

Observatoire épidémiologique régional et des politiques sociales  
Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali



**CONDITIONS DE SANTÉ ET RECOURS AUX SERVICES SANITAIRES  
EN VALLÉE D'AOSTE**

Analyse épidémiologique des données régionales de l'enquête effectuée par l'ISTAT en 2005

**STATO DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI  
IN VALLE D'AOSTA**

Analisi epidemiologica dei dati regionali dell'indagine Istat 2005

Aoste – Décembre 2009

Curatrice del volume: Patrizia Vittori<sup>1</sup>.

Hanno collaborato: Sabrina Abena<sup>1</sup>, Roberto Gnavi<sup>2</sup>, Tania Landriscina<sup>2</sup>, Alessandro Migliardi<sup>2</sup>, Giuseppe Costa<sup>2</sup>, Morena Junod<sup>3</sup>

Impostazione editoriale: Alessandra Gelori<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali - Regione Autonoma Valle d'Aosta.

<sup>2</sup> Servizio regionale di Epidemiologia - ASL 3 - Grugliasco - Regione Piemonte.

<sup>3</sup> Direzione Salute – Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali - Regione Autonoma Valle d'Aosta.

## PRÉSENTATION

Avec cette publication dédiée à l'état de santé et au recours aux services des citoyens valdôtains, nous désirons contribuer à la diffusion des connaissances relatives à toute une série de thèmes fondamentaux pour le maintien d'un niveau adéquat d'efficacité, d'efficience et d'équité du système sanitaire régional.

Conçue en tenant compte de problèmes généraux – et donc stratégiques – pour la prédisposition et le contrôle de documents de programmation pluriannuels, cette étude a été précédée, au niveau régional, par le rapport sanitaire et social élaboré par notre Assessorat en 2001. Ledit rapport avait déjà exploité les données concernant l'échantillon de résidents valdôtains de l'enquête «Conditions de santé et recours aux services sanitaires» que l'ISTAT mène tous les cinq ans, depuis 1993, et plus précisément l'édition de l'an 2000.

Comme dans le rapport sanitaire et social de 2001, mais presque 8 ans plus tard, cette étude analyse les changements qui ont concerné la population valdôtaine dans un cadre très vaste, comprenant des aspects tels que la santé perçue, la présence de maladies chroniques ou de handicaps, l'aptitude à suivre des styles de vie sains ou à se soumettre – pour des raisons de prévention – à une série de contrôles diagnostiques, sans oublier le recours à des services spécifiques et l'évaluation, effectuée par les citoyens valdôtains, du service sanitaire régional.

Je suis convaincu que l'utilisation, au niveau local, de ces enquêtes nationales – grâce, entre autres, à la valorisation épidémiologique des données inhérentes à la Vallée d'Aoste – offre un outil de connaissance extrêmement intéressant pour tous ceux qui exercent des responsabilités publiques en matière de bien-être et de santé, et ce, non seulement du fait de la lecture et de l'interprétation des processus et des résultats envisagés, mais aussi en raison des comparaisons possibles avec d'autres zones géographiques d'Italie que lesdites enquêtes permettent d'établir.

En espérant que notre contribution, par le biais de ce document, pourra elle aussi devenir un instrument d'utilité publique et intéresser un large public, je confirme mon engagement personnel – et celui des structures techniques de cet Assessorat – à poursuivre sur le chemin de l'engagement scientifique et éditorial. Nous aurons en effet besoin d'une quantité croissante de connaissances accessibles et certifiées sur lesquelles fonder nos choix et nos évaluations, au niveau local, ce qui nous permettra de contribuer, tous ensemble, à l'amélioration de la qualité des services.

L'ASSESEUR  
Albert Lanièce

## PRESENTAZIONE

Con la presente pubblicazione, dedicata allo stato di salute e al ricorso ai servizi da parte dei cittadini valdostani, si intende offrire un contributo conoscitivo ad un insieme di tematiche cruciali per il mantenimento di un adeguato livello di efficacia, efficienza ed equità del sistema sanitario regionale.

Lo studio, organizzato per problematiche generali, e quindi strategiche per la predisposizione e la verifica di documenti programmatori pluriennali, ha un antecedente regionale nella Relazione Sanitaria e Sociale 2001, prodotta da questo Assessorato. Come allora, infatti, sono stati valorizzati i dati riferiti al campione di residenti valdostani nell'indagine Istat "*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*" che l'Istituto nazionale di statistica conduce dal 1980 con cadenza circa quinquennale.

Al pari della Relazione Sanitaria e Sociale del 2001, si analizzano, a 5 anni di distanza, le variazioni intervenute nella popolazione valdostana all'interno di uno scenario molto ampio, che contempla aspetti come: la salute percepita, la presenza di malattie croniche o di disabilità, l'attitudine a seguire stili di vita corretti, piuttosto che a sottoporsi per prevenzione ad una serie di controlli diagnostici, oltre che il ricorso a servizi specifici e il giudizio espresso dai valdostani sul servizio sanitario regionale.

Nel presentare questo studio ho la convinzione che l'utilizzo in sede locale di queste indagini nazionali, grazie anche alla valorizzazione epidemiologica dei dati inerenti la Valle d'Aosta, costituisca uno strumento di conoscenza estremamente interessante per tutti coloro che hanno pubbliche responsabilità in materia di salute e sanità, ciò sia per la lettura e l'interpretazione interna dei processi e degli esiti attesi, sia per i confronti resi possibili con altre aree geografiche del Paese.

Con l'auspicio che anche questo nostro contributo possa essere di pubblica utilità e di interesse per molti, rinnovo l'impegno mio personale e delle strutture tecniche competenti dell'assessorato, a proseguire sulla strada della conoscenza scientifica e del debito informativo ed editoriale conseguente, affinché sia possibile disporre, con sempre maggiore efficacia, di conoscenze accessibili e certificate, sulle quali fondare, in sede locale, le scelte e le valutazioni e, quindi, contribuire, tutti insieme, al potenziamento della qualità dei servizi sanitari ai cittadini valdostani.

L'ASSESSORE  
Albert Lanièce

## INDICE

1. MATERIALI E METODI .....	7
1.1 Affidabilità dell'indagine ISTAT .....	7
1.2 Il file semplificato .....	9
1.3 Innovazioni e potenzialità dell'indagine ISTAT 2005 .....	10
1.4 Elaborazione e analisi dei dati .....	14
2. LE CARATTERISTICHE SOCIALI DELLA VALLE D'AOSTA .....	17
2.1 Livello di istruzione .....	18
2.2 Stato civile .....	20
2.3 Condizione professionale .....	22
2.4 Tipologia familiare .....	24
2.5 Giudizio sulle risorse economiche .....	26
2.6 Reti di relazione/Capitale sociale .....	27
3. I FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALE .....	31
3.1 Fumo di sigaretta .....	31
3.2 Attività fisica nel tempo libero .....	33
3.3 Popolazione attiva/Non attiva .....	36
3.4 Indice di massa corporea .....	37
3.5 Controllo del peso .....	40
3.6 Indice di rischio cardiovascolare .....	43
4. LO STATO DI SALUTE DEI VALDOSTANI .....	47
4.1 La salute percepita .....	47
4.2 Disabilità, limitazioni dell'attività, acuzie e traumatismi .....	52
4.3 Malattie croniche .....	57
4.4 Almeno una malattia dell'apparato circolatorio, respiratorio, osteomuscolare e digerente .....	66
4.5 Almeno una malattia cronica grave .....	69
5. LA PREVENZIONE E GLI STILI DI VITA DEI VALDOSTANI .....	73
5.1 L'attitudine ai controlli sanitari periodici: colesterolo, glicemia, pressione .....	73
5.2 Frequenza controllo pressione .....	77
5.3 Lo screening oncologico femminile: Pap-Test e Mammografia .....	79
5.4 La vaccinazione antinfluenzale .....	83
6. IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI E AI TRATTAMENTI .....	85
6.1 Le visite mediche .....	85
6.2 Gli accertamenti diagnostici .....	91
6.3 L'assistenza sanitaria territoriale .....	95
6.4 Il ricovero ospedaliero e le prescrizioni farmaceutiche .....	99
6.5 Le medicine non convenzionali .....	101
6.6 L'indice di consumo dei servizi .....	105
6.7 Il giudizio sul servizio sanitario regionale .....	107
7. IL PERCORSO DELLA MATERNITA' .....	111
7.1 Il ricorso a esami per la diagnosi prenatale .....	112
7.2 Il ricorso a visite ed ecografie .....	116
7.3 Disturbi e costrizioni a letto .....	120
7.4 Preparazione e protezione in gravidanza .....	123
7.5 Le caratteristiche del parto .....	127
7.6 I disturbi post partum .....	131
7.7 Peso alla nascita e allattamento .....	133
8. ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA .....	139



## 1. MATERIALI E METODI

Questo capitolo dedica particolare attenzione all'affidabilità e alle novità dell'indagine campionaria ISTAT sulla salute, fornendo alcune informazioni metodologiche e illustrando alcuni nuovi temi che essa ha introdotto rispetto le precedenti edizioni.

È inoltre affrontato il tema dell'uso in ambito regionale dell'indagine, reso possibile da un file semplificato di microdati, fornito alle regioni dall'ISTAT ai fini di una più semplice gestione delle informazioni da parte degli utenti finali.

Infine, sono descritte le modalità con cui sono ottenute le stime dal campione di famiglie valdostane intervistate, la rappresentatività, e le caratteristiche del campione rispetto la popolazione regionale e, per ultime, le modalità di elaborazione e analisi statistica dei dati.

La finalità di questo capitolo è perciò quella di documentare, quanto più possibile, il rigore e la trasparenza degli strumenti e dei metodi utilizzati per l'analisi dei dati riferiti alla Valle d'Aosta.

Per altre informazioni si rimanda alla pubblicazione ufficiale, consultabile anche sul sito Internet dell'ISTAT<sup>1</sup>.

### 1.1 Affidabilità dell'indagine ISTAT

L'indagine ISTAT sulle *“Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005”* (d'ora in poi definita con Salute 2005), si inserisce nel Sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993, e viene ripetuta con cadenza quinquennale.

Con essa si rilevano informazioni sullo stato di salute (presenza di patologie croniche, disabilità), su alcuni suoi determinanti (abitudine al fumo, attività fisica, eccesso di peso, prevenzione) e sul ricorso ai servizi sanitari (visite mediche, ricoveri, day hospital, accertamenti diagnostici, ecc.) da parte delle popolazioni regionali. È condotta mediante quattro distinte rilevazioni, a cadenza trimestrale, anche per tenere conto dell'effetto stagionale dei fenomeni, di particolare rilievo per le problematiche della salute.

Laddove consentito dalla medesima formulazione della domanda nel questionario dell'indagine del 2000 e in quello del 2005, è presente un confronto temporale dei dati valdostani relativi alle due indagini Istat (*Salute 2000 e Salute 2005*), al fine di riconoscere un miglioramento, una situazione di stazionarietà o il permanere di una criticità.

Per soddisfare i bisogni informativi a livello territoriale, utili alla programmazione sanitaria locale, come per la precedente indagine Salute 2000, l'ISTAT ha notevolmente ampliato la numerosità campionaria grazie al contributo messo a disposizione dal Ministero competente e dalle Regioni.

Le indagini tematiche sulla salute, realizzate mediante interviste (HIS – Health Interview Survey) sono ormai largamente diffuse nei Paesi dell'Unione Europea, la quale sta promuovendo azioni che consentano la comparabilità delle informazioni utili alla programmazione di politiche sanitarie. Tali indagini, documentano lo stato e i comportamenti relativi alla salute, al fine di confrontarli con le caratteristiche demografiche e socio economiche della popolazione e con l'utilizzo che viene fatto dei servizi sanitari, rilasciando un insieme di informazioni altrimenti non reperibili da fonti amministrative già esistenti.

L'utilizzo di queste indagini a livello regionale non è tuttavia ancora quello auspicato, e ciò perché permane, anche tra gli operatori e i dirigenti della sanità, una certa sfiducia verso i dati delle indagini campionarie.

---

<sup>1</sup> [www.istat.it](http://www.istat.it) e poi seguire il percorso: Società/Sanità e previdenza/Archivio/Le condizioni di salute della popolazione. Anni 1999-2000.

In realtà i criteri attraverso cui valutare la bontà di un'indagine campionaria sono quattro: 1) l'ampiezza e il modello del campione, 2) l'organizzazione, il controllo dell'esecuzione dell'indagine, 3) l'impostazione e il contenuto delle domande poste, 4) l'intelligenza nell'analisi dei risultati<sup>2</sup>. L'indagine sulla Salute 2005, qui utilizzata, presenta le garanzie necessarie per essere considerata un'indagine affidabile rispetto a tutti i criteri sopra citati.

Per quanto riguarda l'ampiezza e il modello del campione, nonostante la ridotta numerosità demografica della popolazione valdostana, l'indagine utilizza, anche per la Valle d'Aosta, un campione corrispondente a 1 intervistato ogni 450 residenti di età superiore a 14 anni. Il campione è inoltre stratificato per ampiezza demografica del comune e, nei comuni valdostani estratti per l'indagine, le famiglie sono individuate casualmente e i rispettivi componenti sono tutti intervistati.

L'unità di rilevazione è la famiglia, intendendo la *famiglia di fatto*, ossia un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi.

In Valle d'Aosta, al momento dell'indagine, la popolazione residente era costituita da 120.909 unità, da cui è stato estratto un campione di 1.060 famiglie, per un totale di poco meno di 3.000 interviste a persone residenti in 25 dei 74 comuni valdostani (unico limite alla rappresentatività totale). Di questi 25 comuni, 5 sono definiti dall'ISTAT "auto rappresentativi" (AR), perché aventi una dimensione demografica superiore agli altri. Le stime campionarie sono quindi prossime a quelle che si otterrebbero con un'indagine censuaria (su tutti i residenti) e l'eventuale errore è inferiore a una differenza interpretabile come reale variazione.

Il tasso di risposta regionale, calcolato come media complessiva dei quattro trimestri di rilevazione, è stato del 78,4%, contro un valore medio nazionale dell'83,8%<sup>3</sup>.

Il secondo punto: l'organizzazione e il controllo dell'indagine, sono affidabili perché unitari e rigidi, cioè condotti secondo criteri e regole stabilite a livello centrale da parte dell'Ente statistico nazionale, e trasmesse agli intervistatori. Questi ultimi sono addestrati e controllati dallo stesso Ente centrale, nonostante il loro reclutamento avvenga su base locale.

Le informazioni sono raccolte con tecnica PAPI (Paper and Pencil Interview) mediante interviste dirette a tutti i componenti la famiglia. Le interviste sono effettuate presso l'abitazione dell'unità familiare campionata e alcune informazioni sono raccolte mediante l'autocompilazione di un questionario individuale.

Al fine di monitorare l'intero processo di rilevazione, e per massimizzare la qualità della stessa, è stato utilizzato un sistema informativo integrato (SIGIF), che consente la comunicazione tramite rete telematica dei diversi soggetti che collaborano all'indagine (Comuni, Uffici Regionali, Istat centrale) per la gestione di tutte le fasi della rilevazione. Inoltre, per questa indagine, è stato attivato per la prima volta un sistema di monitoraggio della rilevazione sul campo tramite l'acquisizione delle informazioni attraverso comunicazione telefonica (IVR: *Interactive Voice Response*) al fine di tenere sotto controllo alcuni tipi di errore non campionario.

In merito al terzo punto, è purtroppo opinione diffusa che le domande rivolte agli intervistati registrino solo aspetti soggettivi del fenomeno in studio (percezioni), contrapponendo questo tipo di informazione a quella derivante, ad esempio, dagli archivi amministrativi di dati sanitari, come ad esempio la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), considerata più attendibile ed affidabile perché utilizza una diagnosi clinica. Di fatto questa convinzione diffusa si presta a una duplice obiezione.

La prima attiene al fatto che in questo tipo di indagini, la percezione soggettiva dello stato di salute, anche attraverso dimensioni specifiche, è estremamente importante considerato che il cittadino agisce all'interno del servizio sanitario per come, e per quanto, percepisce il suo bisogno di salute e di cura, e a seguito di questa percezione fa ricorso, con modalità che l'indagine intende rilevare, ai servizi.

---

<sup>2</sup> A. Ancona "Un'indagine affidabile" I Quaderni di Monitor, 3° suppl. al n. 22 del 2008.

<sup>3</sup> Il valore minimo nazionale è stato di 71,8% e quello massimo di 91,2%. Vedi L. Gargiulo et al. "Innovazioni di processo nell'indagine Istat sulla salute" in I Quaderni di Monitor - 3° suppl. al n. 22 del 2008.

La seconda, più semplicemente, attiene al fatto che anche le rilevazioni amministrative, quali appunto quelle delle schede di dimissione ospedaliera, seppure guidate da precise regole di codifica, sono soggette anch'esse ad errore umano.

L'indagine, in realtà, deve essere usata avendo consapevolezza della natura dell'informazione ottenuta e delle valutazioni che ne conseguono. Rispetto alle sole rilevazioni amministrative, occorre osservare come nell'indagine ISTAT sia possibile, per ogni evento (ad esempio la presenza di una data malattia), connotarlo con numerosi altri dettagli altrimenti non rilevabili, riguardanti sia le caratteristiche stesse dei soggetti che ne sono portatori, sia relativi ad altri eventi che hanno riguardato i soggetti portatori della stessa malattia.

Sulla spendibilità dell'indagine campionaria ISTAT sulla salute come base di dati utile per uno studio longitudinale, la Valle d'Aosta ha da sempre creduto, ottenendo dal Ministero della Salute, già nel 2003, un finanziamento, come Regione capo fila, in base all'art.12 del D.Lgs 502/1992 (programmi di ricerca finalizzata) per uno studio che, partendo dal campione dell'indagine 2000, ne seguisse nel tempo lo stato di salute.

Lo studio, attraverso procedure di accoppiamento tra i dati anagrafici degli intervistati e quelli contenuti negli archivi dei flussi sanitari correnti (principalmente quello della mortalità e dei ricoveri ospedalieri)<sup>4</sup>, ha permesso di osservare, negli anni successivi all'intervista, i risultati obiettivi di salute delle condizioni di vita e di salute registrate nel corso dell'indagine tra i partecipanti all'indagine ISTAT 1999-2000.

I risultati mostrano, infatti, una discreta corrispondenza tra la salute percepita e auto riferita - rilevata con l'indagine - e le conseguenze obiettive di salute registrate successivamente nei sistemi informativi e statistici sanitari, e che lo studio, pertanto, è in grado di dare conto delle differenze nella mortalità e nell'ospedalizzazione spiegate dalle condizioni di vita, dagli stili di vita e di utilizzo di servizi sanitari rilevati proprio con l'indagine nazionale.

## 1.2 Il file semplificato

L'esigenza avvertita dall'ISTAT di rispondere sempre meglio a criteri di rilevanza e accessibilità dell'informazione statistica, ha stimolato la ricerca di prodotti più facilmente utilizzabili dalle regioni per promuovere la diffusione dell'indagine sul territorio, e la confrontabilità degli esiti nelle varie realtà locali.

In occasione dell'edizione dell'indagine sulla Salute 2005, è stato concordato, nell'ambito del comitato scientifico composto anche dalle Regioni e dal Ministero della Salute, il rilascio di un file semplificato di microdati, più facile da gestire dagli utenti finali. Il file - reso disponibile solo nel 2007 - contiene una selezione dei principali indicatori tra tutte le informazioni disponibili: il set di 650 variabili del file dei microdati dell'indagine è stato così ridotto a circa un terzo, mediante selezione o ricostruzione di nuove variabili e utilizzate nella nostra analisi.

Gli obiettivi principali di questo lavoro di semplificazione sono di favorire l'utilizzo dei risultati dell'indagine per le politiche a livello locale e facilitare la comparazione tra aree territoriali fornendo strumenti di analisi comuni e standardizzati.

A questo scopo, e per neutralizzare gli effetti delle diverse composizioni per età delle popolazioni a confronto, sono stati predisposti i coefficienti di riporto all'universo standardizzati per età, e sono stati costruiti indici sintetici sui principali fenomeni in studio (ad esempio l'indice di cronicità, l'indice di disabilità ed invalidità - l'indice di consumo di servizi, ecc.).

---

<sup>4</sup> Effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy. Vedi Progetto strategico SS15 - Esercizio finanziario 2003 - Tematiche SS15.1 e SS.15.3 - "Differenze di mortalità ed ospedalizzazione (2000-2004) secondo lo stato di salute, stili di vita e consumo dei servizi sanitari nel campione dell'indagine Istat sulla salute 1999-2000. Regione proponente: Valle d'Aosta. Unità operative partecipanti: Agenzia sanitaria Regione Toscana, ASL 5 Torino.

Il file semplificato si presenta come un database di microdati, in formato SAS o SPSS, corredato da una documentazione in formato Excel che riporta variabili, modalità e indicatori nella sequenza indicata sinteticamente nella Tabella 1, nonché la descrizione delle 68 Aree Vaste.

La Valle d'Aosta, a differenza di regioni di dimensione maggiore, rappresenta un'unica Area Vasta.

**Tabella 1 - Struttura del file semplificato.**

<b>Indicatori strutturali e di contesto</b>
Variabili demografiche ( <i>Classi di età quinquennali, decennali, età specifiche, genere</i> )
Variabili territoriali ( <i>Ripartizioni territoriali - Macroaree territoriali - 19 Regioni + 2 Province Autonome (Bolzano e Trento) - 68 Aree vaste (aggregazioni di ASL)</i> )
Variabili di status ( <i>Titolo di studio e anni di studio stimati, condizione professionale e esperienza lavorativa, struttura e condizione socio-economica della famiglia, indice di condizione abitativa</i> )
Aiuti alla famiglia ( <i>Aiuti da persone non conviventi, aiuti a pagamento, aiuti erogati dal Comune o ASL</i> )
<b>Indicatori dello stato di salute</b>
Stato di salute percepito ( <i>Indice di stato fisico PCS12, Indice di stato psicologico MCS12, Indice di stato mentale MH, Indice di vitalità VT</i> )
Episodi di malattie acute e malattie croniche diagnosticate
Indice sintetico di cronicità
Invalidità e disabilità
<b>Fattori di rischio</b>
Indice di massa corporea e dieta
Abitudine al fumo
Attività fisica
<b>Indicatori di prevenzione</b>
Vaccinazione antinfluenzale
Controllo del colesterolo, glicemia, pressione arteriosa
Controllo dell'osteoporosi
Prevenzione dei tumori femminili ( <i>Pap-test, mammografia</i> )
<b>Indicatori di uso dei servizi</b>
Consumo di farmaci
Servizi sanitari ( <i>Visite mediche - accertamenti diagnostici - ricoveri ospedalieri - day hospital - servizi di riabilitazione - altri servizi territoriali</i> )
Indice sintetico di consumo dei servizi sanitari
Giudizio sul servizio sanitario
<b>Indicatori su percorso della maternità</b>
Gravidanza ( <i>Assistenza in gravidanza - Fattori di rischio e disturbi in gravidanza</i> )
Parto ( <i>Travaglio - tipo di parto - partecipazione al parto - disturbi post partum</i> )
Allattamento al seno ( <i>Durata - motivo del mancato allattamento</i> )

### 1.3 Innovazioni e potenzialità dell'indagine ISTAT 2005

L'evoluzione subita dalle indagini campionarie ISTAT sulla salute, risponde alle esigenze di governabilità scandite, nel tempo, dal ciclo di riforme del settore sanitario avviato con il D.Lgs 502/1992 e conclusosi con il D.Lgs 229/1999, che ha segnato una profonda trasformazione nell'assetto organizzativo del sistema sanitario pubblico, al fine di coniugare il principio universalistico con le esigenze di sostenibilità finanziaria.

Sono stati introdotti in questi anni importanti innovazioni, come: il decentramento regionale delle competenze organizzative e gestionali della sanità, i criteri di competitività tra le strutture sanitarie, le

garanzie di assistenza uniforme sul territorio limitatamente alle prestazioni ritenute essenziali e definite dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)<sup>5</sup>.

Si tratta di una sorta di federalismo sanitario che, per la Valle d'Aosta, ha avuto inizio già nel 1994, con la decisione di provvedere al finanziamento dell'assistenza sanitaria regionale senza alcun apporto a carico del Fondo Sanitario Nazionale, utilizzando le entrate derivanti dalle quote IRAP e di addizionale IRPEF a essa attribuite e, a integrazione, le risorse del proprio bilancio<sup>6</sup>.

Da quei primi decreti si è registrata, quasi ovunque nelle regioni, un'esigenza crescente di valutazione di efficacia e di efficienza, in un contesto nazionale che richiedeva sempre di più un impianto di analisi delle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi tra le regioni e, all'interno di queste, tra gruppi sociali diversi.

Da qui la sperimentazione, a partire dall'indagine del 2000, e poi anche nel 2005, di un metodo di lavoro diverso e inedito fino a quel momento, condiviso, coinvolgente oltre all'ISTAT, anche esperti degli enti locali, del Ministero della Salute, delle Regioni e della comunità scientifica.

Oltre quindi all'ampliamento della numerosità campionaria e dell'introduzione, in ogni regione, di aggregati di più Aziende Sanitarie Locali nei grandi centri urbani (Aree Vaste di programmazione sanitaria), nell'ultima edizione sono stati arricchiti e revisionati i contenuti del questionario, al fine di soddisfare necessità di studio e di approfondimento delle modalità di ricorso al servizio sanitario regionale soprattutto per ciò che attiene: i modelli di consumo (in particolare le prestazioni a pagamento), la soddisfazione per il servizio sanitario, alcuni percorsi assistenziali (ad esempio quello relativo alla gravidanza) e il ricorso alla prevenzione. Ciò al fine di valutare le performance del servizio sanitario in termini di copertura dei livelli di assistenza, di eventuali limitazioni nell'accessibilità, di identificazione dei grandi consumatori, di particolari aspetti dell'assistenza per i quali l'informazione è carente o addirittura assente (salute orale, medicine non convenzionali), di ruolo degli ordinatori di spesa.

L'indagine rappresenta quindi l'unica fonte informativa che misura gran parte dell'assistenza sanitaria che gli utenti nel nostro Paese cercano di soddisfare, compresa quella privata e quella che sfugge ai sistemi amministrativi di rilevazione nelle regioni.

Sono stati infine costruiti alcuni indici "riassuntivi" per alcuni aspetti rilevanti sia della salute, sia dell'assistenza sanitaria, alcuni altri inediti. In merito allo stato di salute percepito, inteso come benessere globale, fisico e psichico, sono stati ricavati dalla batteria di domande del SF 36 degli indici sintetici.

Il questionario SF 36 (*Short Form Health Survey*), utilizzato in numerosi studi empirici sulla qualità della vita condotti su popolazioni europee, rileva la percezione dello stato di salute dell'intervistato mediante quesiti che esplorano otto diversi aspetti dello stato di salute: l'attività fisica, le limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, lo stato emotivo, il dolore fisico, la percezione dello stato di salute generale, la vitalità, le attività sociali e la salute mentale. La sintesi dei punteggi consente di costruire alcuni *indici sintetici dello stato di salute*, di cui due riguardano lo *stato fisico* (PCS) e quello *psicologico* (MCS) e sono già stati utilizzati nella Salute 2000.

I valori di questi due indici sintetici (in punteggi) variano, nell'indagine del 2005, da 11,1 a 68,9 - per il PCS - e da 7,5 a 72,3 - per l'indice MCS - indicando al loro crescere, migliori condizioni di salute psicofisica (Tavola 1).

<sup>5</sup> Cfr. Dpcm 29 novembre 2001 e successive integrazioni per la definizione dei LEA.

<sup>6</sup> Cfr. Leggi 724/1994 e 662/1996 (Finanziarie) che dispongono quanto previsto per la Valle d'Aosta anche per il Friuli Venezia Giulia e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano.

**Tavola 1 - Descrizione di livelli molto alti e molto bassi di PCS e MCS.**

Indici sintetici	Molto basso	Molto alto
PCS	Sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisica, sociale e personali; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente.	Nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale; elevata vitalità; la salute è giudicata eccellente.
MCS	Frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente.	Frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente.

Fanno inoltre parte di questo gruppo di indici, anche *l'indice di vitalità (VT)* e *l'indice di salute mentale (MH)*.

Per l'indice di vitalità è stato indagato il livello di energia e di affaticamento mediante quattro quesiti. Per l'indice di salute mentale sono stati utilizzati cinque quesiti, per studiare le quattro dimensioni principali della salute mentale (ansia, depressione, perdita del controllo comportamentale/emotivo e benessere psicologico) (Tavola 2).

**Tavola 2 - Descrizione di livelli molto alti e molto bassi dell'indice di vitalità (VT) e l'indice di salute mentale (MH).**

Indici sintetici	Molto basso	Molto alto
VT	Si sente sempre stanco e sfinite.	Si sente sempre brillante e pieno di energia.
MH	Sensazioni di nervosismo e depressione per tutto il tempo (ultime quattro settimane).	Si sente in pace, felice e calmo per tutto il tempo (ultime quattro settimane).

*L'indice di disabilità ed invalidità* è stato invece costruito a partire da una batteria di quesiti OECD<sup>7</sup> per la disabilità, che riguardano: le difficoltà di movimento, il confinamento in casa, su una sedia o a letto, difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane e nella cura personale, difficoltà nella comunicazione uditiva, visiva o verbale. Per l'invalidità è stata invece richiesta la presenza di: cecità, sordomutismo, sordità, insufficienza mentale, invalidità motoria, invalidità da malattia mentale ed età dell'insorgenza dell'invalidità medesima.

Tra le novità dell'indagine 2005 vi è *l'indice sintetico di cronicità*.

Per definirlo, per ogni individuo è stato rilevato sia lo stato di salute autopercepito - su una scala a cinque livelli, da molto bene a molto male - sia la presenza attuale di patologie croniche o di invalidità. Tramite un modello di regressione logistica<sup>8</sup> sono stati così calcolati i rischi relativi (*odds ratios (Or<sub>i</sub>)*) riferiti al "sentirsi male o molto male" in funzione della presenza di una particolare patologia cronica o di un'invalidità (Tavola 2).

**Tavola 2 - Rischio relativo (Odds ratio) di sentirsi male o molto male, stimati tramite il modello di regressione logistica\* per le singole patologie croniche (o invalidità) riferite come diagnosticate da un medico.**

Patologia Cronica/ Invalidità	Odds Ratio
Altre malattie del sistema nervoso	8,260
Alzheimer, demenze senili	7,280
Parkinsonismo	6,618
Cirrosi epatica	5,766
Artrosi, artrite	5,096
Ictus, emorragia cerebrale	4,780
Ansietà cronica e depressione	4,330

<sup>7</sup> OECD è l'acronimo di Organisation for Economic Co-operation and Development, in italiano Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica, un'organizzazione internazionale che si prefigge quali obiettivi l'integrazione e la cooperazione economico-finanziaria tra i maggiori Paesi occidentali supportandone i processi di cambiamento economico e lo sviluppo.

<sup>8</sup> I modelli di regressione logistica sono controllati per sesso e classi di età quinquennali. Non viene utilizzato il coefficiente di riproporzionamento.

Patologia Cronica/ Invalidità	Odds Ratio
Tumore (incluso linfoma e leucemia)	3,267
Altre malattie del cuore	3,072
Bronchite cronica, enfisema	3,000
Asma (o asma allergico)	2,811
Angina pectoris	3,160
Altre malattie croniche	2,830
Osteoporosi	2,784
Diabete	2,674
Infarto del miocardio	2,998
Cefalea o emicrania ricorrente	2,567
Malattie della pelle	2,212
Ulcera gastrica o duodenale	2,181
Ipertensione	1,989
Cataratta	1,810
Malattie della tiroide	1,722
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	1,763
Allergia	1,496
Cecità	4,672
Sordomutismo	1,945
Sordità	2,192
Invalidità da insufficienza mentale	15,422
Invalidità motoria	9,390
Invalidità da malattia mentale	16,753

\* I modelli di regressione logistica sono controllati per sesso e classi di età quinquennali. Non viene utilizzato il coefficiente di riproporzionamento.

L'indice integra, per ogni individuo, la presenza di ogni malattia cronica diagnosticata da un medico, con un peso proporzionale alla frequenza di giudizio di cattiva salute percepita, associato alla presenza della malattia nella popolazione intervistata, e viene utilizzato per rappresentare in modo diretto il fabbisogno di salute.

La letteratura testimonia come la morbosità cronica riferita, sia bene correlata con la prevalenza obiettiva di malattie croniche, e che la salute percepita costituisca una dimensione di salute ulteriore e parzialmente indipendente dalla morbosità cronica, capace di influenzare i comportamenti delle persone. È verosimile, quindi, che la combinazione delle due variabili possa bene rappresentare una buona parte del bisogno di salute. Per gli scopi di questa analisi la distribuzione dell'indicatore viene rappresentata in quartili, che raggruppano ognuno il 25% dei soggetti intervistati con livelli crescenti di morbosità cronica.

L'utilizzo sul consumo dei livelli di assistenza (LEA) è stato misurato in modo diretto con diversi indicatori.

Un indicatore per macro livello di assistenza (ospedaliera, specialistica, medicina generale o pediatrica, territoriale)<sup>9</sup> e un indicatore globale di uso dei servizi, che riassume tutti i livelli di assistenza<sup>10</sup>. Per gli scopi delle analisi di questa relazione, la distribuzione dell'indicatore è rappresentata in terzili di consumo, che raggruppano cioè ognuno il 33% dei soggetti utilizzatori, con livelli crescenti di consumo da un lato, e che lasciano a parte il 44% dei soggetti intervistati che sono "non consumatori".

<sup>9</sup> L'indicatore per il LEA dell'assistenza ospedaliera somma il peso dei ricoveri per durata della degenza e per l'accesso ad una prestazione chirurgica. L'indicatore per il LEA dell'assistenza specialistica somma il contributo delle visite specialistiche e degli accertamenti, ognuno con un peso proporzionale al loro valore in assorbimento di risorse. L'indicatore per il LEA dell'assistenza farmaceutica somma il consumo riferito di farmaci, pesato per la frequenza del consumo regolare e la presenza di poli-assunzione, con uno spazio ridotto per il consumo non regolare. L'indicatore per il LEA dell'assistenza di medicina generale o pediatrica somma il consumo di visite mediche. L'indicatore per il LEA di assistenza territoriale somma il numero di accessi all'assistenza psichiatrica, consultoriale, riabilitativa e a quella a domicilio (pesata per la durata).

<sup>10</sup> L'indice globale di ricorso ai servizi somma a sua volta il consumo di tutti i LEA precedenti.

Infine, è stato costruito l'indice sul *giudizio del servizio sanitario* che, oltre al consumo, coglie la soddisfazione dell'utenza in merito al consumo effettuato.

È stato pertanto richiesto agli intervistati di esprimere una valutazione, mediante un punteggio da 1 a 10, proponendo una scala in cui è il soggetto stesso a collocarsi nella scala proposta (scale autoancoranti o di auto-collocazione).

In questi casi, i rispondenti possono tendere ad indicare in modo sistematico punteggi alti o bassi della scala, oppure, in altri casi, utilizzano solo un arco di punteggi più ristretto di quello proposto. Per confrontare i giudizi è dunque necessario eliminare l'effetto dovuto all'uso diverso che ciascun soggetto fa della scala valutando il giudizio dato su altri servizi di pubblica utilità (postale, ferroviario, scolastico, telefonico, televisivo, ecc.).

Il giudizio sul Servizio Sanitario pubblico è stato infine normalizzato mediante opportune tecniche statistiche<sup>11</sup>.

#### 1.4 Elaborazione e analisi dei dati

L'analisi dei dati ha riguardato le numerose dimensioni delle condizioni di vita e di salute solitamente esplorate da questo tipo di indagini e cioè:

- i determinanti, o fattori di rischio individuale;
- lo stato di salute e la malattia;
- la propensione alla prevenzione;
- il ricorso ai servizi e ai trattamenti;
- la gravidanza e il parto.

Di ognuna di queste dimensioni la relazione ha esaminato la distribuzione geografica, ricercando cioè le differenze tra la situazione della Valle d'Aosta e quella di altre aree geografiche. Infatti, per la maggior parte degli indicatori regionali stimati, è stato dedicato un confronto con alcune aree geografiche di riferimento, scelte per vicinanza geografica (Piemonte) e per macro ripartizione di afferenza (Nord-Ovest). Tutti i valori sono inoltre stati confrontati anche con il valore medio nazionale (Italia).

Oltre ciò, per ciascuna delle dimensioni sopra elencate, è stata esaminata anche la distribuzione secondo variabili sociali.

L'attenzione al sociale si deve al fatto che gran parte delle differenze di salute sono dovute a fattori non controllabili dalle politiche sanitarie, perché attinenti le disuguaglianze sociali (condizione lavorativa, condizioni di vita ed economiche, il contesto ambientale, ecc). Come indicatori indiretti di bisogno vengono pertanto utilizzati alcuni indicatori demografici e sociali che descrivono quelle dimensioni dello svantaggio che, a priori, dovrebbero essere più rilevanti nel predire, in ordine crescente, il potenziale impatto sul fabbisogno di salute e su quello di assistenza.

L'indagine consente di misurare gli andamenti temporali e spaziali di questi effetti nelle loro diverse implicazioni e consente inoltre di misurare l'impatto di eventuali politiche redistributive e assistenziali nel moderare gli effetti sfavorevoli dello svantaggio sociale tra gruppi sociali. Nell'indagine 2005 sulla salute, infatti, una particolare attenzione è stata posta alle reti sociali e al cosiddetto capitale sociale delle persone, la cui deprivazione è intesa come ostacolo al perseguimento di uno stato di salute e di un ricorso ai servizi conforme con quello atteso.

---

<sup>11</sup> La tecnica statistica utilizzata è la deflazione dei dati: un'operazione equivalente alla standardizzazione che però opera sui casi anziché sulle variabili. Si ipotizza che la tendenza di un individuo a privilegiare determinati punteggi sia un attributo costante del soggetto che può essere misurato attraverso la media complessiva dei punteggi attribuiti dal rispondente a tutti i servizi per i quali è stato richiesto un giudizio. Per neutralizzare questa tendenza, per ciascun individuo, ai punteggi "grezzi" attribuiti al servizio sanitario sono sostituiti gli scarti dalla media complessiva divisi per lo scarto quadratico medio complessivo. Successivamente per ricondurre il giudizio individuale relativo al Servizio sanitario pubblico ad una scala da 1 a 10, il punteggio deflazionato è stato corretto con la media e lo scarto quadratico medio a livello nazionale.

Per descrivere le differenze di salute e di ricorso ai servizi tra la popolazione valdostana, si è scelto quindi di analizzare gli eventi, oltre che in base al *sex* e alla *fascia di età* (0-24, 25-44, 45-64, >65), anche per le seguenti caratteristiche sociali:

- il livello di istruzione;
- lo stato civile;
- la tipologia familiare;
- il giudizio sulle risorse economiche.

In merito al livello di *istruzione*, si tratta della variabile tra le più predittive per la salute, in quanto spesso si riscontra per le classi più istruite un evidente effetto protettivo e, per contro, un effetto contrario nelle classi con titolo di studio più basso. L'analisi è stata condotta su tre classi di istruzione aggregate:

- post laurea, laurea, diploma universitario e diploma;
- licenza professionale e media inferiore;
- licenza elementare e nessun titolo di studio.

L'analisi sullo *stato civile* mostra, anche in questo caso, che la presenza di un partner si associa a esiti di salute migliori e a un migliore ricorso ai servizi. Ecco la ragione per cui l'analisi è stata condotta su due classi dicotomiche:

- coniugato/a;
- altra condizione (separati, divorziati, vedovi, celibi e nubili).

L'analisi per la *tipologia familiare*, ad ulteriore conferma di quanto espresso in merito all'analisi per stato civile, è stata condotta sui seguenti tipi di famiglia:

- coppia con figli;
- coppia senza figli;
- monogenitore;
- persona sola;
- altro.

Infine, il *giudizio sulle risorse economiche*, nel predire una condizione di status, e quindi di potenziali garanzie, denota in modo eloquente i gruppi svantaggiati da quelli maggiormente favoriti. L'analisi in questo caso è stata ancora una volta condotta su due classi dicotomiche aggregate di giudizio:

- ottime/adequate;
- scarse/assolutamente insufficienti.

#### 1.4.1 Le misure

La distribuzione della maggior parte delle condizioni rilevate dall'indagine ISTAT sulla salute sono condizionate dalla struttura per età della popolazione.

È logico aspettarsi un maggiore ricorso ai servizi sanitari, o una maggiore frequenza di patologie, nelle aree geografiche con un'elevata proporzione di anziani sul totale.

La distribuzione per età nelle regioni italiane e nelle diverse classi sociali e nei comuni della Valle d'Aosta è molto variabile. Questo fenomeno è sicuramente interessante per sé a livello di sanità pubblica per la programmazione sanitaria, ma potrebbe essere fuorviante quando si voglia confrontare popolazioni con una diversa composizione per età. Infatti, la Valle d'Aosta, nel 2005, aveva una percentuale di ultrasessantacinquenni, sul totale, del 19,5%, inferiore al Piemonte (25,5%) e pari alla media nazionale (19,5%).

Per rendere possibile il confronto epidemiologico tra popolazioni con diversa composizione per età, l'indagine ha applicato la *standardizzazione diretta delle prevalenze*, usando una popolazione arbitraria di riferimento, definita "standard", costituita dalla popolazione italiana residente, in media, nel periodo di osservazione dell'indagine. La standardizzazione diretta consente così di calcolare una prevalenza

corretta per l'età che in ciascuna regione riflette il numero di eventi attesi nel caso la regione da confrontare avesse avuto la stessa composizione per età della popolazione standard.

Un espediente metodologico - statistico che permette di apprezzare le differenze genuinamente attribuibili alle variazioni geografiche, o a quelle sociali.

Nel caso dei confronti interni, è stato utilizzato il *Rapporto Standardizzato di Prevalenze* (PRR dall'acronimo inglese) che è il rapporto tra il numero di eventi osservati in una popolazione e il numero di eventi attesi nella stessa popolazione se su questa agissero le medesime frequenze, con la medesima distribuzione per età, che agiscono in un gruppo standard assunto come riferimento.

Nelle tabelle, il valore  $PRR = 1$  contraddistingue il gruppo di riferimento. Valori superiori, o inferiori, a 1 negli altri gruppi indicano una maggiore, o minore, probabilità (interpretabile alla stregua di un rischio) di questi, ad assumere la condizione in studio.

La stima delle frequenze delle unità della popolazione che presentano una certa caratteristica è ottenuta *ponderando* con i pesi finali le unità campionarie che presentano la caratteristica in oggetto. Tale stima va però valutata congiuntamente *all'errore campionario* associato. Per questa ragione, al fine di permettere una valutazione della variabilità campionaria di tutte le stime d'interesse - prevalenze e PRR - si è scelto di descrivere le stime unitamente ai rispettivi *intervalli di confidenza*<sup>12</sup>.

L'ampiezza di tale intervallo, e quindi la precisione della stima puntuale ottenuta, dipendono direttamente dall'errore campionario della stima stessa, per cui maggiore è l'errore, maggiore è l'incertezza legata alla stima.

L'esigua numerosità del campione a volte non ha consentito il calcolo di una stima attendibile del fenomeno (prevalenza) o dell'associazione (PRR) in studio. Questi casi sono contrassegnati nelle Tabelle da un asterisco (\*).

Nei casi invece in cui l'intervallo di confidenza del PRR include il valore 1, la stima è da considerarsi statisticamente non significativa, ossia non vi è certezza statistica della forza dell'associazione oggetto di studio.

In generale, quando si vogliono confrontare due stime, si devono tenere in considerazione anche i rispettivi intervalli di confidenza: le due stime si possono considerare significativamente differenti dal punto di vista statistico se gli intervalli non risultano sovrapposti. In caso contrario, la conclusione deve essere che, nonostante la diversità, la statistica non consente di affermare che i due fenomeni siano differenti.

Infine si avverte il lettore che, data la modellistica matematica con cui sono costruite le misure del rapporto standardizzato di prevalenze (PRR), non è stato possibile effettuare un confronto tra la Salute 2005 e quella, analoga, condotta nel 2000<sup>13</sup>, nonostante gli argomenti in analisi siano spesso i medesimi.

<sup>12</sup> L'intervallo di confidenza di una stima definisce l'insieme dei valori all'interno dei quali, con un certo livello di probabilità, o di "fiducia" (generalmente 95%) è compreso il valore vero del parametro stimato.

<sup>13</sup> Vedi Regione Autonoma Valle d'Aosta «Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale 2001» a cura dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali, Assessorato sanità, salute e politiche sociali.

## 2. LE CARATTERISTICHE SOCIALI DELLA VALLE D'AOSTA

Sono numerose ormai le evidenze scientifiche in cui si dimostra che le persone che hanno una posizione sociale privilegiata, un titolo di studio elevato, un lavoro di prestigio e ben remunerato, vivono più a lungo, e con una salute migliore, di chi occupa nella società una posizione cui corrispondono minori vantaggi<sup>14 15 16</sup>.

Attraverso l'analisi delle differenze delle disuguaglianze nella salute è possibile dimostrare come questa possa essere migliorata proprio in ragione del fatto che alcuni gruppi sociali hanno raggiunto livelli di salute superiori ad altri. L'interesse per le disuguaglianze è quindi prima di tutto un interesse per la ricerca di riserve di salute cui è ancora possibile attingere in una popolazione lungo tutta la durata della vita<sup>17 18</sup>.

Le persone, i gruppi e le aree geografiche meno avvantaggiate, presentano un rischio maggiore di ammalarsi, di subire una disabilità o di morire ed una maggiore propensione ad adottare stili di vita dannosi per la salute. Le cause sono complesse e risiedono, come ricordato, nelle condizioni di vita e di lavoro della popolazione, nella dotazione di risorse individuali (istruzione, capitale umano e reti sociali), nelle abitudini di vita e nelle modalità di accesso alle cure e ai servizi.

Le politiche regionali hanno in questo il compito di contrastare queste disuguaglianze e di sostenere e rafforzare la capacità delle persone di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e di incoraggiare il cambiamento culturale e lo sviluppo economico e sociale. In altre parole, il loro ruolo è di migliorare la salute dei gruppi di popolazione meno sani, riducendo le differenze rispetto ai gruppi maggiormente favoriti.

A seguito dei programmi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale: D.Lgs 502/1992, D.Lgs 517/1993, D.Lgs 229/1999 e, per ultimo, il DPCM 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, è diventato un obiettivo importante quello di confrontare le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi tra regioni e, all'interno di queste, tra gruppi sociali diversi, per valutarne gli esiti, e ribadire l'importanza della qualità e dell'equità nel servizio sanitario.

La politica della Valle d'Aosta ha da sempre riconosciuto il diritto alla salute e all'equità di accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini con leggi e azioni volte a favorire in modo particolare le fasce deboli.

Anche a livello di ricerca scientifica l'impegno della Valle d'Aosta a lavorare per ridurre ed eliminare, quanto possibile, le barriere sociali alla salute e ai servizi si è tradotto negli ultimi anni nella promozione di tre progetti di ricerca, finanziati dal Ministero della Salute (ex art.12 comma 2, lett.b del D.lgs 502/1992), sulle disuguaglianze socio economiche nella salute e sull'impatto che il sistema sanitario locale ha sull'equità e sull'accesso all'assistenza<sup>19</sup>.

In questo capitolo si documentano le caratteristiche socio-demografiche della popolazione valdostana - secondo l'indagine Salute 2005 - utili per la ricerca degli effetti delle disuguaglianze nella salute.

---

<sup>14</sup> Wilkinson R, Marmot M. (eds) "Social Determinants of Health – the Solid Facts" WHO, 1998.

<sup>15</sup> Costa G, Faggiano F. "L'equità nella salute in Italia" Milano, Franco Angeli, 1994.

<sup>16</sup> Kumst A, Bos V, Mackembach JP and EU Working group on Socio economic Inequalities in Health "Monitoring socio economic inequalities in health in the European Union: guideline and illustration. A report for Health Monitoring Program of the European Commission" Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2001.

<sup>17</sup> Blane D. "The Life Course, the social gradient and health." In Marmot M, Wilkinson R. (eds) "Social Determinants of Health", Oxford University Press, 1999.

<sup>18</sup> Kuhn D, Ben Shlomo Y (eds) "A life course approach to chronic disease epidemiology" Oxford University Press, 1997.

<sup>19</sup> Si tratta dei progetti del 2001: "Disuguaglianze socio economiche negli esiti dei trattamenti e monitoraggio degli interventi sanitari nelle aree metropolitane" con Agenzia Regionale Sanitaria Marche, ASL Roma E, Agenzia Regionale Sanitaria Campania, ASL Città di Milano, ASL 5 Piemonte, Sogei, Nucleo valutazione Ministero salute (L.144/1999); del progetto del 2002: "Analisi dell'impatto del sistema sanitario locale sull'equità nella salute e nell'accesso e funzionamento dell'assistenza" con ASL Roma E, ASL 5 Piemonte, Univ Torino Dip. Sanità Pubblica e Microbiologia; del progetto del 2006 (ancora in corso) "Un metodo per presidiare l'equità nei percorsi assistenziali" con ASL 3 (già ASL5) Piemonte, Agenzia Regionale Sanitaria E.Romagna, Epidemiologia Tumori ASO San G. Battista Torino, Univ Torino Dip. Sanità Pubblica e Microbiologia. Di tutti i progetti sono disponibili dei Rapporti finali (non pubblicati) presso l'OREPS della Valle d'Aosta, capofila dei tre progetti.

Coerentemente con questo intendimento, nei capitoli che seguono, per ogni dimensione della salute e del ricorso ai servizi, dopo il confronto tra le frequenze dei fenomeni in Valle d'Aosta e quelli in Piemonte, Nord-Ovest e Italia, si analizzano le differenze sociali interne alla regione stessa e si analizza come queste influenzino il fenomeno in studio. Alcune delle variabili di seguito descritte, quali:

- il livello di istruzione;
- lo stato civile;
- la tipologia familiare;
- il giudizio sulle risorse economiche;

sono state quindi prescelte come variabili esplicative nell'analisi dei dati sulla salute e sul ricorso ai servizi di cui ai successivi capitoli<sup>20</sup>. Assegnare a ciascuna delle quattro dimensioni sociali sopra elencate il ruolo di variabile esplicativa, significa riconoscerne un ruolo preciso nello spiegare come, e in quale misura, le modalità che quella variabile può assumere, influiscano sugli esiti di salute, o di accesso ai servizi sanitari, che sono oggetto di indagine.

Metodologicamente, l'utilità di riconoscere una o più variabili esplicative consiste nella possibilità di determinare la proporzione di malattie, o di ricorsi ai servizi, attribuibili a ciascuna di esse in una logica di causalità.

L'epidemiologia chiama infatti queste variabili, i determinanti della salute.

## 2.1 Livello di istruzione

Considerando l'influenza del livello di istruzione, solitamente, ad una maggiore scolarità, si associano maggiori conoscenze, una maggiore comprensione dei processi, una maggiore attenzione nel perseguire sani stili di vita, oltre che un migliore e più efficace ricorso all'assistenza sanitaria, cioè un ricorso più appropriato rispetto al bisogno e più tempestivo rispetto all'efficacia diagnostica e terapeutica.

Nelle Tabelle seguenti la popolazione valdostana campionata, con età superiore a 18 anni, è stata analizzata in base al livello di istruzione conseguito, attraverso l'aggregazione in tre classi:

- post laurea, laurea, diploma universitario e diploma di scuola media superiore;
- licenza professionale e media inferiore;
- licenza elementare e nessun titolo di studio.

Gli uomini sono risultati appartenere per il:

- 33,1 % alla prima classe (più elevata);
- 45,1 % alla seconda classe;
- 21,9 % alla terza classe.

Le donne sono invece risultate appartenere per il:

- 33,3 % alla prima classe;
- 35,9 % alla seconda classe;
- 30,8 % alla terza classe.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra, per entrambi i generi, un innalzamento delle percentuali corrispondenti ai titoli di studio più elevati<sup>21</sup>.

Circa un terzo, quindi, dei valdostani intervistati nell'indagine sulla Salute 2005, indipendentemente dal genere, possiede un titolo di studio elevato (laurea o diploma di scuola media superiore), mentre una distribuzione percentualmente diversa caratterizza i livelli di istruzione inferiori tra gli uomini e le donne. Sono, infatti, queste ultime a registrare una percentuale maggiore a scolarità più bassa (30,8%

---

<sup>20</sup> Vedi tutte le tabelle in cui si calcolano i Rapporti Standardizzati di Prevalenza (PRR).

<sup>21</sup> Gli uomini infatti, nel 2000, appartenevano per il: 31,3 % alla prima classe; per il 43,2 % alla seconda classe; per il 25,4 % alla terza classe. Le donne per contro, nel 2000, appartenevano per il: 29,7 % alla prima classe; per il 37,2 % alla seconda classe e per il 33,1 % alla terza classe. In "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali.

contro il 21,9%) e ciò soprattutto per effetto della maggiore sopravvivenza in età anziana delle donne rispetto agli uomini e, quindi, della più elevata consistenza nel livello di istruzione più basso di anziane. La Tabella seguente, in cui i dati vengono presentati con attenzione alle diverse fasce di età, mostra che a parità di età, tra gli adulti le differenze tra i generi non sono significative. Lo sono per gli anziani.

**Tabella 1 - Livello di istruzione in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**  
**Anno 2005**

Livello di istruzione	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	44,2 (29,0 – 59,5)	48,0 (31,7 – 64,3)	43,2 (36,6 – 49,7)	55,4 (47,9 – 63,0)	29,3 (23,3 – 35,4)	24,8 (19,1 – 30,6)	14,4 (8,6 – 20,1)	8,9 (5,1 – 12,7)
Lic. prof.le, medie inferiori	55,8 (38,8 – 72,8)	46,1 (30,1 – 62,1)	50,9 (43,8 – 58,0)	39,3 (32,8 – 45,8)	48,2 (40,5 – 55,8)	43,6 (36,2 – 51,1)	23,6 (16,3 – 30,8)	19,8 (14,3 – 25,3)
Lic. elementare, senza titolo	- -	5,9 *	5,9 (3,3 – 8,5)	5,3 (2,7 – 7,8)	22,5 (17,2 – 27,9)	31,5 (25,1 – 37,9)	62,1 (50,7 – 73,4)	71,3 (61,3 – 81,3)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

### La Valle d'Aosta a confronto

In relazione alle altre aree geografiche utilizzate per il confronto, e dopo avere eliminato l'effetto della diversa composizione per età della popolazione, la Valle d'Aosta ha, tra gli uomini, una percentuale di istruiti di livello elevato (post laureati, laureati, diplomati universitari e diplomati di scuola media superiore) analoga a quella del Piemonte, ma inferiore a quella del Nord-Ovest e della media nazionale. (Figura 1 e 1a).

Per i titoli di studio intermedi, cioè le licenze professionali e le medie inferiori, la percentuale in Valle d'Aosta tra gli uomini è superiore a quella di tutte le tre aree geografiche a confronto. Per il livello di istruzione più basso, cioè le licenze elementari, o nessun titolo di studio, la percentuale in Valle d'Aosta tra gli uomini non si discosta da quella delle altre aree a confronto.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra, tra gli uomini intervistati in regione, una percentuale più elevata di persone con licenze professionali o diplomi di scuola media inferiore, mentre non si segnalano variazioni di interesse dal confronto con le altre due aggregazioni del livello di istruzione tra le aree geografiche a confronto<sup>22</sup>.

Tra le donne la percentuale di laureate è, come per gli uomini, simile a quella del Piemonte ma, a differenza degli uomini, si discosta meno, per difetto, da quella del Nord-Ovest e della media nazionale.

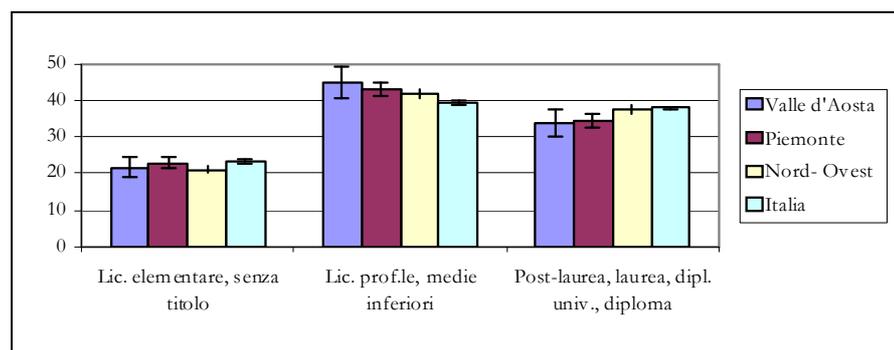
I titoli di studio intermedi sono in proporzione simili a quelli del Piemonte e del Nord-Ovest, e comunque superiori a quelli della media nazionale. Infine, la percentuale di donne valdostane con il più basso titolo di studio, o senza titolo, è risultata analoga a quella del Piemonte e del Nord-Ovest, ma inferiore a quella della media nazionale (Figura 1 e 1a).

Va tuttavia segnalato come nessuna delle differenze riportate sia statisticamente significativa.

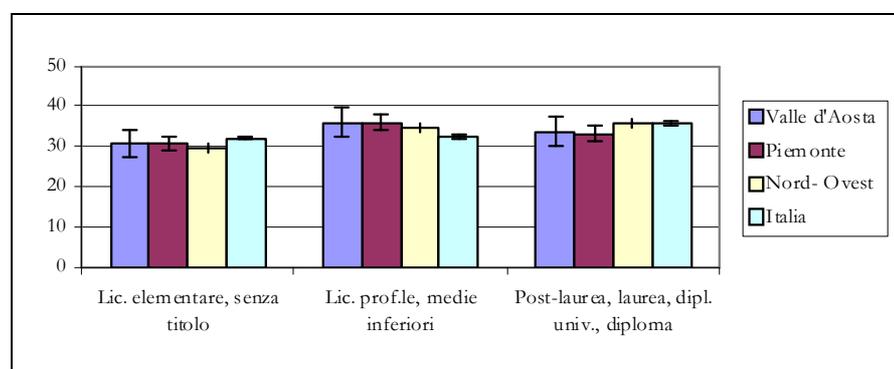
Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra, tra le donne intervistate appartenenti alle diverse aree geografiche a confronto, una maggiore omogeneità nella distribuzione percentuale in classi aggregate per titolo di studio conseguito. A distanza di cinque anni, tra le valdostane si registra un aumento percentuale di intervistate con titoli di studio elevati, ed una riduzione della percentuale relativa di intervistate con licenze professionali o medie inferiori. Nessuna variazione sui titoli di studio più bassi.

<sup>22</sup> Si veda cap. 3 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta.

