utilizzo di diagrammi, grafici e tabelle che consentano di cogliere facilmente un confronto o una variazione temporale.

Il secondo, sostanziale, riguarda le fonti dei dati. La Relazione 1999-2000 ha utilizzato le principali fonti informative nazionali (ISTAT, CENSIS, Ministero della Sanità) con il preciso intento di consentire un confronto tra la Valle d'Aosta e le aree geografiche per noi più interessanti: il Piemonte, l'Italia nord occidentale e la media nazionale e di rendere visibile quella che è l' "immagine della Valle d'Aosta" attraverso le fonti ufficiali.

Nel darne un'ampia diffusione regionale agli amministratori ed agli operatori di settore si intende, da un lato, aumentare la capacità di governo locale della salute che sia fondato sui dati, e dall'altro stimolare un confronto con i gestori di flussi che consenta di migliorarne la qualità e la rispondenza alla realtà locale.

Tutto ciò proseguendo nell'impegno di arruolare nel sistema informativo sanitario locale, e in quello dell'Osservatorio epidemiologico in particolare, un numero sempre crescente di informazioni.

Oltre a ciò, partendo dal debito informativo introdotto con la l.r.5/2000, si è cercato di individuare un piano editoriale pluriennale che collegasse le Relazioni Socio Sanitarie annuali ad una serie di monografie speciali che analizzino i dati delle singole fonti informative (stato di salute, mortalità, ricoveri, infortuni e malattie professionali)

Con questa documentazione la Relazione Sanitaria sarà sempre più ricca di dati per consentire una lettura dei problemi di salute e di assistenza utile alla programmazione.

Una considerazione a parte è da rivolgere alla parte della Relazione che affronta i temi afferenti alle politiche sociali. L'attuale Osservatorio regionale, nelle sue due "anime", quella epidemiologica e quella per le politiche sociali, sta portando avanti uno sviluppo del proprio piano di attività che, per la parte sociale, coincide con la messa a regime dell'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, la cui metodologia di edificazione costituirà, in futuro, il prototipo per l' Osservatorio delle politiche sociali.

Rispetto la scorsa edizione, interamente sanitaria, la Relazione 1999-2000 inserisce la componente relativa alle politiche sociali con una analisi distinta per tipologia di utenze servite.

Per concludere, l'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali, con le sue analisi e la sua offerta di "immagini" di salute e di bisogno sociale può essere solo uno strumento descrittivo.

Affinché queste descrizioni possano tradursi in utili strumenti di supporto alle decisioni è necessario che ciascuno, nel proprio ambito di competenza e con le proprie risorse, sviluppi attorno ad esse una riflessione ed un'analisi approfondita dando vita a momenti istituzionali di confronto e alla creazione di una rete di referenti stabili locali dell'Osservatorio regionale presso i servizi socio sanitari valdostani. Questo progetto, che consentirebbe all'Osservatorio di assumere una struttura "allargata" e multidisciplinare, favorirebbe inoltre la crescita e lo sviluppo di una autonoma capacità di osservazione e di interpretazione epidemiologica in Valle d'Aosta e quindi scelte programmatiche sempre più appropriate, consapevoli e trasparenti.

L'ASSESSORE
- Roberto VICQUERY -

LA POPOLAZIONE

In questo capitolo verranno descritte alcune dimensioni della struttura della popolazione valdostana, che rappresentano importanti determinanti dello stato di salute attuale, ma rappresentano, al tempo stesso, importanti predittori di problemi di salute e di assistenza futuri. Queste dimensioni sono rappresentate dalla composizione per età e sesso, dalla struttura familiare e dalla struttura sociale. Per tutti gli indicatori utilizzati a proposito di ognuna di queste dimensioni, verrà proposto un confronto con i valori rilevati in Piemonte, nell'Italia settentrionale e in Italia.

STRUTTURA DEMOGRAFICA

La struttura demografica di una popolazione coincide con la sua composizione per sesso e per età ed è uno dei determinanti più noti dello stato di salute atteso in una popolazione.

Molte patologie sono correlate all'età ed hanno una probabilità di insorgenza che cambia in modo significativo se la persona è giovane o anziana.

Descrivere la composizione per sesso e per età di una popolazione è in parte come prevederne l'immagine di salute, e di malattia, che la caratterizza. L'utilità di una simile descrizione è quindi tale sia per l'epidemiologia, cioè per lo studio della distribuzione delle malattie in una popolazione, che per la programmazione socio sanitaria, in quanto conoscere la percentuale di giovani e di anziani presenti sul territorio regionale consente di meglio organizzare la quantità, la tipologia e la localizzazione dei servizi sanitari e socio assistenziali sulla base dei diversi bisogni espressi.

A fronte di un generale e progressivo invecchiamento della popolazione nazionale le proiezioni di lungo periodo sulle dinamiche demografiche presentano scenari diversi, con ipotesi variabili in cui ad incidere sulla capacità riproduttiva sarà l'incognita dell'immigrazione che in molte regioni ha già invertito il ruolo con la componente naturale dei nuovi nati.

Al 31.12.1999 la popolazione residente in Valle d'Aosta ammontava a 120.342 unità, pari allo 0,2% della popolazione italiana. La distribuzione per sesso ed età è riportata in tabella 1. La lieve prevalenza del sesso femminile (50,72%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Tabella 1. Struttura della popolazione residente al 31.12.1999 per sesso ed età

Classi di età	Uomini		Donne		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
0-14	7.842	13,2	7.431	12,8	15.273	12,7
15-44	26.461	44,6	24.730	40,52	51.191	42,5
45-59	12.495	21,1	11.741	19,24	24.236	20,1
60-64	3.568	6,0	3.825	6,26	7.393	6,14
65-74	5.652	9,5	6.956	11,4	12.608	10,5
75-84	2.611	4,4	4.422	7,24	7.033	5,84
>85	679	1,1	1.929	3,16	2.608	2,17
Totale	59.308	100,0	61.034	100,0	120.342	100,0

Fonte: Servizio sistema statistico della Regione Autonoma Valle d'Aosta

La Valle d'Aosta si presenta con una struttura demografica caratterizzata da una proporzione di anziani alquanto elevata. Nel 1999 le persone con più di 65 anni rappresentavano il 18,5% della popolazione complessiva, inferiore comunque sia al Piemonte che ne registra il 20%, che all'Italia del Nord (19%), ma decisamente superiore alla media nazionale (17,7%).

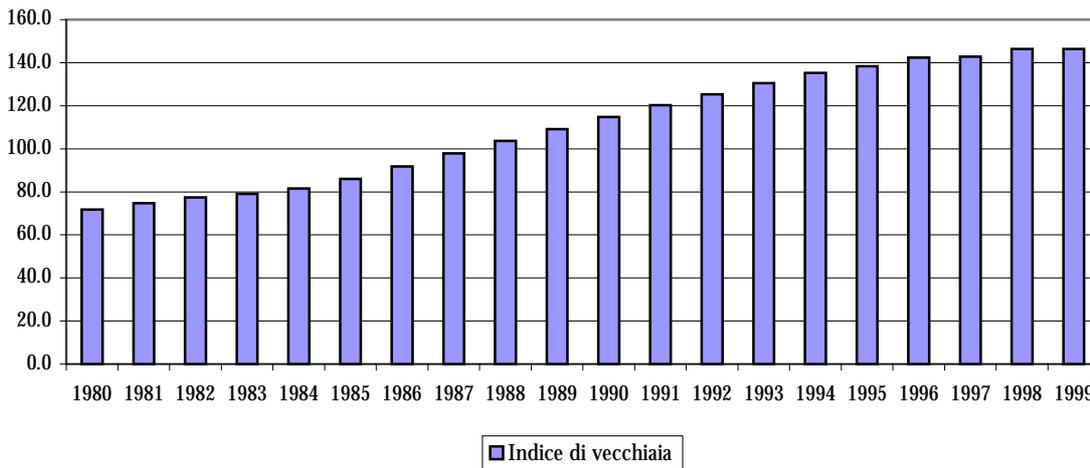
Le principali caratteristiche demografiche della popolazione regionale vengono di seguito descritte mediante alcuni indicatori specifici messi a confronto con il Piemonte, l'Italia Nord occidentale e con la

media nazionale. In allegato vengono riportate alcune tabelle con indicatori demografici utili per eventuali approfondimenti.

L'indice di vecchiaia, che esprime il rapporto tra il numero di anziani, cioè le persone che hanno superato i 65 anni di età ed il numero di bambini in età compresa tra 0 e 14 anni ogni 100 abitanti, offre una misura ulteriore del grado di invecchiamento della popolazione.

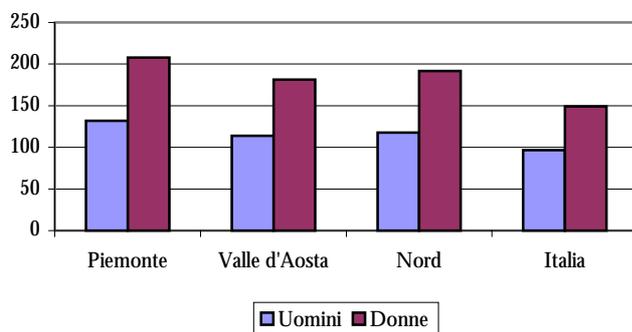
Negli ultimi 20 anni l'indice di vecchiaia della popolazione valdostana è raddoppiato, passando da un valore di 71,7 del 1980 all'attuale valore di 146,4 (Figura 1).

Figura 1. Andamento dell'indice di vecchiaia in Valle d'Aosta dal 1980 al 1999



Nei soli ultimi tre anni, dal 1996 al 1999, l'incremento regionale dell'indice di vecchiaia è stato quasi di tre punti percentuali passando da 142,4 (ISTAT) al valore attuale, inferiore a quello del Piemonte (168,9) e del Nord Italia (153,6) ma decisamente superiore alla media nazionale (122,2). Distinguendo per sesso, l'indice di vecchiaia regionale nei uomini risulta più simile a quello del Nord Italia che non a quello del vicino Piemonte, mentre si posiziona in modo intermedio tra il Piemonte e il Nord Italia per quanto riguarda la popolazione femminile (Figura 2)

Figura 2. Indice di vecchiaia in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Italia e Italia.



Il tasso di incremento naturale, che esprime la capacità di crescita per riproduzione di una popolazione per 1000 abitanti, in Valle d'Aosta è sfavorevole, pari a -1,5 per effetto della differenza negativa tra il tasso di mortalità (10,7) e quello di natalità (9,2), segno del maggior numero di morti rispetto ai nuovi nati.

Il tasso di incremento naturale regionale assume un valore intermedio tra quello complessivamente calcolato per il Nord (-2,0) e quello medio calcolato per l'Italia (-0,6) e risulta migliore di quello del vicino Piemonte (- 3,6) (Tabella 2).

Tabella 2. Movimento della popolazione: nati vivi, morti, tasso di incremento naturale, tassi di natalità e tassi di mortalità 1999*

REGIONI E RIPARTIZIONI	Nati vivi	Morti	Tasso di incremento naturale per 1.000 ab.	Tasso di natalità per 1.000 ab.	Tasso di mortalità per 1.000 ab.
Valle d'Aosta	1 103	1 282	-1,5	9,2	10,7
Piemonte	34 639	50 255	-3,6	8,1	11,7
Nord	222 296	273 621	-2,0	8,7	10,7
Italia	537 242	571 356	-0,6	9,3	9,9

I dati sono provvisori, ad eccezione dei nati vivi che sono stimati

Sotto il profilo territoriale permane da tempo la tendenza alla concentrazione abitativa della popolazione nell'area urbana del capoluogo e nei comuni limitrofi, polo di forte attrazione per residenti e stranieri, dove vive oltre la metà della popolazione regionale (52,2%). Le distribuzioni percentuali degli altri distretti non differiscono molto tra loro e variano dal 13,7% della Media Valle, al 15% dell'Alta Valle fino al 19,02% della Bassa Valle (Tabella 3). In allegato viene riportata la distribuzione per sesso e fasce di età quinquennali della popolazione regionale suddivisa nei 4 distretti di residenza.

Tabella 3. Distribuzione della popolazione residente per distretto al 31.12.1999

Distretto	Totale	
	v.a.	%
1-Alta Valle	18.108	15,0
2-Aosta e cintura	62.810	52,2
3-Media Valle	16.533	13,7
4-Bassa Valle	22.891	19,1

Fonte: Servizio sistema statistico della Regione Autonoma Valle d'Aosta

La struttura per età dei singoli distretti è riassunta nella tabella 4, che evidenzia differenze di una certa rilevanza: si varia da un minimo di 117 anziani ogni 100 giovani in Alta Valle a quasi 153 anziani ogni 100 giovani del distretto di Aosta e in Bassa Valle.

Tabella 4. Distribuzione per distretto dell'indice di vecchiaia - 1999

Distretto	> 65	0-14	Indice di vecchiaia
1-Alta Valle	3.003	2.549	117,8
2-Aosta e cintura	11.902	7.789	152,8
3-Media Valle	3.000	2.090	143,5
4-Bassa Valle	4.344	2.845	152,6

STRUTTURA FAMILIARE

Il rapporto tra famiglia e salute è di particolare interesse e si sviluppa attraverso tre meccanismi:

- il primo, di tipo causale, lega un particolare tipo di situazione familiare ad uno specifico esito di salute: un esempio è la perdita di un coniuge e il rischio di insorgenza di infarto acuto o di suicidio;
- il secondo, di tipo “patrimoniale”, lega la famiglia al suo ruolo di “risorsa” per le istituzioni nel promuovere stili di vita corretti ed attività di prevenzione che promuovano la salute a livello di ogni singolo individuo. La “cultura alla salute” ricevuta ed appresa in famiglia nelle prime fasi della vita, condiziona il comportamento dell’individuo in età adulta e la sua disponibilità a seguire i messaggi educativi di tutela della salute da parte delle istituzioni preposte;
- il terzo, di tipo assistenziale, vede la famiglia sia come luogo privilegiato per il recupero della salute dei suoi membri, sia come luogo in cui mantenere il più possibile la persona non in buone condizioni di salute: un esempio frequente sono i disabili e le persone anziane.

Nel triennio 1995-1997 il numero medio di componenti una famiglia valdostana è stato di 2,3 unità, inferiore cioè a tutte le altre aree a confronto: sia alla media nazionale (2,7) sia al Piemonte e all’Italia Nord occidentale (2,5), sia al Nord in generale (2,6) (Tabella 5). Inoltre, a differenza del Piemonte, dell’Italia Nord occidentale e del Nord in generale, dove a prevalere sono le famiglie composte da 2 e 3 persone, in Valle d’Aosta il modello familiare più frequente è quello monoparentale, cioè composto da un’unica persona, seguito da quello con 2 individui conviventi. La famiglia composta da 4 persone in Valle ha uno scarto negativo rispetto alla media nazionale del 6% e del 3% con il Nord.

Tabella 5. Numero medio di componenti per famiglia e composizione percentuale delle famiglie per numero di componenti per regione - Media dal 1995 al 1997

REGIONI E RIPARTIZIONI	Numero medio di componenti	COMPOSIZIONE PERCENTUALE PER NUMERO DI COMPONENTI					
		1	2	3	4	5	6 e più
Valle d’Aosta	2,3	29,8	28,8	23,2	15,1	2,8	0,3
Piemonte	2,5	22,9	31,7	25,3	16,8	2,7	0,6
Nord-Ovest	2,5	23,8	28,6	25,2	18,0	3,5	0,8
Nord	2,6	22,5	28,3	25,5	18,5	4,2	1,0
Italia	2,7	20,8	26,3	23,4	21,5	6,3	1,7

Fonte: ISTAT

STRUTTURA SOCIALE

Le disuguaglianze sociali nella salute presentano tutte una straordinaria regolarità in base alla quale il livello inferiore di una qualsiasi scala sociale (per istruzione, posizione professionale o per reddito) presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole del livello immediatamente superiore. Questo assioma ha prodotto analisi dello stato di salute attraverso lo studio della distribuzione di alcuni determinanti sociali noti nella popolazione.

La popolazione valdostana è stata di seguito descritta in base a:

- livello di istruzione
- occupazione
- reddito

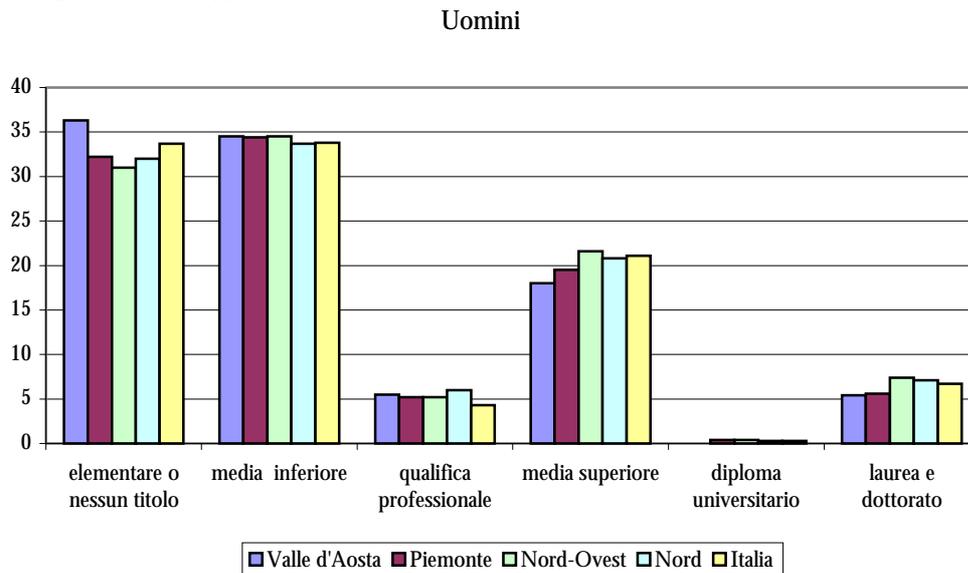
Uno tra i più consolidati risultati della ricerca epidemiologica riguarda la relazione inversa tra grado di istruzione e stato di salute: chi possiede un titolo di studio elevato generalmente vive più a lungo e si ammala meno rispetto alle persone che non accedono all’istruzione superiore.

L'occupazione ha un duplice interesse epidemiologico. Il primo fa riferimento alle analisi che valutano la morbosità e la mortalità differenziali come esiti in popolazioni distinte in base alla loro inclusione o esclusione dal mercato del lavoro. Il secondo invece, più analitico, considera i carichi di fatica, lo stress, i rischi professionali e ne valuta l'impatto sullo stato di salute della popolazione lavorativa come potenziali fattori di rischio.

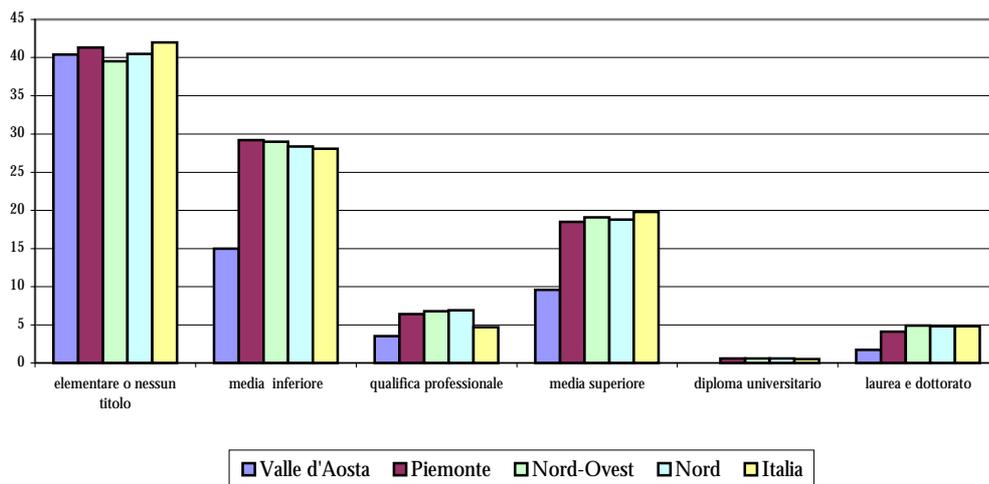
La povertà, intesa come basso livello economico quindi come povertà materiale, ha sempre un effetto negativo sulla salute, sia se intesa come privazione assoluta di risorse economiche ad essa destinabili, sia se è intesa come privazione relativa, ad esempio per il ridotto accesso ai servizi.

Il livello medio di *istruzione* in Valle d'Aosta sta crescendo nonostante si mantenga inferiore rispetto alle altre aree a confronto (Figura 3 e Tabella 6).

Figura 3. Popolazione residente di età superiore a 6 anni per grado di istruzione, sesso e regione di residenza. Valori percentuali – Anno 1998



Donne



Fonte: ISTAT

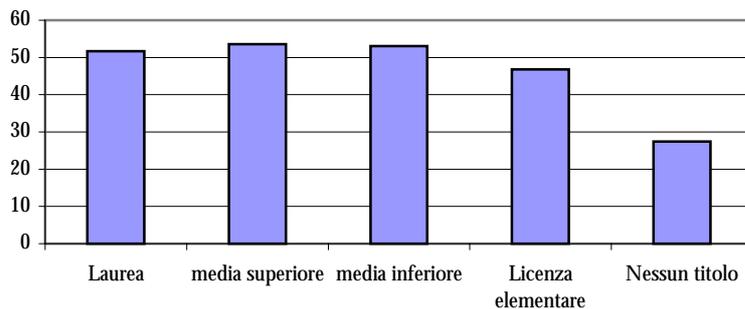
Tabella 6. Popolazione residente di età superiore a 6 anni per grado di istruzione in Valle d'Aosta - Anno 1998 - Valori assoluti (in migliaia) e in percentuale

REGIONI E RIPARTIZIONI	GRADO DI ISTRUZIONE						Totale
	Licenza elementare o Nessun titolo	Licenza media inferiore	Qualifica professionale	Diploma superiore	Diploma universitario	Laurea e Dottorato	
Donne							
Valle d'Aosta	23 (40,4 %)	17 (15 %)	4 (3,5%)	11 (9,6%)	0	2 (1,7 %)	57
Uomini							
Valle d'Aosta	20 (36,3%)	19 (34,5%)	3 (5,5 %)	10 (18%)	0	3 (5,4%)	55

Fonte: ISTAT modificata

Al livello di istruzione sono associabili esiti di salute diversi (vedi successivo capitolo sui determinanti) dovuti anche ad un diverso ricorso ad esami e controlli preventivi. A titolo di esempio, la figura 4 evidenzia come la prevenzione dei tumori femminili in assenza di screening, basata cioè su controlli periodici spontanei, anche in Valle d'Aosta, sia maggiore tra le donne con titoli di studio più elevati.

Figura 4. Donne di 40 anni e più che si sono sottoposte a mammografia in assenza di sintomi o disturbi per livello di istruzione in Valle d'Aosta - Anno 1994 - Valori percentuali



La descrizione del *contesto economico e produttivo* attraverso alcuni macro indicatori evidenzia una situazione sostanzialmente vantaggiosa per la Valle d'Aosta.

Il tasso di attività regionale, nel 1998, risultava del 52,4%, a fronte di un dato nazionale del 46,6% e del 48% del Piemonte. Inoltre, a partire dal 1993, questo valore appare in crescita, in entrambi i sessi (tabella 7).

Tabella 7. Tasso di attività in Valle d'Aosta per classe di età e sesso dal 1993 al 1998

ANNI	CLASSI DI ETÀ						Totale
	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50 e oltre	
UOMINI							
1993	25,0	60,0	100,0	100,0	88,9	33,3	56,1
1994	25,0	60,0	100,0	100,0	100,0	26,3	55,2
1995	25,0	75,0	83,3	100,0	100,0	27,8	55,2
1996	25,0	75,0	100,0	100,0	100,0	33,3	55,2
1997	33,3	75,0	80,0	100,0	88,9	30,0	62,7
1998	33,3	75,0	80,0	100,0	100,0	25,0	62,7
DONNE							
1993	25,0	75,0	80,0	75,0	62,5	17,4	39,0
1994	33,3	75,0	80,0	77,8	62,5	13,6	39,0
1995	33,3	75,0	80,0	77,8	62,5	13,6	39,0
1996	33,3	75,0	80,0	77,8	62,5	17,4	44,2
1997	0,0	75,0	80,0	77,8	62,5	17,4	44,2
1998	0,0	50,0	80,0	80,0	75,0	12,5	43,4
TOTALE							
1993	28,6	75,0	80,0	88,2	76,5	24,4	46,6
1994	28,6	66,7	90,0	88,9	76,5	22,0	46,6
1995	14,3	75,0	81,8	88,9	77,8	22,5	46,2
1996	14,3	66,7	80,0	88,9	82,4	22,0	52,9
1997	16,7	62,5	80,0	85,0	82,4	20,9	53,4
1998	20,0	71,4	80,0	90,0	82,4	20,5	52,4

Fonte: ISTAT

Anche il tasso di occupazione totale, confrontato con il Piemonte e con le altre aree di interesse nazionale, registra un valore più elevato in entrambi i sessi. L'andamento del tasso ha però delle forti differenziazioni all'interno delle classi di età: in particolare, il valore relativamente più elevato nella classe di età tra 20 e 24 anni nei due sessi, più evidente negli uomini, potrebbe essere uno dei fattori inibenti la prosecuzione degli studi di livello superiore.

Lievemente più basso delle altre aree a confronto risulta invece il tasso di occupazione degli uomini valdostani in età compresa tra 45 e 64 anni, a differenza di quello delle donne che non presenta mai valori inferiori al Piemonte, al Nord Ovest e alla media nazionale (tabella 8).

Tabella 8. Tasso di occupazione per classe di età, sesso e regione di residenza - Anno 1999

REGIONI E RIPARTIZIONI	CLASSI DI ETÀ								Totale
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale 15-64	65 e oltre	
UOMINI									
Valle d'Aosta	25,1	60,0	87,7	94,9	80,9	30,9	71,4	5,4	60,1
Piemonte	16,5	56,7	87,8	95,6	83,8	32,1	70,4	5,1	58,1
Nord-Ovest	18,5	55,5	87,3	95,8	85,1	34,0	71,3	5,9	60,0
Italia	12,4	42,7	77,2	91,5	84,6	41,2	66,7	5,8	56,1
DONNE									
Valle d'Aosta	10,3	51,6	71,8	73,3	52,0	16,2	52,1	2,6	40,2
Piemonte	9,8	45,4	67,0	66,8	49,5	13,1	46,8	1,4	35,3
Nord-Ovest	11,2	48,3	68,6	65,8	46,2	13,3	47,0	1,7	35,9
Italia	7,7	32,2	50,5	54,5	43,2	15,0	38,3	1,6	29,8
TOTALE									
Valle d'Aosta	18,1	55,8	80,0	84,5	67,0	23,5	62,0	3,8	50,0
Piemonte	13,2	51,1	77,7	81,4	66,6	22,4	58,7	2,9	46,3
Nord-Ovest	15,0	52,0	78,2	81,1	65,6	23,3	59,2	3,4	47,5
Italia	10,1	37,5	64,0	73,1	63,8	27,6	52,5	3,4	42,4

Fonte: ISTAT

Rispetto ai settori di attività economica, la Valle d'Aosta si differenzia dal Piemonte e dalle altre ripartizioni geografiche a confronto per una composizione della forza lavoro con valori proporzionalmente più elevati in agricoltura e inferiori nell'industria, sia in valore assoluto, sia per sesso. Superiore risulta la percentuale di occupati nelle "altre attività" sia rispetto al Piemonte che al Nord Ovest e all'Italia, anche nel caso in cui la distinzione venga fatta per il lavoro dipendente (Tabella 9).

Tabella 9. Occupati per settore di attività economica, sesso e regione di residenza - Anno 1999 - valori percentuali

REGIONI E RIPARTIZIONI	OCCUPATI				OCCUPATI ALLE DIPENDENZE		
	Agricoltura	Industria	Altre attività	Totale	Agricoltura	Industria	Altre attività
UOMINI							
Valle d'Aosta	6,1	34,7	59,2	100	47,2	69,6	66,0
Piemonte	4,1	49,1	46,7	100	15,5	79,8	63,5
Nord-Ovest	3,1	47,8	49,0	100	25,7	78,2	64,0
Italia	5,9	39,1	55,0	100	38,8	75,6	66,4
DONNE							
Valle d'Aosta	4,7	9,6	85,8	100	26,9	82,4	78,7
Piemonte	3,2	25,6	71,2	100	8,8	87,9	76,0
Nord-Ovest	2,1	26,8	71,1	100	18,0	87,5	77,1
Italia	4,7	21,4	73,9	100	41,3	84,9	77,5
TOTALE							
Valle d'Aosta	5,5	24,4	70,1	100	40,2	71,7	72,4
Piemonte	3,8	39,9	56,4	100	13,2	81,8	69,7
Nord-Ovest	2,7	39,6	57,7	100	23,3	80,6	70,4
Italia	5,5	32,6	61,9	100	39,6	77,8	71,2

Fonte: ISTAT

In modo complementare a quanto appena affermato, il tasso di disoccupazione totale in Valle d'Aosta è inferiore a quello registrato nel 1999 sia dal Piemonte che dalla media nazionale (Tabella 10).

Tabella 10. Tasso di disoccupazione per sesso e regione di residenza - Anno 1999

REGIONI	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Classe di età 15-24	Totale	Classe di 15-24	Totale	Classe di età 15-24	Totale
Valle d'Aosta	8,6	3,4	19,0	7,8	13,3	5,3
Piemonte	16,1	4,3	28,4	11,5	21,8	7,2
Italia	29,2	8,8	37,4	15,7	32,9	11,4

Fonte: ISTAT

Per quanto riguarda il *reddito*, un importante indicatore della situazione economica regionale è rappresentato dal valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle regioni alla produzione della ricchezza del Paese. A fronte di una media nazionale di 31,6 milioni di lire pro capite, il Nord registra la situazione migliore, con valori superiori ai 36 milioni, e una punta in positivo della Valle d'Aosta con 40,4 milioni pro-capite, che registra un primato di produzione di ricchezza nel Nord Ovest seconda solo alla Lombardia.

Un'ulteriore indicazione sulla disponibilità economica di relativo benessere presente in Valle d'Aosta rispetto alle aree di confronto geografico è data dall'imponibile medio per residente, che distribuisce il contributo individuale alla produzione di reddito tra i membri del nucleo familiare, e che ammonta a poco meno di 17 milioni e 500 mila lire (17,440), a fronte dei 16,848 milioni del Piemonte e dei 13,614 della media nazionale.

Per confrontare le differenze all'interno della regione è stato utilizzato l'indice di dipendenza, calcolabile attraverso l'utilizzo di soli dati demografici. Questo indice esprime il rapporto tra le fasce di popolazione "non produttive" (0-14 e > 65) e quella presunta "produttiva" (15-64) rapportata a 100 ed è un utile indicatore per valutare la struttura economica e sociale di una popolazione. In Valle d'Aosta l'indice di dipendenza è attualmente pari a 45,3, con scarsa differenziazione tra i distretti che escludono Aosta, e con forti differenze tra i due sessi a livello territoriale: da uno scarto del 2% tra uomini e donne ad Aosta, a quello ben più ampio del 13% nella Media Valle (Tabella 11).

In termini sanitari e socio assistenziali questo dato suggerisce un bisogno assistenziale verso i soggetti "dipendenti economicamente" a fronte di un parallelo impegno ad assicurare salute alle fasce economicamente produttive.

Tabella 11. Distribuzione per distretto e sesso dell'indice di dipendenza

Distretto	Indice dipendenza	
	Uomini	Donne
1-Alta Valle	39,8	49,0
2-Aosta	40,0	42,1
3-Media Valle	36,7	50,8
4-Bassa Valle	48,0	53,85
Totale	43,6	46,4

CONCLUSIONI

La bassa natalità e l'allungamento della vita media costituiscono da tempo due caratteristiche regolari della dinamica della popolazione regionale, conformemente a quanto avviene anche a livello nazionale.

In termini di salute ciò comporta una prevalenza delle malattie croniche e un incremento, assoluto e relativo, della popolazione disabile; viene così a prodursi un aumento della aspettativa di vita dei cittadini affetti da patologie croniche disabilitanti (diabete, arteriosclerosi, scompenso cardiaco, malattie degenerative del sistema nervoso, forme tumorali) spesso associate tra di loro o con altre malattie.

Il profilo dei bisogni emergenti da questo quadro demografico ed epidemiologico suggerisce la necessità di servizi assistenziali per cure a lungo termine ed a basso contenuto sanitario.

Occorre tuttavia ricordare che, su tutte le dinamiche demografiche descritte, un ruolo fondamentale, la cui entità non è del tutto prevedibile, sarà giocato dal fenomeno dell'immigrazione. Questo potrà comportare uno scambio dei ruoli tra la componente naturale e quella migratoria: l'abbassamento delle nascite verrebbe compensato dalla componente immigratoria. Inoltre l'immigrazione interessa tipicamente la componente dei giovani adulti producendo un aumento di bisogni (assistenziali, ma anche sociali) nelle classi di età produttive. L'inserimento di popolazioni provenienti da culture diverse necessita un rafforzamento ed una estensione ai nuovi residenti delle campagne di informazione per la tutela della salute collettiva che predispongano ad una migliore convivenza popolazioni con diverse abitudini e stili di vita.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, la perdita delle tradizionali forme di solidarietà familiare, accompagnate da una maggiore presenza femminile nel mondo del lavoro, hanno trasformato la tipologia della famiglia traslando sulla comunità un carico assistenziale spesso a basso contenuto sanitario e ad alto contenuto sociale, che ha modificato l'entità e la natura del bisogno socio sanitario. In Valle d'Aosta, come a livello nazionale, la crescita di famiglie composte da un'unica persona ha ridotto potenzialmente nel tempo il capitale di solidarietà delle reti familiari, con conseguenze negative sullo stato di salute medio atteso della popolazione ed in particolare di quella più anziana o debole.

Il quadro sociale presenta aspetti contraddittori: a fronte di un livello di scolarità che continua ad essere lievemente inferiore alla media nazionale, in particolare per la minore percentuale di popolazione con titoli di studio elevato (soprattutto nel sesso femminile), fa riscontro una situazione occupazionale tra le migliori d'Italia, con livelli di disoccupazione (sia complessiva che giovanile) nettamente inferiori ai valori nazionali e con indicatori di reddito tra i più elevati.

ALLEGATO

Movimento della popolazione regionale: nati vivi, morti, tasso di incremento naturale, tasso di natalità dal 1980 al 1997 per 1000 abitanti

ANNI	Nati vivi	Morti	Tasso di incremento naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità
1980	1 040	1 295	-2,3	9,3	11,5
1981	897	1 209	-2,8	8,0	10,8
1982	978	1 151	-1,5	8,7	10,2
1983	962	1 244	-2,5	8,6	11,1
1984	918	1 181	-2,3	8,2	10,5
1985	913	1 222	-2,7	8,1	10,9
1986	902	1 220	-2,8	8,0	10,8
1987	925	1 231	-2,7	8,2	10,9
1988	1 003	1 236	-2,1	8,8	10,9
1989	926	1 235	-2,7	8,1	10,8
1990	1 011	1 165	-1,3	8,8	10,1
1991	1 007	1 246	-2,1	8,7	10,8
1992	987	1 273	-2,5	8,5	10,9
1993	913	1 222	-2,6	7,8	10,4
1994	989	1 220	-2,0	8,4	10,3
1995	994	1 222	-1,9	8,4	10,3
1996	1 097	1 320	-1,9	9,2	11,1
1997	954	1 275	-2,7	8,0	10,7

Movimento demografico regionale per distretto e tipologia - 1998

	Movimento naturale		Immigrati		Emigrati	Saldo	
	nati vivi	morti	(1)	(2)	totale	naturale	totale
1-Alta Valle	247	194	951	58	903	53	145
2-Aosta e cintura	481	615	2156	125	2.008	- 134	55
3-Media Valle	143	191	613	43	541	- 48	57
4-Bassa Valle	214	261	742	33	590	- 47	126
Totale	1.085	1.261	4.462	259	4.042	- 176	383

1 da altro Comune

2 dall'Estero

Distribuzione della popolazione per fascia di età e distretto di residenza in Valle d'Aosta al 31-12-1999

Uomini

DISTRETTI	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>=85	Totale
Alta Valle	514	450	385	425	523	709	919	848	743	676	583	573	509	447	337	250	119	86	9096
Aosta e cintura	1356	1294	1353	1376	1829	2453	2829	2774	2317	2228	2179	2091	1805	1612	1365	953	455	368	30637
Media Valle	384	355	333	374	501	607	812	758	636	580	560	568	567	456	353	230	98	97	8269
Bassa Valle	485	446	487	532	710	1014	989	965	818	855	823	779	687	600	482	332	174	128	11306
Totale	2739	2545	2558	2707	3563	4783	5549	5345	4514	4339	4145	4011	3568	3115	2537	1765	846	679	59308

Donne

DISTRETTI	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>=85	Totale
Alta Valle	463	383	354	368	515	711	847	754	675	591	564	508	515	487	465	380	210	222	9012
Aosta e cintura	1272	1275	1239	1250	1733	2419	2710	2520	2228	2165	2170	1997	2046	1955	1775	1560	829	1030	32173
Media Valle	363	369	286	310	446	619	721	696	568	505	561	525	529	456	478	377	209	246	8264
Bassa Valle	480	492	455	482	649	911	941	876	781	732	713	710	735	679	661	535	322	431	11585
Totale	2578	2519	2334	2410	3343	4660	5219	4846	4252	3993	4008	3740	3825	3577	3379	2852	1570	1929	61034

Totale

DISTRETTI	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>=85	Totale
Alta Valle	977	833	739	793	1038	1420	1766	1602	1418	1267	1147	1081	1024	934	802	630	329	308	18108
Aosta e cintura	2628	2569	2592	2626	3562	4872	5539	5294	4545	4393	4349	4088	3851	3567	3140	2513	1284	1398	62810
Media Valle	747	724	619	684	947	1226	1533	1454	1204	1085	1121	1093	1096	912	831	607	307	343	16533
Bassa Valle	965	938	942	1014	1359	1925	1930	1841	1599	1587	1536	1489	1422	1279	1143	867	496	559	22891
Totale	5317	5064	4892	5117	6906	9443	10768	10191	8766	8332	8153	7751	7393	6692	5916	4617	2416	2608	120342

Distribuzione per distretto del numero di famiglie in Valle d'Aosta - 2000

Distretto	Numero famiglie	% sul totale della famiglie
1-Alta Valle	8.244	15,3
2-Aosta e cintura	27.716	51,3
3-Media Valle	7.619	14,1
4-Bassa Valle	10.433	19,3
Totale	54.012	100

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

Lo stato di salute di una popolazione è il risultato dell'azione di numerosi determinanti, sia in senso negativo (fattori di rischio), sia in senso positivo (fattori protettivi) che esercitano la propria azione sui singoli individui di una società.

La frequenza con cui le patologie si manifestano, la mortalità e la disabilità che queste producono, la percezione della propria salute, sono infatti correlate a numerosi fattori, la cui distribuzione è solo in parte dipendente dalle politiche sanitarie, ma coinvolge anche altri ambiti della società quali, per esempio, le politiche ambientali, sociali, educative, ecc. Nel presente capitolo verranno trattati, separatamente, i temi dei determinanti individuali e di quelli di contesto.

Nel primo caso, utilizzando i dati provenienti dalle indagini multiscopo dell'ISTAT e i primi dati dell'indagine sulla salute 1999-2000 sempre dell'ISTAT, verrà descritta la distribuzione all'interno della Valle d'Aosta delle principali abitudini condizionanti la salute; queste frequenze verranno messe a confronto con gli analoghi valori rilevati in Piemonte, Nord Italia e Italia. Il paragone con altre realtà italiane consente di dare una dimensione relativa alle frequenze documentate.

Per quanto riguarda i determinanti di contesto, verrà trattato il ruolo delle condizioni socio-economiche nel determinare le condizioni di salute attraverso l'utilizzo dei dati disponibili a livello nazionale (in assenza, al momento, di dati specifici sulla Valle d'Aosta), e il ruolo dell'ambiente fisico attraverso i dati disponibili all'interno della Regione.

STILI DI VITA

FUMO

Il fumo di sigaretta rappresenta una delle abitudini voluttuarie più diffuse al mondo e per la quale esiste una grande mole di evidenze sui danni prodotti alla salute.

Il fumo di sigaretta è coinvolto nell'insorgenza di numerose forme di tumore maligno quali il polmone (circa il 90% di questi è attribuibile al fumo), le vie aeree e digestive superiori, il rene, la vescica; è un importante fattore di rischio delle malattie dell'apparato circolatorio quali la cardiopatia ischemica, gli incidenti cerebrovascolari e le arteriopatie periferiche, e delle patologie dell'apparato respiratorio (broncopneumopatie croniche ostruttive). Il fumo in gravidanza è direttamente correlato al basso peso alla nascita e al ritardo di crescita intrauterino.

Gli effetti nocivi del fumo non si esplicano solo in via diretta; sempre maggiore, infatti, è l'evidenza scientifica a supporto di un ruolo importante del fumo passivo nella genesi di numerose patologie.

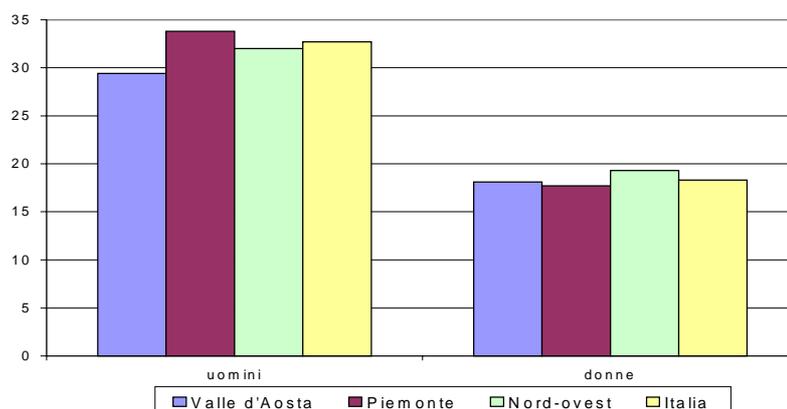
Questi effetti si traducono in un elevato numero di decessi evitabili, ma anche di ricoveri e di disabilità evitabili, con enormi costi per la società.

L'importanza della lotta al fumo di sigaretta è legata oltre che alla diffusione e gravità delle sue conseguenze, anche alla considerazione che si tratta di uno dei pochi fattori di rischio teoricamente eliminabili e che è documentato come la sospensione dall'esposizione sia in grado di riportare alcuni rischi ad essa correlati a livelli uguali a quelli dei soggetti non fumatori in un arco di tempo di circa 15 anni.

Nel 1999 il 29,4% degli uomini e il 18,1% delle donne valdostane oltre i 14 anni di età si dichiarava fumatore, il 42,9% degli uomini e il 67,1% delle donne si dichiarava "non fumatore" e, rispettivamente, il 27,5% e il 14,2% si dichiarava "ex-fumatore".

Questi valori, una volta standardizzati per età, risultano inferiori sia rispetto alla media nazionale, sia al resto del Nord Italia nel caso degli uomini (la Valle d'Aosta è una delle regioni italiane con la minor frequenza di fumatori nel sesso maschile), mentre per le donne non si notano rilevanti differenze rispetto al resto del Paese (Figura 1).

Figura 1. Abitudine al fumo in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi nel 1999 - Prevalenze standardizzate per età per 100.



Analogamente al resto dell'Italia, le classi di età centrali sono quelle che presentano le percentuali più elevate di fumatori (in entrambi i sessi) (tabella 1). Gli uomini valdostani confermano una frequenza di abitudine al fumo inferiore al resto del Paese in tutte le classi di età (con l'eccezione della fascia di età più anziana).

Tabella 1. Abitudine al fumo per classe di età e sesso in Piemonte, Nord Italia e Italia nel 1998 - Prevalenze per 100.

Classe di età	Uomini				Donne			
	VdA	Piemonte	Nord	Italia	VdA	Piemonte	Nord	Italia
15-24	22,7	28,0	31,6	28,9	23,5	20,2	20,7	16,9
25-34	23,6	31,5	34,9	38,7	15,0	21,9	22,4	23,1
35-44	34,7	37,0	35,3	40,5	23,0	29,4	27,5	27,8
45-54	26,5	34,3	33,9	37,5	20,7	21,6	23,8	22,4
55-64	18,3	30,0	27,1	30,2	12,1	11,4	14,3	13,1
65 e oltre	25,1	22,1	17,3	18,2	4,2	4,9	6,8	5,3

La tabella 2 evidenzia come, tra i fumatori, il consumo medio di sigarette sia lievemente superiore rispetto al resto dell'Italia settentrionale negli uomini e in media con il resto del Paese tra le donne.

Tabella 2. Numero medio di sigarette fumate al giorno in Piemonte, Nord-Ovest e Italia nel 1999 - Prevalenze standardizzate per età per 100.

numero di sigarette fumate al giorno	Uomini				Donne			
	VdA	Piemonte	Nord-Ovest	Italia	VdA	Piemonte	Nord-Ovest	Italia
1-10	35,6	42,7	37,7	36,1	66,7	63,7	63,2	61,6
11-20	44,7	40,8	43,9	45,1	28,0	30,6	30,8	33,4
oltre 20	19,6	16,5	18,4	17,6	5,1	5,7	5,9	4,9

ALIMENTAZIONE E OBESITÀ'

Dieta e nutrizione, qualità e sicurezza degli alimenti, intolleranze alimentari, disturbi dell'alimentazione sono tutti aspetti che concorrono a definire il complesso rapporto che esiste fra alimentazione e salute.

Se ormai la carenza di micronutrienti non è più un aspetto critico nella dieta dei paesi sviluppati (pur permanendo in alcuni casi carenze nutrizionali rilevanti per la salute pubblica quali quelle di acido folico, di iodio e di ferro), la diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un problema di

grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico-degenerative.

L'obesità è in aumento in tutte le fasce di età, in particolare fra i bambini, per i quali rappresenta un problema di particolare rilevanza, in quanto fattore di rischio per l'obesità adulta e per l'insorgenza di malattie in età avanzata.

La sicurezza degli alimenti riguarda il problema delle infezioni di origine alimentare per la presenza di microrganismi o di tossine di origine microbica e quello della presenza negli alimenti di sostanze additive derivanti dalla contaminazione agricola inorganica o dai sottoprodotti della cottura e dalle tossine naturali.

Non tutti questi argomenti sono trattabili sulla base dei dati a disposizione; di seguito verrà quindi solo tracciato un profilo delle abitudini alimentari in Valle d'Aosta e la distribuzione dell'obesità in regione.

All'interno di questo paragrafo verrà anche trattato il tema del consumo di alcolici in quanto condizione trasversale alla: abitudine alimentare, abitudine voluttuaria e dipendenza.

Dai dati delle indagini multiscopo 1997 e 1998 dell'ISTAT risulta che in Valle d'Aosta le abitudini alimentari scorrette sono largamente diffuse. Solo il 31% degli uomini e il 36% delle donne con oltre 20 anni di età dichiara abitudini alimentari corrette, il 40% della popolazione ha almeno un comportamento scorretto e oltre il 28% degli uomini e il 22% delle donne ha almeno due comportamenti alimentari scorretti¹.

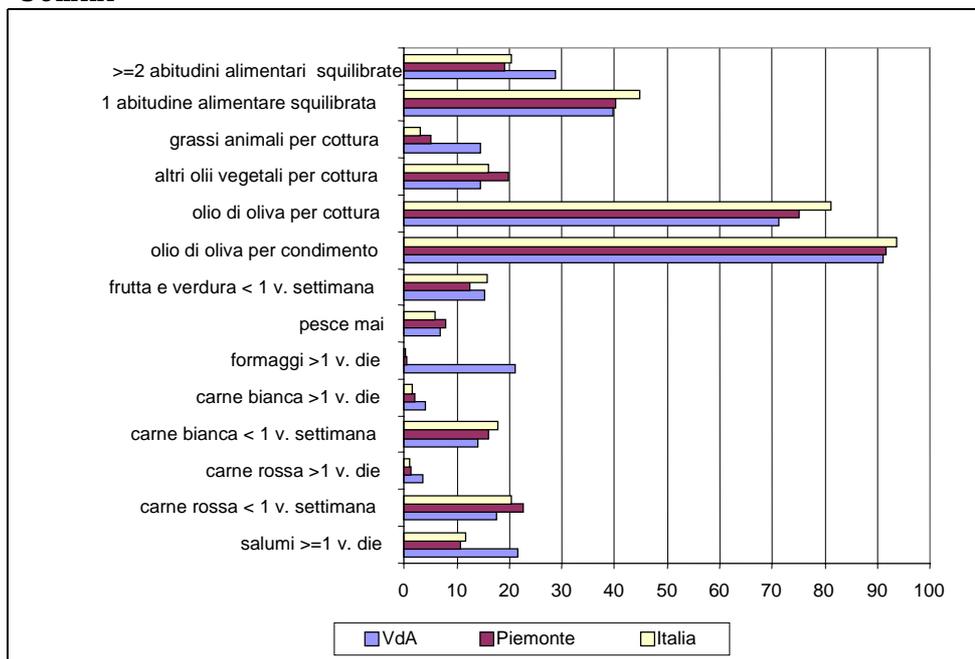
La Figura 2 pone a confronto le prevalenze standardizzate per età di alcune abitudini alimentari in Valle d'Aosta, in Piemonte e in Italia. Gli elementi negativi più rilevanti sono un elevatissimo consumo di formaggi (la frequenza dei soggetti che dichiarano di mangiare formaggio più di una volta al giorno è di oltre tre volte superiore alla media nazionale e di due volte e mezzo il valore del Piemonte), un elevato consumo di salumi (il doppio del valore nazionale e piemontese per gli uomini e circa il 50% in più nelle donne), una maggior frequenza nell'uso di grassi animali per la cottura (quattro volte superiore rispetto ai valori nazionale e piemontese), parallelamente a una minor frequenza nell'uso di oli vegetali sia per la cottura che per condimento, una maggior frequenza nell'eccesso di carni rosse (i soggetti che dichiarano di consumarne più di una volta al giorno sono circa il doppio del valore nazionale)

Nel complesso, le abitudini alimentari degli uomini e delle donne valdostani appaiono piuttosto simili fra di loro, ma differenti dal resto dell'Italia e anche da quelle del vicino Piemonte; la dieta dei valdostani sembra infatti caratterizzarsi per un'elevata presenza di proteine e di grassi animali.

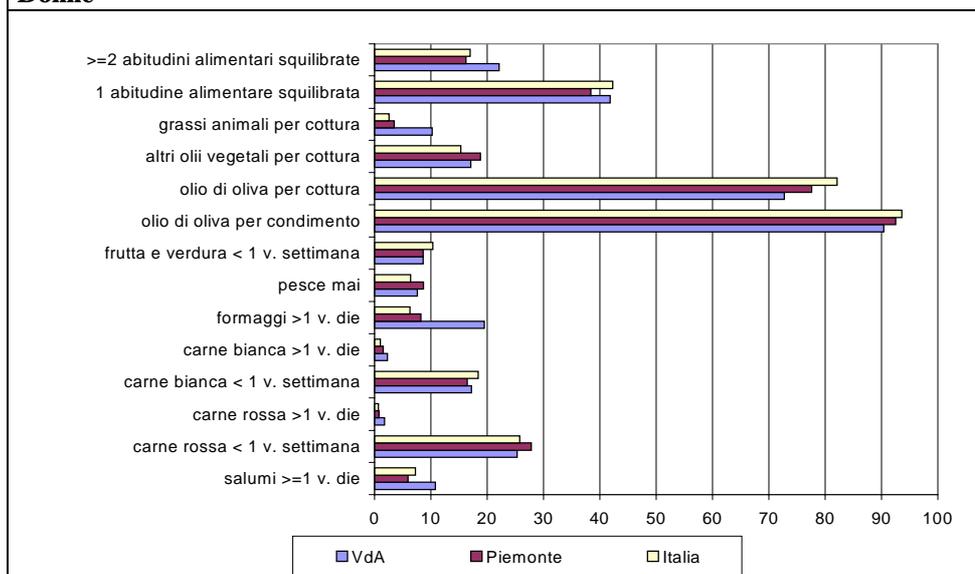
¹ Le informazioni sulle abitudini alimentari sono espresse in forma sintetica da un indice, attraverso il quale gli individui vengono classificati a seconda del numero di comportamenti alimentari scorretti individuati tramite le risposte relative alla frequenza settimanale con cui fanno ricorso a tutti gli alimenti esaminati (salumi, carne bianca o rossa, latticini, pesce, frutta e verdura). L'indice è costruito come un contatore che cresce di un'unità ogni volta in cui una delle variabili relative ad uno specifico gruppo di alimenti indica un ricorso superiore oppure inferiore alle indicazioni dell'Istituto Nazionale della Nutrizione ad un determinato tipo di alimento.

Figura 2. Alcune abitudini alimentari in Valle d'Aosta, in Piemonte e in Italia nel 1997-1998 – Prevalenze standardizzate per età per 100.

Uomini



Donne



Nel 1994 (ultimo dato nazionale al momento disponibile) il 34,2% degli uomini valdostani e il 22,4 delle donne di età superiore a 14 anni risultava in sovrappeso, mentre il 6,85 degli uomini e il 5,8% delle donne risultava obeso.

La frequenza di soggetti con eccessi ponderali aumenta con l'aumentare dell'età; considerando assieme sovrappeso e obesità, la tabella 3 riporta la percentuale di soggetti in sovrappeso od obesi in diverse classi di età.

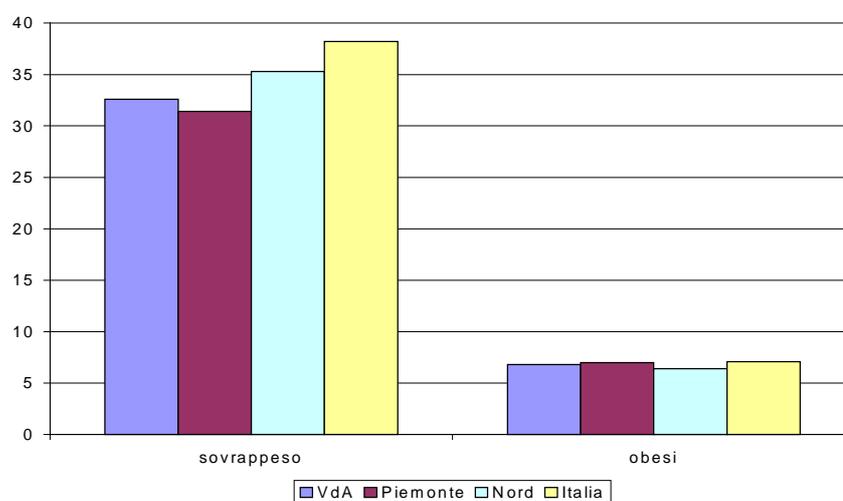
Tabella 3. Soggetti di età superiore a 14 anni in sovrappeso od obesi (assieme) in Valle d'Aosta per sesso e classe di età nel 1994. Valori percentuali.

	Classe di età			Totale
	25 - 44	45 - 64	65 e oltre	
Uomini	35,1	52,5	54,0	41,4
Donne	16,6	36,6	44,6	28,6

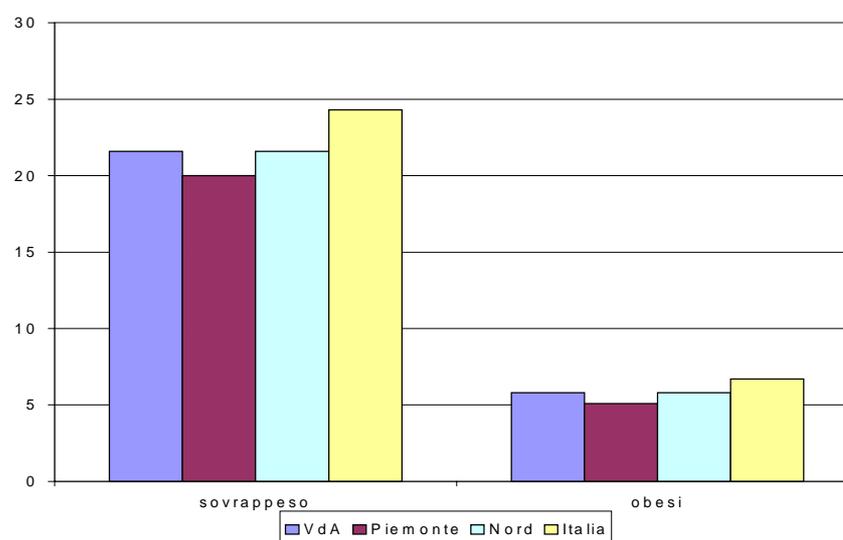
I valori di prevalenza di obesità e sovrappeso standardizzati per età riportati in figura 3 documentano per la Valle d'Aosta una situazione favorevole, così come per tutto il Nord, rispetto alla media nazionale.

Sovrappeso e obesità in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Italia e Italia nel 1994. Prevalenze standardizzate per età per 100.

Uomini



Donne

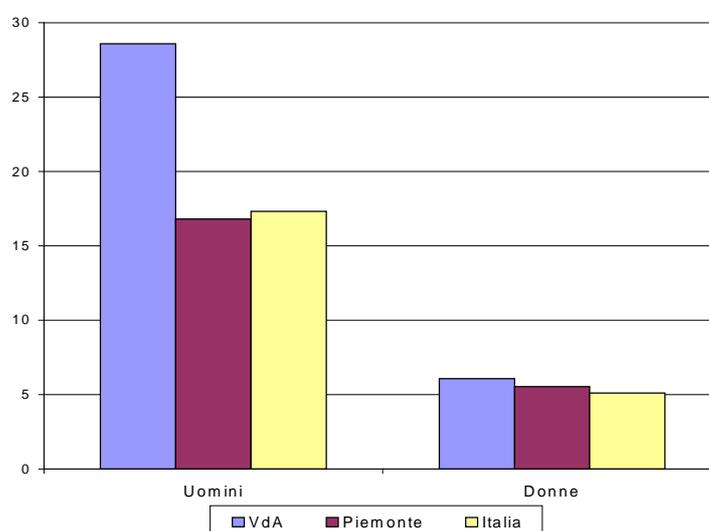


ALCOOL

Il consumo di alcool in Italia si è ridotto, negli ultimi venti anni, da 11,8 litri di alcol puro pro capite nel 1981 a 7,9 litri nel 1997, portando l'Italia dal terzo al quindicesimo posto in Europa come livello di consumo. Nonostante ciò, la diffusione nella popolazione rimane elevata, soprattutto nelle regioni del Nord Italia.

Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, i dati delle indagini ISTAT 1997-1998 documentano come il 28% degli uomini e il 6% delle donne abbiano un consumo di alcolici definibile come "eccessivo" secondo la classificazione definita dall'ISTAT. Queste frequenze di consumo sono tra le più elevate a livello nazionale. I valori registrati in Valle d'Aosta, anche dopo aver tenuto conto delle differenze di età, risultano superiori del 70% sia rispetto a quelli piemontesi sia a quelli italiani nel caso degli uomini e, del 10-15% in più nel caso delle donne (Figura 4).

Figura 4. Consumo eccessivo di alcolici in Valle d'Aosta, Piemonte e Italia nel 1997-98. Prevalenze standardizzate per età per 100.



ATTIVITÀ FISICA

A qualsiasi età, una regolare attività fisica aerobica, si è dimostrata in grado di agire come fattore protettivo verso numerose patologie ad elevata frequenza nella popolazione.

Un adeguato esercizio fisico è essenziale per lo sviluppo muscoloscheletrico nell'infanzia e nell'adolescenza e nel mantenere la densità ossea nei giovani adulti, mentre la mancanza di attività fisica abituale comporta un aumento della quantità di grasso corporeo, contribuendo all'incremento della prevalenza dell'obesità. Nella popolazione anziana contribuisce alla diminuzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari, abbassa il rischio di sviluppare il diabete mellito non insulino dipendente, ha effetti preventivi dell'artrite in età avanzata, ed effetti coadiuvanti della terapia; sembra inoltre ridurre il rischio di cadute e migliorare la qualità della vita contribuendo a mantenere buoni livelli di socializzazione.

Infine, l'attività fisica sembra svolgere un ruolo attivo nel migliorare l'umore attraverso la diminuzione dei sintomi di depressione e ansietà.

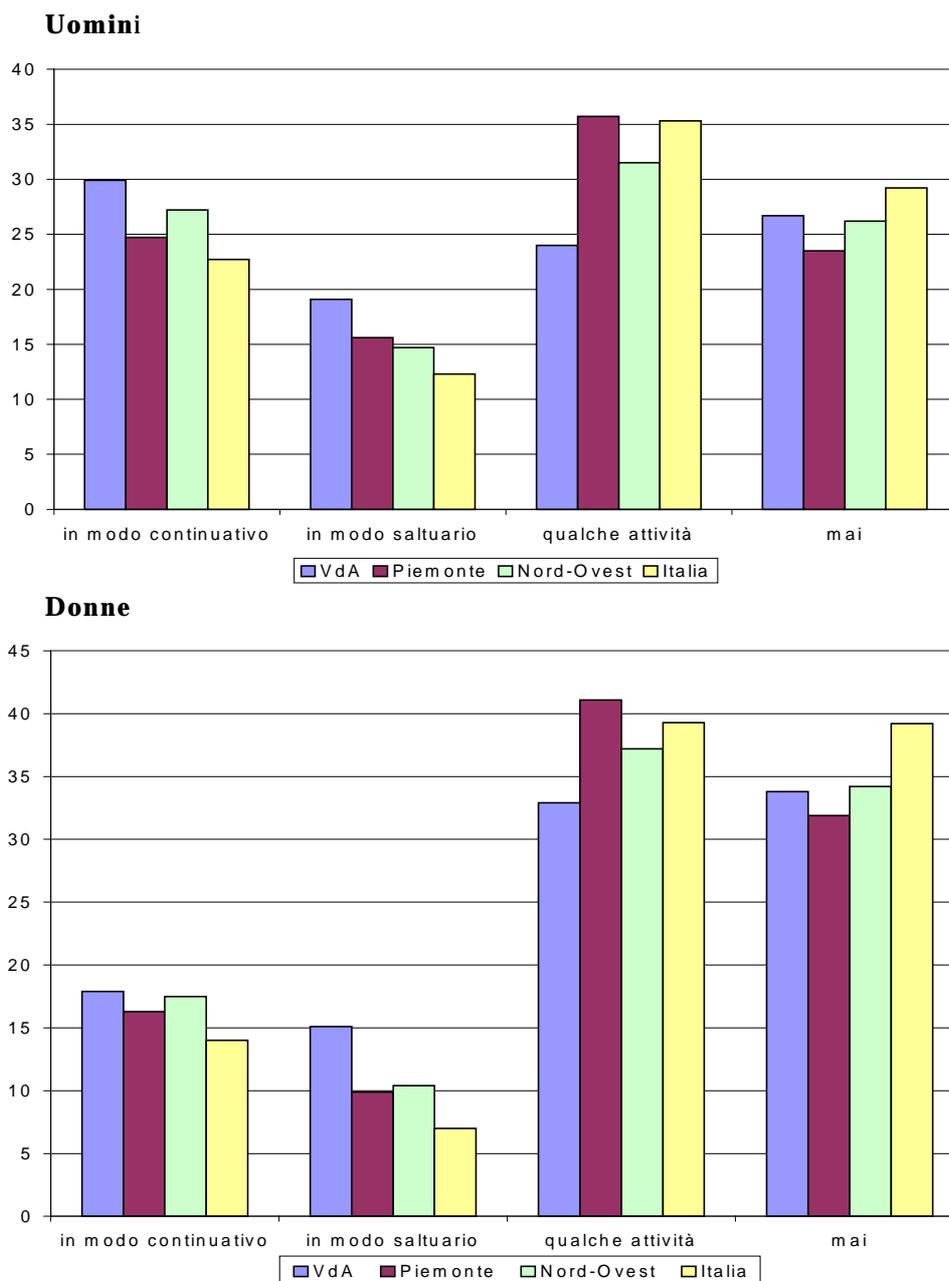
In Valle d'Aosta circa il 28% degli uomini e il 17% delle donne dichiara di svolgere un'attività sportiva in modo continuativo, il 34 % degli uomini e il 48% delle donne dichiara di svolgere qualche attività fisica,

pur non in modo continuativo e, rispettivamente, il 28% e il 35% dichiarano di non praticare alcuna attività fisica.

Come atteso, la frequenza e l'intensità nella pratica sportiva sono inversamente correlati all'età; le frequenze più elevate di soggetti che dichiarano di non praticare alcuna attività fisica si riscontrano nelle fasce con oltre 65 anni di età (circa il 50% della popolazione).

La figura 5 mostra come in Valle d'Aosta la consuetudine all'attività sportiva, in entrambi i sessi, sia più elevata tanto rispetto alla media nazionale, quanto rispetto alle regioni nord-occidentali.

Figura 5. Pratica sportiva in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Italia e Italia nel 1999. Prevalenze standardizzate per età per 100.



CONCLUSIONI

In sintesi, la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute all'interno della popolazione valdostana presenta forti contraddizioni.

La situazione relativa alla diffusione dell'abitudine del fumo di sigaretta risulta buona, soprattutto nel caso degli uomini che presentano prevalenze di consumo inferiori ai valori di altre realtà nazionali; questa situazione favorevole è evidente in tutte le classi di età (fatta eccezione per la fascia di età più anziana). Le donne, invece, presentano valori in linea con il resto del Paese.

Al contrario, le abitudini alimentari dei valdostani sembrano caratterizzarsi per un dieta iperproteica e ad elevato consumo di grassi di origine animale. Nonostante ciò, la percentuale di soggetti con problemi di eccesso ponderale è in linea con il resto del Nord Italia e, comunque, inferiore a quella rilevata su scala nazionale.

A questa condizione non è probabilmente estranea l'elevata frequenza di popolazione che pratica in maniera più o meno costante una qualche forma di attività sportiva.

L'abitudine a consumare elevate quantità di alcolici (la percentuale di forti consumatori è una delle più elevate d'Italia) rappresenta un altro problema aperto.

CONTESTO

CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

In Italia i dati sulle diseguaglianze sociali nella salute non sono ancora particolarmente numerosi e diffusi, ma sufficienti a far sì che il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, per la prima volta in Italia, abbia posto la riduzione delle diseguaglianze sociali nella salute tra i nove punti qualificanti per la definizione degli obiettivi prioritari e dichiarato l'impegno esplicito a "migliorare la salute dei gruppi di popolazione meno sani riducendo le differenze rispetto ai gruppi più favoriti".

Differenze tra gruppi sociali sono documentabili su tutte le principali dimensioni della salute; i soggetti appartenenti ai gruppi sociali più deprivilegiati hanno una maggiore frequenza di esposizione a tutti i fattori di rischio per la salute, sviluppano con maggior frequenza malattie, hanno maggiori difficoltà nell'accesso alle strutture sanitarie e, infine, presentano una mortalità più elevata per quasi tutte le cause di morte.

Di seguito vengono brevemente riassunti alcuni esempi di differenze nella salute documentate in Italia attraverso i dati preliminari dell'indagine ISTAT sulla salute 1999-2000. Trattandosi di dati che fanno riferimento alle due prime rilevazioni dell'indagine (su quattro totali) non è ancora possibile esplorare questo genere di determinanti su scala regionale. La disponibilità dell'archivio completo per tutta la regione a partire dall'autunno 2001 potrà consentire approfondimenti all'interno dei gruppi sociali della Valle d'Aosta.

Nel caso del fumo di sigaretta, la relazione tra consumo e livello di istruzione, in Italia, presenta un andamento differente nei due sessi. A parità di età, gli uomini con titolo di studio di licenza media (o inferiore) hanno una probabilità superiore del 30% rispetto agli uomini con maturità o laurea di essere fumatori; situazione opposta nel caso delle donne: mentre non vi sono differenze tra donne con licenza media o laureate, le donne con sola licenza elementare hanno una probabilità di quasi il 50% inferiore di essere fumatrici rispetto alle donne laureate. In caso di gravidanza, tuttavia, sono le donne con titolo di studio elevato a mostrare una maggior propensione a smettere o ridurre l'abitudine al fumo.

Tra i principali fattori di rischio, le persone a bassa scolarità presentano, inoltre, un maggior rischio di obesità, di adozione di stili alimentari insalubri e una maggior frequenza di inattività fisica.

Per quanto riguarda le patologie, la probabilità di riferire la presenza di almeno due malattie croniche è di circa il 30% superiore nei soggetti con licenza media rispetto ai laureati/diplomati e sale ad oltre il 60% nei soggetti con sola licenza elementare. Questa relazione riguarda pressochè tutte le patologie esplorate dall'indagine. Malattie allergiche, diabete, malattie respiratorie, malattie e disturbi nervosi risultano, in entrambi i sessi, inversamente correlate al titolo di studio; a queste vanno aggiunte, nel caso delle donne, le malattie cardiache e vascolari in genere, calcolosi renale, artrosi, artrite e osteoporosi e nel caso degli uomini anche la cirrosi epatica.

La posizione sociale, infine, non condiziona solo lo stato di salute oggettivo, ma è anche correlata allo stato di salute percepito (anche indipendentemente dalla presenza dichiarata di patologie). Rispetto ai soggetti laureati/diplomati, la probabilità di giudicare la propria salute "male" o, addirittura, "molto-male" è di oltre il 50% superiore nei soggetti con licenza elementare e di circa il 150% superiore nei soggetti con sola licenza elementare.

Come già accennato, vi sono dimostrazioni del modo in cui la posizione sociale condiziona anche l'accesso alle cure sia attraverso un più tardivo riconoscimento dei sintomi di malattia, sia attraverso una maggiore difficoltà a muoversi all'interno del sistema sanitario.

L'insieme dei fattori sopra accennati concorre a produrre quelle differenze nella mortalità a sfavore dei gruppi sociali più svantaggiati, che sono oramai ben documentate in diverse realtà italiane.

AMBIENTE FISICO

L'ambiente, e più in generale il territorio sul quale viviamo, costituiscono tra i più importanti determinanti dello stato di salute e, al tempo stesso, un insieme di possibili rischi, i più dei quali difficili sia da isolare, che da neutralizzare nel loro potenziale impatto sulla salute pubblica, se non in tempi molto lunghi. La difficoltà è dovuta sia alla molteplicità degli attori e degli interessi coinvolti, sia alla dimensione spaziale, certamente non circoscrivibile ai soli confini amministrativi e, da ultimo, alla natura fortemente interdipendente che questi rischi hanno all'interno dell'ecosistema. Sotto il profilo epidemiologico numerosi sono gli studi che verificano l'esistenza di nessi di causalità tra l'insorgenza di alcune forme patologiche e la presenza di fattori contaminanti presenti nei tre principali elementi in cui è ripartito il sistema ambiente: aria, acqua e suolo.

Questo paragrafo descrive le principali caratteristiche ambientali della regione secondo queste tre dimensioni, ponendo a confronto, quando possibile, i dati regionali con quanto disponibile in altre aree italiane. Il paragrafo è preceduto da una trattazione delle caratteristiche del territorio valdostano e del ruolo esercitato dalla pressione antropica sull'ambiente fisico. Per la particolare rilevanza, una sezione è dedicata alle recenti catastrofi naturali che hanno interessato la Valle d'Aosta.

TERRITORIO E PRESSIONE ANTROPICA

Per quanto riguarda l'assetto territoriale, ed in particolare le aree protette, in Italia la media è di 5 ettari ogni 100 abitanti mentre in Valle d'Aosta è di oltre 34. Espresso in chilometri quadrati l'indicatore corrispondente dimostra che la Valle d'Aosta riserva a queste aree un'estensione 7 volte superiore a quella nazionale e più di 8 volte superiore a quella del Piemonte (Tabella 1).

Tabella 1. Superficie forestale e delle aree protette per regione al 31 dicembre 1998

REGIONI E RIPARTIZIONI	SUPERFICIE FORESTALE		AREE PROTETTE	
	Ettari	Ettari per 100 ab.	Ettari	Ettari per 100 ab.
Valle d'Aosta	78.146	65,1	41.233	34,4
Piemonte	669.849	15,6	196.306	4,6
Nord	3.022.380	11,8	1.362.812	5,3
Italia	6.847.487	11,9	3.174.186	5,5

Fonte: Istat - Ministero dell'Ambiente - CNR - Centro studi per la genetica evolutiva.

Nota: Queste due superfici non sono sommabili in quanto una parte della superficie delle aree protette è compresa nella superficie forestale e inoltre la superficie delle aree protette comprende anche aree non forestali

La superficie forestale, rilevata dall'Istat in base ad un concetto definito da due parametri fondamentali: l'estensione del terreno (almeno mezzo ettaro) e la densità, cioè la proiezione sul terreno (la chioma delle piante deve coprire almeno il 50% della superficie), in Valle d'Aosta registra una percentuale sul totale quasi doppia rispetto a quella nazionale e ancora superiore se confrontata con il vicino Piemonte. Anche la superficie agricola coltivata secondo metodi a ridotto impatto ambientale mostra una politica di sensibilizzazione regionale maggiore di quella

delle altre aree a confronto con percentuali doppie rispetto al valore nazionale e superiori anche al Piemonte.

In Valle d'Aosta l'insediamento urbano ha valori nettamente inferiori al 79% della media nazionale, nonostante il capoluogo sia la città di residenza di quasi la metà della popolazione regionale residente. Il suo valore, pari a poco più del 40%, è quello più basso registrato nell'Italia del nord, incluse anche altre regioni appartenenti all'arco alpino (Tabella 2).

Tabella 2. Percentuale di popolazione urbana per regione dal 1997 al 1999

REGIONI E RIPARTIZIONI	1997	1998	1999
Valle d'Aosta	41,1	40,8	40,7
Piemonte	77,8	77,8	77,8
Trentino Alto Adige	51,5	51,6	51,6
P.A. Bolzano	51,6	51,5	51,5
P.A.Trento	51,5	51,6	51,6
Friuli V.G.	77,0	77,8	78,0
Nord Ovest	86,7	86,7	86,8
Nord Est	78,3	78,5	78,8
Nord	83,2	83,3	83,4
Italia	78,8	78,8	78,9

Fonte:Istat

Sulla base di elaborazione effettuate dal Censis nell'anno 2000 su dati dell'Istat, del Ministero dell'Ambiente, di Proaqua, Legambiente, e Corpo Forestale dello Stato è stato costruito un indice del livello di pressione antropica riportato in tabella 3. La valutazione ottenuta dalla Valle d'Aosta testimonia una pressione antropica nettamente inferiore rispetto alla media nazionale e a quella del vicino Piemonte (Tabella 3).

Tabella 3. Indicatori del livello di pressione antropica

Indicatori	Valle d'Aosta	Piemonte	Italia
Densità popolazione equivalente (ab. equivalenti per Km ²) (1995)	30,6	425,2	369,1
Densità impianti a rischio (n.impianti a rischio per 100 km ²) (1998)	0,0	0,2	0,1
Illegalità ambientale (infrazioni accertate per 10.000 ab) (1998)	2,4	2,4	4,9
Abusivismo edilizio (% di costruzioni abusive sul totale delle costruzioni) (1994-1998)	0,0	1,8	5,0
Incendi boschivi (% ettari bruciati sul totale della superficie) (1993-1998)	0,3	1,1	2,3
Pressione venatoria (cacciatori x ha) (1997)	0,5	0,5	2,7
Valutazione inq. atmosferico (%fam. che giudicano grave il problema nell'area di residenza) (1998)	25,5	38,4	37,1
Indicatore di pressione antropica	18	45	57

La pressione antropica è un indicatore tanto più elevato quanto più negative si fanno le conseguenze imputabili agli insediamenti urbani ed il basso valore ottenuto è in parte dovuto alla scarsa urbanizzazione della nostra regione. Tuttavia, dal momento che a concorrere al punteggio globale sono: la gestione, il controllo e la salvaguardia degli insediamenti urbani e la cultura di

rispetto verso l'ambiente, sarebbe riduttivo attribuire alla sola morfologia della Valle d'Aosta il buon punteggio ottenuto e non riconoscere invece alla regione nel suo complesso una positiva, seppure generalizzata, politica di gestione ambientale.

ARIA

Il potenziale inquinamento derivante dalle emissioni di agenti inquinanti in atmosfera a seguito sia di attività umane che produttive, rappresenta uno dei fattori che possono influenzare in senso negativo la nostra salute. Tali sostanze, diversamente distribuite sul territorio in base alla presenza di insediamenti umani e produttivi, contribuiscono all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di malattie respiratorie, allergie, tumori, malattie cardiovascolari e infettive, agendo come fattori inducenti, causali o aggravanti, a breve e a lungo termine. In Valle d'Aosta particolare attenzione potrà essere posta alla presenza di polveri, derivante dalle moltissime attività di estrazione e di lavorazione di materiali inerti e alle malattie dell'apparato respiratorio (con particolare riferimento alle allergie) e della pelle, relazione facilitata dalla particolare situazione meteo-climatica (clima generalmente secco e ventilato che favorisce la dispersione di polveri ed agenti inquinanti volatili).

ACQUA

I problemi di salute legati all'acqua vanno distinti tra quelle legati al consumo alimentare e quelli legati alla balneazione.

Per quanto riguarda le acque a consumo alimentare, in Italia il 97,8% dei Comuni riceve acqua attraverso gli acquedotti; più del 99% delle abitazioni delle città riceve acqua attraverso condotte, tuttavia, solo i due terzi della popolazione riceve quantità sufficienti di acqua per tutto l'anno. In particolare, il 13% non riceve acqua sufficiente per 1 quarto dell'anno e circa il 20% per 2-3 quarti. Queste proporzioni non sono ovviamente distribuite in modo omogeneo sul territorio nazionale.

La Valle d'Aosta, pur essendo una Regione in cui la quantità dell'acqua distribuita risulta essere generalmente sufficiente ai fabbisogni anche nei periodi di massima presenza turistica, presenta ancora qualche problema sulla qualità. Tali problemi sono riconducibili principalmente alla superficialità delle acque captate, seppur in alta montagna, ed alla conseguente vulnerabilità delle stesse, soprattutto nei periodi (estate) in cui sono molto presenti sul territorio di alta montagna importanti attività agricole (principalmente attività di alpeggio dei bovini). Tali attività, peraltro molto importanti sia per l'economia della Regione, che per mantenere un corretto equilibrio dell'assetto territoriale, risultano quasi esclusivamente la causa dei frequenti fenomeni di inquinamento delle acque fornite al consumo umano. Ciò è deducibile dal fatto che la concentrazione di inquinamento, sempre di origine microbiologica, si rileva proprio nel periodo di funzionamento degli alpeggi.

Allo stato attuale non è possibile correlare i dati ricavabili dai controlli della qualità dell'acqua potabile con i casi di malattie idro-trasmesse, fatto salvo per alcuni sporadici casi di infezione intestinale dovuti proprio alla qualità dell'acqua erogata, risultata inquinata dal punto di vista microbiologico, è comunque possibile sostenere che sono scomparse le patologie legate alla presenza dei tradizionali patogeni primari, quali Shigella e Vibrio, come del resto è accaduto in tutti i Paesi che adottano alti standard igienici.

Per quanto concerne la qualità delle acque di balneazione, si precisa che pur effettuando annualmente controlli sulla qualità delle acque superficiali, ivi compresi i laghi alpini, in Valle d'Aosta non vi sono aree autorizzate in tal senso. Gli studi volti a verificare il rischio correlato alla balneazione sono numerosi, anche se contraddittori e non univoci. La maggior parte di essi collega alla balneazione le infezioni a carattere gastroenterico e le infezioni collegate alla diffusione di

microrganismi comunemente presenti sulla cute e sulle mucose. Studi minori hanno individuato una correlazione tra balneazione e comparsa di sindromi di scarsa gravità che interessano prevalentemente l'apparato gastroenterico, genito-urinario e respiratorio, la cute, le mucose dell'orecchio e l'occhio.

SUOLO

Attiene al suolo principalmente il tema della gestione dei rifiuti. Ai fini sanitari, riveste particolare importanza la corretta gestione dei rifiuti urbani, ciò sia in relazione all'incidenza quantitativa, che in relazione alla qualità degli stessi. Si tratta, infatti, di una tipologia di rifiuto che può rappresentare, se non gestito correttamente, una fonte importante di inquinamento, non solo del suolo, ma anche delle falde.

A titolo esemplificativo e per evidenziare la rilevanza del problema, nella tabella 4 vengono riportati i valori di produzione dei rifiuti urbani negli ultimi 10 anni:

Tabella 4. Tonnellate di rifiuti urbani prodotti nei distretti della valle d'Aosta dal 1990 al 2000

<i>Bacini territoriali</i>	<i>Rifiuti urbani ed assimilati indifferenziati (tonnellate)</i>										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
C.M. Valdigne - Mont Blanc	6.182,0	6.460,5	6.853,6	6.891,1	7.104,2	7.027,3	7.127,4	6.966,2	7.069,1	7.083,3	7.062,1
C.M. Grand Paradis	4.372,4	4.785,0	5.181,3	5.431,5	5.462,4	5.400,4	5.410,1	5.438,0	5.471,4	5.504,9	5.663,0
Totale distretto 1	10.554,4	11.245,6	12.035,0	12.322,6	12.566,7	12.427,7	12.537,5	12.404,2	12.540,5	12.558,2	12.725,1
C.M. Grand Combin	1.354,1	1.411,7	1.506,2	1.692,7	1.683,1	1.694,7	1.758,7	1.726,7	1.784,8	1.805,3	1.831,0
C.M. Mont Emilius	5.053,4	5.620,6	6.951,3	7.180,7	7.524,8	7.231,8	7.445,3	7.347,0	7.444,6	7.694,8	9.343,5
Aosta	12.823,4	14.473,1	15.364,2	15.509,7	15.923,0	14.674,80	15.039,3	14.550,1	14.576,0	14.639,7	16.409,3
Totale distretto 2	19.230,0	21.505,5	23.821,8	24.383,1	25.131,0	23.601,4	24.243,5	23.623,8	23.805,5	24.139,9	27.583,9
C.M. Monte Cervino	7.595,3	7.864,1	8.459,1	8.537,6	8.986,1	8.375,8	8.504,1	8.439,5	8.585,7	8.658,7	8.471,4
Totale distretto 3	7.595,3	7.864,1	8.459,1	8.537,6	8.986,1	8.375,8	8.504,1	8.439,5	8.585,7	8.658,7	8.471,4
C.M. Evançon	4.184,1	4.441,6	4.778,3	4.474,2	4.587,0	4.574,6	4.629,8	4.489,1	4.669,7	4.943,3	5.608,9
C.M. Monte Rosa	2.007,4	2.057,4	2.255,3	2.641,1	2.812,6	2.909,6	2.827,9	2.842,3	3.009,7	3.109,2	4.247,2
C.M. Walser - Alta Valle del Lys	1.209,5	1.347,6	1.381,9	1.372,1	1.493,0	1.472,8	1.507,3	1.472,3	1.501,6	1.483,4	1.676,7
Totale distretto 4	7.401,1	7.846,8	8.425,6	8.487,5	8.892,7	8.957,0	8.965,1	8.803,8	9.181,1	9.535,9	11.533,0
Valle d'Aosta	44.782,0	48.462,0	52.731,6	53.731,0	55.576,7	53.362,1	54.250,4	53.271,5	54.113,0	54.922,9	60.313,6

Per il momento è difficile, sotto il profilo epidemiologico, valutare l'impatto sulla salute umana che possono avere i rifiuti nelle diverse fasi della loro gestione, anche se la percezione della popolazione dei possibili rischi ad essi correlata è elevata, specie in vicinanza di impianti o discariche. Cattivo odore, inquinamento delle falde, aumento dell'inquinamento atmosferico e rumore sono i problemi maggiormente riportati dalle popolazioni residenti in zone attigue gli impianti, ma tali oggettivi disagi non hanno trovato sino ad ora alcun nesso con i rischi dimostrabili dalla maggior parte di studi epidemiologici condotti, collegati a tale tipologia di esposizione, quantomeno con riferimento agli effetti della presenza di rifiuti urbani, anche se non correttamente gestiti. Certamente, però, la percezione e il gradimento della qualità di vita da parte dei cittadini residenti in una data area è legata alla presenza di rifiuti nelle strade, ad indicare come questo sia un indice, non solo di tutela della salute, ma anche di livello sociale e civile espresso da una popolazione.

Diversa può essere, per contro, l'incidenza sulla salute delle persone dovuta alla presenza di aree in cui vengono gestiti rifiuti derivanti da processi produttivi con presenza di metalli pesanti (es. piombo, cromo esavalente), di tossicità nota.

Va sottolineato come l'esposizione ai rifiuti solo raramente sia diretta e quando ciò accade riguarda in prevalenza gli addetti alle varie fasi dello smaltimento; più frequentemente invece essa è di tipo indiretto, cioè avviene per opera del rilascio di inquinanti nel suolo, nelle acque superficiali e profonde e nell'aria. Per tale ragione è difficile distinguere il contributo alla contaminazione ambientale prodotto dallo smaltimento dei rifiuti da quanto più frequentemente è da attribuire ad un livello di inquinamento generalizzato dovuto ad un insieme di fattori che agiscono sia sinergicamente che antagonisticamente.

In merito agli impianti di depurazione che, come noto, sono manufatti che modificano la qualità delle acque reflue in esse convogliate, è necessario precisare l'esistenza di una forte differenziazione a livello nazionale poichè la maggior parte degli impianti (il 66%) è localizzato nelle regioni del Nord (17% sia al Centro che al Sud). Non solo, mentre degli impianti del nord beneficiano il 50% degli abitanti equivalenti serviti (AES), al Centro e al Sud questa percentuale scende al 21% e al 29%. In Valle d'Aosta la percentuale di AES è del 73%, superiore sia al Piemonte che alla media nazionale, che presentano il medesimo valore (63%).

Il sistema della raccolta differenziata dei rifiuti urbani ed assimilabili concorre sicuramente alla minimizzazione degli effetti negativi dello smaltimento dei rifiuti, effetti che, comunque, anche in presenza di idonei impianti (discariche controllate, impianti di recupero e/o riciclaggio, ecc.) restano presenti, in quanto tutte le attività di gestione dei rifiuti comunque producono, esse stesse, emissioni in atmosfera anche legate ai trasporti, acque reflue, ecc.

Anche in relazione a quanto espressamente previsto dalle disposizioni nazionali vigenti in materia di gestione dei rifiuti, la Regione ha provveduto alla predisposizione del Piano regionale di gestione dei rifiuti, nell'ambito del quale sono state fissate le modalità tecniche ed amministrative necessarie per il raggiungimento di obiettivi minimi di raccolta differenziata e per migliorare ulteriormente la qualità dei servizi resi, anche nell'ottica di ridurre gli effetti negativi derivanti dalla gestione dei rifiuti. Pur se non ancora ufficialmente operativo, il Piano regionale di gestione dei rifiuti risulta già in parte attuato dai Comuni singoli o aggregati secondo il territorio delle Comunità Montane. Tale attuazione, che prevede una riorganizzazione dei servizi accompagnata ad una politica di penalizzazione tariffaria, ha consentito di raggiungere nel mese di giugno 2001 il 21% di raccolta differenziata.

EVENTI CALAMITOSI

Tra il 1999 e il 2000 la Valle d'Aosta è stata duramente colpita da tre eventi gravi che hanno alterato profondamente il suo territorio e l'ecosistema, con conseguenze drammatiche anche sulla popolazione.

I tre eventi, in ordine temporale, sono stati: la valanga sulla frazione Dailley a Morgex, in Alta Valle, nel febbraio 1999; il rogo all'interno del canale viario del Tunnel del Monte Bianco nel marzo 1999 e l'alluvione nell'ottobre 2000, che ha colpito duramente i comuni della Bassa Valle e quelli della cintura di Aosta.

I decessi a seguito di questi eventi sono stati 1 per la valanga, 39 per il rogo del Tunnel del Monte Bianco e 19 per l'alluvione.

Quest'ultima ha prodotto inoltre un disastro ambientale calcolato in un migliaio di frane, per una superficie coinvolta di 2 milioni di metri quadrati; i fenomeni di trasporti in massa di materiali di origine vegetale sono stati 260, per un totale di 4 milioni di metri quadrati, mentre le zone alluvionate hanno interessato una superficie complessiva di 12 milioni di metri quadrati.

Il piano di interventi ha riguardato: il ripristino delle infrastrutture pubbliche, inclusi gli acquedotti e le fognature, il consolidamento di versanti in frana, la sistemazione di corsi d'acqua, il ripristino delle opere stradali di competenza regionale.

E' difficile valutare l'impatto che questi eventi hanno avuto ed avranno nel tempo sulla condizione psico-fisica della popolazione valdostana colpita dal disastro.

CONCLUSIONI

Sulla base delle stesse fonti informative già citate a proposito della pressione antropica, il Censis ha messo a punto un sistema di indicatori di performance ambientale, i cui valori per la Valle d'Aosta, il Piemonte e l'Italia sono riportati in tabella 5. Il valore complessivo di 80 ottenuto dalla Valle d'Aosta nell'indice di performance ambientale (seconda solo al Trentino Alto Adige) è la risultante dei valori ottenuti da ogni singolo indicatore calcolato su basi temporali diverse, attribuibili ad un arco temporale compreso tra il 1995 e il 1998.