**Figura 1 - Livello di istruzione in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
**Prevalenze standardizzate per età per 100.**  
**Anno 2005 - Uomini**



**Figura 1a - Livello di istruzione in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
**Prevalenze standardizzate per età per 100.**  
**Anno 2005 - Donne**



## 2.2 Stato civile

L'essere in una condizione di celibato, nubilato, separazione, divorzio o vedovanza produce differenze solitamente sfavorevoli nelle condizioni di salute e nell'accesso ai servizi. La spiegazione non è ovviamente da attribuire allo stato civile in sé, bensì alle caratteristiche individuali che hanno precluso a molte persone il matrimonio o la prosecuzione di una vita matrimoniale e che spesso sono riconducibili allo stato di salute e di benessere medesimo, alle risorse economiche, al livello di istruzione e, più in generale, alle condizioni di svantaggio sociale. La mancanza di un sostegno coniugale, in molti casi, priva le persone, specialmente l'uomo, di una risorsa utile per promuovere e proteggere la propria salute.

Gli uomini sono risultati appartenere per il:

- 50,4 % alla classe dei coniugati;
- 38,6 % alla classe dei celibi;
- 6,9 % alla classe dei separati o divorziati;
- 4,2 % alla classe dei vedovi.

Mentre le donne sono risultate appartenere per il:

- 48,3 % alla classe delle coniugate;
- 27,1 % alla classe delle nubili;
- 6,5 % alla classe delle separate o divorziate;
- 18,2 % alla classe delle vedove.

Al pari dell'indagine del 2000, in Valle d'Aosta ci sono più coniugati che coniugate, anche se con percentuali inferiori rispetto a quell'anno<sup>23</sup>.

Dall'analisi per classi di età risulta che la differenza dei celibi rispetto le nubili riguarda soprattutto gli adulti giovani (25-44 anni). Mentre la maggiore prevalenza di vedove sui vedovi è la conseguenza della sovra mortalità maschile regionale (Tabella 2).

**Tabella 2 - Stato civile in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Stato civile	14-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Coniugati/e	0,6 *	2,8 *	40,6 (34,2 - 47,0)	54,7 (47,1 - 62,2)	71,2 (62,0 - 80,3)	67,1 (58,0 - 76,2)	65,3 (53,7 - 76,9)	35,8 (28,5 - 43,0)
Celibi/Nubili	99,4 (85,6 - 100,0)	97,2 (83,1 - 100,0)	53,3 (46,1 - 60,6)	36,5 (30,2 - 42,7)	14,6 (10,2 - 18,9)	7,8 (4,5 - 11,2)	12,7 (7,3 - 18,1)	8,9 (5,1 - 12,8)
Separato/a o divorziato/a	- -	- -	5,1 (2,7 - 7,6)	7,3 (4,4 - 10,3)	12,5 (8,4 - 16,5)	11,7 (7,6 - 15,7)	5,1 *	2,1 *
Vedovo/a	- -	- -	1,0 *	1,6 *	1,8 *	13,4 (9,1 - 17,7)	16,9 (10,7 - 23,1)	53,2 (44,5 - 61,9)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

### La Valle d'Aosta a confronto

Riguardo alle altre aree geografiche utilizzate per il confronto, nel campione della Valle d'Aosta la percentuale di coniugati tra gli uomini è inferiore a tutte le altre aree geografiche a confronto, così come la percentuale di celibi.

Una modesta eccedenza si osserva per i vedovi rispetto alle altre aree di riferimento, mentre la percentuale di celibi è simile a quella media nazionale, ma superiore sia a quella piemontese, sia a quella del Nord-Ovest (Figura 2).

Tra le donne la percentuale di coniugate è, al pari degli uomini, inferiore sia alla media nazionale sia, in misura ancora maggiore, al Piemonte e al Nord-Ovest. Ancora similmente agli uomini, le donne valdostane nubili sono, in proporzione, più numerose che in Piemonte e nel Nord-Ovest, anche se in misura inferiore alla media nazionale.

Le separate e divorziate non si discostano molto dalle percentuali registrate nelle altre aree geografiche poste a confronto, mentre le vedove valdostane superano, in proporzione sul totale, quelle piemontesi, del Nord-Ovest e della media nazionale (Figura 2a).

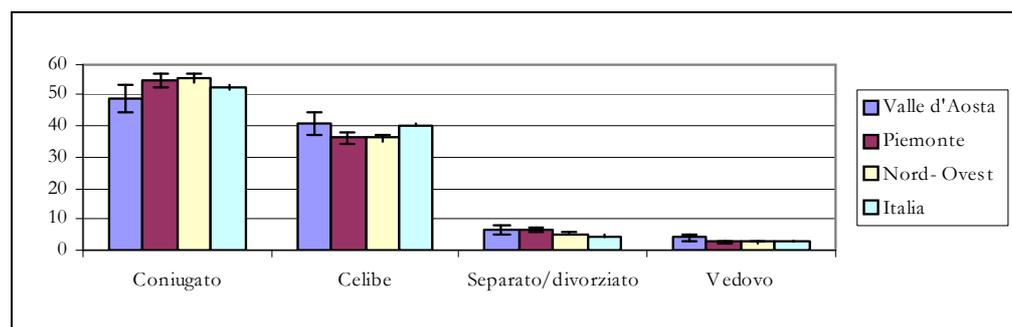
Va tuttavia segnalato come nessuna delle differenze riportate sia statisticamente significativa.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra, per entrambi i generi, una percentuale, rispetto le aree a confronto, superiore di persone senza un partner stabile, per celibato, nubilito e, per contro, inferiore di coniugate/i<sup>24</sup>.

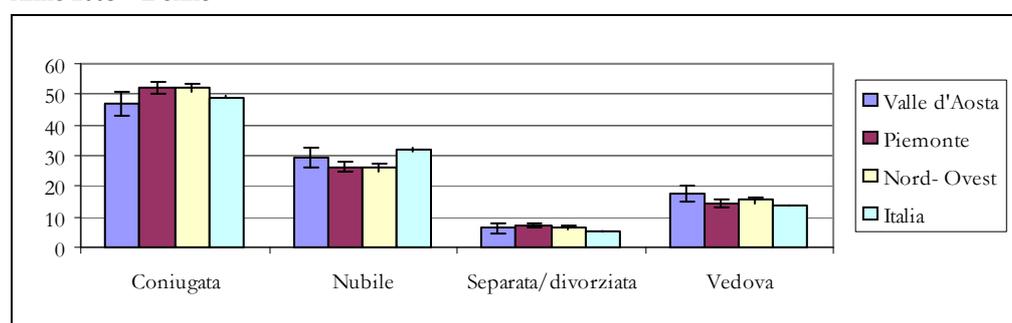
<sup>23</sup> Gli uomini infatti nel 2000 appartenevano, per il: 55,8 % alla classe dei coniugati; per il 34,2 % alla classe dei celibi; per il 7,0 % alla classe dei separati o divorziati e per il 3,0 % alla classe dei vedovi. Mentre le donne nel 2000 appartenevano, per il: 53,6 % alla classe delle coniugate; per il 23,3 % alla classe delle nubili; per il 6,1 % alla classe delle separate o divorziate e per il 17,0 % alla classe delle vedove.

<sup>24</sup> Si veda cap. 3 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta.

**Figura 2 - Stato civile in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Uomini



**Figura 2a - Stato civile in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Donne



### 2.3 Condizione professionale

Essere occupati nel mercato del lavoro spesso significa essere dentro un sistema produttivo, economico, informativo e culturale che garantisce un capitale sociale solitamente superiore a quello delle persone ancora attive, ma ritirate dal lavoro o appartenenti ad una scala ancora più bassa, quale quella degli esclusi dal mercato del lavoro pur essendo ancora in età produttiva, o dei lavoratori precari.

La scala dei livelli occupazionali corrisponde pertanto a una scala di garanzia e di tutela che spesso si accompagna a una scala parallela del benessere percepito, sia fisico, sia psichico e mentale.

L'analisi sulla condizione professionale è stata condotta sulle seguenti classi:

- occupato/a;
- in cerca di lavoro;
- non occupato/a (casalinga/o, studente, ritirato dal lavoro o altra condizione);
- inabile al lavoro.

La categoria degli inabili al lavoro rappresenta una novità nell'indagine Istat del 2005 rispetto a quella analoga, condotta nel 2000.

In Valle d'Aosta la classe più rappresentata tra gli uomini è quella degli occupati, mentre tra le donne la condizione più frequente è quella di non occupata perché casalinga o ritirata dal lavoro, due condizioni frequenti soprattutto nella fascia di età tra 45-64 anni.

In sintesi, gli uomini sono risultati appartenere per il:

- 62,4 % alla classe degli occupati;
- 3,7 % alla classe di chi si dichiara in cerca di lavoro;
- 33,2 % alla classe dei non occupati (ritirato o in altra condizione);
- 0,7 % alla classe degli inabili al lavoro.

Mentre le donne sono risultate appartenere per il:

- 45,1 % alla classe delle occupate;
- 2,3 % alla classe che si dichiara in cerca di lavoro;
- 51,4 % alla classe dei non occupati (casalinga, ritirata o in altra condizione);
- 1,2 % alla classe degli inabili al lavoro.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, gli unici dati confrontabili sono quelli concernenti gli occupati perché le classificazioni utilizzate per le analisi differiscono nelle due indagini. A fronte di ciò, rispetto al 2000, in Valle d'Aosta, per entrambi i generi, si registra un aumento delle persone occupate, specialmente tra le donne<sup>25 26</sup>.

Con attenzione all'analisi per fascia di età si rileva la considerevole differenza percentuale tra i generi, relativa alla classe dei non occupati, di età compresa tra i 25 e 44 anni, verosimilmente da attribuire al ruolo familiare prevalente tra le donne, che è coerente anche con la più modesta eccedenza maschile, nella stessa classe di età, di persone in cerca di lavoro.

Anche nella classe di età successiva (45-64 anni), la differenza percentuale tra i generi nella classe degli occupati è pari a 20 punti percentuali in favore degli uomini.

**Tabella 3 - Condizione professionale in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Condizione professionale	14-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Occupato/a	41,3 (28,6 - 54,0)	36,2 (23,8 - 48,5)	92,3 (82,9 - 100,0)	78,3 (69,4 - 87,2)	66,0 (57,2 - 74,9)	46,3 (38,7 - 54,0)	8,0 *	2,5 *
In cerca di lavoro	7,0 *	4,2 *	4,8 (2,5 - 7,2)	3,3 *	3,4 *	2,4 *	- -	- -
Non occupato/a (casalinga/o, studente, ritirato dal lavoro o in altra condizione)	51,7 (37,6 - 65,8)	59,7 (44,1 - 75,2)	2,2 *	18,4 (13,9 - 23,0)	29,1 (23,1 - 35,2)	51,2 (43,2 - 59,3)	92,0 (78,4 - 100,0)	92,8 (81,5 - 100,0)
Inabile al lavoro	- -	- -	0,7 *	- -	1,5 *	- -	- -	4,8 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

### La Valle d'Aosta a confronto

In relazione alle altre aree geografiche utilizzate per il confronto, la Valle d'Aosta presenta una prevalenza di occupati tra gli uomini analoga al Piemonte ed al Nord-Ovest ed una modesta eccedenza (statisticamente non significativa) rispetto la media nazionale.

Per la classe dei non occupati, le percentuali sono simili in tutte le aree geografiche poste a confronto, mentre in Valle d'Aosta, gli uomini in cerca di lavoro, sono in percentuale inferiore a quella della media nazionale, ma simile al Piemonte e al Nord-Ovest (Figura 3).

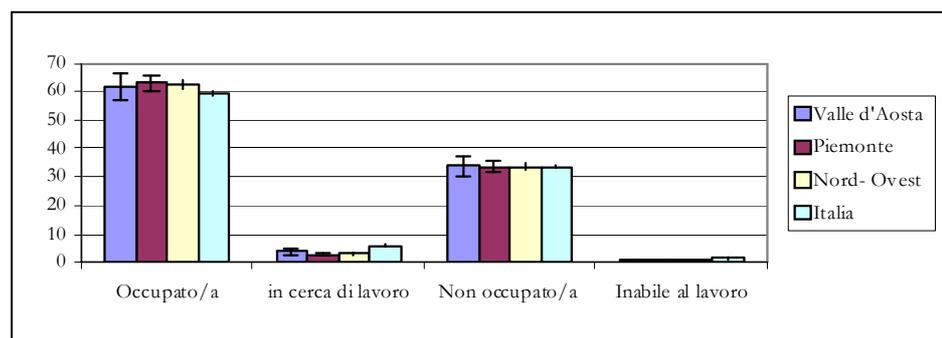
Tra le donne la percentuale di occupate è superiore a tutte le altre aree a confronto (la differenza è però statisticamente significativa solo nel confronto con l'Italia), mostrando così un'alta partecipazione regionale al mercato del lavoro, mentre la percentuale di non occupate e in cerca di lavoro è inferiore (differenza statisticamente non significativa) a tutte quelle considerate (Figura 3a).

Per entrambi i generi l'esigua numerosità del campione non ha permesso di ottenere dati significativi per la classe di inabili al lavoro.

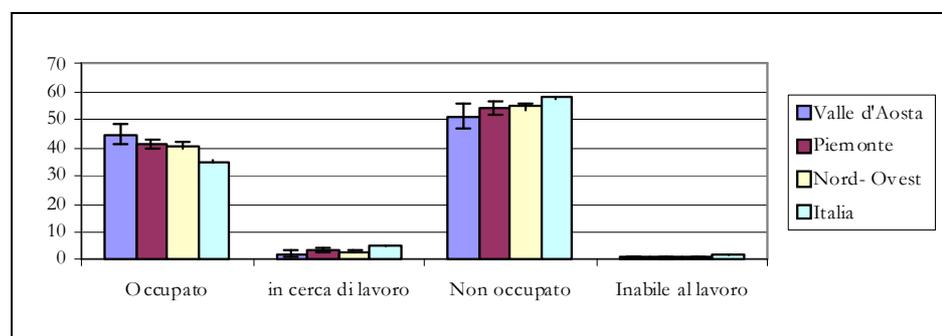
<sup>25</sup> Si veda cap. 3 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta.

<sup>26</sup> Nel 2000 infatti erano occupati il 60,5% degli uomini (vs 62,4% nel 2005) e il 40,7% delle donne intervistate (vs 45,1% nel 2005).

**Figura 3 - Condizione professionale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Uomini



**Figura 3a - Condizione professionale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



## 2.4 Tipologia familiare

La composizione della famiglia cui una persona appartiene fornisce molte indicazioni sui bisogni di salute e di ricorso ai servizi sanitari, oltre che molti aspetti generali della vita stessa della persona sotto il profilo economico, culturale e sociale. Dagli stili di vita, all'utilizzo dei servizi, si registrano comportamenti diversi, in relazione alla tipologia familiare in cui la persona vive.

In Valle d'Aosta la tipologia familiare più rappresentata, sia tra gli uomini sia tra le donne, è la coppia con figli.

Gli uomini sono risultati appartenere ad una tipologia familiare rappresentata per il:

- 53,7 % dalla coppia con figli;
- 19,3 % dalla coppia senza figli;
- 15,5 % da quella composta da una persona sola;
- 9,5 % da quella monogenitoriale.

Il 2% ha dichiarato di appartenere ad “altra tipologia familiare”, diversa quindi da quelle sopra elencate.

Mentre le donne sono risultate appartenere ad una tipologia familiare rappresentata per il:

- 48,0 % dalla coppia con figli;
- 18,7% dalla coppia senza figli;
- 18,3 % da quella composta da una persona sola;
- 11,7 % da quella monogenitoriale.

Il 3,3 % ha dichiarato di appartenere ad “altra tipologia familiare”.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, in cui non era presente la classe “altra tipologia familiare”, si registra una flessione nella percentuale di coppie con figli tra gli uomini, mentre

stabile è l'analogia percentuale tra le donne; si osserva invece un aumento, in entrambi i generi, di coppie senza figli, di famiglie monogenitoriali e di persone sole, in misura superiore tra le donne<sup>27 28</sup>.

La Tabella 4 che segue distingue la tipologia familiare con attenzione alle classi di età e genere, che sono condizionati anche da quanto precedentemente descritto in merito allo stato civile.

**Tabella 4 - Tipologia familiare in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Tipologia familiare	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Coppie con figli	81,4 (70,6 - 92,1)	80,7 (69,6 - 91,7)	51,9 (44,7 - 59,1)	57,5 (49,8 - 65,2)	57,5 (49,2 - 65,7)	46,7 (39,1 - 54,4)	11,8 (6,6 - 17,0)	6,5 *
Coppie senza figli	- -	2,7 *	12,3 (8,6 - 16,0)	14,1 (10,1 - 18,1)	20,8 (15,7 - 26,0)	26,0 (20,1 - 31,8)	58,1 (47,1 - 69,1)	31,6 (24,8 - 38,5)
Composta da una sola persona	1,3 *	1,6 *	22,8 (17,9 - 27,7)	15,4 (11,3 - 19,6)	14,9 (10,5 - 19,4)	10,6 (6,7 - 14,4)	21,9 (15,0 - 28,9)	46,1 (38,0 - 54,3)
Famiglia monogenitoriale	15,6 (10,6 - 20,5)	13,5 (8,7 - 18,3)	12,3 (8,6 - 16,0)	11,2 (7,6 - 14,8)	5,0 *	15,0 (10,5 - 19,5)	3,1 *	6,9 (3,6 - 10,3)
Altra tipologia di famiglia	1,8 *	1,5 *	0,7 *	1,8 *	1,8 *	1,7 (12,0 - 21,5)	5,1 *	8,8 (5,0 - 12,6)

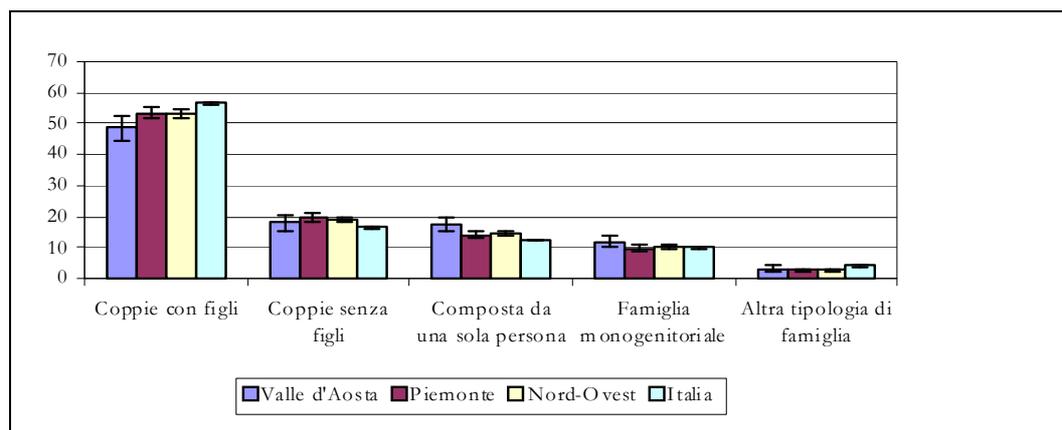
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

### La Valle d'Aosta a confronto

Rispetto alle altre aree geografiche utilizzate per il confronto, in Valle d'Aosta la percentuale di coppie con figli, è risultata la più bassa tra tutte quelle messe a confronto (la differenza, tuttavia, è statisticamente significativa solo nel confronto con l'Italia). La Valle d'Aosta registra inoltre la più alta prevalenza di persone sole (tutte le differenze sono statisticamente significative) e di famiglie monogenitoriali (differenze statisticamente significative solo per le donne) (Figure 4 e 4a).

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra, per entrambi i generi, una maggiore omogeneità con le altre aree geografiche a confronto<sup>29</sup>.

**Figura 4 - Tipologia familiare in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Uomini

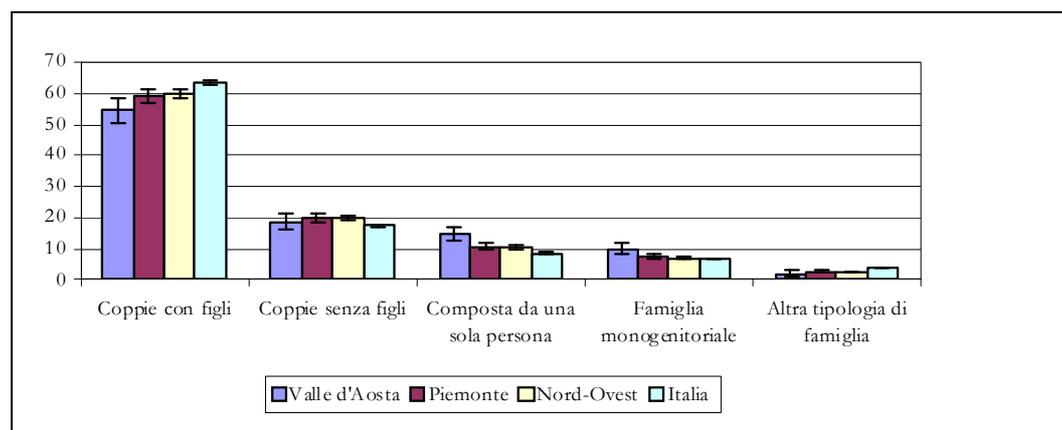


<sup>27</sup> Gli uomini infatti nel 2000 appartenevano ad una tipologia familiare composta per il 52,6% dalla coppia con figli, per il 22,4% dalla coppia senza figli, per il 6,1% da quella monogenitoriale, per il 16% dalla unipersonale. Mentre le donne nel 2000 appartenevano ad una tipologia familiare rappresentata, per il 48,2% dalla coppia con figli, per il 21,2% dalla coppia senza figli, per il 7,9% da quella monogenitoriale, per il 20,2% dalla unipersonale.

<sup>28</sup> Si veda cap. 3 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta.

<sup>29</sup> Si veda cap. 3 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Figura 4a - Tipologia familiare in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Donne



## 2.5 Giudizio sulle risorse economiche

La valutazione soggettiva delle risorse economiche di cui una famiglia dispone è il principale fattore di propensione, o di inibizione, al consumo di beni e servizi, inclusi quelli sanitari.

Frequentemente, inoltre, chi valuta negativamente le proprie risorse, ha profili di salute sfavorevoli rispetto a chi le considera adeguate ai propri bisogni. Non solo, risulterebbe anche<sup>30</sup> che, minori sono le disponibilità economiche - e quindi più bassi i profili di salute - maggiori sono i bisogni e minore è il ricorso alla prevenzione, più avanzata è la stadiazione delle malattie e minore conoscenza ed uso si riscontra dei servizi.

In Valle d'Aosta il 77,2% degli uomini e il 76,7% delle donne intervistate, ha dichiarato ottime o adeguate le proprie risorse economiche.

Per contro, a lamentare scarsità di risorse economiche sono il 22,8% degli uomini e il 23,3% delle donne intervistate.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si osserva un modesto incremento percentuale, per entrambi i generi, di chi dichiara un giudizio sfavorevole<sup>31</sup>.

Trattandosi di una variabile che descrive le condizioni familiari, dall'analisi per età non si notano differenze significative tra le diverse classi di età, nei due sessi, mentre si nota un incremento dei giudizi di soddisfazione con il crescere dell'età: oltre l'80% degli anziani si dichiara soddisfatto dei propri livelli economici.

Tabella 5 - Giudizio sulle risorse economiche in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Giudizio sulle risorse economiche	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Ottime/adequate	74,4 (64,1 - 84,7)	69,8 (59,4 - 80,1)	76,2 (67,6 - 84,8)	77,4 (68,5 - 86,2)	76,8 (67,3 - 86,3)	77,9 (68,2 - 87,7)	84,0 (71,0 - 91,7)	80,9 (70,3 - 91,5)
Scarse/insufficienti	25,6 (19,3 - 31,8)	30,3 (23,3 - 37,2)	23,8 (18,8 - 28,8)	22,6 (17,6 - 27,6)	23,2 (17,8 - 28,6)	22,1 (16,7 - 27,5)	16,0 (10,0 - 22,0)	19,1 (13,7 - 24,6)

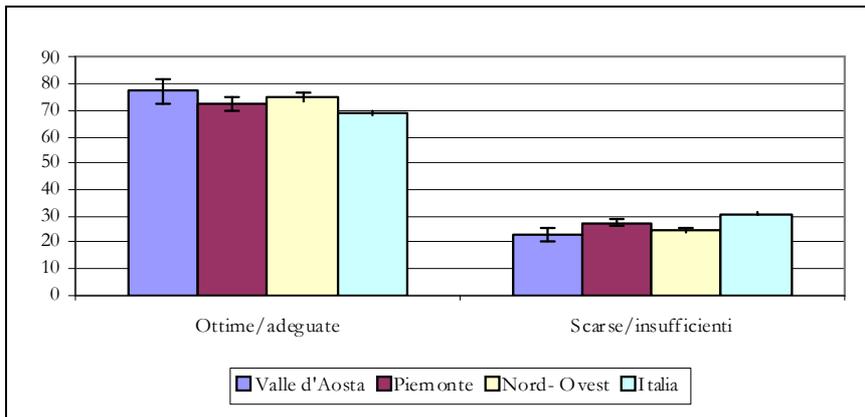
<sup>30</sup> Si vedano i capp. 6 e 7 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta.

<sup>31</sup> Nel 2000 l'80% degli uomini e il 78,4% delle donne avevano dichiarato ottime o adeguate le proprie risorse economiche. Per contro, a lamentare scarsità di risorse erano stati il 20% degli uomini e il 21,6% delle donne.

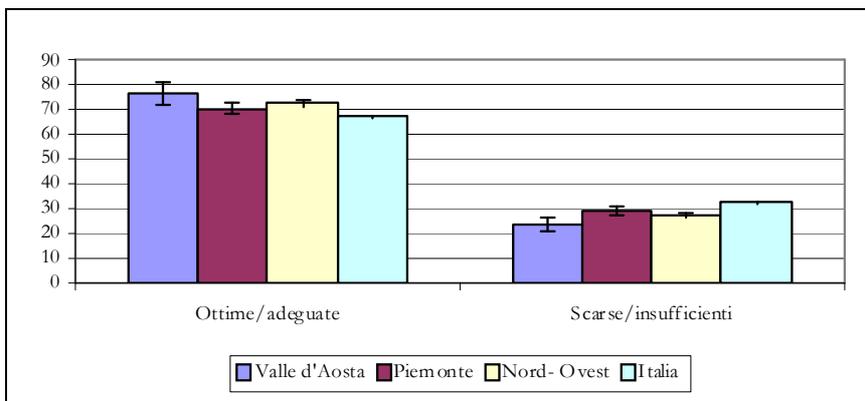
## La Valle d'Aosta a confronto

Rapportando alla Valle d'Aosta le percentuali di giudizio sulle risorse, dopo averle corrette per l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni, gli uomini valdostani sono risultati, come nell'indagine del 2000, i più soddisfatti rispetto al Piemonte, al Nord-Ovest (differenze statisticamente non significative) e, in misura superiore e statisticamente significativa, alla media nazionale (Figure 5 e 5a)<sup>32</sup>.

**Figura 5 - Giudizio sulle risorse economiche in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 - Uomini**



**Figura 5a - Giudizio sulle risorse economiche in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 - Donne**



## 2.6 Reti di relazione/Capitale sociale

Lo studio dell'interazione tra l'individuo e il contesto di appartenenza comporta l'analisi delle realtà economico-sociali più prossime al soggetto, degli ambiti culturali di riferimento, nonché della struttura delle reti di relazioni che si instaurano tra gruppi di amici, colleghi, coetanei o parenti. È proprio a questa struttura che ultimamente si fa sempre più riferimento per spiegare e rappresentare i fenomeni sociali.

L'espressione "reti di relazione" o "capitale sociale" viene impiegata in varie discipline nel campo delle scienze umane per indicare un insieme di situazioni tra le quali si intravedono delle relazioni di tipo affettivo, amicale, lavorativo, economico o sociale. L'individuo è quindi immerso in una rete di rapporti

<sup>32</sup> Nella analoga pubblicazione regionale del 2000, valori migliori della Valle d'Aosta erano stati registrati per il Trentino Alto Adige che in questo studio non compare tra le aree geografiche prese a confronto (Si veda cap. 3 "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali. Regione Autonoma Valle d'Aosta).

sociali multidimensionali, per cui non lo si può considerare come un'entità a sé stante, ma come un soggetto sociale che interagisce con il mondo che lo circonda influenzandolo e/o restandone influenzato<sup>33</sup>.

Anche per determinare il livello di salute è fondamentale quindi conoscere e studiare le reti di relazione che ciascuna persona può mobilitare e usare a proprio vantaggio, all'occorrenza.

L'analisi sulle reti di relazione, o capitale sociale, rappresenta una novità rispetto l'indagine del 2000.

In Valle d'Aosta la percentuale più elevata di soggetti intervistati, di entrambi i generi, può fare riferimento sia a parenti, sia ad altre persone a testimonianza di un contesto discretamente ricco di reti di relazioni.

Gli uomini hanno dichiarato di rivolgersi, all'occorrenza, per il:

- 72,4 % a parenti e altre persone;
- 18,3 % solo parenti;
- 5,2 % solo altre persone;
- 4,1 % a nessuno.

Mentre le donne hanno dichiarato di rivolgersi, all'occorrenza, per il:

- 71,2 % a parenti e altre persone;
- 18,5 % solo parenti;
- 6,8 % solo altre persone;
- 3,5 % a nessuno.

Osservando le suddivisioni per fascia d'età (Tabella 6), non si evidenziano significative differenze nelle categorie in esame.

**Tabella 6 - Reti di relazione/Capitale sociale in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Reti di relazione/ Capitale sociale	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Parenti ed altre persone	73,2 (63,0 - 83,4)	70,3 (59,9 - 80,7)	74,9 (66,4 - 83,4)	73,2 (64,6 - 81,9)	71,1 (61,9 - 80,2)	73,6 (64,1 - 83,1)	68,7 (56,8 - 80,6)	66,7 (57,0 - 76,4)
Solo parenti	16,6 (11,5 - 21,7)	17,9 (12,4 - 23,4)	14,9 (10,9 - 18,9)	15,9 (11,6 - 20,1)	19,2 (14,3 - 24,2)	15,6 (11,0 - 20,3)	26,0 (18,4 - 33,6)	26,0 (19,7 - 32,2)
Solo altre persone	3,7 *	7,7 (4,0 - 11,4)	6,6 (3,9 - 9,4)	7,7 (4,7 - 10,7)	5,4 *	5,6 *	4,0 *	6,0 *
Nessuno	6,5 *	4,1 *	3,6 *	3,2 *	4,3 *	5,2 *	1,3 *	1,4 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

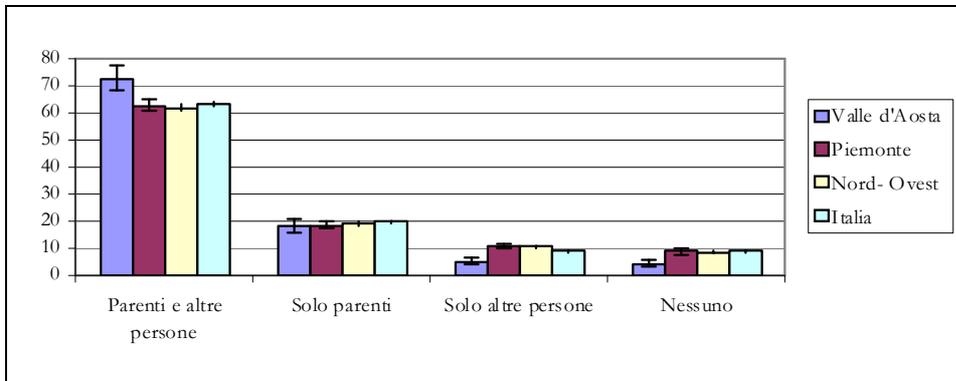
## La Valle d'Aosta a confronto

Rapportando alla Valle d'Aosta le altre aree geografiche a confronto, gli uomini e le donne valdostane sono quelli che beneficiano del più elevato livello di reti di relazioni e capitale sociale in quanto, per entrambi i generi, una percentuale più alta sia rispetto al Piemonte, che al Nord-Ovest, che alla media italiana (tutte le differenze sono statisticamente significative) può disporre a proprio vantaggio sia di parenti, sia di altre persone.

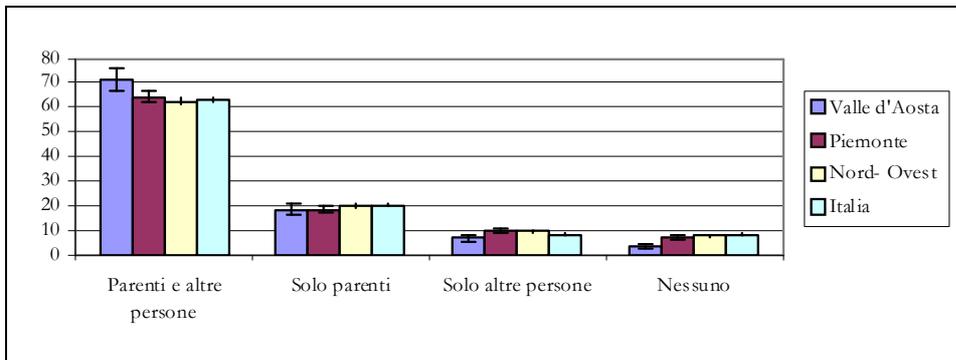
<sup>33</sup> Nel dibattito sul tema del capitale sociale esistono due scuole contrapposte, una olistica di Putnam ed un'altra individualistica di Bourdieu; la prima che enfatizza gli elementi di contesto - la fiducia, la società civile, l'associazionismo - la seconda che sottolinea la centralità degli scambi strumenti di aiuto, sostegno e appoggi dentro le reti sociali di appartenenza. In questa indagine l'Istat accoglie la teoria di Bourdieu, che considera capitale sociale l'insieme delle risorse (materiali e non materiali, informative, ecc.), veicolate dalle reti di appartenenza, che il soggetto può mobilitare per raggiungere i suoi obiettivi. In generale, secondo questa teoria, il capitale sociale individuale sarebbe dato dalla sommatoria dei capitali umani posseduti da tutti i soggetti con i quali si entra in interazione e che si possono mobilitare a proprio vantaggio.

È la più bassa, infatti, tra tutte, la percentuale di persone che in Valle d'Aosta, fanno riferimento esclusivamente a soggetti non legati da parentela, oppure sono soli (Figure 6 e 6a).

**Figura 6 - Reti di relazione/Capitale sociale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Uomini



**Figura 6a - Reti di relazione/Capitale sociale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



## CONCLUSIONI

In sintesi, il quadro sociale della Valle d'Aosta delineato dal campione regionale è quello di una regione sostanzialmente in linea con le aree vicine o di afferenza (Piemonte e Nord-Ovest), con le quali condivide le principali differenze con la media nazionale.

Buoni livelli di scolarità, anche se lievemente inferiori a quelli nazionali, buoni livelli di occupazione ed elevata soddisfazione per i livelli economici raggiunti sono le premesse per elevati livelli di salute.

Di particolare rilievo, poi, nel panorama nazionale è la ricchezza di reti sociali che, anche a fronte di una minore frequenza di coniugati (quindi a maggiore rischio di solitudine), garantisce sostegno e assistenza in caso di bisogno.

La quasi totalità degli indicatori sociali ha evidenziato, analogamente al resto del Paese, un incremento rispetto alla precedente indagine (Salute 2000), a cui dovrebbero corrispondere incrementi negli indicatori di salute e di migliore uso dei servizi.



### 3. I FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALE

In questa sezione sono presentati e commentati i dati relativi ad alcuni stili di vita correlati alla salute della popolazione valdostana interessata dall'indagine Istat e si discute in quale misura, questi stili, siano condizionati, oltre che dall'essere uomo o donna, anche dall'età, dal livello di istruzione, dallo stato civile, dalla tipologia familiare o, infine, dal giudizio sulle risorse economiche.

#### 3.1 Fumo di sigaretta

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio modificabile per numerose patologie.

È responsabile dell'insorgenza di numerose forme tumorali e di gravi patologie respiratorie e riveste un ruolo rilevante nell'insorgenza delle patologie circolatorie sia cardiache, sia cerebrali, sia vascolari periferiche. Di conseguenza, al fumo di sigaretta sono attribuibili numerosi decessi, ricoveri ospedalieri e casi di disabilità che comportano ingenti costi sociali ed economici.

Le politiche di contrasto al fumo di sigaretta costituiscono pertanto una priorità della sanità pubblica di tutti i Paesi.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 17,3% delle donne e il 27,5% degli uomini intervistati con più di 15 anni si definisce fumatore. Non ha invece mai fumato il 68,3% delle donne e il 45,1% degli uomini.

La Tabella sottostante riporta la distribuzione dei fumatori per quantità di sigarette giornaliere fumate.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra un lieve decremento di fumatori sia tra le donne, sia tra gli uomini, pari a circa un punto percentuale in entrambi i generi<sup>34</sup>. Si segnala, inoltre, un aumento nelle donne della percentuale di quelle che non ha mai fumato (anche se non statisticamente) significativo, mentre rimane stabile, dal 2000, la medesima percentuale tra gli uomini<sup>35</sup>.

**Tabella - Abitudine al fumo in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Abitudine al fumo	Uomini	Donne
Mai fumato	45,1 (41,0 – 49,1)	68,3 (63,5 – 73,0)
Fumato in passato	27,6 (24,4 – 30,7)	14,5 (12,2 – 16,8)
Fumatore occasionale/fuma pipa o sigari	2,9 (1,8 – 4,0)	1,8 (0,9 – 2,6)
Fuma tutti i giorni meno di 20 sigarette	12,3 (10,1 – 14,5)	9,9 (8,0 – 11,9)
Fuma tutti i giorni 20 o più sigarette	12,3 (10,1 – 14,4)	5,6 (4,1 – 7,0)

In entrambi i sessi la classe di età dei giovani adulti (25-44 anni) è quella in cui l'abitudine al fumo è più frequente, mentre la prevalenza si riduce con il crescere dell'età.

Di particolare rilevanza, ai fini preventivi, è la fascia di età più giovane: il 28,8% dei maschi con meno di 25 anni e il 20,5% delle femmine si dichiara fumatore/fumatrice.

La Tabella che segue riporta la distribuzione per genere e per età<sup>36</sup>.

<sup>34</sup> Le donne infatti, nel 2000, risultavano essere fumatrici in percentuale del 18,6% mentre gli uomini del 28,4%.

<sup>35</sup> Le donne che non hanno mai fumato, nel 2000, risultavano essere il 65,8% mentre gli uomini il 45,2%.

<sup>36</sup> Non è possibile operare un confronto con l'indagine del 2000 a causa della diversa ripartizione in classi di età tra le due indagini. In quella del 2005 si è voluto ripartire ulteriormente la classe 25-64 per conferire maggiore efficacia agli interventi preventivi età/specifici.

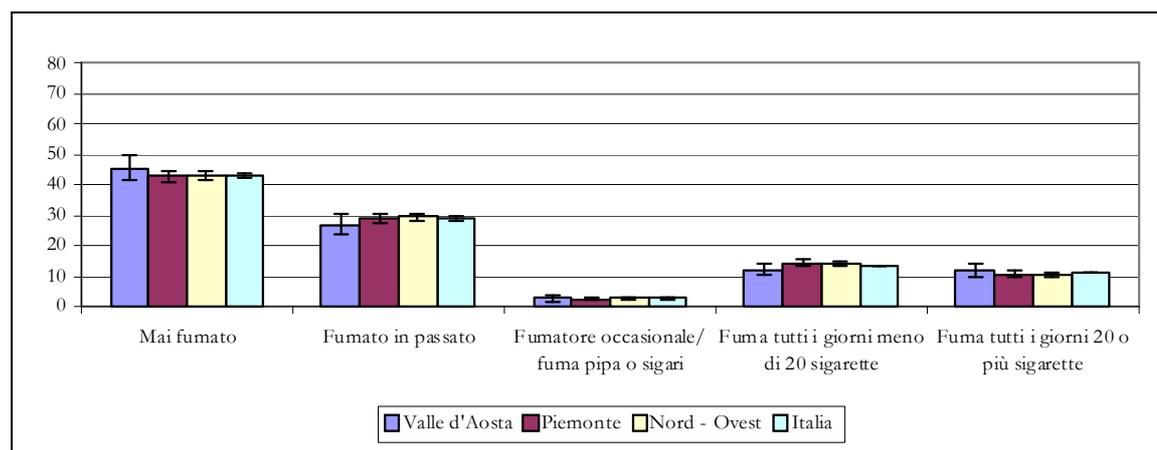
**Tabella - Abitudine al fumo in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Abitudine al fumo	14-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Mai fumato	64,5 (49,5 - 79,4)	71,1 (54,9 - 87,3)	48,8 (41,9 - 55,8)	65,6 (57,4 - 73,8)	37,2 (30,4 - 44,0)	62,6 (53,7 - 71,4)	38,7 (29,6 - 47,8)	77,3 (66,9 - 87,7)
Fumato in passato	6,7 *	8,3 *	14,6 (10,6 - 18,6)	12,9 (9,1 - 16,8)	36,0 (29,3 - 42,7)	17,8 (12,9 - 22,7)	52,1 (41,7 - 62,6)	15,3 (10,4 - 20,2)
Fumatore occasionale/ fuma pipa o sigari	2,9 *	1,7 *	3,9 *	3,0 *	2,4 *	1,5 *	1,5 *	0,4 *
Fuma tutti i giorni meno di 20 sigarette	19,8 (11,2 - 28,5)	15,3 *	16,5 (12,3 - 20,7)	12,2 (8,4 - 15,9)	8,7 (5,3 - 12,2)	9,3 (5,6 - 12,9)	5,2 *	5,5 *
Fuma tutti i giorni 20 o più sigarette	6,1 *	3,5 *	16,2 (12,0 - 20,4)	6,4 (3,6 - 9,1)	15,6 (11,1 - 20,1)	8,9 (5,3 - 12,4)	2,5 *	1,5 *

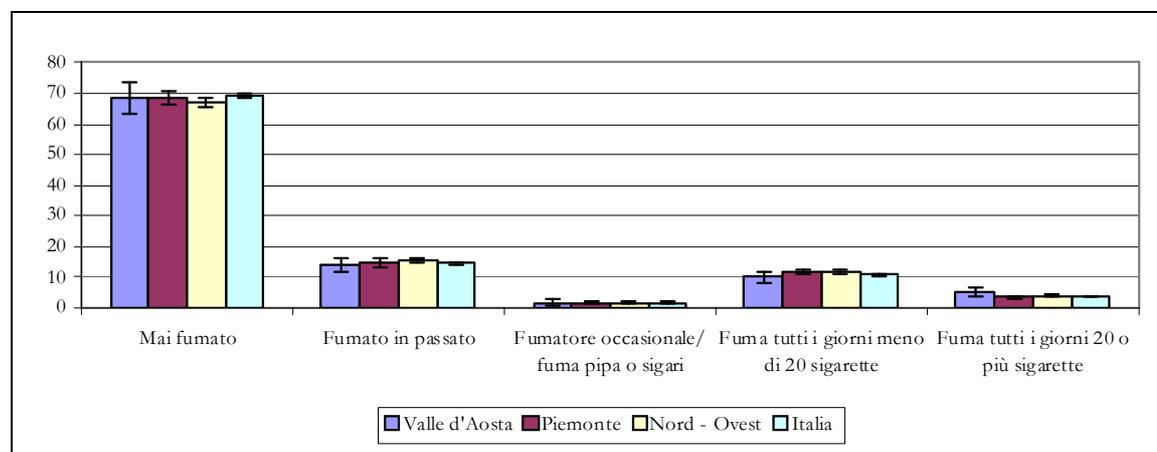
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Le frequenze registrate in Valle d'Aosta sono comunque omogenee con quelle registrate nel resto dell'Italia e nelle regioni limitrofe (Piemonte e Nord-Ovest) come testimoniano le Figure che seguono.

**Figura - Abitudine al fumo (>14) in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Uomini



**Figura - Abitudine al fumo (>14) in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Donne



La Tabella sottostante riporta il confronto tra fumatori (accorpendo tutte le tipologie di fumatori, inclusi gli occasionali) e non fumatori (questo gruppo include anche gli ex fumatori), per le variabili sociali in studio<sup>37</sup>.

Tra gli uomini si registra una prevalenza maggiore del 40%, di fumatori, nei soggetti di scolarità intermedia, rispetto a quelli di livello di istruzione più elevato, non coniugati e che vivono soli. Tra le donne non si osservano differenze per scolarità, ma la prevalenza è più elevata dell'80% nelle non coniugate, che vivono sole.

In entrambi i generi, poi, si rileva una maggiore frequenza (anche se non statisticamente significativa se analizzata separatamente, ma significativa se si considerano assieme uomini e donne) tra coloro che si dichiarano insoddisfatti del proprio livello economico.

**Tabella - Abitudine al fumo in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

ABITUDINE AL FUMO	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (1 - 1,5)	1,4 (1,1 - 1,8)	1,0 (0,7 - 1,4)
Lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,7 - 1,3)	1,1 (0,7 - 1,7)	0,8 (0,5 - 1,4)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,7 (1,4 - 2,1)	1,6 (1,2 - 2,1)	1,8 (1,3 - 2,5)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	0,9 (0,7 - 1,2)	0,8 (0,5 - 1,2)	1,1 (0,7 - 1,7)
Monogenitore	1,1 (0,8 - 1,4)	0,8 (0,5 - 1,3)	1,4 (0,9 - 2,2)
Persona sola	1,6 (1,2 - 1,9)	1,5 (1,1 - 1,9)	1,7 (1,1 - 2,5)
Altro	1,8 (1,2 - 2,9)	1,8 (1,0 - 3,1)	2,2 (1,1 - 4,6)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (1,1 - 1,6)	1,3 (1,0 - 1,7)	1,3 (1,0 - 1,8)

### 3.2 Attività fisica nel tempo libero

Il ruolo protettivo per la salute svolto da una costante attività fisica, anche se limitata, è ormai consolidato nella letteratura internazionale. Almeno 30 minuti di attività fisica aerobica, giornaliera e moderata, contribuiscono a ridurre l'insorgenza di numerose patologie, quali: malattie dell'apparato circolatorio, diabete, malattie osteoarticolari, alcune forme di tumore.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 55,9% delle donne e il 65,3% degli uomini interessati dall'indagine dichiarano di praticare qualche forma di attività fisica nel tempo libero.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, non è possibile operare un confronto, poiché la domanda era posta in maniera differente rispetto all'indagine attuale<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> Istruzione, stato civile, tipologia familiare, giudizio sulle risorse economiche.

**Tabella - Attività fisica nel tempo libero in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Attività fisica nel tempo libero	
Uomini	Donne
65,3 (60,9 – 69,8)	55,9 (41,8 – 60,0)

Come atteso, in entrambi i generi, la classe di età più giovane è quella in cui è più elevata la prevalenza di soggetti che praticano attività fisica. Altrettanto attesa è la riduzione di frequenza con il crescere dell'età, anche se quasi il 60% degli uomini e il 40% delle donne di oltre 65 anni dichiara di praticare ancora una qualche forma di attività fisica.

È da rilevare come, tra le donne, l'abbandono dell'attività fisica sia più accentuato rispetto a quello degli uomini a partire dai 45 anni, quando solo più la metà di loro utilizza il tempo libero per attività fisica<sup>39</sup>.

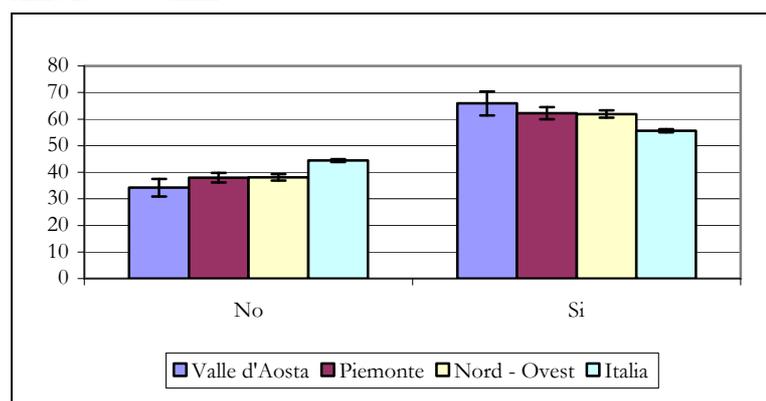
**Tabella - Attività fisica nel tempo libero in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Attività fisica nel tempo libero							
3-24		25-44		45-64		65 anni e più	
Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
79,8 (68,5 – 91,1)	75 (63,5 – 86,5)	63,6 (55,7 – 71,5)	61,5 (53,6 – 69,5)	61,1 (52,6 – 69,6)	50,4 (42,4 – 58,3)	57,8 (46,8 – 68,7)	39 (31,5 – 46,6)

Sia gli uomini che le donne valdostane hanno una frequenza di attività fisica più elevata rispetto alla media nazionale (statisticamente significativa), mentre la frequenza più elevata rispetto alle altre aree del Nord-Ovest non appare statisticamente significativa.

Seppure con alcune diversità, nel disegno di analisi dei dati, rispetto alla medesima indagine condotta dall'Istat nel 2000, non si registrano variazioni di rilievo<sup>40</sup>.

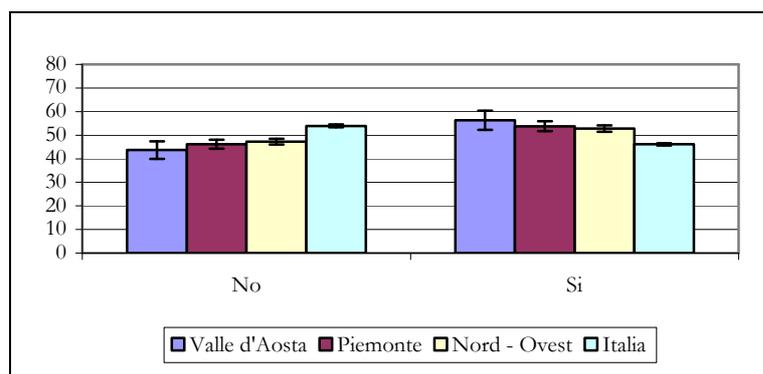
**Figura - Attività fisica nel tempo libero in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Uomini



<sup>38</sup> Nel 2000 si chiedeva se aveva praticato attività fisica negli ultimi 12 mesi; nel 2005 si chiese se pratica attività fisica almeno una volta la settimana.

<sup>39</sup> In questo caso non è possibile operare un confronto con l'indagine del 2000 a causa della diversa ripartizione in classi di età dovuta alla ricerca di maggiore contributo conoscitivo età/spesifico.

<sup>40</sup> Le due indagini non si prestano a confronti puntuali per questa variabile. Nell'indagine del 2000, infatti, l'attività fisica veniva analizzata anche in relazione all'intensità e alla regolarità e i confronti geografici includevano anche il Trentino Alto Adige, mentre escludevano la ripartizione del Nord-Ovest. A fronte di ciò, uomini e donne valdostane non differivano nelle prevalenze dalle altre aree poste a confronto (Piemonte, Trentino Alto Adige e Italia).

**Figura - Attività fisica nel tempo libero in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.****Prevalenze standardizzate per età per 100.****Anno 2005 – Donne**

La Tabella sottostante riporta il confronto tra i valdostani che dichiarano di svolgere attività fisica e i valdostani “sedentari”, rispetto alle variabili sociali descritte nel capitolo 3<sup>41</sup>. Sia tra gli uomini, sia tra le donne, la prevalenza decresce con il decrescere del tipo di studio, mentre è più elevata nei soggetti non coniugati e che vivono da soli (verosimilmente per una maggiore disponibilità di tempo), ed è inferiore nei soggetti che si dichiarano insoddisfatti del proprio livello economico.

**Tabella - Attività fisica nel tempo libero in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.****Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

ATTIVITÀ FISICA NEL TEMPO LIBERO	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,7 – 0,8)	0,7 (0,6 – 0,8)	0,9 (0,7 – 1)
Lic. elementare, senza titolo	0,6 (0,5 – 0,7)	0,6 (0,5 – 0,7)	0,6 (0,5 – 0,8)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,2 (1,1 – 1,3)	1,2 (1,1 – 1,4)	1,2 (1,0 – 1,3)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,1 (1,0 – 1,2)	1,1 (0,9 – 1,3)	1,1 (1,0 – 1,3)
Monogenitore	1,0 (0,9 – 1,1)	1,1 (1,0 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,2)
Persona sola	1,2 (1,1 – 1,4)	1,2 (1,1 – 1,4)	1,3 (1,1 – 1,5)
Altro	0,9 (0,7 – 1,2)	1,4 (1,0 – 1,8)	0,7 (0,4 – 1,1)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,8 (0,8 – 0,9)	0,8 (0,7 – 0,9)	0,8 (0,7 – 1,0)

<sup>41</sup> Istruzione, stato civile, tipologia familiare, giudizio sulle risorse economiche.

### 3.3 Popolazione attiva/Non attiva

La definizione “attiva”, riferita alla popolazione, in questo caso non indica la percentuale di occupati, ma fa riferimento a un insieme di attività fisiche legate al tipo di lavoro svolto, o alle abitudini giornaliere richieste al fine di acquisire informazioni sulla sedentarietà della popolazione intervistata – e, quindi, gli eventuali rischi per la salute a essa collegati negli ambienti di vita o di lavoro. È quindi escluso da questa domanda lo sport praticato intenzionalmente.

Secondo questa concezione, nel 2005, sono stati attivi in Valle d'Aosta il 73,9% degli uomini e il 60,2% delle donne.

Trattandosi di un indicatore inedito non sono possibili raffronti con l'indagine precedente del 2000.

**Tabella - Popolazione attiva/non attiva in Valle d'Aosta per genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Popolazione attiva/non attiva	
Uomini	Donne
73,9	60,2
(68,8 – 79,0)	(55,7 – 64,7)

L'attività ovviamente decresce al crescere dell'età in entrambi i generi, anche se in misura più importante tra le donne.

**Tabella - Popolazione attiva/non attiva in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

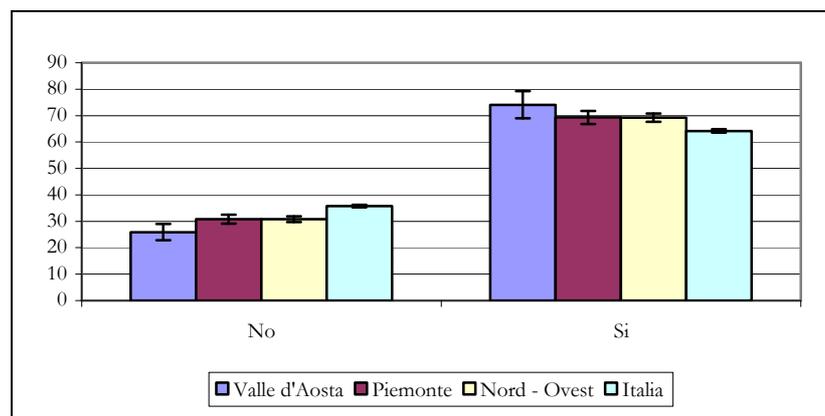
Popolazione attiva/non attiva							
14-24		25-44		45-64		65 anni e più	
Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
86,1	73,6	79,3	68,2	71,0	60,6	61,0	43,9
(68,3 – 100,0)	(56,4 – 90,8)	(70,5 – 88,0)	(59,9 – 76,6)	(61,8 – 80,1)	(51,9 – 69,3)	(49,8 – 72,3)	(36,0 – 51,9)

Le Figure che seguono mostrano come non si osservino differenze di rilievo tra la Valle d'Aosta e le aree geografiche a confronto in entrambi i generi.

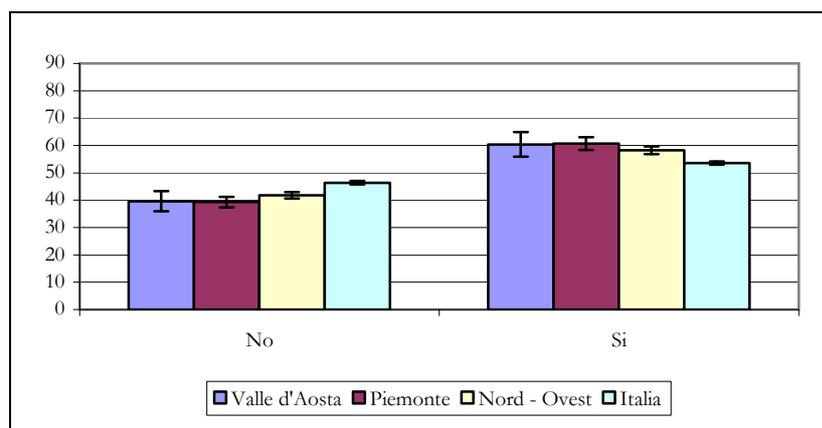
**Figura - Popolazione attiva/non attiva in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

Prevalenze standardizzate per età per 100.

Anno 2005 – Uomini



**Figura - Popolazione attiva/non attiva in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 – Donne**



L'attività fisica, inoltre, decresce con il decrescere del titolo di studio, che rappresenta l'unico indicatore di tipo socio-economico correlato all'inattività.

**Tabella - Popolazione attiva/non attiva in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

POPOLAZIONE ATTIVA/NON ATTIVA	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,9 – 1,0)	0,9 (0,8 – 1,0)	0,9 (0,8 – 1,1)
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,7 – 0,8)	0,8 (0,7 – 1,0)	0,7 (0,6 – 0,8)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (1,0 – 1,2)	1,1 (1,0 – 1,2)	1,1 (0,9 – 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,9 – 1,1)	1,0 (0,8 – 1,1)	1,0 (0,9 – 1,2)
Monogenitore	1,0 (0,9 – 1,1)	1,0 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,2)
Persona sola	1,1 (1,0 – 1,2)	1,1 (1,0 – 1,2)	1,1 (1,0 – 1,3)
Altro	0,9 (0,7 – 1,2)	1,2 (1,0 – 1,5)	0,7 (0,4 – 1,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,8 – 1,0)	0,9 (0,8 – 1,0)	0,9 (0,8 – 1,0)

### 3.4 Indice di massa corporea

L'epidemia da obesità rappresenta una delle emergenze incombenti per la salute per i prossimi anni. Il numero di soggetti in sovrappeso e obesi è in continuo aumento in tutti i Paesi industrializzati (e non solo). Sovrappeso e obesità rappresentano importanti fattori di rischio per numerose gravi condizioni morbose quali il diabete, le patologie circolatorie e alcuni tumori.

L'indice di massa corporea, derivato dalla combinazione di altezza e peso, rappresenta lo strumento con cui si possono classificare i soggetti in sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesi<sup>42</sup>.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 33,7% delle donne e il 49,4% degli uomini interessati dall'indagine, sulla base dei valori di peso e altezza dichiarati, presenta valori di indice di massa corporea al di sopra di quelli definiti come normali.