Tabella 5. Indicatori del livello di performance ambientale

Indicatori	Valle d'Aosta	Piemonte	ITALIA
Aree protette (Kmq per 10.000 ab. equivalenti) (1996)	34,6	4,5	5,3
% Superficie forestale sul totale della superficie (1995)	23,9	26,2	22,6
% Area forestale non cedua sulla superficie forestale totale (1995)	89,7	34,1	47,0
% Raccolta differenziata rifiuti urbani (1997)	7,0	11,4	9,4
% S.a.n. coltivata secondo metodi a ridotto impatto ambientale (1995)	6,4	5,4	2,5
% popolazione equivalente servita da impianti di depurazione (1995)	73,0	63,0	63,0
% Costa balneabile sul totale della costa analizzata (1998)	81,5	81,5	81,5
Indicatore di performance ambientale	80	56	49,5

Fonte: elaborazione Censis (2000) su dati Istat, Ministero dell'Ambiente, Arpa, Proaqua, Ministero della Sanità,

Rispetto alle altre aree a confronto, la situazione ambientale valdostana viene quindi descritta positivamente, con una buona performance ambientale ed una pressione antropica molto bassa a dimostrazione del rispetto regionale verso questo grande patrimonio naturale e anche di un'attenzione al "bene ambiente" avvertito come patrimonio culturale e di benessere psico fisico della popolazione residente e di quella temporaneamente ospitata.

Migliorabile, secondo i dati del 1997, risulta essere solo la percentuale di raccolta differenziata dei rifiuti che, in Valle d'Aosta, richiede ancora un ulteriore impegno per convertire a questa corretta pratica un numero maggiore di cittadini residenti, dotando nel contempo il territorio servito di un sufficiente, oltre che funzionale, posizionamento dei contenitori preposti. E' tuttavia meritevole che in soli quattro anni (1997-2001) si sia passati dal 7% al 21%.

Particolarmente importanti per la salute pubblica regionale sono: l'assenza di impianti a rischio, la percentuale -dimezzata rispetto alla media nazionale- delle illegalità ambientali, l'assenza di abusivismo edilizio, e valori, vicini allo zero, registrati, tanto per gli incendi boschivi quanto per la pressione venatoria.

Decisamente più bassa infine, rispetto al Piemonte e alla media nazionale, la percentuale di famiglie intervistate che ha giudicato negativamente in Valle d'Aosta la qualità dell'aria (25% contro il 38,4% del Piemonte e il 37% della media nazionale).

Complessivamente quindi la popolazione valdostana esprime un giudizio positivo sulle caratteristiche della propria zona di residenza, come riportato in tabella 6.

Tabella 6. Giudizio delle famiglie su alcune caratteristiche della zona in cui abitano e presenza di problemi ambientali per regione (a) - Anni 1994-1999 (quozienti per 100 persone)

Anni	Inquinamento dell'aria	Rumore	Irregolarità nella erogazione dell'acqua	Non bevono acqua di rubinetto	Sporcizia nelle strade
1994	41,2	-	15,5	43,7	29,0
1995	40,8	-	14,7	44,2	28,8
1996	39,1	40,5	12,0	42,7	27,3
1997	38,5	38,4	12,5	44,6	26,1
1998	37,1	34,7	14,0	46,5	31,5
1999 - PER REGIONE					
Valle d'Aosta	27,0	24,0	9,0	27,4	15,9
Piemonte	40,7	38,6	9,7	46,6	35,7
Trentino-Alto Adige	31,4	26,6	4,9	8,7	15,7
Bolzano-Bozen	41,8	33,4	3,9	8,1	19,8
Trento	21,9	20,3	5,9	9,3	11,9
Friuli-V.Giulia	31,4	33,3	5,4	28,7	21,7
Italia	40,1	38,3	14,9	46,2	33,2

(a) Percentuali di famiglie che dichiarano "molta" o "abbastanza" presenza del problema indicato

Il rumore, l'inquinamento, e la sporcizia nelle strade, sono ai livelli più bassi della graduatoria anche in confronto con altre aree dell'arco alpino. Migliorabile appare, secondo la percezione delle persone intervistate, l'approvvigionamento idrico e la fiducia verso un utilizzo dell'acqua del rubinetto per consumo umano, ferma restando la libertà di adottare abitudini all'acquisto di beni alimentari consoni al livello economico.

In conclusione, il giudizio sullo stato dell'ambiente in Valle d'Aosta è positivo; emergono il valore delle politiche di tutela ambientale, intese come campagne di tutela e di salvaguardia della salute pubblica e il forte valore di investimento e di valore aggiunto che queste politiche, unite ad una accresciuta cultura individuale, potranno assumere per la salute delle generazioni future. Infine, l'ambiente, ed in particolare la rigenerazione degli ambienti urbani e il miglioramento della qualità di tutti gli ambienti naturali, rappresentano importanti occasioni di promozione e tutela della salute oltre che un'occasione parimenti importante di promozione dell'occupazione.

LA SALUTE

Questo capitolo descrive lo stato di salute della popolazione valdostana attraverso i risultati preliminari dell'indagine campionaria ISTAT sulla salute del 1999-2000, i dati del sistema informativo sulle malattie infettive (SIMI) dell'Istituto Superiore di Sanità, i dati ISTAT sulle caratteristiche riproduttive e, infine, per la particolare rilevanza del fenomeno, verrà dedicato ampio spazio alla trattazione della mortalità generale e per causa attraverso l'utilizzo dei dati del registro regionale di mortalità.

SALUTE RIFERITA

Nel corso dell'indagine campionaria sulla salute condotta dall'ISTAT nel periodo 1999-2000 sono state rilevate sia informazioni inerenti lo stato di salute percepito, sia informazioni sulle patologie presenti. Nel valutare i valori riportati in tabella, occorre ricordare che la struttura dell'indagine prevede che le informazioni siano rilevate mediante questionario. La presenza/assenza di patologie è quindi autoriferita e, come tale, dipendente dal livello di consapevolezza del proprio stato di salute. Al momento l'ISTAT ha reso disponibili i dati relativi ai primi due cicli di rilevazione (su quattro complessivi) riferiti agli ultimi mesi del 1999. Di seguito verrà riportata una sintesi dei risultati disponibili per la Valle d'Aosta, confrontata con i medesimi dati di altre aree italiane. Trattandosi di dati preliminari e riferiti a metà del campione previsto è possibile che i risultati finali (disponibili per l'autunno 2001) si discostino in parte da quelli presentati.

PERCEZIONE

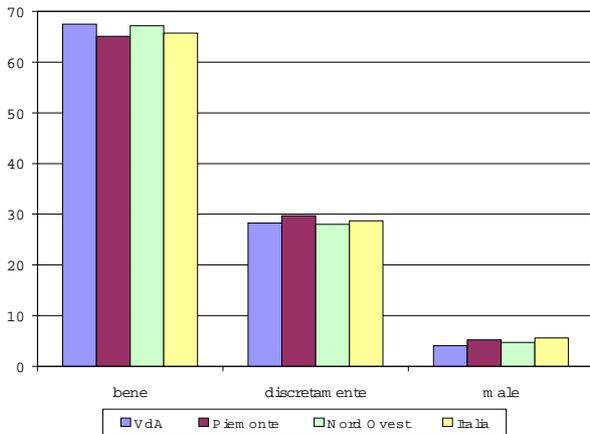
Il giudizio che una persona attribuisce alla propria condizione di salute ha un significato molto importante in quanto implica un giudizio sul proprio benessere psichico oltre che fisico, che non è solo dipendente dalla presenza/assenza di malattie. Il benessere di una persona è anche influenzato dall'ambiente sociale in cui vive, dalla capacità di intessere relazioni sociali e di trovare risposte ai propri bisogni nel mondo che lo circonda. Inoltre, il giudizio sul proprio stato di salute è fortemente correlato alla posizione sociale, indipendentemente dalla maggior frequenza di patologie nelle classi sociali più svantaggiate. Nel 1999 in Italia gli uomini al sopra dei 20 anni che hanno risposto "male" al quesito "come va la sua salute?" sono più frequenti del 60% tra i soggetti con sola licenza media rispetto ai laureati/diplomati (al netto delle differenze per età) e di oltre il 170% tra quelli con sola licenza elementare; valori dello stesso ordine di grandezza si registrano tra le donne.

In Valle d'Aosta, nel 1999, il 66,2% degli uomini e il 58,9% delle donne dichiarava di essere in buona salute, il 29,5% e il 34,5% rispettivamente dichiaravano una salute discreta e solo il 4,3% e il 6,6% riferivano una cattiva salute.

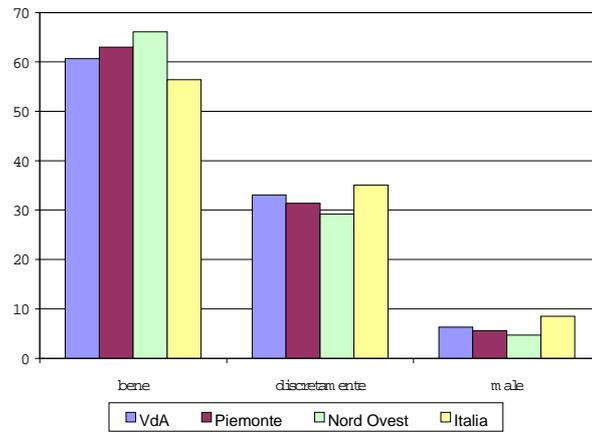
Il confronto con il resto dell'Italia (attraverso l'utilizzo delle prevalenze standardizzate per età) evidenzia una situazione favorevole soprattutto nel caso degli uomini, che presentano una percentuale di insoddisfatti inferiore ai valori delle altre aree d'Italia; per le donne vi è una situazione migliore rispetto al valore medio nazionale, ma lievemente inferiore rispetto al Nord del Paese (figura 1).

Figura 1. Giudizio sul proprio stato di salute in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest, Italia nel 1999. Valori percentuali standardizzati per età

Uomini



Donne



MALATTIE CRONICHE

La tabella 2 riporta, nei due sessi, la percentuale di valdostani che hanno dichiarato di soffrire di alcune patologie e, sulla base delle frequenze rilevate nelle diverse fasce di età, una stima del numero di soggetti interessati.

Tabella 2. Frequenza e numeri stimati di alcune patologie croniche sulla base dei dati dell'indagine ISTAT sulla salute 1999-2000.

	Uomini		Donne	
	%	Numero stimato	%	Numero stimato
Malattie allergiche	12,5	7.061	12,1	7.136
Diabete	2,5	1.548	2,2	10.426
Infarto	0,6	394	0,6	355
Angina pectoris	0,9	600	1,1	728
Altre malattie cardiache	2,5	1.608	3,3	2.168
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	0,6	431	1,5	1.013
Calcolosi epatica	2,0	1.351	3,0	2.024
Calcolosi renale	1,8	1.182	1,5	1.051
Cefalea	5,1	3.351	12,3	8.171
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	4,2	2.735	4,3	2.767
Asma bronchiale	3,9	1.917	4,3	2.644
Artrosi, artrite	13,9	8.983	22,6	14.877
Lombosciatalgia	6,9	4.578	8,5	5.690
Osteoporosi	1,1	688	7,6	5.012
Ulcera gastrica/duodenale	2,5	1.585	1,0	631
Cataratta	1,3	802	3,8	2.478

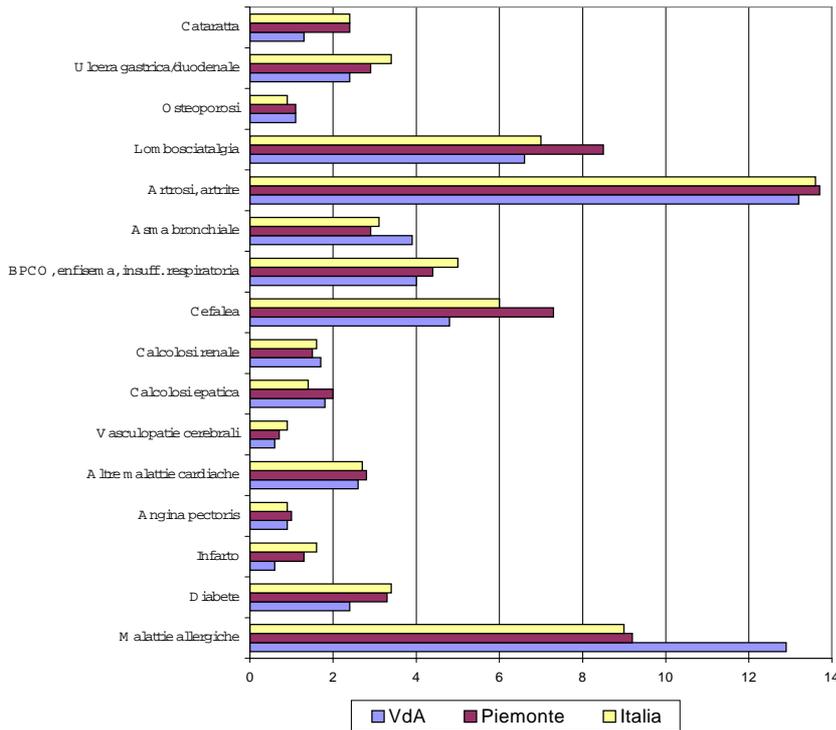
Per le stesse patologie, la figura 2 presenta un confronto con il resto d'Italia (e con il Piemonte) attraverso le prevalenze standardizzate per età. Per la quasi totalità delle condizioni morbose considerate, la popolazione valdostana riporta frequenze inferiori, o in media, rispetto a quanto dichiarato in Piemonte o

in Italia. Particolarmente rilevanti sono le minori prevalenze di diabete, cataratta, ulcera e cefalea tra gli uomini e diabete, artrosi, osteoporosi e lombosciatalgia tra le donne.

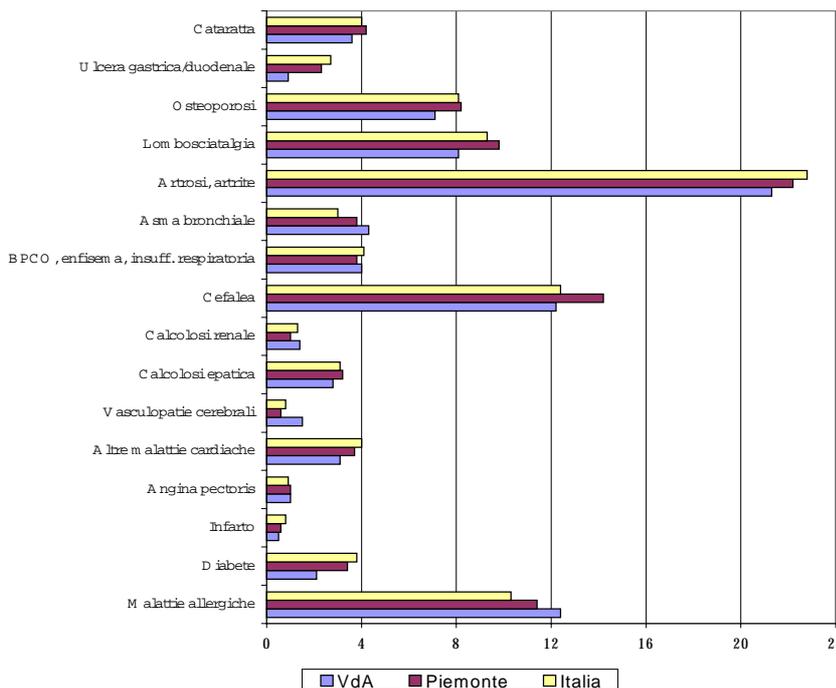
Al contrario, gli unici eccessi di rilievo sono rappresentati dalle malattie allergiche per le quali gli uomini dichiarano una frequenza superiore alla media nazionale di oltre il 40%, e le donne del 20%, e dall'asma bronchiale (la cui componente allergica è rilevante), con eccessi rispetto alla media nazionale del 25% tra gli uomini e del 40% tra le donne.

Figura 2. Frequenza di alcune patologie croniche in Valle d'Aosta, Piemonte e Italia nel 1999. Prevalenze standardizzate per età per 100.

Uomini



Donne



DISABILITÀ

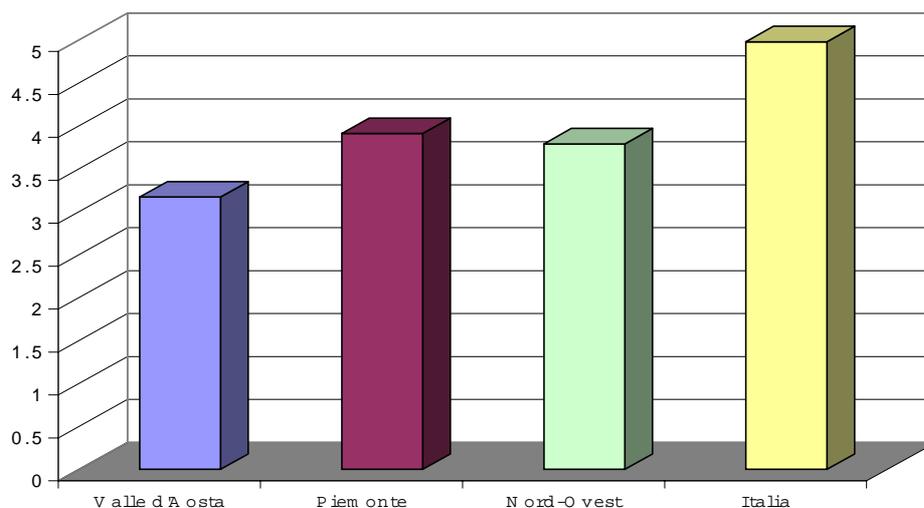
La presenza di disabilità è di particolare rilievo nel definire lo stato di salute di una popolazione. Il carico assistenziale che ne deriva è gravoso ed è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. La disabilità viene rilevata all'interno delle indagini ISTAT mediante un insieme di quesiti (sulla base di standard internazionali) che consentono di valutarne specifiche dimensioni, quali: il confinamento, la difficoltà di movimento, la difficoltà di funzioni quotidiane, la difficoltà di comunicazione. La presenza di gravi difficoltà in almeno una di queste dimensioni definisce un soggetto come disabile.

Sulla base dei dati delle prime due rilevazioni dell'indagine sulla salute dell'ISTAT 1999-2000, circa il 5% della popolazione italiana di età superiore ai 6 anni (2.700.000 soggetti) è disabile. In questa stima non sono inclusi gli individui con gravi problemi di incontinenza non associati ad altre forme di disabilità (circa 400.000 individui). La disabilità cresce con il crescere dell'età e, in qualunque fascia di età, è più frequente nel sesso femminile.

Per quanto riguarda la Valle d'Aosta la percentuale di popolazione disabile con più di 6 anni di età è stimata nel 3,21%; questo valore corrisponderebbe a una stima di circa 3.500 soggetti.

Il grafico della figura 3 presenta il confronto delle prevalenze standardizzate per età con altre aree dell'Italia. A parità di età, la Valle d'Aosta è la regione italiana (assieme alla Provincia autonoma di Bolzano) con la frequenza di popolazione disabile più bassa d'Italia.

Figura 3. Presenza di disabilità. Confronto tra Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nel 1999. Prevalenze standardizzate per età per 100.



Fonte: ISTAT

MALATTIE INFETTIVE

Secondo la legislazione italiana, i medici sono tenuti a notificare ogni caso accertato o sospetto di malattia infettiva, per consentire all'autorità sanitaria la sorveglianza epidemiologica e la messa in atto di tutte le misure idonee a contrastarne la diffusione. Il Decreto Ministeriale del 15/12/1990 suddivide le malattie infettive in 5 classi¹. I dati riportati in questa sezione fanno riferimento ad alcune malattie infettive oggetto di un progetto di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità denominato SIMI (Sistema Informativo delle Malattie Infettive e diffuse), a cui la Valle d'Aosta aderisce assieme ad altre 16 regioni italiane. Nel valutare i dati sulla diffusione delle malattie infettive occorre ricordare che l'obbligo di notifica è ampiamente disatteso da parte dei medici curanti su tutto il territorio nazionale; la sottonotifica, inoltre, coinvolge con intensità diversa le differenti patologie e le differenti regioni italiane; per questa ragione i confronti tra diverse aree territoriali devono essere fatti con cautela.

Le vaccinazioni rappresentano uno dei più efficaci strumenti preventivi, la cui efficacia nel contrastare la diffusione delle patologie infettive è ampiamente dimostrata. La capacità delle vaccinazioni di interrompere la diffusione delle malattie dipende dalla copertura vaccinale, cioè dalla proporzione di soggetti vaccinati all'interno di una popolazione. Una copertura vaccinale elevata, prossima cioè al 90%, consente di proteggere dalla malattia anche i soggetti non vaccinati. In Italia alcune vaccinazioni sono obbligatorie per tutti i nuovi nati (poliomielite, difterite, tetano, epatite B), mentre altre vengono raccomandate dal Ministero della Sanità e le campagne di promozione sono affidate alle singole Regioni (morbillo, rosolia, parotite, pertosse, Haemophilus influenzae tipo B, influenza negli anziani e soggetti a rischio). I dati sulla copertura vaccinale derivano dal Progetto Icona, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità a partire dal 1998, al quale la Valle d'Aosta ha contribuito con un campione casuale di 100 famiglie, pari al 3,7% del totale delle famiglie intervistate.

Infine, per la particolare rilevanza del problema, un paragrafo verrà dedicato ai dati disponibili per la Valle d'Aosta sulla diffusione dell'epidemia di AIDS.

La tabella 1 riporta il numero di casi notificati e i relativi tassi di notifica per alcune malattie infettive in Valle d'Aosta. Per confronto, da effettuare con le cautele accennate, vengono riportati gli analoghi valori del Piemonte. I maggiori valori riportati nei tassi della Valle d'Aosta, infatti, non necessariamente portano a concludere che vi sia un maggiore frequenza di casi di malattia in quanto la tabella riporta il numero di notifiche e non il numero di casi effettivamente insorti.

¹ Classe I: Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse (es. colera, febbre gialla, peste, rabbia, tetano, botulismo, ecc.)

Classe II: Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di intervento di controllo (es. brucellosi, epatite virale A,B, NA-NB, morbillo, parotite, pertosse, rosolia, varicella, sifilide, meningite batterica e meningococcica, ecc)

Classe III: Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni (AIDS, lebbra, malaria, tubercolosi, micobatteriosi non tubercolare)

Classe IV: Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici (scabbia, dermatofiosi (tigra), infezioni e tossinfezioni alimentari, pediculosi)

Classe V: Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n.320 e non precedentemente menzionato.

Tabella 1. Notifiche di alcune malattie infettive in Valle d'Aosta e in Piemonte nel 1999. - Numero e tasso per 100.000 abitanti

Malattia	VALLE D'AOSTA		PIEMONTE	
	numero	tasso	numero	tasso
Brucellosi	1	1,7	16	0,4
Diarrea infettiva	4	6,8	64	1,5
Epatite A	3	2,5	127	3,0
Epatite B	4	3,3	112	2,6
Morbillo	5	4,2	281	6,5
Parotite epidemica	12	10,0	3	0,07
Pertosse	9	7,5	205	4,8
Rosolia	3	2,5	72	1,7
Salmonellosi non tifoide	38	31,6	457	20,7
Scarlattina	18	15,0	1.071	25,0
Sifilide	1	1,7	26	0,6
Varicella	172	143,3	6.690	156,0

Dati SIMI –Istituto Superiore di Sanità

La tabella 2 riporta le percentuali di copertura per le vaccinazioni obbligatorie in Valle d'Aosta in base ai calendari di vaccinazione e al confronto con altre aree italiane. Il ciclo completo delle vaccinazioni riportate in tabella andrebbe completato entro il 12° mese di vita del bambino.

La Valle d'Aosta testimonia una situazione molto buona, superiore alla soglia raccomandata del 90% e superiore, per esempio, alla regione Piemonte.

Tabella 2. Copertura vaccinale obbligatoria a 12 mesi per bambini nati nel 1996(*). Valori percentuali

	Polio	Difto-Tetano	Epatite B
Valle d 'Aosta	98,0	98,0	98,0
Piemonte	87,1	87,1	87,6

() i vaccini sono riferiti alle 3 dosi – dati SIMI- Istituto Superiore di Sanità (2001)*

La tabella 3 riporta le percentuali di copertura vaccinale obbligatoria tra 12 e 24 mesi, età entro la quale tutti i bambini dovrebbero avere completato il ciclo vaccinale di base, colmando eventuali ritardi, rispetto al calendario vaccinale, accumulati nel primo anno di vita.

Nuovamente la Valle d'Aosta si colloca in posizione ottimale con una copertura totale della propria popolazione infantile, attribuibile, in larga misura, a una elevata efficienza dei servizi territoriali della regione.

Tabella 3. Copertura vaccinale obbligatoria tra 12 e 24 mesi per bambini nati nel 1996(*). Valori percentuali

	Polio	Difto-Tetano	Epatite B
Valle d 'Aosta	100,0	100,0	100,0
Piemonte	98,6	97,6	98,6
Italia	94,6	94,8	94,5

() i vaccini sono riferiti alle 3 dosi – dati SIMI- Istituto Superiore di Sanità (2001)*

La tabella 4 riporta un analogo confronto per la copertura vaccinale di alcune vaccinazioni non obbligatorie, ma raccomandate. Per l'*Hemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e per il morbillo, la situazione del 1996 appare inferiore ad altri valori rilevati sul territorio nazionale, suggerendo la necessità di interventi migliorativi.

Tabella 4. Copertura vaccinale raccomandata tra 12 e 24 mesi per bambini nati nel 1996(*). Valori percentuali

	Hib	Morbillo	Pertosse
Valle d'Aosta	2,0	43,3	89,2
Piemonte	17,1	60,4	91,4
Italia	19,8	56,4	87,9

(*) dati SIMI- Istituto Superiore di Sanità (2001).

Tuttavia, dati relativi all'anno 2000, prodotti dall'Azienda USL della Valle d'Aosta indicano come anche nella copertura vaccinale per Hib e per morbillo, con valori, rispettivamente, del 92,5% e del 99,0%, la Valle d'Aosta abbia raggiunto livelli di eccellenza.

L' AIDS o Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita (Sida), per la particolare gravità, è oggetto di rilevazione sistematica e continua dai primi anni '80. Solo recentemente, grazie all'introduzione di nuove terapie, la letalità ha mostrato un sostanziale rallentamento.

E' una malattia che colpisce complessivamente gli uomini in misura fino a tre volte superiore rispetto alle donne, anche se la distribuzione per età vede una percentuale dei casi di malattia equivalente tra i due sessi fino a 35 anni; oltre questa età il trend aumenta in modo sfavorevole per gli uomini.

Pur non essendo possibile alcun confronto tra dati di casi prevalenti, dalla tabella 5 si nota come, in quasi 10 anni, il numero di casi di Aids sia più che raddoppiato a livello nazionale, sia aumentato dell'80 % in Piemonte, mentre in Valle d'Aosta la crescita, ancora più debole, sia stata pari al 60%.

Tabella 5. Evoluzione dei casi prevalenti di Aids in Valle d'Aosta, Piemonte e Italia tra il 1991 e il 2000

	Valle d'Aosta	Piemonte	Italia
1991	16	544	7827
1992	18	661	9482
1993	20	715	11031
1994	20	844	12915
1995	20	887	14270
1996	29	944	14784
1997	25	867	14036
1998	24	870	14382
1999	24	896	15166
2000	26	976	16315

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - 2001

La tabella 6 mostra infine il confronto tra i tassi di incidenza dei casi di Aids per regione di residenza.

Tabella 6. Tassi di incidenza dei casi di Aids per regione di residenza del Nord Italia - 2000

Regione di residenza	Tasso x 100.000
Valle d'Aosta	1,7
Piemonte	2,8
Lombardia	6,8
Emilia Romagna	5,0
Veneto	1,8
Friuli Venezia Giulia	1,9
Trentino Alto Adige	1,4

La Valle d'Aosta registra un'incidenza (1,7) nell'anno 2000 più vicina alle regioni di Nord Est, con valori però sensibilmente più bassi sia del Piemonte sia della Lombardia.

ESITI RIPRODUTTIVI

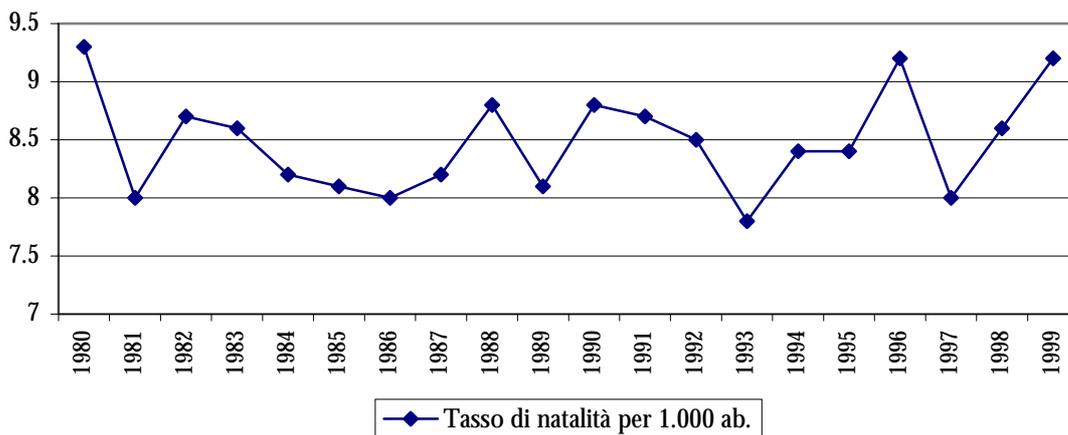
NATALITÀ

Natalità¹ e fecondità² esprimono la propensione di una popolazione alla procreazione; i loro determinanti sono numerosi e riguardano fenomeni culturali e sociali indipendenti dalla sola età anagrafica.

L'Italia si caratterizza per il più basso tasso di fecondità mai osservato in una popolazione in condizioni diverse da quelle perturbate da eventi calamitosi e, nel contempo, per elevati livelli di sopravvivenza media. Essendo la fecondità e la mortalità i principali fenomeni che accrescono e riducono una popolazione, la conseguenza pratica di un basso livello di natalità e di fecondità è un contingente di nuove generazioni che si riduce progressivamente e un aumento della proporzione di anziani sul totale della popolazione.

In Valle d'Aosta, ogni anno, nascono poco più di 1.000 bambini, con un tasso di natalità che, sin dall'inizio degli anni '80 è rimasto stabilmente intorno a valori compresi tra 8 e 9 nati per 1.000 abitanti (figura 1).

Figura 1. Andamento del tasso di natalità in Valle d'Aosta dal 1980 al 1999.



Fonte: ISTAT

Sostanzialmente stabile nel tempo, pur in presenza di una certa variabilità legata alla scarsa numerosità di eventi, appare anche il tasso di fecondità. L'elemento più evidente del comportamento riproduttivo nelle donne valdostane è la costante riduzione del tasso all'interno delle classi di età più giovani, al di sotto dei 24 anni (al di sotto dei 20 anni, in particolare, il tasso si è ridotto di oltre 4 volte), e una parallela crescita all'interno della classi di età più avanzate, in particolare nella fascia 30-39 anni (Tabella 1); motivazioni sociali, culturali ed economiche stanno alla base di questo fenomeno che, peraltro, interessa tutta l'Italia.

¹ Il tasso di natalità è dato dal rapporto tra il numero di nuovi nati e la popolazione residente per 1.000

² Il tasso di fecondità è dato dal rapporto tra il numero di nuovi nati e la popolazione femminile residente in età fertile (15-49 anni) per 1.000.

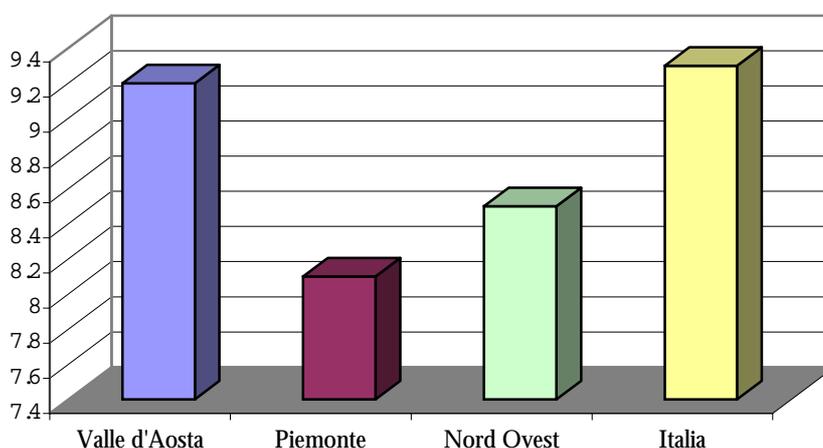
Tabella 1. Tasso di fecondità in Valle d'Aosta per 1000 donne per classe di età. Anni 1980-1996

	CLASSI DI ETÀ							Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
1980	26,6	86,5	84,7	54,1	16,5	4,3	0,5	38,8	41,8
1981	13,4	73,7	82,6	44,3	18,7	2,0	0,5	33,4	36,0
1982	17,3	78,2	82,3	52,1	18,5	5,5	0,8	36,3	38,8
1983	14,4	84,2	83,3	48,0	14,5	3,8	0,5	35,5	38,2
1984	11,4	69,8	86,8	44,2	20,6	2,4	0,3	33,7	36,0
1995	9,4	63,5	84,7	49,3	21,4	3,0	0,5	33,3	35,3
1996	9,3	61,2	86,4	50,8	16,7	2,5	0,0	32,7	34,6
1987	7,8	53,5	90,0	56,5	17,8	3,3	0,3	33,3	34,9
1988	8,9	53,6	88,1	66,2	24,3	2,7	0,3	35,8	36,8
1989	8,2	45,5	81,3	63,3	19,7	3,3	0,3	32,8	33,4
1990	5,8	51,2	79,9	67,6	29,2	4,4	0,0	35,7	35,7
1991	7,6	42,3	82,1	70,7	26,5	3,9	0,0	35,3	34,9
1992	5,6	44,3	77,6	66,2	26,8	4,1	0,0	34,4	33,7
1993	6,2	38,5	73,2	60,6	22,4	3,4	0,0	31,6	30,7
1994	4,4	34,1	85,2	67,9	23,9	3,0	0,0	34,1	32,8
1996	5,9	35,8	83,6	82,6	38,5	7,1	0,5	39,9	37,9

Fonte: ISTAT

In confronto al resto d'Italia, la Valle d'Aosta, nel 1999, presenta un tasso di natalità superiore sia al Piemonte, sia al resto del Nord-Ovest, ed in linea con la media nazionale (figura 2), anche se la variabilità annuale suggerisce cautela nel confronto.

Figura 2. Tassi di natalità in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nel 1999.



Fonte: ISTAT

L'indice di carico di figli per donna feconda, cioè il numero di bambini in età compresa tra 0 e 4 anni per 100 donne in età compresa tra 15 e 39 anni è in Valle d'Aosta del 26% (era 23,7 nel 1997); tale indice, da diversi anni al di sotto del 30%, è un valore tipico delle popolazioni anziane a bassa fecondità che non sono in grado di garantire il naturale ricambio generazionale.

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

Il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è rilevato dall'ISTAT da quando la legge n.194 del 22 maggio 1978, recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" ha dato facoltà a qualsiasi donna "che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie di malformazioni del concepito" di richiedere l'interruzione della gravidanza entro il 90° giorno del concepimento. Dopo tale periodo l'IVG è ancora praticabile nel caso in cui la prosecuzione della gravidanza comporti un serio pericolo per la salute della donna.

Nel 1998 si sono registrati 297 casi di interruzione volontaria di gravidanza in donne residenti in Valle d'Aosta. L'andamento del tasso di IVG (cioè il numero di interventi ogni 1.000 donne residenti di età compresa tra 15 e 49 anni) si è costantemente ridotto dall'inizio degli anni '80, sino alla metà degli anni '90, coinvolgendo tutte le fasce di età; nel 1996 il tasso ha avuto un'improvvisa risalita che si è confermata anche nei due anni successivi. I dati relativi al 1999 confermano un tasso grezzo di 10,6.

Tabella 2. Tasso di abortività volontaria x 1000 donne in età fertile per classi di età in Valle d'Aosta dal 1980 al 1998

	CLASSI DI ETÀ							Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
1980	12,8	35,3	36,4	35,5	26,7	12,1	1,6	22,8	23,7
1981	16,1	38,5	37,5	37,3	27,7	11,2	1,3	24,2	25,1
1982	11,8	30,1	38,3	24,9	24,4	9,2	2,4	20,0	21,0
1983	17,7	33,9	38,0	30,4	29,9	12,5	1,1	23,3	24,2
1984	14,3	38,8	34,4	30,2	29,5	9,8	1,3	22,6	23,5
1985	15,3	34,9	34,6	32,5	27,7	13,7	1,0	22,9	23,6
1986	9,0	29,9	29,4	32,3	25,3	11,0	2,0	19,9	20,4
1987	11,1	22,7	25,2	25,2	23,0	13,3	1,8	17,5	17,9
1988	8,7	26,6	26,4	25,1	19,1	9,7	2,0	17,0	17,4
1989	8,1	19,6	26,1	20,8	21,7	12,9	2,6	16,2	16,4
1990	7,8	19,2	13,4	18,0	12,4	8,8	0,5	11,7	11,8
1991	6,4	15,1	18,8	19,5	16,5	9,0	2,2	12,9	12,8
1992	6,9	14,3	16,2	17,1	15,5	8,8	1,7	11,9	11,8
1993	6,6	15,1	13,9	18,3	16,2	6,3	1,1	11,5	11,3
1994	7,2	9,7	12,6	11,9	14,5	4,9	0,5	9,0	9,0
1995	7,7	8,1	10,9	11,2	10,7	5,7	0,5	8,0	8,0
1996	13,9	14,5	17,8	12,9	12,9	5,7	0,5	11,2	11,6
1997	13,6	11,5	13,6	13,9	15,1	6,9	0,2	10,7	10,9
1998	8,7	18,0	16,7	13,0	10,1	4,9	1,0	10,6	10,8

Fonte: ISTAT

La tabella 3 confronta i valori registrati in Valle d'Aosta con quelli di altre aree italiane. Oltre a presentare tassi più elevati sia del Nord, sia della media nazionale, la Valle d'Aosta si caratterizza per un maggior ricorso all'aborto volontario nella classi di età più giovani, in particolare tra i 20 e i 29 anni.

Tabella 3. Tasso di abortività volontaria per 1.000 donne in età fertile, per classe di età e regione di residenza - Anno 1998

	CLASSI DI ETÀ							Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Valle d'Aosta	8,7	18,0	16,7	13,0	10,1	4,9	1,0	10,6	10,8
Piemonte	8,7	16,2	13,7	13,1	10,9	4,8	0,6	9,8	10,1
Nord-Ovest	8,2	15,2	13,5	12,5	10,5	4,8	0,5	9,5	9,7
Nord	7,1	13,7	12,7	11,6	9,9	4,7	0,5	8,8	8,9
Italia	6,8	13,7	13,4	12,8	11,2	5,4	0,5	9,5	9,4

Fonte: ISTAT

Poiché la decisione di interrompere una gravidanza si iscrive in un determinato momento individuale, in una storia familiare ed in uno spazio sociale che possono essere solo sommariamente descritti dalle variabili presenti nei modelli di rilevazione, vale la pena di riassumere il ruolo che alcune caratteristiche della donna hanno avuto sulla diminuzione dell'abortività volontaria.

Mentre nel 1981 erano le donne coniugate a farne maggiormente ricorso (71,4% contro 24,4% nelle nubili), nel 1998 la percentuale di donne coniugate si è ridotto al 37,9% contro il 48,4% delle nubili. Inoltre, il fatto che mentre nel 1981 il 78% delle donne che ricorrevano all'IVG aveva almeno un figlio, nel 1999 solo il 53,3% è riferito a donne che hanno avuto precedenti parti, suggerisce una maggiore capacità di programmare la gravidanza, e cioè una maggiore capacità di utilizzo delle tecniche contraccettive, all'interno delle coppie "tradizionali". Numerosi dati provenienti da altre regioni italiane testimoniano dell'importante ruolo causale esercitato dalla posizione sociale della donna rispetto al ricorso all'IVG: donne di bassa scolarità o in posizione occupazionale precaria hanno un rischio elevato di ricorso a questa tecnica.

Infine, va ancora rilevato come, a fronte di una forte capillarizzazione dei servizi territoriali distrettuali, il consultorio sembra essere in Valle d'Aosta la struttura a cui meno si ricorre per la certificazione dell'interruzione di gravidanza (Tabella 4).

Tabella 4. Interruzioni volontarie della gravidanza, per certificazione e regione di intervento - Anno 1997

	CERTIFICAZIONE					
	consultorio familiare pubblico	medico di fiducia	servizio ostetrico ginecologico istituto di cura	altra struttura socio-sanitaria	mancante per immediato pericolo di vita della donna	non indicato
	%	%	%	%	%	%
Valle d'Aosta	7,0	63,4	28,9	0,4	0,0	0,4
Piemonte	12,8	5,4	39,1	0,4	0,2	42,1
Nord	26,4	36,2	26,7	1,6	0,0	8,9
Italia	23,6	39,3	30,2	1,7	0,0	5,2

Fonte: ISTAT

ABORTIVITÀ SPONTANEA

Nel 1997, in Valle d'Aosta, si sono registrati 133 aborti spontanei, pari ad un tasso di 138,4 aborti spontanei ogni 1.000 nati vivi. Nel periodo 1988-1997, l'andamento del tasso ha subito notevoli variazioni, in parte dovute alla scarsa numerosità degli eventi che rendono difficilmente interpretabili i confronti riportati in tabella 5. Nel confronto, occorre anche ricordare che la rilevazione dell'abortività spontanea

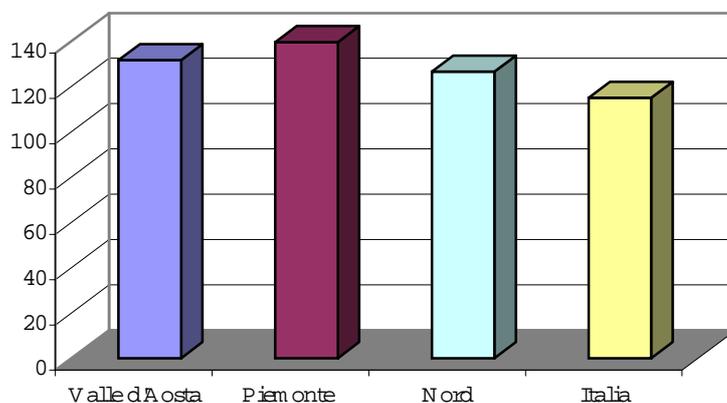
può essere gravata da un certo grado di sottotifica legato sia alle oggettive difficoltà di riconoscere un aborto spontaneo quando questo avvenga nelle prime settimane di gravidanza, sia ad una mancata compilazione dell'apposita modulistica da parte del personale medico.

Tabella 5. Aborti spontanei per 1000 nati vivi per regione di residenza - Anni 1988-1997

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Valle d'Aosta	168,7	139,3	137,4	110,3	123,6	132,7	112,2	110,7	140,4	138,4
Piemonte	107,7	113,9	111,0	124,7	130,8	139,3	168,7	149,7	146,3	137,7
Nord	120,5	123,8	122,1	131,8	131,8	135,1	143,3	145,2	139,6	136,1
Italia	94,9	99,5	98,2	103,9	103,4	106,2	114,8	123,1	123,9	124,3

Il confronto con altre regioni italiane dei tassi standardizzati per età evidenzia valori analoghi a quelli del resto dell'Italia settentrionale e superiori al valore medio nazionale (figura 3).

Figura 3. Abortività spontanea per 1000 nati vivi e regione di residenza. Anno 1997 – tassi standardizzati per età



In conclusione, le caratteristiche riproduttive all'interno della Valle d'Aosta non si discostano molto da quelle del resto d'Italia: natalità e fecondità continuano a ridursi, l'età del parto si è progressivamente spostata verso classi di età più avanzate e il fenomeno dell'abortività spontanea non sembra evidenziare variazioni temporali di rilievo. Un fenomeno in controtendenza rispetto al resto del Nord Italia e della media nazionale è rappresentato da una lieve ripresa del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, più evidente nelle classi di età più giovani.

MORTALITÀ

Tra gli indicatori di sanità pubblica, l'indice di mortalità di una popolazione in un determinato contesto geografico e socioeconomico mantiene intatto il suo valore informativo; la mortalità costituisce infatti il parametro di riferimento per la valutazione di efficacia di avanzate iniziative in ambito di sanità pubblica, quali gli screening di popolazione, e di altri interventi di prevenzione per alcune patologie letali. Proporre un'analisi della mortalità regionale significa quindi fornire elementi di utilità sia per gli addetti al settore tecnico-operativo della sanità, sia per gli amministratori che hanno bisogno di basi conoscitive per le scelte di programmazione sanitaria.