Da notare come il 7,6% delle donne sia da ritenersi sottopeso, come mostra la Tabella che segue.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra un aumento dell'obesità media nelle donne, indipendentemente dall'età, mentre pressoché invariata è la percentuale femminile sottopeso a fronte di un lieve aumento negli uomini<sup>43</sup>.

**Tabella - Indice di massa corporea in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Indice di massa corporea	Uomini	Donne
Sottopeso	1,3 *	7,6 (5,8 – 9,3)
Normopeso	49,3 (45,1 – 53,6)	58,8 (54,3 – 63,3)
Sovrappeso	41,1 (37,1 – 45,0)	25,3 (22,2 – 28,3)
Obeso	8,3 (6,4 – 10,2)	8,4 (6,6 – 10,2)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

In entrambi i sessi, la frequenza di sovrappeso e obesità cresce con il crescere dell'età.

Oltre i 65 anni il 60% degli uomini e il 50% delle donne ha indici di massa corporea alterati. Tra donne è frequente anche il fenomeno del sottopeso: nella classe di età 18-24 è pari al 15% e in quella 25-44 all'11%.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si conferma l'aumento di peso al crescere dell'età, in percentuale maggiore per entrambi i sessi<sup>44</sup>.

**Tabella - Indice di massa corporea in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Indice di massa corporea	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Sottopeso	4,1 *	15,1 *	0,8 *	11,3 (7,7 – 14,9)	0,4 *	2,7 *	2,7 *	5,9 *
Normopeso	79,3 (59,3 – 99,3)	73,2 (53,4 – 93,0)	57,6 (50,0 – 65,1)	65,8 (57,6 – 74,0)	38,7 (31,8 – 45,6)	59,0 (50,4 – 67,6)	37,8 (28,8 – 46,9)	45,0 (37,0 – 53,1)
Sovrappeso	16,7 *	7,7 *	34,8 (28,8 – 40,8)	17,5 (13,1 – 21,9)	50,3 (42,5 – 58,1)	29,5 (23,3 – 35,7)	48,5 (38,4 – 58,6)	36,0 (28,7 – 43,2)
Obeso	* *	4,1 *	6,8 (4,0 – 9,6)	5,4 (2,9 – 8,0)	10,6 (6,8 – 14,4)	8,8 (5,3 – 12,4)	11,0 (5,9 – 16,0)	13,2 (8,6 – 17,7)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

<sup>42</sup> L'indice di massa corporea (abbreviato IMC o BMI, dall'inglese *body mass index*) è un dato biometrico, espresso come rapporto tra massa e altezza di un individuo ed è utilizzato come indicatore dello stato di peso forma. L'indice di massa corporea è definito come:  $IMC = \text{massa} / (\text{altezza})^2$ , dove la massa è espressa in chilogrammi e l'altezza in metri (ad esempio  $68 \text{ Kg} / (1,7)^2 = 23,5$  (fino a 24,9 peso Regolare)). L'indice di massa corporea dimensionalmente è una densità di superficie ed è misurata in  $\text{kg}/\text{m}^2$ : la superficie del corpo è approssimata come un quadrato di lato pari all'altezza. L'indice di massa corporea consigliato dipende maggiormente da età e sesso, ma anche da fattori genetici, alimentazione, condizioni di vita, condizioni sanitarie e altre. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, la medicina nutrizionale convenzionale, l'opinione pubblica e in parte anche la medicina generica usa delle tabelle per definire termini da "sottopeso" ( $IMC < 16$ ) fino a "obesità" ( $IMC > 50$ ) in diversi livelli intermedi. Ritengono che questa indicazione sia un importante indicatore per la mortalità (fattore rischio).

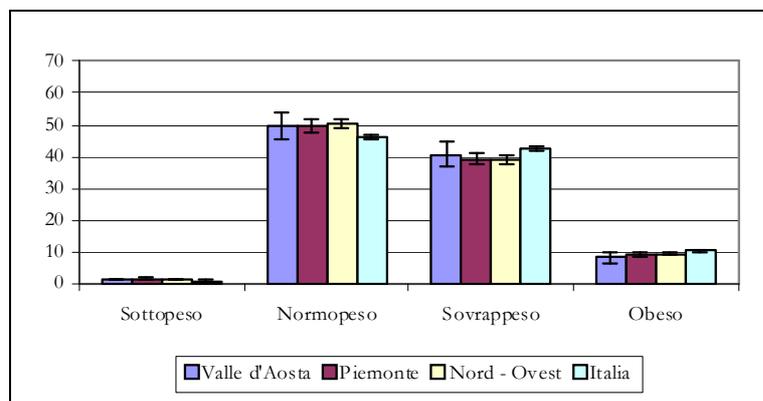
<sup>43</sup> Nell'analoga indagine Istat del 2000 infatti è risultato obeso l'8% degli uomini e il 6,7% delle donne, mentre è sottopeso l'8% delle donne e lo 0,8% degli uomini.

<sup>44</sup> Nell'analoga indagine Istat del 2000, infatti, tra gli ultrasessantacinquenni è risultato obeso il 9,6% degli uomini e il 10,8% delle donne. Purtroppo non è possibile un confronto per il sottopeso nelle persone giovani per una diversa ripartizione dei dati in classi di età tra le due indagini.

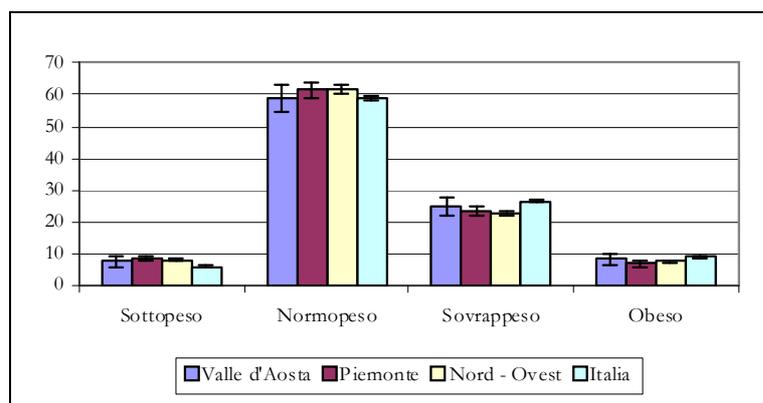
Nel confronto con le altre aree dell'Italia, non si evidenziano differenze statisticamente significative, la Valle d'Aosta si colloca quindi nella media nazionale.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, la Valle d'Aosta non si discosta più dalla media nazionale, tra le donne, per percentuali maggiori di sottopeso e gli uomini valdostani obesi non sono più, in percentuale, meno numerosi della media degli italiani in tale condizione<sup>45</sup>.

**Figura - Indice di massa corporea in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Uomini



**Figura - Indice di massa corporea in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



La Tabella sottostante riporta il confronto tra i soggetti con eccesso ponderale (in sovrappeso o obesi) e i soggetti normopeso per le variabili sociali descritte nel capitolo 3, tra le quali, la più esplicativa è il livello di istruzione. Tra gli uomini la prevalenza maggiore di soggetti con eccesso ponderale si registra nei soggetti di scolarità intermedia, mentre tra le donne gli eccessi ponderali sono a carico dei livelli di istruzione più bassi. Modesti eccessi si osservano infine tra le valdostane che si dichiarano insoddisfatte del proprio livello economico.

<sup>45</sup> Nell'analoga indagine Istat del 2000, infatti, le donne sottopeso sono il 9% contro il 6,7% della media nazionale e gli uomini obesi sono l'8% contro il 9% della media nazionale.

**Tabella - Indice di massa corporea in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

INDICE DI MASSA CORPOREA	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (1,1 – 1,4)	1,2 (1,0 – 1,4)	1,2 (0,9 – 1,6)
Lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,0 – 1,5)	1,1 (0,9 – 1,4)	1,5 (1,1 – 2,0)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,9 (0,8 – 1,0)	0,9 (0,8 – 1,0)	0,9 (0,8 – 1,1)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	0,8 (0,7 – 0,9)	0,8 (0,7 – 0,9)	0,9 (0,7 – 1,1)
Monogenitore	0,9 (0,7 – 1,1)	1,0 (0,8 – 1,4)	0,9 (0,6 – 1,2)
Persona sola	0,8 (0,7 – 0,9)	0,7 (0,6 – 0,9)	0,9 (0,7 – 1,2)
Altro	1,0 (0,7 – 1,3)	1,0 (0,6 – 1,5)	1,0 (0,7 – 1,5)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (1,0 – 1,2)	1,0 (0,9 – 1,2)	1,1 (0,9 – 1,4)

### 3.5 Controllo del peso

La consuetudine a controllare il proprio peso con regolarità è un indicatore indiretto dell'attenzione individuale alla prevenzione, in particolare rispetto a una condizione patologica (il sovrappeso/l'obesità) che, come detto nel paragrafo precedente, è in continuo aumento e costituisce un fattore di rischio per numerose patologie, anche gravi.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 60,8% delle donne e il 38,8% degli uomini interessati dall'indagine, dichiarano di controllare il proprio peso corporeo con una certa regolarità. A controllarlo raramente o mai sono invece il 61,2% degli uomini e il 39,1% delle donne, come testimonia la Tabella che segue.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra un miglioramento in entrambi i generi nei livelli di attenzione a questo fattore di rischio<sup>46</sup>.

**Tabella - Frequenza controllo del peso in Valle d'Aosta per genere.**

**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**

**Anno 2005**

Frequenza controllo del peso	Uomini	Donne
Spesso	13,0 (10,7 – 15,3)	23,2 (20,3 – 26,2)
Qualche volta al mese	25,8 (22,6 – 28,9)	37,6 (34,0 – 41,3)
Quasi mai, mai	61,2 (56,5 – 65,9)	39,1 (35,4 – 42,9)

<sup>46</sup> Nell'analoga indagine Istat del 2000, infatti, dichiarano di controllare raramente o mai il proprio peso il 66% degli uomini e il 44% delle donne.

Dall'analisi per classe di età si osserva che l'abitudine a monitorare il proprio peso corporeo si riduce con il crescere dell'età, ma si tratta di una tendenza più accentuata negli uomini, rispetto alle donne. In tutte le fasce di età, comunque, il controllo del peso è più frequente nel sesso femminile: oltre i 65 anni quasi la metà delle donne intervistate dichiara attenzione verso il proprio peso, mentre questa è ridotta a meno di un terzo degli uomini che, ricordiamo, sono anche quelli con maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità (si veda il paragrafo precedente).

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si conferma la maggiore attenzione delle donne al controllo del peso corporeo e una sostanziale invarianza tra gli anziani di entrambi i generi a questo tipo di monitoraggio<sup>47</sup>.

**Tabella - Frequenza controllo del peso in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Frequenza controllo del peso	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Spesso	16,1 *	24,0 (12,2 – 35,8)	13,0 (9,3 – 16,8)	27,2 (21,7 – 32,6)	11,7 (7,8 – 15,7)	25,0 (19,3 – 30,8)	13,8 (8,2 – 19,5)	15,7 (10,8 – 20,7)
Qualche volta al mese	35,6 (21,8 – 49,3)	48,5 (32,1 – 64,9)	25,6 (20,4 – 30,8)	41,3 (34,7 – 47,9)	27,0 (21,2 – 32,9)	38,4 (31,4 – 45,4)	19,7 (13,1 – 26,3)	28,8 (22,3 – 35,4)
Quasi mai, mai	48,4 (32,5 – 64,2)	27,5 (14,9 – 40,1)	61,4 (53,6 – 69,1)	31,6 (25,7 – 37,4)	61,2 (52,7 – 69,8)	36,6 (29,8 – 43,5)	66,5 (54,8 – 78,2)	55,5 (46,6 – 64,4)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il monitoraggio del peso corporeo è inoltre significativamente inferiore negli uomini valdostani rispetto alle altre aree geografiche considerate.

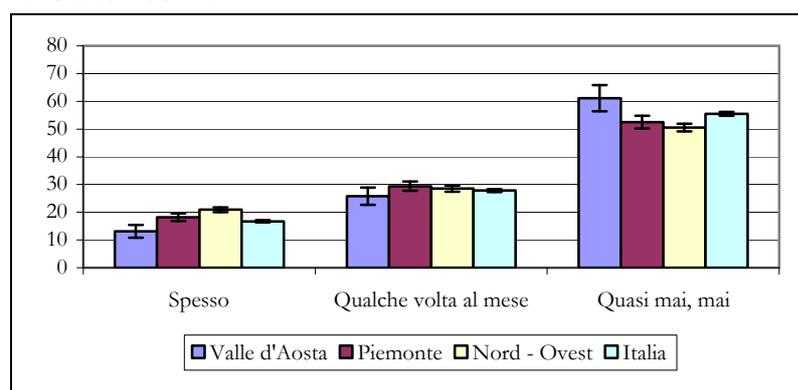
Nessuna differenza di rilievo, invece, per quanto riguarda le donne.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, nonostante alcuni dei riferimenti geografici siano diversi, rispetto le altre aree geografiche di riferimento, si conferma solo per gli uomini il disinteresse al controllo del peso, mentre per le donne l'abitudine a controllarlo conforma quella delle altre aree a confronto<sup>48</sup>.

**Figura - Frequenza controllo del peso in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

Prevalenze standardizzate per età per 100.

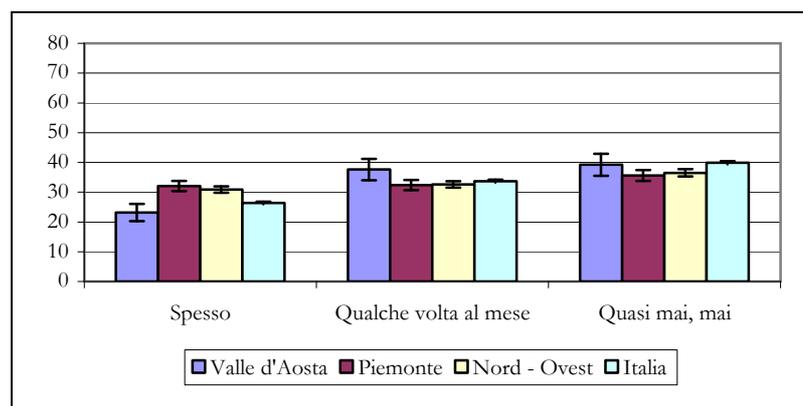
Anno 2005 – Uomini



<sup>47</sup> Nell'analoga indagine Istat del 2000, infatti, dichiarano di controllare raramente o mai il proprio peso il 66,2% degli uomini di età > 65 anni e il 59,8% delle donne di pari età.

<sup>48</sup> Nell'analoga indagine Istat del 2000, la Valle d'Aosta è posta a confronto, oltre che con la media nazionale, con il Piemonte e il Trentino. Nessun confronto invece si pone con il Nord-Ovest. A fronte di ciò, comunque, per entrambi i generi, i valdostani risultavano meno interessati rispetto ai residenti nelle altre aree geografiche al controllo del proprio peso.

Figura - Frequenza controllo del peso in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



La Tabella sottostante riporta il confronto tra i soggetti attenti al controllo del peso e i soggetti disattenti a questo monitoraggio, per le variabili sociali descritte nel capitolo 3<sup>49</sup>.

Le differenze sociali tra gli uomini sono piuttosto marcate: la propensione al controllo del peso corporeo è più marcata tra i soggetti maggiormente istruiti e decresce con il decrescere del livello di scolarità; è inoltre maggiore nei non coniugati e nei soggetti che dichiarano una soddisfacente condizione economica.

Tra le donne invece, le differenze sono meno accentuate e coinvolgono soprattutto le meno istruite, oltre che le non coniugate.

Tabella - Frequenza controllo del peso in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.

Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

FREQUENZA CONTROLLO DEL PESO	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,7 – 0,9)	0,7 (0,6 – 0,9)	0,9 (0,8 – 1,1)
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,6 – 0,8)	0,6 (0,4 – 0,8)	0,7 (0,6 – 0,9)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,8 (0,7 – 0,9)	0,7 (0,6 – 0,9)	0,8 (0,7 – 0,9)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,1 (1,0 – 1,3)	1,3 (1,0 – 1,6)	1,1 (0,9 – 1,3)
Monogenitore	0,7 (0,5 – 0,8)	0,5 (0,3 – 0,8)	0,7 (0,6 – 0,9)
Persona sola	0,8 (0,7 – 1,0)	0,9 (0,7 – 1,1)	0,8 (0,7 – 1,0)
Altro	0,9 (0,7 – 1,3)	0,7 (0,3 – 1,7)	1,0 (0,7 – 1,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,8 (0,7 – 0,9)	0,6 (0,5 – 0,8)	0,9 (0,8 – 1,0)

<sup>49</sup> Istruzione, stato civile, tipologia familiare, giudizio sulle risorse economiche.

### 3.6 Indice di rischio cardiovascolare

Le malattie dell'apparato circolatorio rappresentano la principale causa di decesso e disabilità in tutti i paesi economicamente avanzati.

Il numero di eventi è potenzialmente riducibile, sia attraverso interventi preventivi su numerosi fattori di rischio noti (fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, sedentarietà), sia attraverso il precoce riconoscimento e trattamento (attraverso la modificazione dei comportamenti o la terapia farmacologica) di alcune condizioni morbose (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete).

Recentemente, l'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato e messo a disposizione le carte del rischio cardiovascolare per la popolazione italiana ([www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)). Si tratta di semplici strumenti che, da poche informazioni cliniche (età, sesso, presenza di diabete, fumo di sigaretta e livelli di pressione arteriosa e colesterolemia), stimano la probabilità di essere colpiti da un evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardico o ictus) nei successivi 10 anni.

La disponibilità, nell'indagine sulla Salute 2005, di numerose di queste informazioni, ha permesso la realizzazione di un semplice *indice* che considera la presenza combinata di più fattori di rischio cardiovascolare (fumo di sigaretta, diabete, livello elevato di colesterolemia e ipertensione) nello stesso soggetto.

Questo indicatore rappresenta quindi una stima dei soggetti a più elevato rischio di eventi cardiovascolari in Valle d'Aosta.

La Tabella sottostante riporta la frequenza, tra la popolazione valdostana, di persone con uno, due, tre o quattro fattori di rischio presenti contemporaneamente.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 37,2% degli uomini interessati dall'indagine e il 31,9% delle donne ha almeno un fattore di rischio cardiovascolare, mentre i soggetti a rischio più elevato (cioè con 2 o più fattori presenti) rappresentano l'11% degli uomini e l'11,8% delle donne.

Come già ricordato, non è possibile un confronto con l'analoga indagine Istat del 2000 trattandosi di un indicatore inedito.

**Tabella - Indice di rischio cardiovascolare in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Indice di rischio cardiovascolare	Uomini	Donne
1 fattore di rischio	37,2 (33,4 – 40,9)	31,9 (28,5 – 35,3)
2 fattori di rischio	9,1 (7,1 – 11,0)	9,0 (7,1 – 10,9)
3 o 4 fattori di rischio	1,9 (1,0 – 2,9)	2,8 (1,7 – 3,9)
Nessun fattore di rischio	51,9 (47,5 – 56,2)	56,3 (51,9 – 60,7)

La presenza di fattori di rischio aumenta con l'età (che di per sé rappresenta un ulteriore fattore di rischio cardiovascolare), in maniera differente nei due sessi. Tra gli uomini, non si osservano più differenze di rilievo dopo i 45 anni, mentre nelle donne, l'incremento è più lineare, come testimonia la Tabella che segue.

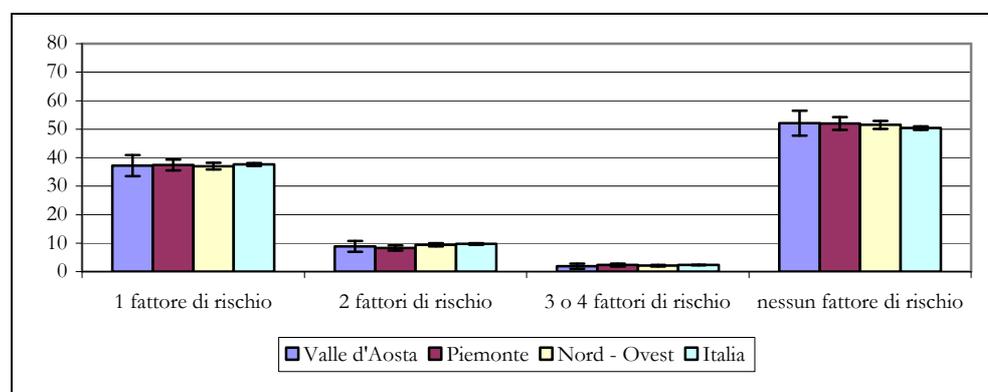
**Tabella - Indice di rischio cardiovascolare in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Indice di rischio cardiovascolare	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
1 fattore di rischio	32,2 (19,1 – 45,4)	25,4 (13,3 – 37,6)	39,1 (32,8 – 45,4)	25,6 (20,3 – 30,9)	37,5 (30,7 – 44,3)	36,3 (29,5 – 43,2)	34,8 (26,1 – 43,5)	37,3 (29,9 – 44,7)
2 fattori di rischio	3,3 *	1,2 *	3,1 *	2,9 *	14,1 (9,8 – 18,4)	10,7 (6,9 – 14,6)	15,0 (9,2 – 20,9)	17,5 (12,3 – 22,7)
3 o 4 fattori di rischio	* *	* *	0,4 *	0,9 *	3,5 *	3,0 *	3,1 *	5,9 *
Nessun fattore di rischio	64,5 (46,3 – 82,6)	73,4 (53,5 – 93,2)	57,4 (49,9 – 64,9)	70,6 (62,2 – 79,1)	44,9 (37,6 – 52,3)	49,9 (42,0 – 57,8)	47,1 (37,1 – 57,0)	39,3 (31,7 – 46,9)

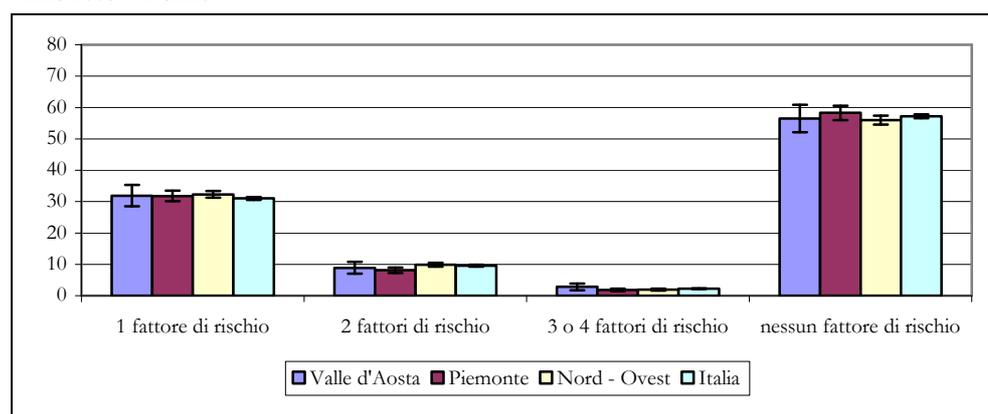
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il confronto con le altre aree italiane non evidenzia differenze di rilievo né tra gli uomini, né tra le donne.

**Figura - Indice di rischio cardiovascolare in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Uomini



**Figura - Indice di rischio cardiovascolare in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



La Tabella che segue mette a confronto, per le caratteristiche sociali fin qui considerate<sup>50</sup>, la prevalenza di soggetti con almeno 2 fattori di rischio cardiovascolare rispetto alla prevalenza di soggetti senza nessun rischio.

Tra gli uomini le differenze per titolo di studio sono molto evidenti: tra i soggetti a bassa scolarità, la presenza di persone a rischio elevato è più frequente fino al 70% (PRR = 0,3) rispetto ai soggetti con

<sup>50</sup> Istruzione, stato civile, tipologia famigliare, giudizio sulle risorse economiche.

scolarità elevata. Si tratta dell'unico indicatore sociale, oltre all'essere un genitore solo con figli a carico, che presenti differenze significative, a testimonianza del fatto che le credenziali educative rivestono un ruolo tra i più rilevanti nell'adozione di comportamenti salutisti.

Tra le donne, invece, l'unica differenza significativa riguarda la condizione di non coniugata, tra le quali la frequenza di persone ad alto rischio è superiore di circa il 20% rispetto alle coniugate, anche per l'elevata frequenza, in questo gruppo, di donne fumatrici.

**Tabella - Indice di rischio cardio vascolare in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

INDICE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,6 – 1,2)	0,8 (0,5 – 1,2)	0,9 (0,5 – 1,6)
Lic. elementare, senza titolo	0,6 (0,5 – 0,9)	0,3 (0,2 – 0,5)	1,0 (0,6 – 1,8)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,3 (1,0 – 1,7)	1,1 (0,7 – 1,6)	1,6 (1,1 – 2,3)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	0,9 (0,6 – 1,4)	1,0 (0,6 – 1,7)	0,9 (0,5 – 1,6)
Monogenitore	1,1 (0,6 – 1,8)	0,5 (0,1 – 1,8)	1,3 (0,7 – 2,5)
Persona sola	1,4 (0,9 – 2,0)	1,4 (0,8 – 2,2)	1,3 (0,7 – 2,3)
Altro	1,4 (0,7 – 2,7)	1,0 (0,3 – 3,6)	1,5 (0,7 – 3,6)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (0,8 – 1,5)	1,0 (0,6 – 1,6)	1,2 (0,8 – 1,7)

## CONCLUSIONI

La frequenza con cui alcuni dei principali stili di vita correlati alla salute si presenta nella popolazione valdostana è sostanzialmente analoga a quella del resto dell'Italia, con l'unica eccezione dell'attività fisica: i cittadini della Valle d'Aosta si caratterizzano, infatti, per più bassi livelli di sedentarietà rispetto alla media nazionale.

Il confronto con quanto evidenziato nell'indagine del 2000 non è sempre lineare: rispetto a 5 anni prima tende a diminuire l'abitudine al fumo, in particolare tra le donne, e si registra un'accresciuta attenzione al controllo del proprio peso corporeo.

Fumo e sovrappeso sono più diffusi tra gli uomini, mentre la sedentarietà è più frequente nelle donne.

La presenza di tutti i fattori di rischio considerati aumenta con il crescere dell'età e, nella maggior parte dei casi, si stabilizza nell'età più anziana.

È importante segnalare, soprattutto a fini preventivi, che circa un quarto dei giovani sotto i 25 anni si dichiara fumatore e circa un quinto dichiara di non svolgere alcuna attività fisica e di avere problemi di peso (sovrappeso o sottopeso).

Numerosi stili di vita sembrano essere correlati con indicatori socio-economici, in particolare con il livello di istruzione: sedentarietà e obesità sono più frequenti nei soggetti poco istruiti, mentre il fumo di sigaretta è più diffuso nelle persone di scolarità intermedia.

L'inattività fisica, poi, è più frequente anche tra chi si dichiara insoddisfatto del proprio livello economico, suggerendo come la scarsa disponibilità economica possa essere, verosimilmente, un ostacolo all'accesso all'attività fisica regolare.

Basso livello educativo e, in alcuni casi, difficoltà economiche, possono quindi ridurre le possibilità di adozione di stili di vita sani.

In conclusione, la frequenza e il modo in cui alcuni stili di vita correlati alla salute si distribuiscono all'interno della popolazione valdostana (e nel confronto con le altre regioni italiane), lasciano intravedere margini di miglioramento in diverse aree:

- contrasto al fumo di tabacco tra i giovani e promozione della disassuefazione negli adulti;
- ampliamento delle politiche per un'alimentazione sana;
- rafforzamento delle possibilità di accesso all'attività fisica;
- un'attenzione particolare ai giovani e ai meno istruiti.

Questi costituiscono gli spunti per la programmazione delle politiche di prevenzione regionale.

## 4. LO STATO DI SALUTE DEI VALDOSTANI

In questo capitolo è descritto, e sinteticamente commentato, quanto riferito relativamente al proprio stato di salute da parte dei valdostani interessati dall'indagine Istat. L'attenzione è rivolta sia agli aspetti percettivi, inclusivi della componente fisica e psichica della salute, sia alle dichiarazioni in merito alla presenza di malattie diagnosticate da un medico.

In tutti questi scenari, oltre al confronto esterno con altre ripartizioni geografiche e con la media nazionale, si pone attenzione a come, e in quale misura, alcune variabili individuali come il livello di istruzione, lo stato civile, la tipologia familiare e il giudizio sulle risorse economiche possano condizionare gli eventi in studio.

### 4.1 La salute percepita

L'importanza di studiare il giudizio sullo stato di salute attiene al fatto che tale percezione non è condizionata unicamente dalla presenza o dall'assenza di malattia, quanto dalla condizione di vitalità e di benessere che la persona avverte in relazione alla capacità del contesto in cui è inserito di offrire risposte adeguate ai bisogni di salute e a quelli più generali di qualità di vita e di relazione. Inoltre, è importante sottolineare come lo stato di benessere, seppure relativo, è presente ed avvertibile da tutte le persone, anche in presenza di malattie o cronicità.

La salute percepita è stata analizzata con modalità diverse, alcune innovative rispetto al passato: nel caso della percezione in generale, sintetizzando la risposta che le persone hanno dato alla domanda "come va la salute in generale"; nel caso della salute fisica e psichica, come nell'edizione del 2000, riportando i valori delle medie degli indicatori di stato fisico e psichico ricavate dalle domande della scala SF36, già descritte nel capitolo sui materiali e metodi.

La novità rispetto all'indagine del 2005 consiste nell'introduzione di ulteriori tre indicatori relativi alla vitalità, alla salute mentale e alla cronicità per i quali l'analisi riporta i valori delle medie calcolate per ciascuno di essi nella Tabella di seguito riportata.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, alla domanda "come va la salute in generale" hanno risposto "bene o molto bene" il 66,8% degli uomini e il 59,6% delle donne, mentre ha risposto "male o molto male" il 4,3% degli uomini e il 6,7% delle donne.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra un sensibile miglioramento della salute percepita in entrambi i generi<sup>51</sup>.

Gli indici di salute fisica e psichica si dispongono su punteggi intermedi, prossimi a 50 per entrambi i generi, anche se risultano di poco più elevati tra gli uomini.

Non si osservano variazioni di interesse rispetto all'indagine del 2000<sup>52</sup>.

Superiori a 50 invece, per entrambi i generi, i punteggi attribuiti dai valdostani all'indice di vitalità e all'indice di salute mentale, superiori anche in questo caso tra gli uomini.

Corrispondentemente, e anche per effetto della maggiore sopravvivenza, l'indice di cronicità è più elevato tra le valdostane.

---

<sup>51</sup> Nel 2000 infatti, alla stessa domanda, ha risposto "male o molto male" il 7,3% degli uomini e il 13% delle donne.

<sup>52</sup> Nel 2000 infatti, seppure ripartito in tre grandi fasce di età tra uomini e donne, il punteggio medio è di 52,8 per la salute fisica tra gli uomini e 51 per quella psichica; mentre il punteggio medio tra le donne è di 50,5 per la salute fisica e 49,9 per quella psichica.

**Tabella - Salute percepita, vitalità e indice di cronicità in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Salute percepita	Uomini	Donne
Bene, molto bene	66,8 (62,0 – 71,7)	59,6 (55,1 – 64,1)
Discretamente	28,9 (25,6 – 32,2)	33,7 (30,2 – 37,1)
Male, molto male	4,3 (2,9 – 5,6)	6,7 (5,1 – 8,4)
<b>Salute fisica</b>		
Indice medio	51,5 (50,9 – 52,2)	49,9 (49,2 – 50,6)
<b>Salute psichica</b>		
Indice medio	51,9 (51,3 – 52,5)	49,8 (49,2 – 50,5)
<b>Indice di vitalità</b>		
Indice medio	69,8 (68,5 – 71,2)	63,6 (62,2 – 65,0)
<b>Indice di salute mentale</b>		
Indice medio	77,9 (76,6 – 79,1)	73,5 (72,2 – 74,8)
<b>Indice di cronicità</b>		
Indice medio	5,4 (4,8 – 6,0)	6,8 (6,1 – 7,4)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

La percezione positiva della salute, comunque intesa, decresce al crescere dell'età sia tra gli uomini, sia tra le donne, anche se, mediamente, queste ultime si dichiarano meno soddisfatte, a parità di età degli uomini, per ogni dimensione della salute studiata, come mostrano le Tabelle seguenti.

Una maggiore insoddisfazione delle donne al crescere dell'età nei confronti della propria salute era presente già nell'indagine del 2000.

**Tabella - Salute percepita, vitalità e indice di cronicità in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

	14-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<b>Salute percepita</b>								
Bene, molto bene	93,1 (75,3 – 100,0)	88,9 (70,9 – 100,0)	80,3 (71,5 – 89,1)	79,9 (70,9 – 88,9)	60,4 (51,9 – 68,8)	51,1 (43,1 – 59,1)	34,7 (26 – 43,3)	30,1 (23,4 – 36,8)
Discretamente	6,9 *	11,1 *	17,8 (13,4 – 22,2)	18,6 (14 – 23,1)	35,3 (28,7 – 41,9)	39,9 (32,8 – 47,1)	54 (43,3 – 64,6)	56 (47 – 64,9)
Male, molto male	* *	* *	2,0 *	1,6 *	4,4 *	9 (5,4 – 12,5)	11,4 (6,2 – 16,5)	14 (9,3 – 18,6)
<b>Salute fisica</b>								
Indice medio	55,0 (53,9 – 56,1)	54,9 (53,7 – 56,1)	53,3 (52,4 – 54,1)	53,3 (52,7 – 54,0)	51,2 (50,1 – 52,2)	49,7 (48,6 – 50,9)	46,5 (44,8 – 48,3)	43,5 (41,9 – 45,0)
<b>Salute psichica</b>								
Indice medio	52,8 (51,0 – 54,6)	49,9 (47,3 – 52,4)	53,0 (52,0 – 53,9)	51,1 (50,0 – 52,2)	51,3 (50,2 – 52,4)	49,3 (48,1 – 50,5)	50,3 (48,7 – 51,9)	48,8 (47,4 – 50,1)
<b>Indice di vitalità</b>								
Indice medio	75,3 (71,9 – 78,8)	71,3 (66,4 – 76,3)	72,3 (70,3 – 74,4)	68,1 (65,9 – 70,3)	69,0 (66,9 – 71,2)	61,1 (58,6 – 63,6)	62,7 (58,9 – 66,5)	57,3 (54,5 – 60,1)
<b>Indice di salute mentale</b>								
Indice medio	82,9 (80,1 – 85,7)	78,2 (73,8 – 82,6)	79,8 (77,9 – 81,7)	77,7 (75,8 – 79,7)	76,3 (74,2 – 78,5)	70,5 (68,2 – 72,8)	73,4 (70,2 – 76,6)	69,3 (66,6 – 71,9)
<b>Indice di cronicità</b>								
Indice medio	2,3 (1,5 – 3,1)	2,4 (1,7 – 3,0)	4,5 (3,1 – 5,9)	3,6 (3,0 – 4,2)	4,5 (3,9 – 5,1)	6,9 (5,8 – 8,0)	8,4 (7,1 – 9,6)	10,0 (8,8 – 11,2)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Il confronto con le altre aree geografiche evidenzia una sostanziale omogeneità nelle dichiarazioni sulla salute - comunque misurata - come testimoniano le Figure che seguono.

Si segnala, tuttavia, un vantaggio della Valle d'Aosta rispetto la media nazionale, per un inferiore livello di cronicità riferita negli uomini, statisticamente significativo.

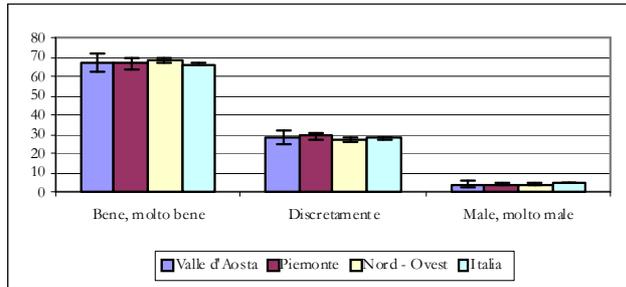
Anche nella precedente indagine 2000 la Valle d'Aosta si collocava nella media nazionale.

**Figura - Salute percepita, vitalità e indice di cronicità in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi. Prevalenze standardizzate per età per 100.**

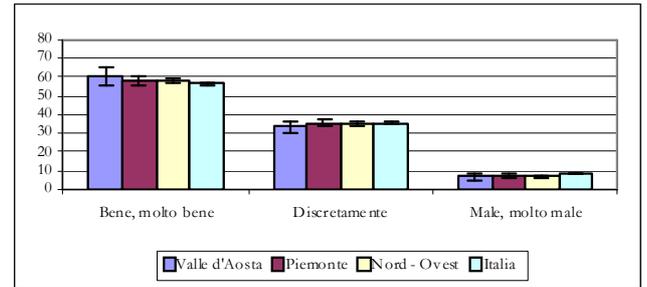
Anno 2005

*SALUTE PERCEPITA*

*Uomini*

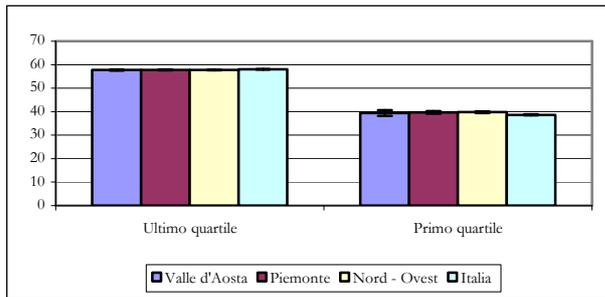


*Donne*

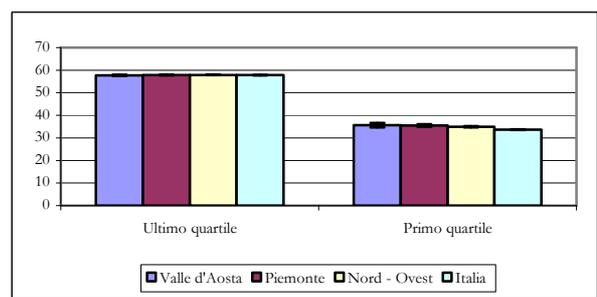


*SALUTE FISICA*

*Uomini*

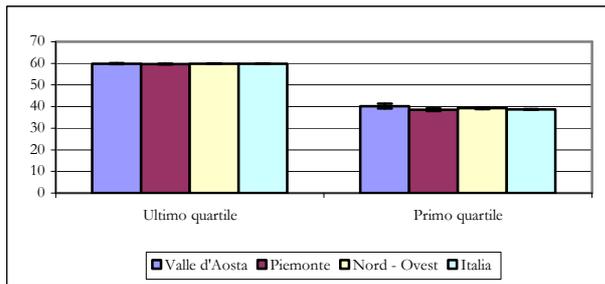


*Donne*

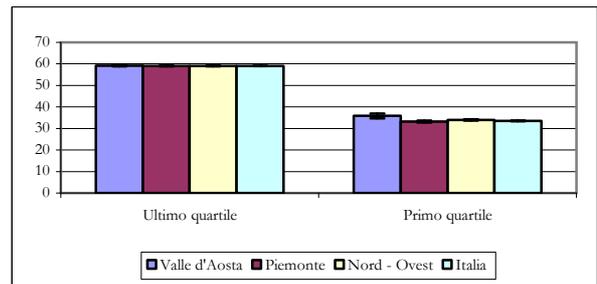


*SALUTE PSICHICA*

*Uomini*

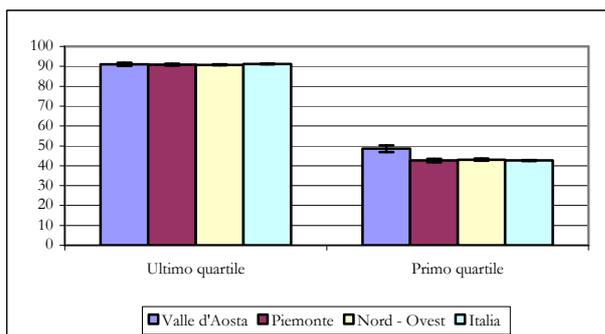


*Donne*

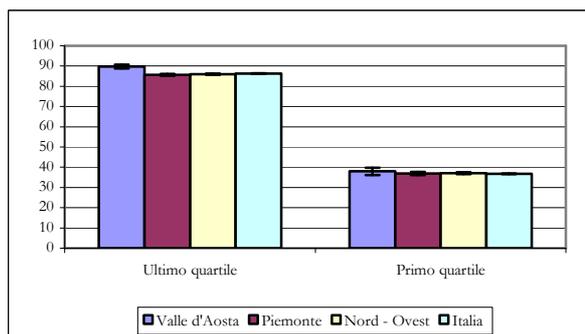


*INDICE DI VITALITÀ*

*Uomini*

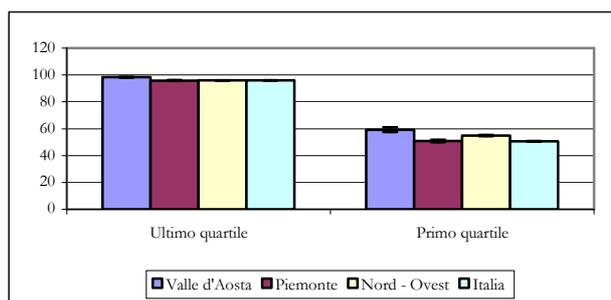


*Donne*

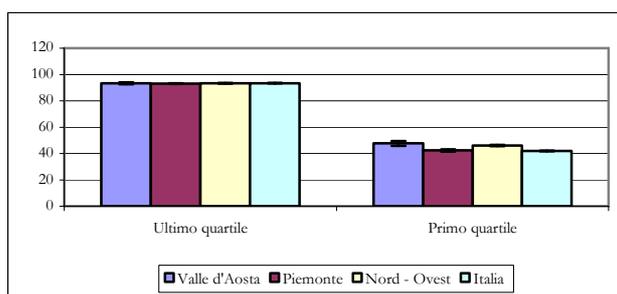


INDICE DI SALUTE MENTALE

Uomini

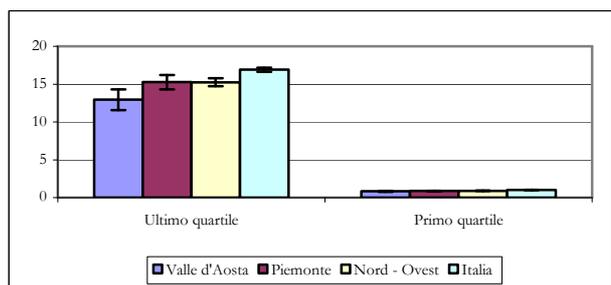


Donne

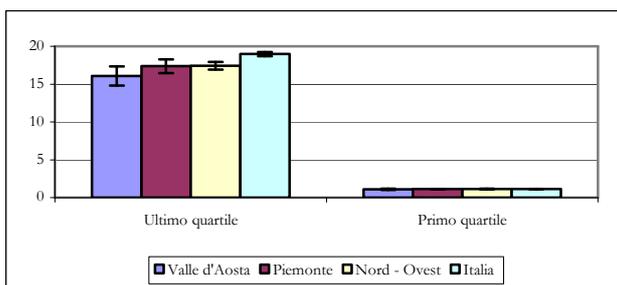


INDICE DI CRONICITÀ

Uomini



Donne



In merito alle differenze sociali, emerge come il giudizio sullo stato di salute sia sensibilmente correlato alla posizione sociale, ad eccezione dell'indice di cronicità, che non ha evidenziato alcuna associazione (tutti i valori del PRR sono infatti risultati pari ad 1) ed è stato quindi omesso dalla Tabella.

Nella Tabella seguente, per ciascuna dimensione della salute (percepita, fisica, psichica, indice di vitalità, mentale) è quindi studiata l'associazione con le variabili sociali considerate.

Il confronto è posto tra le categorie di soggetti che hanno dichiarato di stare "male o molto male", in ciascuna dimensione, verso chi ha dichiarato di stare "bene o molto bene", escludendo quindi chi ha espresso un giudizio intermedio (discretamente).

Anche nei casi in cui il giudizio è stato espresso con punteggio (salute fisica, psichica, vitalità e salute mentale), sono stati posti a confronto il 3° e 4° quartile della distribuzione dei punteggi (giudizi negativi) contro il 1° e 2° quartile (giudizi positivi).

Per entrambi i generi, una valutazione negativa delle risorse economiche disponibili si associa anche a una valutazione negativa della propria salute, comunque misurata.

Nelle donne il giudizio negativo è più frequente, fino a 2 volte e mezza, per la condizione di persona sola e nelle tipologie famigliari diverse da quella dell'essere in coppia con figli.

Anche i livelli di istruzione più bassi, spesso, presentano rischi più elevati di giudizio negativo della propria salute (fisica, psicologica e indice di vitalità) delle persone più istruite, anche se non sempre in misura statisticamente significativa.

Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta  
LO STATO DI SALUTE DEI VALDOSTANI

**Tabella - Giudizio sullo stato di salute percepito, indice di stato fisico e indice di stato psicologico in Valle d'Aosta per livello di istruzione ,stato civile, tipologia famigliare e giudizio risorse economiche.  
Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	SALUTE PERCEPITA			SALUTE FISICA			SALUTE PSICHICA		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,5 - 1,7)	*	0,9 (0,4 - 2,0)	1,2 (1,0 - 1,3)	1,1 (1,0 - 1,2)	1,1 (0,9 - 1,4)	1,0 (0,9 - 1,1)	1,0 (0,9 - 1,2)	1,0 (0,8 - 1,2)
Lic. elementare, senza titolo	1,6 (0,9 - 2,9)	*	1,3 (0,6 - 2,8)	1,2 (1,0 - 1,3)	1,1 (0,9 - 1,2)	1,2 (1,0 - 1,4)	1,0 (0,9 - 1,2)	1,1 (0,9 - 1,3)	1,0 (0,9 - 1,3)
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,5 (1,0 - 2,2)	1,1 (0,6 - 2,3)	1,9 (1,1 - 3,2)	1,1 (1,0 - 1,1)	0,9 (0,9 - 1,0)	1,2 (1,1 - 1,4)	1,1 (1,0 - 1,2)	1,2 (1,0 - 1,4)	1,1 (0,9 - 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMIGLIARE</b>									
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,3 (0,7 - 2,4)	0,7 (0,3 - 1,9)	2,0 (0,8 - 4,6)	*	1,0 (0,9 - 1,1)	1,0 (0,8 - 1,2)	1,0 (0,9 - 1,1)	1,0 (0,8 - 1,2)	1,0 (0,8 - 1,2)
Monogenitore	1,5 (0,7 - 3,5)	0,7 (0,1 - 4,2)	2,2 (0,8 - 6,2)	*	1,0 (0,8 - 1,1)	1,2 (1,0 - 1,5)	1,0 (0,9 - 1,2)	1,1 (0,9 - 1,5)	1,0 (0,8 - 1,2)
Persona sola	1,6 (0,9 - 3,0)	1,0 (0,4 - 2,6)	2,5 (1,0 - 3,0)	*	0,9 (0,8 - 1,1)	1,2 (1,0 - 1,5)	1,1 (0,9 - 1,2)	1,1 (0,9 - 1,4)	1,0 (0,8 - 1,3)
Altro	2,5 (1,0 - 6,2)	2,1 (0,5 - 9,6)	3,5 (1,1 - 11,2)	*	1,0 (0,7 - 1,3)	1,2 (0,9 - 1,6)	1,0 (0,8 - 1,3)	1,1 (0,7 - 1,7)	1,0 (0,7 - 1,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	*	*	2,2 (1,4 - 3,6)	1,1 (1,0 - 1,2)	1,1 (1,0 - 1,2)	1,0 (0,9 - 1,2)	1,2 (1,1 - 1,3)	*	1,2 (1,0 - 1,3)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Indice di vitalità e indice di salute mentale in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	INDICE DI VITALITA'			INDICE DI SALUTE MENTALE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
Lic. prof.le, medie inferiori	1,0 (0,9 - 1,1)	1,1 (0,9 - 1,2)	1,0 (0,8 - 1,2)	1,0 (0,9 - 1,1)	1,0 (0,9 - 1,2)	*
Lic. elementare, senza titolo	1,1 (1,0 - 1,3)	1,1 (0,9 - 1,4)	1,1 (0,9 - 1,3)	1,2 (1,0 - 1,3)	1,1 (0,9 - 1,3)	*
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (1,0 - 1,2)	1,1 (1,0 - 1,3)	1,1 (1,0 - 1,3)	1,1 (1,0 - 1,2)	1,1 (1,0 - 1,3)	1,1 (1,0 - 1,3)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>						
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
Coppia senza figli	1,0 (0,9 - 1,1)	1,0 (0,8 - 1,3)	1,0 (0,8 - 1,2)	1,0 (0,8 - 1,1)	1,0 (0,8 - 1,2)	*
Monogenitore	1,2 (1,0 - 1,4)	1,2 (1,0 - 1,6)	1,2 (1,0 - 1,4)	1,0 (0,9 - 1,2)	1,1 (0,8 - 1,4)	*
Persona sola	1,1 (0,9 - 1,2)	1,1 (0,9 - 1,3)	1,0 (0,8 - 1,3)	1,1 (0,9 - 1,2)	1,1 (0,9 - 1,3)	*
Altro	1,0 (0,7 - 1,3)	1,0 (0,6 - 1,7)	0,9 (0,6 - 1,4)	1,2 (0,9 - 1,5)	1,1 (0,8 - 1,6)	*
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	*	1,0	*	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (1,1 - 1,3)	*	1,2 (1,0 - 1,4)	*	1,2 (1,1 - 1,4)	1,2 (1,0 - 1,4)

\* la bassa numerosità del campione in questo stato non permette il calcolo di una stima attendibile

## 4.2 Disabilità, limitazioni dell'attività, acuzie e traumatismi

Disabilità, invalidità e limitazione dell'attività abituale costituiscono aspetti di grande interesse per il benessere della popolazione e producono implicazioni di rilievo sull'entità del carico assistenziale.

A proposito della disabilità, l'indagine classifica come disabile una persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate dal questionario, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari come protesi, bastoni, occhiali, ecc.<sup>53</sup>

La presenza invece di problemi di salute - malattie in forma acuta, riacutizzazioni di malattie croniche o traumatismi - può alterare sensibilmente l'equilibrio psicofisico delle persone anche se, per alcune patologie, in modo temporaneo.

<sup>53</sup> Per rilevare la disabilità l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OECD sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS11, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola. Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà. Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. È infine importante precisare che, poiché nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala ADL costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età inferiore ai 6 anni.

Tra le malattie acute prese in considerazione (riferite alle 4 settimane precedenti l'intervista), sono incluse sia condizioni gravi, come la polmonite o l'appendicite, sia meno gravi come il raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatici, ecc.

Per quanto attiene i traumatismi si fa riferimento a ferite, fratture, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti non solo a traumi, ma anche ad avvelenamenti, soffocamenti, ecc.

In Valle d'Aosta, nel 2005, hanno dichiarato una *disabilità* il 2,5% degli uomini e il 5,7% delle donne<sup>54</sup>.

La *limitazione nell'attività* è stata invece dichiarata da quasi il 10% degli uomini e dal 15% delle donne e si è prodotta per la presenza di malattie o traumatismi nel 9,1% dei casi tra gli uomini e nel 12,5% dei casi tra le donne, come si evince dalla Tabella che segue.

Non si registrano variazioni d'interesse, rispetto l'indagine del 2000, sulla limitazione dell'attività tra i valdostani per problemi di salute<sup>55</sup>.

**Tabella - Disabilità, limitazioni dell'attività, acuzie o traumatismi in Valle d'Aosta per genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

Disabilità	Uomini	Donne
Disabile	2,5 (1,5 – 3,5)	5,7 (4,2 – 7,1)
<b>Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute nelle ultime 4 settimane</b>		
No	90,1 (85,0 – 95,3)	85,0 (80,1 – 89,9)
Sì, gravi	2,8 (1,8 – 3,8)	5,6 (4,2 – 7,0)
Sì, non gravi	7,1 (5,5 – 8,7)	9,4 (7,7 – 11,2)
<b>Malattie acute o traumatismi nelle ultime 4 settimane</b>		
Ha avuto disturbi con limitazioni	9,1 (7,3 – 10,9)	12,5 (10,5 – 14,5)
Ha avuto disturbi senza limitazioni	13,3 (11,2 – 15,5)	16,8 (14,5 – 19,1)
Non ha avuto disturbi/traumatismi nelle ultime quattro settimane	77,6 (72,8 – 82,4)	70,7 (66,2 – 75,2)

Come da attese, la Tabella seguente mostra che la disabilità e le limitazioni all'attività per malattie o traumatismi diventano più frequenti al crescere dell'età in entrambi i generi e anche che in tutte le classi di età la prevalenza è più elevata nelle donne.

Tra gli anziani, infatti, l'11,5% degli uomini e quasi il 20% delle donne dichiara una disabilità. Mentre, indipendentemente dalla gravità della limitazione, il 30,8% degli uomini anziani e il 36,1% delle donne anziane dichiarano limitazioni della propria attività per problemi di salute. Di entità simile è la percentuale di anziani, di entrambi i generi, che hanno dichiarato le malattie acute o traumatismi come causa delle loro limitazioni.

Per ciascuna delle classi di età inferiori a quella anziana, si registrano, invece, percentuali inferiori al 10% rispetto ai problemi di salute sopra menzionati e che sono causa di impedimento di una normale attività.

<sup>54</sup> Non è possibile il confronto con i dati relativi alla disabilità nel 2000 a causa delle diverse modalità con cui il dato è stato rilevato nelle due indagini.

<sup>55</sup> Nel 2000 infatti, alla stessa domanda, ha dichiarato una limitazione nell'attività il 9% degli uomini e il 13,3% delle donne.

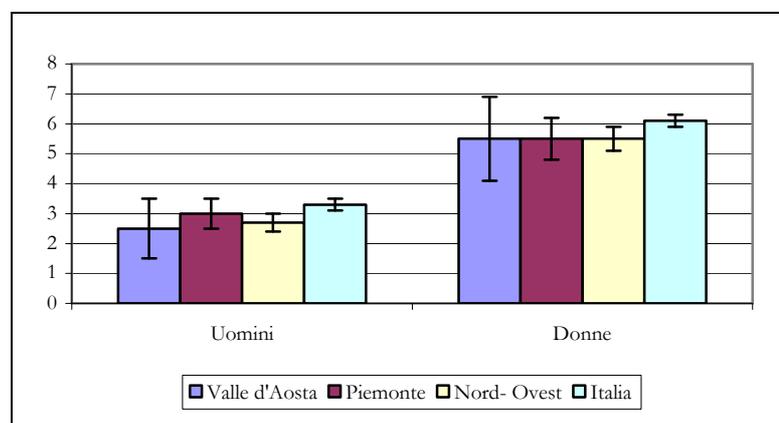
**Tabella - Disabilità, limitazioni dell'attività, acuzie o traumatismi in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	6-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<b>Disabilità</b>								
Disabile	0,7 *	1,0 *	0,7 *	0,4 *	0,4 *	2,2 *	11,5 (6,4 – 16,7)	19,9 (14,4 – 25,4)
<b>Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute</b>								
No	98,1 (86,5 – 100,0)	97,6 (85,5 – 100,0)	95,1 (85,5 – 100,0)	92,8 (83,1 – 100,0)	89,9 (79,7 – 100,0)	84,1 (74 – 94,2)	69,2 (57,3 – 81,2)	63,9 (54,4 – 73,4)
Sì, gravi	0,0 *	0,0 *	1,5 *	1,6 *	2,2 *	6,3 (3,3 – 9,4)	10,4 (5,4 – 15,3)	15,2 (10,3 – 20)
Sì, non gravi	1,9 *	2,4 *	3,4 *	5,6 (3 – 8,2)	7,9 (4,6 – 11,2)	9,5 (5,9 – 13,2)	20,4 (13,7 – 27,2)	20,9 (15,3 – 26,6)
<b>Malattie acute o traumatismi</b>								
Ha avuto disturbi con limitazioni	6,8 (3,4 – 10,1)	9,5 (5,4 – 13,6)	9,6 (6,4 – 12,9)	8,9 (5,6 – 12,1)	9,7 (6,1 – 13,4)	13,4 (9,1 – 17,7)	10,2 (5,3 – 15,1)	19,2 (13,7 – 24,6)
Ha avuto disturbi senza limitazioni	11,2 (6,9 – 15,4)	18,7 (13,1 – 24,3)	12,6 (8,9 – 16,4)	14,6 (10,5 – 18,7)	14,3 (9,9 – 18,6)	18,9 (13,9 – 24)	16,3 (10,2 – 22,4)	15,7 (10,7 – 20,6)
Non ha avuto disturbi/traumatismi nelle ultime quattro settimane	82,0 (71,3 – 92,8)	71,8 (61,4 – 82,3)	77,7 (69,1 – 86,4)	76,5 (67,7 – 85,4)	76,0 (66,6 – 85,5)	67,7 (58,5 – 76,8)	73,5 (61,3 – 85,8)	65,2 (55,6 – 74,7)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

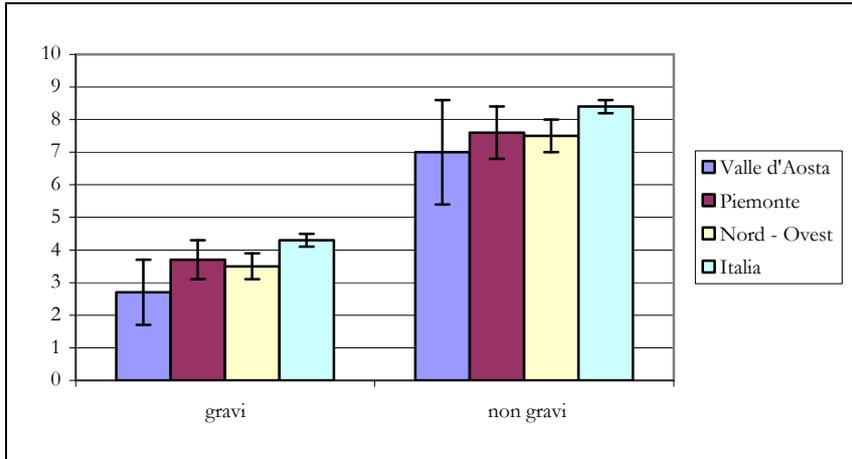
Rispetto alle altre aree geografiche non si osservano differenze di rilievo nella presenza di disabilità tra le popolazioni intervistate. Tutte le aree presentano valori percentuali simili anche alla media italiana (vedi Figura).