MATERIALI E METODI

La ridotta numerosità della popolazione pone per la Valle d'Aosta problemi di variabilità casuale delle stime su base annuale. Vi è stata quindi la necessità di superare tali limitazioni estendendo l'analisi ad un numero maggiore di anni di osservazione; sono stati perciò analizzati i dati relativi ad un periodo di sei anni (1992 - 1997) che ha inoltre permesso di valutare l'esistenza di disuguaglianze nella mortalità a livello sub regionale mediante l'analisi della mortalità differenziale per causa in sottogruppi di popolazione. La disponibilità di dati relativi ad un periodo di sei anni ha infine consentito di avvicinarsi sensibilmente ai requisiti di minima richiesti dalle analisi epidemiologiche (1) per conferire stabilità alle stime di mortalità, soprattutto per analisi specifiche come quelle sulla mortalità per tumori (2) e sulla valutazione comparativa all'interno della regione fra i distretti nei quali questa è suddivisa.

Per l'analisi del trend storico sull'evoluzione nel tempo delle cause di morte in Valle d'Aosta, sono stati utilizzati i dati di mortalità estratti dagli archivi del Registro regionale delle cause di morte dell'unità di Medicina legale dell'Azienda Usl; mentre per il confronto delle principali cause di morte negli uomini e nelle donne valdostane con altre ripartizioni geografiche, su base nazionale, sono stati utilizzati i dati di mortalità dell'Istat che consentono una maggiore confrontabilità.

Gli indicatori utilizzati per l'analisi del trend storico di mortalità sono:

- il numero dei casi (3)
- i tassi grezzi x 100.000 persone per anno (4)
- i tassi standardizzati x 100.000 persone per anno (5)

Infine, per l'analisi geografica della mortalità a livello sub regionale si è calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) (6) per i quattro distretti: Alta Valle, Aosta e comuni limitrofi, Media e Bassa Valle, con relativa indicazione dell'intervallo di confidenza (7).

LA MORTALITÀ REGIONALE DAL 1992 AL 1997

Dai valori assoluti della mortalità negli uomini e nelle donne secondo le grandi categorie Istat e per classi quinquennali di età nel periodo 1992-97 è possibile indicare una media regionale di 1.250 decessi l'anno, di cui 690 negli uomini e 560 nelle donne (tabelle 1 e 2).

Nelle tabelle 3 e 4 sono invece riportati i tassi età specifici, grezzi e standardizzati, rispettivamente per gli uomini e per le donne.

Considerando i tassi standardizzati ordinati per grandezza decrescente (figura 1), in Valle d'Aosta, in entrambi i sessi, le cause di morte riferibili a sistema circolatorio, tumori e malattie respiratorie

si collocano rispettivamente al primo, secondo e terzo posto, con tassi sistematicamente superiori negli uomini (soprattutto per i tumori e le malattie respiratorie) a confermare la più elevata mortalità maschile.

Negli uomini le patologie letali, dopo il quarto posto dei “traumatismi”, sono quelle relative all'apparato digerente, alle “cause mal definite”, alle ghiandole endocrine, ai disturbi psichici, del sistema nervoso e a malattie dell'apparato uro-genitale, seguite poi dalle cause di morte che hanno fatto registrare un tasso inferiore a 10 decessi per 100.000 persone/anno.

Nelle donne il quarto posto è occupato dalle malattie dell'apparato digerente, a cui seguono traumatismi, “cause mal definite”, malattie delle ghiandole endocrine, disturbi psichici e del sistema nervoso. Le rimanenti cause non raggiungono singolarmente la frequenza di 10 casi per 100.000 persone/anno.

I valori dei tassi osservati per i decessi attribuibili a “cause mal definite”, quelle attribuibili alle malattie delle ghiandole endocrine e ai disturbi psichici sono maggiori dei corrispondenti valori osservati negli uomini.

Tabella 1. Numero di decessi per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Uomini, 1992-1997

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Totale
Mal. inf/parass.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	1	3	6	5	6	28
Tumori	1	1	2	3	2	1	1	8	9	41	68	146	164	214	196	165	119	96	1237
Ghiand. endocr.	1	0	0	0	1	3	8	3	4	1	3	5	3	8	12	5	13	10	80
Mal. sangue	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	2	3	1	1	14
Dist. psichici	0	0	0	0	1	4	7	0	1	1	1	3	1	3	8	6	11	11	58
Sist. nervoso	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5	6	7	10	6	6	6	52
Sist. circol.	2	0	0	2	1	3	4	7	22	33	41	64	112	162	170	223	315	276	1437
App. respirat.	2	0	0	0	0	1	0	0	3	4	2	11	20	28	55	69	88	83	366
App. digerente	1	0	0	2	0	0	3	5	17	17	29	28	45	37	31	28	30	22	295
App. uro-genit.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	6	1	7	11	16	46
Compl. parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pelle, sottocut.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sist. osteomusc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	5
Malf. congenite	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8
Cond. perinatal.	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Cause maldef.	1	0	0	0	1	6	1	3	0	2	0	8	4	9	10	9	14	44	112
Traumatismi	2	1	2	15	17	21	15	25	15	25	30	18	24	19	22	24	28	28	331
Sconosciuto	3	0	0	0	4	3	4	4	1	3	4	6	5	7	8	9	13	3	77
Totale	27	2	4	23	27	42	45	57	73	130	181	296	388	509	528	561	656	602	4151

Tabella 2. Numero di decessi per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Donne, 1992-1997

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Totale
Mal. inf/parass.	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	2	6	0	4	17
Tumori	2	0	0	0	0	2	4	10	16	26	35	48	70	105	115	97	127	134	791
Ghiand. endocr.	0	0	0	0	0	2	2	2	0	1	1	0	7	6	14	11	18	33	97
Mal. sangue	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	4	10
Dist. psichici	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4	1	6	13	12	27	66
Sist. nervoso	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	2	7	7	5	12	7	48
Sist. circol.	3	1	0	1	3	1	1	3	6	8	6	23	40	77	140	197	388	638	1536
App. respirat.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	4	11	20	18	41	109	211
App. digerente	1	0	0	0	0	1	0	1	2	5	5	8	10	16	17	31	31	53	181
App. uro-genit.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	1	10	11	29
Compl. parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pelle, sottocut.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Sist. osteomusc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	3	2	11
Malf. congenite	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cond. perinatal.	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Cause maldef.	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	3	2	5	5	23	92	137
Traumatismi	0	0	2	4	7	5	3	4	3	2	7	8	3	6	14	15	35	51	169
Sconosciuto	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	1	1	2	1	7	12	22	52
Totale	14	2	4	5	16	11	12	24	32	46	65	97	144	235	349	409	713	1187	3365

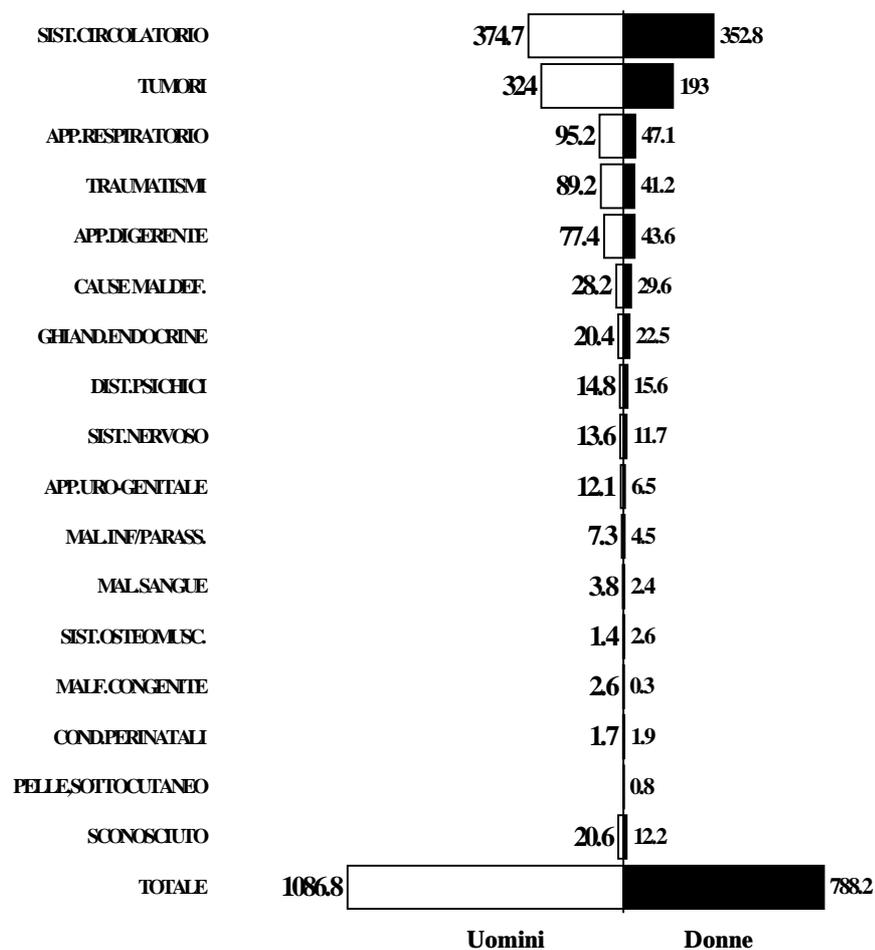
Tabella 3. Tassi di mortalità per 100.000, per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Uomini, 1992-1997

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Tasso	ST.IT.	ST.EU.	E.S. EU.
Mal. inf/parass.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	3,7	3,8	7,6	0,0	4,4	4,8	5,5	22,0	73,3	81,6	178,5	7,9	7,3	6,7	1,29
Tumori	6,6	6,5	12,6	15,1	7,5	3,2	3,2	29,6	34,3	156,8	280,6	639,3	791,0	1177,0	1437,0	2017,1	1941,3	2856,3	350,9	324,0	295,4	8,50
Ghiand. endocr.	6,6	0,0	0,0	0,0	3,7	9,5	25,8	11,1	15,2	3,8	12,4	21,9	14,5	44,0	88,0	61,1	212,1	297,5	22,7	20,4	19,0	2,17
Mal. sangue	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,0	14,7	36,7	16,3	29,8	4,0	3,8	3,2	0,87
Dist. psichici	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	12,6	22,5	0,0	3,8	3,8	4,1	13,1	4,8	16,5	58,7	73,3	179,4	327,3	16,5	14,8	13,5	1,81
Sist. nervoso	6,6	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	3,8	8,3	21,9	28,9	38,5	73,3	73,3	97,9	178,5	14,7	13,6	12,7	1,80
Sist. circol.	13,1	0,0	0,0	10,1	3,7	9,5	12,9	25,9	83,8	126,2	169,2	280,2	540,2	891,0	1246,3	2726,2	5138,7	8211,8	407,6	374,7	336,8	9,06
App. respirat.	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	11,4	15,3	8,3	48,2	96,5	154,0	403,2	843,5	1435,6	2469,5	103,8	95,2	85,6	4,58
App. digerente	6,6	0,0	0,0	10,1	0,0	0,0	9,7	18,5	64,7	65,0	119,6	122,6	217,0	203,5	227,3	342,3	489,4	654,6	83,7	77,4	72,1	4,26
App. uro-genit.	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	4,4	9,6	33,0	7,3	85,6	179,4	476,0	13,0	12,1	11,4	1,73
Compl. parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Pelle, sottocut.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Sist. osteomusc.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	11,0	0,0	12,2	16,3	0,0	1,4	1,4	1,1	0,49
Malf. congenite	45,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,3	0,0	2,3	2,6	3,8	1,40
Cond. perinatal.	32,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,7	2,6	1,17
Cause maldef.	6,6	0,0	0,0	0,0	3,7	18,9	3,2	11,1	0,0	7,6	0,0	35,0	19,3	49,5	73,3	110,0	228,4	1309,1	31,8	28,2	28,5	2,75
Traumatismi	13,1	6,5	12,6	75,4	63,7	66,3	48,3	92,5	57,1	95,6	123,8	78,8	115,8	104,5	161,3	293,4	456,8	833,1	93,9	89,2	84,3	4,72
Sconosciuto	19,7	0,0	0,0	0,0	15,0	9,5	12,9	14,8	3,8	11,5	16,5	26,3	24,1	38,5	58,7	110,0	212,1	89,3	21,8	20,6	18,7	2,22
Totale	177,0	13,0	25,2	115,6	101,2	132,6	144,9	210,8	278,0	497,0	746,8	1296,0	1871,4	2799,5	3871,0	6858,2	10701,5	17911,3	1177,4	1086,8	995,5	15,77

Tabella 4. Tassi di mortalità per 100.000, per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Donne, 1992-1997

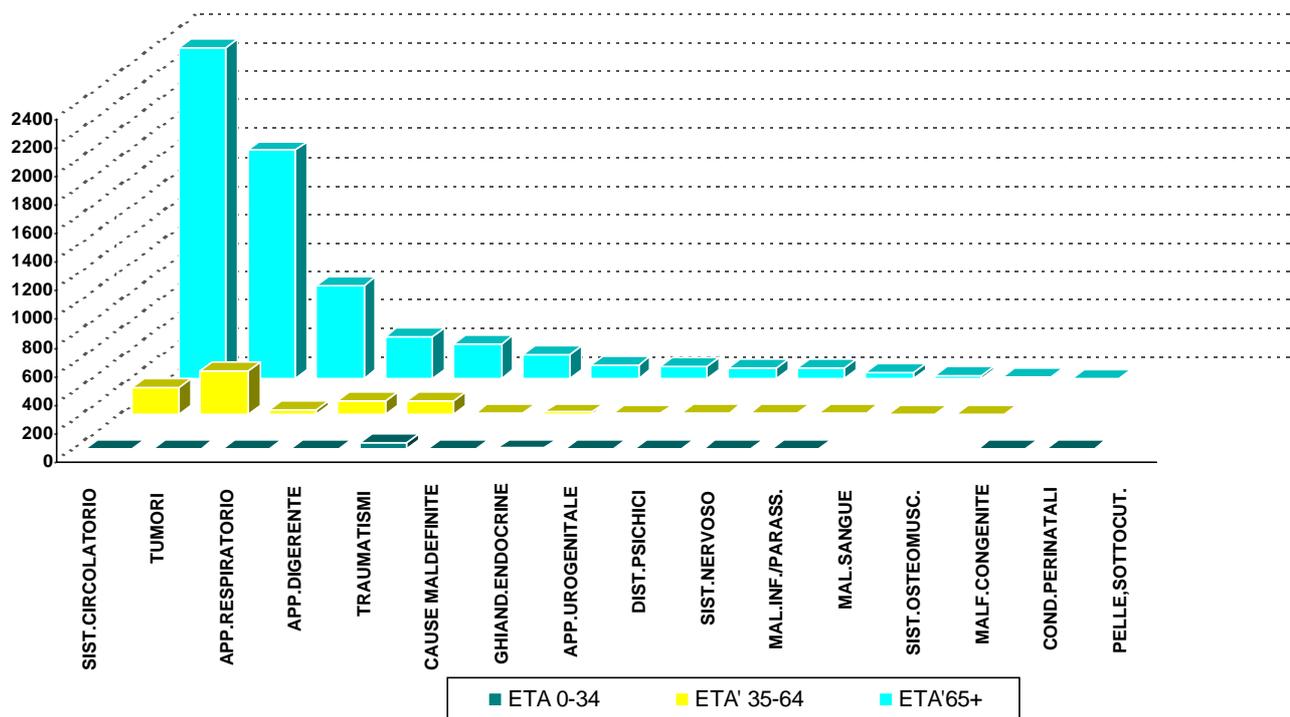
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Tasso	ST.IT	ST.EU.	E.S. EU.
Mal. inf/parass.	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	8,8	4,3	0,0	0,0	10,6	47,6	0,0	45,2	4,7	4,5	3,4	0,90
Tumori	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0	14,1	39,4	65,6	107,9	154,4	204,8	313,8	482,4	609,9	769,6	1128,4	1513,1	220,4	193,0	135,7	5,19
Ghiand. endocr.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0	7,0	7,9	0,0	4,1	4,4	0,0	31,4	27,6	74,2	87,3	159,9	372,6	27,0	22,5	14,1	1,52
Mal. sangue	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	4,6	5,3	7,9	0,0	45,2	2,8	2,4	1,7	0,58
Dist. psichici	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	17,9	4,6	31,8	103,1	106,6	304,9	18,4	15,6	9,1	1,19
Sist. nervoso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	13,2	17,1	9,0	32,2	37,1	39,7	106,6	79,0	13,4	11,7	7,7	1,20
Sist. circol.	21,2	7,0	0,0	5,4	12,0	3,5	3,5	11,8	24,6	33,2	26,5	98,1	179,3	353,7	742,5	1563,0	3447,4	7204,2	428,0	352,8	199,7	5,43
App. respirat.	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	22,1	0,0	17,9	50,5	106,1	142,8	364,3	1230,8	58,8	47,1	27,5	2,03
App. digerente	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	3,9	8,2	20,7	22,1	34,1	44,8	73,5	90,2	246,0	275,4	598,5	50,4	43,6	28,2	2,28
App. uro-genit.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	4,1	0,0	0,0	0,0	4,6	21,2	7,9	88,8	124,2	8,1	6,5	3,7	0,74
Compl. parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Pelle, sottocut.	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9	0,0	0,8	0,8	0,6	0,41
Sist. osteomusc.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	15,9	15,9	26,7	22,6	3,1	2,6	1,5	0,49
Malf. congenite	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,6	0,57
Cond. perinatal.	42,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,9	3,4	1,39
Cause maldef.	7,1	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	4,1	4,1	0,0	8,5	13,4	9,2	26,5	39,7	204,4	1038,8	38,2	29,6	17,5	1,66
Traumatismi	0,0	0,0	13,8	21,8	28,0	17,4	10,5	15,8	12,3	8,3	30,9	34,1	13,4	27,6	74,2	119,0	311,0	575,9	47,1	41,2	28,4	2,45
Sconosciuto	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	3,5	3,9	12,3	0,0	0,0	4,3	4,5	9,2	5,3	55,5	106,6	248,4	14,5	12,2	7,3	1,11
Totale	99,0	14,1	27,6	27,2	64,0	38,3	42,2	94,7	131,2	190,8	286,8	413,9	645,5	1079,6	1850,9	3245,0	6335,0	13403,3	937,6	788,2	490,2	9,23

Figura 1. Mortalità in Valle d'Aosta per GRANDI CATEGORIE ISTAT – Periodo 1992-1997



I tassi specifici per le tre classi d'età aggregate 0-34, 35-64 e 65+ (figure 2 e 3) evidenziano una maggior mortalità nella fascia più anziana con una graduatoria delle cause di morte sovrapponibile a quella generale.

Figura 2. Mortalita' anni 1992-97, Valle d'Aosta - Tassi eta' specifici per grandi classi - Uomini

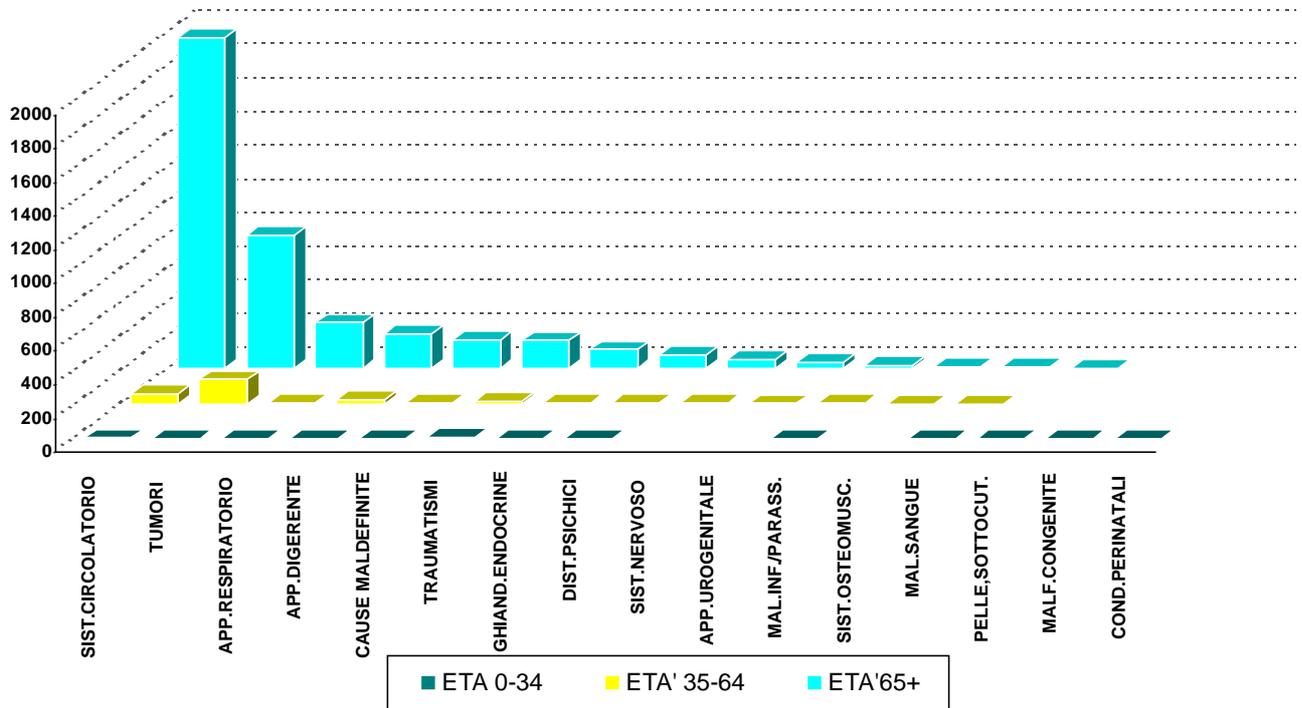


Nella classe intermedia (35-64 anni) è evidente una rilevanza relativa maggiore per i tumori, cui seguono le malattie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente ed i traumatismi.

Preponderante infine la frequenza di morti per traumatismi nella fascia di età 0-34 anni, specie negli uomini, seguiti, ma a distanza, dalle morti per malattie alle ghiandole endocrine e per i tumori.

In generale la mortalità femminile è più favorevole rispetto a quella maschile, ad eccezione, nella fascia di età superiore a 65 anni, delle cause relative alle patologie di ghiandole endocrine, disturbi psichici e sistema osteo-muscolare.

Figura 3. Mortalità anni 1992-1997, Valle d'Aosta – Tassi età specifici per grandi classi - Donne



LE VARIAZIONI TEMPORALI DELLA MORTALITÀ REGIONALE

Oltre all'analisi condotta sui sei anni, è stato condotto un confronto all'interno del periodo mediante l'analisi delle variazioni percentuali dei tassi standardizzati tra i periodi 1995 –1997 e quello precedente 1992-1994.

Ad una prima valutazione sull'andamento della mortalità nei due trienni, dalle tabelle 5 e 6 sembra di poter apprezzare in entrambi i sessi una tendenza alla riduzione della mortalità.

Tabella 5. Mortalità in Valle d'Aosta per grandi categorie ISTAT-. Confronto medie tassi std. 1992-1994 vs. 1995-1997

Uomini

	92-94	95-97	Variazione*
Sistema circolatorio	373,3	375,3	+2,0
Tumori	331,7	315,7	-16,0
Apparato respiratorio	105,9	85,6	-20,3
Traumatismi	89,1	90,3	+1,2
Apparato digerente	84,4	70,4	-14,0
Cause maldefinite	27,9	29,7	+1,8
Ghiandole endocrine	20,8	20,1	-0,7
Disturbi psichici	15,9	13,7	-2,2
Apparato uro-genitale	15,8	8,6	-7,2
Sistema nervoso	13,1	14,0	+0,9
Mal.inf/parass.	7,7	6,9	-0,8
Malattie del sangue	3,3	4,2	+0,9
Sistema osteomuscolare	2,3	0,5	-1,8
Malformazioni congenite	2,0	3,2	+1,2
Condizioni perinatali	1,4	2,0	+0,6
Sconosciuto	12,8	27,8	+15,0
Totale	1.106,4	1.068,0	-38,4

* Differenza tra tassi di mortalità 95-97 e 92-94

Tabella 6. Mortalità in Valle d'Aosta per grandi categorie ISTAT-. Confronto medie tassi std. 1992-1994 vs. 1995-1997

Donne

	92-94	95-97	Variazione*
Sistema circolatorio	382,9	326,2	-56,7
Tumori	185,0	199,7	+14,7
Apparato respiratorio	51,6	43,5	-8,1
Apparato digerente	46,6	41,5	-5,1
Traumatismi	43,5	39,2	-4,3
Cause maldefinite	36,9	23,9	-13
Ghiandole endocrine	23,5	22,0	-1,5
Disturbi psichici	12,7	18,1	5,4
Sistema nervoso	12,7	10,9	-1,8
Apparato uro-genitale	5,5	7,4	+1,9
Mal.inf/parass.	6,3	3,0	-3,3
Malattie del sangue	2,6	2,2	-0,4
Sistema osteomuscolare	2,7	2,5	-0,2
Condizioni perinatali	1,3	2,6	+1,3
Sconosciuto	9,9	14,2	+4,3
Totale	822,9	759,2	-63,7

* Differenza tra tassi di mortalità 95-97 e 92-94

Negli uomini la presenza di variazioni con segno negativo si rileva principalmente nelle malattie dell'apparato respiratorio, nei tumori, oltre che nelle malattie dell'apparato digerente, dell'apparato genito urinario, da disturbi psichici, del sistema osteo-muscolare.

Sostanzialmente stabili le morti per patologie di ghiandole endocrine, sistema nervoso, malattie infettive e parassitarie, malattie del sangue, del sistema circolatorio, condizioni perinatali e per traumi. Risultano lievemente in aumento le morti non classificabili.

Nelle donne le variazioni con segno negativo sono quelle prodotte principalmente da malattie del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, da traumatismi, malattie infettive e parassitarie e delle ghiandole endocrine. Pressoché stazionarie le morti per malattie del sangue e del sistema osteomuscolare. Risultano invece in aumento nelle donne le morti per tumori, disturbi psichici, malattie dell'apparato genito urinario, condizioni perinatali e morti non classificabili.

L'aumento delle morti per condizioni perinatali sarà oggetto di analisi dedicate essendo la mortalità prossima alla nascita e quella entro il primo anno di vita un importante indicatore epidemiologico e di sanità pubblica.

Per verificare la consistenza storica della mortalità regionale si è proceduto ad un confronto intraregionale con i dati relativi ai periodi precedenti: anni 1980-82 (ISTAT) e 1991 (Registro regionale) per le cause di morte più rilevanti. I tassi per 100.000 abitanti sono stati standardizzati sulla popolazione italiana al Censimento 1981.

Come si può evincere dalla tabella 7, relativa a tutte le cause di morte, appare netta la diminuzione dei tassi di mortalità in entrambi i sessi durante l'arco di 18 anni, dal 1980 al 1997.

Tabella 7. Mortalità per TUTTE LE CAUSE, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	1.199,3	894,2
91	977,1	786,3
92-94	931	686,6
95-97	920,3	656,1

Questo tipo di analisi può tuttavia mascherare andamenti diversi per le singole cause di morte, tanto più rilevanti ove queste ultime siano più frequenti, come nel caso dei tumori per i quali si osserva una sostanziale stabilità del tasso per le donne ed un lieve incremento per i uomini (Tabella 8).

Tabella 8. Mortalità per TUTTI I TUMORI, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	269,2	178,2
91	255	202,6
92-94	282,6	158,2
95-97	275,8	174,9

Dal 1980 al 1997, in Valle d'Aosta, la mortalità per le malattie dell'apparato circolatorio si è costantemente ridotta in entrambi i sessi (tabella 9), mentre per le cause di morte attribuibili a malattie dell'apparato respiratorio (tabella 10), dell'apparato digerente (tabella 11) e a traumatismi (tabella 12), il decremento dei tassi, è stato più marcato negli uomini che registrano tuttavia ancora dei valori sfavorevoli rispetto a quelli delle donne.

L'unica eccezione è rappresentata dalle "cause mal definite" (tabella 13) che negli anni '80 registrava un tasso pari a 55,7 nelle donne contro 30,4 degli uomini e che ha subito una riduzione tale da registrare nel 1997 un valore di 20,9 nelle donne, inferiore persino a quello degli uomini (26,6).

Tabella 9. Mortalità per MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	482,5	455,9
91	332,6	380
92-94	304,8	311,4
95-97	314	278,8

Tabella 10. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	114,4	49,3
91	129,3	38,3
92-94	83,8	43,3
95-97	72,4	38,1

Tabella 11. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	108,1	47,3
91	62,1	51,2
92-94	73,3	37,5
95-97	61,7	35,8

Tabella 12. Mortalità per TRAUMATISMI, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	115,9	35
91	105,2	34,7
92-94	80,7	38,7
95-97	81,5	34,3

Tabella 13. Mortalità per CAUSE MALDEFINITE, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	30,4	55,7
91	22,6	39,7
92-94	21,8	31,9
95-97	26,6	20,9

LA MORTALITÀ IN VALLE D'AOSTA, PIEMONTE E ITALIA

La valutazione comparativa della mortalità della Valle d'Aosta dal 1992 al 1997 è stata eseguita con quella del Piemonte (periodo 1990-1994) e dell'Italia nelle ripartizioni: Nord, Centro, Sud (dati 1990 - 1994) utilizzando i tassi standardizzati, complessivi e troncati per la classe d'età 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1991. La fascia di età 35-64 è caratterizzata solitamente da una migliore qualità dei dati delle certificazioni.

In Valle d'Aosta la mortalità complessiva è più elevata negli uomini mentre è più bassa nelle donne rispetto ai dati di riferimento di tutte le altre aree territoriali (figura 4).

Nella classe di età da 35 a 65 anni la maggiore mortalità degli uomini valdostani è ancora più marcata, se confrontata con le altre aree geografiche, mentre nelle donne della stessa classe di età la mortalità generale è molto vicina a quella media registrata nelle altre aree di confronto (tabella 14).

Le malattie cardiovascolari (figura 5), prima causa di morte in Italia, lo sono anche in Valle d'Aosta con valori tuttavia inferiori in entrambi i sessi rispetto a tutte le aree a confronto. Tuttavia gli uomini nella classe di età 35-64 anni presentano una mortalità superiore rispetto alle altre aree italiane (tabella 15).

La mortalità per tumori in Valle d'Aosta (figura 6) ha valori inferiori al Piemonte e al nord Italia sia negli uomini sia nelle donne con l'unica eccezione del Sud. Anche in questo caso, però, i giovani uomini presentano una mortalità superiore alle altre due aree a confronto (tabella 16).

Le malattie dell'apparato respiratorio (figura 7) presentano invece in Valle d'Aosta tassi di mortalità superiori sia al Piemonte che a tutte le ripartizioni dell'Italia e alla media nazionale negli uomini e in media con il resto del Paese nelle donne. Queste differenze sono presenti anche nella classi di età più giovani (tabella 17).

Anche la mortalità per malattie dell'apparato digerente (figura 8) in Valle d'Aosta presenta valori elevati che negli uomini sono in assoluto i più alti di tutte le altre aree, ma con un comportamento anche in questo caso più simile ai valori dell'Italia del sud. Nelle donne valdostane il tasso di mortalità per questa causa è inferiore solo al sud e alla media nazionale. Particolarmente elevato è l'eccesso di mortalità tra i giovani uomini, con un tasso pari al doppio di quello rilevato in Piemonte in Italia (tabella 18).

I traumatismi (figura 9) costituiscono una causa di morte con caratteristiche di particolarità legate anche ad incidenti, cause accidentali violente e suicidi. Per questo insieme di cause la Valle d'Aosta si presenta negli uomini con un tasso di mortalità superiore a tutte le altre aree e con valori elevati anche nelle donne, inferiori solo al Piemonte. Anche in questo caso è particolarmente evidente l'elevata mortalità nelle fasce di età più giovani, in particolare tra gli uomini (tabella 19).

Un relativamente elevato tasso di mortalità per "cause mal definite" (figura 10 e tabella 20) indica la necessità di migliorare la qualità della certificazione della cause di morte; lo dimostra fatto che un valore più elevato della Valle d'Aosta è presente solo al sud dove più debole è l'attenzione per la codifica e la qualità dei sistemi informativi.

Figura 4. Mortalità per TUTTE LE CAUSE negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

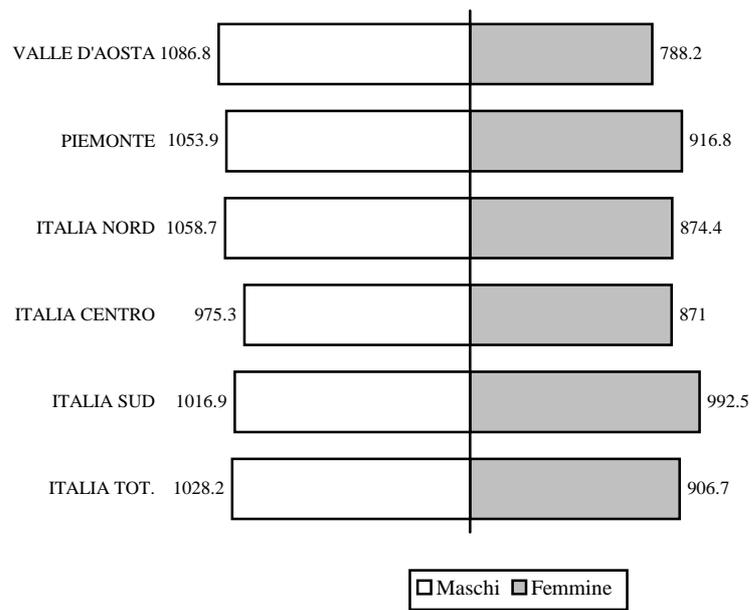


Tabella 14. Mortalità per TUTTE LE CAUSE. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	772,6	287,4
Piemonte	628,4	294,5
Italia nord	637,8	287,0
Italia centro	543,0	268,1
Italia sud	592,2	298,8
Italia	603,9	287,0

Figura 5. Mortalità per MALATTIE CARDIOVASCOLARI negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

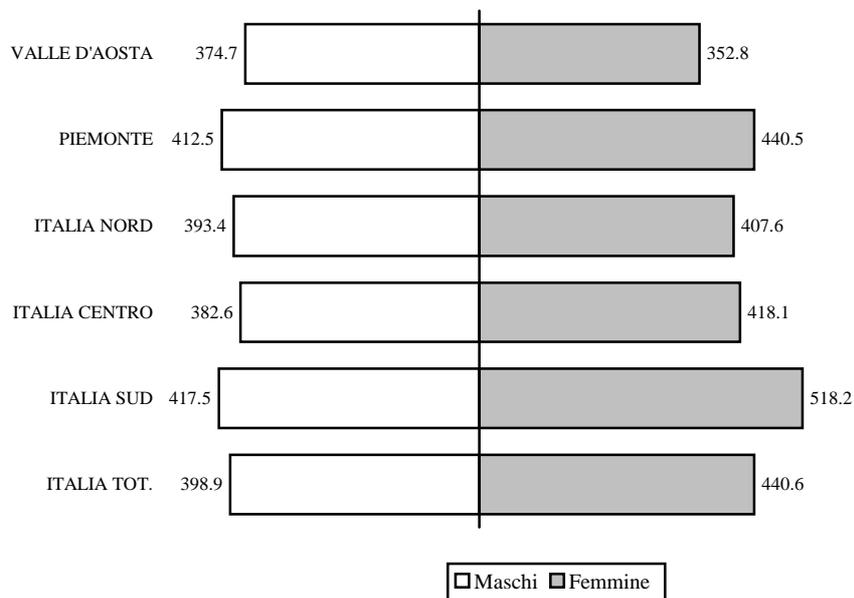


Tabella 15. Mortalità per MALATTIE CARDIOVASCOLARI. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	192,2	60,3
Piemonte	180,0	61,5
Italia nord	170,8	56,2
Italia centro	153,6	52,9
Italia sud	180,3	74,3
Italia	170,3	61,3

Figura 6. Mortalità per TUTTI I TUMORI negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

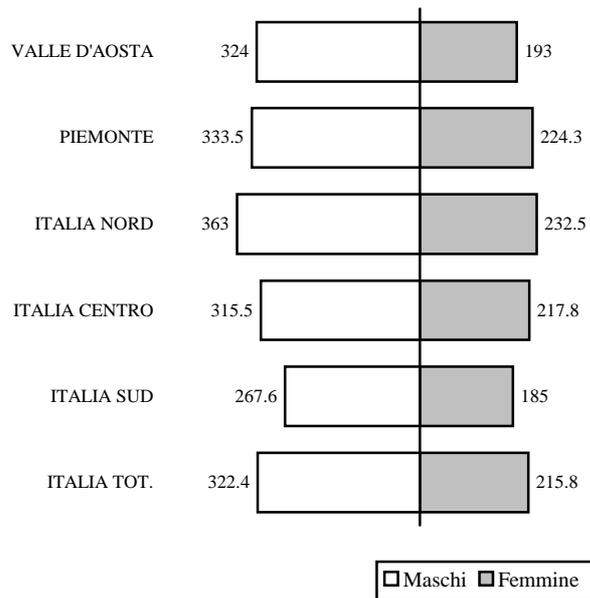


Tabella 16. Mortalità per TUTTI I TUMORI. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	299,8	144,4
Piemonte	270,1	159,5
Italia nord	291,7	162,8
Italia centro	240,4	154,0
Italia sud	218,8	139,4
Italia	258,2	153,5

Figura 7. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

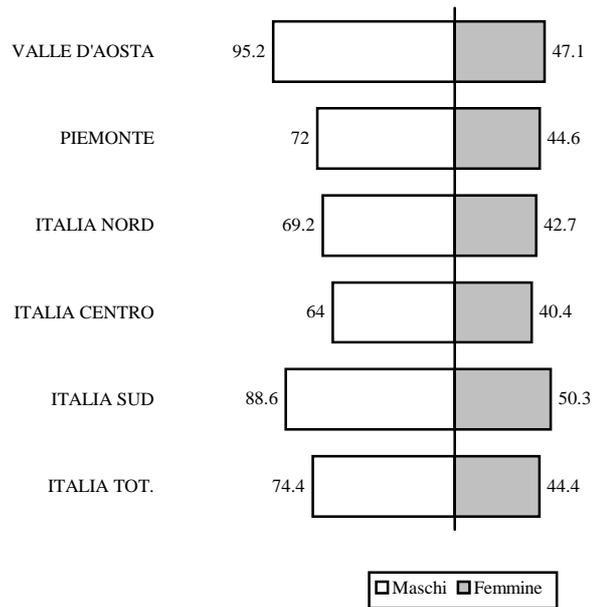


Tabella 17. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	27.6	7.9
Piemonte	17.8	7.4
Italia nord	16.1	6.0
Italia centro	14.4	5.8
Italia sud	24.1	8.0
Italia	18.3	6.6

Figura 8. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

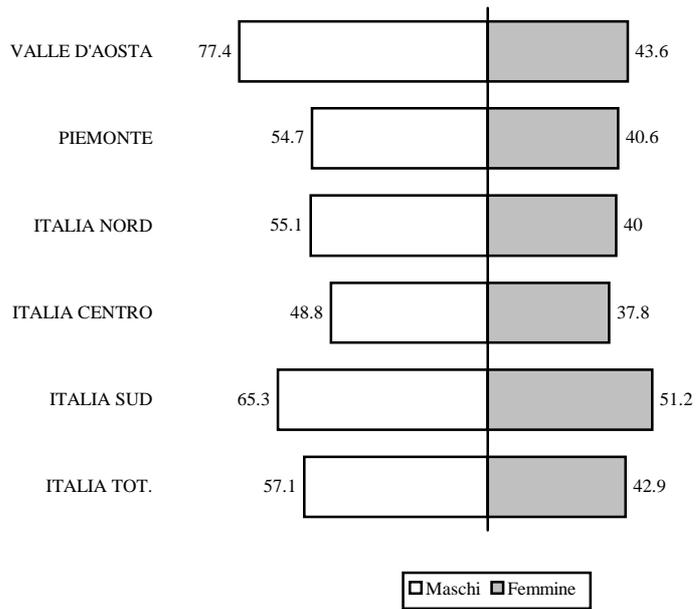


Tabella 18. Mortalità PER MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	97.1	21.7
Piemonte	48.6	18.9
Italia nord	49.3	18.4
Italia centro	38.2	14.3
Italia sud	58.8	24.7
Italia	50.1	19.6

Figura 9. Mortalità per TRAUMATISMI negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

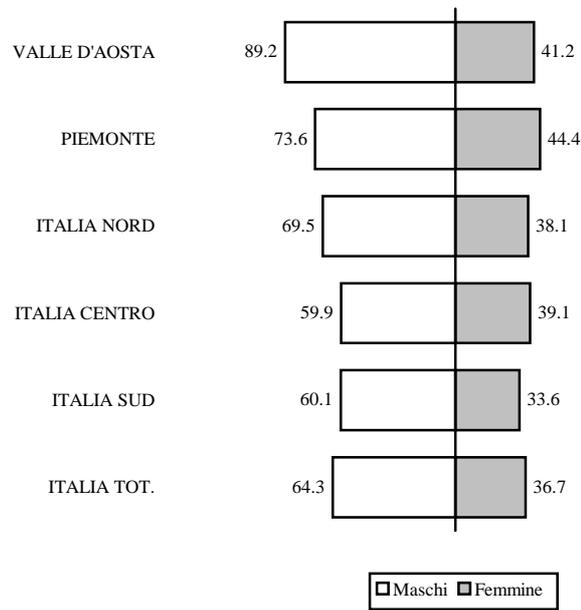


Tabella 19. Mortalità per TRAUMATISMI. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	93.0	19.1
Piemonte	61.7	19.6
Italia nord	58.9	18.0
Italia centro	47.4	14.4
Italia sud	54.8	12.9
Italia	55.3	15.6

Figura 10 Mortalità per CAUSE MALDEFINITE negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

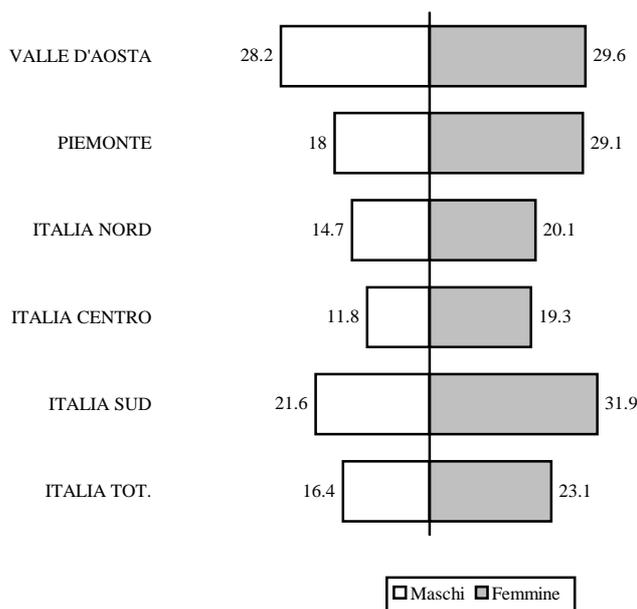


Tabella 20. Mortalità per CAUSE MAL DEFINITE. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	11.5	5.6
Piemonte	5.4	2.5
Italia nord	5.3	2.1
Italia centro	2.8	1.3
Italia sud	47.4	2.5
Italia	5.5	2.1

Nelle figure da 11 a 23 è rappresentata la mortalità relativa ai soli tumori maligni (ICD-IX da 140.0 a 208.9) distinta nelle principali sedi neoplastiche. Il tumore del polmone e quello della mammella sono le due neoplasie più frequenti rispettivamente negli uomini e nelle donne. Tra le donne, in ordine decrescente di frequenza, seguono i tumori del colon, dello stomaco, del polmone, e dell'ovaio. Tra gli uomini : la prostata, lo stomaco, il colon, il fegato, la laringe e la vescica. La frequenza delle rimanenti singole sedi neoplastiche si situa, per i due sessi, a tassi inferiori a 10/100.000 per anno.

Complessivamente il confronto suggerisce la possibilità di una condizione di rischio aumentato per i soggetti di sesso maschile residenti in Valle d'Aosta rispetto a tutte le altre ripartizioni geografiche per il tumore del labbro, cavo orale, faringe, fegato e vie biliari e prostata.

Per le donne analogo rilievo assumono i melanomi e i tumori della mammella e della vescica.

Figura 11. TUMORE DEL LABBRO, LINGUA, CAVO ORALE, FARINGE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

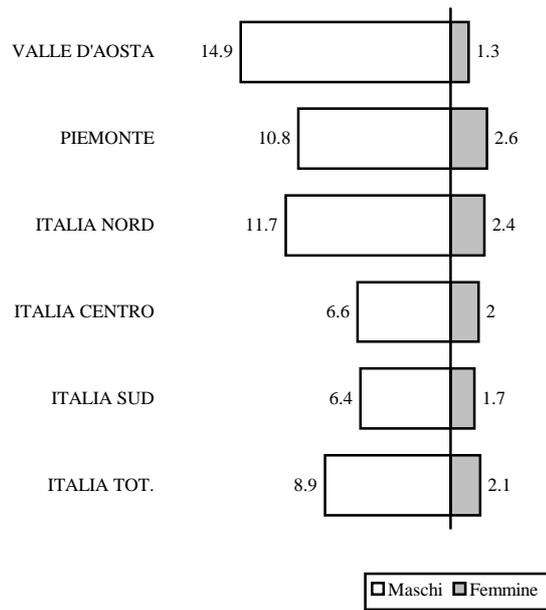


Figura 12. TUMORE DELLO STOMACO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

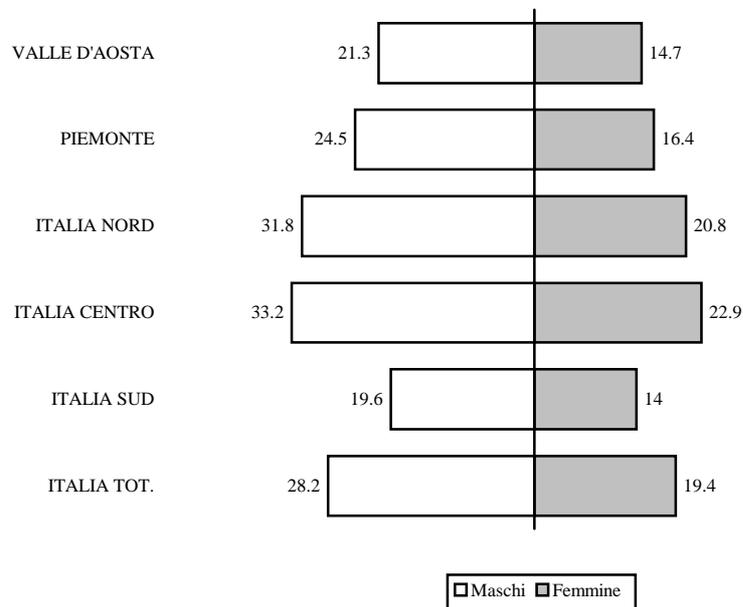


Figura 13. TUMORE DEL COLON, RETTO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

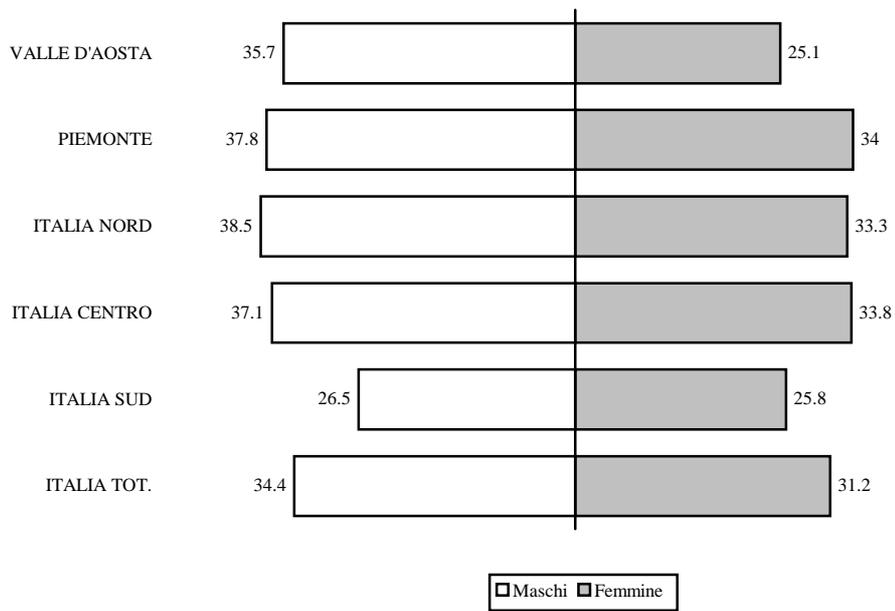


Figura 14. TUMORE DEL FEGATO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

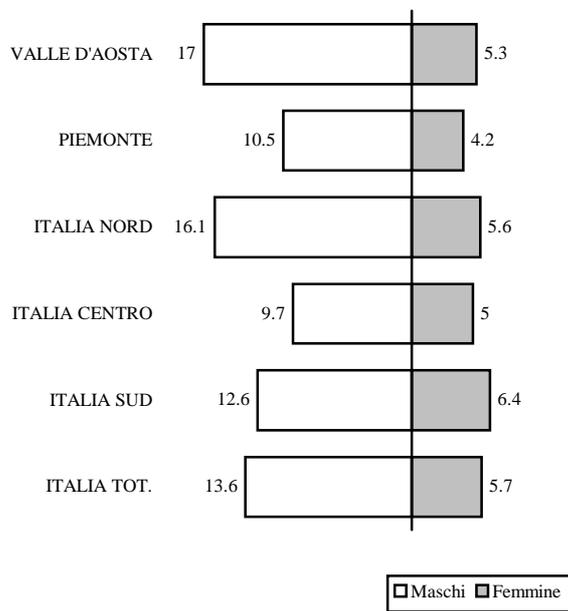


Figura 15. TUMORE DEL POLMONE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

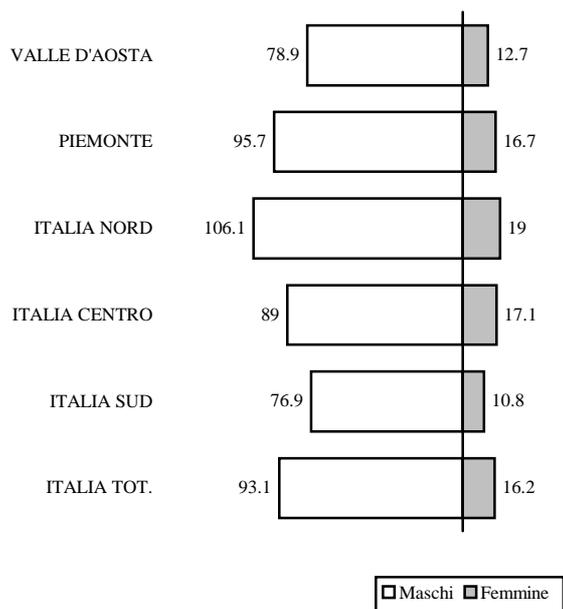


Figura 16. MELANOMI - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

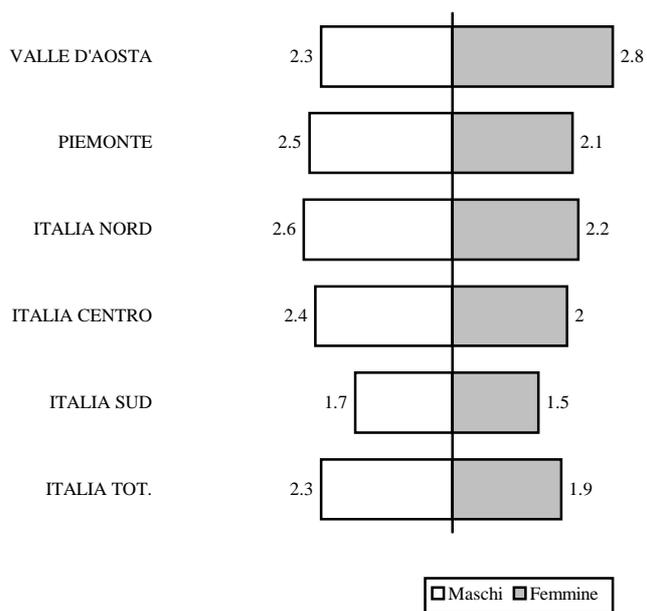


Figura 17. TUMORE DELLA MAMMELLA - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana*

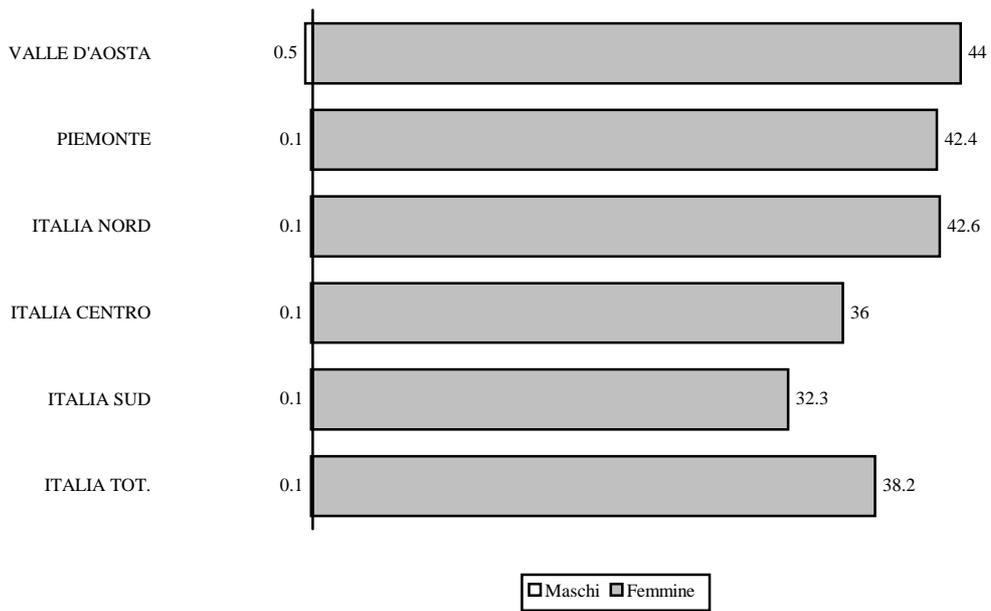


Figura 18. TUMORE DELL'UTERO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

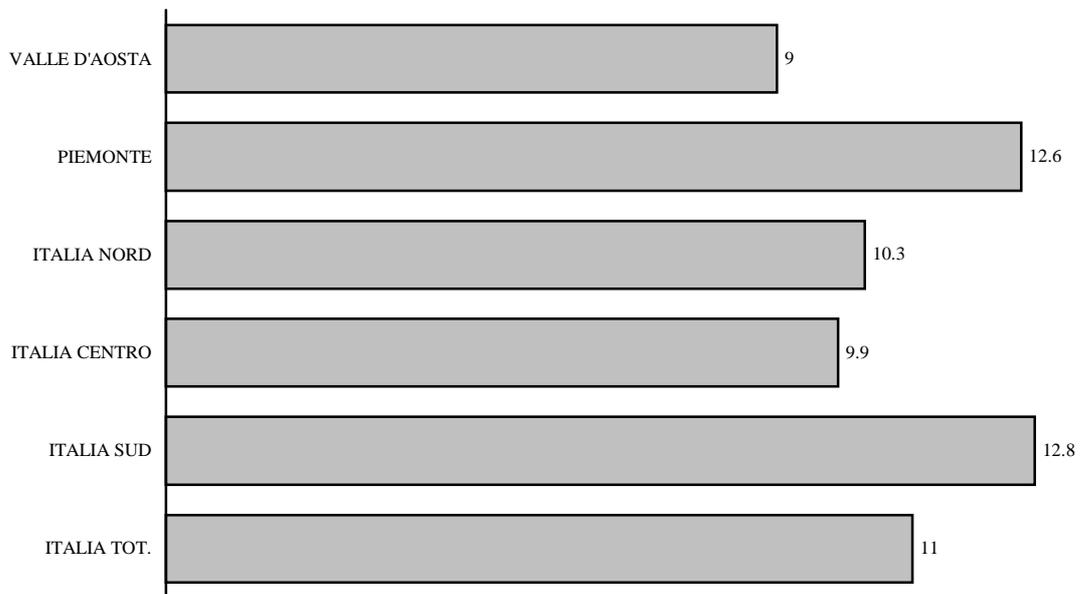


Figura 19. TUMORE DELL' OVAIO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

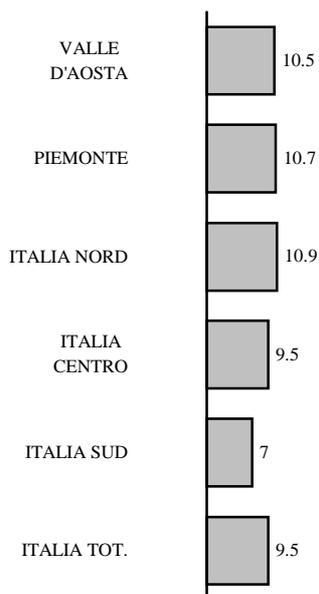


Figura 20. TUMORE DELLA PROSTATA - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

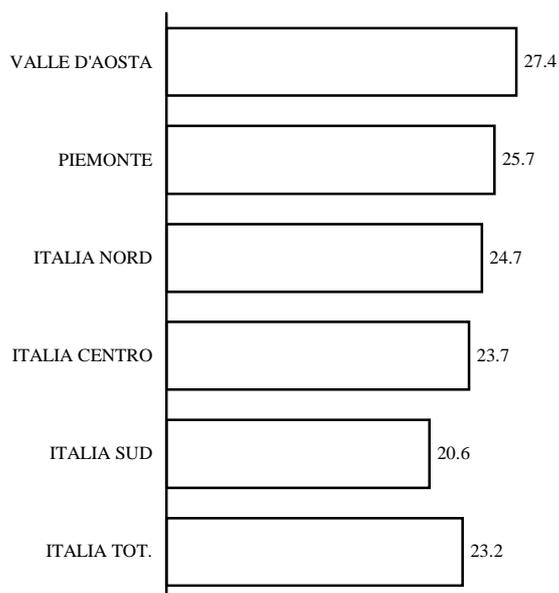


Figura 21. TUMORE DELLA VESCICA - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

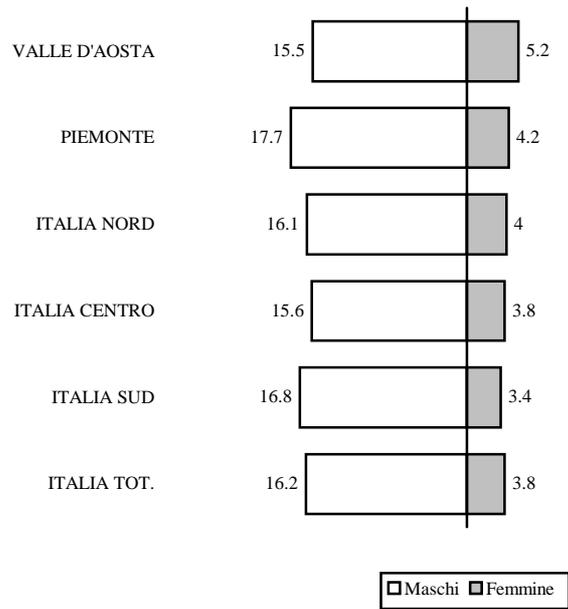


Figura 22. TUMORI BENIGNI E MALIGNI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

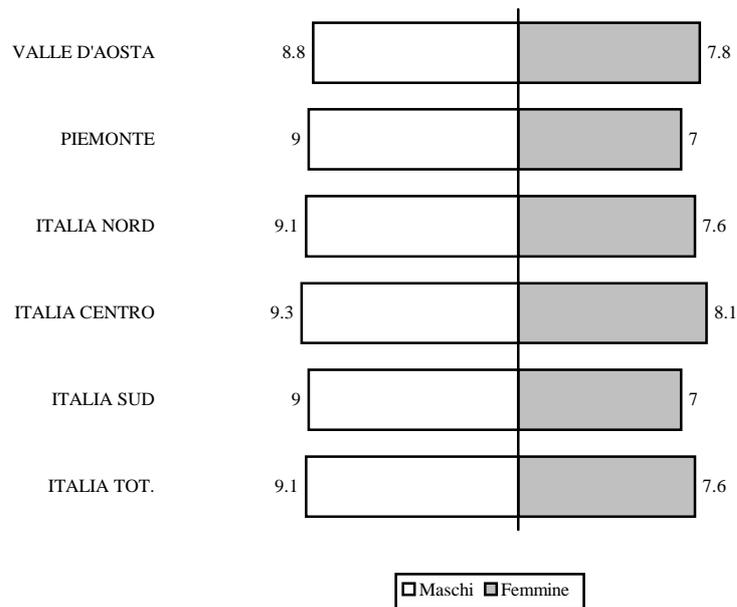
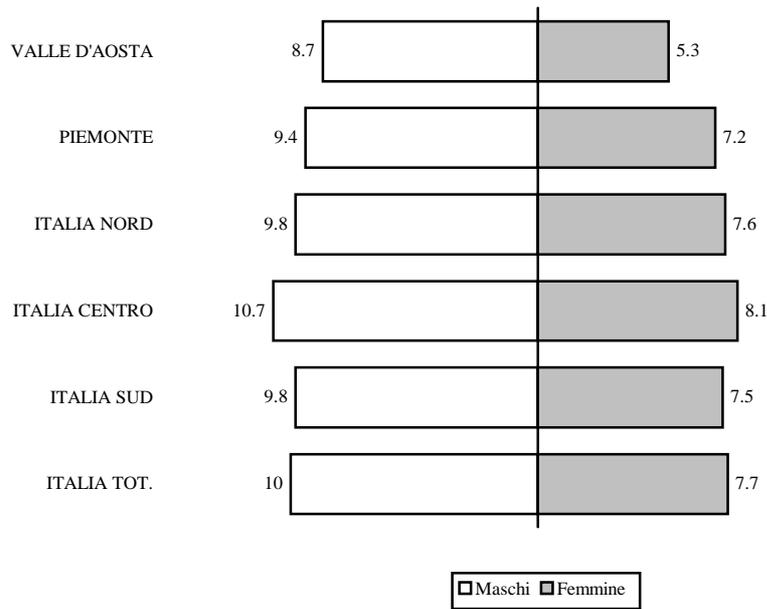


Figura 23. LEUCEMIE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana



LA MORTALITÀ NEI DISTRETTI DELLA VALLE D'AOSTA

Per iniziare ad indagare su quali fattori contribuiscano a delineare il profilo della mortalità regionale, pur rimanendo ancora nell'ambito descrittivo, è sembrato utile analizzare la distribuzione territoriale dei decessi avvenuti dal 1992 al 1997.

Nelle tabelle da 21 a 36 è rappresentata la distribuzione della mortalità nei quattro distretti in base ad una misura di rischio relativo standardizzato per età (SMR) (7).

Tra gli uomini si evidenzia una minor mortalità per i residenti del distretto di Aosta per patologie circolatorie, per le quali la vicinanza al presidio ospedaliero potrebbe avere influito efficacemente sulla tempestività del ricorso e quindi sull'evitabilità del decesso.

Gli uomini valdostani residenti nella Bassa Valle sembrano invece vivere un rischio di mortalità generale lievemente più elevato dei residenti negli altri distretti, in particolare per le cause di natura circolatoria e per malattie dell'apparato digerente.

Un effetto "protettivo" emerge invece per le morti attribuibili a disturbi psichici nei residenti uomini della Media Valle.

Anche tra le donne, la minor mortalità per tutte le cause delle residenti nel distretto di Aosta è largamente dovuta alla minor mortalità per patologie circolatorie. Al contrario, la Bassa e la Media Valle registrano una mortalità più elevata per le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente.

Le donne dell'Alta Valle, presentano un rischio di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio significativamente più elevato degli altri distretti.

Infine, una nota a parte viene rivolta alle morti classificate come "cause mal definite" per le quali, esiste in entrambi i sessi un valore del rischio di morte superiore in entrambi i sessi per i residenti nell'Alta Valle.

Tabella 21. SMR per distretto - Uomini: TUTTE LE CAUSE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	103	95	112
2-Aosta	96	92	101
3-Media Valle	97	90	106
4-Bassa Valle	108	101	116

Tabella 22. SMR per distretto - Uomini: TUMORI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	98	84	114
2-Aosta	99	91	107
3-Media Valle	99	85	115
4-Bassa Valle	105	92	118

Tabella 23. SMR per distretto - Uomini: DISTURBI PSICHICI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	120	58	222
2-Aosta	109	75	154
3-Media Valle	37	7	107
4-Bassa Valle	106	55	185

Tabella 24. SMR per distretto - Uomini: SISTEMA CIRCOLATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	112	97	127
2-Aosta	92	85	99
3-Media Valle	102	89	117
4-Bassa Valle	110	98	123

Tabella 25. SMR per distretto - Uomini: APPARATO RESPIRATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	117	89	151
2-Aosta	97	83	112
3-Media Valle	100	74	131
4-Bassa Valle	97	75	122

Tabella 26. SMR per distretto - Uomini: APPARATO DIGERENTE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	72	49	103
2-Aosta	103	88	121
3-Media Valle	89	62	122
4-Bassa Valle	118	92	150

Tabella 27. SMR per distretto - Uomini: CAUSE MALDEFINITE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	113	67	179
2-Aosta	93	69	121
3-Media Valle	93	52	154
4-Bassa Valle	115	75	170

Tabella 28. SMR per distretto - Uomini: TRAUMATISMI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	107	80	141
2-Aosta	97	83	113
3-Media Valle	84	59	114
4-Bassa Valle	114	89	143

Tabella 29. SMR per distretto - Donne: TUTTE LE CAUSE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	115	105	126
2-Aosta	92	87	96
3-Media Valle	107	98	117
4-Bassa Valle	107	99	115

Tabella 30. SMR per distretto - Donne: TUMORI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	104	86	126
2-Aosta	99	90	109
3-Media Valle	103	84	124
4-Bassa Valle	97	82	113

Tabella 31. SMR per distretto - Donne: DISTURBI PSICHICI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	96	42	190
2-Aosta	119	86	161
3-Media Valle	82	33	169
4-Bassa Valle	65	30	123

Tabella 32. SMR per distretto - Donne: SISTEMA CIRCOLATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	114	100	131
2-Aosta	88	81	94
3-Media Valle	114	100	130
4-Bassa Valle	114	102	126

Tabella 33. SMR per distretto - Donne: APPARATO RESPIRATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	150	106	205
2-Aosta	89	73	108
3-Media Valle	96	62	140
4-Bassa Valle	100	3	134

Tabella 34. SMR per distretto - Donne: APPARATO DIGERENTE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	116	77	169
2-Aosta	93	75	114
3-Media Valle	76	45	120
4-Bassa Valle	123	90	164

Tabella 35. SMR per distretto - Donne: CAUSE MALDEFINITE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	198	137	279
2-Aosta	77	59	100
3-Media Valle	103	61	163
4-Bassa Valle	99	66	142

Tabella 36. SMR per distretto - Donne: TRAUMATISMI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	132	88	189
2-Aosta	94	75	117
3-Media Valle	108	69	160
4-Bassa Valle	89	60	126

CONCLUSIONI

La dimensione limitata della popolazione valdostana rende difficile ottenere stime stabili dell'occorrenza di eventi rari, come la mortalità specifica per causa, fatto che impone prudenza nell'interpretazione dei risultati.

La Valle d'Aosta evidenzia valori di mortalità maschile più elevati del contesto nazionale soprattutto tra gli adulti fino a 64 anni.

Le cause di morte responsabili di questa eccedenza di mortalità sono quelle legate a storie di povertà (malattie dell'apparato respiratorio) che facilitano l'adozione di stili di vita pericolosi per la salute, come il consumo di alcool (malattie dell'apparato digerente), o che espongono a rischi per la sicurezza, come la pratica di sport invernali, trasporti e le condizioni di lavoro (traumi).

Questi problemi si concentrano con particolare evidenza in Alta e Bassa Valle.

La mortalità generale e quella per specifiche cause in eccesso presenta andamenti temporali favorevoli in diminuzione proprio tra gli uomini, a testimonianza degli effetti benefici dei miglioramenti delle condizioni di vita personali, sociali e sanitarie.

NOTE

1. Per ridurre la variabilità delle stime, i denominatori degli indicatori utilizzati (tassi) dovrebbero essere riferiti ad un tempo di circa 1.000.000 di anni/persona che, per una popolazione di poco più di 100.000 abitanti equivale a circa 10 anni di osservazione.
2. Codici ICD-IX da 140.0 a 208.9
3. Il numero di casi indica la frequenza con cui si sono verificati i decessi relativamente a ciascuna causa di morte, distinti per sesso.
4. Il tasso grezzo x 100.000 persone per anno esprime il numero di morti medio annuale che si verifica per ogni causa ogni 100.000 residenti. E' la misura più comunemente utilizzata per rappresentare in un territorio l'impatto reale esercitato sulla popolazione residente da una causa di morte.
5. Il tasso standardizzato x 100.000 persone per anno è necessario per effettuare confronti tra realtà diverse. Per operare una comparazione è necessario infatti assicurarsi che i fattori riconosciuti influenti sul rischio di morte, detti anche variabili di confondimento, non siano distribuiti in modo diverso tra le realtà che si vogliono porre a confronto; il caso più frequente è quello della diversa composizione per età delle due popolazioni: è evidente che una popolazione anziana avrà una mortalità più elevata di una popolazione giovane per semplici ragioni biologiche. Ignorare in un confronto la diversa proporzione di giovani e di anziani presenti nei due gruppi comporta quasi certamente il rischio di conclusioni fuorvianti ed affrettate. Per tale ragione si ricorre al tasso standardizzato come indicatore costruito in modo "artificiale" che produce un valore diverso da quello reale, ma adatto ai confronti perché neutralizza l'effetto della possibile diversa composizione per età delle popolazioni residenti. Nella presente analisi sono state scelte quali popolazioni di riferimento quella italiana al censimento del 1991 e quella europea (popolazione 'teorica' con uguale distribuzione per classi d'età nei due sessi). Per il tasso standardizzato europeo è stato inoltre presentato l'errore standard (E.S.) che misura la variabilità della stima.
6. Il Rapporto Standardizzato di Mortalità o SMR (Standardised Mortality Ratio) esprime il rapporto tra il numero di morti osservato in una popolazione (nel nostro caso i deceduti residenti in ciascun distretto) ed il numero di morti "atteso" nella stessa popolazione qualora, su questa, agissero i medesimi tassi di mortalità specifici per alcune variabili di confondimento proprie di una popolazione assunta come riferimento. Quale riferimento, per il calcolo dei casi attesi, è stata utilizzata la popolazione dell'intera regione per età e sesso ed i tassi specifici per età per le principali cause di morte secondo l'Istat. Il rapporto tra il numero di decessi realmente osservato e il numero di decessi "atteso" è l'SMR che esprime quindi, in percentuale, l'eccesso o il difetto di mortalità esistente tra i residenti nei quattro distretti al netto delle influenze esercitate dalla diversa composizione per età delle popolazioni. Ai fini della lettura il valore 100 indica il valore regionale e i valori superiori o inferiori indicano una mortalità maggiore o minore rispetto a quella totale regionale.
7. L'intervallo di confidenza al 95% è una misura della variabilità dell'SMR. Ai fini della comprensione occorre ricordare che, qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore dell'SMR viene convenzionalmente considerato come "statisticamente non significativo" (equivalente al dire che non è possibile affermare con ragionevole sicurezza che i due valori, quello del distretto e quello regionale, siano realmente diversi) per cui l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero in realtà essere solo un effetto del caso.

MORTALITÀ

Tra gli indicatori di sanità pubblica, l'indice di mortalità di una popolazione in un determinato contesto geografico e socioeconomico mantiene intatto il suo valore informativo; la mortalità costituisce infatti il parametro di riferimento per la valutazione di efficacia di avanzate iniziative in ambito di sanità pubblica, quali gli screening di popolazione, e di altri interventi di prevenzione per alcune patologie letali. Proporre un'analisi della mortalità regionale significa quindi fornire elementi di utilità sia per gli addetti al settore tecnico-operativo della sanità, sia per gli amministratori che hanno bisogno di basi conoscitive per le scelte di programmazione sanitaria.

MATERIALI E METODI

La ridotta numerosità della popolazione pone per la Valle d'Aosta problemi di variabilità casuale delle stime su base annuale. Vi è stata quindi la necessità di superare tali limitazioni estendendo l'analisi ad un numero maggiore di anni di osservazione; sono stati perciò analizzati i dati relativi ad un periodo di sei anni (1992 - 1997) che ha inoltre permesso di valutare l'esistenza di disuguaglianze nella mortalità a livello sub regionale mediante l'analisi della mortalità differenziale per causa in sottogruppi di popolazione. La disponibilità di dati relativi ad un periodo di sei anni ha infine consentito di avvicinarsi sensibilmente ai requisiti di minima richiesti dalle analisi epidemiologiche (1) per conferire stabilità alle stime di mortalità, soprattutto per analisi specifiche come quelle sulla mortalità per tumori (2) e sulla valutazione comparativa all'interno della regione fra i distretti nei quali questa è suddivisa.

Per l'analisi del trend storico sull'evoluzione nel tempo delle cause di morte in Valle d'Aosta, sono stati utilizzati i dati di mortalità estratti dagli archivi del Registro regionale delle cause di morte dell'unità di Medicina legale dell'Azienda Usl; mentre per il confronto delle principali cause di morte negli uomini e nelle donne valdostane con altre ripartizioni geografiche, su base nazionale, sono stati utilizzati i dati di mortalità dell'Istat che consentono una maggiore confrontabilità.

Gli indicatori utilizzati per l'analisi del trend storico di mortalità sono:

- il numero dei casi (3)
- i tassi grezzi x 100.000 persone per anno (4)
- i tassi standardizzati x 100.000 persone per anno (5)

Infine, per l'analisi geografica della mortalità a livello sub regionale si è calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) (6) per i quattro distretti: Alta Valle, Aosta e comuni limitrofi, Media e Bassa Valle, con relativa indicazione dell'intervallo di confidenza (7).

LA MORTALITÀ REGIONALE DAL 1992 AL 1997

Dai valori assoluti della mortalità negli uomini e nelle donne secondo le grandi categorie Istat e per classi quinquennali di età nel periodo 1992-97 è possibile indicare una media regionale di 1.250 decessi l'anno, di cui 690 negli uomini e 560 nelle donne (tabelle 1 e 2).

Nelle tabelle 3 e 4 sono invece riportati i tassi età specifici, grezzi e standardizzati, rispettivamente per gli uomini e per le donne.

Considerando i tassi standardizzati ordinati per grandezza decrescente (figura 1), in Valle d'Aosta, in entrambi i sessi, le cause di morte riferibili a sistema circolatorio, tumori e malattie respiratorie

si collocano rispettivamente al primo, secondo e terzo posto, con tassi sistematicamente superiori negli uomini (soprattutto per i tumori e le malattie respiratorie) a confermare la più elevata mortalità maschile.

Negli uomini le patologie letali, dopo il quarto posto dei “traumatismi”, sono quelle relative all'apparato digerente, alle “cause mal definite”, alle ghiandole endocrine, ai disturbi psichici, del sistema nervoso e a malattie dell'apparato uro-genitale, seguite poi dalle cause di morte che hanno fatto registrare un tasso inferiore a 10 decessi per 100.000 persone/anno.

Nelle donne il quarto posto è occupato dalle malattie dell'apparato digerente, a cui seguono traumatismi, “cause mal definite”, malattie delle ghiandole endocrine, disturbi psichici e del sistema nervoso. Le rimanenti cause non raggiungono singolarmente la frequenza di 10 casi per 100.000 persone/anno.

I valori dei tassi osservati per i decessi attribuibili a “cause mal definite”, quelle attribuibili alle malattie delle ghiandole endocrine e ai disturbi psichici sono maggiori dei corrispondenti valori osservati negli uomini.

Tabella 1. Numero di decessi per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Uomini, 1992-1997

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Totale
Mal. inf/parass.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	1	3	6	5	6	28
Tumori	1	1	2	3	2	1	1	8	9	41	68	146	164	214	196	165	119	96	1237
Ghiand. endocr.	1	0	0	0	1	3	8	3	4	1	3	5	3	8	12	5	13	10	80
Mal. sangue	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	2	3	1	1	14
Dist. psichici	0	0	0	0	1	4	7	0	1	1	1	3	1	3	8	6	11	11	58
Sist. nervoso	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5	6	7	10	6	6	6	52
Sist. circol.	2	0	0	2	1	3	4	7	22	33	41	64	112	162	170	223	315	276	1437
App. respirat.	2	0	0	0	0	1	0	0	3	4	2	11	20	28	55	69	88	83	366
App. digerente	1	0	0	2	0	0	3	5	17	17	29	28	45	37	31	28	30	22	295
App. uro-genit.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	6	1	7	11	16	46
Compl. parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pelle, sottocut.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sist. osteomusc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	5
Malf. congenite	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8
Cond. perinatal.	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Cause maldef.	1	0	0	0	1	6	1	3	0	2	0	8	4	9	10	9	14	44	112
Traumatismi	2	1	2	15	17	21	15	25	15	25	30	18	24	19	22	24	28	28	331
Sconosciuto	3	0	0	0	4	3	4	4	1	3	4	6	5	7	8	9	13	3	77
Totale	27	2	4	23	27	42	45	57	73	130	181	296	388	509	528	561	656	602	4151

Tabella 2. Numero di decessi per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Donne, 1992-1997

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Totale
Mal. inf/parass.	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	2	6	0	4	17
Tumori	2	0	0	0	0	2	4	10	16	26	35	48	70	105	115	97	127	134	791
Ghiand. endocr.	0	0	0	0	0	2	2	2	0	1	1	0	7	6	14	11	18	33	97
Mal. sangue	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	4	10
Dist. psichici	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4	1	6	13	12	27	66
Sist. nervoso	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	2	7	7	5	12	7	48
Sist. circol.	3	1	0	1	3	1	1	3	6	8	6	23	40	77	140	197	388	638	1536
App. respirat.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	4	11	20	18	41	109	211
App. digerente	1	0	0	0	0	1	0	1	2	5	5	8	10	16	17	31	31	53	181
App. uro-genit.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	1	10	11	29
Compl. parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pelle, sottocut.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Sist. osteomusc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	3	2	11
Malf. congenite	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cond. perinatal.	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Cause maldef.	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	3	2	5	5	23	92	137
Traumatismi	0	0	2	4	7	5	3	4	3	2	7	8	3	6	14	15	35	51	169
Sconosciuto	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	0	1	1	2	1	7	12	22	52
Totale	14	2	4	5	16	11	12	24	32	46	65	97	144	235	349	409	713	1187	3365

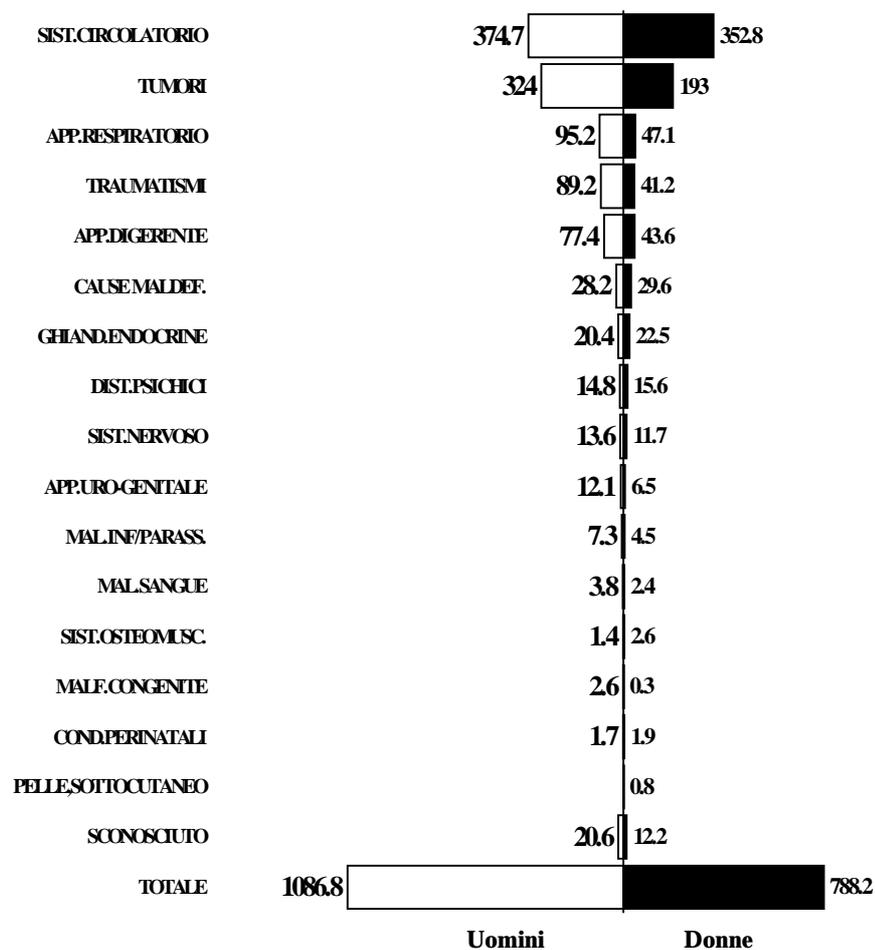
Tabella 3. Tassi di mortalità per 100.000, per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Uomini, 1992-1997

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Tasso	ST.IT.	ST.EU.	E.S. EU.
Mal. inf/parass.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	3,7	3,8	7,6	0,0	4,4	4,8	5,5	22,0	73,3	81,6	178,5	7,9	7,3	6,7	1,29
Tumori	6,6	6,5	12,6	15,1	7,5	3,2	3,2	29,6	34,3	156,8	280,6	639,3	791,0	1177,0	1437,0	2017,1	1941,3	2856,3	350,9	324,0	295,4	8,50
Ghiand. endocr.	6,6	0,0	0,0	0,0	3,7	9,5	25,8	11,1	15,2	3,8	12,4	21,9	14,5	44,0	88,0	61,1	212,1	297,5	22,7	20,4	19,0	2,17
Mal. sangue	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,0	14,7	36,7	16,3	29,8	4,0	3,8	3,2	0,87
Dist. psichici	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	12,6	22,5	0,0	3,8	3,8	4,1	13,1	4,8	16,5	58,7	73,3	179,4	327,3	16,5	14,8	13,5	1,81
Sist. nervoso	6,6	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	3,8	8,3	21,9	28,9	38,5	73,3	73,3	97,9	178,5	14,7	13,6	12,7	1,80
Sist. circol.	13,1	0,0	0,0	10,1	3,7	9,5	12,9	25,9	83,8	126,2	169,2	280,2	540,2	891,0	1246,3	2726,2	5138,7	8211,8	407,6	374,7	336,8	9,06
App. respirat.	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	11,4	15,3	8,3	48,2	96,5	154,0	403,2	843,5	1435,6	2469,5	103,8	95,2	85,6	4,58
App. digerente	6,6	0,0	0,0	10,1	0,0	0,0	9,7	18,5	64,7	65,0	119,6	122,6	217,0	203,5	227,3	342,3	489,4	654,6	83,7	77,4	72,1	4,26
App. uro-genit.	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	4,4	9,6	33,0	7,3	85,6	179,4	476,0	13,0	12,1	11,4	1,73
Compl. parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Pelle, sottocut.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Sist. osteomusc.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	11,0	0,0	12,2	16,3	0,0	1,4	1,4	1,1	0,49
Malf. congenite	45,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,3	0,0	2,3	2,6	3,8	1,40
Cond. perinatal.	32,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,7	2,6	1,17
Cause maldef.	6,6	0,0	0,0	0,0	3,7	18,9	3,2	11,1	0,0	7,6	0,0	35,0	19,3	49,5	73,3	110,0	228,4	1309,1	31,8	28,2	28,5	2,75
Traumatismi	13,1	6,5	12,6	75,4	63,7	66,3	48,3	92,5	57,1	95,6	123,8	78,8	115,8	104,5	161,3	293,4	456,8	833,1	93,9	89,2	84,3	4,72
Sconosciuto	19,7	0,0	0,0	0,0	15,0	9,5	12,9	14,8	3,8	11,5	16,5	26,3	24,1	38,5	58,7	110,0	212,1	89,3	21,8	20,6	18,7	2,22
Totale	177,0	13,0	25,2	115,6	101,2	132,6	144,9	210,8	278,0	497,0	746,8	1296,0	1871,4	2799,5	3871,0	6858,2	10701,5	17911,3	1177,4	1086,8	995,5	15,77

Tabella 4. Tassi di mortalità per 100.000, per causa e fascia di età in Valle d'Aosta – Donne, 1992-1997

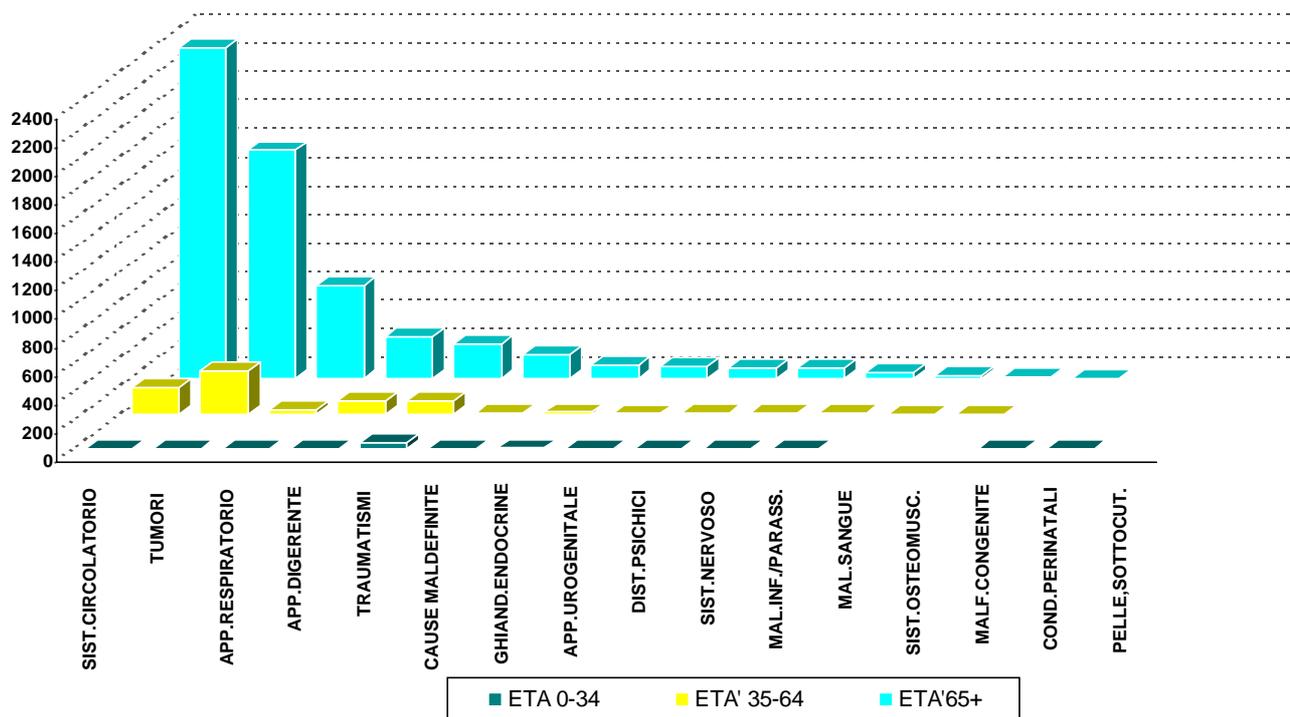
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Tasso	ST.IT	ST.EU.	E.S. EU.
Mal. inf/parass.	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	8,8	4,3	0,0	0,0	10,6	47,6	0,0	45,2	4,7	4,5	3,4	0,90
Tumori	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0	14,1	39,4	65,6	107,9	154,4	204,8	313,8	482,4	609,9	769,6	1128,4	1513,1	220,4	193,0	135,7	5,19
Ghiand. endocr.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0	7,0	7,9	0,0	4,1	4,4	0,0	31,4	27,6	74,2	87,3	159,9	372,6	27,0	22,5	14,1	1,52
Mal. sangue	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	4,6	5,3	7,9	0,0	45,2	2,8	2,4	1,7	0,58
Dist. psichici	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	17,9	4,6	31,8	103,1	106,6	304,9	18,4	15,6	9,1	1,19
Sist. nervoso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,0	0,0	13,2	17,1	9,0	32,2	37,1	39,7	106,6	79,0	13,4	11,7	7,7	1,20
Sist. circol.	21,2	7,0	0,0	5,4	12,0	3,5	3,5	11,8	24,6	33,2	26,5	98,1	179,3	353,7	742,5	1563,0	3447,4	7204,2	428,0	352,8	199,7	5,43
App. respirat.	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	22,1	0,0	17,9	50,5	106,1	142,8	364,3	1230,8	58,8	47,1	27,5	2,03
App. digerente	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	3,9	8,2	20,7	22,1	34,1	44,8	73,5	90,2	246,0	275,4	598,5	50,4	43,6	28,2	2,28
App. uro-genit.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	4,1	0,0	0,0	0,0	4,6	21,2	7,9	88,8	124,2	8,1	6,5	3,7	0,74
Compl. parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
Pelle, sottocut.	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9	0,0	0,8	0,8	0,6	0,41
Sist. osteomusc.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	15,9	15,9	26,7	22,6	3,1	2,6	1,5	0,49
Malf. congenite	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,6	0,57
Cond. perinatal.	42,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,9	3,4	1,39
Cause maldef.	7,1	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	4,1	4,1	0,0	8,5	13,4	9,2	26,5	39,7	204,4	1038,8	38,2	29,6	17,5	1,66
Traumatismi	0,0	0,0	13,8	21,8	28,0	17,4	10,5	15,8	12,3	8,3	30,9	34,1	13,4	27,6	74,2	119,0	311,0	575,9	47,1	41,2	28,4	2,45
Sconosciuto	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	3,5	3,9	12,3	0,0	0,0	4,3	4,5	9,2	5,3	55,5	106,6	248,4	14,5	12,2	7,3	1,11
Totale	99,0	14,1	27,6	27,2	64,0	38,3	42,2	94,7	131,2	190,8	286,8	413,9	645,5	1079,6	1850,9	3245,0	6335,0	13403,3	937,6	788,2	490,2	9,23

Figura 1. Mortalità in Valle d'Aosta per GRANDI CATEGORIE ISTAT – Periodo 1992-1997



I tassi specifici per le tre classi d'età aggregate 0-34, 35-64 e 65+ (figure 2 e 3) evidenziano una maggior mortalità nella fascia più anziana con una graduatoria delle cause di morte sovrapponibile a quella generale.