**Figura - Disabilità in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100 nei due sessi.  
Anno 2005

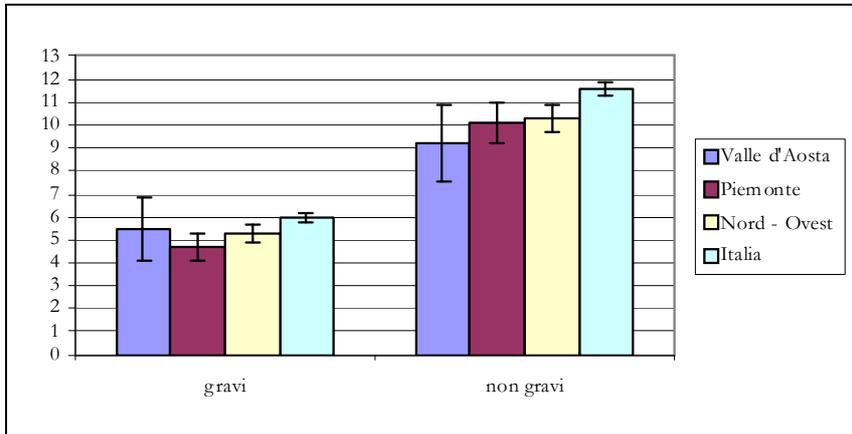


In merito alla frequenza con cui si producono riduzioni dell'attività per problemi di salute, la Figura che segue mostra un vantaggio della Valle d'Aosta rispetto la media nazionale, tra gli uomini, per le forme gravi di limitazione dell'attività, e tra le donne, per quelle non gravi, anche se le differenze non sono statisticamente significative.

**Figura - Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 - Uomini**



**Figura - Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 - Donne**



Negli uomini valdostani, la minore prevalenza con cui le malattie acute, o i traumatismi, causano limitazioni è statisticamente significativa nei confronti con tutte le altre aree geografiche in studio.

**Figura - Presenza di malattie acute o traumatismi con o senza limitazioni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 - Uomini**

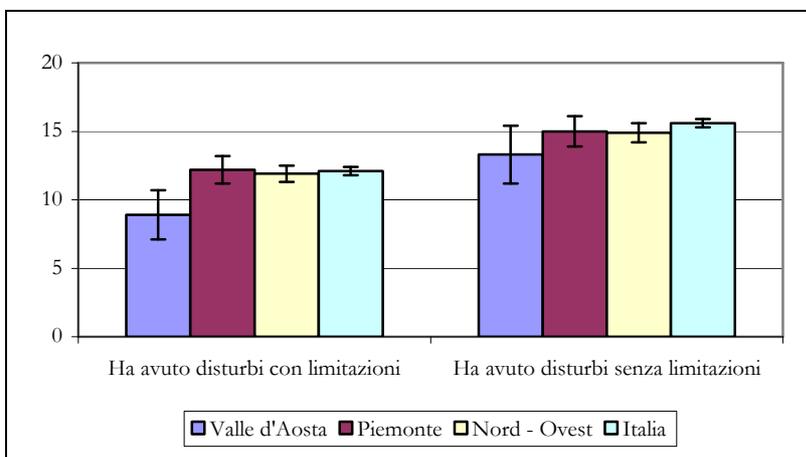
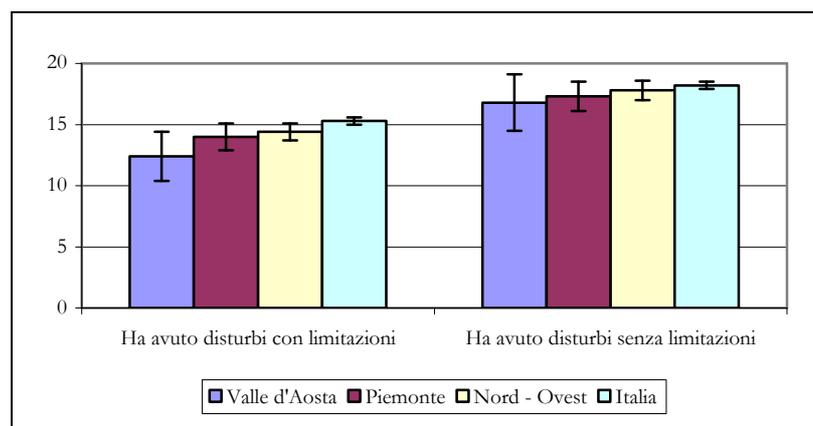


Figura - Presenza di malattie acute o traumatismi con o senza limitazioni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 - Donne



Poiché dall'analisi delle differenze per caratteristiche sociali, tra gli intervistati in Valle d'Aosta, non sono emerse associazioni d'interesse con la condizione di disabilità, la consueta Tabella relativa ai Rapporti Standardizzati di Prevalenza (PRR) in questo caso è stata omessa.

In merito invece alle differenze sociali che caratterizzano la maggiore, o minore, presenza di limitazioni a seguito di malattie o traumatismi, è stata posta a confronto, nella Tabella di seguito riportata, la categoria di soggetti che hanno dichiarato di non avere avuto limitazioni dell'attività verso quella che ha dichiarato di averne, indipendentemente dal livello di gravità.

Le differenze sembrano interessare solo le donne: le valdostane con bassa istruzione, non coniugate, che vivono da sole con scarse risorse economiche, presentano limitazioni dell'attività per motivi di salute anche di molto superiori alle altre donne. In particolare: nelle meno istruite del 90%, nelle non coniugate del 70%, nelle donne sole quasi di 2 volte e mezza e nelle meno abbienti del 40%.

Tabella - Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute (1) in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.  
Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ A SEGUITO DI PROBLEMI DI SALUTE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (0,8 - 1,8)	1,1 (0,6 - 1,9)	1,3 (0,8 - 2,2)
Lic. elementare, senza titolo	1,8 (1,2 - 2,6)	1,6 (0,9 - 2,9)	1,9 (1,1 - 3,2)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,4 (1,1 - 1,7)	1,0 (0,7 - 1,4)	1,7 (1,2 - 2,4)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	*	1,0
Coppia senza figli	1,6 (1,1 - 2,4)	*	1,6 (0,9 - 2,7)
Monogenitore	1,3 (0,8 - 2,2)	*	1,4 (0,8 - 2,7)
Persona sola	2,2 (1,5 - 3,2)	*	2,4 (1,4 - 4,0)
Altro	1,7 (0,9 - 3,0)	*	2,4 (1,2 - 4,8)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,1 - 1,8)	*	1,4 (1,0 - 1,9)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

La presenza di malattie acute, o di traumatismi, con o senza limitazione dell'attività, non mostra differenze statisticamente significative per caratteristiche socio-economiche, come mostra la Tabella seguente.

**Tabella - Presenza di malattie acute o traumatismi con o senza limitazioni in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**  
**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

PRESENZA DI MALATTIE ACUTE O TRAUMATISMI CON O SENZA LIMITAZIONI	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,5 - 1,0)	0,6 (0,4 - 1,1)	0,8 (0,5 - 1,2)
Lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,7 - 1,6)	1,2 (0,6 - 2,3)	1,0 (0,6 - 1,7)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (0,8 - 1,5)	0,6 (0,4 - 1,0)	1,4 (1,0 - 2,1)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,7 - 1,5)	1,1 (0,6 - 2,0)	1,1 (0,6 - 1,8)
Monogenitore	0,8 (0,5 - 1,3)	0,4 (0,1 - 1,2)	1,0 (0,6 - 1,9)
Persona sola	1,1 (0,8 - 1,7)	0,7 (0,4 - 1,4)	1,5 (0,9 - 2,5)
Altro	1,4 (0,7 - 2,7)	1,4 (0,5 - 4,2)	1,5 (0,7 - 3,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (0,9 - 1,6)	1,2 (0,7 - 1,9)	1,1 (0,8 - 1,7)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

### 4.3 Malattie croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte, ricovero e disabilità in quasi tutto il mondo. Si tratta di un vasto insieme di malattie, che comprende principalmente, le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete, le malattie respiratorie croniche, ma include anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.

Spesso si tratta di malattie che hanno origine in età giovanile, ma che impiegano anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, queste malattie richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo, presentano diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche, ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come l'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che sono definiti *fattori di rischio intermedi*, cioè l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare - come l'età, il sesso, o la predisposizione genetica. Nel loro insieme, questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Le malattie croniche infine, sono legate anche a determinanti strutturali, spesso definiti come "cause delle cause", un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali:

la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Oltre ad avere un elevato tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia cronica sulla salute si utilizza una specifica unità di misura nota come anni di vita persi a causa della disabilità<sup>56</sup>.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi, sia in quelli più poveri.

Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

La Tabella che segue mostra la prevalenza di malattie croniche<sup>57</sup> diagnosticate in Valle d'Aosta tra la popolazione interessata dall'indagine Istat mentre, a seguire, gli stessi dati sono presentati con attenzione all'età e al genere. È importante segnalare in questa sede che si tratta di malattie croniche dichiarate dagli intervistati come diagnosticate da un medico negli ultimi 12 mesi. Alcune di queste patologie possono essere presenti da lungo tempo senza dare segni di sé (tipicamente l'ipertensione arteriosa, ma anche il diabete) e quindi, la loro presenza può facilmente sfuggire.

Dopo l'artrosi e l'artrite, che coinvolgono il 13,5% degli uomini e il 20,4% delle donne, l'ipertensione è la malattia cronica, nonché il fattore di rischio intermedio per molte malattie cardio e cerebro vascolari, più frequente sia tra i valdostani sia tra le valdostane. Dichiarano infatti di avere problemi di pressione alta diagnosticati da un medico il 12,7% degli uomini e il 15,5% delle donne.

Tra gli uomini le malattie più frequentemente diagnosticate sono la bronchite cronica e l'enfisema (5,3%), mentre tra le donne sono l'osteoporosi (7,8%), l'ansietà unita a depressione (6,9%) e le malattie della tiroide (6,8%).

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Malattie croniche	Uomini	Donne
Diabete diagnosticato	2,5 (1,6 – 3,5)	5,0 (3,7 – 6,3)
Ipertensione diagnosticata	12,7 (10,7 – 14,8)	15,5 (13,3 – 17,7)
Infarto del miocardio	2,3 (1,4 – 3,3)	1,1 *
Angina pectoris o altre malattie del cuore diagnosticate	3,5 (2,3 – 4,6)	4,3 (3,1 – 5,5)
Ictus, emorragia cerebrale diagnosticati	1,0 *	0,9 *
Bronchite cronica, enfisema diagnosticati	5,3 (4,0 – 6,7)	4,1 (2,9 – 5,3)
Asma diagnosticata	4,4 (3,1 – 5,6)	3,5 (2,4 – 4,7)
Malattie della tiroide diagnosticate	1,4 *	6,8 (5,3 – 8,4)
Artrosi, artrite diagnosticate	13,5 (11,4 – 15,6)	20,4 (17,9 – 22,9)
Osteoporosi diagnosticata	0,9 *	7,8 (6,2 – 9,4)

<sup>56</sup> Daly = Disability Adjusted Life Years. Daly è pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

<sup>57</sup> Per quanto riguarda l'Alzheimer e le demenze senili diagnosticate, data la bassa incidenza nella popolazione di questa malattia e l'esiguità del campione valdostano non si è registrato un numero di casi utile all'analisi. Da qui l'assenza di queste malattie nell'elenco sotto riportato.

Malattie croniche	Uomini	Donne
Ulcera gastrica o duodenale diagnosticate	1,9 (1,1 – 2,8)	2,0 (1,1 – 2,8)
Calcolosi del fegato o delle vie biliari/calcolosi renale diagnosticati	2,4 (1,5 – 3,4)	2,6 (1,6 – 3,5)
Tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia) diagnosticato	0,9 *	1,4 *
Ansietà cronica e depressione diagnosticate	2,3 (1,4 – 3,3)	6,9 (5,4 – 8,5)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Con riferimento alla medesima indagine, condotta nel 2000, solo alcune malattie sono presenti in entrambe le edizioni<sup>58</sup>.

Rispetto all'indagine del 2000, sembrerebbero aumentate (nonostante in alcuni casi manchi la significatività statistica) tutte le malattie oggetto di confronto, ad eccezione del diabete tra gli uomini e dell'infarto, artrosi, artriti e osteoporosi tra le donne, che mantengono prevalenze simili a quelle di 5 anni prima<sup>59</sup>.

La frequenza con cui si presenta gran parte delle patologie croniche nella popolazione, incrementa con l'età. Oltre i 65 anni circa, la metà dei valdostani dichiara di soffrire di artrosi o artrite, oltre un terzo dichiara di avere l'ipertensione arteriosa, uno su dieci di avere il diabete, un uomo su cinque di soffrire di malattie respiratorie.

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Malattie croniche	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Diabete diagnosticato	0,6 *	0,0 *	0,0 *	0,9 *	2,9 *	5,8 *	9,8 (5,0 – 14,5)	14,1 (9,4 – 18,8)
Iipertensione diagnosticata	0,3 *	0,0 *	3,4 *	3,4 *	21,8 (16,5 – 27,1)	17,7 (12,8 – 22,6)	33,6 (25,1 – 42,1)	43,5 (35,6 – 51,5)
Infarto del miocardio	0,0 *	0,0 *	0,0 *	0,0 *	2,9 *	1,8 *	9,3 *	2,7 *
Angina pectoris o altre malattie del cuore diagnosticate	0,0 *	0,9 *	1,3 *	2,3 *	4,0 *	4,9 *	11,8 (6,6 – 17,1)	9,4 (5,5 – 13,3)
Ictus, emorragia cerebrale diagnosticati	0,0 *	0,0 *	0,0 *	0,0 *	1,1 *	1,0 *	4,3 *	2,6 *
Bronchite cronica, enfisema diagnosticati	0,0 *	0,0 *	1,8 *	1,8 *	4,5 *	6,0 (3,1 – 9,0)	21,4 (14,5 – 28,3)	8,7 (4,9 – 12,4)
Asma diagnosticata	5,5 *	2,0 *	1,9 *	2,2 *	2,2 *	4,6 *	11,4 (6,3 – 16,6)	5,6 *
Malattie della tiroide diagnosticate	0,6 *	0,5 *	0,8 *	7,1 (4,2 – 10,1)	1,3 *	10,5 (6,7 – 14,4)	3,9 *	8,1 (4,5 – 11,7)
Artrosi, artrite diagnosticate	0,0 *	0,0 *	4,2 *	5,9 (3,3 – 8,6)	18,2 (13,4 – 23,1)	24,0 (18,4 – 29,6)	43,2 (33,6 – 52,8)	54,7 (45,9 – 63,6)
Osteoporosi diagnosticata	0,0 *	0,0 *	0,7 *	0,2 *	0,0 *	9,3 (5,7 – 13,0)	4,3 *	23,4 (17,5 – 29,4)
Ulcera gastrica o duodenale diagnosticate	0,0 *	0,8 *	0,8 *	0,2 *	4,1 *	3,4 *	3,3 *	3,8 *
Calcolosi del fegato o delle vie biliari/calcolosi renale diagnosticati	0,0 *	0,0 *	1,1 *	1,5 *	4,6 *	3,7 *	5,0 *	5,1 *

<sup>58</sup> Le malattie comuni alle due indagini sono: diabete, ipertensione, infarto, angina, ictus, bronchite cronica ed enfisema, asma bronchiale, malattie della tiroide, artrosi e artriti, osteoporosi, ulcera gastrica e duodenale, calcolosi al fegato e delle vie biliari.

<sup>59</sup> Per chi fosse interessato al confronto puntuale tra le prevalenze di ciascuna malattia, si rimanda al cap. "La salute e la malattia" (pag. 45 e seguenti) della pubblicazione "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Malattie croniche	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia) diagnosticato	0,6 *	0,0 *	0,3 *	0,0 *	0,5 *	3,9 *	3,3 *	1,6 *
Ansietà cronica e depressione diagnosticate	0,0 *	1,8 *	1,2 *	3,7 *	3,2 *	11,4 (7,4 – 15,4)	6,3 *	10,9 (6,8 – 15,1)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

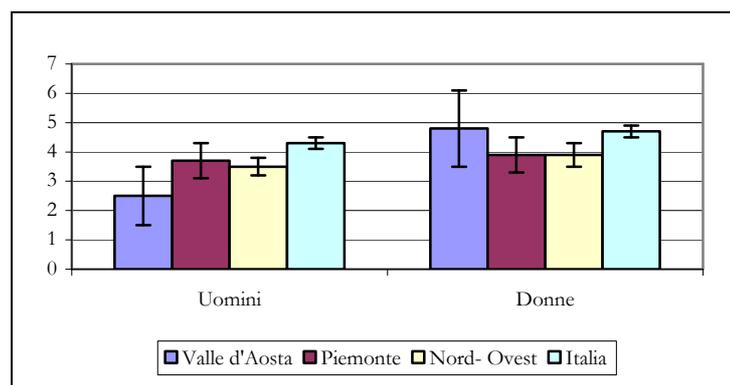
Il confronto geografico tra la Valle d'Aosta, il Piemonte, l'area del Nord-Ovest e la media nazionale mostra differenze statisticamente non significative. Tuttavia, tra gli uomini valdostani, sembrerebbe registrarsi una minore prevalenza di diabete, ulcera gastro-duodenale, mentre tra le donne, la minore prevalenza di malattia riguarderebbe l'osteoporosi, con valori simili solo al Piemonte.

Per contro, prevalenze più elevate in Valle d'Aosta risulterebbero essere, tra gli uomini, quelle per bronchite cronica, enfisema e asma (specie rispetto al Piemonte e al Nord-Ovest), meno per calcolosi del fegato e delle vie biliari.

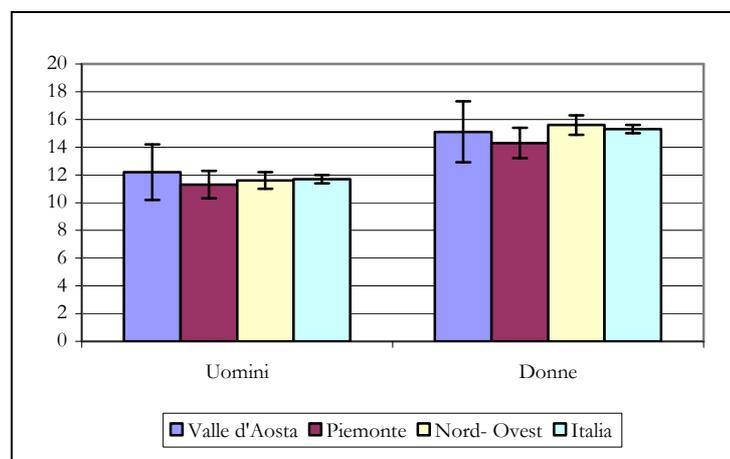
Tra le donne invece, le prevalenze più elevate sembrano registrarsi per: angina pectoris e tumori (rispetto soprattutto al Piemonte) e malattie della tiroide (rispetto a tutte le aree). Anche in questo caso, però, i confronti non sono statisticamente significativi.

Figura - Malattie croniche in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100 nei due sessi.  
Anno 2005

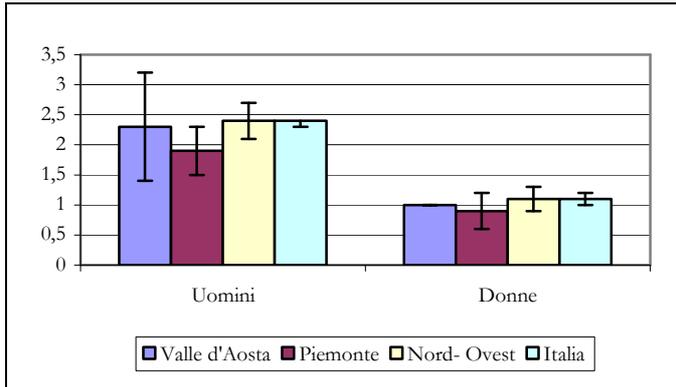
DIABETE DIAGNOSTICATO



IPERTENSIONE DIAGNOSTICATA

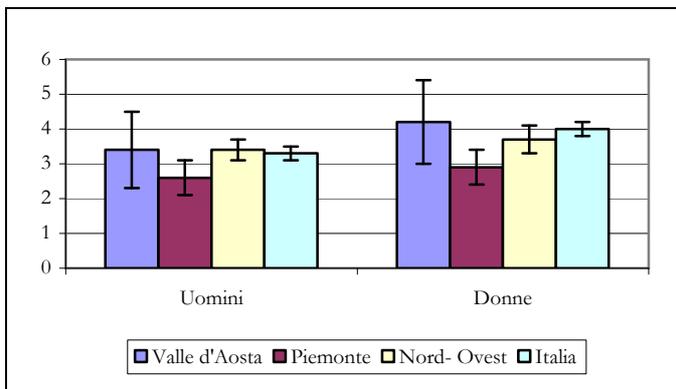


*INFARTO DEL MIOCARDIO DIAGNOSTICATO*

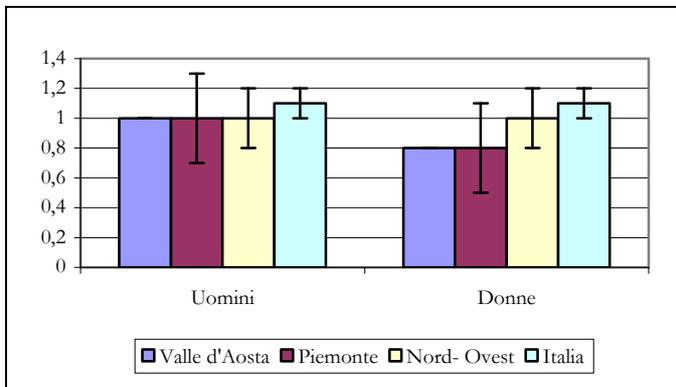


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

*ANGINA PECTORIS O ALTRE MALATTIE DEL CUORE DIAGNOSTICATE*

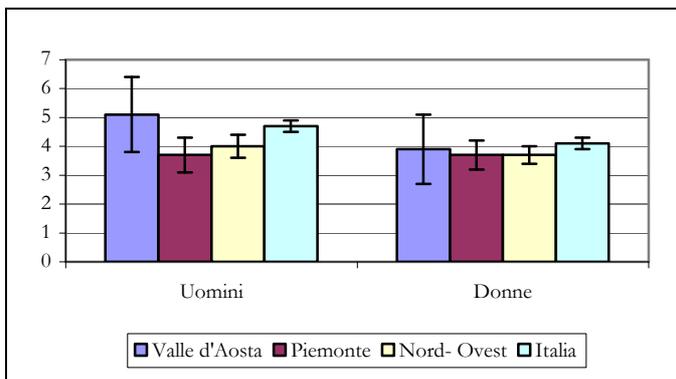


*ICTUS, EMORRAGIA CEREBRALE DIAGNOSTICATI*

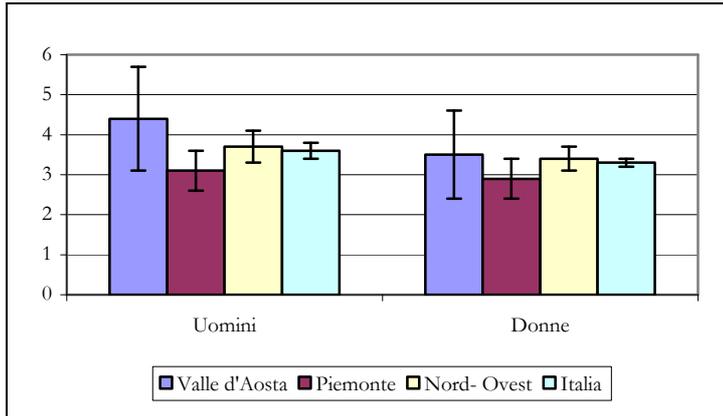


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

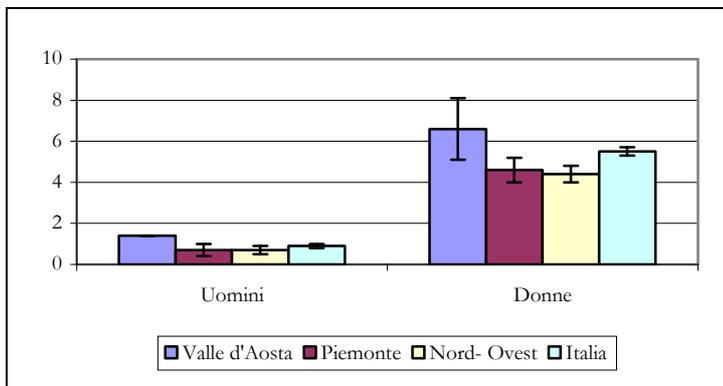
*BRONCHITE CRONICA, ENFISEMA DIAGNOSTICATI*



*ASMA DIAGNOSTICATA*

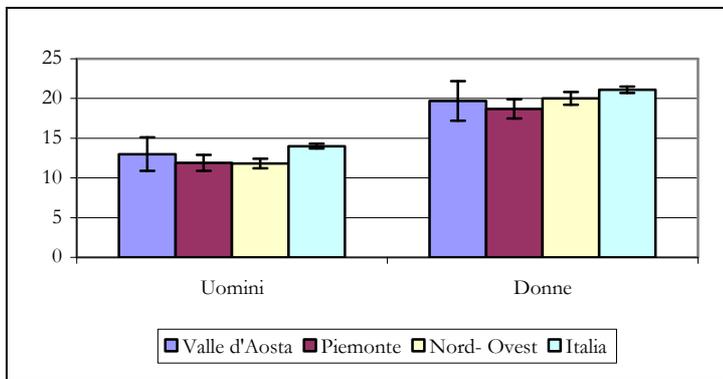


*MALATTIE DELLA TIROIDE DIAGNOSTICATE*

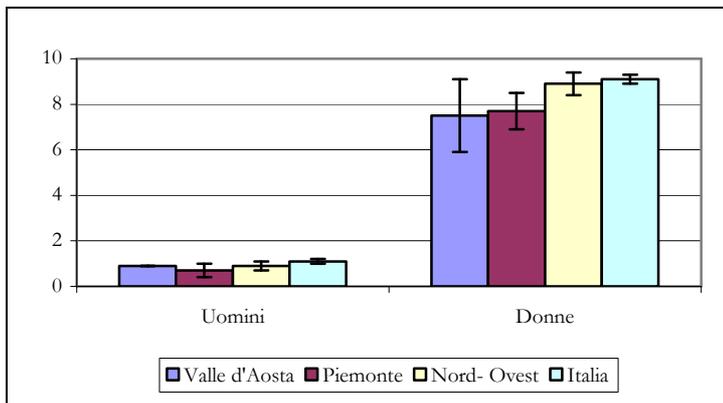


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

*ARTROSI, ARTRITE DIAGNOSTICATE*

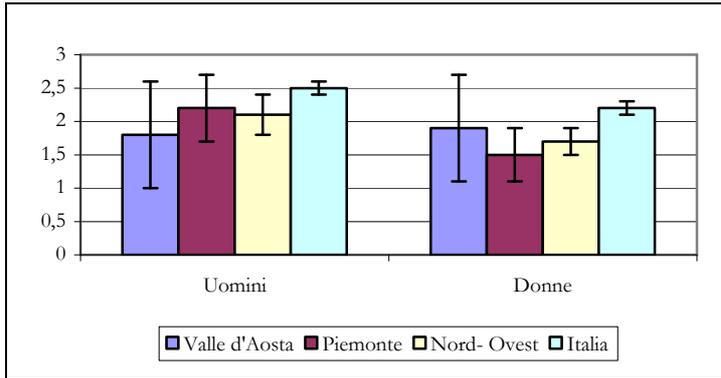


*OSTEOPOROSI DIAGNOSTICATA*

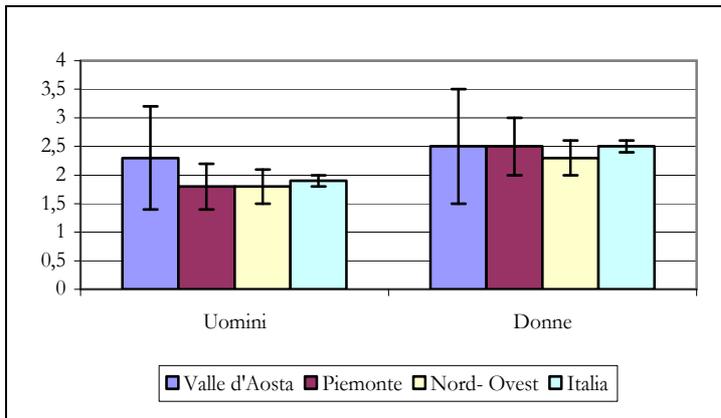


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

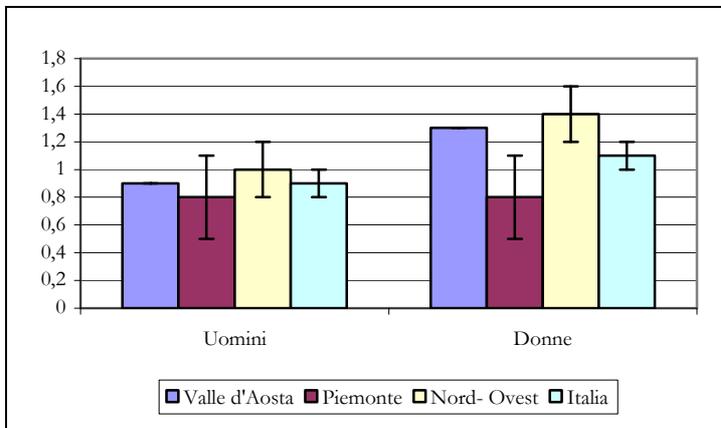
*ULCERA GASTRICA O DUODENALE DIAGNOSTICATE*



*CALCOLOSI DEL FEGATO O DELLE VIE BILIARI CALCOLOSI RENALE DIAGNOSTICATI*

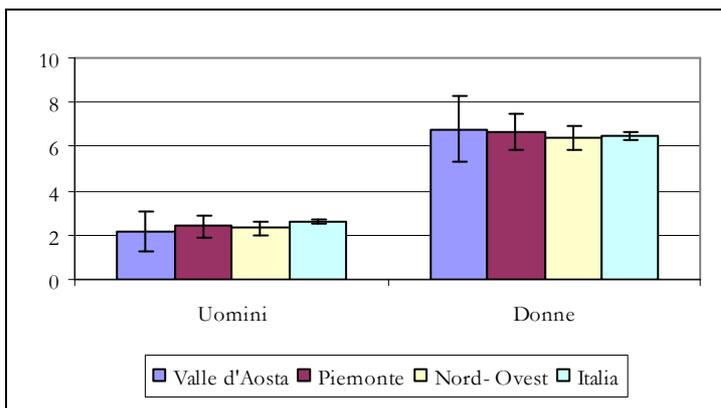


*TUMORE MALIGNO (INCLUSI LINFOMA E LEUCEMIA) DIAGNOSTICATO*



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

*ANSIETÀ CRONICA E DEPRESSIONE DIAGNOSTICATE*



Per quanto riguarda l'associazione tra malattie croniche e caratteristiche sociali degli intervistati è stata esclusa la variabile che si riferisce alla tipologia familiare, poiché poco significativa, data la più elevata concentrazione di patologie croniche in età anziana (vedi Tabella delle prevalenze per fasce di età) più frequentemente caratterizzata da un'unica tipologia familiare, quella di persona sola.

Si osserva in generale una ridotta variabilità sociale che, a causa della bassa frequenza delle osservazioni, per molte delle condizioni morbose considerate non raggiunge quasi mai la significatività statistica. Tuttavia, diverse malattie croniche sembrano presentare una prevalenza crescente con l'abbassarsi del titolo di studio, con la condizione di non coniugato e con l'insufficienza dichiarata di risorse economiche, anche se non sempre queste associazioni si osservano in entrambi i generi, come mostra la successione di Tabelle che seguono.

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	DIABETE DIAGNOSTICATO			IPERTENSIONE DIAGNOSTICATA			INFARTO DEL MIOCARDIO		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	*
Lic. prof.le, medie inferiori	2,0 (0,9 - 4,4)	*	1,5 (0,5 - 4,6)	1,2 (0,9 - 1,6)	1,0 (0,6 - 1,4)	1,5 (0,9 - 2,5)	*	0,6 (0,2 - 1,8)	*
Lic. elementare, senza titolo	1,9 (0,8 - 4,3)	*	2,8 (0,9 - 8,2)	1,0 (0,8 - 1,4)	0,6 (0,4 - 1,0)	1,6 (1,0 - 2,5)	*	0,5 (0,2 - 1,5)	*
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Altra condizione	1,5 (0,9 - 2,5)	0,9 (0,4 - 2,4)	1,8 (0,9 - 3,2)	1,1 (0,9 - 1,4)	0,9 (0,6 - 1,3)	1,2 (0,9 - 1,6)	0,8 (0,4 - 1,6)	*	2,3 (0,5 - 10,6)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,5 - 1,7)	0,6 (0,2 - 1,9)	1,1 (0,6 - 2,1)	1,1 (0,8 - 1,4)	1,2 (0,9 - 1,8)	1,0 (0,7 - 1,3)	1,3 (0,6 - 3,0)	0,9 (0,3 - 2,8)	2,1 (0,6 - 7,8)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	ANGINA PECTORIS O ALTRE MALATTIE DEL CUORE DIAGNOSTICATE			ICTUS, EMORRAGIA CEREBRALE DIAGNOSTICATI			BRONCHITE CRONICA, ENFISEMA DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,4 - 1,5)	*	*	1,3 (0,2 - 8,2)	0,8 (0,0 - 17,2)	1,7 (0,2 - 17,6)	0,6 (0,3 - 1,1)	0,7 (0,3 - 1,6)	0,6 (0,2 - 1,4)
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,4 - 1,4)	*	*	2,4 (0,4 - 12,4)	4,3 (0,4 - 51,2)	1,3 (0,1 - 12,7)	0,9 (0,5 - 1,6)	1,3 (0,6 - 3,0)	0,6 (0,2 - 1,3)
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,6 - 1,5)	0,7 (0,3 - 1,6)	1,3 (0,6 - 2,5)	1,7 (0,7 - 4,6)	0,4 (0,1 - 2,5)	*	1,3 (0,9 - 2,1)	0,9 (0,5 - 1,5)	3,8 (1,8 - 8,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (1,0 - 2,6)	1,5 (0,7 - 3,2)	*	1,1 (0,3 - 3,4)	0,9 (0,2 - 4,8)	1,2 (0,2 - 6,3)	1,4 (0,9 - 2,2)	1,4 (0,8 - 2,5)	1,5 (0,8 - 3,0)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	ASMA DIAGNOSTICATA			MALATTIE DELLA TIROIDE DIAGNOSTICATE			ARTROSI, ARTRITE DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,4 - 1,5)	0,7 (0,3 - 1,8)	0,9 (0,3 - 2,6)	0,9 (0,5 - 1,5)	1,0 (0,3 - 3,5)	1,0 (0,6 - 1,7)	0,9 (0,7 - 1,2)	0,9 (0,6 - 1,3)	1,0 (0,7 - 1,4)
Lic. elementare, senza titolo	1,3 (0,6 - 2,8)	1,2 (0,4 - 3,2)	1,7 (0,6 - 5,2)	0,6 (0,3 - 1,2)	0,4 (0,1 - 2,3)	0,6 (0,3 - 1,3)	1,1 (0,9 - 1,5)	1,1 (0,7 - 1,7)	1,1 (0,8 - 1,6)
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,3 (0,8 - 2,2)	1,1 (0,5 - 2,3)	2,0 (0,9 - 4,3)	0,8 (0,5 - 1,3)	*	0,9 (0,6 - 1,5)	1,1 (0,9 - 1,3)	0,9 (0,7 - 1,3)	1,2 (0,9 - 1,5)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	1,0	1,0 *	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (0,7 - 1,9)	0,5 (0,2 - 1,3)	2,1 (1,1 - 4,2)	0,9 (0,5 - 1,6)	0,4 (0,0 - 2,6)	1,1 (0,6 - 1,9)	1,3 (1,1 - 1,6)	1,2 (0,8 - 1,7)	1,4 (1,1 - 1,8)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	OSTEOPOROSI DIAGNOSTICATA			ULCERA GASTRICA O DUODENALE DIAGNOSTICATE			CALCOLOSI DEL FEGATO O DELLE VIE BILIARI/CALCOLOSI RENALE DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,0 (0,5 - 2,2)	*	1,3 (0,6 - 3,1)	1,3 (0,5 - 3,1)	2,1 (0,5 - 8,4)	0,8 (0,2 - 2,6)	0,7 (0,3 - 1,4)	0,8 (0,3 - 2,0)	0,5 (0,1 - 1,8)
Lic. elementare, senza titolo	1,3 (0,7 - 2,7)	*	1,5 (0,7 - 3,3)	1,0 (0,4 - 2,7)	1,7 (0,4 - 8,2)	0,7 (0,2 - 2,4)	0,9 (0,4 - 1,9)	0,3 (0,1 - 1,2)	1,9 (0,6 - 6,3)
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0
Altra condizione	1,5 (1,0 - 2,3)	0,6 (0,1 - 2,9)	1,2 (0,8 - 2,0)	0,9 (0,5 - 1,9)	1,0 (0,4 - 2,9)	0,9 (0,3 - 2,3)	*	0,3 (0,1 - 1,0)	0,7 (0,3 - 1,8)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (0,8 - 2,2)	1,4 (0,3 - 6,7)	1,3 (0,8 - 2,2)	2,6 (1,3 - 4,9)	2,1 (0,8 - 5,6)	3,1 (1,3 - 7,6)	0,7 (0,3 - 1,6)	0,4 (0,1 - 1,6)	1,1 (0,4 - 3,0)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	TUMORE MALIGNO (INCLUSI LINFOME E LEUCEMIA) DIAGNOSTICATO			ANSIETÀ CRONICA E DEPRESSIONE DIAGNOSTICATE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (0,4 - 4,0)	1,4 (0,2 - 9,1)	1,1 (0,2 - 5,0)	1,0 (0,6 - 1,8)	*	0,8 (0,4 - 1,5)
Lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,3 - 4,1)	0,5 (0,1 - 4,4)	1,2 (0,2 - 6,1)	1,1 (0,6 - 1,9)	*	0,7 (0,4 - 1,4)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,7 (0,3 - 1,7)	1,1 (0,3 - 4,8)	0,6 (0,2 - 2,1)	1,2 (0,8 - 1,9)	1,6 (0,7 - 3,8)	1,0 (0,6 - 1,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	2,3 (1,0 - 5,6)	4,3 (1,2 - 15,8)	1,6 (0,5 - 5,0)	1,4 (0,9 - 2,3)	*	1,3 (0,7 - 2,2)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

#### 4.4 Almeno una malattia dell'apparato circolatorio, respiratorio, osteomuscolare e digerente

La necessità di valutare l'impatto che alcuni percorsi assistenziali, di riconosciuta efficacia, possono avere in termini di guadagno sulla salute della popolazione valdostana, ha portato, in questa edizione del 2005, a condurre l'analisi sulla prevalenza di almeno una malattia per tipologia di apparato a cui questi percorsi di cura si riferiscono.

È evidente che, soprattutto tra gli anziani, è plausibile la presenza di più malattie che colpiscono apparati diversi.

La Tabella che seguente mostra che nel 2005, in Valle d'Aosta, tra le persone intervistate di entrambi i generi, è l'apparato osteomuscolare quello maggiormente interessato dalla presenza di almeno una malattia. Ne è colpito infatti, il 13,6% degli uomini e il 22,2% delle donne.

L'apparato respiratorio è, a seguire, quello che produce più malattie tra i valdostani: dichiara almeno una malattia, il 7,8% degli uomini e il 6,5% delle donne.

**Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per genere.**

**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**

**Anno 2005**

	Uomini	Donne
Almeno una malattia dell'apparato circolatorio	5,9 (4,5 - 7,4)	5,7 (4,3 - 7,1)
Almeno una malattia dell'apparato respiratorio	7,8 (6,2 - 9,5)	6,5 (5,0 - 8,0)
Almeno una malattia dell'apparato osteomuscolare	13,6 (11,5 - 15,8)	22,2 (19,6 - 24,8)
Almeno una malattia dell'apparato digerente	1,9 (1,1 - 2,8)	2,0 (1,1 - 2,8)

Come è prevedibile, la percentuale di persone con almeno una patologia diagnosticata per apparato aumenta all'aumentare dell'età, come dimostra la Tabella seguente.

Fino a 44 anni le percentuali non differenziano in modo significativo gli uomini e le donne per la presenza di almeno una malattia per apparato.

Da 45 a 64 anni le donne risultano più interessate degli uomini da patologie dell'apparato osteomuscolare: ne risultano colpite il 26,8% contro il 18,2% degli uomini.

Oltre i 65 anni gli uomini prevalgono sulle donne per le patologie dell'apparato circolatorio (21,1% vs 13%) e dell'apparato respiratorio (22,6% vs 12,1%); mentre le donne soffrono più degli uomini, loro coetanei, per patologie osteomuscolari, verosimilmente per la maggiore incidenza di osteoporosi.

**Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno una malattia dell'apparato circolatorio	0,0 *	0,9 *	1,3 *	2,3 *	7,5 (4,3 – 10,7)	7,0 (3,8 – 10,2)	21,1 (14,2 – 27,9)	13,0 (8,5 – 17,5)
Almeno una malattia dell'apparato respiratorio	5,5 *	2,0 *	3,7 *	3,4 *	5,9 (3,0 – 8,8)	8,9 (5,4 – 12,5)	22,6 (15,6 – 29,7)	12,1 (7,7 – 16,5)
Almeno una malattia dell'apparato osteomuscolare	0,0 *	0,0 *	4,6 *	5,9 (3,3 – 8,6)	18,2 (13,4 – 23,1)	26,8 (20,9 – 32,8)	43,2 (33,6 – 52,8)	59,4 (50,2 – 68,5)
Almeno una malattia dell'apparato digerente	0,0 *	0,8 *	0,8 *	0,2 *	4,1 *	3,4 *	3,3 *	3,8 *

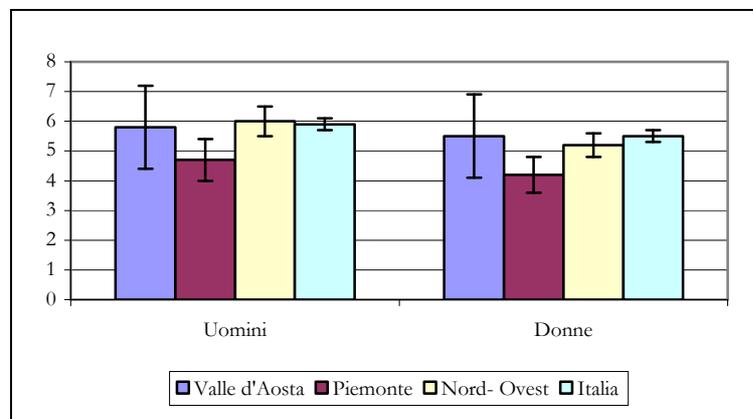
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Dall'analisi delle differenze geografiche non emergono caratterizzazioni regionali statisticamente significative.

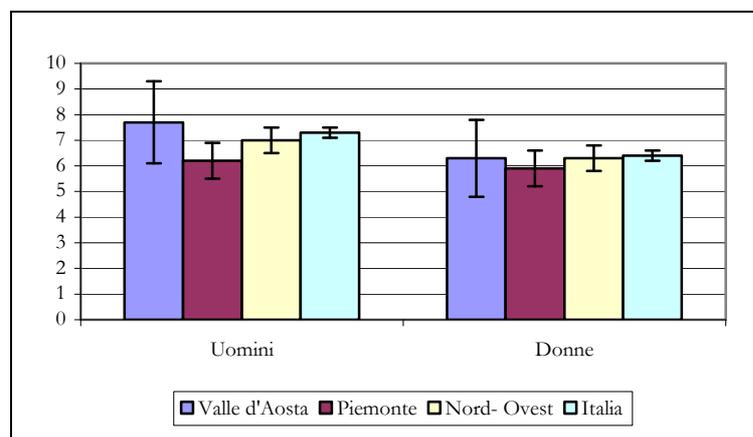
**Figura - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

Prevalenze standardizzate per età per 100 nei due sessi.  
Anno 2005

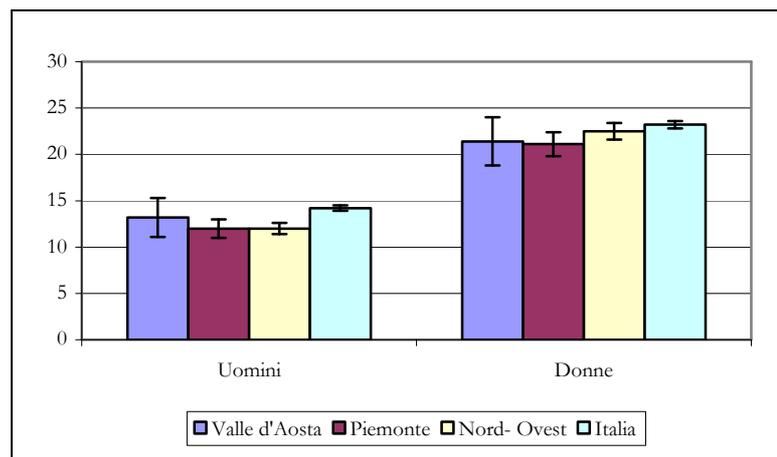
*ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO CIRCOLATORIO*



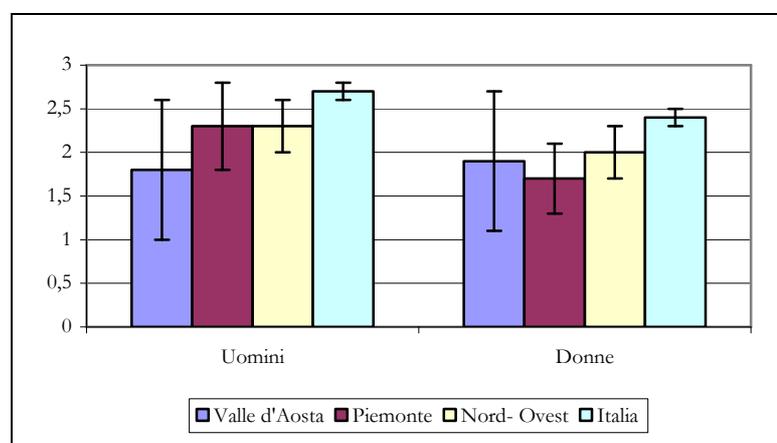
*ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO*



ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO OSTEOMUSCOLARE



ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO DIGERENTE



Anche se non generalizzabile, è possibile riconoscere un effetto sfavorevole sulla presenza di almeno una malattia dell'apparato circolatorio, respiratorio, osteomuscolare o digerente, nelle persone con livelli di studio più bassi, in chi non è coniugato e in chi dichiara non adeguate le proprie risorse economiche.

Queste categorie di persone presentano dei valori di PRR che eccedono l'unità, a dimostrare un rischio più elevato di presentare almeno una delle malattie considerate. Alcune di queste sono statisticamente significative come, ad esempio, tra le donne, l'associazione tra condizioni economiche insoddisfacenti e prevalenza più alta (del 70%) di malattie dell'apparato circolatorio o respiratorio e del 40% di malattie dell'apparato osteomuscolare. Sempre tra le donne, la condizione di non coniugata influisce su una maggiore presenza di malattia dell'apparato respiratorio fino a quasi due volte e mezzo rispetto le coniugate.

Tra gli uomini invece, le differenze sociali sembrano influire in misura minore.

**Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**  
**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO CIRCOLATORIO			ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,4 - 1,2)	0,8 (0,4 - 1,5)	0,6 (0,2 - 1,4)	0,7 (0,4 - 1,2)	0,7 (0,4 - 1,5)	0,8 (0,4 - 1,6)
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,5 - 1,2)	0,6 (0,3 - 1,1)	1,1 (0,5 - 2,4)	1,2 (0,7 - 2,0)	1,4 (0,7 - 2,8)	1,0 (0,5 - 2,2)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,7 - 1,4)	0,7 (0,4 - 1,3)	1,7 (0,9 - 3,1)	1,2 (0,9 - 1,8)	0,9 (0,5 - 1,4)	2,4 (1,4 - 4,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (1,1 - 2,3)	1,3 (0,8 - 2,4)	1,7 (1,0 - 3,0)	1,3 (0,9 - 1,9)	1,0 (0,6 - 1,7)	1,7 (1,0 - 2,9)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**  
**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

	ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO OSTEOMUSCOLARE			ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO DIGERENTE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,7 - 1,2)	0,8 (0,5 - 1,3)	1,0 (0,7 - 1,4)	1,3 (0,5 - 3,1)	2,1 (0,5 - 8,4)	0,8 (0,2 - 2,6)
Lic. elementare, senza titolo	1,2 (0,9 - 1,6)	1,1 (0,7 - 1,6)	1,2 (0,9 - 1,7)	1,0 (0,4 - 2,7)	1,7 (0,4 - 8,2)	0,7 (0,2 - 2,4)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (0,9 - 1,3)	0,9 (0,7 - 1,3)	1,2 (0,9 - 1,5)	0,9 (0,5 - 1,9)	1,0 (0,4 - 2,9)	0,9 (0,3 - 2,3)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	*	*	*
Scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (1,1 - 1,5)	1,2 (0,8 - 1,7)	1,4 (1,1 - 1,7)	*	*	*

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

#### 4.5 Almeno una malattia cronica grave

Al fine di stimare la consistenza, in Valle d'Aosta, di persone portatrici di problemi di salute cronici e gravi è stata condotta l'analisi sui soli intervistati che hanno dichiarato di avere almeno una delle seguenti malattie: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris ed altre malattie del cuore, ictus ed emorragie cerebrali, bronchite cronica ed enfisema, cirrosi epatica, tumori maligni, Alzheimer e demenza senile.

Nel 2005 hanno dichiarato una malattia cronica grave diagnosticata il 12,6% degli uomini e il 13,3% delle donne intervistati, come si evince dalla Tabella seguente.

**Tabella - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta per genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Almeno una malattia cronica grave	
Uomini	Donne
12,6 (10,5 – 14,6)	13,3 (11,3 – 15,4)

Fino a 64 anni sono le donne ad eccedere sugli uomini nella presenza di almeno una malattia cronica grave, mentre, in età anziana, la situazione si inverte a vantaggio delle donne, e queste percentuali si traducono nella presenza di cronicità gravi in quasi la metà degli uomini e in poco meno di un terzo delle donne ultrasessantacinquenni (vedi Tabella che segue).

**Tabella - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Almeno una malattia cronica grave							
0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
0,6 *	0,9 *	3,4 *	5 (2,5 – 7,5)	13,4 (9,2 – 17,6)	17,3 (12,5 – 22,1)	46,4 (36,5 – 56,3)	31,6 (24,7 – 38,4)

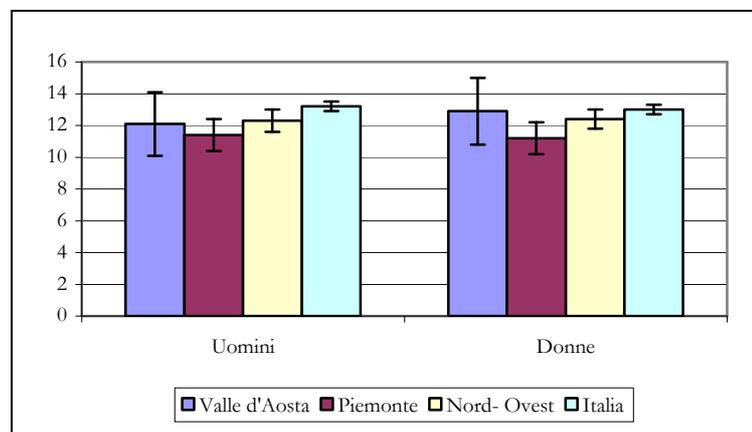
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Non si evidenziano differenze tra la Valle d'Aosta e le altre aree geografiche a confronto per la frequenza con cui si registra, nella popolazione intervistata, almeno una malattia cronica grave.

**Figura - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

Prevalenze standardizzate per età per 100 nei due sessi.

Anno 2005



Le differenze socio-economiche nella presenza di cronicità grave mostrano che per le donne, chi non è coniugata e non vive una condizione familiare di coppia con figli ha una prevalenza superiore di cronicità rispetto alle altre categorie dal 60% (per le non coniugate), fino al 240% per le donne sole. Anche l'insoddisfazione per le risorse economiche disponibili incide, tra le donne, sulla maggiore presenza di cronicità grave nella misura del 50%.

**Tabella - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005**

ALMENO UNA MALATTIA CRONICA GRAVE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,7 – 1,3)	1,0 (0,6 – 1,6)	0,8 (0,5 – 1,3)
Lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,7 – 1,3)	1,0 (0,6 – 1,5)	1,1 (0,7 – 1,7)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,8 – 1,3)	*	1,6 (1,1 – 2,3)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,5 (1,0 – 2,1)	*	1,7 (1,0 – 2,9)
Monogenitore	1,0 (0,6 – 1,7)	*	1,6 (0,8 – 3,0)
Persona sola	1,4 (1,0 – 2,0)	*	2,4 (1,4 – 4,1)
Altro	1,3 (0,8 – 2,2)	*	2,3 (1,1 – 4,8)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,1 – 1,7)	*	1,5 (1,1 – 2,1)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

## CONCLUSIONI

Quasi due terzi dei valdostani danno un giudizio positivo del proprio stato di salute, una percentuale in crescita rispetto al passato e in linea con il valore medio dell'Italia e delle regioni circostanti.

In generale sono gli uomini, più delle donne, a mostrare indici di salute riferita favorevoli e, in particolare, le persone che si dichiarano soddisfatte della propria condizione economica, a conferma di una relazione lineare tra benessere economico e salute.

A una minore soddisfazione della propria condizione di salute da parte delle donne contribuisce, probabilmente, la maggiore frequenza, in tutte le fasce di età, di condizioni di disabilità e una maggiore presenza di malattie croniche, caratteristiche comuni a tutte le altre regioni italiane.

In generale, la Valle d'Aosta presenta una situazione migliore del resto d'Italia per quanto riguarda la presenza di patologie acute e di limitazioni dovute a condizioni di salute, ma non mostra differenze per quanto riguarda la presenza di patologie croniche.

Anche le differenze tra gruppi sociali sono di modesta entità: assenti nel caso della disabilità, presenti, a sfavore dei gruppi sociali più svantaggiati per alcune patologie, presenti, soprattutto a carico delle donne sole, per quanto riguarda le limitazioni per cause di salute e per la presenza di almeno una condizione cronica.

Nel complesso, emerge un quadro dei principali problemi di salute simile a quello del resto del Paese, caratterizzato da una larga parte della popolazione in buona salute che, con il passare degli anni, tende a deteriorarsi per l'insorgere di malattie croniche, anche invalidanti, che colpiscono in misura più elevata le donne rispetto agli uomini.

Anziani, donne, soprattutto in condizione di solitudine, sono i gruppi di popolazione che richiedono maggiore attenzione e assistenza.



## 5. LA PREVENZIONE E GLI STILI DI VITA DEI VALDOSTANI

In questa sezione sono descritti, e brevemente commentati, i dati relativi all'attitudine verso alcuni controlli periodici per il monitoraggio del proprio stato di salute da parte della popolazione valdostana interessata dall'indagine Istat. Sono incluse, in questa sezione, sia alcune comuni analisi di laboratorio - quali il dosaggio del colesterolo ematico e della glicemia - sia alcune semplici misure - quali il controllo della pressione arteriosa - sia il ricorso ad indagini di screening per tumori femminili raccomandati dalle linee guida, sia, infine, il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale, raccomandata nelle classi di età anziane.

### 5.1 L'attitudine ai controlli sanitari periodici: colesterolo, glicemia, pressione

La valutazione periodica dei livelli di colesterolemia e glicemia, così come il periodico monitoraggio dei propri livelli di pressione arteriosa rappresenta una semplice azione per la ricerca di alcuni importanti fattori di rischio per le malattie dell'apparato circolatorio. I valori di colesterolemia e di pressione arteriosa e la presenza di diabete, sono alcuni degli elementi (oltre ad età, sesso e fumo di sigaretta) che entrano nel calcolo del rischio cardiovascolare (carte del rischio e punteggio del rischio sono disponibili presso: [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)).

#### 5.1.1 Frequenza del controllo del colesterolo e della glicemia

I risultati concernenti il monitoraggio del colesterolo e della glicemia sono pressoché sovrapponibili. Evidentemente, trattandosi di esami ematochimici molto comuni, tendono a essere prescritti contemporaneamente da parte dei medici.

Per quanto attiene il colesterolo, circa il 45% degli uomini e il 55% delle donne ha eseguito almeno un controllo nell'ultimo anno; questa frequenza sale a oltre il 70% negli uomini e 80% nelle donne se si considerano gli ultimi 5 anni.

Nonostante nell'indagine del 2000 la domanda venisse posta in modo diverso, le percentuali non denotano variazioni temporali di rilievo<sup>60</sup>.

**Tabella - Frequenza controllo colesterolo in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Frequenza controllo colesterolo	Uomini	Donne
Almeno una volta all'anno	44,5 (40,4 – 48,5)	54,8 (50,4 – 59,1)
Da 2 a 5 anni	27,7 (24,5 – 31,0)	27,0 (23,9 – 30,1)
Oltre 5 anni	8,5 (6,6 – 10,3)	7,0 (5,3 – 8,7)
Mai	19,4 (16,6 – 22,1)	11,3 (9,2 – 13,3)

Analogamente, per il controllo della glicemia il 45% degli uomini e il 55% delle donne ha effettuato almeno un controllo nell'ultimo anno; come per il colesterolo questa frequenza sale a oltre il 70% negli uomini e l'85% nelle donne se si considerano gli ultimi 5 anni.

Nonostante nell'indagine del 2000 la domanda venisse posta in modo diverso le percentuali non denotano variazioni temporali di rilievo, se non, un lieve aumento nella propensione ai controlli tra le donne<sup>61</sup>.

<sup>60</sup> Nel 2000 effettuava il controllo periodico del livello di colesterolo il 43,3% degli uomini e il 46,5% delle donne.

<sup>61</sup> Nel 2000 effettuava il controllo periodico della glicemia il 43,7% degli uomini e il 46,2% delle donne.

**Tabella - Frequenza controllo glicemia in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Frequenza controllo glicemia	Uomini	Donne
Almeno una volta all'anno	43,8 (39,8 – 47,9)	55,0 (50,6 – 59,3)
Da 2 a 5 anni	27,4 (24,2 – 30,6)	26,9 (23,8 – 30,0)
Oltre 5 anni	8,5 (6,7 – 10,4)	7,0 (5,4 – 8,7)
Mai	20,2 (17,4 – 23,0)	11,1 (9,1 – 13,2)

Come atteso, la frequenza di controlli cresce con il crescere dell'età, coinvolgendo oltre i due terzi della popolazione di entrambi i sessi nella fascia di età superiore ai 65 anni per entrambi i controlli.