Figura 2. Mortalita' anni 1992-97, Valle d'Aosta - Tassi eta' specifici per grandi classi - Uomini

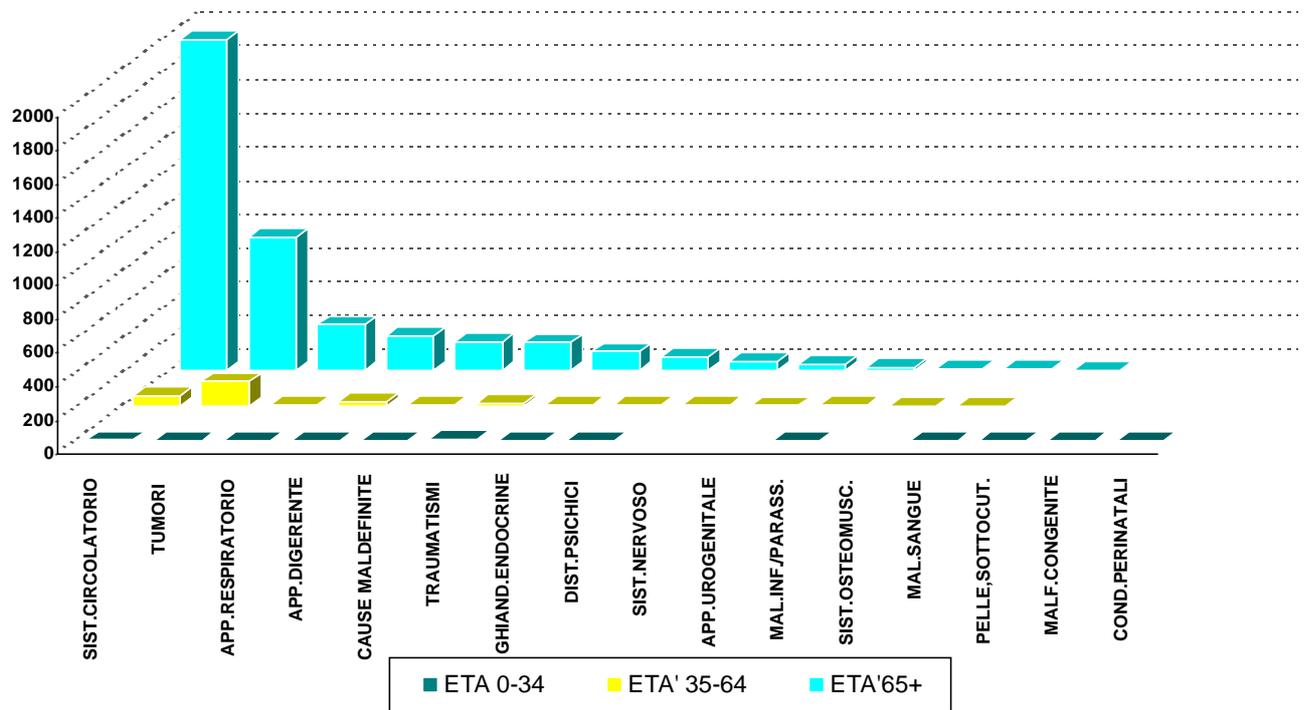


Nella classe intermedia (35-64 anni) è evidente una rilevanza relativa maggiore per i tumori, cui seguono le malattie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente ed i traumatismi.

Preponderante infine la frequenza di morti per traumatismi nella fascia di età 0-34 anni, specie negli uomini, seguiti, ma a distanza, dalle morti per malattie alle ghiandole endocrine e per i tumori.

In generale la mortalità femminile è più favorevole rispetto a quella maschile, ad eccezione, nella fascia di età superiore a 65 anni, delle cause relative alle patologie di ghiandole endocrine, disturbi psichici e sistema osteo-muscolare.

Figura 3. Mortalità anni 1992-1997, Valle d'Aosta – Tassi età specifici per grandi classi - Donne



LE VARIAZIONI TEMPORALI DELLA MORTALITÀ REGIONALE

Oltre all'analisi condotta sui sei anni, è stato condotto un confronto all'interno del periodo mediante l'analisi delle variazioni percentuali dei tassi standardizzati tra i periodi 1995 –1997 e quello precedente 1992-1994.

Ad una prima valutazione sull'andamento della mortalità nei due trienni, dalle tabelle 5 e 6 sembra di poter apprezzare in entrambi i sessi una tendenza alla riduzione della mortalità.

Tabella 5. Mortalità in Valle d'Aosta per grandi categorie ISTAT-. Confronto medie tassi std. 1992-1994 vs. 1995-1997

Uomini

	92-94	95-97	Variazione*
Sistema circolatorio	373,3	375,3	+2,0
Tumori	331,7	315,7	-16,0
Apparato respiratorio	105,9	85,6	-20,3
Traumatismi	89,1	90,3	+1,2
Apparato digerente	84,4	70,4	-14,0
Cause maldefinite	27,9	29,7	+1,8
Ghiandole endocrine	20,8	20,1	-0,7
Disturbi psichici	15,9	13,7	-2,2
Apparato uro-genitale	15,8	8,6	-7,2
Sistema nervoso	13,1	14,0	+0,9
Mal.inf/parass.	7,7	6,9	-0,8
Malattie del sangue	3,3	4,2	+0,9
Sistema osteomuscolare	2,3	0,5	-1,8
Malformazioni congenite	2,0	3,2	+1,2
Condizioni perinatali	1,4	2,0	+0,6
Sconosciuto	12,8	27,8	+15,0
Totale	1.106,4	1.068,0	-38,4

* Differenza tra tassi di mortalità 95-97 e 92-94

Tabella 6. Mortalità in Valle d'Aosta per grandi categorie ISTAT-. Confronto medie tassi std. 1992-1994 vs. 1995-1997

Donne

	92-94	95-97	Variazione*
Sistema circolatorio	382,9	326,2	-56,7
Tumori	185,0	199,7	+14,7
Apparato respiratorio	51,6	43,5	-8,1
Apparato digerente	46,6	41,5	-5,1
Traumatismi	43,5	39,2	-4,3
Cause maldefinite	36,9	23,9	-13
Ghiandole endocrine	23,5	22,0	-1,5
Disturbi psichici	12,7	18,1	5,4
Sistema nervoso	12,7	10,9	-1,8
Apparato uro-genitale	5,5	7,4	+1,9
Mal.inf/parass.	6,3	3,0	-3,3
Malattie del sangue	2,6	2,2	-0,4
Sistema osteomuscolare	2,7	2,5	-0,2
Condizioni perinatali	1,3	2,6	+1,3
Sconosciuto	9,9	14,2	+4,3
Totale	822,9	759,2	-63,7

* Differenza tra tassi di mortalità 95-97 e 92-94

Negli uomini la presenza di variazioni con segno negativo si rileva principalmente nelle malattie dell'apparato respiratorio, nei tumori, oltre che nelle malattie dell'apparato digerente, dell'apparato genito urinario, da disturbi psichici, del sistema osteo-muscolare.

Sostanzialmente stabili le morti per patologie di ghiandole endocrine, sistema nervoso, malattie infettive e parassitarie, malattie del sangue, del sistema circolatorio, condizioni perinatali e per traumi. Risultano lievemente in aumento le morti non classificabili.

Nelle donne le variazioni con segno negativo sono quelle prodotte principalmente da malattie del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, da traumatismi, malattie infettive e parassitarie e delle ghiandole endocrine. Pressoché stazionarie le morti per malattie del sangue e del sistema osteomuscolare. Risultano invece in aumento nelle donne le morti per tumori, disturbi psichici, malattie dell'apparato genito urinario, condizioni perinatali e morti non classificabili.

L'aumento delle morti per condizioni perinatali sarà oggetto di analisi dedicate essendo la mortalità prossima alla nascita e quella entro il primo anno di vita un importante indicatore epidemiologico e di sanità pubblica.

Per verificare la consistenza storica della mortalità regionale si è proceduto ad un confronto intraregionale con i dati relativi ai periodi precedenti: anni 1980-82 (ISTAT) e 1991 (Registro regionale) per le cause di morte più rilevanti. I tassi per 100.000 abitanti sono stati standardizzati sulla popolazione italiana al Censimento 1981.

Come si può evincere dalla tabella 7, relativa a tutte le cause di morte, appare netta la diminuzione dei tassi di mortalità in entrambi i sessi durante l'arco di 18 anni, dal 1980 al 1997.

Tabella 7. Mortalità per TUTTE LE CAUSE, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	1.199,3	894,2
91	977,1	786,3
92-94	931	686,6
95-97	920,3	656,1

Questo tipo di analisi può tuttavia mascherare andamenti diversi per le singole cause di morte, tanto più rilevanti ove queste ultime siano più frequenti, come nel caso dei tumori per i quali si osserva una sostanziale stabilità del tasso per le donne ed un lieve incremento per i uomini (Tabella 8).

Tabella 8. Mortalità per TUTTI I TUMORI, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	269,2	178,2
91	255	202,6
92-94	282,6	158,2
95-97	275,8	174,9

Dal 1980 al 1997, in Valle d'Aosta, la mortalità per le malattie dell'apparato circolatorio si è costantemente ridotta in entrambi i sessi (tabella 9), mentre per le cause di morte attribuibili a malattie dell'apparato respiratorio (tabella 10), dell'apparato digerente (tabella 11) e a traumatismi (tabella 12), il decremento dei tassi, è stato più marcato negli uomini che registrano tuttavia ancora dei valori sfavorevoli rispetto a quelli delle donne.

L'unica eccezione è rappresentata dalle "cause mal definite" (tabella 13) che negli anni '80 registrava un tasso pari a 55,7 nelle donne contro 30,4 degli uomini e che ha subito una riduzione tale da registrare nel 1997 un valore di 20,9 nelle donne, inferiore persino a quello degli uomini (26,6).

Tabella 9. Mortalità per MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	482,5	455,9
91	332,6	380
92-94	304,8	311,4
95-97	314	278,8

Tabella 10. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	114,4	49,3
91	129,3	38,3
92-94	83,8	43,3
95-97	72,4	38,1

Tabella 11. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	108,1	47,3
91	62,1	51,2
92-94	73,3	37,5
95-97	61,7	35,8

Tabella 12. Mortalità per TRAUMATISMI, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	115,9	35
91	105,2	34,7
92-94	80,7	38,7
95-97	81,5	34,3

Tabella 13. Mortalità per CAUSE MALDEFINITE, Valle d'Aosta - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

	Uomini	Donne
80-82	30,4	55,7
91	22,6	39,7
92-94	21,8	31,9
95-97	26,6	20,9

LA MORTALITÀ IN VALLE D'AOSTA, PIEMONTE E ITALIA

La valutazione comparativa della mortalità della Valle d'Aosta dal 1992 al 1997 è stata eseguita con quella del Piemonte (periodo 1990-1994) e dell'Italia nelle ripartizioni: Nord, Centro, Sud (dati 1990 - 1994) utilizzando i tassi standardizzati, complessivi e troncati per la classe d'età 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1991. La fascia di età 35-64 è caratterizzata solitamente da una migliore qualità dei dati delle certificazioni.

In Valle d'Aosta la mortalità complessiva è più elevata negli uomini mentre è più bassa nelle donne rispetto ai dati di riferimento di tutte le altre aree territoriali (figura 4).

Nella classe di età da 35 a 65 anni la maggiore mortalità degli uomini valdostani è ancora più marcata, se confrontata con le altre aree geografiche, mentre nelle donne della stessa classe di età la mortalità generale è molto vicina a quella media registrata nelle altre aree di confronto (tabella 14).

Le malattie cardiovascolari (figura 5), prima causa di morte in Italia, lo sono anche in Valle d'Aosta con valori tuttavia inferiori in entrambi i sessi rispetto a tutte le aree a confronto. Tuttavia gli uomini nella classe di età 35-64 anni presentano una mortalità superiore rispetto alle altre aree italiane (tabella 15).

La mortalità per tumori in Valle d'Aosta (figura 6) ha valori inferiori al Piemonte e al nord Italia sia negli uomini sia nelle donne con l'unica eccezione del Sud. Anche in questo caso, però, i giovani uomini presentano una mortalità superiore alle altre due aree a confronto (tabella 16).

Le malattie dell'apparato respiratorio (figura 7) presentano invece in Valle d'Aosta tassi di mortalità superiori sia al Piemonte che a tutte le ripartizioni dell'Italia e alla media nazionale negli uomini e in media con il resto del Paese nelle donne. Queste differenze sono presenti anche nella classi di età più giovani (tabella 17).

Anche la mortalità per malattie dell'apparato digerente (figura 8) in Valle d'Aosta presenta valori elevati che negli uomini sono in assoluto i più alti di tutte le altre aree, ma con un comportamento anche in questo caso più simile ai valori dell'Italia del sud. Nelle donne valdostane il tasso di mortalità per questa causa è inferiore solo al sud e alla media nazionale. Particolarmente elevato è l'eccesso di mortalità tra i giovani uomini, con un tasso pari al doppio di quello rilevato in Piemonte in Italia (tabella 18).

I traumatismi (figura 9) costituiscono una causa di morte con caratteristiche di particolarità legate anche ad incidenti, cause accidentali violente e suicidi. Per questo insieme di cause la Valle d'Aosta si presenta negli uomini con un tasso di mortalità superiore a tutte le altre aree e con valori elevati anche nelle donne, inferiori solo al Piemonte. Anche in questo caso è particolarmente evidente l'elevata mortalità nelle fasce di età più giovani, in particolare tra gli uomini (tabella 19).

Un relativamente elevato tasso di mortalità per "cause mal definite" (figura 10 e tabella 20) indica la necessità di migliorare la qualità della certificazione della cause di morte; lo dimostra fatto che un valore più elevato della Valle d'Aosta è presente solo al sud dove più debole è l'attenzione per la codifica e la qualità dei sistemi informativi.

Figura 4. Mortalità per TUTTE LE CAUSE negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

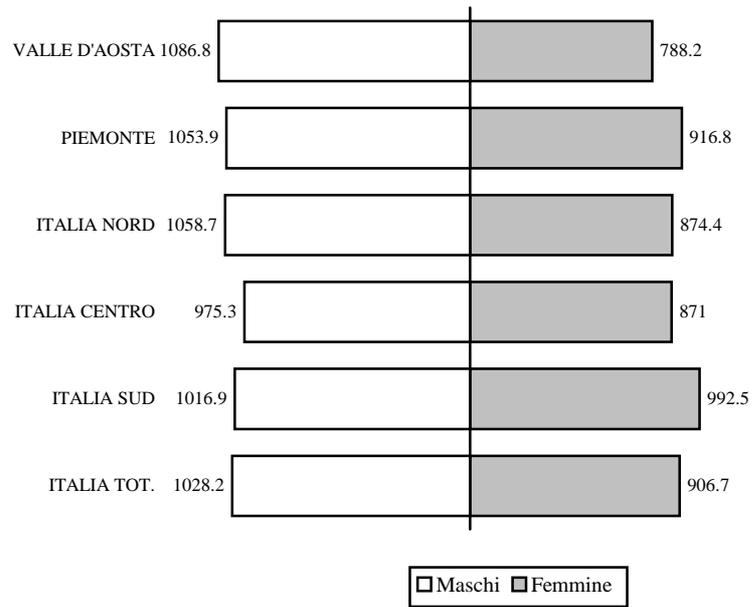


Tabella 14. Mortalità per TUTTE LE CAUSE. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	772,6	287,4
Piemonte	628,4	294,5
Italia nord	637,8	287,0
Italia centro	543,0	268,1
Italia sud	592,2	298,8
Italia	603,9	287,0

Figura 5. Mortalità per MALATTIE CARDIOVASCOLARI negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

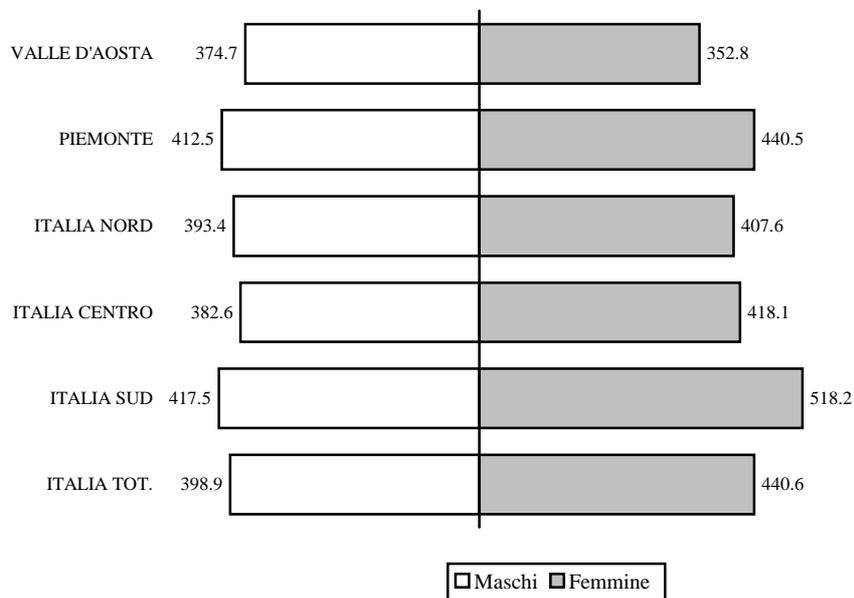


Tabella 15. Mortalità per MALATTIE CARDIOVASCOLARI. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	192,2	60,3
Piemonte	180,0	61,5
Italia nord	170,8	56,2
Italia centro	153,6	52,9
Italia sud	180,3	74,3
Italia	170,3	61,3

Figura 6. Mortalità per TUTTI I TUMORI negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

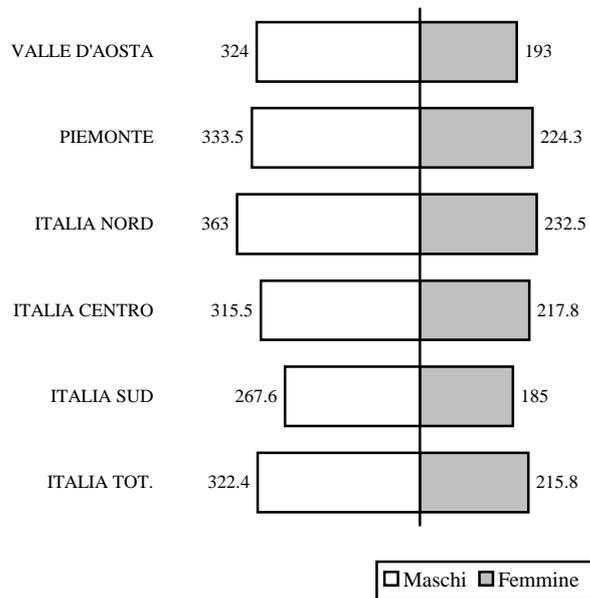


Tabella 16. Mortalità per TUTTI I TUMORI. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	299,8	144,4
Piemonte	270,1	159,5
Italia nord	291,7	162,8
Italia centro	240,4	154,0
Italia sud	218,8	139,4
Italia	258,2	153,5

Figura 7. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

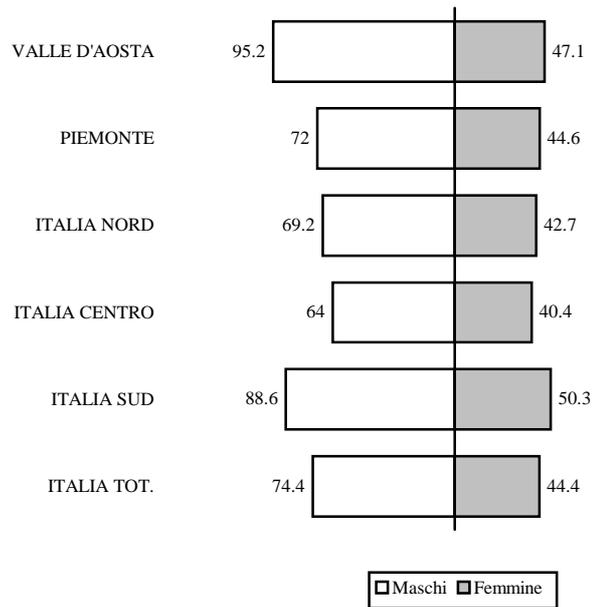


Tabella 17. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	27.6	7.9
Piemonte	17.8	7.4
Italia nord	16.1	6.0
Italia centro	14.4	5.8
Italia sud	24.1	8.0
Italia	18.3	6.6

Figura 8. Mortalità per MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

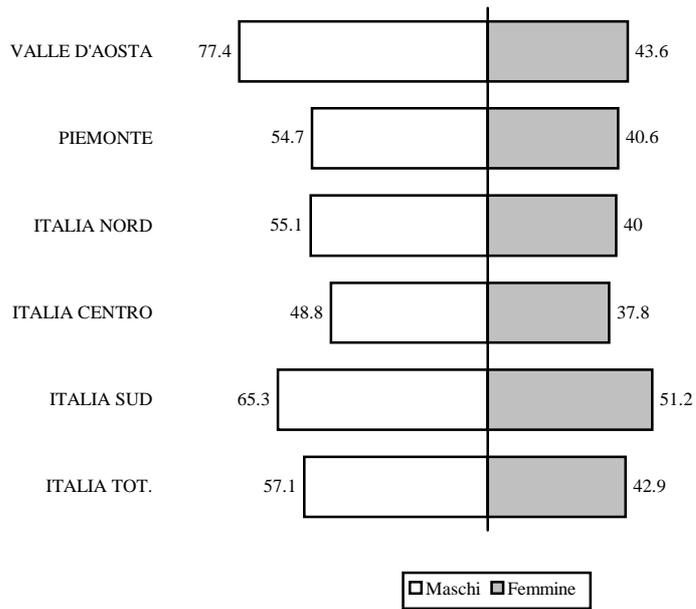


Tabella 18. Mortalità PER MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	97.1	21.7
Piemonte	48.6	18.9
Italia nord	49.3	18.4
Italia centro	38.2	14.3
Italia sud	58.8	24.7
Italia	50.1	19.6

Figura 9. Mortalità per TRAUMATISMI negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

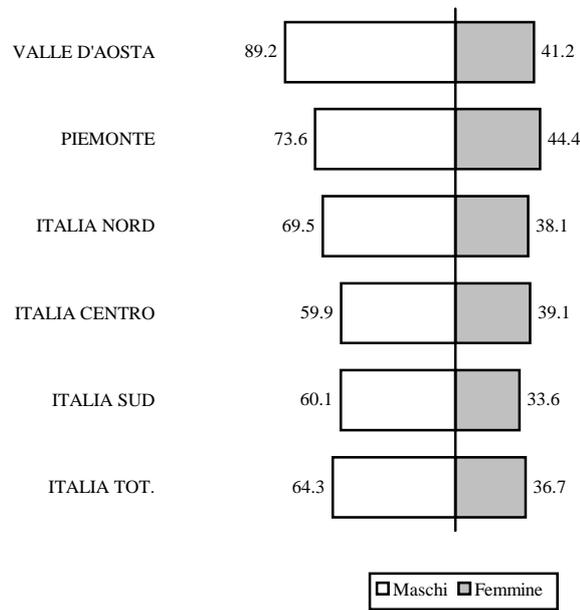


Tabella 19. Mortalità per TRAUMATISMI. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	93.0	19.1
Piemonte	61.7	19.6
Italia nord	58.9	18.0
Italia centro	47.4	14.4
Italia sud	54.8	12.9
Italia	55.3	15.6

Figura 10 Mortalità per CAUSE MALDEFINITE negli anni '90 - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

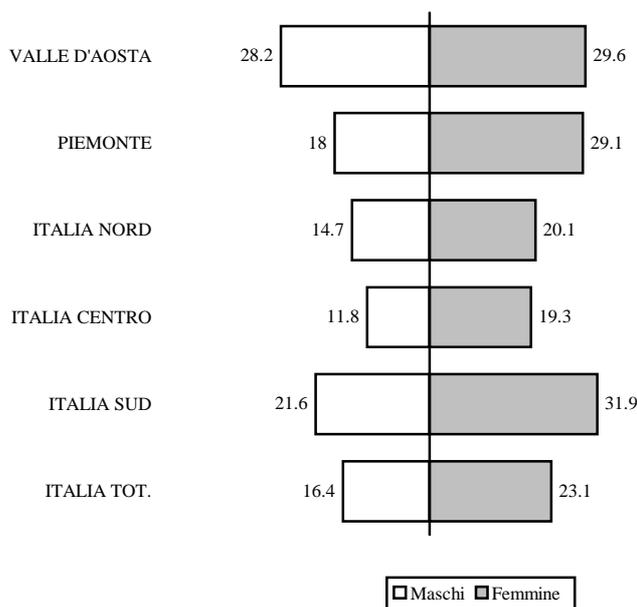


Tabella 20. Mortalità per CAUSE MAL DEFINITE. Tassi troncati 35-64 anni standardizzati per 100.000 abitanti sulla popolazione italiana al Censimento 1981

Regioni	uomini	donne
Valle d'Aosta	11.5	5.6
Piemonte	5.4	2.5
Italia nord	5.3	2.1
Italia centro	2.8	1.3
Italia sud	47.4	2.5
Italia	5.5	2.1

Nelle figure da 11 a 23 è rappresentata la mortalità relativa ai soli tumori maligni (ICD-IX da 140.0 a 208.9) distinta nelle principali sedi neoplastiche. Il tumore del polmone e quello della mammella sono le due neoplasie più frequenti rispettivamente negli uomini e nelle donne. Tra le donne, in ordine decrescente di frequenza, seguono i tumori del colon, dello stomaco, del polmone, e dell'ovaio. Tra gli uomini : la prostata, lo stomaco, il colon, il fegato, la laringe e la vescica. La frequenza delle rimanenti singole sedi neoplastiche si situa, per i due sessi, a tassi inferiori a 10/100.000 per anno.

Complessivamente il confronto suggerisce la possibilità di una condizione di rischio aumentato per i soggetti di sesso maschile residenti in Valle d'Aosta rispetto a tutte le altre ripartizioni geografiche per il tumore del labbro, cavo orale, faringe, fegato e vie biliari e prostata.

Per le donne analogo rilievo assumono i melanomi e i tumori della mammella e della vescica.

Figura 11. TUMORE DEL LABBRO, LINGUA, CAVO ORALE, FARINGE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

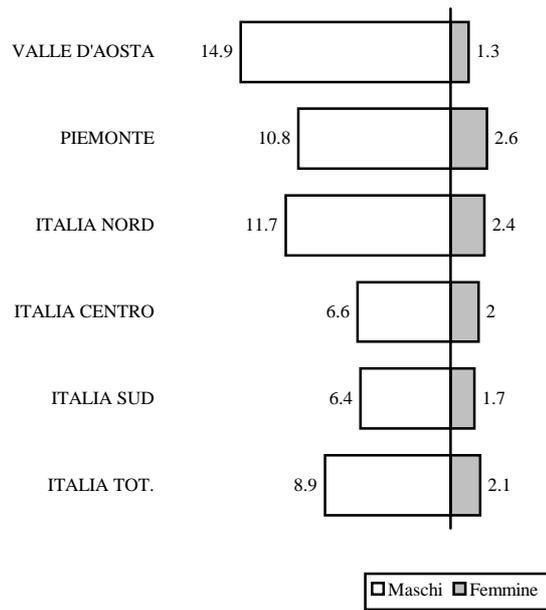


Figura 12. TUMORE DELLO STOMACO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

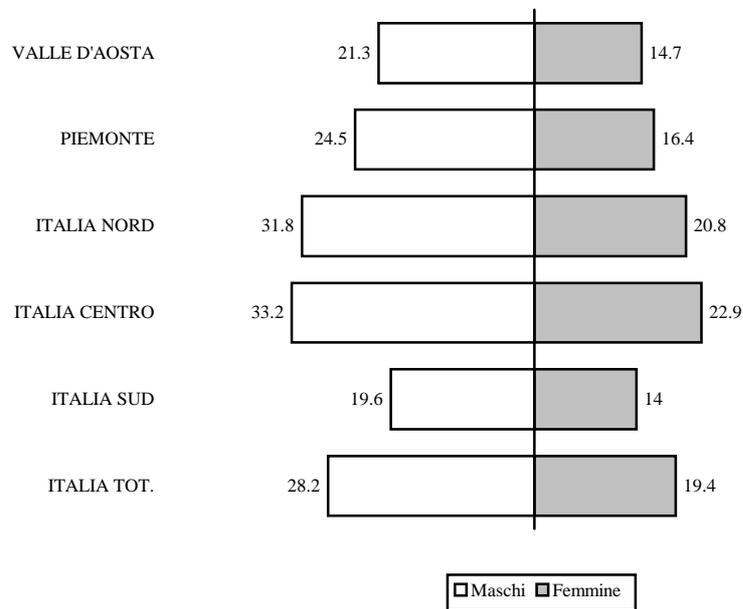


Figura 13. TUMORE DEL COLON, RETTO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

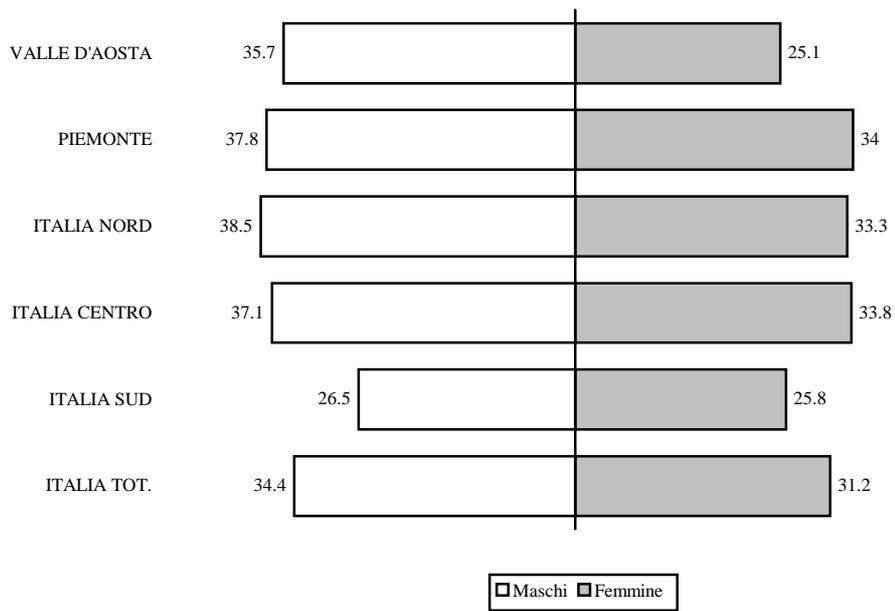


Figura 14. TUMORE DEL FEGATO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

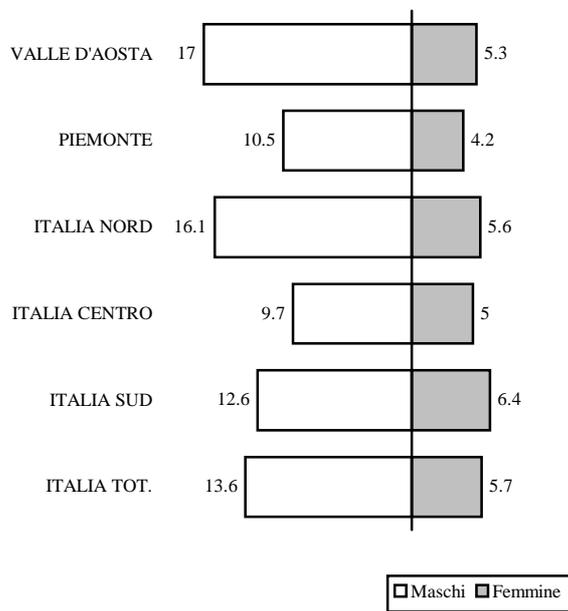


Figura 15. TUMORE DEL POLMONE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

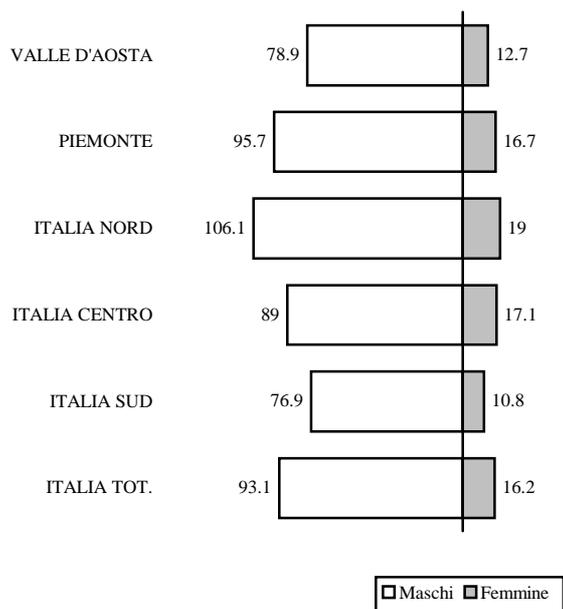


Figura 16. MELANOMI - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

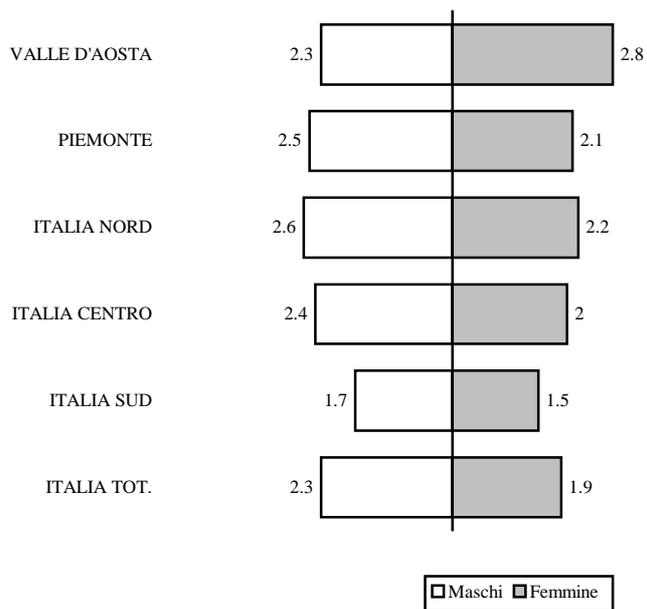


Figura 17. TUMORE DELLA MAMMELLA - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana*

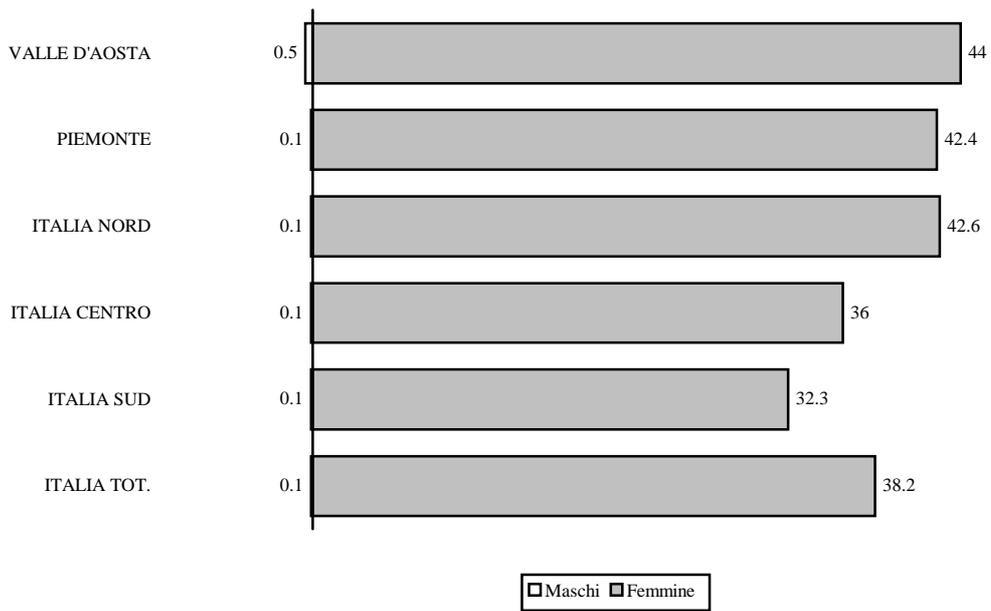


Figura 18. TUMORE DELL'UTERO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

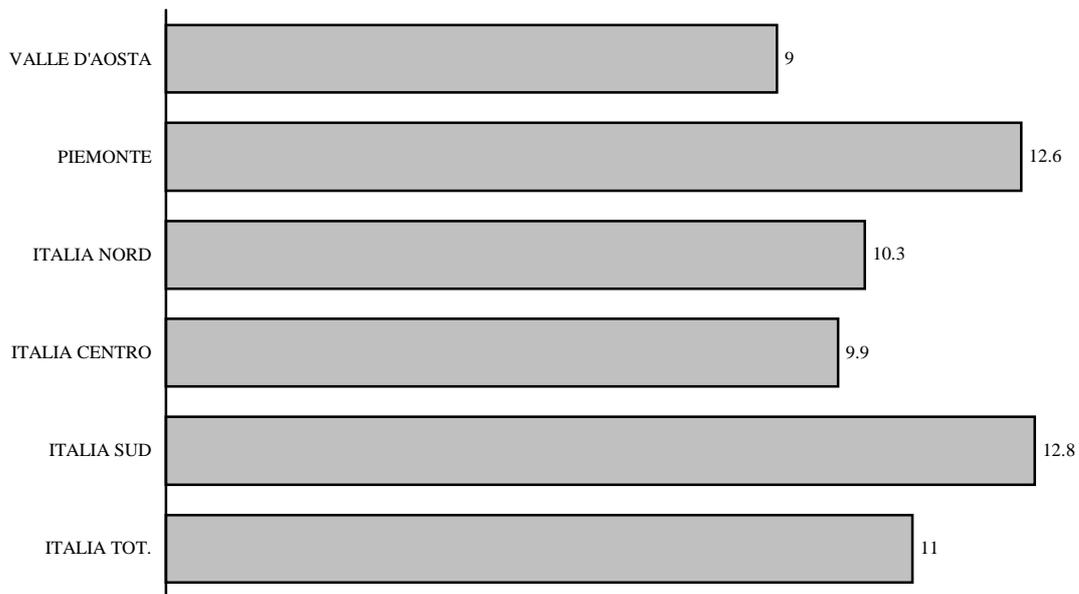


Figura 19. TUMORE DELL' OVAIO - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

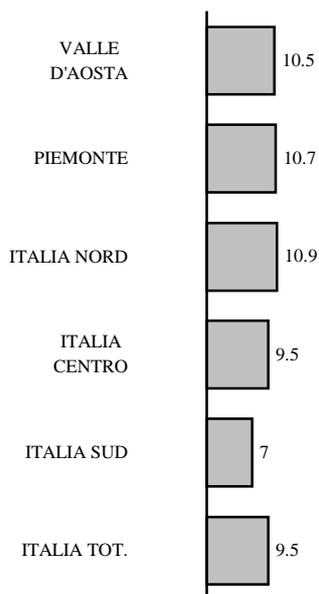


Figura 20. TUMORE DELLA PROSTATA - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

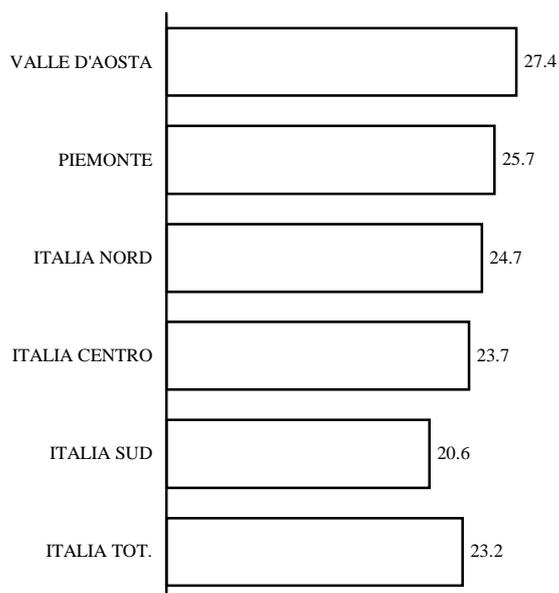


Figura 21. TUMORE DELLA VESCICA - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

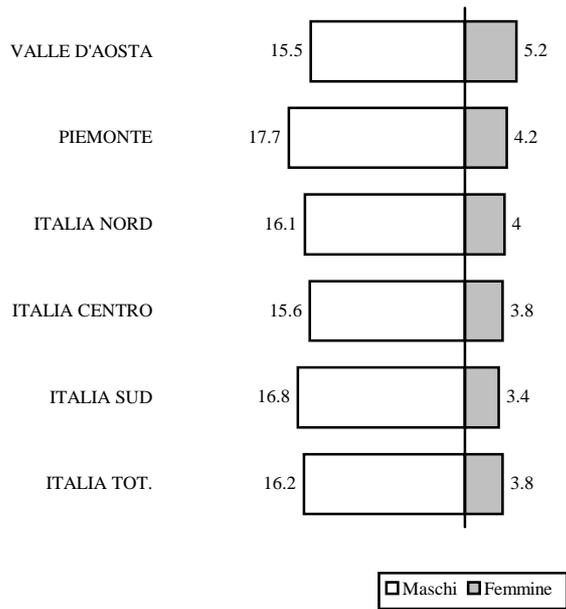


Figura 22. TUMORI BENIGNI E MALIGNI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana

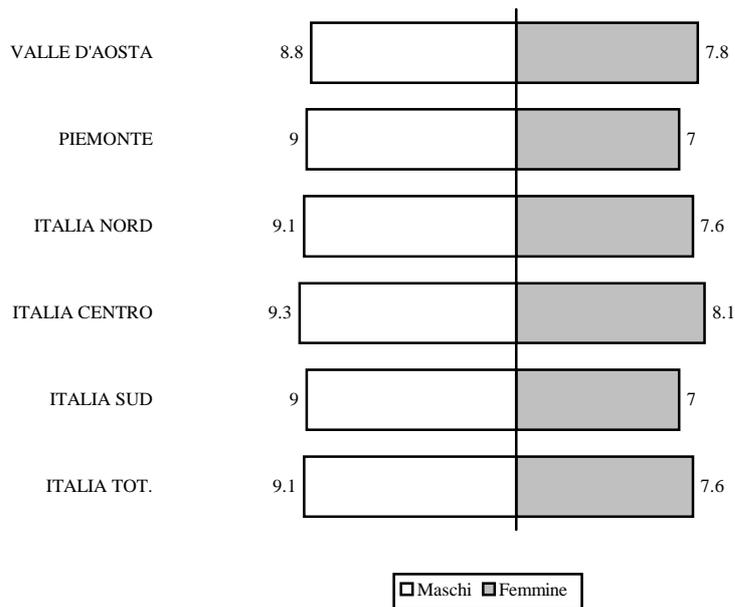
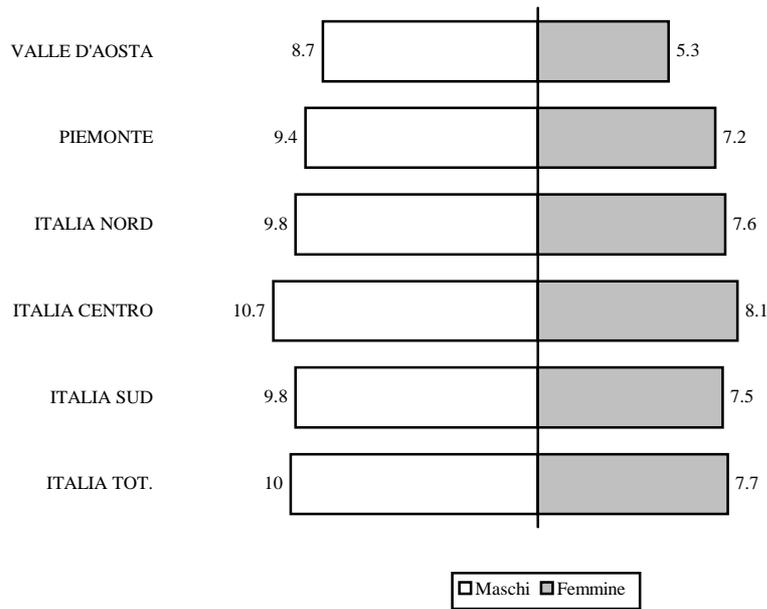


Figura 23. LEUCEMIE - Tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) sulla popolazione italiana



LA MORTALITÀ NEI DISTRETTI DELLA VALLE D'AOSTA

Per iniziare ad indagare su quali fattori contribuiscano a delineare il profilo della mortalità regionale, pur rimanendo ancora nell'ambito descrittivo, è sembrato utile analizzare la distribuzione territoriale dei decessi avvenuti dal 1992 al 1997.