Quasi nessun cittadino valdostano anziano dichiara di non avere mai fatto alcun controllo della propria colesterolemia nel corso della vita e solo una minoranza dichiara di non avere mai effettuato alcun controllo della glicemia.

Considerando le fasce di età intermedie, quelle in cui è più rilevante il valore preventivo di questo esame (si ricorda a tale proposito che il punteggio del rischio cardiovascolare andrebbe calcolato periodicamente tra i 35 e i 69 anni), circa il 40% degli uomini e il 50% delle donne effettua ogni anno il controllo del colesterolo e oltre i due terzi dei cittadini valdostani lo effettua almeno ogni 5 anni al pari del controllo glicemico.

**Tabella - Frequenza controllo colesterolo in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Frequenza controllo colesterolo	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno una volta all'anno	16,2 *	31,7 (18,3 – 45,1)	35,6 (29,6 – 41,7)	44,9 (38,0 – 51,7)	48,5 (40,8 – 56,2)	57,0 (48,6 – 65,5)	67,5 (55,7 – 79,3)	72,1 (62,0 – 82,1)
Da 2 a 5 anni	22,2 (11,2 – 33,3)	20,9 *	30,2 (24,7 – 35,8)	32,6 (26,7 – 38,5)	29,8 (23,7 – 35,9)	29,2 (23,0 – 35,4)	21,6 (14,7 – 28,5)	18,7 (13,3 – 24,0)
Oltre 5 anni	16,9 *	12,7 *	7,8 (4,8 – 10,7)	8,0 (4,9 – 11,1)	8,7 (5,3 – 12,2)	5,8 *	5,7 *	5,4 *
Mai	44,6 (29,3 – 59,9)	34,7 (20,7 – 48,7)	26,4 (21,1 – 31,6)	14,5 (10,5 – 18,6)	13,0 (8,9 – 17,2)	8,0 (4,6 – 11,3)	5,2 *	3,9 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Frequenza controllo glicemia in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere,**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%,  
Anno 2005

Frequenza controllo glicemia	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno una volta all'anno	18,1 *	29,2 (16,3 – 42,2)	34,1 (28,2 – 40,0)	45,9 (39,0 – 52,9)	48,0 (40,4 – 55,6)	57,6 (49,1 – 66,0)	67,5 (55,7 – 79,3)	71,5 (61,5 – 81,5)
Da 2 a 5 anni	22,2 (11,2 – 33,3)	20,9 *	29,9 (24,3 – 35,4)	31,8 (26,0 – 37,7)	29,4 (23,3 – 35,5)	29,3 (23,2 – 35,5)	21,2 (14,3 – 28,1)	19,2 (13,8 – 24,6)
Oltre 5 anni	18,0 *	12,7 *	8,2 (5,1 – 11,2)	8,0 (4,9 – 11,1)	8,6 (5,2 – 12,0)	5,6 *	5,1 *	5,7 *
Mai	41,7 (26,9 – 56,5)	37,2 (22,7 – 51,7)	27,8 (22,5 – 33,2)	14,3 (10,2 – 18,3)	14,0 (9,7 – 18,3)	7,5 (4,3 – 10,8)	6,2 *	3,6 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

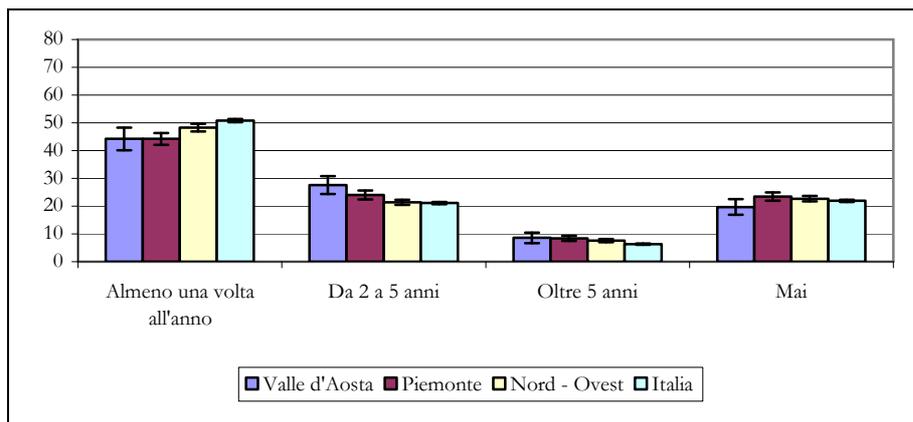
Il confronto con altre aree geografiche, evidenzia una sostanziale omogeneità con l'Italia e con le altre regioni del Nord-Ovest, nel caso degli uomini, per entrambi i controlli.

Si nota una minore frequenza (statisticamente non significativa) di persone (per la colesterolemia in particolare tra gli uomini), che dichiarano di non avere mai effettuato il controllo del colesterolo o della

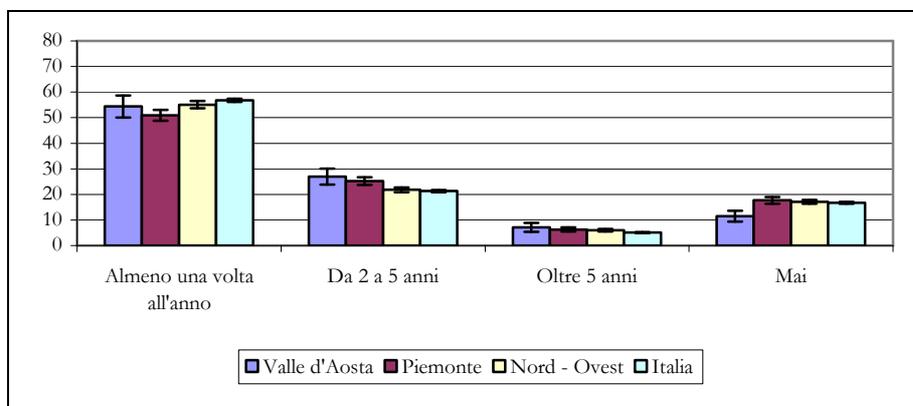
glicemia nel corso della vita, mentre la minore frequenza di soggetti che eseguono questi accertamenti ogni anno è compensata dalla maggiore frequenza di quanti dichiarano di averlo effettuato entro gli ultimi 5 anni.

Nelle donne, invece, la minore prevalenza di quante dichiarano di non avere mai valutato la propria colesterolemia, o la propria glicemia, è statisticamente significativa, sia nei confronti dell'Italia, sia delle altre regioni del Nord-Ovest, a testimonianza, quindi, di una maggiore attenzione delle valdostane verso questo tipo di accertamento.

**Figura - Frequenza controllo colesterolo in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 – Uomini**



**Figura - Frequenza controllo colesterolo in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 – Donne**



**Figura - Frequenza controllo glicemia in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2005 – Uomini**

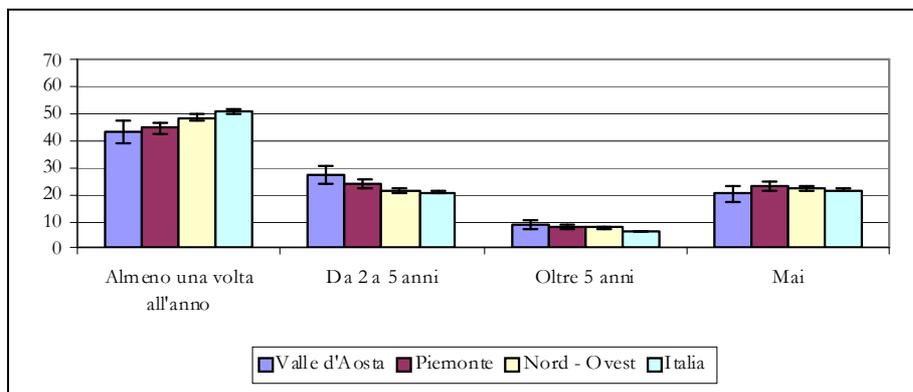
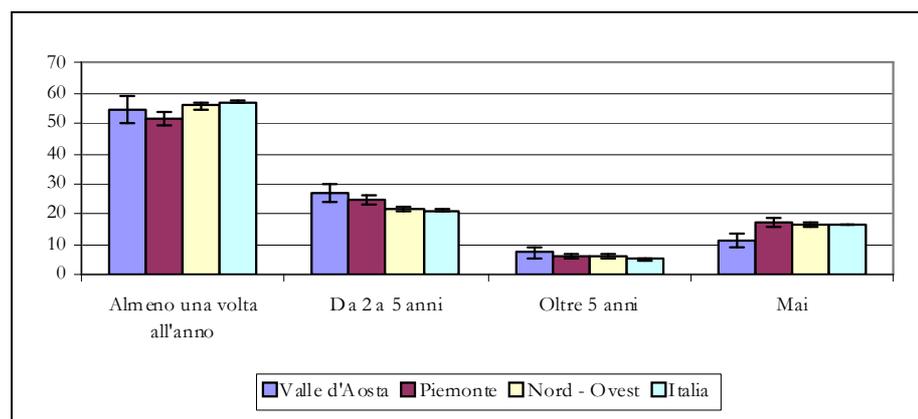


Figura - Frequenza controllo glicemia in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



Le differenze per caratteristiche socio-economiche sembrano interessare, per entrambi i controlli, solo gli uomini: i soggetti con bassa istruzione e non coniugati ricorrono al controllo del colesterolo con una frequenza di circa il 30% superiore rispetto agli uomini con istruzione elevata. I soggetti con bassa istruzione e non coniugati, ricorrono al controllo della glicemia con una frequenza di circa il 30% superiore rispetto agli uomini con istruzione elevata. Nessuna differenza si osserva, invece, nel caso del giudizio sulle proprie risorse economiche per entrambi i ricorsi a questi test diagnostici.

Tabella - Frequenza controllo colesterolo in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia famigliare e giudizio risorse economiche.

Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005

FREQUENZA CONTROLLO COLESTEROLO	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,0 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,9 – 1,1)	1,1 (0,9 – 1,3)
Lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,0 – 1,4)	1,3 (1,1 – 1,5)	1,1 (0,9 – 1,4)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,2 (1,0 – 1,3)	1,3 (1,1 – 1,5)	1,0 (0,9 – 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMIGLIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	0,9 (0,8 – 1,1)	0,9 (0,7 – 1,1)	1,0 (0,8 – 1,2)
Monogenitore	1,0 (0,9 – 1,2)	1,1 (0,9 – 1,3)	1,0 (0,8 – 1,3)
Persona sola	1,0 (0,9 – 1,1)	1,1 (0,9 – 1,3)	0,9 (0,7 – 1,1)
Altro	1,2 (0,9 – 1,6)	1,1 (0,7 – 1,6)	1,3 (0,8 – 2,0)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,9 – 1,1)	1,0 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,2)

**Tabella - Frequenza controllo glicemia in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

FREQUENZA CONTROLLO GLICEMIA	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,9 – 1,1)	1,1 (0,9 – 1,3)
Lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,0 – 1,4)	1,3 (1,1 – 1,5)	1,1 (0,9 – 1,4)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (1,0 – 1,3)	1,3 (1,1 – 1,5)	1,0 (0,8 – 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,8 – 1,1)	0,9 (0,7 – 1,1)	1,0 (0,8 – 1,2)
Monogenitore	1,0 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,9 – 1,3)	1,0 (0,8 – 1,3)
Persona sola	1,0 (0,9 – 1,2)	1,1 (0,9 – 1,3)	0,9 (0,7 – 1,2)
Altro	1,2 (0,9 – 1,6)	1,1 (0,7 – 1,6)	1,3 (0,8 – 2,1)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,9 – 1,1)	1,0 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,2)

## 5.2 Frequenza controllo pressione

Circa il 55% degli uomini e il 66% delle donne dichiarano di controllare i propri livelli pressori almeno una volta l'anno, frequenza che sale al 75% negli uomini e all'85% nelle donne se si considerano gli ultimi 5 anni.

Nonostante che nell'indagine del 2000 la domanda fosse posta in modo diverso, le percentuali sembrano indicare un aumento dei livelli di attenzione in entrambi i generi<sup>62</sup>.

**Tabella - Frequenza controllo pressione in Valle d'Aosta per genere.**

**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**

**Anno 2005**

Frequenza controllo pressione	Uomini	Donne
Almeno una volta all'anno	54,9 (50,4 – 59,4)	66,5 (61,7 – 71,3)
Da 2 a 5 anni	20,5 (17,7 – 23,3)	18,5 (15,9 – 21,1)
Oltre 5 anni	7,8 (6,0 – 9,6)	5,8 (4,2 – 7,3)
Mai	16,8 (14,2 – 19,4)	9,3 (7,4 – 11,2)

La frequenza cresce con il crescere dell'età, restando sempre più elevata nel sesso femminile; oltre i 65 anni, circa l'80% della popolazione dichiara di controllare almeno una volta l'anno la propria pressione arteriosa. Considerando le fasce di età intermedie, nelle quali è più rilevante il valore preventivo della misurazione (il punteggio del rischio cardiovascolare andrebbe calcolato periodicamente tra i 35 e i 69

<sup>62</sup> Nel 2000 effettuava il controllo periodico della pressione il 49,7% degli uomini e il 52,5% delle donne.

anni), tra i 25 e i 44 anni il 40% degli uomini e il 55% delle donne effettua un controllo annuale, percentuali che salgono, rispettivamente, a 66% e 72% tra i 45 e i 64 anni.

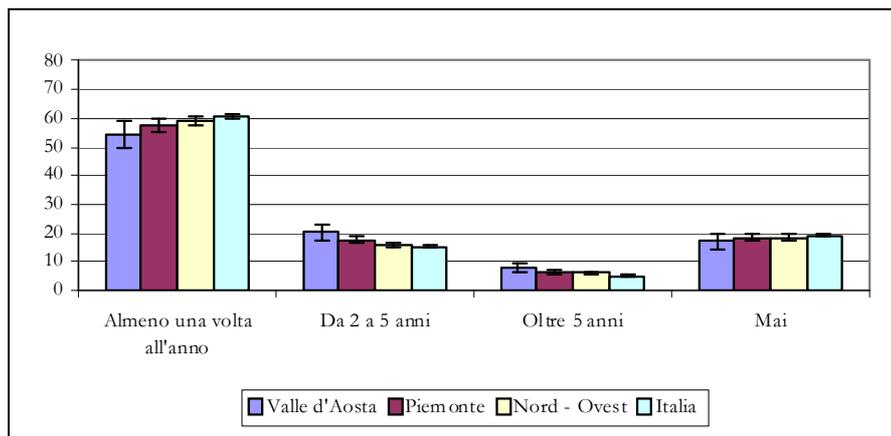
**Tabella - Frequenza controllo pressione in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Frequenza controllo pressione	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno una volta all'anno	21,9 *	41,3 (26,1 – 56,5)	40,4 (34,0 – 46,8)	54,4 (46,9 – 62,0)	66,5 (57,7 – 75,4)	72,4 (62,9 – 81,8)	78,6 (65,9 – 91,2)	83,3 (72,5 – 94,0)
Da 2 a 5 anni	17,0 *	13,1 *	27,8 (22,5 – 33,2)	25,8 (20,5 – 31,1)	16,6 (12,0 – 21,3)	19,6 (14,4 – 24,7)	13,8 (8,1 – 19,4)	9,0 (5,2 – 12,8)
Oltre 5 anni	18,0 *	10,1 *	7,3 (4,5 – 10,2)	7,1 (4,2 – 10,0)	8,2 (4,9 – 11,5)	4,0 *	3,7 *	4,7 *
Mai	43,2 (28,1 – 58,3)	35,5 (21,3 – 49,6)	24,4 (19,3 – 29,5)	12,7 (8,9 – 16,5)	8,6 (5,2 – 12,1)	4,1 *	3,9 *	3,1 *

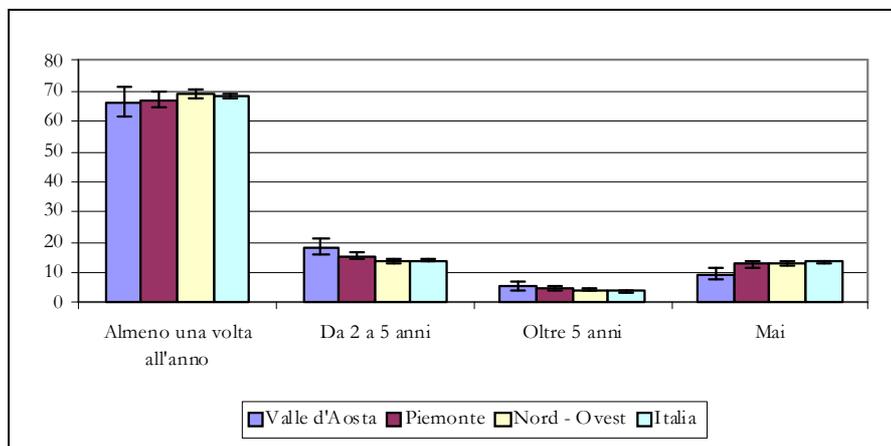
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il confronto con altre aree geografiche evidenzia, nel caso degli uomini, una minore frequenza di controlli annuali (differenza statisticamente significativa solo in confronto all'Italia), compensata da frequenze di controllo su più anni, mentre non vi sono differenze tra le donne.

**Figura - Frequenza controllo pressione in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Uomini



**Figura - Frequenza controllo pressione in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



Il monitoraggio della pressione arteriosa è più frequente, in entrambi i sessi, nelle persone con bassi livelli di istruzione, mentre non vi sono differenze importanti per le altre variabili considerate.

**Tabella - Frequenza controllo pressione in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR).**  
**Anno 2005**

FREQUENZA CONTROLLO PRESSIONE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (1,0 – 1,3)	1,1 (0,9 – 1,3)	1,1 (0,9 – 1,3)
Lic. elementare, senza titolo	1,5 (1,3 – 1,8)	1,6 (1,3 – 1,9)	1,4 (1,1 – 1,9)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (0,9 – 1,2)	1,1 (0,9 – 1,3)	1,0 (0,8 – 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	0,9 (0,8 – 1,1)	0,9 (0,7 – 1,2)	0,9 (0,7 – 1,2)
Monogenitore	1,0 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,3)	1,0 (0,8 – 1,3)
Persona sola	0,9 (0,7 – 1,0)	0,9 (0,7 – 1,1)	0,8 (0,6 – 1,1)
Altro	1,3 (0,9 – 1,9)	1,2 (0,8 – 1,8)	1,3 (0,7 – 2,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,8 – 1,1)	1,0 (0,8 – 1,2)	0,9 (0,7 – 1,1)

### 5.3 Lo screening oncologico femminile: Pap-Test e Mammografia

In questa sezione sono descritti, e brevemente commentati, i dati relativi al ricorso a due screening per la ricerca di tumori femminili (collo dell'utero e mammella), la cui efficacia non solo è ampiamente documentata ma che sono raccomandati a tutte le donne in determinate fasce di età. Programmi strutturati di screening, a livello di popolazione, sono presenti in tutte le regioni italiane (in Valle d'Aosta quelli femminili dal 1997), anche se i livelli di adesione e di successo possono essere molto variabili.

#### 5.3.1 Pap-Test in assenza di disturbi

Tra i 25 e i 64 anni, l'86% delle donne valdostane ha effettuato almeno un Pap-test, anche se solo il 15% con la frequenza raccomandata dalle linee guida, mentre oltre la metà delle donne lo effettua con una frequenza superiore a quella raccomandata.

Rispetto l'indagine condotta nel 2000, si registra un aumento delle adesioni al Pap-test, nonostante la diversa formulazione della domanda tra le due indagini<sup>63</sup>.

<sup>63</sup> L'indagine del 2005 precisa "in assenza di disturbi", assente nella formulazione della domanda nel 2000. Ciononostante nel 2000 non ha mai eseguito un Pap-test il 28,7% delle donne in età consigliata.

**Tabella - Pap-test in assenza di disturbi in Valle d'Aosta per genere.**  
Prevalenze grezze percentuali (età 25-64 anni) ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005

Pap-test in assenza di disturbi	Donne
No	13,7 (10,8 – 16,5)
Una sola volta	11,2 (8,6 – 13,7)
Sì, con frequenza raccomandata (tre anni)	14,8 (11,8 – 17,7)
Sì, meno spesso della raccomandazione	5,8 (3,9 – 7,8)
Sì, più spesso della raccomandazione	54,6 (49,2 – 60,0)

Come atteso, la frequenza è minore nelle donne più giovani, mentre nella fascia di età raccomandata (25-64 anni), il 90% ha eseguito almeno una volta il test, e circa il 60% lo ha fatto con una frequenza più elevata rispetto a quella raccomandata (che è ogni 3 anni).

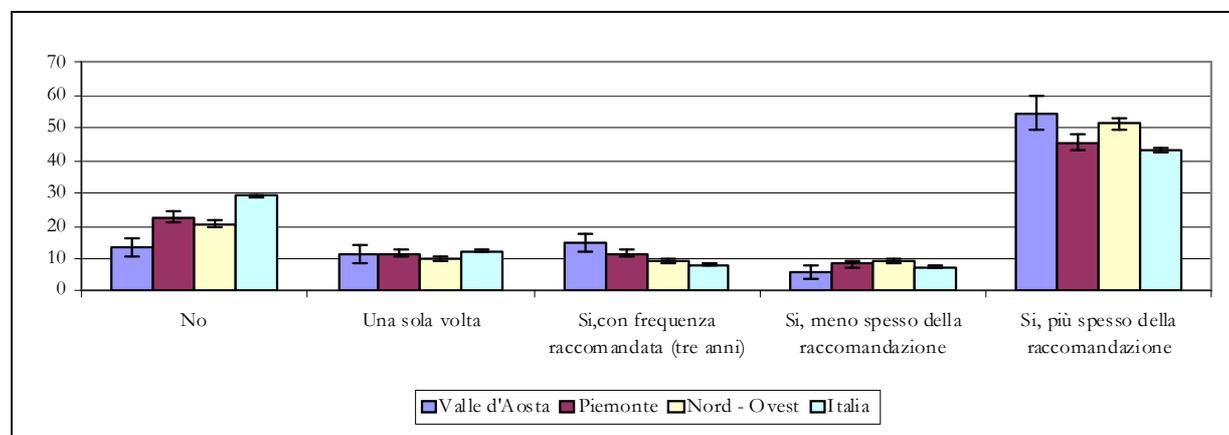
**Tabella - Pap-test in assenza di disturbi in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
Anno 2005 – Donne

Pap-test in assenza di disturbi	25-44	45-64
No	17,0 (12,6 – 21,3)	9,8 (6,1 – 13,5)
Una sola volta	15,2 (11,0 – 19,3)	6,3 (3,3 – 9,4)
Sì, con frequenza raccomandata (tre anni)	14,2 (10,2 – 18,3)	15,4 (10,8 – 19,9)
Sì, meno spesso della raccomandazione	2,4 *	9,9 (6,2 – 13,6)
Sì, più spesso della raccomandazione	51,2 (43,9 – 58,5)	58,6 (50,1 – 67,2)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Rispetto al resto dell'Italia, la frequenza di donne che dichiarano di avere eseguito almeno un Pap-test è molto superiore (statisticamente significativa), anche in confronto alle regioni del Nord-Ovest e al Piemonte, così come è più elevata la frequenza di donne che effettuano l'esame con una periodicità più elevata rispetto a quella consigliata.

**Figura - Pap-test in assenza di disturbi in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005 – Donne



Per quanto riguarda le caratteristiche sociali (mettendo a confronto le donne che eseguono il Pap-test con una frequenza uguale o superiore a quella raccomandata, rispetto alle donne che eseguono l'esame

saltuariamente o mai), non ci sono differenze statisticamente significative, se non nel caso delle donne non coniugate, che presentano una minore propensione all'effettuazione del Pap-test.

**Tabella - Pap-test in assenza di disturbi in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

PAP-TEST IN ASSENZA DI DISTURBI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>	
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,8 – 1,0)
Lic. elementare, senza titolo	0,9 (0,7 – 1,0)
<b>STATO CIVILE</b>	
Coniugato/a	1,0
Altra condizione	0,8 (0,7 – 0,9)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>	
Coppia con figli	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,9 – 1,1)
Monogenitore	0,8 (0,7 – 1,0)
Persona sola	0,8 (0,7 – 1,0)
Altro	1,0 (0,6 – 1,6)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>	
Ottime/adequate	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,8 – 1,0)

### 5.3.2 Mammografia in assenza di disturbi

Nella fascia di età raccomandata (50-69 anni), quasi l'80% delle donne ha eseguito almeno una mammografia; circa il 40% con la frequenza raccomandata (biennale), il 16% con una frequenza superiore a quanto raccomandato dalle Linee Guida.

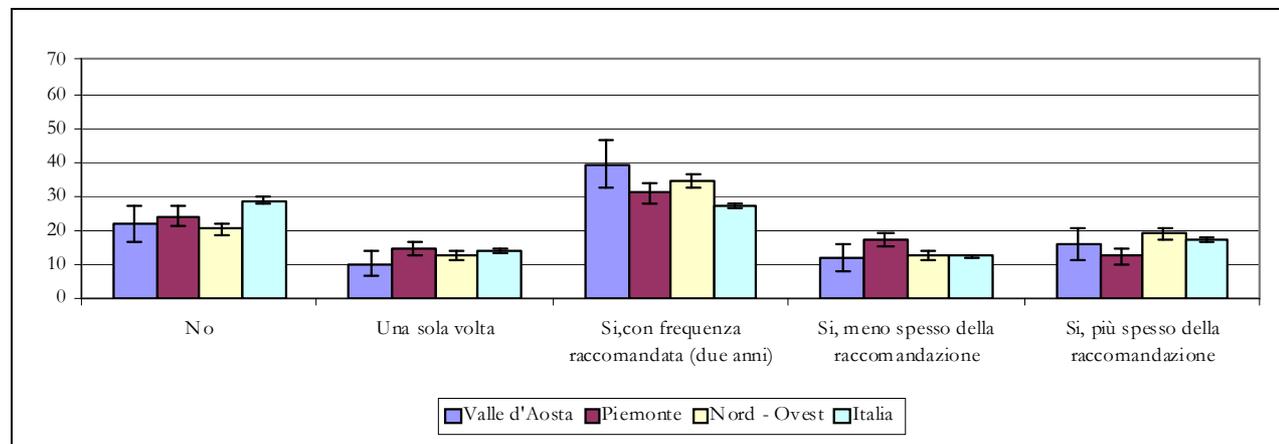
Rispetto l'indagine condotta nel 2000, si registra un aumento importante nei controlli mammografici, nonostante la diversa formulazione della domanda nelle due indagini<sup>64</sup>.

Mammografia in assenza di disturbi	Donne
No	22,0 (16,5 – 27,4)
Una sola volta	10,4 (6,6 – 14,2)
Sì, con frequenza raccomandata (tre anni)	39,5 (32,4 – 46,7)
Sì, meno spesso della raccomandazione	12,0 (7,9 – 16,1)
Sì, più spesso della raccomandazione	16,1 (11,4 – 20,8)

<sup>64</sup> L'indagine del 2005 precisa "in assenza di disturbi", assente nella formulazione della domanda nel 2000. Ciononostante nel 2000 non ha mai eseguito una mammografia il 54,5% delle donne in età consigliata.

La Valle d'Aosta si colloca su valori simili a quelli delle altre regioni del Nord-Ovest, e migliori di quelli medi italiani. Infatti, la frequenza di donne che dichiarano di non aver mai effettuato una mammografia (in assenza di sintomi) è statisticamente inferiore a quella nazionale.

**Figura - Mammografia in assenza di disturbi in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
 Prevalenze standardizzate per età per 100.  
 Anno 2005 – Donne



Per quanto riguarda le caratteristiche sociali (mettendo a confronto le donne che seguono la mammografia con una frequenza uguale o superiore a quella raccomandata, rispetto alle donne che la effettuano in maniera saltuaria o mai), non ci sono differenze statisticamente significative, se non nel caso delle donne in “altra condizione” familiare (non nota), rispetto a quelle che appartengono ad una delle tipologie definite dall’indagine, le quali presentano una più elevata frequenza di ricorso alla mammografia.

**Tabella - Mammografia in assenza di disturbi in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**  
 Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005

MAMMOGRAFIA IN ASSENZA DI DISTURBI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>	
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,3 (0,9 – 1,8)
Lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,8 – 1,6)
<b>STATO CIVILE</b>	
Coniugato/a	1,0
Altra condizione	0,8 (0,6 – 1,0)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>	
Coppia con figli	1,0
Coppia senza figli	1,1 (0,8 – 1,5)
Monogenitore	0,8 (0,5 – 1,3)
Persona sola	1,0 (0,7 – 1,5)
Altro	1,6 (1,1 – 2,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>	
Ottime/adequate	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (0,8 – 1,4)

## 5.4 La vaccinazione antinfluenzale

La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata nei soggetti di età superiore ai 65 e in quanti presentano condizioni “a rischio”, soggetti cioè che, a causa di condizioni patologiche preesistenti, avrebbero un elevato rischio di complicazioni nel caso in cui contraessero l'influenza. In queste categorie di soggetti la vaccinazione è offerta gratuitamente alla fine dell'autunno.

Circa il 16% degli uomini e il 20% delle donne ha eseguito almeno la vaccinazione antinfluenzale nell'ultimo anno.

**Tabella - Vaccinazione antinfluenzale in Valle d'Aosta per genere.**  
 Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
 Anno 2005

Vaccinazione antinfluenzale	
Uomini	Donne
15,8 (13,3 – 18,3)	20,0 (17,3 – 22,7)

Nel caso della vaccinazione antinfluenzale, l'interesse maggiore, per quanto detto in precedenza, si concentra nella fascia di età oltre i 65 anni; tra questi, il 55% degli uomini e il 57% delle donne è stato sottoposto a vaccinazione.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra un aumento della copertura vaccinale nella popolazione anziana, in entrambi i sessi<sup>65</sup>.

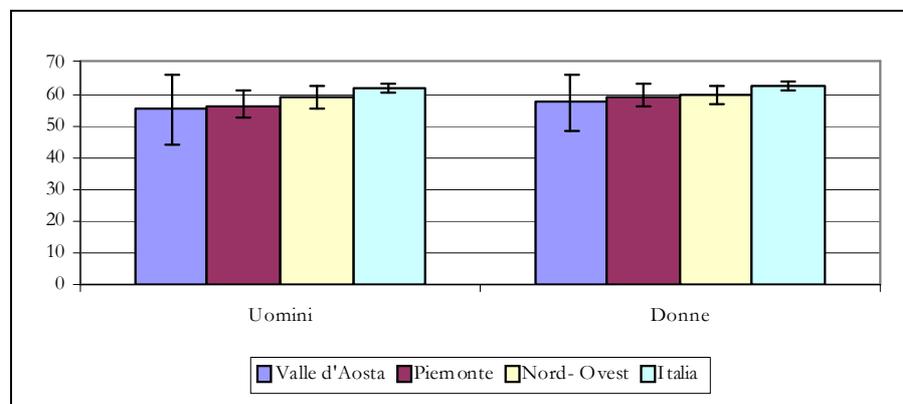
**Tabella - Vaccinazione antinfluenzale in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
 Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
 Anno 2005

Vaccinazione antinfluenzale							
18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
3,3 *	*	5,5 (3,0 – 8,0)	2,0 *	8,1 (4,8 – 11,4)	13,4 (9,1 – 17,8)	54,9 (44,2 – 65,6)	57,2 (48,2 – 66,2)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale nella popolazione con più di 65 anni, in Valle d'Aosta, è lievemente inferiore sia rispetto alla media nazionale, sia alle altre aree del Nord-Ovest; le differenze, tuttavia, non sono statisticamente significative.

**Figura - Vaccinazione antinfluenzale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
 Prevalenze per 100 nei due sessi età maggiore di 65 anni.  
 Anno 2005



<sup>65</sup> Nel 2000 le percentuali di soggetti vaccinati erano il 42,8% per gli uomini e il 45,5% per le donne.

Non sembrano esserci differenze di rilievo (sempre nella popolazione anziana) nel caso degli indicatori socio-economici utilizzati, tranne che nel caso dei soggetti non coniugati, che presentano una minore frequenza di vaccinazione.

**Tabella - Vaccinazione antinfluenzale nei soggetti con più di 65 anni in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.  
Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,0 (0,7 – 1,4)	1,0 (0,6 – 1,6)	1,1 (0,7 – 1,8)
Lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,7 – 1,3)	0,9 (0,6 – 1,3)	1,1 (0,7 – 1,7)
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	*	1,0
Altra condizione	0,8 (0,6 – 0,9)	*	0,8 (0,6 – 1,0)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	1,0	*	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,7 – 1,4)	*	1,2 (0,7 – 2,1)
Monogenitore	0,6 (0,3 – 1,1)	*	0,7 (0,3 – 1,6)
Persona sola	0,8 (0,6 – 1,2)	*	1,0 (0,5 – 1,7)
Altro	0,7 (0,4 – 1,1)	*	0,8 (0,4 – 1,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,7 – 1,2)	1,0 (0,7 – 1,5)	0,9 (0,7 – 1,3)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

## CONCLUSIONI

Nel complesso la popolazione valdostana si caratterizza per un maggiore ricorso, rispetto al resto dell'Italia, agli accertamenti e agli esami di laboratorio, soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio della glicemia e della colesterolemia e per i controlli per l'individuazione precoce dei tumori femminili, ai quali si ricorre con una frequenza spesso superiore a quella raccomandata dalle linee guida attuali.

Solo nel caso della vaccinazione antinfluenzale, nonostante un incremento registrato negli ultimi anni, non ci sono differenze rispetto alle altre regioni italiane.

Come atteso, l'attenzione verso la propria salute cresce al crescere dell'età, ma sono sempre le donne, a qualunque età, a dimostrare maggiore attenzione al monitoraggio di semplici parametri quali la colesterolemia o la rilevazione della pressione arteriosa.

Per quanto riguarda le differenze sociali, queste sono modeste e, se presenti, sono a vantaggio delle persone di bassa scolarità e a svantaggio delle persone non coniugate, nella frequenza di uso di accertamenti preventivi e di screening.

## 6. IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI E AI TRATTAMENTI

Un'ampia sezione del questionario dell'indagine Istat sulla salute è dedicata all'uso dei servizi sanitari. In questa sezione è indagato, nel mese precedente all'intervista, il ricorso a: visite mediche (generiche o specialistiche), accertamenti diagnostici, ricovero ospedaliero, servizi territoriali, prescrizioni farmaceutiche e anche il ricorso alle terapie "non convenzionali".

Infine, agli intervistati, è richiesto un giudizio sul Servizio Sanitario Regionale.

I paragrafi che seguono riportano i principali risultati sul ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta.

In generale, va ricordato che il ricorso ai servizi sanitari è la combinazione di più fattori, tra cui: i bisogni di salute, l'offerta di servizi, l'accessibilità e le abitudini. L'interpretazione degli indicatori di ricorso ai servizi e delle differenze tra aree o gruppi di popolazione va quindi condotta avendo a mente l'insieme di queste dimensioni.

### 6.1 Le visite mediche

Nelle 4 settimane precedenti l'intervista, il 19,6% degli uomini e il 26,3% delle donne ha fatto ricorso ad una visita medica.

Si tratta di una frequenza pressoché identica a quella registrata dalla medesima indagine condotta nel 2000<sup>66</sup>.

Il 12% degli uomini e il 17,5% delle donne hanno fatto ricorso al proprio medico (o pediatra) di famiglia, mentre quasi il 10% degli uomini e il 12,5% delle donne hanno fatto ricorso a una visita specialistica (il 6% degli uomini e l'8,5% delle donne, cioè oltre la metà dei casi, hanno usufruito di una visita specialistica a pagamento).

La visita odontoiatrica (oltre a quella ostetrico-ginecologica nelle donne) è la tipologia di visita specialistica più frequente (3%), tra quelle effettuate a pagamento.

**Tabella - Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per genere nei due sessi. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese	Uomini	Donne
Almeno una visita medica nell'ultimo mese	19,6 (17,1 – 22,2)	26,3 (23,5 – 29,2)
Almeno una visita medica generica o pediatrica nell'ultimo mese	12,0 (10,0 – 14,0)	17,5 (15,1 – 19,8)
di cui a pagamento	0,9 *	1,0 *
Almeno una visita specialistica nell'ultimo mese	9,7 (7,8 – 11,5)	12,4 (10,4 – 14,4)
di cui a pagamento	6,1 (4,6 – 7,5)	8,5 (6,9 – 10,2)
Almeno una visita cardiologica nell'ultimo mese	1,3 *	1,0 *
di cui a pagamento	0,8 *	0,6 *
Almeno una visita ostetrico/ginecologica nell'ultimo mese		3,0 (1,9 – 4,0)
di cui a pagamento		1,9 (1,1 – 2,8)

<sup>66</sup> Nella precedente indagine Istat del 2000, il 19% degli uomini e il 28% delle donne risultava aver effettuato una visita medica.

Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta  
 IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI E AI TRATTAMENTI

Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese	Uomini	Donne
Almeno una visita oculistica nell'ultimo mese	2,1 (1,2 – 2,9)	2,1 (1,2 – 2,9)
di cui a pagamento	1,0 *	1,2 *
Almeno una visita odontoiatrica nell'ultimo mese	3,0 (1,9 – 4,0)	2,9 (1,9 – 4,0)
di cui a pagamento	3,0 (1,9 – 4,0)	2,9 (1,9 – 3,9)
Almeno una visita ortopedica nell'ultimo mese	1,7 (0,9 – 2,5)	2,4 (1,5 – 3,4)
di cui a pagamento	1,0 *	1,6 (0,8 – 2,4)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Come atteso, in entrambi i generi, la frequenza di ricorso alle visite mediche, sia generiche, sia specialistiche, cresce con il crescere dell'età (ad esclusione delle età più giovani dove incide il ricorso al pediatra).

**Tabella - Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere nei due sessi.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

**UOMINI**

Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese	0-24	25-44	45-64	65 e più
Almeno una visita medica nell'ultimo mese	13,8 (9,1 – 18,5)	17,9 (13,5 – 22,3)	18,4 (13,5 – 23,3)	33,5 (25,0 – 42,0)
Almeno una visita medica generica o pediatrica nell'ultimo mese	11,9 (7,6 – 16,3)	9,3 (6,1 – 12,5)	9,8 (6,2 – 13,4)	21,0 (14,2 – 27,8)
di cui a pagamento	1,2 *	1,0 *	0,0 *	1,4 *
Almeno una visita specialistica nell'ultimo mese	3,9 *	9,2 (6,0 – 12,4)	12,3 (8,3 – 16,3)	14,3 (8,5 – 20,0)
di cui a pagamento	2,8 *	7,0 (4,2 – 9,9)	7,3 (4,1 – 10,5)	6,5 *
Almeno una visita cardiologica nell'ultimo mese	0,0 *	0,5 *	2,0 *	3,8 *
di cui a pagamento	0,0 *	0,0 *	1,3 *	2,4 *
Almeno una visita oculistica nell'ultimo mese	1,0 *	0,7 *	1,3 *	7,3 *
di cui a pagamento	0,6 *	0,7 *	0,7 *	2,3 *
Almeno una visita odontoiatrica nell'ultimo mese	2,3 *	3,4 *	3,6 *	2,0 *
di cui a pagamento	2,3 *	3,4 *	3,6 *	2,0 *
Almeno una visita ortopedica nell'ultimo mese	0,6 *	1,8 *	3,1 *	0,5 *
di cui a pagamento	0,0 *	1,6 *	1,7 *	0,0 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

**DONNE**

Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese	0-24	25-44	45-64	65 e più
Almeno una visita medica nell'ultimo mese	18,3 (12,8 – 23,9)	20,7 (15,9 – 25,5)	30,4 (24,1 – 36,7)	36,6 (29,3 – 44,0)
Almeno una visita medica generica o pediatrica nell'ultimo mese	15,2 (10,1 – 20,3)	9,3 (6,0 – 12,6)	20,3 (15,1 – 25,5)	27,5 (21,1 – 33,9)
di cui a pagamento	1,4 *	0,3 *	0,9 *	1,4 *
Almeno una visita specialistica nell'ultimo mese	5,0 *	11,8 (8,1 – 15,5)	15,5 (10,9 – 20,2)	16,4 (11,4 – 21,5)
di cui a pagamento	4,0 *	9,1 (5,8 – 12,3)	12,6 (8,4 – 16,8)	7,4 (3,9 – 10,9)
Almeno una visita cardiologica nell'ultimo mese	0,0 *	0,0 *	1,8 *	2,1 *
di cui a pagamento	0,0 *	0,0 *	1,5 *	1,1 *
Almeno una visita ostetrico/ginecologica nell'ultimo mese	0,5 *	5,9 (3,3 – 8,6)	3,2 *	1,0 *
di cui a pagamento	0,0 *	4,0 *	2,1 *	0,6 *
Almeno una visita oculistica nell'ultimo mese	1,0 *	0,3 *	2,2 *	5,3 *
di cui a pagamento	1,0 *	0,3 *	1,5 *	2,5 *
Almeno una visita odontoiatrica nell'ultimo mese	2,5 *	3,1 *	4,8 *	1,0 *
di cui a pagamento	2,5 *	3,1 *	4,8 *	1,0 *
Almeno una visita ortopedica nell'ultimo mese	0,5 *	0,8 *	4,6 *	4,0 *
di cui a pagamento	0,0 *	0,3 *	4,0 *	2,2 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

In generale, i valdostani sembrano ricorrere meno della media nazionale al medico (sia considerando le visite mediche nel loro complesso, sia limitatamente a quelle del proprio medico di famiglia). Negli uomini questa differenza è statisticamente significativa anche rispetto alle altre regioni, mentre nelle donne la differenza è statisticamente significativa solo nei confronti con l'Italia.

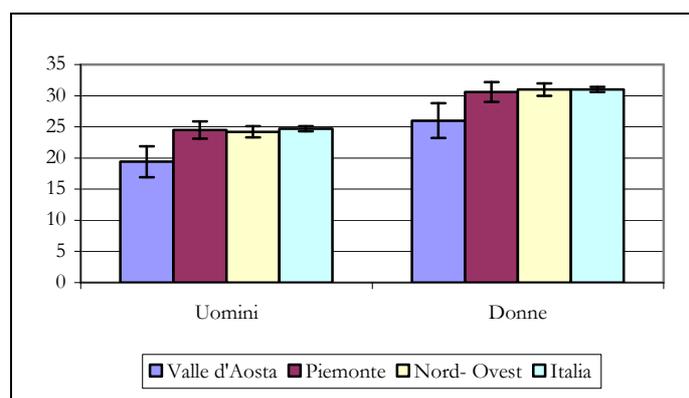
Le donne, invece, sembrano avere un minore ricorso, rispetto alla media italiana, alle visite specialistiche.

**Figura - Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi.**

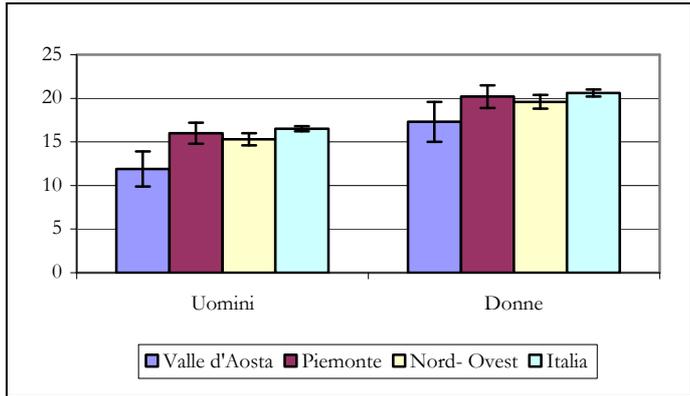
Prevalenze standardizzate per età per 100.

Anno 2005

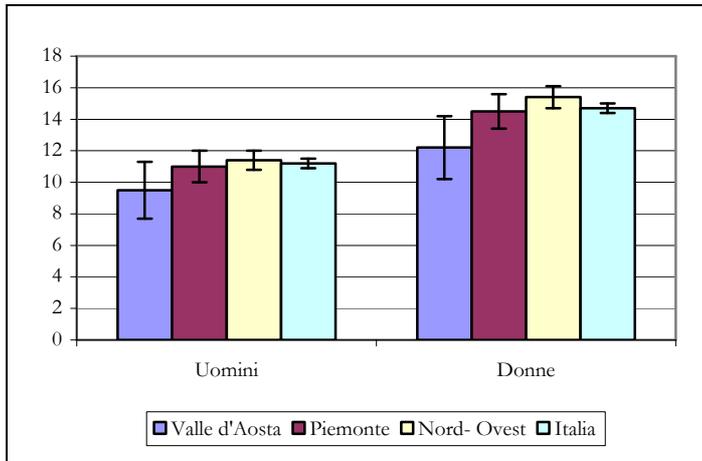
ALMENO UNA VISITA MEDICA NELL'ULTIMO MESE



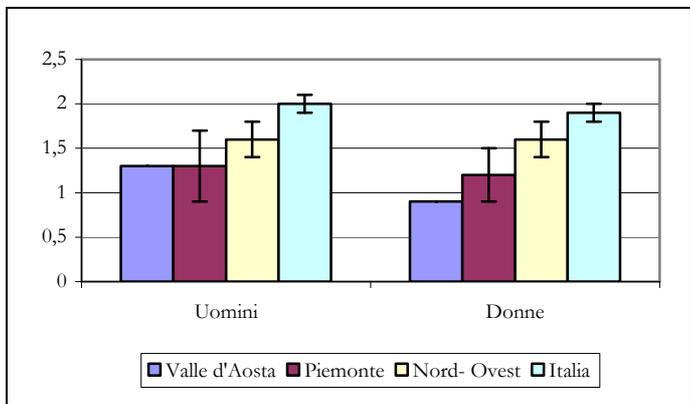
ALMENO UNA VISITA MEDICA GENERICA O PEDIATRICA NELL'ULTIMO MESE



ALMENO UNA VISITA SPECIALISTICA NELL'ULTIMO MESE

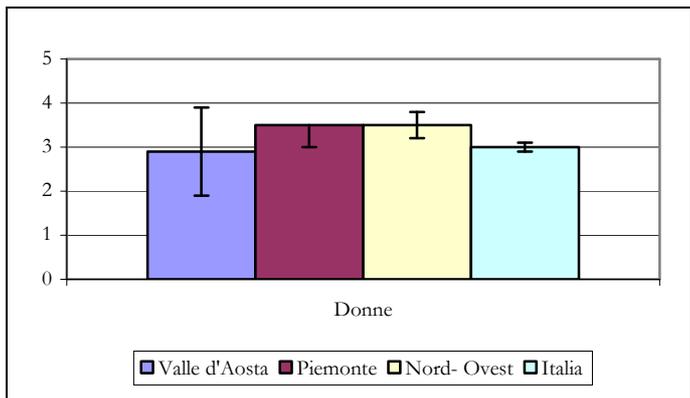


ALMENO UNA VISITA CARDIOLOGICA NELL'ULTIMO MESE

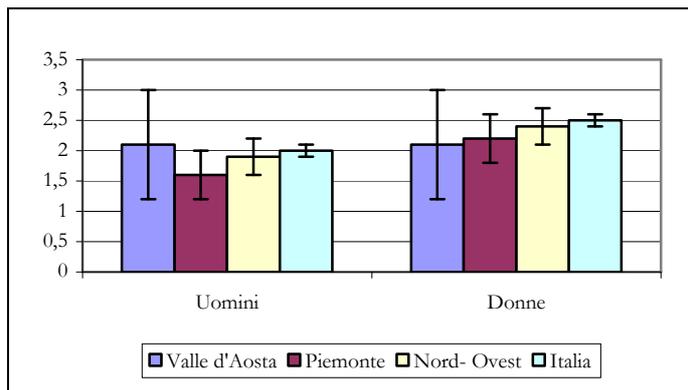


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

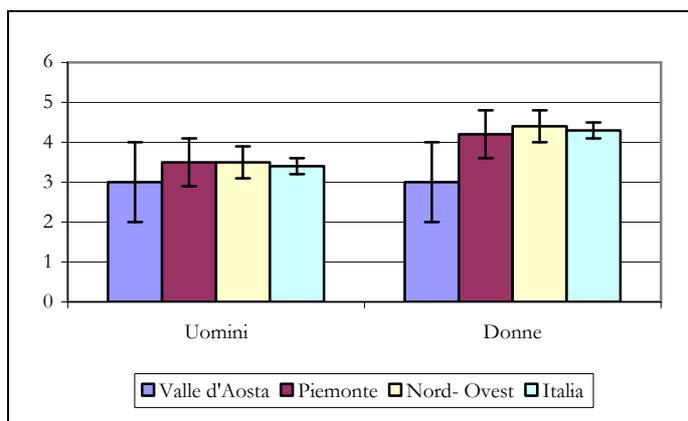
ALMENO UNA VISITA MEDICA OSTETRICO/GINECOLOGICA NELL'ULTIMO MESE



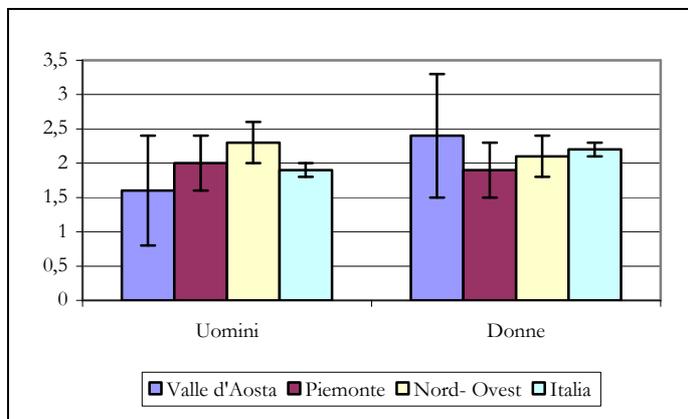
ALMENO UNA VISITA MEDICA OCULISTICA NELL'ULTIMO MESE



ALMENO UNA VISITA MEDICA ODONTOLATRICA NELL'ULTIMO MESE



ALMENO UNA VISITA MEDICA ORTOPEDICA NELL'ULTIMO MESE



Per quanto riguarda le visite per le principali specialità, sembra esserci, in genere, un minore ricorso sia negli uomini, sia nelle donne, soprattutto per la cardiologia, anche se le differenze non raggiungono quasi mai la significatività statistica, per cui sono stati omessi i relativi grafici.

Anche nel caso delle caratteristiche sociali si osservano poche differenze, principalmente legate all'indicatore di soddisfazione economica. I soggetti più insoddisfatti delle proprie risorse economiche presentano una maggiore propensione alle visite mediche, in particolare a quelle specialistiche, mentre le persone meno istruite ne fanno un utilizzo più moderato.

L'analisi per tipologia familiare non è stata condotta per l'esiguità dei casi riferiti al ricorso alle singole visite mediche specialistiche.

**Tabella - Visite mediche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia famigliare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

VISITE MEDICHE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE	ALMENO UNA VISITA MEDICA NELL'ULTIMO MESE			ALMENO UNA VISITA MEDICA GENERICA O PEDIATRICA NELL'ULTIMO MESE			ALMENO UNA VISITA SPECIALISTICA NELL'ULTIMO MESE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,0 (0,8 - 1,2)	0,9 (0,7 - 1,3)	1,0 (0,8 - 1,3)	0,9 (0,7 - 1,3)	0,8 (0,5 - 1,3)	1,1 (0,7 - 1,7)	0,9 (0,7 - 1,3)	1,0 (0,6 - 1,7)	0,9 (0,6 - 1,3)
Lic. elementare, senza titolo	0,9 (0,7 - 1,1)	0,8 (0,5 - 1,2)	0,9 (0,6 - 1,2)	0,9 (0,6 - 1,3)	0,6 (0,4 - 1,2)	1,1 (0,7 - 1,7)	0,7 (0,5 - 1,1)	0,9 (0,4 - 1,6)	0,6 (0,4 - 1,0)
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,8 (0,7 - 1,0)	0,8 (0,6 - 1,1)	0,8 (0,7 - 1,1)	0,8 (0,6 - 1,1)	0,6 (0,4 - 1,0)	0,9 (0,6 - 1,2)	0,8 (0,6 - 1,1)	0,8 (0,5 - 1,2)	0,8 (0,6 - 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMIGLIARE</b>									
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,3 (1,0 - 1,6)	1,1 (0,8 - 1,6)	1,4 (1,0 - 1,9)	1,1 (0,8 - 1,5)	1,0 (0,6 - 1,7)	1,1 (0,7 - 1,7)	1,3 (0,9 - 1,9)	1,0 (0,6 - 1,8)	1,7 (1,0 - 2,7)
Monogenitore	0,9 (0,6 - 1,2)	0,6 (0,3 - 1,2)	1,0 (0,6 - 1,4)	0,8 (0,5 - 1,3)	0,5 (0,2 - 1,2)	1,0 (0,6 - 1,6)	0,9 (0,5 - 1,5)	0,7 (0,3 - 1,6)	1,0 (0,5 - 1,9)
Persona sola	1,0 (0,8 - 1,3)	0,9 (0,6 - 1,3)	1,1 (0,8 - 1,6)	0,9 (0,6 - 1,3)	0,7 (0,4 - 1,3)	1,0 (0,6 - 1,6)	1,2 (0,8 - 1,7)	1,0 (0,5 - 1,7)	1,4 (0,9 - 2,5)
Altro	0,9 (0,6 - 1,6)	1,1 (0,5 - 2,3)	0,8 (0,4 - 1,7)	0,7 (0,4 - 1,5)	1,1 (0,4 - 3,0)	0,5 (0,2 - 1,5)	1,3 (0,6 - 2,7)	1,5 (0,5 - 4,3)	1,2 (0,4 - 3,3)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,2 - 1,7)	1,6 (1,2 - 2,1)	1,3 (1,0 - 1,6)	1,2 (0,9 - 1,6)	1,1 (0,8 - 1,7)	1,3 (0,9 - 1,7)	1,5 (1,1 - 2,0)	2,0 (1,3 - 2,9)	1,2 (0,8 - 1,8)

**Tabella - Visite mediche specialistiche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE NELL'ULTIMO MESE	ALMENO UNA VISITA MEDICA CARDIOLOGICA NELL'ULTIMO MESE			ALMENO UNA VISITA MEDICA OSTETRICO/GINECOLOGICA NELL'ULTIMO MESE	ALMENO UNA VISITA OCULISTICA NELL'ULTIMO MESE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>							
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,4 (0,1 - 1,1)	0,5 (0,1 - 1,8)	0,2 (0,0 - 1,7)	1,7 (0,8 - 3,8)	1,4 (0,5 - 4,2)	2,6 (0,5 - 12,8)	0,8 (0,2 - 3,6)
Lic. elementare, senza titolo	0,3 (0,1 - 0,2)	0,2 (0,0 - 0,8)	0,6 (0,1 - 3,1)	0,4 (0,1 - 2,1)	1,4 (0,5 - 4,3)	1,5 (0,3 - 7,9)	1,4 (0,3 - 5,9)
<b>STATO CIVILE</b>							
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,6 (0,2 - 1,5)	0,8 (0,2 - 2,7)	0,5 (0,1 - 2,4)	0,5 (0,2 - 1,1)	0,5 (0,2 - 1,1)	0,4 (0,1 - 1,5)	* *
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>							
Ottime/adequate	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	3,3 (1,4 - 7,8)	*	3,2 (0,9 - 11,9)	0,5 (0,2 - 1,5)	1,1 (0,5 - 2,4)	1,3 (0,5 - 3,7)	1,0 (0,3 - 3,1)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Visite mediche specialistiche presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE NELL'ULTIMO MESE	ALMENO UNA VISITA MEDICA ODONTOIATRICA NELL'ULTIMO MESE			ALMENO UNA VISITA MEDICA ORTOPEDICA NELL'ULTIMO MESE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,5 - 1,7)	0,8 (0,3 - 1,8)	1,2 (0,5 - 2,7)	0,9 (0,4 - 2,0)	0,5 (0,2 - 1,6)	1,5 (0,5 - 4,3)
Lic. elementare, senza titolo	0,4 (0,1 - 1,1)	0,6 (0,2 - 2,5)	0,2 (0,0 - 1,3)	0,4 (0,2 - 1,2)	0,5 (0,1 - 2,6)	0,5 (0,1 - 1,6)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,9 (0,5 - 1,7)	1,3 (0,5 - 3,2)	0,7 (0,3 - 1,7)	1,8 (0,9 - 3,5)	0,9 (0,3 - 3,1)	2,2 (0,9 - 5,3)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (0,8 - 2,6)	1,7 (0,7 - 3,7)	1,3 (0,6 - 2,9)	0,8 (0,3 - 1,8)	1,0 (0,3 - 3,4)	0,6 (0,2 - 2,0)

## 6.2 Gli accertamenti diagnostici

Nelle 4 settimane precedenti l'intervista, il 10% degli uomini e il 14% delle donne ha dichiarato di avere effettuato almeno un accertamento diagnostico; il 5,4% degli uomini e il 9% delle donne ha eseguito un accertamento di tipo specialistico (diagnostica per immagini, elettrocardiogramma ed ecocardiogramma, elettroencefalogramma, RMN, TAC, ecodoppler, ecc).

**Tabella - Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per genere nei due sessi.**

**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%  
 Anno 2005**

Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese	Uomini	Donne
Almeno un accertamento diagnostico nell'ultimo mese	9,8 (8,0 - 11,7)	13,8 (11,7 - 15,9)
Ricorso ad almeno un esame del sangue nell'ultimo mese	7,4 (5,8 - 9,0)	8,9 (7,2 - 10,6)
Ricorso ad almeno un esame delle urine nell'ultimo mese	4,3 (3,1 - 5,6)	5,8 (4,4 - 7,3)
Ricorso ad almeno un esame di laboratorio nell'ultimo mese	7,6 (5,9 - 9,2)	9,5 (7,8 - 11,3)
Almeno un accertamento diagnostico specialistico nell'ultimo mese	5,4 (4,0 - 6,7)	9,0 (7,3 - 10,7)

Come atteso, la frequenza di accertamenti tende a crescere con il crescere dell'età, ad eccezione degli accertamenti specialistici. Il maggiore uso di accertamenti da parte delle donne si conferma in tutte le fasce di età, per invertirsi nell'età più anziana.

Le differenze tra uomini e donne sono presenti solo nelle fasce di età adulte, dove il ricorso alla diagnostica è più elevato per il genere femminile, verosimilmente a causa dell'impatto esercitato dalla gravidanza sulla frequenza degli accertamenti.