Nelle tabelle da 21 a 36 è rappresentata la distribuzione della mortalità nei quattro distretti in base ad una misura di rischio relativo standardizzato per età (SMR) (7).

Tra gli uomini si evidenzia una minor mortalità per i residenti del distretto di Aosta per patologie circolatorie, per le quali la vicinanza al presidio ospedaliero potrebbe avere influito efficacemente sulla tempestività del ricorso e quindi sull'evitabilità del decesso.

Gli uomini valdostani residenti nella Bassa Valle sembrano invece vivere un rischio di mortalità generale lievemente più elevato dei residenti negli altri distretti, in particolare per le cause di natura circolatoria e per malattie dell'apparato digerente.

Un effetto "protettivo" emerge invece per le morti attribuibili a disturbi psichici nei residenti uomini della Media Valle.

Anche tra le donne, la minor mortalità per tutte le cause delle residenti nel distretto di Aosta è largamente dovuta alla minor mortalità per patologie circolatorie. Al contrario, la Bassa e la Media Valle registrano una mortalità più elevata per le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente.

Le donne dell'Alta Valle, presentano un rischio di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio significativamente più elevato degli altri distretti.

Infine, una nota a parte viene rivolta alle morti classificate come "cause mal definite" per le quali, esiste in entrambi i sessi un valore del rischio di morte superiore in entrambi i sessi per i residenti nell'Alta Valle.

Tabella 21. SMR per distretto - Uomini: TUTTE LE CAUSE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	103	95	112
2-Aosta	96	92	101
3-Media Valle	97	90	106
4-Bassa Valle	108	101	116

Tabella 22. SMR per distretto - Uomini: TUMORI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	98	84	114
2-Aosta	99	91	107
3-Media Valle	99	85	115
4-Bassa Valle	105	92	118

Tabella 23. SMR per distretto - Uomini: DISTURBI PSICHICI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	120	58	222
2-Aosta	109	75	154
3-Media Valle	37	7	107
4-Bassa Valle	106	55	185

Tabella 24. SMR per distretto - Uomini: SISTEMA CIRCOLATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	112	97	127
2-Aosta	92	85	99
3-Media Valle	102	89	117
4-Bassa Valle	110	98	123

Tabella 25. SMR per distretto - Uomini: APPARATO RESPIRATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	117	89	151
2-Aosta	97	83	112
3-Media Valle	100	74	131
4-Bassa Valle	97	75	122

Tabella 26. SMR per distretto - Uomini: APPARATO DIGERENTE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	72	49	103
2-Aosta	103	88	121
3-Media Valle	89	62	122
4-Bassa Valle	118	92	150

Tabella 27. SMR per distretto - Uomini: CAUSE MALDEFINITE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	113	67	179
2-Aosta	93	69	121
3-Media Valle	93	52	154
4-Bassa Valle	115	75	170

Tabella 28. SMR per distretto - Uomini: TRAUMATISMI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	107	80	141
2-Aosta	97	83	113
3-Media Valle	84	59	114
4-Bassa Valle	114	89	143

Tabella 29. SMR per distretto - Donne: TUTTE LE CAUSE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	115	105	126
2-Aosta	92	87	96
3-Media Valle	107	98	117
4-Bassa Valle	107	99	115

Tabella 30. SMR per distretto - Donne: TUMORI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	104	86	126
2-Aosta	99	90	109
3-Media Valle	103	84	124
4-Bassa Valle	97	82	113

Tabella 31. SMR per distretto - Donne: DISTURBI PSICHICI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	96	42	190
2-Aosta	119	86	161
3-Media Valle	82	33	169
4-Bassa Valle	65	30	123

Tabella 32. SMR per distretto - Donne: SISTEMA CIRCOLATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	114	100	131
2-Aosta	88	81	94
3-Media Valle	114	100	130
4-Bassa Valle	114	102	126

Tabella 33. SMR per distretto - Donne: APPARATO RESPIRATORIO. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	150	106	205
2-Aosta	89	73	108
3-Media Valle	96	62	140
4-Bassa Valle	100	3	134

Tabella 34. SMR per distretto - Donne: APPARATO DIGERENTE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	116	77	169
2-Aosta	93	75	114
3-Media Valle	76	45	120
4-Bassa Valle	123	90	164

Tabella 35. SMR per distretto - Donne: CAUSE MALDEFINITE. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	198	137	279
2-Aosta	77	59	100
3-Media Valle	103	61	163
4-Bassa Valle	99	66	142

Tabella 36. SMR per distretto - Donne: TRAUMATISMI. Periodo 1992-97

	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
1-Alta Valle	132	88	189
2-Aosta	94	75	117
3-Media Valle	108	69	160
4-Bassa Valle	89	60	126

CONCLUSIONI

La dimensione limitata della popolazione valdostana rende difficile ottenere stime stabili dell'occorrenza di eventi rari, come la mortalità specifica per causa, fatto che impone prudenza nell'interpretazione dei risultati.

La Valle d'Aosta evidenzia valori di mortalità maschile più elevati del contesto nazionale soprattutto tra gli adulti fino a 64 anni.

Le cause di morte responsabili di questa eccedenza di mortalità sono quelle legate a storie di povertà (malattie dell'apparato respiratorio) che facilitano l'adozione di stili di vita pericolosi per la salute, come il consumo di alcool (malattie dell'apparato digerente), o che espongono a rischi per la sicurezza, come la pratica di sport invernali, trasporti e le condizioni di lavoro (traumi).

Questi problemi si concentrano con particolare evidenza in Alta e Bassa Valle.

La mortalità generale e quella per specifiche cause in eccesso presenta andamenti temporali favorevoli in diminuzione proprio tra gli uomini, a testimonianza degli effetti benefici dei miglioramenti delle condizioni di vita personali, sociali e sanitarie.

NOTE

1. Per ridurre la variabilità delle stime, i denominatori degli indicatori utilizzati (tassi) dovrebbero essere riferiti ad un tempo di circa 1.000.000 di anni/persona che, per una popolazione di poco più di 100.000 abitanti equivale a circa 10 anni di osservazione.
2. Codici ICD-IX da 140.0 a 208.9
3. Il numero di casi indica la frequenza con cui si sono verificati i decessi relativamente a ciascuna causa di morte, distinti per sesso.
4. Il tasso grezzo x 100.000 persone per anno esprime il numero di morti medio annuale che si verifica per ogni causa ogni 100.000 residenti. E' la misura più comunemente utilizzata per rappresentare in un territorio l'impatto reale esercitato sulla popolazione residente da una causa di morte.
5. Il tasso standardizzato x 100.000 persone per anno è necessario per effettuare confronti tra realtà diverse. Per operare una comparazione è necessario infatti assicurarsi che i fattori riconosciuti influenti sul rischio di morte, detti anche variabili di confondimento, non siano distribuiti in modo diverso tra le realtà che si vogliono porre a confronto; il caso più frequente è quello della diversa composizione per età delle due popolazioni: è evidente che una popolazione anziana avrà una mortalità più elevata di una popolazione giovane per semplici ragioni biologiche. Ignorare in un confronto la diversa proporzione di giovani e di anziani presenti nei due gruppi comporta quasi certamente il rischio di conclusioni fuorvianti ed affrettate. Per tale ragione si ricorre al tasso standardizzato come indicatore costruito in modo "artificiale" che produce un valore diverso da quello reale, ma adatto ai confronti perché neutralizza l'effetto della possibile diversa composizione per età delle popolazioni residenti. Nella presente analisi sono state scelte quali popolazioni di riferimento quella italiana al censimento del 1991 e quella europea (popolazione 'teorica' con uguale distribuzione per classi d'età nei due sessi). Per il tasso standardizzato europeo è stato inoltre presentato l'errore standard (E.S.) che misura la variabilità della stima.
6. Il Rapporto Standardizzato di Mortalità o SMR (Standardised Mortality Ratio) esprime il rapporto tra il numero di morti osservato in una popolazione (nel nostro caso i deceduti residenti in ciascun distretto) ed il numero di morti "atteso" nella stessa popolazione qualora, su questa, agissero i medesimi tassi di mortalità specifici per alcune variabili di confondimento proprie di una popolazione assunta come riferimento. Quale riferimento, per il calcolo dei casi attesi, è stata utilizzata la popolazione dell'intera regione per età e sesso ed i tassi specifici per età per le principali cause di morte secondo l'Istat. Il rapporto tra il numero di decessi realmente osservato e il numero di decessi "atteso" è l'SMR che esprime quindi, in percentuale, l'eccesso o il difetto di mortalità esistente tra i residenti nei quattro distretti al netto delle influenze esercitate dalla diversa composizione per età delle popolazioni. Ai fini della lettura il valore 100 indica il valore regionale e i valori superiori o inferiori indicano una mortalità maggiore o minore rispetto a quella totale regionale.
7. L'intervallo di confidenza al 95% è una misura della variabilità dell'SMR. Ai fini della comprensione occorre ricordare che, qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore dell'SMR viene convenzionalmente considerato come "statisticamente non significativo" (equivalente al dire che non è possibile affermare con ragionevole sicurezza che i due valori, quello del distretto e quello regionale, siano realmente diversi) per cui l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero in realtà essere solo un effetto del caso.

L'OFFERTA SANITARIA E LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

I servizi di assistenza sociale e sanitaria costituiscono l'asse portante del sistema di protezione sociale. Di recente i due ambiti di assistenza sono stati interessati da decisive politiche di rinnovamento che hanno riguardato tanto l'organizzazione, quanto la gestione dei servizi e hanno definito più chiaramente gli ambiti di responsabilità tra le istituzioni coinvolte nell'erogazione : azienda sanitaria ed Enti locali.

In materia sanitaria, fatto salvo il Patto di stabilità interno, alle Regioni viene assegnato dal governo centrale un ruolo di autonomia organizzativa e di responsabilità economica molto più forte rispetto al passato, che si tradurrà nella adozione di nuovi livelli di assistenza, capaci di consentire una effettiva congruità tra prestazioni garantite e risorse disponibili.

Tra gli effetti più significativi delle politiche di riorganizzazione si registra quasi ovunque un aumento dei servizi offerti e un più elevato grado di innovazione tecnica e organizzativa.

Il servizio sanitario regionale eroga le prestazioni ed assicura l'assistenza a tutta la popolazione sulla base di tre livelli: prevenzione e tutela ambientale, assistenza specialistica ambulatoriale territoriale ed assistenza ospedaliera.

Nonostante le politiche di deospedalizzazione avviate negli ultimi anni, risulta ancora molto forte un modello centrato sull'ospedale, sia in termini organizzativi, sia in termini di riferimento per il cittadino, ciò soprattutto per la sua elevata flessibilità (apertura sulle 24 ore, frequenza delle prestazioni, elevata specializzazione), che pone però con urgenza la necessità di razionalizzare l'offerta con una maggiore appropriatezza ed efficienza gestionale, a parità di efficacia clinica per l'assistito.

La menagerialità in ambito sanitario ha comportato in tutte le regioni la necessità di definire programmi che diano attuazione concreta agli obiettivi di salute rilevati come principali dai profili epidemiologici della popolazione interessata, garantendo un livello il più possibile uniforme e massimamente qualitativo dei servizi sanitari.

Il miglioramento dello stato di salute rimane l'obiettivo principale; anche se la performance aziendale, non potendo essere misurata solo su meccanismi di tipo contabile e di redditività, per le tipologie di servizi offerti viene valutata anche attraverso altri indicatori ed aspetti importanti quali: la soddisfazione del cittadino, l'immagine aziendale, le competenze professionali. Entrano quindi nella valutazione aziendale anche indicatori sul comfort, la cortesia, la flessibilità, lo spirito di servizio.

Come avviene per le aziende di prodotto, la qualità assume una valenza fondamentale e globale, collegabile a tre ambiti diversi: quello del processo di produzione (interventi e prestazioni erogate), quello del sistema di erogazione (accessibilità, attese, sistema di prenotazione), e quello della soddisfazione del cittadino.

Dal 1997 l'Azienda Usl della Valle d'Aosta ha incrementato e riorganizzato l'offerta di servizi al cittadino come dimostra la tabella 1:

Tabella 1. Aziende USL* che hanno attivato servizi innovativi e promosso riorganizzazioni per tipo di servizio. Valori percentuali - Anni 1997-1999

Servizi	Valle d'Aosta		Piemonte		Nord Ovest		Italia	
	'97	'99	'97	'99	'97	'99	'97	'99
Centro unificato di prenotazione	-	50%	77.3	90.9	79.2	78.6	63.1	66.1
Assistenza domiciliare integrata	-	**	95.5	100.0	94.4	100.0	68.7	82.3
Unità mobile di rianimazione	-	100.0 %	27.3	22.7	19.4	66.7	25.3	31.2
Dipartimento di salute mentale	-	100.0 %	77.3	90.9	63.9	66.7	73.7	81.7
Dipartimento materno infantile	-	100.0 %	68.2	90.9	47.2	69.0	45.2	54.8
Dipartimento di prevenzione	-	100.0 %	72.7	86.4	81.0	36.1	64.1	78.5
Servizio trasporto dialisi	-	-	50.0	72.7	36.1	54.8	35.9	44.1

Fonte: Ministero della Sanità - Dipartimento della programmazione sanitaria

* Per la Valle d'Aosta l'unica Azienda Usl assume peso proporzionale pari a 100%

** Sperimentale per il solo Comune di Aosta

Fatta eccezione per il servizio di trasporto dialisi, rispetto al 1997 l'Azienda ha aumentato e razionalizzato l'offerta di servizi, in alcuni casi in misura totale, in altri, come per il Centro Unico di Prenotazione (CUP) e il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) parzialmente o in modo sperimentale, circoscrivendo l'azione ad alcune prestazioni (CUP) o ad una zona limitata del territorio regionale (ADI).

Nel 2000 le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate sul territorio regionale sono state circa 313.000, con un aumento rispetto al precedente anno del 12,5%, suddivise in aree specialistiche come illustrato nella tabella 2.

Tabella 2- Prestazioni di area specialistica ambulatoriale erogate in Valle d'Aosta -Anno 2000

Area specialistica	Percentuale sul totale
Medica	57 %
Chirurgica	27 %
Emergenza	6 %
Materno infantile	10 %
Totale	100 %

Fonte: Azienda Usl Valle d'Aosta

L'offerta ospedaliera in Valle d'Aosta è caratterizzata dalla presenza di una ospedalità pubblica in cui sono assenti aziende ospedaliere ed Istituti privati accreditati.

Nel 2000 i posti letto per ricoveri ordinari e day hospital sono stati 512, pari ad uno standard di 4,25 posti letto per 1000 abitanti (4,22 nel 1999), contro una media nazionale di 5,4 che è anche quella del Piemonte, e con un valore prossimo allo standard di 4,0 posti letto per 1000 abitanti che è il valore verso cui si sta orientando la programmazione sanitaria nazionale.

L'attività di ricovero ospedaliero svolta dall'ospedale regionale dal 1998 al primo semestre 2000 è riassunta nella tabella 3.

Tabella 3. Indicatori di attività ospedaliera in Valle d'Aosta. 1998-2000

	1998	1999	Variaz.%	I sem.1999	I sem.2000	Variaz.%
Ricoveri totali	23.622	23.103	-2.20	10.935	11.229	2,68
Ricoveri ordinari	19.025	17.830	-6.28	8.985	8.854	-1.45
Day Hospital	4.597	5.273	14.71	1.949	2.375	21,85
Ricoveri ordinari di extra-regionali (attrazione)	2.221	1.920	-13.55	881	770	-12.6
Day Hospital di extra-regionali (attrazione)	641	617	-3.74	241	227	-5.8
Attrazione totale	2.862	2.537	-11.36	1.122	997	-11.14
Ricoveri ordinari di residenti	16.804	15.910	-5.32	8.104	8.084	-0.24
Day Hospital di residenti	3.956	4.656	17.69	1.709	2.148	25.68
Totale ricoveri di residenti	20.760	20.566	-0.93	9.813	10.232	4.26
Totale ricoveri valdostani	4.640	4.848	4.51	2.516	n.d.	
Tot. ricoveri di residenti ovunque effettuati	25.399	25.414	0.06	12.329	n.d.	
Tasso di ospedalizzazione	211.6	211.2	-0.20	205	n.d.	
Tasso di ospedalizzazione senza fuga	173	170.9	-1.21	163	169.9	4.2
Ricoveri brevi (inferiori a 48 ore)	2.667	2.233	-16.27	1.041	1.133	8.83

Fonte: Assessorato Sanità Salute e Politiche Sociali -2001

Sotto il profilo gestionale si assiste ad una opportuna riduzione dei ricoveri ordinari a fronte di un graduale e progressivo incremento dei ricoveri in day hospital .

I ricoveri ordinari hanno consumato nel 1999 complessivamente 152.201 giornate di degenza, di cui 36.506 per i casi outliers¹ e 1.417 per i ricoveri di un giorno.

La degenza media è stata di 8,9 giorni, più elevata della media nazionale (7,0 giorni) di quasi due giorni. Pur caratterizzata infatti da una tendenza alla flessione, la degenza media in Valle d'Aosta si è sempre mantenuta al di sopra della media nazionale per ragioni demografiche e geomorfologiche tipiche della nostra realtà regionale: un'elevata presenza di anziani, di cui una parte vive da sola e un'accessibilità alle strutture più difficile nei mesi invernali per i residenti nelle vallate laterali, non hanno facilitato, nel tempo, le politiche di contrazione della degenza a parità di efficacia dell'assistenza.

La degenza media pre-operatoria è di 2,1 giorni, in linea con la media nazionale di 2,3 giorni.

Il tasso medio di occupazione dei posti letto dell'ospedale regionale nel 1999 è stato dell'88%.

I ricoveri in regime di day hospital hanno consumato complessivamente 15.035 giornate di degenza per 5.273 pazienti. Il rapporto tra le giornate di degenza in regime di day hospital e quelle in regime ordinario è di 9.8 %, di poco inferiore alla media nazionale di 10,2%.

Un confronto con il Piemonte e la media nazionale viene offerto dalla tabella 4 da cui si nota un sostanziale allineamento della Valle d 'Aosta con le aree a confronto per quanto riguarda le giornate di ricovero, mentre si registra una percentuale di ricoveri ordinari superiore al Piemonte ed inferiore all'Italia.

¹ Ricoveri ordinari di pazienti con durata di degenza superiore al valore soglia stabilito per il DRG corrispondente

Il day hospital presenta un numero di dimessi intermedio tra i valori del Piemonte e quelli dell'Italia, anche se tutte le aree a confronto rimangono su valori di utilizzo inferiori allo standard del 25% proposto dalla programmazione sanitaria nazionale.

Tabella 4. Composizione dell'attività per regime di ricovero per acuti. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte e Italia - 1999

REGIONE	NUMERO DIMISSIONI				GIORNATE DI RICOVERO			
	ORD.	%	DH	%	ORD.	%	DH	%
Valle d'Aosta	17.190	76.7	5.226	23.3	152.201	91.0	15.035	9.0
Piemonte	601.772	73.6	216.331	26.4	5.033.059	91.0	496.404	9.0
Italia	9.626.154	79.6	2.461.532	20.4	67.411.805	90.7	6.972.794	9.3

Ministero della Sanità- SDO 1999

Il tasso di ospedalizzazione, risulta elevato rispetto alle altre aree a confronto, ma quando è ripartito per tipo di attività e regime di ricovero, come nella tabella 5, rende evidente come a contribuire all'eccesso di ricoveri, soprattutto ordinari, sia l'attuale mancanza di posti letto dedicati alle attività di riabilitazione e lungodegenza, nelle quali la Valle d'Aosta presenta dei valori bassi rispetto al Piemonte e all'Italia.

Tabella 5. Tassi di ospedalizzazione per tipo di attività, regime di ricovero e sesso (per 1.000 abitanti) in Valle d'Aosta, Piemonte e Italia - 1999*

Regione	Acuti				Riabilitazione				Lungodegenza	
	Ordinario		day hospital		Ordinario		day hospital		M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Valle d'Aosta	155,79	155,04	47,43	50,80	1,94	1,71	0,22	0,08	0,05	0,05
Piemonte	138,94	145,26	49,30	52,60	4,20	4,89	0,63	0,59	1,76	3,00
Italia	161,28	168,77	39,47	45,26	3,70	4,35	0,87	0,76	1,19	1,65

Ministero della Sanità- SDO 1999

* (Valori al lordo della mobilità ospedaliera tra regioni)

La tabella 6 illustra la mobilità extra regionale, cioè il ricorso a strutture fuori regione da parte dei residenti in Valle d'Aosta che, seppure elevata in valore assoluto, costituisce un fenomeno fisiologico per una regione di piccole dimensioni e con un unico presidio ospedaliero.

Tabella 6. Tassi di ospedalizzazione per i ricoveri per acuti entro e fuori regione (per 1.000 abitanti) in Valle d'Aosta, Piemonte e Italia - 1999*

Regione	Regime ordinario			Day hospital		
	Ricoveri entro regione	Ricoveri fuori regione	Totale	Ricoveri entro regione	Ricoveri fuori regione	Totale
Valle d'Aosta	127,20	28,23	155,42	38,58	10,38	48,95
Piemonte	130,71	10,58	141,28	47,55	3,38	50,93
Italia	152,96	10,94	163,90	39,79	2,56	42,36

Ministero della Sanità- SDO 1999

In questo contesto il confronto con il Piemonte richiede cautela nell'interpretazione, data la diversità dei piani di offerta di specialità ospedaliere che le due regioni possono garantire sulla base dei reciproci bacini di utenza. E' per tale ragione che i valori dei tassi di ricovero fuori regione in Valle d'Aosta sono elevati rispetto al Piemonte, ma simili ad altre realtà di piccole

dimensioni. Ad esempio, ad esportare ricoveri ordinari con valori elevati dei tassi sono anche la Basilicata (45,67), il Molise (39,09) e la provincia Autonoma di Trento con un tasso del 22,61.

Dai dati della tabella 6 emerge per la Valle d'Aosta un utilizzo migliorabile del ricovero diurno anche a fini del contenimento del ricorso fuori regione.

Complessivamente nel 2000 l'Azienda Usl ha garantito un rapporto di 16,0 dipendenti per 1000 abitanti.

Il confronto con i dati del 1998 posizionava già la Valle d'Aosta su valori elevati di 14,7 dipendenti per 1000 abitanti, contro l'11,39 del Piemonte e il 10,84 della media nazionale. Aggiungendo il personale convenzionato in Valle d'Aosta tale rapporto nel 2000 è ulteriormente salito a 17,8 dipendenti ogni 1000 abitanti.

La dotazione organica risulta quindi superiore sia al Piemonte che alla media regionale, indipendentemente dalla distinzione in qualifiche professionali. In relazione a questo dato, si rende necessario precisare che la peculiarità del sistema sanitario regionale ha determinato, da sempre, per ragioni geografiche e morfologiche, l'esigenza di risorse mediche ed infermieristiche superiori alla media nazionale al fine di garantire livelli di assistenza adeguati agli standard quantitativi nazionali. Parallelamente, l'impossibilità di realizzare "economie di scala" nel settore del personale, date le dimensioni geografiche, ha di fatto imposto la creazione di strutture organizzative che, se pur quantitativamente esigue, concorrono ad una dotazione organica considerevole.

Il livello di soddisfazione espresso dalla popolazione valdostana verso il proprio servizio sanitario è complessivamente buono come dimostrano le tabelle che seguono.

In base ai dati del 1998, ultimo anno disponibile per un confronto interregionale, il sistema di accessibilità ai servizi sanitari in Valle d'Aosta risulta valutato positivamente, come dimostra la tabella 7, con la bassa percentuale di attese oltre i 20 minuti riferita dai residenti, pari ad un terzo di quelle del Piemonte e della media nazionale, e comunque dimezzate rispetto al nord ovest e al nord in generale.

Tabella 7. Attese oltre i 20 minuti delle persone di 18 anni e più che si sono recate alla ASL per sesso, classe di età e regione - Anno 1998 (quozienti per 100 persone)

REGIONI E RIPARTIZIONI	CLASSI DI ETÀ							Totale
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre	
Valle d'Aosta	23,0	5,0	12,0	17,8	16,2	14,2	16,6	13,9
Piemonte	27,2	31,7	30,1	33,4	34,1	29,	30,3	31,3
Nord-Ovest	34,2	28,6	25,5	26,8	30,6	32,7	31,2	29,3
Nord	31,7	27,5	25,5	26,4	28,0	30,5	28,8	27,9
Italia	36,9	32,7	31,2	32,2	35,6	37,5	35,9	34,2

Fonte: ISTAT

Anche sulla comodità di orari la popolazione valdostana si è espressa con un giudizio migliore rispetto a tutte le altre aree geografiche a confronto e alla media nazionale come evidenziato nella tabella 8.

Nella nostra regione si registrano infatti le massime punte di soddisfazione da parte dei cittadini (84,3%) all'interno di un indice di gradimento generale al nord del 71,9% e del 67,0% della media nazionale.

Ad esprimere la percentuale di gradimento più bassa (76,1%) è stata la fascia di età più attiva sotto il profilo lavorativo e familiare (35-44 anni) il cui livello di gradimento è comunque risultato superiore al Piemonte e a tutte le altre aree a confronto.

Tabella 8. Persone di 18 anni e più che si sono recate alla ASL e dichiarano comodi gli orari per sesso, classe di età e regione - Anno 1998 (quozienti per 100 persone)

REGIONI E RIPARTIZIONI	CLASSI DI ETÀ							Totale
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre	
Valle d'Aosta	79,8	80,8	76,1	80,9	88,3	92,1	97,1	84,3
Piemonte	54,4	58,5	60,7	67,4	79,1	82,8	80,3	69,8
Nord-Ovest	55,3	61,0	59,0	70,6	79,2	84,4	82,4	70,4
Nord	57,1	61,7	62,0	71,9	81,7	85,1	83,7	71,9
ITALIA	55,2	58,7	59,8	66,8	73,5	77,7	76,8	67,0

Fonte: ISTAT

La soddisfazione dei valdostani è stata valutata anche in riferimento alla qualità ospedaliera, come indicato nella tabella 9.

La percentuale di cittadini che si sono dichiarati molto soddisfatti è risultata superiore a tutte le aree a confronto ed il 51,8% espresso per l'assistenza medica, il 49% per quella infermieristica e il 48,5% per l'igiene dei servizi, risultano, in assoluto, le percentuali più elevate rispetto al Piemonte, Nord Ovest, Nord e media nazionale.

Tabella 9. Persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri per sesso e regione - (quozienti per 100 persone)

REGIONI E RIPARTIZIONI	Totale		
	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Servizi igienici
Valle d'Aosta	51,8	49,3	48,5
Piemonte	44,6	42,2	29,4
Nord-Ovest	48,2	47,9	35,8
Nord	47,9	47,9	36,6
ITALIA	35,6	34,4	25,9

Fonte: ISTAT

Ripartendo questi giudizi per sesso e aree di valutazione, il confronto con la valutazione espressa in Piemonte e in Italia è quello deducibile dalla tabella 10.

Gli uomini e le donne valdostani si sono espressi in modo diverso rispetto alle singole aree di valutazione: mentre gli uomini si sono dichiarati molto soddisfatti dell'assistenza medico infermieristica in percentuale superiore delle donne e degli uomini piemontesi ed italiani in generale, le donne valdostane sono risultate più attente agli aspetti alberghieri ed igienico sanitari del ricovero, esprimendo, rispetto agli uomini, percentuali di gradimento più elevate.

Il vitto, tra gli aspetti alberghieri, risulta abbastanza soddisfacente nell'ospedale di Aosta per entrambi i sessi, anche se le donne a tal proposito hanno espresso una percentuale di soddisfazione maggiore, mentre gli uomini si sono dichiarati meno soddisfatti delle donne per quanto attiene le condizioni igieniche.

Rispetto al valore medio dell'Italia, la Valle d'Aosta registra valori di eccellenza superiori in tutti gli ambiti di valutazione per la qualità ospedaliera.

Tabella 10. Livello di soddisfazione per la qualità ospedaliera in Valle d'Aosta e in Italia. Popolazione adulta (persone con almeno 20 anni). Prevalenze standardizzate per età

Soddisfazione per ultimo ricovero	Uomini			Donne		
	VdA	Piemonte	Italia	VdA	Piemonte	Italia
Assistenza medica:						
molto soddisfatti	60.87	49.18	34.53	42.01	56.02	36.26
abbastanza soddisfatti	23.53	34.82	53.08	52.88	37.28	53.08
poco o per niente soddisfatti	15.60	16.00	12.39	5.11	6.70	10.66
Assistenza infermieristica:						
molto soddisfatti	59.61	45.30	34.86	39.71	55.29	34.66
abbastanza soddisfatti	32.47	41.88	53.06	48.84	38.69	53.01
poco o per niente soddisfatti	7.92	12.82	12.08	11.45	6.03	12.33
Vitto:						
molto soddisfatti	29.14	32.11	21.47	37.65	35.83	26.19
abbastanza soddisfatti	45.75	29.12	51.54	50.33	49.27	48.27
poco o per niente soddisfatti	25.11	38.78	26.99	12.02	14.90	25.54
Condizioni igieniche:						
molto soddisfatti	27.79	39.34	25.19	42.54	39.68	29.04
abbastanza soddisfatti	38.41	46.80	50.41	50.23	42.82	47.51
poco o per niente soddisfatti	33.80	13.86	24.40	7.23	17.51	23.45

Istat, - Indagini multiscope annuali

CONCLUSIONI

L'offerta sanitaria regionale è in una fase di riorganizzazione e razionalizzazione funzionale, per altro già avviata con l'attivazione di servizi nuovi e innovativi per l'utenza.

Le ridotte dimensioni e la posizione geografica di confine hanno influito su alcuni indicatori di domanda, di accessibilità e di utilizzo, tra cui il tasso di mobilità extra regionale e il tasso di ospedalizzazione sulla popolazione residente. Azioni di contenimento già individuate, che includono accordi con le zone di confine per un'offerta sanitaria trans regionale, potranno in futuro ottimizzare i valori attuali.

L'efficienza ospedaliera è nel complesso buona, migliorabile nella durata delle degenze ospedaliere, sia attraverso un maggiore utilizzo del ricovero diurno, sia applicando protocolli di continuità assistenziale tra ospedale e territorio in strutture, residenziali e non, individuate dal processo di razionalizzazione e riorganizzazione della rete dei servizi regionali del Piano socio sanitario regionale per il triennio 2002-2004.

Confrontata con altre aree geografiche l'offerta sanitaria regionale registra valori positivi di gradimento da parte della popolazione valdostana.

Nonostante i limiti imposti dalla specificità regionale in termini di economie di scala, la Valle d'Aosta sembra quindi garantire un'offerta sanitaria che si caratterizza per l'ampiezza delle prestazioni e dei servizi erogabili ai cittadini. In molte regioni infatti, specie negli ultimi anni, si sono operati sistemi di razionamento implicito finalizzati al contenimento o alla riduzione della spesa e che hanno interessato intere aree dell'offerta. La Valle d'Aosta, al contrario, ha sempre adottato politiche volte ad assicurare un'offerta il più possibile completa e personalizzata anche rispetto a bisogni altrove non soddisfatti (forniture di lenti da vista, prestazioni odontostomatologiche, assistenza indiretta per i ricoveri all'estero) che rappresentano un esempio di maggiore quantità di livelli assistenziali erogati alla popolazione anche a fronte di valori elevati di quota capitaria nella spesa sanitaria regionale.

GLI AMBITI DELLE POLITICHE SOCIALI

ANZIANI

Il progressivo invecchiamento della popolazione, unito al miglioramento della condizione di salute, ha modificato sostanzialmente l'approccio istituzionale alla condizione anziana: la persona anziana non è più associata prevalentemente alla concezione di "bisogno" e di "precarità" e la vecchiaia non è più unicamente intesa come un periodo di decadimento. L'anziano, in altre parole, non è più colui che è uscito definitivamente dalla vita attiva, ma diventa colui che si impegna e vive la società in termini nuovi e diversi.

Una gran parte dell'universo anziani è costituito da donne che rappresentano il 60% della popolazione anziana nazionale .

La Valle d'Aosta presenta le stesse dinamiche demografiche che caratterizzano le aree del Paese a prevalenza di anziani. Riassumendo i valori degli indicatori già presentati nelle precedenti parti:

- La proporzione di anziani ultra 65enni in Valle d'Aosta è del 18,5% quando la media nazionale è del 17,7%
- l'Indice di vecchiaia, che mette in rapporto la popolazione anziana con quella sotto i 14 anni, e segnala, attraverso il minore o minore ricambio generazionale, la tendenza all'invecchiamento della popolazione, è in Valle d'Aosta di 146,4 anziani ogni 100 giovani con una età compresa tra i 0 e 14 anni, contro la media nazionale di 122,2.
- Il capoluogo regionale manifesta la più consistente presenza di anziani in rapporto alla popolazione, vi sono infatti 7.603 anziani su un totale di popolazione di 34.741 individui, con un indice di invecchiamento pari al 21,8 %.

Per completare il dato statistico si rileva che la percentuale di individui che superano gli ottantacinque anni è pari al 4,1% sul totale della popolazione residente.

In Valle d'Aosta gli anziani ancora autosufficienti vivono presso il proprio domicilio, in coppia o da soli, la maggioranza degli individui che vivono da soli sono di sesso femminile e la solitudine non è considerata come una situazione penalizzante o di isolamento, ma molto spesso costituisce una precisa scelta .

I servizi rivolti alle persone anziane in Valle d'Aosta consistono in:

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'AD ha raggiunto una diffusione capillare a livello locale e viene erogata in tutti i 74 comuni della Valle. Circa 753 utenti si avvalgono di questo servizio, con una media di tre visite settimanali per ciascun utente. L'aiuto domestico rappresenta la prestazione più frequente, anche se all'assistente domiciliare viene spesso richiesto aiuto anche per assolvere alcune commissioni, per provvedere all'igiene personale, o più semplicemente per ricevere compagnia.

Fatta eccezione per il servizio infermieristico, di cui beneficia solo una parte degli utenti, le prestazioni soprascritte vengono tutte fornite dalla figura professionale dell'assistente domiciliare e tutelare (Adest), sempre presente nell'équipe di assistenza, a cui si affianca con una certa frequenza, anche il medico e l'infermiere professionale, mentre è più sporadico l'intervento del terapeuta della riabilitazione.

CENTRI DIURNI E DI INCONTRO

I Centri sono diffusi con omogeneità su tutto il territorio regionale, generalmente sorgono al centro del paese per essere facilmente raggiungibili dagli utenti e, nel caso dei centri diurni generalmente viene offerta anche la possibilità di beneficiare di pasti come servizio che interessa la maggior parte degli utenti.

Le persone che frequentano questo servizio sono in prevalenza uomini che vivono da soli.

Le attività di animazione che vi si organizzano sono considerate da tutti piacevoli ed interessanti, mentre sono solo alcuni gli anziani che utilizzano i centri per ricevere l'assistenza infermieristica o per esigenze di igiene personale.

LE MICROCOMUNITÀ

Le microcomunità sono strutture residenziali all'interno delle quali gli anziani ricevono prestazioni differenziate; se l'assistenza sanitaria (medica, infermieristica e farmacologica), data l'età e la frequente compromissione del generale stato di salute, riguarda la quasi totalità degli anziani, una parte di ospiti, in relazione alla loro particolare necessità, usufruiscono di colloqui individuali di sostegno, animazione, fisioterapia e del podologo.

Il rapporto numerico operatore/utente (1:1,5) è ritenuto adeguato.

Le assistenti domiciliari e tutelari svolgono sia i servizi alla persona, sia i servizi di igiene degli ambienti e la preparazione dei pasti. Le infermiere professionali e i medici (questi ultimi solo in caso di necessità), garantiscono le prestazioni sanitarie.

La valutazione sulla qualità delle prestazioni ricevute da parte degli interessati appare ampiamente soddisfacente e un giudizio globalmente positivo emerge anche in relazione agli aspetti strutturali, di confort e di igiene della struttura (Indagine Censis 1998).

CASE DI RIPOSO

Nel corso del 1999 sono state stipulate con due case di riposo private delle convenzioni triennali per ovviare alla carenza di posti letto in strutture pubbliche in Aosta e cintura.

Per il periodo di validità delle convenzioni la Regione si avvale della casa di riposo Refuge Père Laurent e dell' IPAB J.B. Festaz per l'erogazione a soggetti anziani non autosufficienti, per un totale di 222 ospiti, di assistenza continuativa a carattere socio-assistenziale, nonché per assicurare agli stessi soggetti le prestazioni di assistenza sanitaria erogate dal servizio sanitario regionale.

Rispetto al piano dell'offerta regionale di servizi residenziali la dotazione di posti letto rispetto alla popolazione anziana e ai distretti di residenza è quella presentata nella tabella 1.

Tabella 1. Rapporto tra popolazione anziana e numero di posti letto in strutture residenziali per distretto – 1999

Distretti	=>65 anni	Posti letto disponibili		% posti letto su popolazione	
1	2.930	Pubblici :	96	Pubblici	3,28
		Privati:	65	Privati	2,22
		Totale:	161	Totale	5,49
2	11.586	Pubblici.	194	Pubblici	1,67
		Privati.	15	Privati	0,13
		Convenzionati	220	Convenzionati	1,9
		Totale	429	Totale	3,70
3	2.924	Pubblici	52	Pubblici	1,78
		Privati	65	Privati	2,22
		Totale	117	Totale	4
4	4.326	Pubblici	147	Pubblici	3,4
		Privati	70	Privati	1,62
		Totale	217	Totale	5,02
Totale	21.766	Pubblici	489	Pubblici	2,25
		Convenzionati	220	Convenzionati	1,01
		Pubblici.e conv.	709	Pubblici e conv.	3,26
		Privati	215	Privati	0,99
		Totale	924	Totale	4,25

Fonte: Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

Le persone ospitate nelle strutture, distinte in base alla fascia di età sono quelle indicate nella tabella 2.

Tabella 2. Persone inserite nelle strutture residenziali, per fascia di età, in rapporto al totale della popolazione anziana - 1999

Fascia di età	abitanti per fascia di età	N. ospiti in strutture	%
65 - 69	6.866	39	0,57
70 - 74	5.733	51	0,89
75 - 79	4.063	116	2,85
80.-84	2.708	128	4,73
85 - 89	1.709	156	9,13
> 90	687	145	21,10
Totale >65 anni	121.766	635	2,92
< 65 anni		50	
Totale		685	

Fonte: Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

Da notare la progressione geometrica del rapporto tra fascia di età e il numero di persone presenti in struttura: in particolare, si osservi che nella fascia di età superiore a 90 anni il rapporto è più che doppio rispetto alla fascia di età immediatamente inferiore .

La tabella 3 illustra la ripartizione degli ospiti in Microcomunità in base alla presenza di alcune patologie rilevanti.

Tabella 3. Classificazione degli ospiti inseriti in microcomunità in base alla presenza di patologie rilevanti (1999)

Patologia	Numero di casi		Totale
	> 65 anni	< 65 anni	
Psichiatrici	68	23	91
Alzheimer	30	-	30
Demenza senile	108	1	109
Etilismo	24	3	27
Pluripatologie	14	5	19
Paraplegia	-	1	1
Sclerosi multipla	-	3	3
Morbo di Parkinson	-	1	1
Sindrome di Dawson	-	2	2
Nefropatia con dialisi	-	1	1
Non classificati	-	10	10

Fonte: Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

A fine anno 1999 erano presenti nelle strutture pubbliche 481 anziani.

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, gli ospiti sono stati classificati in base al grado di autosufficienza, valutato con riferimento a due criteri: il primo¹ che quantifica la dipendenza fisica dell'anziano e il secondo² che quantifica il deterioramento mentale, la cui valutazione congiunta permette una distinzione funzionale sulla base di quattro categorie³.

Complessivamente l'utenza è risultata composta da 17 ospiti anziani autosufficienti, 53 lievemente non autosufficienti, 106 mediamente non autosufficienti, 287 gravemente non autosufficienti.

Inoltre, sono stati registrati 51 ospiti che usufruiscono di servizi residenziali solo diurni, per almeno otto ore al giorno, sia presso microcomunità che presso centri diurni.

SOGGIORNI CLIMATICI

Si tratta di un servizio aperto a tutta la popolazione residente di età maggiore o uguale a 65 anni, autosufficiente e non, sia essa residente nelle strutture o a domicilio, organizzato dalle Comunità montane e dal Comune di Aosta.

SERVIZIO DI TELESOCORSO

Il servizio è attivato dalle Comunità Montane e dal Comune di Aosta. Gli anziani che utilizzano questo servizio vivono soli oppure isolati.

¹ "Barthel Index"

² "Short Portable Mental Questionnaire"

³"A: anziani autosufficienti, N1: lievemente non autosufficienti, N2: mediamente non autosufficienti, N3: gravemente non autosufficienti"

UTILIZZO DELLA RETE DEI SERVIZI

Nel 1999 e nel 2000 si sono razionalizzate le risorse della rete dei servizi cercando di escludere le richieste non congrue o inappropriate perché non di pertinenza dei servizi e che possono invece essere più efficacemente soddisfatte attraverso altre modalità assistenziali.

L'obiettivo della razionalizzazione consiste nell'erogare i servizi che rispondono effettivamente ai bisogni evidenziati dall'anziano, evitando sprechi di risorse ovvero interventi insufficienti.

Una migliore e più attenta selezione e valutazione delle domande di inserimento in struttura, accompagnata da un potenziamento e da una razionalizzazione dei servizi domiciliari ha consentito di inserire in strutture negli ultimi due anni solo persone in situazione di grave difficoltà, favorendo la permanenza al domicilio degli anziani le cui condizioni lo consentivano.

E' stata inoltre estesa la gratuità del servizio di assistenza domiciliare a tutti i casi nei quali l'assistenza domiciliare pubblica viene erogata come sostitutiva all'istituzionalizzazione (l.r. 22/93).

ACCESSIBILITA' E FRUIZIONE

Da una elaborazione dei dati in possesso riguardante il progetto Itaca (progetto per la valutazione sistematica dei servizi di assistenza agli anziani) sono possibili alcune riflessioni per quanto riguarda l'accesso ai servizi.

Nel caso dell'assistenza domiciliare generalmente sono gli utenti stessi a richiedere questo tipo di servizio, mentre per situazioni più complesse, dove vi è una oggettiva difficoltà da parte dei familiari ad assistere la persona, sono questi ultimi a richiedere l'intervento dei servizi.

Quest'ultima situazione pone spesso agli operatori il problema etico e deontologico della ricerca di una condivisione da parte della persona anziana delle decisioni assunte da altri sul proprio inserimento in struttura; una preoccupazione molto presente e di difficile soluzione specie nel caso di anziani con compromesse capacità intellettive .

MINORI E FAMIGLIA

La Regione Valle d'Aosta svolge funzioni di programmazione, indirizzo e controllo ed esercita attività di gestione in materia di minori e famiglia affermando l'importanza strategica dei servizi domiciliari e territoriali di tipo educativo (in grado di incidere maggiormente sul disagio a livello preventivo), dei servizi di sostegno alle famiglie e dei servizi rivolti all'adolescenza.

Le attività di sostegno alla famiglia rientrano negli ambiti dei livelli di assistenza assicurati dalla Regione e si esplicano attraverso:

- il potenziamento e la riorganizzazione flessibile dei servizi socio educativi;
- gli interventi psico sociali riferiti alle problematiche relazionali nei rapporti di coppia e di convivenza familiare;
- gli interventi sociali di appoggio e sostitutivi per minori e donne sole con figli minori a carico, con particolare attenzione ai casi di maltrattamento o violenza;
- il potenziamento dei servizi di adozione e di affidamento familiare.

OSSERVATORIO PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

La legge 451/97 ("Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia") ha stabilito che, al fine di rendere più coordinata l'azione in materia di infanzia ed adolescenza tra lo Stato e le Regioni, queste ultime prevedono idonee misure di coordinamento degli interventi locali di raccolta e di elaborazione di tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in ambito regionale.