**Tabella - Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere nei due sessi.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno un accertamento diagnostico nell'ultimo mese	4,2 *	4,4 *	9,5 (6,2 – 12,7)	11,2 (7,6 – 14,9)	9,6 (6,0 – 13,2)	22,5 (17,1 – 28,0)	19,1 (12,5 – 25,6)	15,9 (10,9 – 20,8)
Ricorso ad almeno un esame del sangue nell'ultimo mese	2,7 *	2,5 *	5,3 (2,8 – 7,8)	7,8 (4,7 – 10,8)	7,7 (4,4 – 10,9)	12,0 (8,0 – 16,1)	17,8 (11,4 – 24,1)	12,5 (8,1 – 17,0)
Ricorso ad almeno un esame delle urine nell'ultimo mese	1,7 *	2,0 *	3,8 *	4,0 *	3,2 *	9,3 (5,7 – 13,0)	10,9 (5,9 – 16,0)	7,9 (4,4 – 11,6)
Ricorso ad almeno un esame di laboratorio nell'ultimo mese	2,7 *	2,9 *	5,8 (3,2 – 8,3)	7,8 (4,7 – 10,8)	7,7 (4,4 – 10,9)	14,2 (9,8 – 18,6)	17,8 (11,4 – 24,1)	12,9 (8,4 – 17,4)
Almeno un accertamento diagnostico specialistico nell'ultimo mese	1,8 *	2,0 *	7,2 (4,3 – 10,0)	6,8 (4,0 – 9,7)	5,6 (2,8 – 8,4)	16,8 (12,1 – 21,6)	6,2 *	9,6 (5,6 – 13,5)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

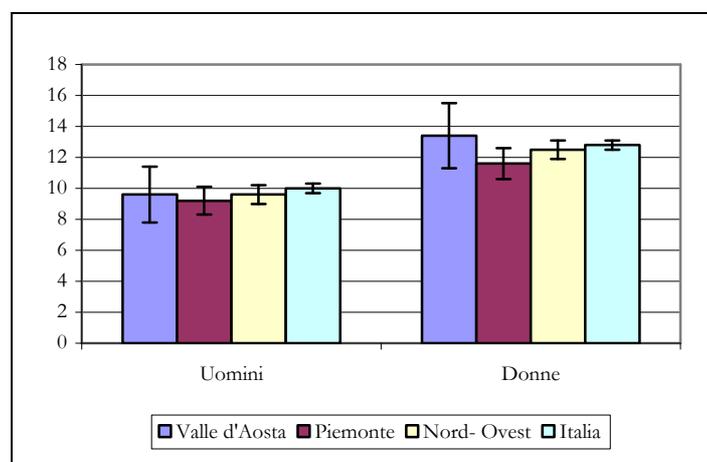
Il ricorso agli accertamenti diagnostici è omogeneo a quello medio italiano, con un modesto eccesso valdostano per gli accertamenti specialistici. Si riportano di seguito i grafici dei soli casi generali.

**Figura - Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi.**

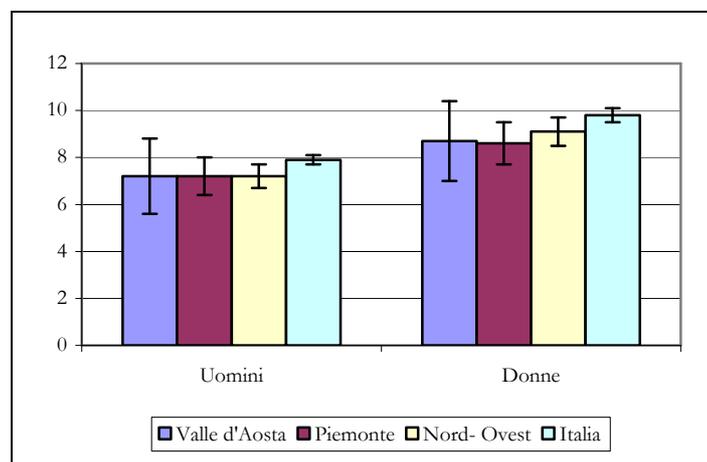
Prevalenze standardizzate per età per 100.

Anno 2005

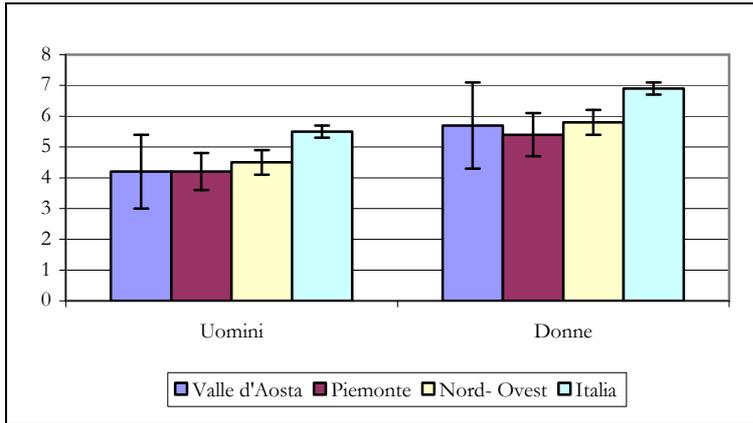
*ALMENO UN ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO NELL'ULTIMO MESE*



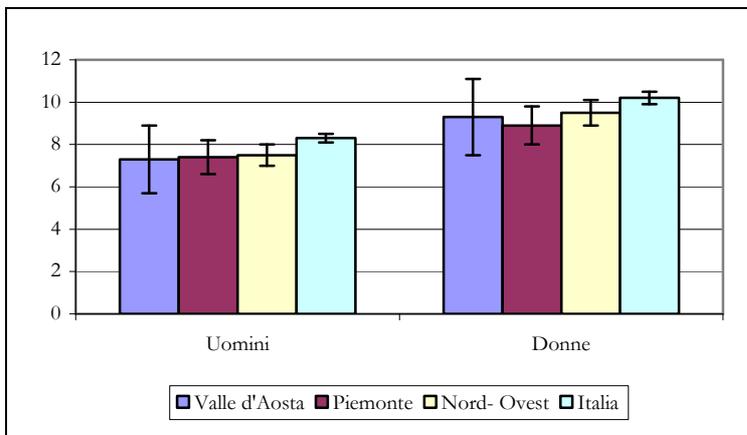
*RICORSO AD ALMENO UN ESAME DEL SANGUE NELL'ULTIMO MESE*



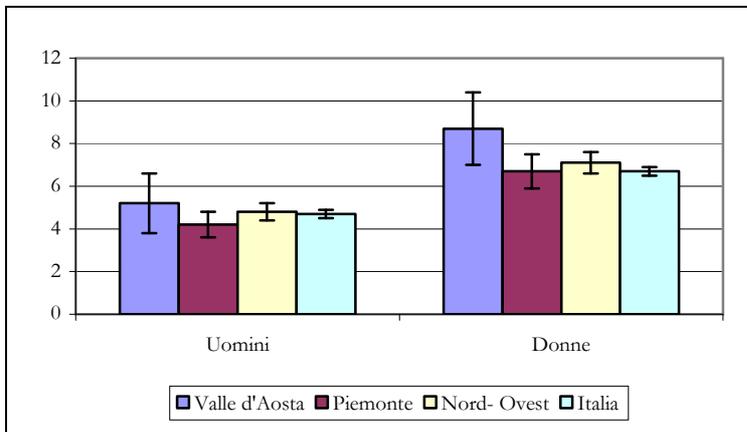
*RICORSO AD ALMENO UN ESAME DELLE URINE NELL'ULTIMO MESE*



*RICORSO AD ALMENO UN ESAME DI LABORATORIO NELL'ULTIMO MESE*



*ALMENO UN ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO SPECIALISTICO NELL'ULTIMO MESE*



Anche nel caso degli indicatori socio-economici non si rileva nessuna differenza significativa, salvo una tendenza ad un minore utilizzo da parte delle persone meno istruite e ad un maggiore utilizzo da parte di quelle non soddisfatte delle proprie risorse economiche.

Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta  
 IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI E AI TRATTAMENTI

Tabella - Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.  
 Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE NELL'ULTIMO MESE	ALMENO UN ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO NELL'ULTIMO MESE			RICORSO AD ALMENO UN ESAME DEL SANGUE NELL'ULTIMO MESE			RICORSO AD ALMENO UN ESAME DELLE URINE NELL'ULTIMO MESE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,6 - 1,1)	0,7 (0,4 - 1,2)	0,9 (0,6 - 1,4)	0,7 (0,5 - 1,0)	0,7 (0,4 - 1,3)	0,7 (0,4 - 1,2)	0,7 (0,4 - 1,3)	0,5 (0,2 - 1,2)	1,0 (0,5 - 2,0)
Lic. elementare, senza titolo	0,8 (0,6 - 1,2)	0,9 (0,5 - 1,6)	0,8 (0,5 - 1,3)	0,8 (0,5 - 1,3)	0,8 (0,4 - 1,6)	0,9 (0,5 - 1,7)	1,1 (0,6 - 2,0)	0,7 (0,3 - 1,7)	1,5 (0,7 - 3,4)
<b>STATO CIVILE</b>									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
Altra condizione	0,8 (0,6 - 1,0)	0,6 (0,4 - 1,0)	0,9 (0,6 - 1,3)	0,7 (0,5 - 1,0)	0,5 (0,3 - 1,0)	1,0 (0,6 - 1,5)	*	*	0,5 (0,3 - 1,0)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>									
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	*	*	*
Coppia senza figli	1,0 (0,7 - 1,4)	1,0 (0,5 - 1,7)	1,0 (0,6 - 1,5)	1,0 (0,6 - 1,5)	*	0,9 (0,5 - 1,6)	*	*	*
Monogenitore	0,7 (0,4 - 1,2)	0,9 (0,4 - 2,0)	0,6 (0,3 - 1,1)	0,8 (0,4 - 1,4)	*	0,6 (0,3 - 1,5)	*	*	*
Persona sola	1,0 (0,7 - 1,4)	0,8 (0,4 - 1,4)	1,3 (0,8 - 2,0)	0,9 (0,6 - 1,4)	*	1,3 (0,7 - 2,4)	*	*	*
Altro	0,8 (0,4 - 1,8)	0,0 *	1,4 (0,6 - 3,1)	0,6 (0,2 - 1,8)	*	1,3 (0,4 - 3,7)	*	*	*
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (0,9 - 1,7)	1,3 (0,8 - 2,0)	1,2 (0,8 - 1,7)	1,3 (0,9 - 1,8)	1,3 (0,8 - 2,2)	1,3 (0,8 - 2,0)	1,7 (1,1 - 2,5)	*	1,4 (0,8 - 2,5)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

**Tabella - Accertamenti diagnostici presso strutture pubbliche o private nell'ultimo mese in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**  
**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE NELL'ULTIMO MESE	RICORSO AD ALMENO UN ESAME DI LABORATORIO NELL'ULTIMO MESE			ALMENO UN ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO SPECIALISTICO NELL'ULTIMO MESE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,5 - 1,0)	0,6 (0,4 - 1,2)	0,8 (0,5 - 1,3)	1,1 (0,7 - 1,6)	1,0 (0,5 - 2,0)	1,1 (0,7 - 1,9)
Lic. elementare, senza titolo	0,8 (0,5 - 1,3)	0,7 (0,4 - 1,5)	0,9 (0,5 - 1,6)	0,9 (0,5 - 1,5)	1,4 (0,6 - 3,3)	0,7 (0,4 - 1,3)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,7 (0,5 - 1,0)	0,6 (0,3 - 1,1)	0,9 (0,6 - 1,4)	0,8 (0,6 - 1,2)	0,5 (0,2 - 1,0)	0,9 (0,6 - 1,5)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>						
Coppia con figli	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,6 - 1,5)	*	0,9 (0,5 - 1,6)	1,1 (0,7 - 1,8)	*	1,2 (0,7 - 2,2)
Monogenitore	0,8 (0,5 - 1,5)	*	0,6 (0,3 - 1,3)	0,4 (0,2 - 1,0)	*	0,4 (0,2 - 1,2)
Persona sola	0,9 (0,6 - 1,4)	*	1,3 (0,7 - 2,2)	1,3 (0,9 - 2,1)	*	1,8 (1,0 - 3,1)
Altro	0,6 (0,2 - 1,8)	*	1,2 (0,4 - 3,4)	0,8 (0,2 - 2,5)	*	1,2 (0,4 - 4,1)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (1,0 - 1,9)	1,4 (0,8 - 2,3)	1,3 (0,8 - 2,0)	1,3 (0,9 - 1,8)	1,4 (0,8 - 2,7)	1,2 (0,7 - 1,9)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

### 6.3 L'assistenza sanitaria territoriale

Alcune domande del questionario sono volte a esplorare il ricorso ad alcuni servizi territoriali: la riabilitazione, l'assistenza sanitaria domiciliare, l'assistenza psichiatrica e il ricorso ai consultori familiari<sup>67</sup>.

Tutte le domande poste dall'indagine riguardano il ricorso, da parte degli intervistati valdostani e limitato temporalmente ai tre mesi precedenti l'intervista, a uno dei servizi di seguito descritti.

Il ricorso a tutti i servizi territoriali selezionati dall'indagine è più frequente nelle donne, o perché sono l'utenza prevalente cui è dedicato il servizio, come nel caso del consultorio, o perché la maggiore longevità femminile le espone ad un maggiore bisogno di lungo assistenza, come la riabilitazione e l'assistenza domiciliare. Si tratta di valori che si collocano sia nella media italiana, sia in quella del Nord-Ovest.

<sup>67</sup> Il ricorso a questi ultimi è stato trattato anche all'interno del capitolo dedicato alla gravidanza, ma per le sole donne che hanno avuto un figlio nei 5 anni precedenti l'intervista.

**Tabella - Ricorso al consultorio familiare, a trattamenti di riabilitazione, all'assistenza sanitaria domiciliare e a centri di assistenza psichiatrica domiciliare negli ultimi tre mesi in Valle d'Aosta per genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

	Uomini	Donne
Ricorso a consultorio familiare negli ultimi tre mesi	1,8 (1,0 – 2,6)	3,4 (2,3 – 4,4)
Ricorso a trattamenti di riabilitazione negli ultimi tre mesi	3,6 (2,5 – 4,8)	5,2 (3,9 – 6,5)
Ricorso all'assistenza sanitaria domiciliare negli ultimi tre mesi	1,3 *	4,3 *
Ricorso a centri di assistenza psichiatrica negli ultimi tre mesi	0,4 *	0,7 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

La bassa numerosità del campione non consente di analizzare nel dettaglio le differenze per età, ma la loro distribuzione riflette la distribuzione per età dell'utenza cui sono destinati, in particolare quella anziana tra le donne per l'attività domiciliare e riabilitativa.

**Tabella - Ricorso a consultorio familiare, a trattamenti di riabilitazione, all'assistenza sanitaria domiciliare e a centri di assistenza psichiatrica domiciliare negli ultimi tre mesi in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Ricorso a consultorio familiare negli ultimi tre mesi	4,4 *	7,8 (4,1 – 11,6)	1,7 *	2,7 *	0,5 *	2,0 *	0,5 *	1,6 *
Ricorso a trattamenti di riabilitazione negli ultimi tre mesi	0,6 *	2,3 *	5,4 (2,9 – 8,0)	5,4 (2,8 – 7,9)	3,7 *	5,3 *	4,1 *	7,5 (4 – 11)
Ricorso all'assistenza sanitaria domiciliare negli ultimi tre mesi	0,0 *	0,0 *	5,3 *	0,0 *	0,0 *	1,3 *	1,2 *	8,4 *
Ricorso a centri di assistenza psichiatrica negli ultimi tre mesi	0,0 *	0,0 *	1,0 *	0,8 *	0,3 *	1,2 *	0,0 *	0,9 *

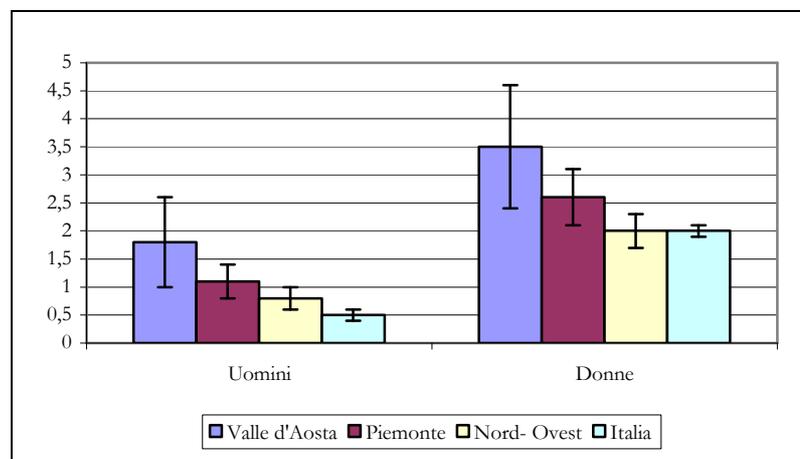
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

**Figura - Ricorso al consultorio familiare, a trattamenti di riabilitazione, all'assistenza sanitaria domiciliare e a centri di assistenza psichiatrica domiciliare negli ultimi tre mesi in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi.**

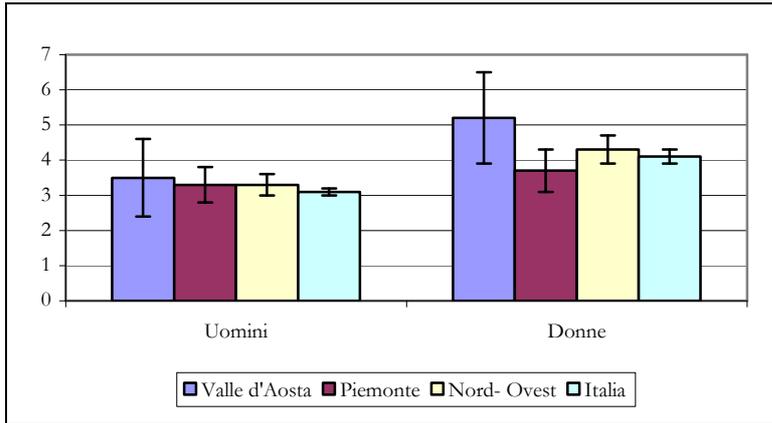
Prevalenze standardizzate per età per 100.

Anno 2005

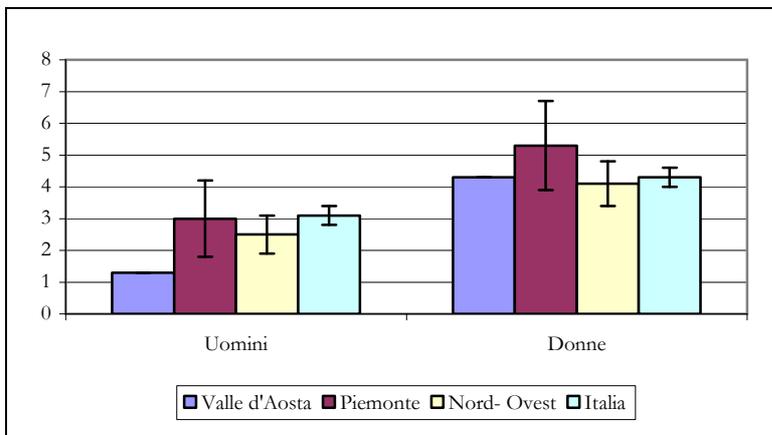
RICORSO A CONSULTORIO FAMILIARE NEGLI ULTIMI TRE MESI



*RICORSO A TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE NEGLI ULTIMI TRE MESI*

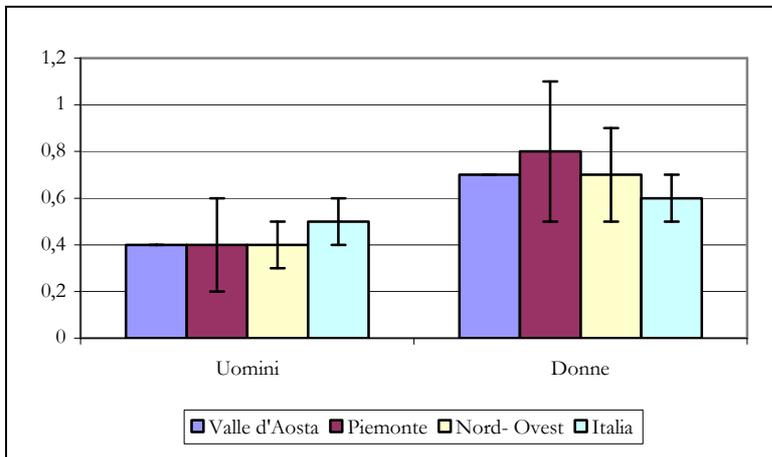


*RICORSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE NEGLI ULTIMI TRE MESI*



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

*RICORSO A CENTRI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA NEGLI ULTIMI TRE MESI*



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

La bassa numerosità di soggetti interessati dalle prestazioni territoriali non consente di analizzare, con affidabilità statistica, tutte le differenze sociali nel calcolo del Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). L'analisi per tipologia familiare, ad esempio, è stata omessa dalle tabelle poiché non ha evidenziato associazioni di rilievo, ad eccezione del ricorso ai trattamenti di riabilitazione, per i quali gli uomini soli vi ricorrono con una frequenza di 2 volte e mezzo superiore rispetto alle coppie con figli.

Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta  
IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI E AI TRATTAMENTI

Tabella - Ricorso a trattamenti di riabilitazione, all'assistenza sanitaria domiciliare e a centri di assistenza psichiatrica negli ultimi tre mesi in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.  
Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005

RICORSO A TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE, ALL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE E A CENTRI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA NEGLI ULTIMI TRE MESI	RICORSO A CONSULTORIO FAMILIARE			RICORSO A TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	2,4 (0,9 - 6,7)	1,1 (0,2 - 5,6)	3,9 (1,0 - 14,5)	1,0 (0,6 - 1,6)	1,0 (0,5 - 2,3)	0,9 (0,4 - 1,8)
Lic. elementare, senza titolo	2,3 (0,6 - 9,1)	0,7 (0,0 - 12,1)	3,1 (0,6 - 16,5)	1,0 (0,5 - 2,0)	1,0 (0,4 - 3,0)	0,9 (0,4 - 2,1)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,7 (0,3 - 1,8)	0,3 (0,1 - 1,9)	1,0 (0,4 - 2,9)	2,0 (1,2 - 3,1)	2,1 (1,0 - 4,3)	1,8 (1,0 - 3,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (0,7 - 2,5)	4,0 (1,5 - 10,5)	0,6 (0,2 - 1,4)	1,7 (1,0 - 2,6)	1,4 (0,6 - 2,8)	1,9 (1,0 - 3,4)

(segue)

RICORSO A TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE, ALL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE E A CENTRI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA NEGLI ULTIMI TRE MESI	RICORSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE			RICORSO A CENTRI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA DOMICILIARE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	*	*	*	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	*	*	*	0,9 (0,2 - 3,5)	1,0 (0,1 - 9,3)	0,8 (0,1 - 4,7)
Lic. elementare, senza titolo	*	*	*	1,3 (0,2 - 7,3)	4,6 (0,2 - 96,2)	0,6 (0,1 - 5,3)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	2,2 (0,6 - 8,3)	1,9 (0,1 - 50,4)	1,4 (0,3 - 6,5)	3,0 (0,7 - 12,0)	2,5 (0,2 - 38,1)	2,9 (0,6 - 15,0)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,2 - 4,6)	*	1,3 (0,3 - 6,5)	2,7 (0,8 - 9,1)	*	0,5 (0,1 - 4,5)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

## 6.4 Il ricovero ospedaliero e le prescrizioni farmaceutiche

L'indagine Istat 2005 dedica una parte del questionario a esplorare le caratteristiche del ricovero ospedaliero e il ricorso ai farmaci da parte della popolazione. Si tratta di due aspetti che è possibile indagare anche attraverso l'uso di flussi informativi correnti, quali le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche. In particolare, per la Valle d'Aosta, è disponibile una pubblicazione periodica sulle caratteristiche dei ricoveri ospedalieri eseguiti dai valdostani (e non) presso il presidio ospedaliero "U. Parini"<sup>68</sup>.

In questo paragrafo è quindi riportata una sintesi delle informazioni derivate dall'indagine Istat, rimandando alle fonti informative citate una analisi più estensiva.

Nei tre mesi precedenti l'intervista, circa il 2,5% dei valdostani ha avuto un ricovero ospedaliero. Oltre la metà delle donne e il 40% degli uomini ha assunto almeno un farmaco.

**Tabella - Ricorso ad almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi e uso dei farmaci in Valle d'Aosta per genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

Ricorso ad almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi e uso dei farmaci	Uomini	Donne
Almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi	2,7 (1,7 – 3,7)	2,5 (1,5 – 3,4)
Uso dei farmaci:		
No	59,0 (54,8 – 63,2)	46,7 (43,0 – 50,4)
Assunzione solo acuta	13,7 (11,6 – 15,8)	16,1 (13,8 – 18,4)
Assunzione cronica	27,3 (24,4 – 30,3)	37,2 (33,9 – 40,6)

Sia i ricoveri ospedalieri, sia l'assunzione cronica di farmaci, aumentano all'aumentare dell'età. L'uso di farmaci, in tutte le età, è più frequente nel genere femminile, mentre i ricoveri ospedalieri sono più frequenti negli uomini anziani.

Sia nel caso dei ricoveri che nel caso dei farmaci, le frequenze rilevate in Valle d'Aosta sono del tutto analoghe a quelle rilevate nel resto dell'Italia.

**Tabella - Ricorso ad almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi e uso dei farmaci in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere nei due sessi. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

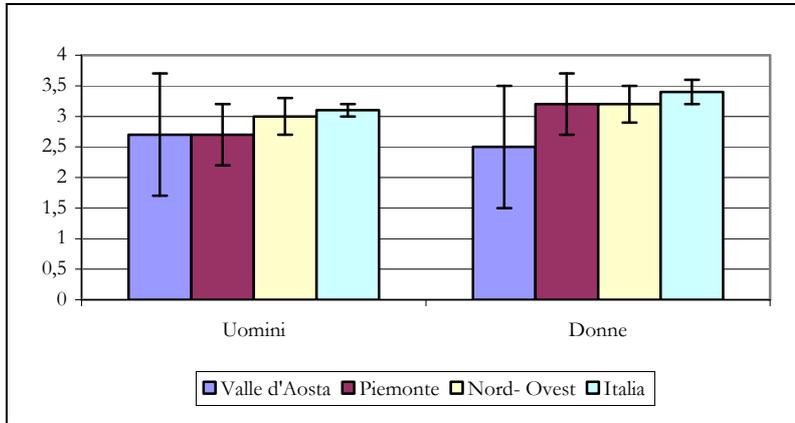
Ricorso ad almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi e uso dei farmaci	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi	1,7 *	1,8 *	1,6 *	3,7 *	3,1 *	1,3 *	5,6 *	2,7 *
Uso dei farmaci:								
No	79,5 (68,9 – 90,1)	76,8 (66,0 – 87,6)	68,9 (60,7 – 77,1)	55,0 (47,4 – 62,5)	50,8 (43,0 – 58,6)	40,2 (33,0 – 47,4)	23,9 (16,6 – 31,2)	15,0 (10,2 – 19,9)
Assunzione solo acuta	12,4 (7,9 – 16,9)	19,0 (13,3 – 24,6)	20,1 (15,5 – 24,7)	23,1 (18,1 – 28,2)	12,7 (8,6 – 16,8)	15,1 (10,6 – 19,7)	4,4 *	5,0 *
Assunzione cronica	8,1 (4,4 – 11,7)	4,2 *	11,0 (7,6 – 14,5)	21,9 (17,0 – 26,8)	36,5 (29,8 – 43,3)	44,7 (37,2 – 52,2)	71,7 (59,6 – 83,8)	80,0 (69,4 – 90,5)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

<sup>68</sup> Vedi "Monitoraggio e analisi dell'attività ospedaliera delle strutture pubbliche regionali" (varie edizioni), a cura del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione autonoma Valle d'Aosta. Ultima edizione con dati 2007.

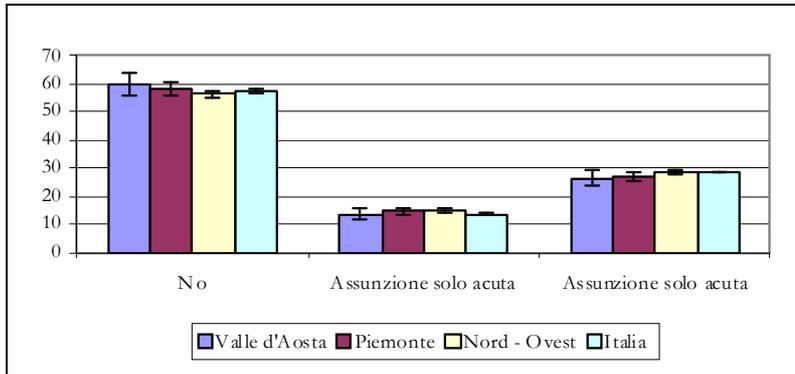
**Figura - Ricorso ad almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi e uso dei farmaci in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi.**  
 Prevalenze standardizzate per età per 100.  
 Anno 2005

*ALMENO UN RICOVERO OSPEDALIERO NEGLI ULTIMI TRE MESI*

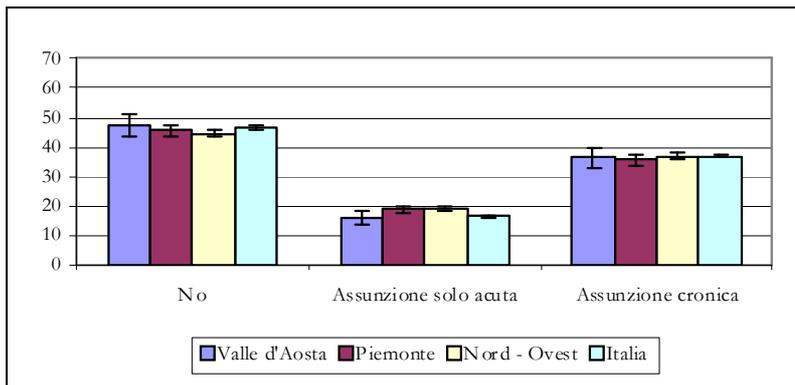


*USO DI FARMACI*

*UOMINI*



*DONNE*



Nel caso dei ricoveri ospedalieri non si rilevano differenze statisticamente significative per le condizioni socio-economiche, mentre l'uso dei farmaci sembra essere meno diffuso nei soggetti di bassa scolarità, di entrambi i sessi, ma non risulta correlato con l'indicatore di soddisfazione economica.

**Tabella - Ricorso a consultorio familiare, almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi e uso dei farmaci in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

RICORSO A CONSULTORIO FAMILIARE, ALMENO UN RICOVERO OSPEDALIERO NEGLI ULTIMI TRE MESI E USO DEI FARMACI	ALMENO UN RICOVERO OSPEDALIERO			USO DI FARMACI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,6 (0,3 - 1,2)	0,7 (0,2 - 1,9)	*	0,8 (0,6 - 1,0)	0,8 (0,6 - 1,2)	0,7 (0,5 - 1,0)
Lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,4 - 2,5)	1,1 (0,3 - 3,5)	*	0,4 (0,2 - 0,6)	0,3 (0,1 - 0,7)	0,4 (0,3 - 0,7)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,7 (0,4 - 1,3)	1,0 (0,4 - 2,5)	0,6 (0,2 - 1,6)	1,0 (0,8 - 1,3)	0,9 (0,6 - 1,3)	1,2 (0,8 - 1,6)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>						
Coppia con figli	1,0	*	*	1,0	1,0	*
Coppia senza figli	0,5 (0,2 - 1,3)	*	*	0,9 (0,7 - 1,3)	0,9 (0,5 - 1,5)	*
Monogenitore	0,7 (0,2 - 2,1)	*	*	0,9 (0,7 - 1,3)	1,1 (0,6 - 1,8)	*
Persona sola	0,9 (0,4 - 2,0)	*	*	1,1 (0,8 - 1,5)	1,0 (0,7 - 1,7)	*
Altro	0,5 (0,1 - 3,6)	*	*	0,7 (0,2 - 2,0)	1,4 (0,4 - 4,9)	*
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (0,9 - 2,9)	1,6 (0,7 - 3,6)	1,5 (0,6 - 3,7)	1,1 (0,9 - 1,4)	1,3 (0,9 - 1,9)	1,0 (0,7 - 1,4)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

## 6.5 Le medicine non convenzionali

Il questionario Istat 2005, analogamente a quello 2000, indaga il ricorso ad alcune tipologie di medicine "non convenzionali"; con questa definizione sono considerate l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia e i trattamenti manuali.

All'agopuntura ha fatto ricorso il 3,6% degli uomini e il 6% delle donne; all'omeopatia il 10,9% degli uomini e il 18,5% delle donne; alla fitoterapia il 5,7% degli uomini e il 9,4% delle donne; ai trattamenti manuali il 10,5% degli uomini e il 12,6% delle donne.

Si tratta di valori analoghi a quelli registrati nel 2000 per quanto riguarda l'omeopatia, mentre si tratta di frequenze inferiori a quelle precedenti per tutte le altre tipologie di prestazioni<sup>69</sup>.

**Tabella - Ricorso ad agopuntura, ad omeopatia, a fitoterapia e a trattamenti manuali in Valle d'Aosta per genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

	Uomini	Donne
Ricorso ad agopuntura	3,6 (2,5 - 4,7)	6,0 (4,5 - 7,4)
Ricorso ad omeopatia	10,9 (9,0 - 12,8)	18,5 (16,1 - 20,9)
Ricorso a fitoterapia	5,7 (4,3 - 7,1)	9,4 (7,7 - 11,2)
Ricorso a trattamenti manuali	10,5 (8,6 - 12,4)	12,6 (10,6 - 14,6)

<sup>69</sup> Erano rispettivamente per uomini e donne il 6,3% e l'8,3% per l'agopuntura, il 9,4% e il 19,2% per l'omeopatia, l'8,5% e il 14,4% per la fitoterapia e il 14,8% e il 15,6% per i trattamenti manuali

Pressoché in tutte le fasce di età il ricorso a terapie non convenzionali è più frequente nelle donne e nelle età intermedie, mentre negli anziani il ricorso a queste terapie diventa molto raro. Tra i giovani, invece, è frequente il ricorso all'omeopatia.

**Tabella - Ricorso ad agopuntura, ad omeopatia, a fitoterapia e a trattamenti manuali in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Ricorso ad agopuntura	1,3 *	3,1 *	5,5 (2,9 – 8,0)	8,9 (5,7 – 12,2)	3,8 *	5,2 *	2,7 *	5,5 *
Ricorso ad omeopatia	12,3 (7,8 – 16,7)	20,9 (15,0 – 26,8)	12,5 (8,8 – 16,2)	27,5 (22,0 – 33,0)	11,6 (7,7 – 15,6)	16,7 (11,9 – 21,4)	4,8 *	6,1 *
Ricorso a fitoterapia	6,0 *	7,5 (3,8 – 11,1)	8,1 (5,0 – 11,1)	14,2 (10,2 – 18,2)	4,9 *	10,1 (6,4 – 13,9)	1,7 *	4,0 *
Ricorso a trattamenti manuali	4,0 *	6,8 *	16,0 (11,8 – 20,1)	21,9 (17,0 – 26,8)	13,5 (9,3 – 17,7)	12,3 (8,2 – 16,4)	3,5 *	5,7 *

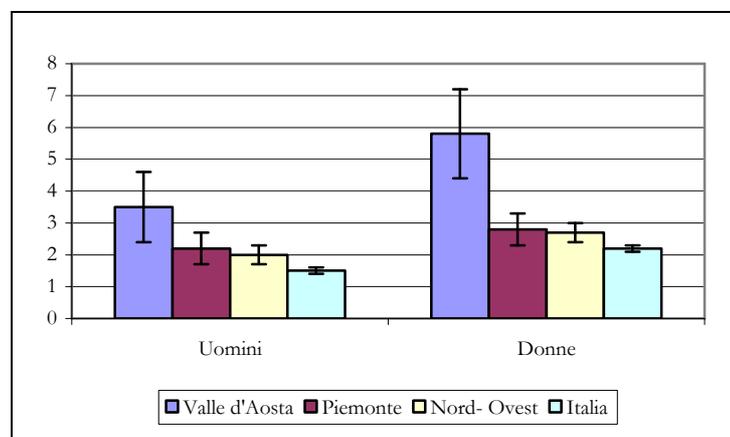
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il ricorso alle terapie non convenzionali è più frequente in Valle d'Aosta sia rispetto alla media italiana, sia alle regioni limitrofe. Le differenze sono sempre statisticamente significative, tranne, tra gli uomini per l'agopuntura.

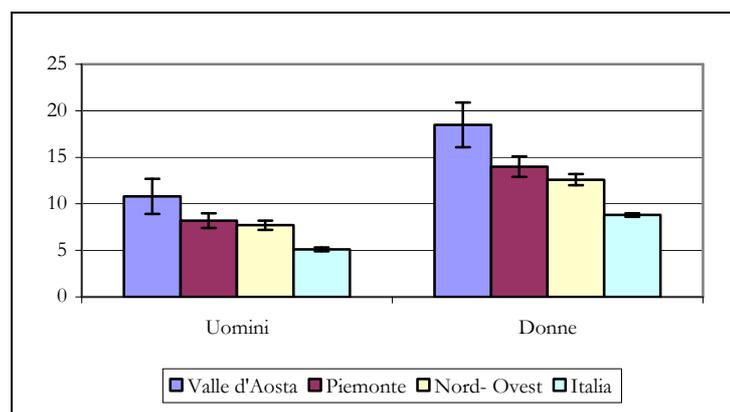
**Figura - Ricorso ad agopuntura, ad omeopatia, a fitoterapia e a trattamenti manuali in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia nei due sessi.**

Prevalenze standardizzate per età per 100.  
 Anno 2005

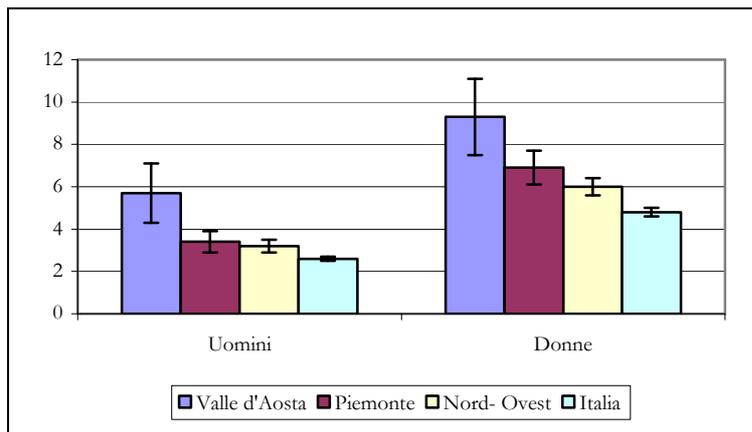
*RICORSO AD AGOPUNTURA*



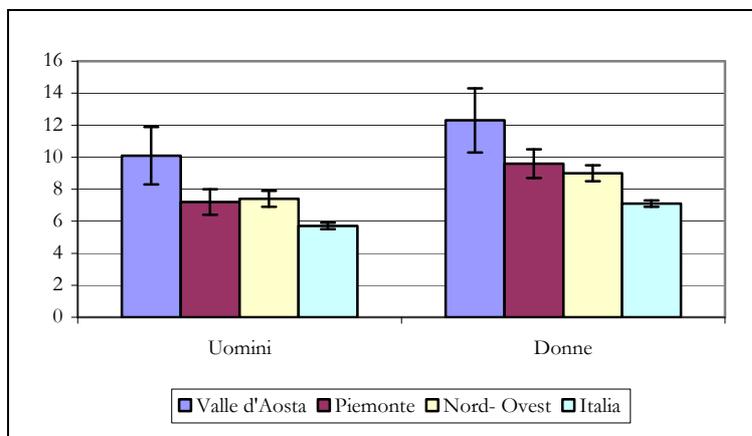
*RICORSO AD OMEOPATIA*



*RICORSO A FITOTERAPIA*



*RICORSO A TRATTAMENTI MANUALI*



L'uso di terapie non convenzionali è più diffuso tra i soggetti di titolo di studio elevato e, per il solo caso della fitoterapia, nei soggetti che si dichiarano insoddisfatti della propria condizione economica.

**Tabella - Ricorso ad agopuntura, ad omeopatia, a fitoterapia e a trattamenti manuali in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**  
**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

RICORSO AD AGOPUNTURA, AD OMEOPATIA, A FITOTERAPIA E A TRATTAMENTI MANUALI	RICORSO AD AGOPUNTURA			RICORSO AD OMEOPATIA		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,5 - 1,3)	0,9 (0,4 - 1,9)	0,8 (0,5 - 1,5)	0,5 (0,4 - 0,7)	*	0,6 (0,5 - 0,9)
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,3 - 1,3)	1,0 (0,3 - 3,1)	0,5 (0,2 - 1,2)	0,3 (0,2 - 0,5)	*	0,4 (0,2 - 0,7)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,6 - 1,6)	1,0 (0,4 - 2,0)	1,0 (0,6 - 1,8)	1,1 (0,8 - 1,4)	1,1 (0,7 - 1,7)	1,2 (0,9 - 1,6)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>						
Coppia con figli	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
Coppia senza figli	0,7 (0,4 - 1,4)	*	0,6 (0,3 - 1,5)	1,1 (0,8 - 1,6)	*	0,9 (0,6 - 1,5)
Monogenitore	0,9 (0,4 - 1,9)	*	0,8 (0,3 - 2,0)	1,4 (1,0 - 1,9)	*	1,5 (1,1 - 2,2)
Persona sola	1,5 (0,9 - 2,6)	*	1,2 (0,6 - 2,5)	1,4 (1,0 - 1,9)	*	1,5 (1,1 - 2,3)
Altro	0,4 (0,0 - 3,4)	*	0,4 (0,1 - 3,9)	0,7 (0,2 - 2,0)	*	0,9 (0,3 - 2,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,6 - 1,5)	1,1 (0,5 - 2,3)	0,8 (0,4 - 1,6)	0,8 (0,6 - 1,0)	0,7 (0,4 - 1,2)	0,8 (0,6 - 1,1)

(segue)

RICORSO AD AGOPUNTURA, AD OMEOPATIA, A FITOTERAPIA E A TRATTAMENTI MANUALI	RICORSO A FITOTERAPIA			RICORSO A TRATTAMENTI MANUALI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,5 - 1,1)	*	0,7 (0,4 - 1,1)	0,8 (0,6 - 1,1)	0,9 (0,6 - 1,4)	0,7 (0,5 - 1,1)
Lic. elementare, senza titolo	0,5 (0,2 - 0,9)	*	0,4 (0,2 - 0,9)	0,6 (0,4 - 1,0)	0,7 (0,4 - 1,5)	0,5 (0,3 - 0,9)
<b>STATO CIVILE</b>						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,2 (0,8 - 1,7)	1,0 (0,5 - 2,0)	1,3 (0,8 - 2,0)	1,0 (0,8 - 1,3)	0,8 (0,5 - 1,3)	1,2 (0,9 - 1,8)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>						
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,6 - 1,7)	1,7 (0,8 - 3,9)	0,7 (0,3 - 1,4)	0,9 (0,6 - 1,4)	0,9 (0,5 - 1,7)	0,9 (0,5 - 1,6)
Monogenitore	1,1 (0,6 - 1,8)	0,7 (0,2 - 2,1)	1,2 (0,6 - 2,2)	0,8 (0,5 - 1,3)	0,4 (0,2 - 1,2)	1,1 (0,6 - 1,8)
Persona sola	1,7 (1,1 - 2,6)	1,4 (0,6 - 2,9)	2,2 (1,3 - 3,6)	1,5 (1,1 - 2,0)	1,3 (0,9 - 2,1)	1,7 (1,1 - 2,6)
Altro	0,7 (0,2 - 3,2)	0,0 *	1,0 (0,2 - 4,5)	0,2 (0,0 - 1,9)	0,0 *	0,3 (0,0 - 3,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,7 (1,2 - 2,4)	1,8 (1,0 - 3,2)	1,6 (1,1 - 2,4)	0,9 (0,6 - 1,2)	0,8 (0,5 - 1,3)	0,9 (0,6 - 1,4)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

## 6.6 L'indice di consumo dei servizi

Per una migliore lettura integrata del ricorso ai servizi sanitari è stato realizzato un *indice di consumo* dei servizi sanitari costruito sintetizzando le diverse informazioni, per ciascun individuo circa l'utilizzo dei servizi sanitari nel periodo precedente l'intervista. Sono stati inclusi in questo indice: il ricovero ordinario, le visite mediche, gli accertamenti diagnostici, il ricorso all'assistenza territoriale (consultorio, riabilitazione, ambulatorio psichiatrico) e l'uso di farmaci (sia negli ultimi 2 giorni che regolare); ad ognuna di queste voci è stato attribuito un peso proporzionale alla stima del valore economico di ciascuna prestazione rientrante nell'indice.

Nel complesso, il 46% degli uomini e il 60% delle donne hanno fatto ricorso ai servizi sanitari nel periodo precedente all'intervista. Il 14,4% degli uomini e il 20,7% delle donne hanno avuto un livello di utilizzo elevato. Si tratta di valori in media con il dato nazionale.

Come atteso, la frequenza di uso dei servizi cresce con il crescere dell'età e oltre i 65 anni il 78% degli uomini e l'86,5% delle donne ha fatto ricorso ai servizi sanitari. Con il crescere dell'età, inoltre, aumenta anche la percentuale di soggetti che risultano avere elevate frequenze di uso: il 35% degli uomini anziani e il 39% delle donne anziane è un "alto utilizzatore" di servizi sanitari, contro una media del 5,3% dei soggetti con meno di 25 anni.

**Tabella - Indice di consumo dei servizi sanitari per genere in Valle d'Aosta.**  
**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**  
**Anno 2005**

Indice di consumo dei servizi sanitari	Uomini	Donne
Nessun ricorso	54,1 (50,0 – 58,1)	40,5 (37,0 – 44,0)
Basso ricorso	15,8 (13,5 – 18,1)	19,3 (16,8 – 21,8)
Medio ricorso	15,7 (13,4 – 17,9)	19,5 (17,0 – 21,9)
Alto ricorso	14,4 (12,2 – 16,6)	20,7 (18,2 – 23,3)

**Tabella - Indice di consumo dei servizi sanitari per classi d'età in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**  
**Anno 2005**

Indice di consumo dei servizi sanitari	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Nessun ricorso	72,7 (62,6 – 82,9)	66,4 (56,3 – 76,5)	63,3 (55,4 – 71,2)	49,5 (42,3 – 56,7)	46,7 (39,2 – 54,2)	32,5 (26,1 – 39,1)	21,7 (14,7 – 28,6)	13,5 (8,9 – 18,1)
Basso ricorso	17,8 (12,6 – 23,1)	25,3 (18,8 – 31,7)	17,6 (13,2 – 21,9)	23,6 (18,5 – 28,7)	15,2 (10,7 – 19,6)	19,6 (14,5 – 24,7)	10,5 (5,6 – 15,5)	7,7 (4,1 – 11,2)
Medio ricorso	4,7 *	2,3 *	8,1 (5,0 – 11,1)	14,8 (10,7 – 18,9)	23,6 (18,2 – 29,1)	21,3 (16,0 – 26,7)	33 (24,5 – 41,4)	39,5 (31,9 – 47,1)
Alto ricorso	4,7 *	6,0 *	11,1 (7,6 – 14,6)	12,1 (8,4 – 15,8)	14,5 (10,1 – 18,8)	26,5 (20,6 – 32,5)	34,8 (26,2 – 43,5)	39,3 (31,8 – 46,9)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Figura - Indice di consumo dei servizi sanitari in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005

UOMINI

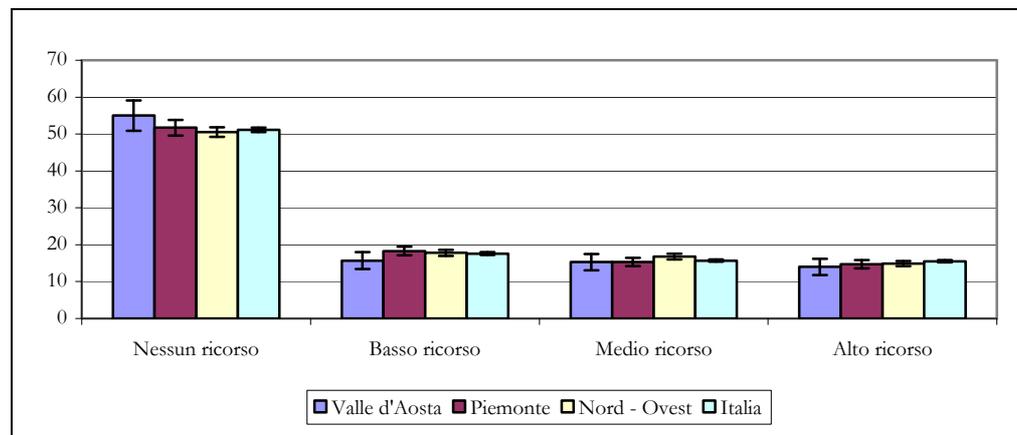
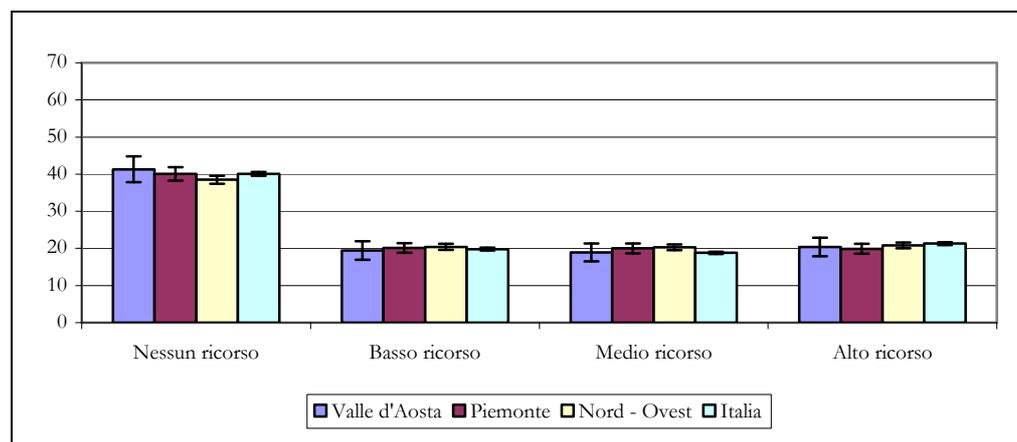


Figura - Indice di consumo dei servizi sanitari in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.  
Prevalenze standardizzate per età per 100.  
Anno 2005

DONNE



La Tabella che segue riporta, per variabili socio-economiche, il confronto tra “bassi utilizzatori” (accorpare quanti hanno dichiarato nessun ricorso o un basso ricorso) e “alti utilizzatori” (accorpare quanti hanno dichiarato un ricorso medio o alto). Non si rilevano differenze statisticamente significative per nessuna delle variabili esplorate.

**Tabella - Indice di consumo dei servizi sanitari in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.**

**Rapporto Standardizzato di Prevalenze (PRR) - Anno 2005**

INDICE DI CONSUMO DEI SERVIZI SANITARI	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>ISTRUZIONE</b>			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	*
Lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (1,0 – 1,3)	1,1 (0,9 – 1,4)	*
Lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,9 – 1,2)	0,9 (0,7 – 1,2)	*
<b>STATO CIVILE</b>			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,9 – 1,1)	0,9 (0,7 – 1,1)	1,1 (0,9 – 1,2)
<b>TIPOLOGIA FAMILIARE</b>			
Coppia con figli	*	1,0	*
Coppia senza figli	*	0,9 (0,7 – 1,2)	*
Monogenitore	*	0,8 (0,5 – 1,3)	*
Persona sola	*	0,9 (0,7 – 1,2)	*
Altro	*	1,1 (0,8 – 1,7)	*
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (1,0 – 1,2)	1,2 (1,0 – 1,5)	1,0 (0,9 – 1,1)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

## 6.7 Il giudizio sul servizio sanitario regionale

Per raccogliere informazioni circa il giudizio dei cittadini sul Servizio Sanitario pubblico, nell'indagine sulla salute 2005, è stato richiesto agli intervistati di esprimere una valutazione mediante un punteggio da 1 a 10. Sono state utilizzate apposite tecniche per eliminare l'effetto dovuto all'uso diverso che ciascun soggetto fa della scala, valutando il giudizio dato su altri servizi. È stata cioè richiesta una valutazione su altri Servizi di pubblica utilità (postale, ferroviario, scolastico, telefonico, televisivo, ecc.) e il giudizio sul Servizio Sanitario pubblico è stato quindi "normalizzato" attraverso opportune tecniche, per eliminare la tendenza che ogni singolo individuo ha a preferire determinati punteggi.

I tre quarti dei cittadini valdostani, sia uomini sia donne, danno un giudizio positivo dei servizi sanitari regionali. Solo il 2% si dichiara insoddisfatto.

**Tabella - Indice di giudizio sui servizi sanitari per genere in Valle d'Aosta.**

**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**

**Anno 2005**

Indice di giudizio sui servizi sanitari	Uomini	Donne
Bene, molto bene	74,4 (68,6 – 80,1)	74,0 (68,3 – 79,7)
Discretamente	23,5 (20,2 – 26,9)	23,5 (20,2 – 26,9)
Male, molto male	2,1 *	2,5 (1,3 – 3,6)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il giudizio positivo cresce all'aumentare dell'età: l'80% degli anziani esprime un giudizio molto positivo dei servizi.

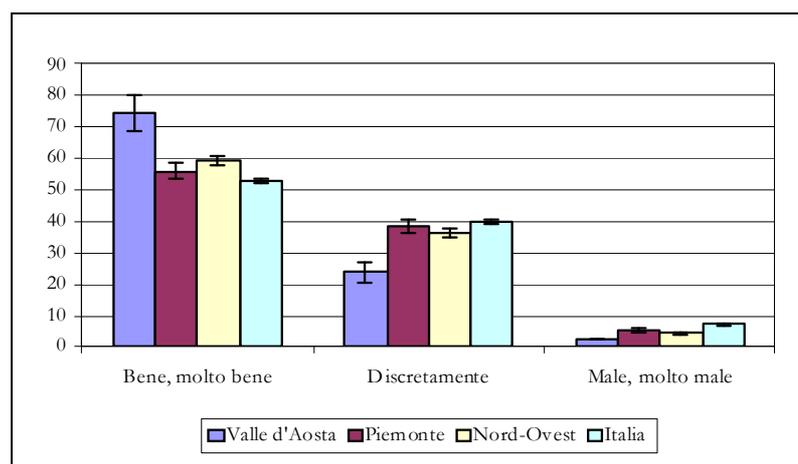
**Tabella - Indice di giudizio sui servizi sanitari per classi d'età in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.**  
 Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
 Anno 2005

Indice di giudizio sui servizi sanitari	18-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Bene, molto bene	62,5 (43,3 – 81,8)	75,5 (53,9 – 97,1)	75,0 (65,6 – 84,5)	73,9 (64,3 – 83,6)	72,1 (61,8 – 82,3)	69,9 (59,5 – 80,3)	82,5 (67,9 – 97,1)	78,9 (66,4 – 91,5)
Discretamente	35,3 (20,5 – 50,0)	24,5 *	23,2 (17,7 – 28,7)	22,1 (16,6 – 27,6)	25,5 (19,2 – 31,8)	27,9 (21,1 – 34,7)	15,4 (8,8 – 22,1)	19,7 (13,2 – 26,3)
Male, molto male	2,2 *	0,0 *	1,8 *	4,0 *	2,4 *	2,2 *	2,1 *	1,3 *

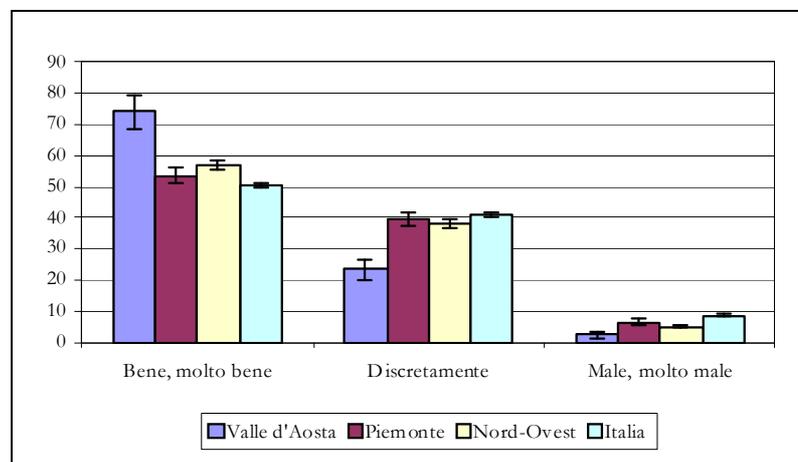
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

Il giudizio positivo che i valdostani esprimono verso i servizi sanitari offerti è superiore (in misura statisticamente significativa) sia rispetto alla media italiana, sia rispetto alle regioni del nord-ovest.

**Figura - Indice di giudizio sui servizi sanitari in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
 Prevalenze standardizzate per età per 100.  
 Anno 2005 - Uomini



**Figura - Indice di giudizio sui servizi sanitari in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**  
 Prevalenze standardizzate per età per 100.  
 Anno 2005 - Donne



Data la bassa frequenza di soggetti che esprimono giudizi negativi dei servizi sanitari, non è stato possibile analizzare le variazioni per condizioni socio-economiche: la numerosità dei soggetti insoddisfatti, distribuita per condizioni socio-economiche, portava a numerosità troppo piccole per consentire analisi statisticamente affidabili.

## CONCLUSIONI

In generale, sono le donne e le persone più anziane ad utilizzare con maggiore frequenza il sistema sanitario; si tratta quindi di un ricorso coerente con la distribuzione del bisogno, che vede soprattutto negli anziani e nelle donne, le fasce di popolazione con più frequenti problemi di salute.

Non si notano, in generale, importanti differenze di tipo sociale, ad eccezione delle visite mediche, che sono più frequenti tra i soggetti in posizione sociale più sfavorevole. Anche questa specificità, tuttavia, può essere considerata un indicatore di risposta ai maggiori bisogni di salute presenti nelle fasce di popolazione più deboli.

Sempre in generale, il livello di consumo di servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri, da parte dei cittadini valdostani è simile a quello delle altre regioni del Nord-Ovest e alla media italiana, così come non si notano differenze per quanto riguarda il ricorso al settore privato dell'assistenza.

Tuttavia, i valdostani sembrano ricorrere meno della media nazionale alle visite mediche, in particolare nel caso degli uomini. Le donne, invece, sembrano avere un minore ricorso, rispetto alla media italiana, alle visite specialistiche.

Nettamente superiore rispetto al resto dell'Italia, invece, è il ricorso in Valle d'Aosta alle medicine non convenzionali, soprattutto l'omeopatia, che è maggiormente utilizzata soprattutto dai gruppi sociali maggiormente istruiti.

Un'ulteriore particolarità dei valdostani interessati dall'indagine è l'elevato livello di gradimento verso il sistema dei servizi sanitari regionali, ampiamente superiore a quello del resto dell'Italia.

In sintesi, dai macrodati disponibili, sembra emergere un quadro di servizi equamente distribuiti e accessibili, ai quali i cittadini si rivolgono con una frequenza simile a quella del resto del Paese e che risponde sufficientemente ai bisogni di salute, anche se una parte di popolazione si rivolge alle forme di medicina non convenzionale per cercare risposte a una quota dei propri bisogni.

Complessivamente, però, il giudizio che i valdostani danno del proprio sistema sanitario è più che lusinghiero.



## 7. IL PERCORSO DELLA MATERNITA'

Con questa sezione l'indagine Istat ha inteso dedicare attenzione a un particolare segmento dell'assistenza sanitaria preposto alla salute della donna e del bambino durante il percorso che conduce alla nascita. Come noto, si tratta di un insieme di prestazioni e di servizi erogati sia dalle strutture pubbliche specialistiche sanitarie, sia da strutture consultoriali socio sanitarie sia, infine, da strutture private.

La scelta dell'Istat di approfondire i numerosi aspetti del percorso nascita è motivata anche dal fatto che non tutte le regioni valorizzano i dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)<sup>70</sup>. Questo certificato, la cui compilazione è obbligatoria e stabilita da un decreto ministeriale<sup>71</sup>, origina un flusso informatico nei confronti del quale vige un obbligo informativo, sistematico e periodico, da parte delle regioni, verso il Ministero competente e consente di dotarsi di un archivio regionale con i dati di tutte le donne residenti, ovunque partorienti, e del neonato, che sono di estrema rilevanza per la programmazione dell'area materno infantile.

La Valle d'Aosta si è dotata di questo flusso informativo dal 2002 e rilascia, periodicamente, delle pubblicazioni a carattere tematico<sup>72</sup> che commentano i dati riferiti alla totalità delle partorienti presso l'ospedale regionale - e dei nati - con finalità sia di carattere sanitario ed epidemiologico, sia di carattere socio demografico. Pertanto, nel redigere i commenti ai dati dell'indagine Istat 2005, si è deciso di dedicare maggiore attenzione a quegli aspetti non trattati dalle pubblicazioni già disponibili sul percorso nascita in Valle d'Aosta e di rinviare a queste per una trattazione completa ed esaustiva del fenomeno.

A differenza dei dati disponibili a livello regionale, riferiti quindi alla totalità delle donne partorienti, la salute 2005 Istat ha interessato *solo le donne valdostane con più di 15 anni che, nel 2005, hanno dichiarato una o più gravidanze negli ultimi 5 anni*<sup>73</sup>. Queste donne, in Valle d'Aosta, sul totale del campione regionale, ammontano a 83 unità. Il lettore ne tenga conto nella lettura dei risultati<sup>74</sup>.

Nel capitolo non compaiono le Tabelle che analizzano l'effetto delle variabili sociali su quelle in studio (attraverso la misura dei Rapporti Standardizzati di Prevalenza o PRR) poiché l'esiguità del numero di casi non ha consentito l'emergere di associazioni significative di interesse.

Come documenta la Tabella che segue, il 59% delle intervistate al momento della rilevazione, escludendo le eventuali adozioni o affidi, ha avuto 2 figli negli ultimi 5 anni, mentre il 37% ne ha avuto solo 1. Percentuali intorno all'1% ciascuno riguardano le donne con un numero di figli da 3 a 5.

---

<sup>70</sup> Nel 2005 – ultimo dato disponibile – le regioni e le province autonome che hanno attivato il flusso informativo relativo al certificato di assistenza al parto sono 19 con una copertura del 92% sul totale dei parti avvenuti in Italia.

<sup>71</sup> La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante “Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni” – costituisce la più ricca fonte a livello nazionale di informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico relative all'evento nascita e rappresenta uno strumento molto importante per la programmazione sanitaria nazionale.

<sup>72</sup> Vedi “Il percorso nascita in Valle d'Aosta” (varie edizioni), a cura del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione autonoma Valle d'Aosta. Ultima edizione 1998-2006.

<sup>73</sup> Tale lasso temporale è motivato dal fatto che l'edizione precedente dell'indagine, nel 2005, risaliva al 2000.

<sup>74</sup> Ogni anno in Valle d'Aosta partoriscono circa 1000 donne.

**Tabella - Numero di figli nati tra il 2000 e il 2005 da donne valdostane intervistate con età > 15 anni.  
Valori assoluti e prevalenze grezze percentuali.**

Numero di figli con età < 6 anni	Valori assoluti (Prevalenze grezze %)
Uno	31 (37,35)
Due	49 (59,04)
Tre	1 (1,2)
Quattro	1 (1,2)
Cinque	1 (1,2)
Sei	1 (1,2)

Tra queste donne, l'età in assoluto più frequente alla nascita del primo, o unico, figlio è 27 anni (13%) ed entro questa età è compreso anche il 51% delle donne intervistate che ha dichiarato una gravidanza negli ultimi 5 anni. La seconda e terza età più frequente sono, rispettivamente, 22 anni (9,64%) e 32 anni (8,43%).

### 7.1 Il ricorso a esami per la diagnosi prenatale

Il questionario dell'indagine Istat formula una serie di domande attinenti al livello di conoscenza delle donne sull'esistenza di controlli diagnostici prenatali utili a riconoscere eventuali malattie del bambino o della mamma e, allo stesso tempo, ne saggia la propensione al ricorso.

Secondo le Linee Guida per i test genetici - approvate dal Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri - le indicazioni prescrittive per la diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie:

- presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori (età materna avanzata, genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche);
- presenza di un rischio fetale reso evidente nel corso della gestazione (malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologia genetica).

In merito alla conoscenza di test per la diagnosi prenatale, il 96,9% delle donne valdostane dichiara di avere ricevuto informazioni. Oltre l'87% ha eseguito l'ecografia morfologica al 5° mese per la valutazione del processo di sviluppo del bambino e più del 48% ha fatto ricorso sia all'amniocentesi, sia al Tri-test.

In merito all'amniocentesi, occorre ricordare che questo esame è inserito nei livelli essenziali di assistenza (LEA) della maggior parte delle regioni italiane dal 35° anno di età. In Valle d'Aosta, invece, fino a marzo dell'anno cui la rilevazione si riferisce, il test poteva ancora essere eseguito dal 30° anno di età con il solo pagamento del ticket sanitario, successivamente però, i LEA regionali si sono conformati al limite di accesso prevalente consigliato di 35 anni<sup>75</sup>.

<sup>75</sup> La nuova disposizione regionale consente l'accesso alla prestazione con il pagamento del ticket di 36,12 euro alle donne di età > o uguale a 35 anni, mentre per le altre, in relazione all'età, il costo per questa prestazione è di 60 euro; per le età precoci cui l'amniocentesi non è uno dei test raccomandati, il costo è di 80 euro.

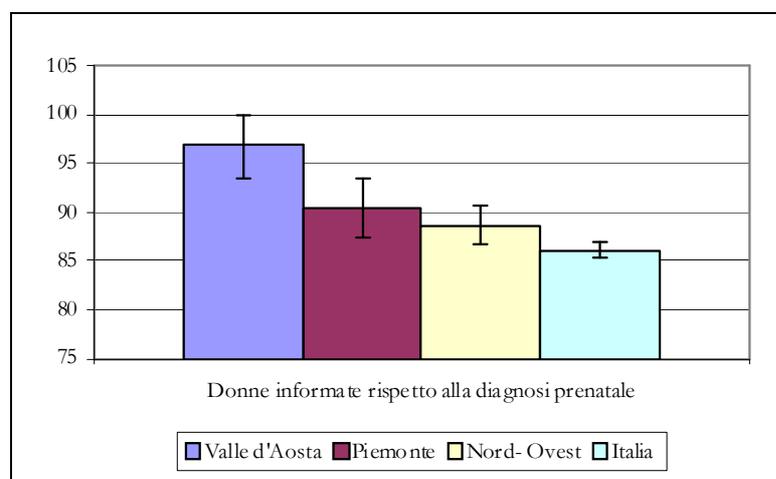
**Tabella - Ricorso a diverse tipologie di diagnosi prenatale in Valle d'Aosta tra le donne intervistate con età > 15 anni ed almeno una gravidanza tra il 2000 e il 2005.****Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.****Anno 2005**

	<b>Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)</b>
Hanno ricevuto informazioni in merito alla diagnosi prenatale	96,9 (93,4 – 100,0)
Per la diagnosi prenatale ha fatto ricorso:	
All'ecografia morfologico fetale	87,3 (80,7 – 93,9)
All'amniocentesi	48,5 (38,5 – 58,6)
Al Tri-test	48,8 (38,7 – 58,8)
Al dosaggio alfa fetoproteina	13,9 (6,7 – 21,1)
Al prelievo dei villi coriali	8,3 *
Ad altre tecniche	5,8 *

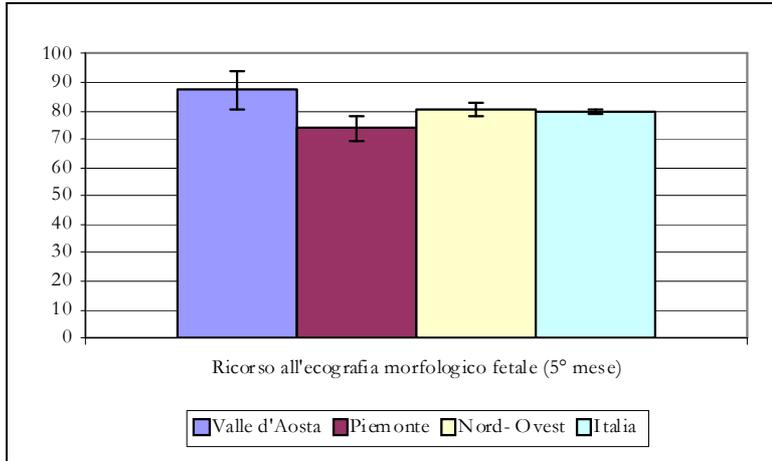
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

In merito ai confronti geografici, la Valle d'Aosta mostra valori percentuali di donne informate sulla possibilità di controlli per la diagnosi prenatale e di ricorso all'ecografia morfologico fetale al quinto mese di gravidanza, superiori (e statisticamente significativi) rispetto a tutte le altre aree considerate, come mostrano le figure che seguono. Inoltre, la garanzia, protrattasi per molti anni, di accesso all'amniocentesi tramite il servizio pubblico a donne più giovani rispetto alle altre regioni, potrebbe spiegare la maggiore prevalenza (statisticamente significativa) al ricorso a questo test da parte delle valdostane intervistate (oltre il 48%), rispetto alle donne residenti nelle altre aree geografiche in studio, che non superano in ciascuna tripartizione il 30%.

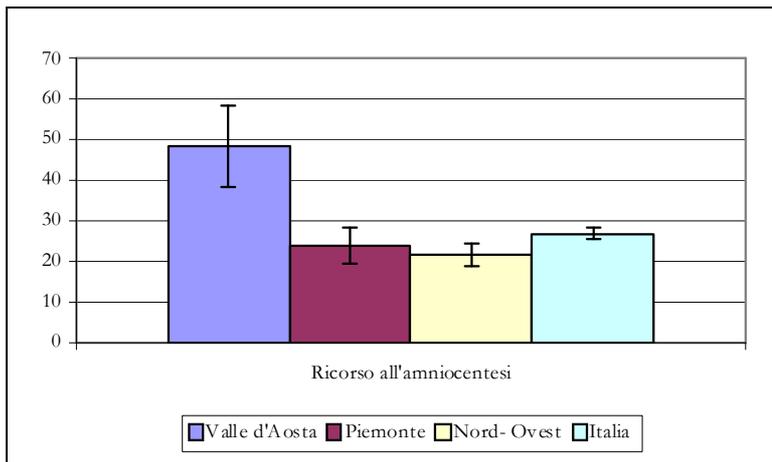
Il maggiore ricorso delle valdostane ai test diagnostici specifici, come quelli sopra elencati, produce un conseguente minore ricorso a tutte le altre tecniche non specificate, mentre è pressoché conforme al resto d'Italia il ricorso al test dell'alfa fetoproteina e ai villi coriali.

**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni che sono state informate in merito alla diagnosi prenatale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.****Prevalenze grezze per 100.****Anno 2005**

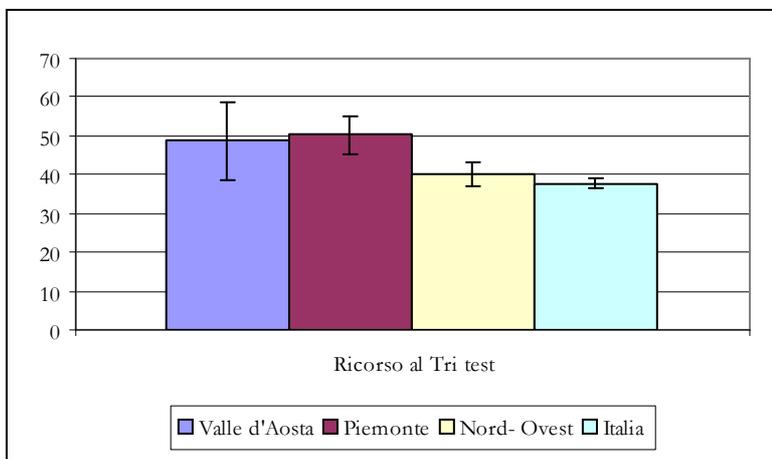
**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso all'ecografia morfologico fetale (5° mese) in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005**



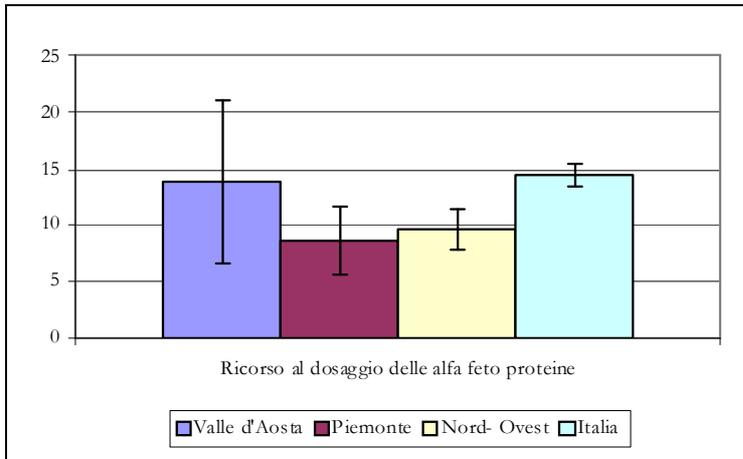
**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso all'amniocentesi in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005**



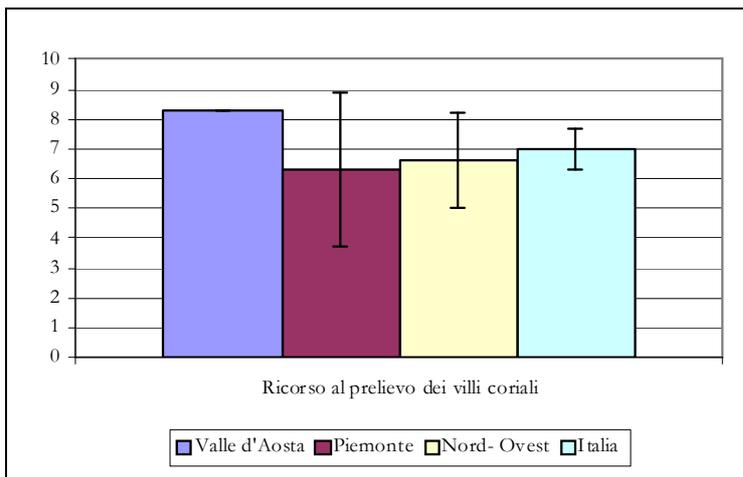
**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso al Tri test in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005**



**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso al dosaggio delle alfa fetoproteine in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005**

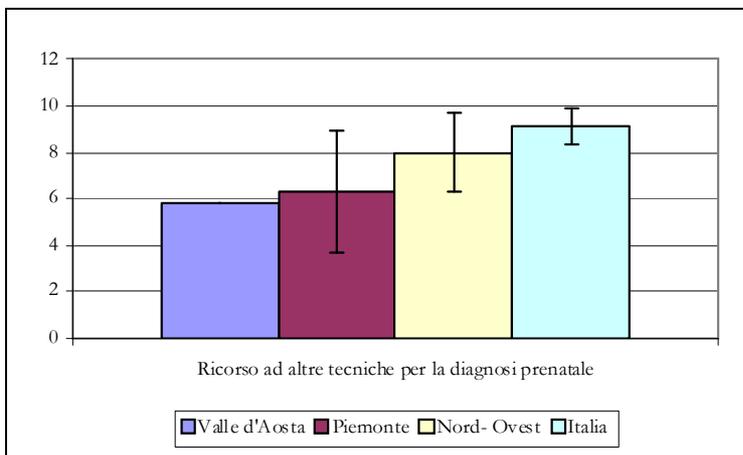


**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso al test del prelievo dei villi coriali in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005**



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso ad altre tecniche per la diagnosi prenatale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005**



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

## 7.2 Il ricorso a visite ed ecografie

La maggior parte delle linee guida italiane, quelle internazionali e le raccomandazioni elaborate dall'OMS sulle cure prenatali, prevedono una serie di controlli clinici periodici finalizzati non solo all'accertamento del buon decorso della gravidanza – prevenendo, identificando e curando ogni condizione che possa minacciare la salute della mamma o del bambino – ma anche ad aiutare la donna a vivere serenamente, come un'esperienza positiva, la gravidanza e il parto.

In sintesi: si raccomanda una prima visita entro la 12<sup>ma</sup> settimana e, successivamente, dei controlli periodici ogni 45 giorni circa. Non esiste invece sugli esami clinici e di laboratorio un accordo univoco e non è possibile, data la variabilità clinica e i diversi orientamenti, prevedere un elenco rigido di esami al quale attenersi.

In merito alle ecografie, le linee guida ne consigliano tre: una per trimestre, secondo tempi preordinati.

Dalla 38<sup>ma</sup> settimana è previsto che la programmazione delle visite e degli accertamenti clinico strumentali e di laboratorio venga valutata in base al quadro clinico e alle modalità organizzative della struttura dove avverrà il parto.

In conformità a queste indicazioni l'indagine Istat ha voluto accertare la reale prassi seguita dalle donne che avevano avuto uno o più figli negli ultimi cinque anni. Le domande sono riferite alla gravidanza dell'ultimo figlio nato.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 97,8% delle donne intervistate esegue una visita entro la 12<sup>ma</sup> settimana, come raccomandato, e solo il 2,2% compie il primo controllo oltre i termini consigliati. Il 57,6% prosegue la gestazione sottoponendosi a un numero di visite compreso tra 4 e 6 per l'intera durata della gravidanza, come da standard indicato dalle linee guida.

Non è dato sapere, invece, se il 40,5% di donne che esegue un numero di visite superiore a quello consigliato (oltre 7) appartiene a protocolli concordati oltre la 38<sup>ma</sup> settimana di gestazione con la struttura dove avverrà il parto.

In merito alle ecografie, solo il 12,6% ne fa da 1 a 3 (come previsto). Più della metà ne esegue da 4 a 6 e, 1 donna su 4 ne dichiara 7 o più, con un evidente soprautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza. Non vi è evidenza inoltre, in letteratura, che il numero di ecografie si correli con il decorso della gravidanza stessa<sup>76</sup>.

**Tabella - Ricorso a visite ed ecografie in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Mese di gravidanza alla prima visita	
1° mese	34,0 (24,3 – 43,6)
2° mese	48,1 (38,1 – 58,2)
3° mese	15,7 (8,2 – 23,3)
4° e più	2,2 *
Mai	* *
Numero di visite in gravidanza	
1 - 3 visite	1,9 *
4 - 6 visite	57,6 (47,7 – 67,6)
7 e più visite	40,5 (30,6 – 50,5)

<sup>76</sup> Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – ottobre 2003.

Mese di gravidanza della prima ecografia	
1° mese	26,9 (17,9 – 36,0)
2° mese	45,5 (35,4 – 55,5)
3° mese	19,6 (11,4 – 27,8)
4° e più	8,0 *
Mai	* *
Numero di ecografie	
1 - 3 ecografie	12,8 (5,9 – 19,8)
4 - 6 ecografie	61,5 (51,8 – 71,3)
7 e più ecografie	25,7 (16,7 – 34,6)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

In merito ai controlli clinici, 3 valdostane intervistate su 4 (75,3%) vengono seguite principalmente da un ginecologo privato, indipendentemente che si tratti di un medico operante solo nel privato (32,7%) o di uno specialista presente anche nella struttura ospedaliera pubblica (42,6%). Solo il 6,4% dichiara di essere stata seguita prevalentemente da un'ostetrica.

La verifica a questo dato si ottiene dall'elevata prevalenza di donne che hanno risposto di non essere state assistite prevalentemente da un consultorio pubblico, che è pari al 74% circa.

**Tabella – Medico e struttura di riferimento principale prescelti durante la gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005**

Medico che ha seguito la gravidanza	
Ginecologo della strutture pubblica	18,3 (10,3 – 26,3)
Ginecologo privato	32,7 (23,2 – 42,2)
Ginecologo privato che lavora anche in ospedale	42,6 (32,6 – 52,6)
Medico di famiglia	* *
Ostetrica	6,4 *
È stata assistita prevalentemente presso un consultorio pubblico?	
No	73,9 (65,1 – 82,7)
Sì	26,1 (17,1 – 35,1)

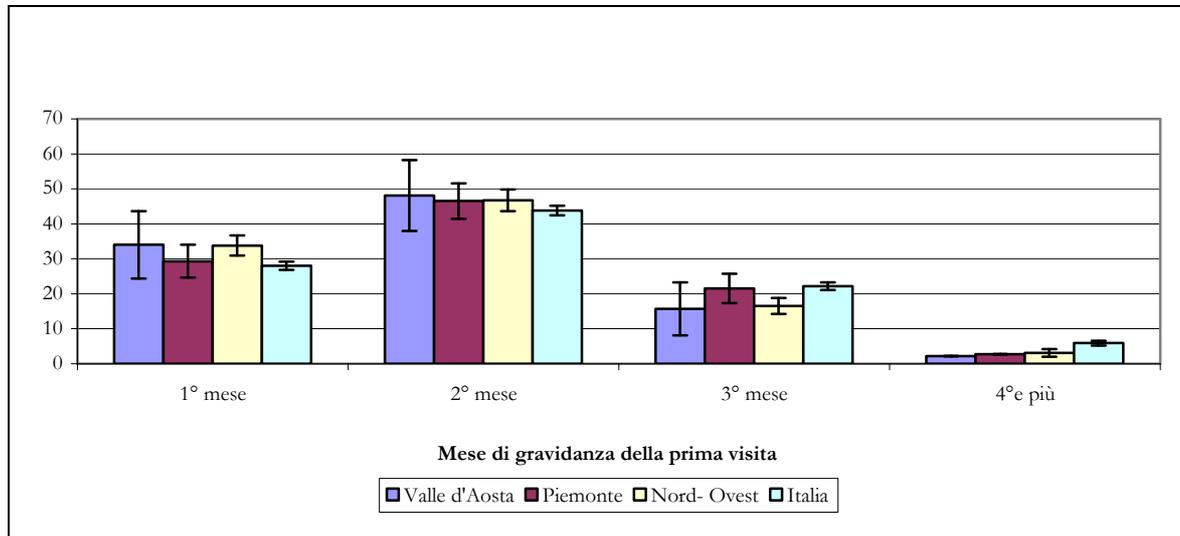
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

I confronti tra la Valle d'Aosta e le altre aree geografiche mostrano comportamenti sostanzialmente conformi, ad eccezione che: per il numero di visite comprese tra 4 e 6, che in Valle d'Aosta è superiore al Nord-Ovest e alla media nazionale (in modo statisticamente significativo); al ricorso all'ostetrica che, seppure basso in tutte le aree, in Valle d'Aosta registra le prevalenze più elevate (non statisticamente significative); per una più elevata propensione, rispetto al Nord-Ovest e all'Italia, (statisticamente significativa) ad eseguire precocemente, secondo le indicazioni raccomandate dalle linee guida nazionali ed internazionali, la prima ecografia entro i primi tre mesi di gestazione.

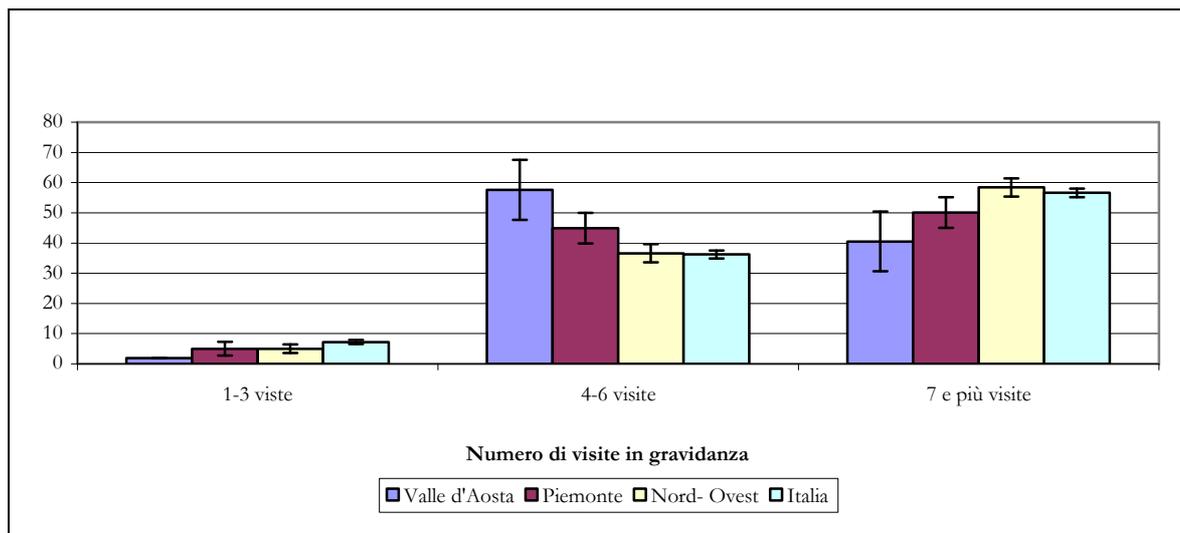
Le figure che seguono illustrano queste differenze.

**Figura - caratteristiche del ricorso a visite ed ecografie in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

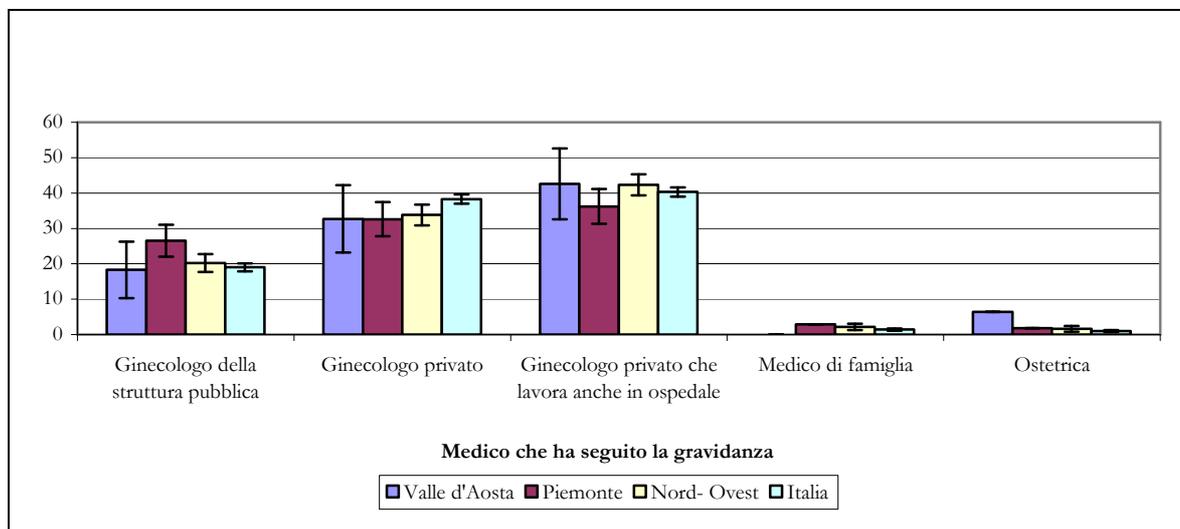
Prevalenze grezze per 100  
 Anno 2005



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

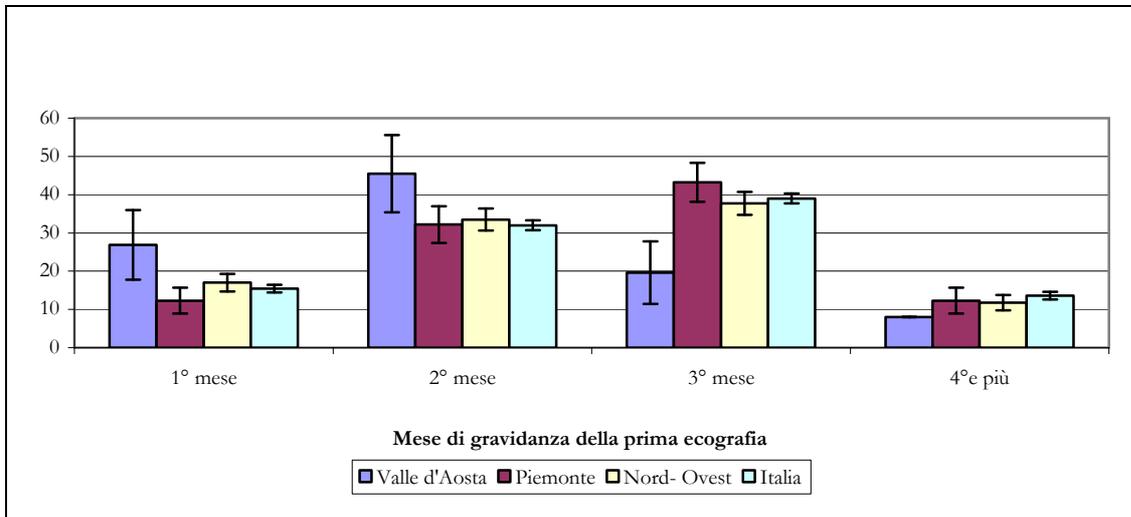
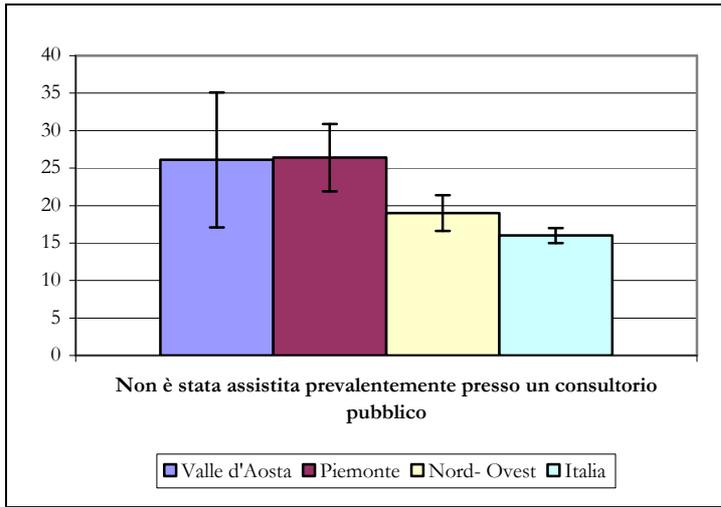


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

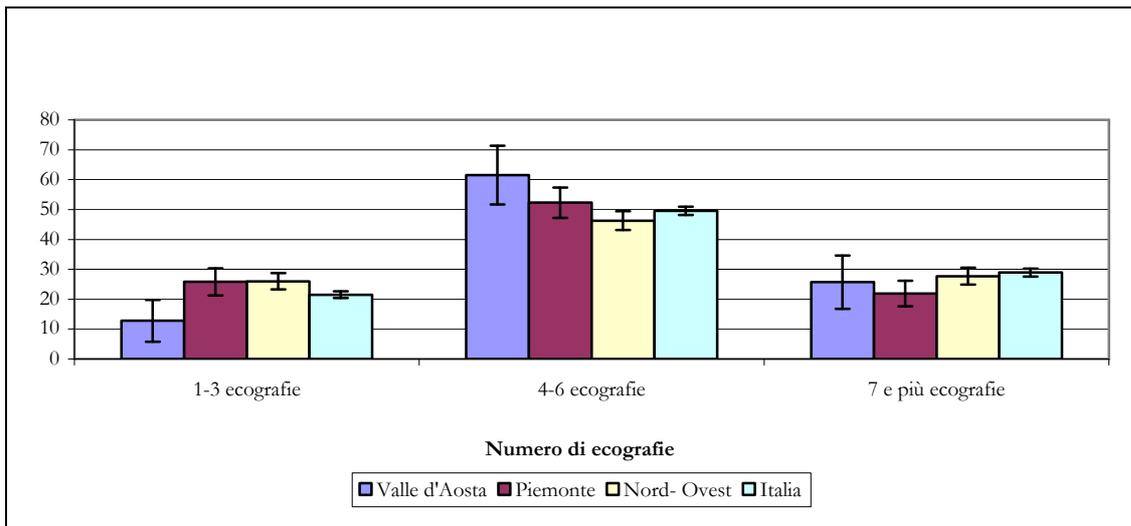


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

IL PERCORSO DELLA MATERNITA'



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



### 7.3 Disturbi e costrizioni a letto

Questa sezione dedica attenzione alla percentuale di donne che hanno dichiarato disturbi durante l'ultima gravidanza - inclusa la minaccia di aborto - dandone descrizione anche attraverso la gravità, presunta dalla costrizione a letto a casa o in ricovero, a tutela della gravidanza stessa e del nascituro.

In Valle d'Aosta, su 83 donne intervistate, nel 2005, oltre un terzo (38%) ha dichiarato di avere avuto disturbi durante l'ultima gravidanza. La minaccia di aborto o di parto pre-termine costituisce quasi la metà delle cause riferite. A seguire, la causa più frequentemente riportata è l'ipertensione gravidica.

**Tabella - Disturbi riferiti in gravidanza da donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
 Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Disturbi in gravidanza	38,4 (28,5 – 48,3)
Disturbi dovuti al diabete in gravidanza	3 *
Disturbi dovuti all'ipertensione in gravidanza	6,9 *
Gestosi in gravidanza	3,2 *
Minaccia di parto pre-termine in gravidanza	7,5 *
Minaccia di aborto in gravidanza	8,4 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tra le sole donne che hanno riferito disturbi, il 13,7% è stata costretta a letto per più di una settimana per un ricovero. Di queste, solo il 5,7% ha visto protrarsi la degenza oltre la settimana<sup>77</sup>.

**Tabella - Costrizione a letto durante la gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.  
 Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Costretta a letto per più di una settimana/ricovero in ospedale durante la gravidanza	13,7 (6,5 – 20,8)
Ricovero per più di una settimana per proteggere il bambino	5,7 *
Ricovero per almeno un giorno per proteggere il bambino	12,9 (5,9 – 19,9)

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

In merito ai confronti geografici, alcune differenze, per altro statisticamente non significative, si osservano in Valle d'Aosta per: una maggiore prevalenza di ipertensione gravidica e un maggiore ricorso al ricovero superiore ad una settimana. Per contro, una minore prevalenza, anche se non statisticamente significativa, si osserva tra le donne valdostane per la minaccia d'aborto e, rispetto al Nord-Ovest e alla media italiana, per la minaccia di parto pre-termine.

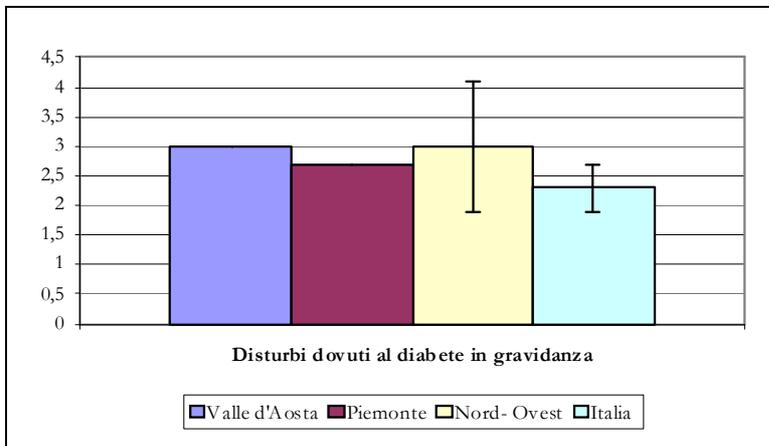
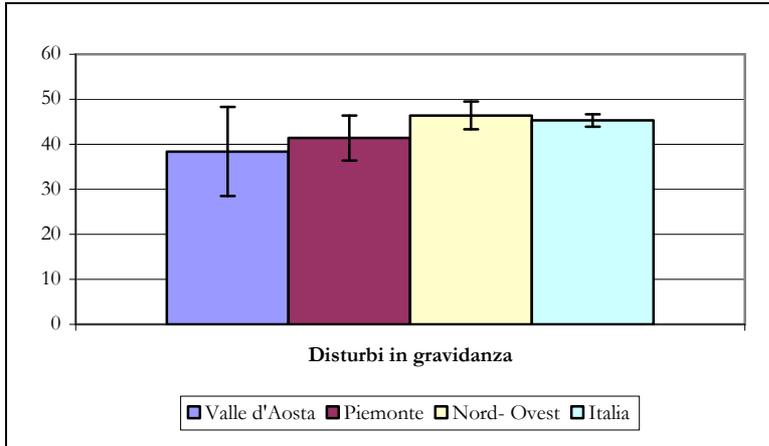
Le figure che seguono illustrano quanto appena commentato.

<sup>77</sup> Per ogni approfondimento relativo alle cause che hanno indotto il ricovero in gravidanza, la durata e gli esiti, vedi "Il percorso nascita in Valle d'Aosta", a cura del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione autonoma Valle d'Aosta. Ultima edizione disponibile.

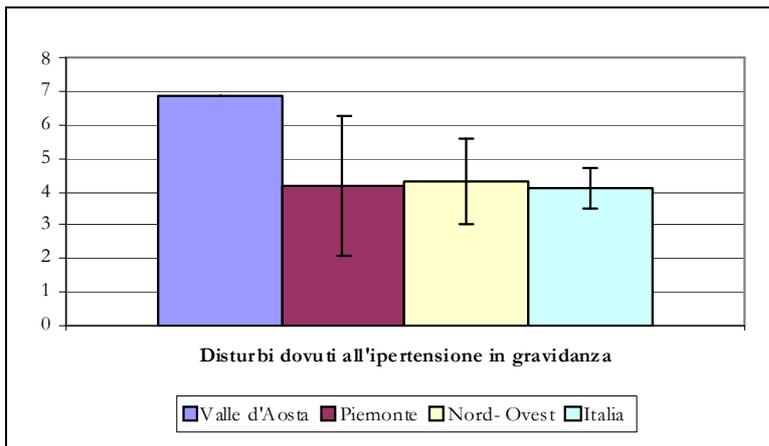
**Figura - Disturbi in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

Prevalenze grezze per 100 - Anno 2005.

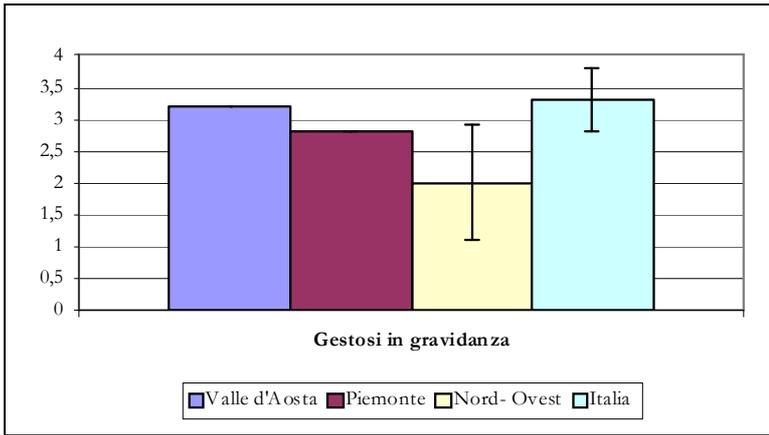
Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di 0-5 anni.



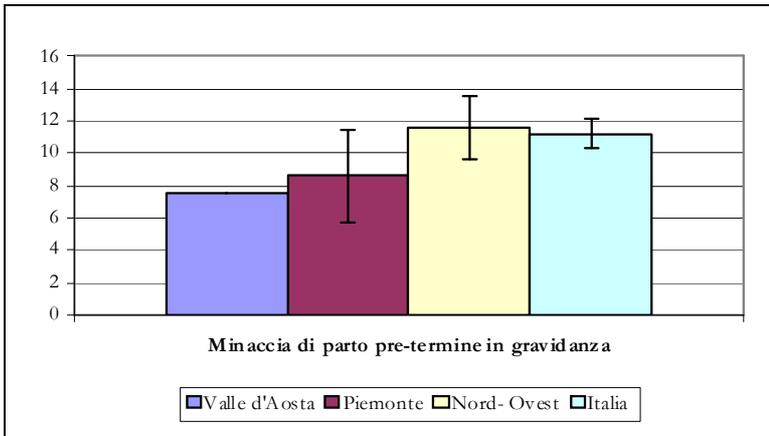
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



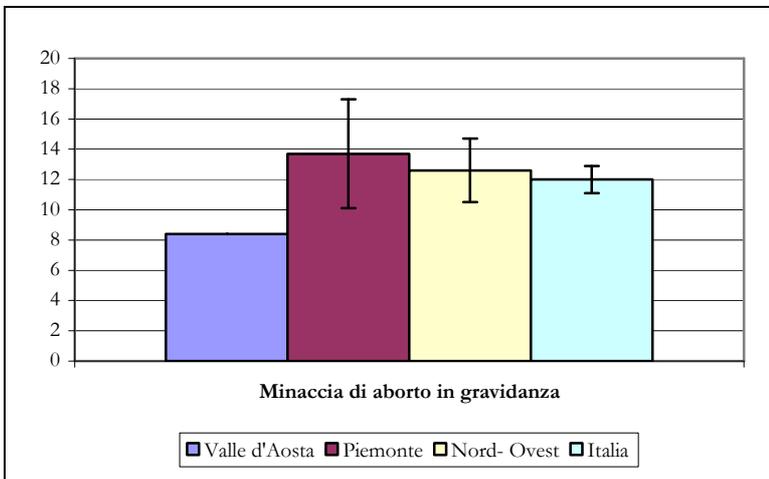
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



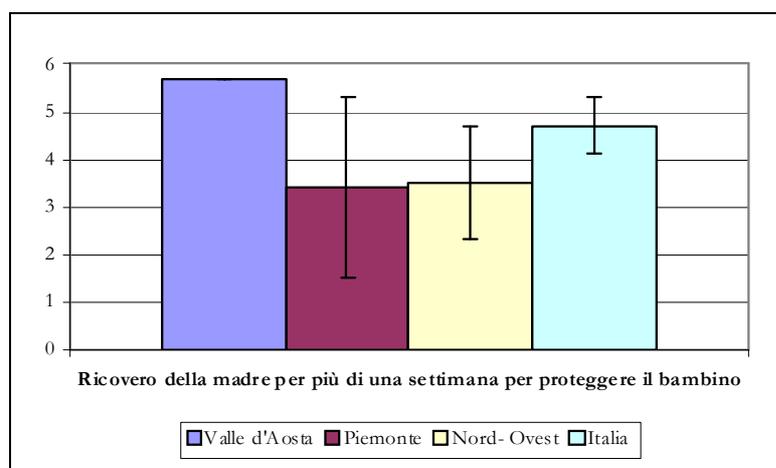
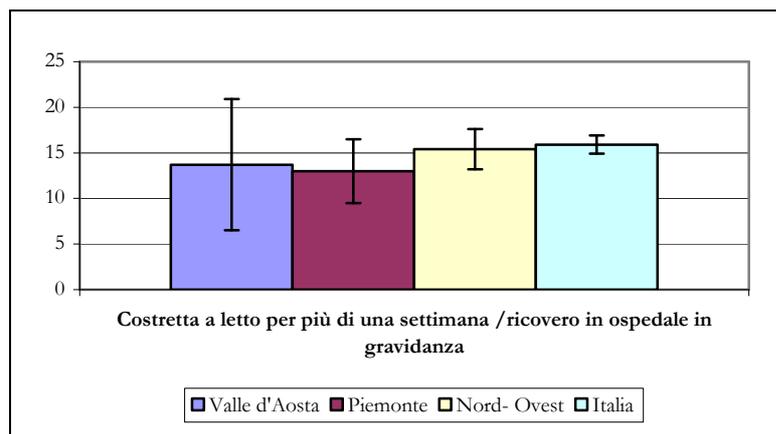
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



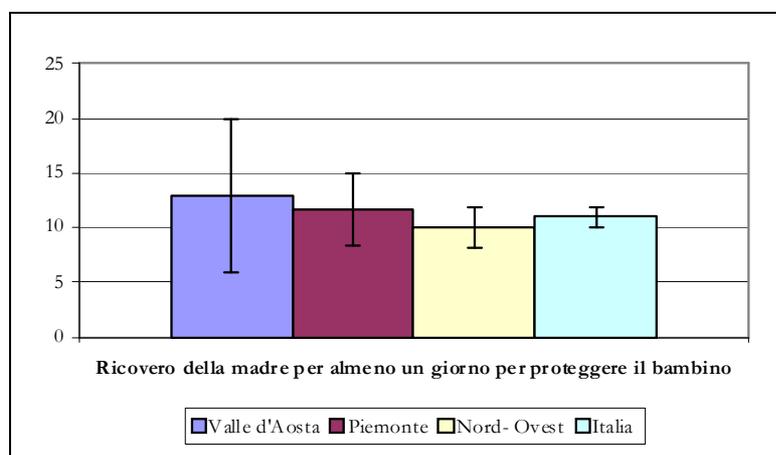
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



#### 7.4 Preparazione e protezione in gravidanza

L'atteggiamento con cui una donna si prepara alla nascita del proprio figlio, e il senso di responsabilità che caratterizza alcuni stili di vita protettivi, costituiscono un'importante informazione per le politiche di sanità pubblica.

Nella sezione che segue, sono esaminati alcuni aspetti relativi: alla partecipazione ai corsi di preparazione al parto, all'attitudine al fumo da parte delle donne fumatrici, alla mansione esercitata nelle

donne occupate<sup>78</sup>, all'eventuale trasferimento ad una mansione più protettiva della gravidanza e alla sospensione dell'attività per maternità.

Data l'esiguità dei casi in studio, le stime riportate non possono essere assunte come generalizzabili e le percentuali riportate vanno quindi considerate con molta cautela.

Ciò detto, la tabella e le figure sottostanti evidenziano come circa due terzi delle donne abbiano partecipato ad almeno un corso di preparazione al parto, valori che pongono la Valle d'Aosta sopra la media italiana e in media con le regioni circostanti.

Oltre l'80% delle donne non fumava prima della gravidanza, mentre il 15% fumava ed ha smesso durante la gestazione; una situazione simile al resto dell'Italia.

**Tabella - Preparazione e protezione in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta per genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

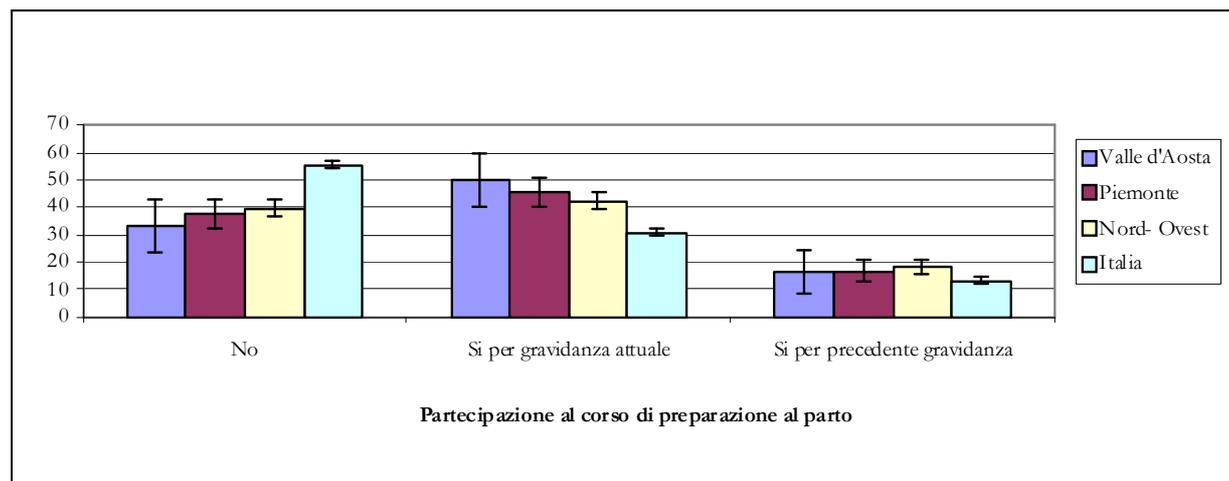
Partecipazione al corso di preparazione al parto	
No	33,4 (23,8 – 43,0)
Sì, per gravidanza attuale	50,0 (39,9 – 60,1)
Sì, per precedente gravidanza	16,6 (8,9 – 24,3)
Fumo prima della gravidanza	
No	81,5 (73,8 – 89,3)
Sì, ma ha smesso durante la gravidanza	14,8 (7,4 – 22,2)
Sì, ma non ha smesso durante la gravidanza	3,7 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

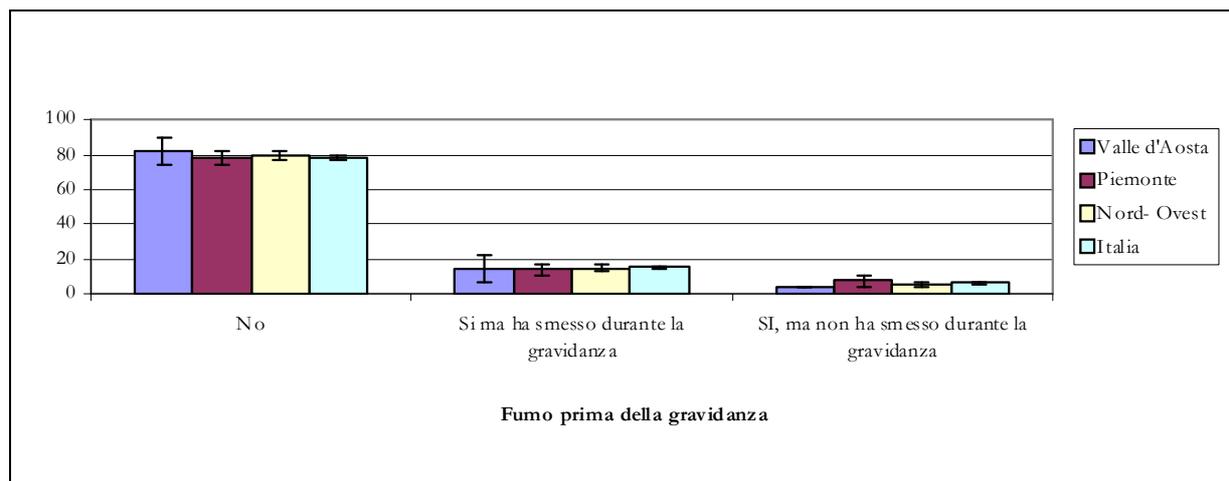
**Figura Preparazione e protezione in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta per genere**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%

Anno 2005



<sup>78</sup> Nella presente indagine sono 66 su 83. Su queste è condotta l'analisi.



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

All'inizio dell'ultima gravidanza, quasi il 78% delle donne valdostane interessate dall'indagine Istat è occupata. Di queste, un quarto dichiara di svolgere mansioni pesanti o nocive per il buon proseguimento della gestazione, tali per cui, il 15% circa, ha avuto un trasferimento ad un ruolo più adeguato e maggiormente protettivo.

Poiché il tipo di mansione svolta, e la conseguente nocività per la gravidanza, potrebbero influire sulla decorrenza del congedo per maternità, è stato chiesto di indicare il mese di gestazione coincidente con la sospensione dall'attività lavorativa. Quasi 3 valdostane su 4 hanno interrotto il lavoro tra il quarto e l'ottavo mese, mentre meno di 1 su 4 lo ha fatto entro i primi tre mesi. Infine, solo l'1,9% ha beneficiato del possibile prolungamento fino all'ottavo mese per fruire di un mese ulteriore dopo la nascita del bambino, così come consentito dalla legge nazionale<sup>79</sup>.

**Tabella - Condizione lavorativa prima della gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta per genere.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Attività lavorativa prima della gravidanza	77,9 (69,7 – 86,2)
Mansioni pesanti sul lavoro	25,1 (14,9 – 35,2)
Trasferimento ad altro ruolo più adeguato	14,8 *
Mese di interruzione lavoro:	
Entro il terzo mese	23,2 (13,3 - 33,1)
Fra il quarto e l'ottavo mese	74,9 (65,0 – 84,8)
Al nono mese	1,9 *

\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Le figure che seguono pongono a confronto la Valle d'Aosta con le altre aree geografiche in studio evidenziando eventuali peculiarità rispetto le variabili di interesse.

Una prima differenza (statisticamente non significativa) sembrerebbe caratterizzare la Valle d'Aosta in merito alla più elevata prevalenza di donne che vengono trasferite a ruoli maggiormente protettivi per tutela della gravidanza, rispetto al Piemonte e al Nord-Ovest.

L'altra, attiene il diverso andamento che sembra caratterizzare in Valle d'Aosta rispetto al Piemonte, Nord-Ovest e Italia, i mesi di gestazione coincidenti con la sospensione dal lavoro da parte delle donne

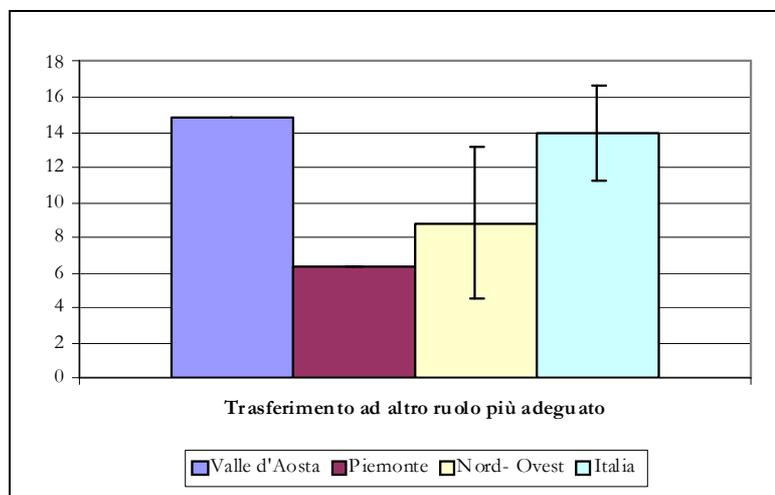
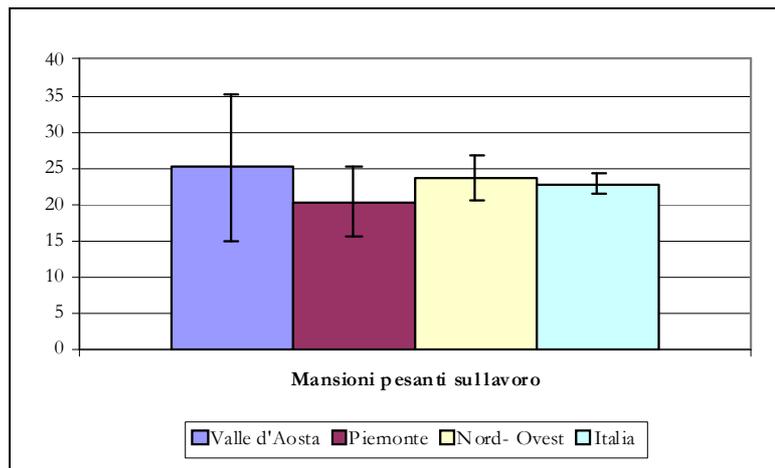
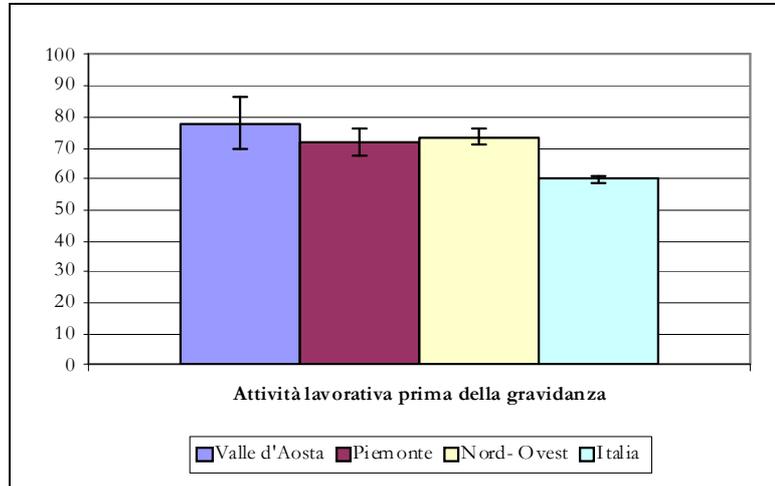
<sup>79</sup> Legge 53 dell'8 marzo 2000, art.3.

intervistate. Il diagramma mostra, infatti, come in Valle d'Aosta vi sia una prevalenza minore di sospensioni al terzo mese e superiore al quinto tra le donne sottoposte all'indagine Istat nelle ripartizioni geografiche considerate.