Ciò ha rappresentato per la Valle d'Aosta l'opportunità di sviluppare un sistema informativo relativo ai minori in raccordo con le altre regioni e con il Centro nazionale di documentazione e di analisi sull'infanzia e l'adolescenza. Con DGR 1074/1999, la Valle d'Aosta ha quindi approvato il progetto di attuazione dell'Osservatorio Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, che si configura come lo strumento con cui si avvia il processo di riordino dei flussi informativi afferenti le politiche sociali anche al fine di una successiva integrazione con l'Osservatorio Epidemiologico e delle Politiche Sociali.

L'Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza infatti, allo stato attuale, rappresenta il prototipo per lo sviluppo del successivo Osservatorio per le Politiche sociali regionali.

L'Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza intende porsi come punto di riferimento per tutti coloro che, a vario titolo, si occupano della promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti nella nostra regione.

Esso persegue la finalità di promuovere la sensibilizzazione delle istituzioni e della società civile verso la tutela del minore quale soggetto di diritto, con particolare attenzione alla salvaguardia del suo sviluppo fisico, psicologico, morale e del suo contesto sociale.

L'Osservatorio ha lo scopo di raccogliere, elaborare e divulgare i dati relativi:

- alla condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dei minori, compresi i disabili;
- alla mappa dei servizi esistenti, sia pubblici che privati;
- alle risorse finanziarie e alla loro destinazione per aree di intervento nel settore.

All'Osservatorio, inoltre, è affidata la gestione di un sistema informativo che consenta la valutazione quali-quantitativa dei bisogni e dell'offerta nel settore dei minori, del coordinamento delle iniziative già in atto e di quelle che si attiveranno a livello regionale, della raccolta ed elaborazione dei dati in stretto raccordo con il Centro nazionale di documentazione.

E' prevista, inoltre, una attività di raccordo, di documentazione, analisi e ricerche, condotta a livello territoriale su tutti i fenomeni relativi all'infanzia e all'adolescenza.

L'Osservatorio garantisce, con il coinvolgimento degli Enti locali, la conoscenza approfondita della condizione del minore e della famiglia in Valle d'Aosta attraverso la realizzazione di un servizio di informazione, di promozione, di consulenza, di monitoraggio e di documentazione.

L'applicazione delle linee di indirizzo politico date con la DGR 1074/1999 ha condotto alla elaborazione di un progetto "esecutivo" relativo alle modalità di attuazione e funzionamento dell'Osservatorio, realizzato tra la fine del 1999 e l'inizio del 2000, approvato con DGR 3514/2000.

Il risultato di tale lavoro ha portato a:

- precisare le aspettative di ciascun soggetto istituzionale e non riguardo l'attuazione di un Osservatorio;
- individuare i diversi attori e soggetti interessati alla sua attuazione;
- precisare quali potrebbero essere le funzioni dell'Osservatorio nei confronti di questi diversi obiettivi e il loro ruolo nell'attuazione della politica regionale e delle attuali procedure e modalità operative;
- assicurare il dialogo tra i principali interlocutori coinvolti per circoscrivere meglio i bisogni esistenti in materia di valutazione, raccolta e circolazione dell'informazione;
- precisare a priori i dati da raccogliere;
- elaborare uno scenario di attuazione dell'Osservatorio.

Alla fine del 2000 è iniziato il lavoro di definizione e pianificazione delle azioni finalizzate all'avvio operativo dell'Osservatorio stesso.

SERVIZI AI MINORI

La parte più rilevante dell'assistenza e degli interventi a favore dei minori viene realizzata a livello territoriale nei distretti sociosanitari e, a livello regionale, dall'Ufficio Minori.

I servizi rivolti specificatamente a questa utenza sono il servizio di Assistenza Domiciliare Educativa e le Comunità per Minori.

In merito all'attività territoriale, sul territorio sono presenti 17 sedi di presidi socio sanitari (comprendenti di 5 sedi distaccate) in cui operano équipes socio sanitarie che si rivolgono all'utenza minorile, attivando interventi di assistenza e tutela di nuclei familiari portatori di problematiche sociali, sanitarie e psicologiche e fornendo consulenza alle famiglie, alla coppia e ai singoli.

Per quanto attiene l'attività dell'Ufficio Minori, oltre alla funzione di coordinamento di tutta l'attività territoriale delle équipes socio sanitarie (in collaborazione con l'Azienda USL), il servizio si occupa:

- del collegamento con gli organi giudiziari;
- dell'adozione nazionale e internazionale (istruttorie per l'idoneità delle coppie, accompagnamento nella fase di abbinamento e di affidamento preadottivo);
- del coordinamento tecnico delle comunità per minori;
- del coordinamento del servizio di Assistenza Domiciliare Educativa per minori;

- della predisposizione di protocolli operativi con l'Azienda USL.

Nel 1999 è stato approvato, con DGR 1161/1999, il Piano regionale di attuazione della legge 285/1997 ("Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza").

Tale legge assume fra le priorità la promozione sia di interventi rivolti alle situazioni di difficoltà, marginalità e disagio in cui si trovano molti bambini ed adolescenti e le loro famiglie, sia di interventi che riconoscano i bambini e gli adolescenti come soggetti di diritti ed offrano loro opportunità nella vita quotidiana della propria comunità.

In riferimento ai principi previsti dalla legge 285, la Regione si è proposta di promuovere, in particolare:

- lo sviluppo di interventi preventivi, spesso penalizzati a fronte di situazioni di emergenza;
- la sperimentazione di servizi innovativi a livello locale;
- la promozione di una cultura comune tra tutti i soggetti, istituzionali e non, coinvolti nelle problematiche minorili.

A seguito del Piano di attuazione sono stati approvati, con DGR 306/2000, tredici progetti presentati da enti locali ed istituzioni scolastiche tuttora in fase di realizzazione. Inoltre, sono stati avviati due progetti di interesse regionale:

- il Consultorio adolescenti in Aosta, attivo dal settembre 2000, denominato "il Pangolo", con valenza informativa e preventiva;
- il progetto "Cavanh" relativo, in una prima fase, alla formazione e sperimentazione della figura del mediatore culturale e, in una seconda fase, al coinvolgimento dei minori stranieri e delle loro famiglie e alla divulgazione del progetto sul territorio.

Per altri due progetti di interesse regionale, relativi all'affidamento familiare e al centro di accoglienza per donne maltrattate con figli minori, si è proceduto alla progettazione che avrà la sua applicazione nel biennio 2001-2002.

ASILI NIDO

La l.r. 4/1999 ha apportato alcune significative modificazioni alla precedente l.r. 77/1994 nel segno di una maggiore autonomia organizzativa e funzionale degli Enti locali:

- la capienza minima degli asili non può essere inferiore a quindici posti;
- è possibile affidare discrezionalmente la gestione degli asili a cooperative sociali;
- gli enti gestori stabiliscono discrezionalmente la dotazione di personale addetto ai servizi generali in relazione al numero degli utenti e alle caratteristiche architettoniche della struttura;
- gli enti gestori di asili aventi una capienza inferiore a 25 posti possono convenzionarsi al fine di prevedere un unico coordinatore.

Nel corso del 1999 sono entrati in funzione gli asili nido di:

Courmayeur, con una capienza di posti massima di 25 bambini.

Saint Christophe-Quart-Brissogne, con una capienza massima di 54 bambini.

Comunità Montana Grand Paradis, con una capienza massima di 42 bambini.

Dal 2000, sono attivi 11 asili nido, per una ricettività complessiva di 12,2 posti ogni 100 bambini residenti.

E' proseguito il lavoro del gruppo pilota di "Projet Bébé" che ha coinvolto circa cinquecento famiglie valdostane, la cui collaborazione è stata indispensabile per il buon esito della ricerca. Dalla ricerca è emerso come in alcune aree della Valle d'Aosta sia difficilmente ipotizzabile l'implementazione di ulteriori asili nido. Le caratteristiche geografiche del territorio e alcuni aspetti socio-demografici ed economici della popolazione suggeriscono, infatti, per numerose aree territoriali, l'attivazione di forme innovative di servizi.

Recependo queste indicazioni la Regione, con DGR 3148/2000 ha approvato gli standard qualitativi ed organizzativi relativi ai servizi alternativi agli asili nido: Garderie, Spazio Gioco, Tata familiare, Nido aziendale.

Di particolare interesse l'attività istruttoria effettuata dal servizio sociale per le pratiche di inserimento di minori presso gli asili nido.

A tale riguardo la DGR 3126/1999, che ha approvato le direttive per la gestione degli asili nido, ha previsto che le situazioni problematiche di minori segnalate dal servizio sociale o dall'équipe socio sanitaria abbiano priorità assoluta di ammissione in sede di formazione delle graduatorie. Le stesse direttive hanno previsto che le assistenti sociali possano evidenziare, con proprie relazioni, il grave disagio economico del nucleo familiare per ottenere da parte degli Enti gestori riduzioni parziali o esenzioni totali della quota mensile di contribuzione.

Nell'anno 1999 e nel 2000 i dati relativi a tale attività sono stati i seguenti:

Inserimenti prioritari

	1999	2000
Asilo nido di Aosta	24	15
Asilo nido di Saint Pierre	-	1
Asilo nido di St.Christophe	-	4
Asilo nido di Gignod	1	-
Asilo nido di Courmayeur	1	1
Asilo nido di Sarre	3	-
Asilo Nido di Chatillon	5	4
Asilo Nido di Pont St.Martin	2	-
Totale	36	25

Esenzioni tariffarie

	1999	2000
Asilo nido di Aosta	2	4
Asilo nido di Saint Pierre	-	1
Asilo nido di Sarre	1	2
Asilo Nido di Pont St.Martin	1	-
Totale	4	7

Riduzioni tariffarie

	1999	2000
Asilo nido di Aosta	1	1
Asilo nido di Nus	-	1
Asilo Nido di Pont St.Martin	-	1
Totale	1	3

Il numero esiguo di richieste di esenzione e riduzione tariffarie è motivato dal fatto che molti dei nuclei segnalati rientrano nelle fasce di reddito per le quali è prevista l'esenzione totale dal pagamento della quota di contribuzione in base all'applicazione della l.r. 19/1994 relativa al minimo vitale.

ADOZIONI

Nell'anno 1999 sono state presentate 5 domande di adozione nazionale e 4 domande di adozione internazionale.

Sono stati accolti in adozione 2 minori stranieri e 3 minori italiani; nel corso dell'anno sono proseguiti gli interventi psico-sociali a sostegno di 6 situazioni di affidamento preadottivo effettuati nell'anno precedente.

Nel 2000 sono state presentate 8 disponibilità all'adozione nazionale e 9 disponibilità all'adozione internazionale.

La legge n.476/1998 in tema di adozione di minori stranieri ha comportato per la struttura regionale lo svolgimento di nuove attività in materia di :

- informazione sull'adozione internazionale e sulle relative procedure sugli enti autorizzati e sulle altre forme di solidarietà nei confronti dei minori in difficoltà, anche in collaborazione con gli enti autorizzati;
- preparazione degli aspiranti all'adozione, anche in collaborazione con i predetti enti;
- acquisizione di elementi sulla situazione personale, familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, sul loro ambiente sociale sulle motivazioni che li determinano, sulla loro attitudine a farsi carico di una adozione internazionale nonché acquisizione di ogni altro elemento utile per la valutazione da parte del Tribunale per Minorenni della loro idoneità all'adozione.

AFFIDAMENTO FAMILIARE

Gli interventi relativi agli affidamenti familiari, consensuali e legali, a parenti ed eterofamiliari vengono realizzati principalmente dalle équipes socio sanitarie territoriali.

È mancata, sino ad oggi, una raccolta sistematica di dati relativi all'affido, mancanza che si prevede di superare con l'attivazione del Progetto d'interesse regionale "Progetto Affidato" finanziato dalla legge 285/1997 e dell'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

PROTOCOLLO MINORI

Con DGR 2762/2000 è stato approvato il protocollo tra l'Assessorato alla Sanità Salute e Politiche Sociali e l'Azienda USL della Valle d'Aosta relativo all'area minori per l'organizzazione dell'attività degli uffici centrali e delle équipes socio sanitarie territoriali .

L'importanza di tale protocollo deriva dal fatto che gli interventi relativi alla presa in carico delle situazioni di minori fanno capo ad operatori diversi dipendenti dalla Regione e dall'Azienda USL, operanti nelle équipes dei presidi socio sanitari territoriali, che in virtù di questo accordo vedono garantito l'indispensabile coordinamento degli interventi al fine di migliorarne la qualità.

COMUNITÀ PER MINORI

Sul territorio regionale esistono due comunità per minori, ubicate nella città di Aosta.

La Comunità per minori "Petit Foyer", che accoglie in regime residenziale, e per visite protette, minori di età compresa tra 0 e 12 anni in situazioni di grave rischio, che rendono necessaria una separazione dalla famiglia d'origine.

La capienza della struttura è di 7 posti residenziali e 1 semi residenziale ed offre la possibilità di effettuare 3 visite protette.

Dall'analisi dei dati si rileva che nel corso dell'anno 1999 sono state effettuate 10 ammissioni e 11 dimissioni. Le ammissioni sono state disposte con provvedimento del Tribunale Minorenni (8 casi) e 2 dalla Questura (emergenza). Nello stesso anno i minori ospitati in comunità sono stati 11.

I minori dimessi nel 1999 sono stati 10, di cui 3 in affidamento eterofamiliare, 3 in affidamento in vista di adozione, 2 sono rientrati nella famiglia di origine e 2 sono stati trasferiti nella Comunità per adolescenti. La Comunità è in grado di offrire una buona qualità negli interventi realizzati in favore dei minori accolti, anche in relazione all'adeguatezza della struttura sotto l'aspetto logistico e sotto quello educativo. Il gruppo degli operatori impegnati nel servizio è costituito da educatori e assistenti con esperienza e formazione nel settore e caratterizzati da un alto livello di motivazione.

Nell'anno 2000 la comunità ha accolto minori di età compresa tra 0 e 12 anni, ha ospitato 11 minori, di cui 9 a regime residenziale e 3 visite protette.

Tutti i minori accolti sono stati soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

La Comunità per adolescenti "Maison d'Accueil" ha le stesse finalità della Comunità "Petit Foyer" e accoglie adolescenti di età compresa tra 13 e 18 anni; dispone di 6 posti in regime residenziale e 2 in regime semi-residenziale.

Nel 1999 gli adolescenti ospitati in comunità sono stati 7. Dall'analisi dei dati risulta che nel corso dell'anno 1999 sono state effettuate per questa Comunità 8 ammissioni e rispettive dimissioni.

Tutte le ammissioni sono state disposte con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria e sono state motivate: per 6 casi da gravi disagi familiari, per uno da gravi problemi psicologici e comportamentali del minore e, in un caso, dall'emergenza.

I progetti d'inserimento, predisposti dagli operatori della comunità insieme a quelli dell'équipe socio sanitaria competente, sono stati periodicamente monitorati e ridefiniti per adattarli al bisogno contingente di ogni minore e della sua famiglia.

Le dimissioni sono state 8, prevalentemente relative a ragazzi vicini alla maggiore età e che hanno comportato un rientro in famiglia (7 casi). Solo in un caso la dimissione è avvenuta per il raggiungimento di un buon grado di autonomia da parte del soggetto e per l'individuazione di una famiglia di appoggio.

Nel 2000 la comunità ha ospitato 11 minori, tutti a regime residenziale, e soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Gli adolescenti inseriti in struttura hanno trovato un buon livello di accoglienza ed una particolare attenzione al progetto individuale interno alla comunità.

La struttura ha dimostrato di avere una capacità adeguata al bisogno.

La gestione delle strutture è stata affidata dall'Amministrazione regionale a due cooperative sociali che operano nel settore.

Il personale impiegato è costituito da educatori, assistenti e da un coordinatore interno.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA

Il Servizio, che si rivolge a minori segnalati dai servizi socio sanitari, si propone di mantenere il minore in famiglia attraverso il recupero delle risorse potenziali della famiglia stessa; di costruire una rete di legami tra minori e famiglie di origine, tra queste e l'ambiente circostante, e di prevenire la cronicizzazione di situazioni di sofferenza psico sociale dei minori in difficoltà.

Il servizio di ADE è attivo dal 1994 in Aosta e cintura e dal 1997 in Alta Valle.

Nel 1999 i minori seguiti dal servizio di ADE in Aosta e cintura sono stati 28, di cui 20 in Aosta e 8 nei Comuni limitrofi. La fascia di età più rappresentata è quella tra 11 e 15 anni (16 ospiti), seguono quella da 6 a 11 anni (7), oltre i 15 anni (4) mentre un solo bambino ospitato aveva un'età inferiore a 6 anni.

Le ammissioni al servizio nel corso del 1999 sono state 9, i minori già in carico prima del 1999 sono stati 19.

I minori ammessi al servizio hanno presentato le seguenti problematiche:

- difficoltà di integrazione ambientale sociale o culturale (17 casi)
- ipostimolazione ambientale (12 casi)
- disturbo relazionale e comportamentale (11 casi)
- difficoltà di interazione con l'esterno (8 casi)
- difficoltà scolastiche (5 casi)
- disturbo psichico o psicosomatico (4 casi)
- handicap fisico o mentale (4 casi)
- difficoltà linguistiche (3 casi)
- scarsa cura della persona (3 casi)

Le dimissioni effettuate sono state 9, con le seguenti motivazioni:

- per 3 minori in quanto pienamente raggiunti gli obiettivi previsti
- per 5 minori anche se gli obiettivi sono stati raggiunti solo parzialmente

per 1 minore la dimissione è avvenuta senza aver realizzato quanto ipotizzato dal progetto.

Il tempo medio di permanenza dei minori in carico al Servizio nel 1999 è stato di circa due anni e mezzo, tempo valutato piuttosto lungo per un servizio di carattere temporaneo. Ciò è derivato dalla gravità delle situazioni accolte che hanno costretto al prolungamento dei tempi preventivati per raggiungere gli obiettivi previsti.

Per quanto concerne il servizio di Assistenza Domiciliare Educativa attivato nel distretto Alta Valle, i minori seguiti dal servizio sono stati 20 di cui 15 maschi e 5 femmine di cui la fascia di età più rappresentata è quella tra 6 e 11 anni (10 ospiti), segue quella tra 11 e 15 anni (8) ed infine tra 3 e 6 anni con solo 2 bambini.

Le ammissioni nel corso del 1999 sono state 9, i minori già in carico prima del 1999 sono stati 11.

I minori ammessi al servizio hanno presentato le seguenti problematiche:

- difficoltà di integrazione ambientale sociale o culturale (8 casi)
- ipostimolazione ambientale (11 casi)
- difficoltà di interazione con l'esterno (9 casi)
- disturbo psichico o psicosomatico (3 casi)
- handicap fisico o mentale (4 casi)
- disturbi relazionali e comportamentali (3 casi)

Le dimissioni, nel 1999, sono state 5; per la tutte le situazioni prese in carico e dimesse, gli obiettivi sono stati pienamente raggiunti.

Il tempo medio di permanenza dei minori in carico al servizio di Assistenza Domiciliare Educativa nel 1999 è stato di circa due anni, le motivazioni sono analoghe a quelle sopra citate relative alla zona di Aosta e Cintura.

Nel 2000 il Servizio ADE ha proseguito la sua attività nella città di Aosta e cintura e nel distretto socio sanitario 1 e 2. Nell'anno 2000 sono stati presi in carico 22 minori per Aosta e Cintura e 16 minori nel distretto 1.

Nell'anno 2000, la valutazione effettuata sul servizio di assistenza domiciliare educativa già attivo nel territorio dei distretti 1 e 2 ha evidenziato la validità dello stesso sia a livello preventivo sia in termini di supporto a nuclei familiari multiproblematici.

Con la DGR 2119/2000 è stata quindi approvata l'estensione del servizio di ADE in favore di minori nei distretti socio sanitari 3 e 4 per il periodo 1° settembre 2000/31 agosto 2002.

DISABILI

La politica regionale a favore dei disabili ha come obiettivi principali l'autonomia, l'integrazione, la normalizzazione delle condizioni di vita.

L'autonomia si sostanzia nel mantenimento, nella garanzia e nel potenziamento dell'indipendenza e del senso di responsabilità del disabile.

L'integrazione è intesa nel senso di partecipazione più ampia possibile di queste persone alla vita sociale scolastica e professionale.

La normalizzazione delle condizioni di vita consiste invece nel consentire a questi cittadini l'accesso, il meno differenziato possibile, ai servizi offerti a tutta la collettività.

L'offerta regionale di servizi alle persone disabili è così composta:

Servizi diurni e semiresidenziali:

- centri socio-educativi diurni (C.S.E.)
- strutture educative di formazione e orientamento (S.E.F.O.)
- assistenza domiciliare (A.D.)
- centro per la promozione e l'inserimento lavorativo di disabili

Servizi residenziali:

- casa famiglia

Servizi integrativi:

- soggiorni estivi marini per disabili
- servizio di rieducazione equestre
- servizi di integrazione scolastica

SERVIZI DIURNI E SEMIRESIDENZIALI

Nell'ambito dell'offerta dei servizi diurni e semiresidenziali per disabili psichici sono presenti sul territorio due tipologie di servizi (C.S.E. e S.E.F.O) gestiti direttamente dall'Assessorato o affidate in gestione ad una cooperativa sociale.

Il totale degli utenti che ha usufruito dei servizi diurni per disabili è stato di 68 persone nel 1999 e di 67 persone nel 2000, così distribuite:

Servizi	N.sedi	Anno 1999 N. utenti	Anno 2000 N. utenti
C.S.E. regionali	4	48	48
C.S.E. cooperativa	1	5	6
S.E.FO	4	15	13

Di scarsa rilevanza sono i dati relativi agli utenti disabili seguiti dai servizi di assistenza domiciliare, prioritariamente utilizzata da persone anziane.

CENTRI SOCIO-EDUCATIVI REGIONALI (C.S.E.)

Gli interventi attuati nei singoli C.S.E. sono di diversa natura a seconda del progetto individuale redatto dall'équipes educativa in collaborazione con l'équipes territoriale competente per territorio. Sono distinguibili in interventi:

- domiciliari
- di educativa territoriale
- a tempo pieno
- a tempo parziale
- attività occupazionali

Nel 1999 le modalità di presa in carico degli utenti sono state le seguenti:

- 30 persone a tempo pieno
- 13 a tempo parziale
- 6 impegnati in progetti di educativa territoriale
- 8 impegnati in attività occupazionali.

Nel 2000 le modalità di presa in carico sono state::

- 31 persone a tempo pieno
- 16 a tempo parziale
- 3 impegnati in progetti di educativa territoriale
- 6 impegnati in attività occupazionali.

Alcuni utenti inseriti a tempo parziale o in educativa territoriale hanno svolto anche attività occupazionali.

Come emerge dalla tipologia degli interventi, al fine di rispondere in maniera adeguata a utenti con disabilità diverse per grado e patologia, uno stesso servizio risponde ai differenti e molteplici bisogni della popolazione disabile adulta. Infatti, fanno capo ai C.S.E. non solo gli utenti più gravi, ma anche coloro per i quali sono stati attivati progetti di educativa territoriale, attività occupazionali e l'inserimento in laboratori produttivi (bigiotteria, candele, cuoio, cartotecnica, pasticceria) attivati nei locali degli stessi C.S.E.

Per quanto riguarda i C.S.E. regionali gli utenti sono stati così distribuiti:

Sedi	Anno 1999 N. utenti	Anno 2000 N. utenti
C.S.E. Aosta	17	15
C.S.E. Quart	14	14
C.S.E. Châtillon	8	8
C.S.E. Hône	9	11

La mobilità degli utenti è stata la seguente:

Tipo di mobilità	Anno 1999 N. utenti	Anno 2000 N. utenti
Dimissioni	3	1
Domande inevase	0	1
Nuovi Casi	5	2

Come emerge dai dati, ed in particolare modo dal basso numero di dimissioni, l'aspetto di maggiore criticità consiste nella "staticità" dell'utenza e nella difficoltà a sviluppare scenari futuri alternativi ai C.S.E. (circa il 75% degli utenti è inserito nei C.S.E. regionali da più di 10 anni).

Il personale impiegato nei C.S.E. regionali nell'anno 1999 è così distribuito:

- 19 educatori professionali (di cui 1 nel servizio convenzionato)
- 10 operatori senza specifica qualifica (di cui 1 nel servizio convenzionato)
- 3 Adest assunte in via sperimentale.

Parimenti nell'anno 2000 la distribuzione è stata di:

- 15 educatori professionali (di cui 1 nel servizio convenzionato)
- 12 operatori senza specifica qualifica (di cui 2 nel servizio convenzionato)
- 6 Adest

Il 70% degli operatori ha il titolo di educatore professionale o di Adest, ottenuto in seguito a specifico corso di formazione; il personale non formato è utilizzato per sostituzioni e non può accedere ai concorsi per i posti in ruolo.

Nell'ambito delle attività organizzate si è prioritariamente ricercata la collaborazione con il territorio circostante al fine di realizzare l'integrazione delle persone disabili prese in carico nel proprio contesto di vita.

STRUTTURE EDUCATIVE DI FORMAZIONE E ORIENTAMENTO (S.E.F.O.)

Le S.E.F.O. costituiscono la risposta organizzata per ragazzi disabili che, terminato l'obbligo scolastico, necessitano di un accompagnamento e di un orientamento mirato utile alla futura esperienza di vita.

Tale obiettivo si realizza attraverso la progettazione di attività interne ed esterne alla struttura finalizzate alla promozione delle competenze personali e sociali, tenuto conto delle risorse dell'intero territorio regionale.

Le S.E.F.O. seguono il calendario scolastico, per questo motivo, nell'illustrare i dati seguenti, si farà riferimento agli anni 1999/2000 e 2000/2001.

In entrambi gli anni le S.E.F.O. attivate sono state quattro, tre nel capoluogo (in una scuola elementare, in una scuola media e in un istituto professionale) e una in un istituto professionale in un comune della Bassa Valle.

Nel 1999 il totale degli utenti, compreso tra i 16 e i 19 anni, è stato di 13 unità, di cui 12 maschi ed 1 femmina. Nel giugno 1999 sono stati dimessi dal servizio 4 utenti per raggiunto limite d'età; mentre nel settembre 1999 non sono stati inseriti nuovi utenti in alcuna S.E.F.O.

Nel 2000 il totale degli utenti, compreso tra i 16 e i 19 anni, è stato di 13 unità, di cui 11 maschi e 2 femmine. Nel giugno 2000 sono stati dimessi dal servizio 2 utenti, 1 per raggiunto limite d'età, l'altro per partecipazione ai corsi di formazione dell'Agenzia del Lavoro. Nel settembre 2000 sono stati inseriti 4 nuovi utenti.

Nell'ambito del progetto "Marginalità" è stata attivata una collaborazione con l'Agenzia del lavoro per la realizzazione del V Progetto Orientamento per disabili, finanziato con i fondi dell'Unione Europea. A tale iniziativa hanno preso parte 8 disabili, (6 femmine e 2 maschi), di età compresa fra i 17 e i 38 anni, di cui 2 provenienti dalla S.E.F.O., 1 da un C.S.E. regionale e 5 al momento non in carico ai servizi.

Il Progetto prevede la promozione della persona disabile come componente utile ed integrante della società attraverso la realizzazione di un prodotto socialmente utile individuato dalla popolazione coinvolta.

In questa edizione del Progetto Orientamento i prodotti socialmente utili sono stati 2 (manutenzione dell'area verde della scuola materna del Comune ospitante e creazione di un opuscolo che ricostruisce e raccoglie le tradizioni del paese)

Parte fondamentale del Progetto sono gli stages formativi in azienda, a cui gli 8 ragazzi hanno preso parte con l'obiettivo generale di avvicinamento al mondo del lavoro. Gli stages hanno avuto durata di 40 ore per allievo per un totale di 320 ore.

Negli anni scolastici in questione il personale in servizio presso le S.E.F.O. è stato di 11 unità nel 1999 e di 13 unità nel 2000, di cui circa il 64% con il titolo di educatore professionale mentre il restante 36%, non ha una specifica qualifica professionale ed è assunto a tempo determinato con conseguente turn over tra operatori che coinvolge il 25% degli operatori in carico all'inizio dell'anno scolastico.

CENTRO PER LA PROMOZIONE E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DI DISABILI

Si tratta di una struttura Centro Agricolo ubicato nel villaggio di Ollignan in Comune di Quart costituito da un'ampia struttura a due piani con annessi terreni da coltivare.

L'Associazione Valdostana Famiglie con Figli Subnormali, l'Institut Agricole Régional e la Regione hanno costituito una Fondazione denominata "Ollignan" che si pone tra le sue finalità la gestione del centro omonimo.

La Regione, oltre ad aderire alla Fondazione, ha affidato ad essa la gestione in convenzione del Centro per il periodo dal 22 dicembre 1999 al 22 dicembre 2004.

Gli obiettivi che la Fondazione si pone per la gestione del Centro di Ollignan sono quelli di:

- promozione e offerta di inserimento lavorativo a persone disabili con handicap psichico o malattie mentali (il numero dei soggetti da inserire nel corso del primo anno di attività è indicativamente di 15 persone);
- sviluppo del livello di autonomia operativa ed economica delle persone e della struttura;
- creazione di un modello organizzativo per l'integrazione delle persone emarginate.

CASA FAMIGLIA

La Casa Famiglia svolge le medesime funzioni della Comunità protetta per disabili psichici in quanto rappresenta la soluzione residenziale, gestita con modalità familiari, per soggetti in difficoltà privi di adeguato sostegno da parte della famiglia e che necessitano di soluzioni alloggiative protette.

La struttura riserva alcuni posti per soggetti che necessitino di interventi temporanei e che si trovino in particolari situazioni di emergenza e può offrire anche un servizio di accoglienza diurna.

Il servizio è destinato a disabili psichici privi di adeguato sostegno, anche temporaneo, da parte della famiglia che abbiano un'età superiore a 18 anni per l'inserimento permanente, e superiore a 6 anni per l'inserimento temporaneo.

Nel corso del 1999 sono stati ospitati permanentemente 3 disabili e temporaneamente, nei 4 posti a disposizione, per 12 mesi, un numero complessivo di 20 utenti per 397 giorni complessivi.

Nel corso del 2000 sono stati ospitati permanentemente 3 disabili e temporaneamente, nell'unico posto a disposizione, per 7 mesi, un numero complessivo di 7 utenti per 127 giorni complessivi.

SOGGIORNI ESTIVI MARINI PER DISABILI

I soggiorni marini, organizzati e gestiti dalla Regione, sono destinati a disabili fisici e psichici di età compresa i 20 e 50 anni inseriti nei centri socio-educativi e a quelli esterni alle strutture medesime.

Gli obiettivi che il servizio si pone sono i seguenti:

- il recupero psicofisico in un ambiente adeguato di assoluta tranquillità ed in una struttura accessibile, adatta alle esigenze di queste persone, dotata di tutti i comfort necessari;
- l'integrazione sociale del soggetto disabile in vari ambiti per consentire al medesimo la partecipazione ad attività di animazione e coinvolgimento di gruppo ed attività ricreative e culturali, anche esterne alla struttura residenziale.

Nel 1999 e nel 2000 hanno partecipato alle attività 33 persone.

SERVIZIO DI RIEDUCAZIONE EQUESTRE

Si tratta di un servizio finalizzato a consentire ai soggetti disabili di trarre benefici e miglioramenti delle proprie capacità latenti e al raggiungimento di una propria autonomia attraverso lo svolgimento dell'attività a mezzo del cavallo.

Il servizio è gestito in convenzione dall'Associazione Valdostana di Riabilitazione Equestre e Sportiva (A.V.R.E.S.) e si svolge in località Saint-Christophe.

L'A.V.R.E.S. si avvale di quattro operatori esperti in equitazione e riabilitazione che seguono 33 soggetti inseriti nell'attività.

Al termine di ciascun intervento viene rilasciato un documento attestante gli obiettivi psico-fisici conseguiti e il livello di autonomia raggiunto.

SERVIZI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

L'integrazione scolastica si attua, oltre che con l'ausilio degli insegnanti di sostegno, anche con gli operatori per l'handicap inseriti a fianco dei medesimi.

Nell'anno 1999 i ragazzi disabili, inseriti nelle scuole di ogni ordine e grado, che sono stati affiancati da 31 operatori per l'handicap, sono stati 60, mentre nel 2000, 62 ragazzi disabili, inseriti nelle scuole di ogni ordine e grado, sono stati affiancati da 36 operatori per l'handicap.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Il 1999 e il 2000 sono stati anni di cambiamenti per ciò che riguarda la formazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi sociali e socio-educativi; infatti, a causa dell'incertezza normativa a livello nazionale, sono stati interrotti i corsi di base per assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST) e per educatori professionali, consolidando e strutturando maggiormente l'attività di aggiornamento, con la predisposizione di un primo Piano approvato con DGR 1538 del 10/1999 e di un successivo, approvato con DGR 2636/2000.

Parallelamente all'interruzione dei corsi di base per assistenti domiciliari e dei servizi tutelari, l'Amministrazione regionale ha attivato due corsi di riqualificazione rivolti agli operatori delle case di riposo private, a cui hanno partecipato complessivamente 35 persone che lavorano in quattro case di riposo. I corsi sono durati 250 ore ciascuno, 180 di teoria e 70 di tirocinio. Altre 10 persone che lavoravano in qualità di assistenti domiciliari presso le cooperative sociali che gestiscono servizi socio-assistenziali e socio-educativi per l'Amministrazione regionale e per il Comune di Aosta sono state riqualificate partecipando ad un analogo corso gestito dall'IRECOOP e finanziato dal Fondo Sociale Europeo.

Nel periodo marzo/ottobre 2000 si è svolto un corso di formazione per mediatori interculturali, finanziato dal Fondo Sociale Europeo e affidato per la gestione alla cooperativa sociale La Sorgente (DGR 603/2000), della durata complessiva di 450 ore, che ha formato 15 mediatori interculturali nell'ambito del Progetto Cavanh (DGR 1161/1999 "Piano regionale di attuazione della legge 28 agosto 1997 n. 285").

La cooperativa sociale San Grato ha organizzato e gestito un corso di aggiornamento, della durata di 270 ore, finanziato dal Fondo Sociale Europeo e rivolto a 15 persone (dipendenti e volontari) sul tema dello sviluppo del ruolo professionale dell'operatore di comunità.

In collaborazione con l'Ufficio HACCP nel 1999, è stata inoltre curata l'organizzazione di corsi rivolti a tutto il personale dei servizi per anziani ed inabili (circa 600 persone) in ottemperanza al D.L.g.s. 155/1997 relativo all'igiene e al controllo degli alimenti. Ogni operatore ha partecipato a quattro ore di formazione.

PIANO DI AGGIORNAMENTO

Nei Piani di aggiornamento per il personale socio-sanitario e socio-assistenziale 1999 e 2000, sono contenute numerose iniziative, suddivise in corsi, seminari e giornate di studio.

Tra le iniziative realizzate, due soltanto sono state rivolte ad una specifica professionalità: si tratta delle giornate monotematiche rivolte alle ADEST e dell'incontro sulla legge 675/1996 applicata al Servizio Sociale; alcuni corsi sono stati rivolti ad operatori di specifici servizi (asili nido, Centri Socio Educativi, Strutture Educative di Formazione e Orientamento, Ufficio formazione), altri hanno coinvolto contemporaneamente operatori appartenenti a servizi diversi (corso coordinatori, seminari sull'interculturalità e l'immigrazione maghrebina), operatori coinvolti nell'attivazione di nuovi servizi o di nuove modalità di intervento (Assistenza Domiciliare Integrata, Rapporti tra ospedale e territorio, Assistenza Domiciliare Educativa).

A queste iniziative, alcune riservate agli operatori dell'Assessorato, altre aperte all'esterno (insegnanti, genitori, operatori sanitari, operatori di cooperative sociali, dei comuni e delle comunità montane), nell'anno 1999 hanno partecipato complessivamente 640 corsisti (molti dei quali a più iniziative). Sono stati coinvolti 39 docenti, per un totale di 229 ore di formazione e un impegno di spesa complessivo di circa 70 milioni di lire. Nel 2000 hanno partecipato complessivamente 665 corsisti (molti dei quali a più iniziative); sono stati coinvolti 56 docenti, per un numero pari a 535 ore di formazione e un impegno di spesa complessivo di circa 118 milioni di lire.

Nella tabella 1 è illustrato il Piano riassuntivo delle iniziative di formazione relative al biennio 1999-2000.

Tabella 1. Sintesi delle iniziative contenute nei piani di aggiornamento relative agli anni 1999 e 2000

	iniziative contenute nel Piano di aggiornamento 1999	iniziative contenute nel Piano di aggiornamento 2000 realizzate nel 2000	iniziative contenute nel Piano di aggiornamento 2000 da realizzare nel 2001
iniziative realizzate direttamente dell'Ufficio formazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una legge per difendere la privacy. 2. Incontro sulla L. 675/96 applicata al Servizio sociale. 3. Interculturalità ed immigrazione maghrebina. 4. Sperimentazione inserimento ADEST nei CSE di Aosta e Châtillon. 5. Progetto acquaticità. Disabili e piscina: quale intervento dell'educatore. 6. L'osservazione come strumento educativo utilizzato nell'ambito dei servizi per l'handicap. 7. Seminari rivolti al personale delle SEFO, a.s. 1998/99. 8. Suono quindi sono. Esperienze di musica con le persone disabili. 9. Percorso di formazione rivolto al gruppo di lavoro dell'Ufficio formazione. 10. Il disagio dei minori in ambito scolastico. 11. Progetto ITACA: incontri di verifica nelle microcomunità del distretto socio-sanitario n. 3. 12. Formazione formatori Progetto ITACA. 13. Percorso di formazione per coordinatori. 14. Seminari rivolti al personale delle SEFO, a.s. 1999/2000. 15. Formazione per gli operatori socio-sanitari coinvolti nella Sperimentazione ADI nel comune di Aosta. 16. Giornate di studio rivolte alle ADEST. 17. Progetto ITACA: incontri informativi e di sensibilizzazione. 18. Progetto ITACA: trasferibilità metodo di lavoro nelle microcomunità del distretto socio-sanitario n. 2. 19. Formazione per qualificare i rapporti tra ospedale e territorio. 20. Presa in carico minori: indicatori di disagio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percorso di formazione per coordinatori. 2. Percorso di formazione rivolto al gruppo di lavoro dell'Ufficio formazione. 3. L'intervento con le famiglie nel progetto educativo. 4. Percorso di accompagnamento per l'inserimento della figura professionale dell'ADEST all'interno dei CSE. 5. Formazione per gli operatori socio-sanitari coinvolti nella sperimentazione dell'assistenza domiciliare integrata nella città di Aosta. 6. Formazione formatori della trasferibilità agli operatori socio-sanitari coinvolti nella sperimentazione Assistenza Domiciliare Integrata. 7. Gli aspetti normativi relativi all'handicap. 8. Percorso di formazione per gli educatori e per gli operatori delle équipes socio-sanitarie coinvolti nel servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (ADE). 9. Realizzazione di assistenze tecniche previste nell'ambito della sperimentazione del servizio ADI della città di Aosta. 10. Per un nido sicuro. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lettura e gestione, con approccio psico-dinamico, degli elementi che nascono e si
		<ol style="list-style-type: none"> 11. Incontri a favore delle assistenti domiciliari e dei servizi tutelari. 	

iniziative affidate per la realizzazione al Consorzio Projet Formation		<p>12. Norme giuridiche, deontologia ed organizzazione: i saperi e le responsabilità.</p> <p>13. "Fare, creare e trasformare". Laboratorio di attività espressive e creative.</p> <p>14. Formazione per qualificare i rapporti tra ospedale e territorio.</p>	<p>sviluppano durante la presa in carico: cosa accade negli operatori, negli utenti e nelle famiglie.</p> <p>2. Seminari rivolti al personale delle SEFO anno scolastico 2000/2001.</p> <p>3. Formazione per coordinatori degli asili-nido.</p>
iniziative progettate e realizzate dal Coordinamento Pedagogico dei nidi	<p>21. Comunicazione e gruppo di lavoro.</p> <p>22. L'osservazione del bambino (modello Tavistock Clinic).</p> <p>23. Sezioni a gruppi misti.</p> <p>24. L'alimentazione all'asilo nido.</p> <p>25. Norme giuridiche, deontologia ed organizzazione: i saperi e le responsabilità gestionali.</p> <p>26. La sicurezza al nido (118).</p>	<p>15. Comunicazione e gruppo di lavoro.</p> <p>16. L'alimentazione all'asilo nido.</p> <p>17. L'osservazione del bambino (modello Tavistock Clinic).</p> <p>18. Sezioni a gruppi misti.</p>	
iniziative progettate e realizzate dal Servizio Sanità Territoriale	<p>27. Consultorio adolescenti: formazione del personale per l'avvio del servizio.</p>		<p>4. Progetto Sorriso.</p>

CONVENZIONE CON L'UNIVERSITÀ DI TORINO

Con la DGR 591/1999, la Valle d'Aosta ha provveduto a rinnovare per tre anni la Convenzione con l'Università degli studi di Torino per lo svolgimento, presso servizi e strutture della Regione, di tirocini previsti dal Corso di Laurea in Scienze dell'educazione, indirizzo "educatore professionale", da parte di studenti valdostani, a partire dall'anno accademico 1998/1999; un'analogha convenzione, approvata con DGR 604/2000, è stata stipulata con l'Università degli studi di Genova.

L'Ufficio formazione, individuato come referente per i contatti con l'Università, ha provveduto, come negli anni precedenti, ad organizzare e monitorare i tirocini, assicurando anche lo svolgimento di attività didattiche integrative. Gli studenti seguiti per il tirocinio sono stati 10 nel 1999 e 11 nel 2000. Sono state inoltre erogate circa 140 ore di attività didattico-integrative nel corso dei due anni.

ATTIVITÀ DELLA BIBLIOTECA INTERNA DELL'UFFICIO FORMAZIONE

Negli anni 1999-2000, oltre alla normale gestione della biblioteca (servizi prestito - circa 500 prestiti -, assistenza alla ricerca e alla consultazione, acquisto e classificazione di testi tecnici riguardanti l'ambito sociale, sanitario ed educativo - circa 1400 libri), si è provveduto all'informatizzazione delle riviste presenti (circa 4500 articoli), ora disponibili per la ricerca.

Con provvedimento dirigenziale n. 1670 del 28 marzo 2000, sono state approvate le modalità di funzionamento della biblioteca interna dell'Ufficio formazione.

VOLONTARIATO

Il volontariato è disciplinato dalla legge quadro 266/1991 che riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo salvaguardandone l'autonomia.

Tale legge stabilisce inoltre i principi cui le Regioni e le Province Autonome devono attenersi nel disciplinare i rapporti tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato.

L'azione positiva del volontariato è infatti orientata alla trasformazione del contesto sociale, e fornisce un contributo al miglioramento della qualità della vita in tutti gli ambiti della comunità. Il volontariato si adopera affinché si attivino tutte le risorse del territorio al fine di fronteggiare insieme i meccanismi che costituiscono svantaggio, sofferenza, discriminazioni sociali, diseguaglianze sostanziali o degrado ambientale e culturale.

Il volontariato collabora con le altre forze del territorio e con le istituzioni nella definizione delle politiche sociali e nella programmazione degli interventi. Esso non deve rinunciare alla propria autonomia in cambio di sostegno economico o politico che sia.

Le organizzazioni di volontariato perseguono i propri fini statuari senza chiudersi nello stretto recinto del proprio operare. Promuovono connessioni e alleanze con altre organizzazioni di volontariato e di terzo settore e partecipano a coordinamenti e consulte che permettono azioni collettive e forze di pressione.

Le organizzazioni di volontariato sociale sono perciò luoghi permanenti di dialogo per formare un orientamento pubblico a beni comuni.

La Valle d'Aosta ha emanato la legge 63/1993 "Disciplina del volontariato" con la quale regola, tra l'altro, l'iscrizione al Registro regionale del volontariato, condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici, nonché per stipulare le convenzioni e per beneficiare delle agevolazioni fiscali.

Con la l.r. 5/1996 "Modificazioni alla legge regionale 6.12.1993, n.83" sono state riconosciute iscrivibili al Registro anche le associazioni di protezione civile.

Alla data del 31.12.1999 le associazioni di volontariato iscritte al registro regionale erano 53, suddivise nei seguenti settori:

- 19 di soccorso;
- 6 sanitarie;
- 19 socio assistenziali;
- 5 di protezione civile;
- 3 di impegno civile.

L'aggiornamento al 31.12.2000 ha registrato un aumento delle associazioni che sono diventate 65 per l'iscrizione di 11 associazioni del settore sanitario, 1 in quello della protezione civile ed 1 nel settore di impegno civile, a fronte di un'unica cancellazione nel settore della protezione civile.

La copia cartacea della relazione non è in vendita

Finito di stampare nel mese di agosto 2001