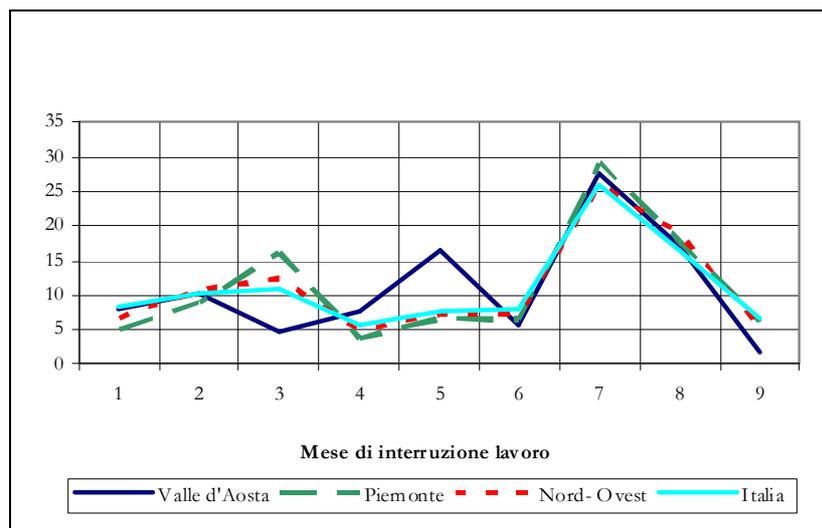
**Figura Preparazione e protezione in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



### 7.5 Le caratteristiche del parto

Il momento della nascita rappresenta una fase qualificante dell'intero percorso nascita, non solo sotto il profilo clinico assistenziale, ma anche sotto il profilo umano. Sono state quindi rivolte alle donne una serie di domande attinenti a questa fase conclusiva della gravidanza relative: alla presenza di un familiare durante il travaglio e il parto, all'anestesia, al tipo di parto e, infine, alla possibilità di tenere con loro il bambino, già in sala parto.

Sia durante il travaglio, sia in sala parto, la persona più frequentemente presente alle partorienti valdostane è il marito, rispettivamente, nel 66% dei casi per il travaglio e nel 77% per il parto.

La maggioranza di esse, pari al 64%, sia che abbia partorito spontaneamente, sia attraverso un parto cesareo, o non ha avuto anestesia, o ha ricevuto la sola anestesia locale, mentre circa un terzo (32,6%) ha acconsentito all'anestesia epidurale o spinale<sup>80</sup>.

Uno degli indicatori più importanti sulla salute riproduttiva - utilizzato tra gli altri dall'OMS e dalla Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia - è la percentuale delle nascite che si verifica con taglio cesareo. Numerosi organismi istituzionali<sup>81</sup> hanno inserito il parto con taglio cesareo tra gli indicatori di efficacia e appropriatezza che costituiscono il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" - di cui al Decreto ministeriale 12 dicembre 2001 - che pone un limite massimo compreso tra il 15% e il 20%. La tendenza nel nostro Paese è pressoché ovunque quella di un progressivo aumento della frequenza dei parti cesarei<sup>82</sup>, con una elevata variabilità regionale. Anche la letteratura scientifica internazionale è lontana dal giustificare l'entità del fenomeno e l'OMS definisce corretto un tasso massimo di tagli cesarei del 15%.

In Valle d'Aosta nel 2005, nel 77% circa dei casi, i parti, in maggioranza a termine<sup>83</sup>, sono stati spontanei e solo il 7% è un cesareo programmato durante la gravidanza. Nonostante ciò, se a questi ultimi si aggiungono i parti cesarei non programmati (16,2%), il totale supera il 22% e quindi eccede, seppure di poco, la quota raccomandata<sup>84</sup>.

Nelle donne con una precedente gravidanza, solo poco più dell'8% ha indicato un parto cesareo, indipendentemente se programmato o meno.

<sup>80</sup> Si ricorda che nel Gennaio 2007, la Commissione nazionale sui LEA ha promosso il "controllo del dolore durante il travaglio e il parto vaginale tramite procedure analgesiche" tra i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>81</sup> Anche la Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute.

<sup>82</sup> Passata dall'11,2% del 1980 hanno superato recentemente il 40%.

<sup>83</sup> L'89,9% delle donne ha dichiarato il nono come mese di gestazione al parto. L'8,6% ha indicato l'ottavo e solo l'1,7% il settimo.

<sup>84</sup> Dalla pubblicazione "Il percorso nascita in Valle d'Aosta 1998-2006" risulta che nel 2005 i parti cesarei, d'elezione o in travaglio, sono stati il 22,52 % dato che conferma il valore risultante dall'indagine Istat.

In merito invece all'umanizzazione del momento della nascita del bambino, è elevata, e prossima al 79%, la percentuale delle valdostane a cui è stato consentito di tenere accanto a sé il neonato già in sala parto.

**Tabella - Le caratteristiche del parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

**Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.**

**Anno 2005**

<b>Chi è stato insieme a lei nella fase del travaglio?</b>	
Padre del bambino	66,4 (56,9 – 75,8)
Madre o altre persone	10,7 *
Nessuno	2,7 *
No travaglio	20,3 (12,0 – 28,5)
<b>Chi ha assistito al parto</b>	
Padre del bambino	77,0 (68,6 – 85,4)
Madre o altre persone	1,6 *
Nessuno	21,4 (13,0 – 29,8)
<b>Anestesia prima del parto</b>	
No/locale	64,0 (54,4 – 73,7)
Epidurale/spinale	32,6 (23,0 – 42,1)
Generale	3,4 *
<b>Tipo di parto</b>	
Spontaneo	76,8 (68,4 – 85,2)
Cesareo non programmato	16,2 (8,6 – 23,8)
Cesareo programmato	7,0 *
Altro	* *
<b>Come è stato il suo precedente parto?</b>	
Spontaneo	48,5 (38,4 – 58,6)
Cesareo non programmato	4,8 *
Cesareo programmato	3,6 *
Altro	* *
Nessun precedente	43,2 (33,2 – 53,2)
<b>In sala parto le è stato consentito di tenere vicino a sé suo figlio appena nato?</b>	
No	21,4 (13,0 – 29,8)
Sì	78,6 (70,4 – 86,8)

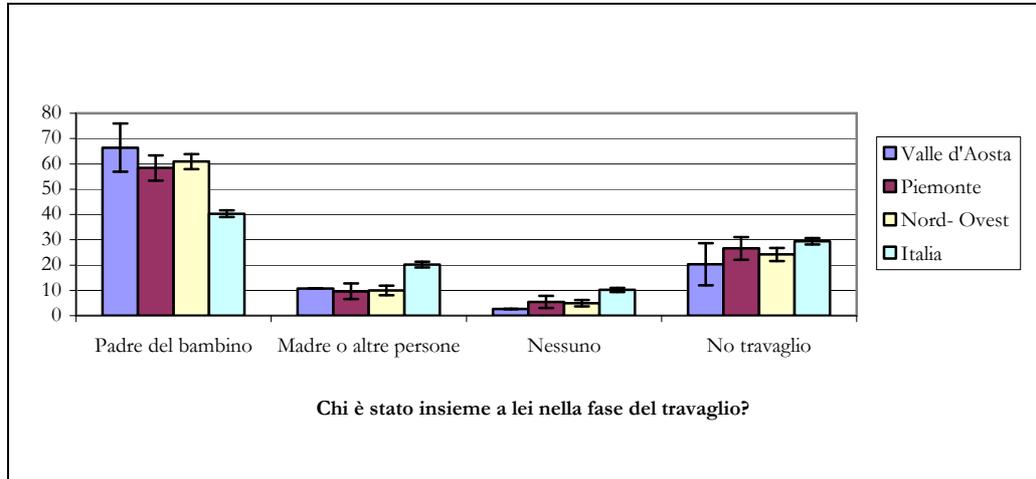
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

I confronti geografici non evidenziano variazioni di rilievo tra la Valle d'Aosta e le altre aree a confronto per i fenomeni appena descritti, tranne il caso della presenza di famigliari al momento del parto, che è più frequente in Valle d'Aosta rispetto alla media italiana, come dimostrano le figure che seguono.

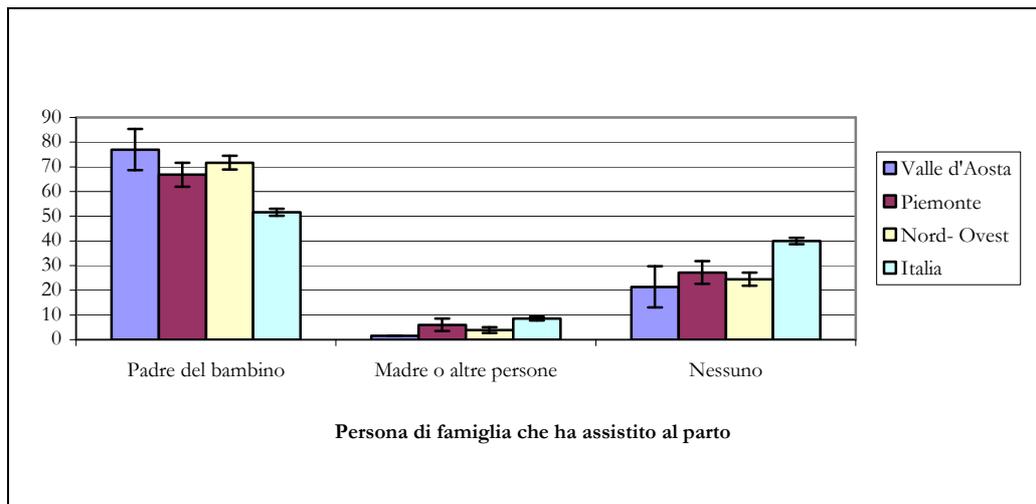
**Figura Le caratteristiche del parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.**

Prevalenze grezze per 100.

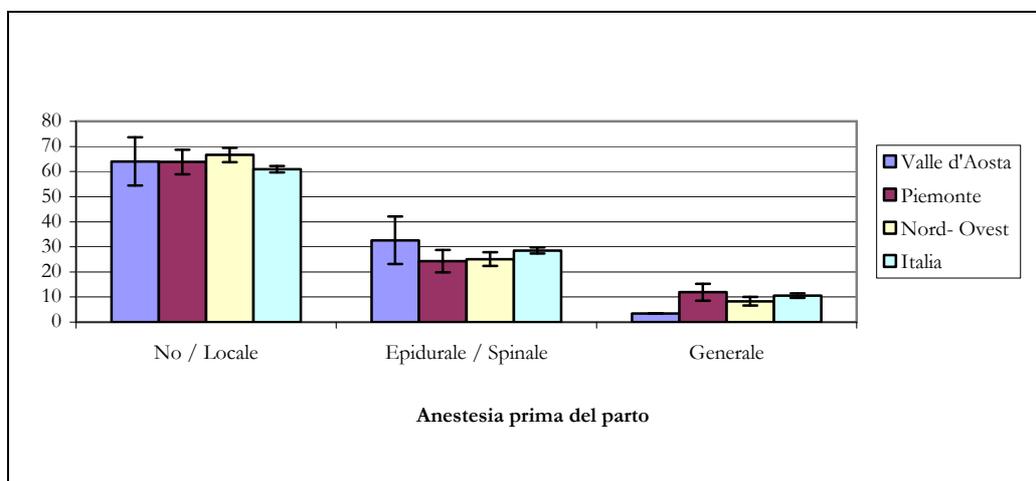
Anno 2005



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

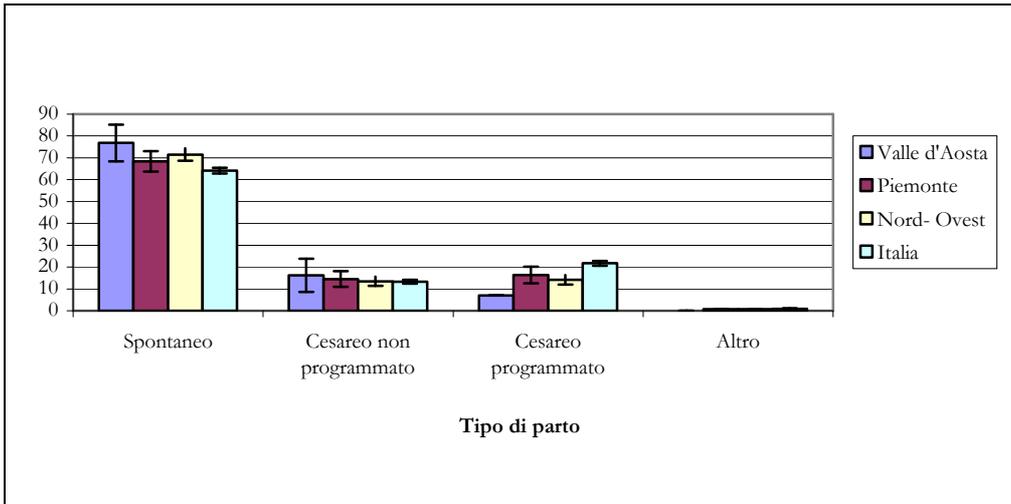


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

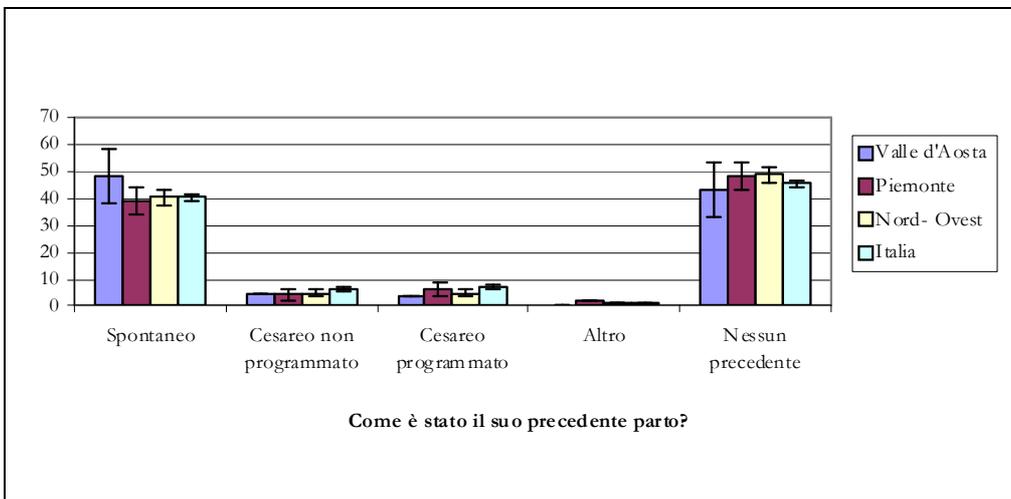


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

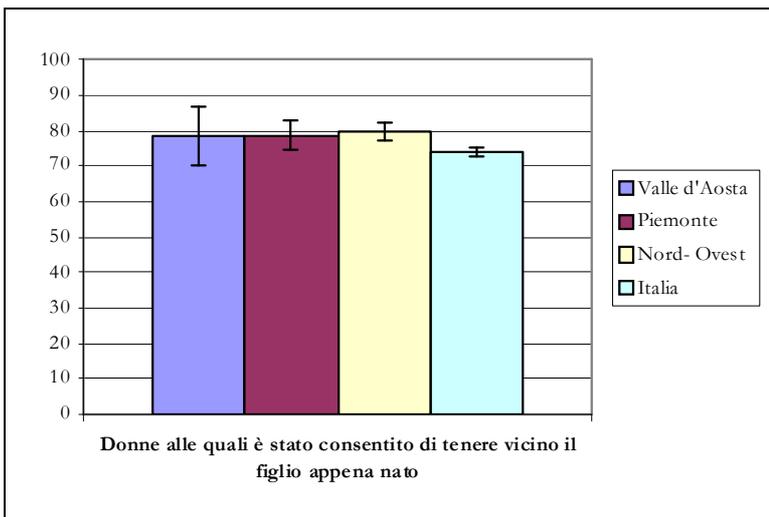
IL PERCORSO DELLA MATERNITA'



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



## 7.6 I disturbi post partum

Nonostante si tratti di un fenomeno piuttosto diffuso, permane ancora in molte donne una certa reticenza nel riferire un disagio psicologico o dei problemi di salute, nelle fasi che seguono il parto, per cui è verosimile che le informazioni riferite nascondano una sottostima del fenomeno. L'indagine Istat sulla salute del 2005 esplora alcuni di questi aspetti con alcune domande dedicate.

In Valle d'Aosta, tra le donne intervistate, queste percentuali sono molto basse e la scarsa numerosità del campione rende le stime poco affidabili; tali percentuali vanno quindi considerate con molta cautela.

Hanno dichiarato problemi di natura ginecologica conseguenti al parto il 6% delle valdostane, al pari quasi di quelle che hanno riferito problemi al seno, come la mastite. Una percentuale appena superiore (9,5%), lamenta problemi nella cicatrizzazione delle ferite indotte dal parto.

La depressione, sia essa di breve, o di lunga durata, è certamente più presente tra le valdostane intervistate: se il 3% riferisce di averne sofferto per mesi, una quota molto superiore, prossima ad 1 su 4 ammette di avere avuto episodi depressivi di breve durata che hanno interessato anche solo pochi giorni.

**Tabella - Disturbi dopo il parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Problemi ginecologici	
No	94,0 (89,2 – 98,7)
Sì	6,0 *
Problemi al seno (mastite, ecc.)	
No	93,2 (88,2 – 98,2)
Sì	6,8 *
Problemi di cicatrizzazione di ferite	
No	90,6 (84,7 – 96,4)
Sì	9,5 *
Problemi di depressione di breve durata (qualche giorno)	
No	76,2 (67,6 – 84,7)
Sì	23,8 (15,1 – 32,6)
Problemi di depressione duratura	
No	96,9 (93,5 – 100,0)
Sì	3,1 *

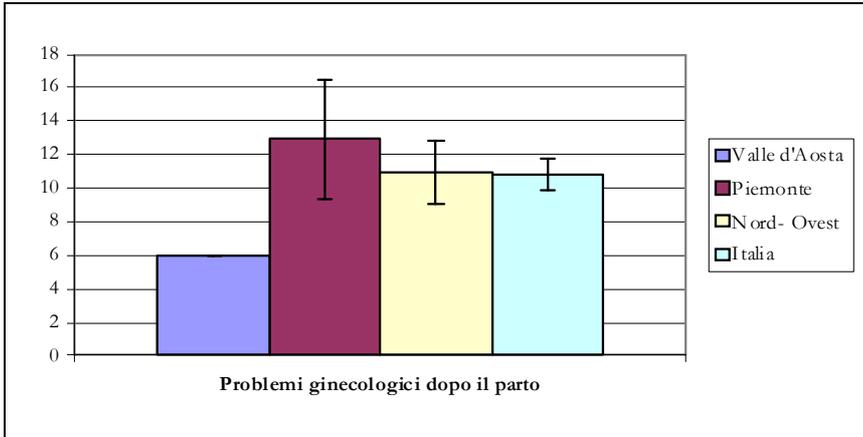
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Dai confronti geografici emerge una prevalenza inferiore (anche se non statisticamente significativa) di valdostane con problemi di salute rispetto le donne residenti nelle altre aree in studio, mentre una lieve eccedenza, sempre non significativa, sembra osservarsi nelle depressioni post partum di lunga durata tra le valdostane rispetto, soprattutto, le piemontesi e le donne del Nord-Ovest.

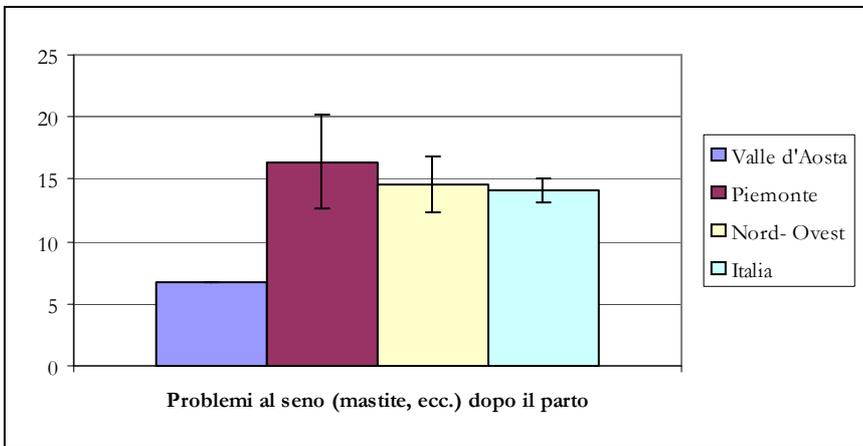
Figura - Disturbi dopo il parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.

Prevalenze grezze per 100 - Anno 2005.

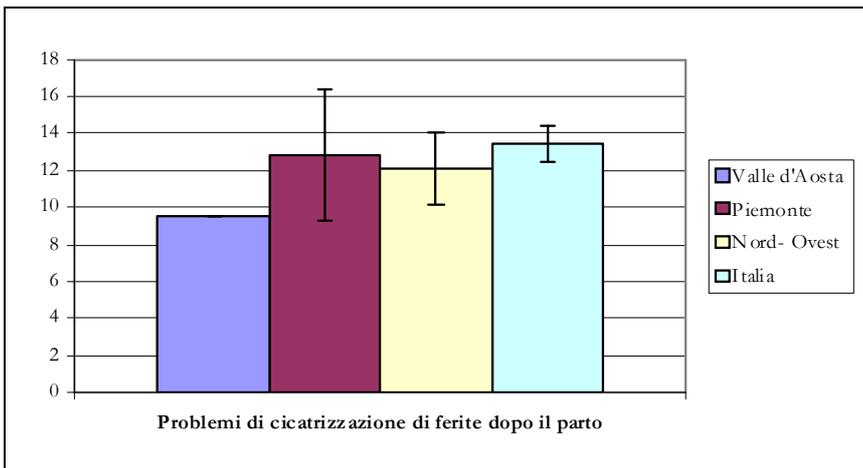
Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di 0-5 anni.



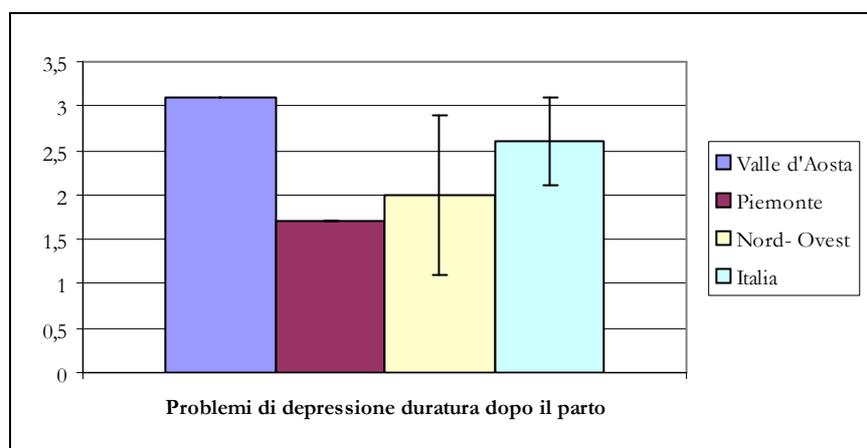
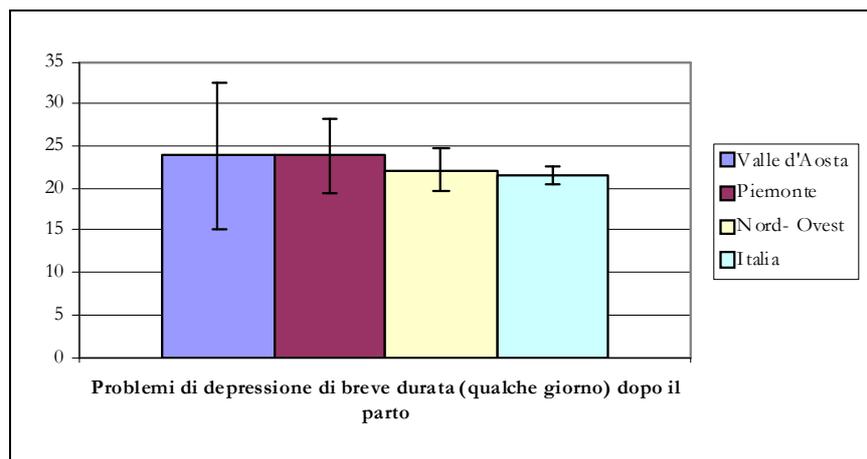
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

## 7.7 Peso alla nascita e allattamento

Il peso alla nascita può essere considerato un indicatore della qualità di vita del periodo della gravidanza: condizioni di vita favorevoli (alimentazione corretta, astensione dal fumo di sigaretta, riduzione degli sforzi fisici) e monitoraggio della salute del feto attraverso il rispetto delle linee guida, facilitano il concludersi della gravidanza nel periodo fisiologico, oltre che la nascita di bambini “a termine”.

Nel 2005 in Valle d'Aosta, quasi l'84% dei neonati è classificato normopeso (ossia superiore a 2500 gr) e il 16% ha un peso inferiore.

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, sono numerose le linee guida che ne raccomandano l'adozione. L'OMS ne raccomanda l'uso esclusivo per almeno i primi sei mesi di vita del bambino, specie se prematuro o sottopeso, mantenendo il latte materno come alimento principale fino al primo anno di vita, pur introducendo gradualmente cibi complementari. Suggerisce, inoltre, di proseguire l'allattamento fino ai due anni e oltre, se il bambino si dimostra interessato e la mamma lo desidera.

I vantaggi dell'allattamento materno sono sia fisici (assunzione di nutrienti e anticorpi), sia psicologici (rafforzamento del legame affettivo con la mamma) e numerose regioni, tra le quali la Valle d'Aosta, hanno attivamente promosso questa prassi nelle proprie strutture pubbliche, sia ospedaliere, sia territoriali e consultoriali.

Nel 2005 in Valle d'Aosta, solo il 7% delle mamme non ha scelto l'allattamento al seno, di cui il 4% per problemi di salute, denotando un'elevata percentuale (93%) di valdostane che ha allattato (78,4%) o che hanno l'allattamento ancora in corso (14,6%).

Quasi il 30% ha seguito le indicazioni dell'OMS che invitano a un allattamento materno esclusivo fino al 6° mese, mentre più della metà (51,7%) ha proseguito oltre i 6 mesi di vita del bambino. Nel 66% dei casi l'allattamento al seno è stato consentito, da subito, dalla struttura in cui è avvenuto il parto.

**Tabella - Le caratteristiche dell'allattamento in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.**

Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Peso del bambino alla nascita	
Normopeso	83,7 (76,4 – 91,1)
Sottopeso	16,3 (8,6 – 23,9)
Allattamento al seno	
Sì	78,4 (70,2 – 86,7)
Allattamento in corso	14,6 (7,2 – 21,9)
No	7,0 *
Ha allattato il suo precedente bambino?	
Sì	51,3 (41,2 – 61,4)
No	5,6 *
Non ha avuto altri figli	43,2 (33,2 – 53,2)
Motivo principale di non allattamento al seno	
Ha allattato	93,0 (87,9 – 98,1)
Non ha allattato per problemi di salute	4,1 *
Non ha allattato per problemi pratici	2,9 *
Durata allattamento al seno	
Da 4 a 6 mesi	28,8 (18,3 – 39,3)
Fino a 3 mesi	19,5 (10,2 – 28,8)
Oltre 6 mesi	51,7 (40,2 – 63,2)
Dopo quanto tempo dalla nascita la struttura ha permesso di far attaccare al seno il bambino per provare ad allattarlo?	
Subito	66,4 (56,9 – 75,8)
Dopo poche ore/entro il primo giorno	28,4 (19,2 – 37,6)
Il giorno dopo	4,2 *
Dopo più di due giorni	1,1 *

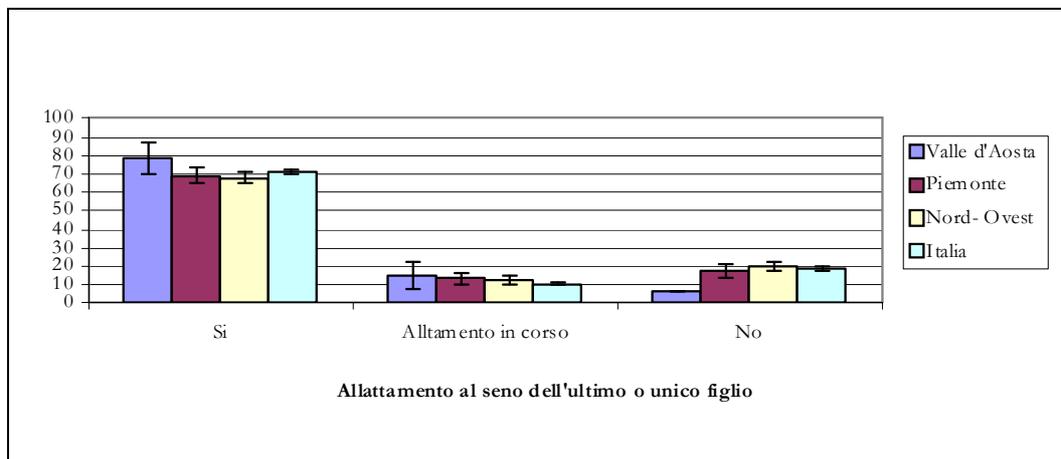
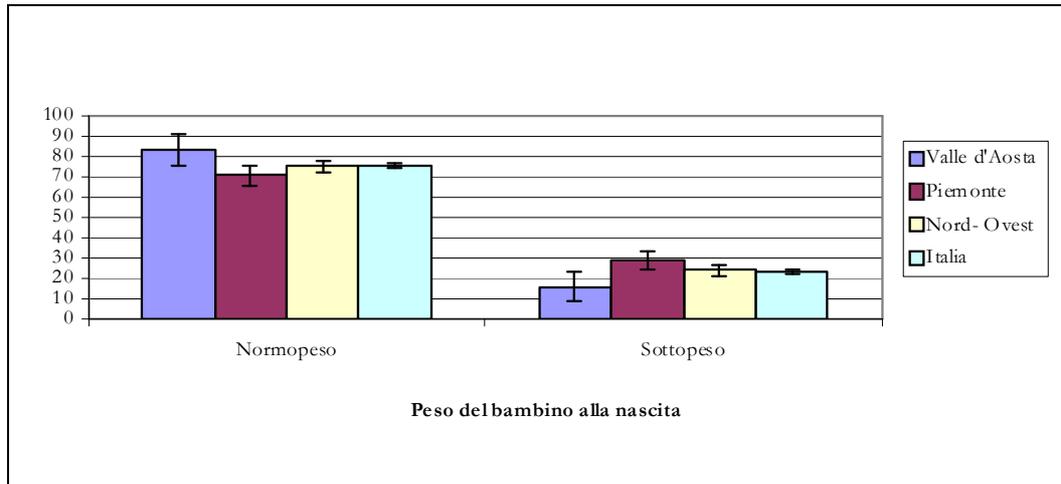
\* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Dai confronti geografici emerge che in Valle d'Aosta si assiste a una prevalenza superiore e statisticamente significativa rispetto al Piemonte, di bambini normopeso, un maggiore ricorso all'allattamento al seno in percentuale superiore al resto d'Italia, con differenze però non significative.

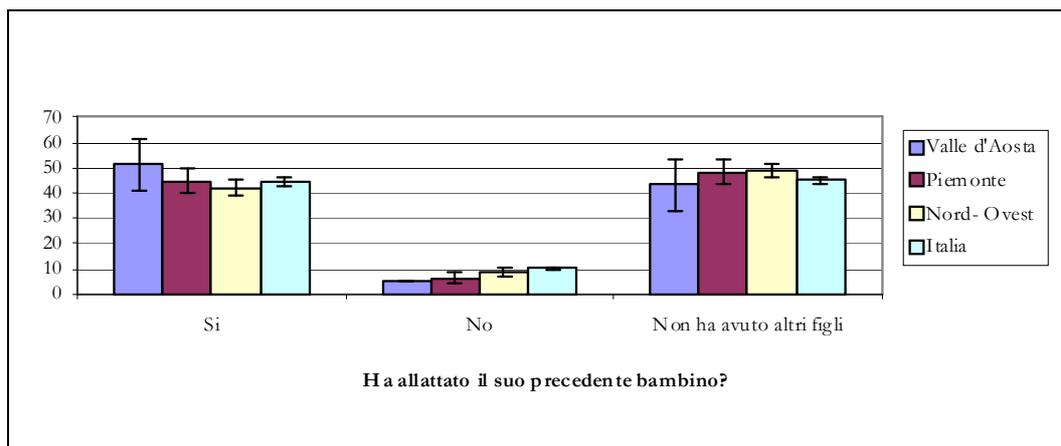
Figura - Le caratteristiche dell'allattamento in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.

Prevalenze grezze per 100.

Anno 2005

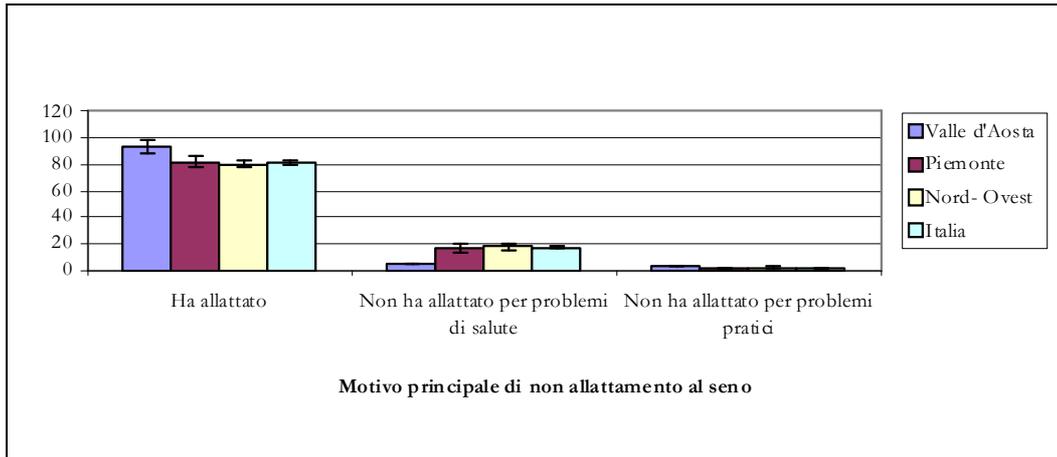


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

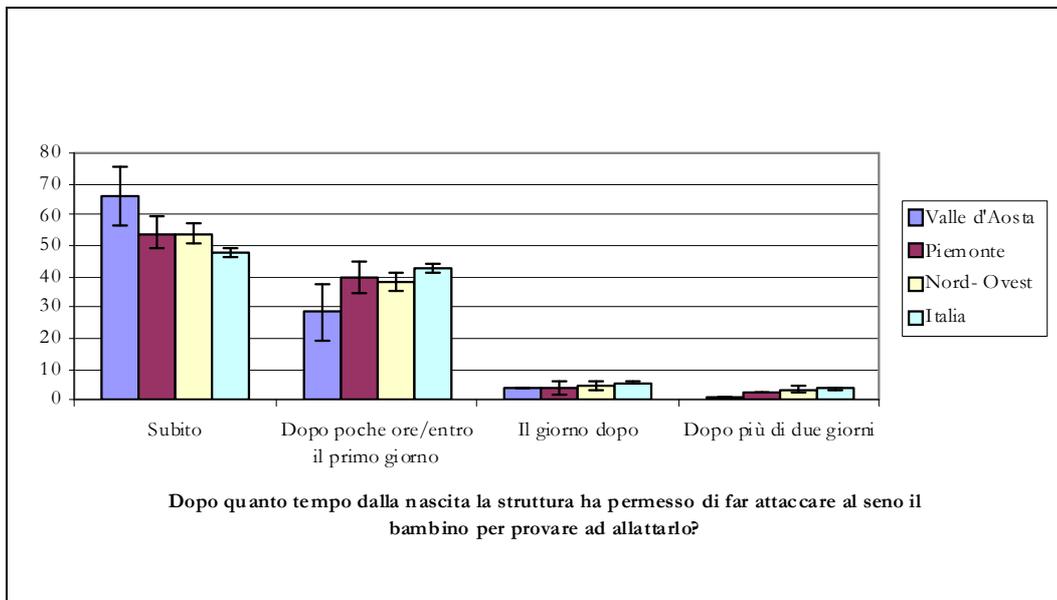
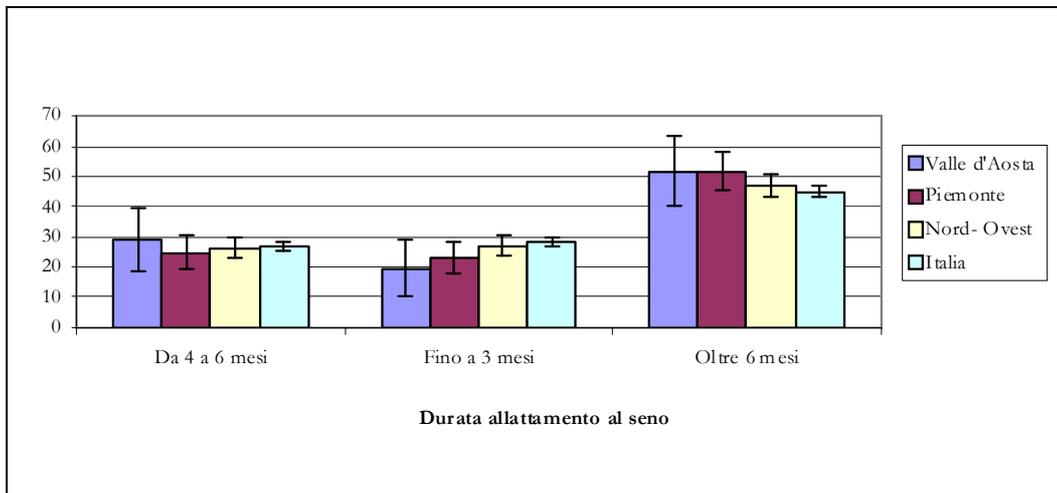


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

IL PERCORSO DELLA MATERNITA'



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

## **CONCLUSIONI**

Il quadro complessivo che emerge dai dati che si riferiscono alla gravidanza è positivo: nella maggior parte dei casi gli indicatori selezionati si collocano nella media, e talvolta anche sopra la media nazionale.

Nel complesso, le donne valdostane dimostrano un elevato livello d'informazione sulle possibilità di diagnosi prenatale che, di conseguenza, porta ad un elevato ricorso a test di diagnosi prenatale, quali l'amniocentesi o l'ecografia.

In generale, il ricorso all'ecografia in gravidanza è superiore e più precoce, rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida.

Il ricorso al parto cesareo è elevato, ma si tratta di una condizione diffusa in tutta Italia, mentre la presenza di un familiare al momento del parto, così come l'attenzione all'allattamento al seno, sembrano essere ben radicate, sia tra le donne, sia tra gli operatori.

È invece da segnalare un minore utilizzo, in confronto ad altre aree italiane, del consultorio.



## 8. ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ogni nuova fonte d'informazione statistica ed epidemiologica dovrebbe essere, a livello regionale, un'occasione per riflettere su come si distribuiscono i bisogni di salute e su quali siano le reali capacità delle politiche pubbliche e dei comportamenti delle persone di farvi fronte.

La Salute 2000 e la Salute 2005, cioè le ultime due edizioni dell'indagine che ISTAT ha dedicato a queste due domande, sono particolarmente indicative in questo senso per la Valle d'Aosta, perché, avendo potuto ampliare, grazie ad un investimento del Piano Sanitario Nazionale, la dimensione campionaria, al fine di garantire una maggiore rappresentatività regionale, queste indagini hanno arruolato un campione discretamente grande per le dimensioni dell'universo della popolazione valdostana residente.

Questo tipo di indagini, rispetto alle altre fonti informative statistiche e sanitarie, hanno inoltre un particolare valore perché permettono di valutare contemporaneamente le reciproche relazioni tra le condizioni di vita, la salute e l'uso dei servizi; il che consente di ricavare dai risultati degli orientamenti utili per la programmazione.

Per questo scopo, la presente pubblicazione si è ispirata a uno schema concettuale molto utilizzato per la valutazione della relazione tra salute e politiche<sup>85</sup>, uno schema che inquadra quello che la medicina definisce la storia "naturale" di ogni problema di salute<sup>86</sup>. All'interno della storia sociale delle persone e dei contesti di vita, lo schema, si interroga su come la posizione sociale (degli individui e dei contesti) possa influenzare la storia naturale del problema di salute, facendola diventare un pò meno "naturale" e un pò più "socialmente determinata" e su come le politiche generali, e quelle di *welfare* in particolare, possano modificarla.

In altre parole, lo schema concettuale fin qui utilizzato, propone di analizzare la storia del rapporto tra salute e politiche come una catena di relazioni causali che chiama in causa:

- dapprima, la *responsabilità della posizione sociale* cioè di qualsiasi dimensione della stratificazione sociale (sia quelle relazionali, sia quelle distributive), che si caratterizzi per un differente grado di controllo sulle risorse che servono a soddisfare i bisogni della persona;
- dalla posizione sociale dipenderebbero molte differenze, tra le persone, nella *esposizione ai fattori di rischio*, cioè a tutte quelle caratteristiche dell'individuo che influenzano la distribuzione di salute, sia aumentando la probabilità di insorgenza di un problema di salute, sia esponendo ad una progressione sfavorevole un problema di salute;
- dalle differenze nell'esposizione ai fattori di rischio dipendono le *differenze nella insorgenza dei problemi di salute*, cioè di tutte quelle caratteristiche della salute fisica, psicologica e mentale, che qualificano il funzionamento di una persona in un particolare contesto;
- i problemi di salute, poi, possono avere *conseguenze sociali*, cioè quei processi di mobilità discendente sulla scala sociale, o di segregazione sulla scala geografica, che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse che una persona avrebbe potuto raggiungere in assenza del problema di salute.

Questa sequela può essere influenzata dal contesto sociale e da quello delle politiche ad esso correlate, che possono influenzare la posizione sociale (politiche sociali ed economiche), il suo effetto sull'esposizione ai fattori di rischio (interventi di prevenzione ambientale e sanitaria), la vulnerabilità agli stessi fattori di rischio perché si produca, o meno, un effetto sfavorevole di salute (politiche di assistenza sanitaria) e infine, le conseguenze sociali della malattia (politiche sociali di riduzione del danno).

---

<sup>85</sup> (Diderichsen et al., 2001). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001:3-11

<sup>86</sup> Quella storia che parte dall'esposizione ad un fattore di rischio, passa all'insorgenza del problema di salute e si conclude con un esito più o meno sfavorevole (di salute).

Questo quadro di riferimento ha appunto guidato la formulazione dei capitoli di questa pubblicazione, che esplorano la distribuzione dei fattori sociali e demografici, l'esposizione ai fattori di rischio, la distribuzione dei problemi di salute e la capacità del sistema sanitario locale di farvi fronte.

Altri elementi dello schema (come il ruolo delle politiche sociali nella riduzione delle conseguenze della malattia) non potevano essere richiamati perché non misurati nell'indagine.

Volendo riassumere in estrema sintesi i principali risultati riportati dalla presente pubblicazione secondo lo schema sopra menzionato, si potrebbe iniziare la disamina dai fattori che influenzano la stratificazione sociale.

Nella presente pubblicazione, larga parte dei più importanti *determinanti della salute* presentano un favorevole andamento geografico e temporale per la Valle d'Aosta:

- il livello di istruzione, e quindi il capitale culturale, continua ad aumentare e tende ad avvicinarsi a quello medio del Nord-Ovest, soprattutto tra le donne;
- l'occupazione aumenta, soprattutto tra le donne, a livelli comparabili con il Nord-Ovest e la soddisfazione economica è maggiore che nel resto del Nord-Ovest;
- solo il capitale di relazioni famigliari sembra indebolirsi nel tempo e in confronto agli altri (meno coniugati, più nuclei soli o famiglie monoparentali), anche se il ricorso ad aiuti in caso di bisogno lascia immaginare l'esistenza di reti famigliari e sociali più ricche che altrove, e più ricche forse, di quanto la definizione di tipologia familiare riesce a rappresentare.

Dunque questo profilo demografico, sociale ed economico, tendenzialmente lascia intravedere per il futuro risultati positivi per la salute e incoraggia le politiche regionali a proseguire negli investimenti sulla sicurezza sociale, sul reddito, sullo status, sull'istruzione e competenze e sul sistema di aiuti già intrapresi. Si tratta, infatti, per tutti, di investimenti che aumentano la capacità di controllare i propri destini di vita; una capacità che rappresenta il principale fattore di promozione della salute nella storia di una persona e di una famiglia.

Passando poi ai *fattori di rischio*, l'indagine consente di esplorare solo i fattori legati ad alcuni comportamenti delle persone: fumo, attività ed esercizio fisico, soprappeso. Un elenco che non è ovviamente esaustivo, dato che esclude altri stili di vita rilevanti come il consumo di alcool e altre dipendenze, o la sicurezza nei comportamenti sessuali e ne esclude altri egualmente importanti come quelli legati alle condizioni di lavoro, o alle condizioni ambientali di vita.

Tutti aspetti che, seppure di grande interesse, non sono, al momento, studiabili tramite l'indagine dell'ISTAT.

Seppure con queste riserve, il capitolo riguardante la propensione al fumo, alla sedentarietà, al soprappeso e all'obesità investe i principali responsabili dell'insorgenza di un largo numero di patologie croniche degenerative che colpiscono le nostre società.

Il quadro regionale che emerge è quello di una situazione con ancora margini molto ampi di miglioramento, in cui la frequenza di queste abitudini è in generale ancora molto elevata ed è relativamente stabile per il fumo e l'esercizio fisico, ma in crescita per soprappeso e obesità.

Si osserva, invece, qualche leggero vantaggio della Valle d'Aosta rispetto ad altrove per l'esercizio fisico, ma, con poche eccezioni, la regione è caratterizzata da differenze sociali importanti a svantaggio dei meno istruiti, delle persone povere di risorse materiali e di aiuto.

Una società che desidera comprimere la morbosità, per guadagnare salute e per risparmiare sui costi della lungo-assistenza, deve affrontare con maggiore rigore e determinazione i compiti di prevenzione delle dipendenze da fumo, prevenzione della sedentarietà e di un'alimentazione squilibrata e scorretta. Lo può fare adottando sia politiche di controllo e disincentivazione dell'offerta, e dell'adozione di questi comportamenti, sia politiche di disassuefazione, combinando approcci universalistici e ambientali con approcci selettivi, rivolti cioè ai gruppi a maggiore rischio di dipendenza e a minore autonomia.

Sui modi più efficaci di azione può lasciandosi guidare anche dalle variazioni nel rischio emerse in questi ultimi anni (2000-2005) e messe in luce dalla presente pubblicazione.

In questo senso, l'indagine dà conto di una regione in cui l'offerta d'interventi di prevenzione sanitaria e l'attitudine delle persone a rispondere hanno già dato esiti positivi.

Nel controllo periodico dei principali "killer biologici" come il colesterolo, la glicemia e la pressione arteriosa, i valdostani hanno già raggiunto una buona frequenza, più alta che nelle altre regioni, e lo hanno fatto soprattutto *senza apparenti disuguaglianze sociali* di distribuzione (anzi, nel caso della pressione arteriosa, addirittura con esiti migliori tra i meno istruiti).

Ancora di più i valdostani hanno risposto positivamente allo screening dei tumori femminili, per i quali, l'offerta e la domanda in Valle d'Aosta, raggiunge tassi di utilizzo dei test diagnostici relativi, in assenza di sintomi, che sono crescenti nel tempo e più alti che nelle altre regioni, e questo, ancora, senza apparenti disuguaglianze sociali di accesso (se non nelle donne sole).

Analogamente si può dire nell'utilizzo della profilassi antinfluenzale, per la quale la diffusione del vaccino tra gli anziani è in crescita e anche in questo caso senza apparenti disuguaglianze sociali se non quelle a sfavore delle persone sole.

Dunque la realtà sociale e dei servizi valdostana è pronta per un ulteriore passo in avanti che si prefigga risultati altrettanto significativi sia sugli stili di vita, sia sulle disuguaglianze sociali. Non è, infatti, sufficiente accontentarsi del fatto che non si osservano differenze sociali nell'accesso agli interventi preventivi, *se prima ancora permangono differenze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio*: dove c'è esposizione più frequente e più intensa ai fattori di rischio, là dovrà esserci un maggiore ricorso agli interventi di prevenzione.

Passando al quadro della *distribuzione degli indici soggettivi di valutazione della salute*, fisica, psichica, mentale e della *frequenza di malattie croniche* e delle loro conseguenze sulla *limitazione funzionale* temporanea e permanente (fino alla disabilità), bisogna riconoscere che in Valle d'Aosta si tratta di una situazione di frequenza, e distribuzione per età e genere, abbastanza comparabile a quella che si osserva nel resto del Paese.

Un risultato, tuttavia, è particolarmente significativo: in Valle d'Aosta le differenze sociali sembrano relativamente modeste rispetto a quelle che si osservano in Italia e nel Nord-Ovest.

In particolare, le differenze a svantaggio delle persone meno istruite negli indici di salute e di malattia cronica sono lievi, solo leggermente più intense si osservano invece sulla scala dell'insoddisfazione economica e sulla scala della solitudine.

Questo fatto è particolarmente evidente nel caso della disabilità permanente, dove la situazione italiana è caratterizzata, a parità di età, da forti eccessi di prevalenza tra i meno istruiti e i più poveri, cosa che invece non si osserva in Valle d'Aosta. *L'equità è quindi maggiore in Valle d'Aosta* che altrove, dove considerata. Questo spunto appare particolarmente interessante per la riflessione sulle politiche.

Essendo che la disabilità permanente è il risultato di storie di salute e di assistenza che influenzano sia l'insorgenza della malattia che innesca la disabilità, sia l'aggravamento della disabilità stessa, se il dato di scarsa rilevanza dei determinanti sociali dovesse essere confermato, sarebbe interessante riuscire a valutare quanta parte di questa equità sociale di distribuzione degli esiti di salute è da attribuire al buon modello di *welfare* di una regione ad alta autonomia, come la Valle d'Aosta.

Arrivando per ultimo alle politiche sanitarie, la pubblicazione descrive una *distribuzione dell'uso delle visite mediche, degli accertamenti specialistici, dell'ospedale, dei farmaci e della medicina non convenzionale*, anche in questo caso, abbastanza comparabile a quanto accade nel resto d'Italia, salvo alcune eccezioni.

La prima è che la Valle d'Aosta si caratterizza per un uso più intensivo della specialistica e, soprattutto, della medicina non convenzionale.

La seconda è che non si osservano disuguaglianze sociali nell'accesso alla maggior parte dei livelli di assistenza o, addirittura, disuguaglianze a favore dei più poveri (nelle visite e negli accertamenti) o dei meno istruiti (farmaci)<sup>87</sup>.

Solo nel caso delle medicine non convenzionali le disuguaglianze sono a vantaggio dei più istruiti; e questo in assenza di significative disuguaglianze nella morbosità cronica, cioè del principale indicatore di fabbisogno di assistenza.

Dunque si profila un possibile, importante, *ruolo protettivo e garante, nella promozione dell'equità del Servizio Sanitario Regionale della Valle d'Aosta* che, se confermato anche da successivi studi, andrebbe non solo mantenuto e rafforzato, ma del quale sarebbe interessante valutarne l'impatto sulla salute e il ricorso ai servizi tra i valdostani.

Fa piacere, infine, registrare, che anche gli *indici di soddisfazione* espressi dai residenti sul Servizio Sanitario Regionale in Valle d'Aosta sono notevolmente e significativamente migliori che nel resto del Paese.

In conclusione, dall'esperienza valdostana emerge che questo modello di servizio sanitario regionale, in una regione autonoma, con una maggiore capacità di finanziamento e di spesa e, quindi, con un'offerta più generosa di livelli di assistenza, è effettivamente in grado di produrre risultati diretti sui comportamenti, sulla salute, sull'accesso alle cure e sulla soddisfazione che vanno nel senso dell'equità.

L'analisi fin qui condotta offre dunque molteplici spunti di discussione e di riflessione per la politica sanitaria regionale e molti altri spunti ancora potrebbero attivarsi se altri utilizzatori della presente pubblicazione avanzassero osservazioni tecniche provenienti da diversi ambiti specialistici, per analizzare congiuntamente, e con diverse capacità di lettura, questi dati.

Infatti, uno dei risultati documentati nella pubblicazione, è che il contesto valdostano, per molti fenomeni epidemiologici non differisce molto da quello italiano, pertanto gli utilizzatori specializzati, interessati a conoscere meglio la storia di salute, e di assistenza, di alcune specifiche voci nosologiche - come ad esempio il diabete o il disturbo osteoarticolare - per evitare i piccoli numeri osservabili nel campione valdostano, potrebbero utilizzare i dati nazionali o delle regioni del Nord-Ovest senza particolari remore. Si tratta dunque di un invito, da un lato, a non sprecare questa fonte informativa e i suoi dati e, dall'altro, a sottoporre nuovi bisogni conoscitivi specifici, affinché, dall'analisi congiunta e partecipata di più soggetti ai dati, si possano trarre indicazioni utili a migliorare ulteriormente, nel futuro, le condizioni di salute e di vita della popolazione valdostana.

Per concludere, la presente pubblicazione dà conto, in modo analitico, di come si distribuiscono in Valle d'Aosta i bisogni di salute, i comportamenti delle persone, l'uso dei servizi, secondo l'età, il genere, il luogo e le caratteristiche sociali delle persone, ma lascia ancora inesplorate altre relazioni importanti, ad esempio, in merito al rapporto tra salute e uso dei servizi:

Chi sono i grandi consumatori di assistenza sanitaria?

Come si distribuiscono per patologia?

Da chi si fanno orientare nelle scelte sull'assistenza sanitaria?

Quanto, e per cosa, spendono privatamente?

Quanto ne rimangono soddisfatti?

Attorno a questi grandi temi è concreto l'impegno a concentrare le analisi e gli approfondimenti di indagine futuri, compatibilmente al patrimonio di dati disponibili a livello regionale. Degli esiti verrà data diffusione nelle successive pubblicazioni.

---

<sup>87</sup>Un dato di equità del servizio sanitario regionale che già era emerso nella pubblicazione "Atlante di geografia sanitaria della Valle d'Aosta" a cura dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali dell'Assessorato Regionale Sanità, Salute e Politiche sociali (2007).



## L'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali

L'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali è un ufficio dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali. È stato istituito con la legge regionale n. 5 del 25 gennaio 2000, come modificata dall'art. 17 della legge regionale n. 21 del 4 agosto 2006, che recita:

all'art. 4

(Relazione sullo stato di salute e benessere sociale)

L'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali predisponde, ogni anno, una relazione sullo stato di salute e di benessere sociale della popolazione regionale.

La relazione sullo stato di salute e di benessere sociale ha una versione strategica e una versione congiunturale. La versione strategica, strutturata per problemi generali di salute e di benessere sociale della popolazione, è finalizzata a fornire elementi conoscitivi per la predisposizione del Piano socio-sanitario regionale ed è redatta nell'anno antecedente all'adozione, con legge regionale, del Piano socio-sanitario triennale. La versione congiunturale consiste nell'approfondimento specialistico su uno dei temi di rilevanza per la programmazione sanitaria o sociale regionale ed è prodotta annualmente nel biennio successivo a ciascuna relazione strategica.

La relazione annuale sullo stato di salute e di benessere sociale è illustrata dall'assessore regionale competente in materia di sanità e politiche sociali alla Giunta e al Consiglio regionale ed è divulgata dalla struttura di cui all'articolo 5, comma 1, anche mediante pubblicazione nel sito Internet della Regione.

all'art. 5

(Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali)

1. Nell'ambito della struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali opera l'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali con il compito di:

- produrre dati descrittivi sulla salute e sui bisogni di assistenza sociale della popolazione della regione, individuando indicatori utili ad identificare i problemi emergenti;
- individuare, sperimentare e applicare indicatori di qualità e di appropriatezza dei servizi sanitari e sociali a livello regionale;
- elaborare linee-guida relative alla qualità dei servizi;
- progettare, attivare, gestire e controllare i flussi informativi relativi alla domanda e al consumo di prestazioni;
- elaborare studi e ricerche su fasce di popolazione ai fini della rilevazione delle condizioni sociali, di vita e dello stato di salute;
- fornire ogni elemento utile alla programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale anche ai fini della elaborazione del piano socio-sanitario e della valutazione dei risultati;
- svolgere analisi mirate su specifici fenomeni sociali;
- fornire elementi di conoscenza metodica delle impostazioni e delle modificazioni che intervengono nell'organizzazione dei servizi pubblici e dei soggetti erogatori privati lucrativi e non lucrativi;
- predisporre la relazione sullo stato di salute e di benessere sociale come definita all'art.4;
- collaborare con le strutture competenti in materia di tutela dell'ambiente nell'individuazione dei fattori di rischio per la salute derivanti da attività umane e produttive in relazione allo stato dell'ambiente.

2. L'organizzazione ed il funzionamento dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali sono definiti nell'ambito dell'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di organizzazione dell'Amministrazione regionale.

3. Il responsabile dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali risponde del trattamento dei dati personali posseduti e, nell'esercizio dell'attività di informazione, deve garantire la tutela delle persone fisiche e giuridiche rispetto al trattamento dei dati personali, ferma restando, in rapporto ai compiti esercitati, la responsabilità dei dirigenti delle strutture in cui si articola la struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali ai fini di quanto previsto dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) come modificata, da ultimo, dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 282.”

Dal 2000 ad oggi l'Osservatorio ha predisposto un proprio Piano di attività pluriennale ed ha individuato dei referenti esterni regionali sia per la componente epidemiologica, sia per quella sociale.

Sono state già pubblicate :

- La Relazione Sanitaria e Sociale 1999 – 2000
- La Relazione Sanitaria e Sociale 2001
- Cause di ricovero in Valle d'Aosta (2002)
- Gioca d'Anticipo e vinci la Vita – ottobre 2002
- Gli Anziani in Valle d'Aosta (2002)
- Gioca d'Anticipo e vinci la Vita – ottobre 2003
- Gli Infortuni in Valle d'Aosta 1991-2000 (2004)
- Immagini di salute dei distretti socio sanitari della Valle d'Aosta - giugno 2004
- Osservatorio Regionale per le Politiche sociali – Primo Rapporto - aprile 2005
- Ricoveri degli stranieri in Valle d'Aosta, in: Secondo Rapporto su Vulnerabilità e Povertà in Valle d'Aosta (2005)
- Atlante della Mortalità in Valle d'Aosta 1980 - 2003 – marzo 2005
- Sguardo d'insieme, in “Disabilità in Valle d'Aosta”, a cura della Direzione Politiche sociali – dicembre 2005
- Epidemiologia delle malattie infettive in Valle d'Aosta 1995 - 2005 – giugno 2006
- Salute ed Ambiente. Quaderno di Epidemiologi Ambientale, n.0 – agosto 2006
- Osservatorio Regionale per le Politiche sociali – Secondo Rapporto - dicembre 2006

- Le famiglie monogenitoriali in Valle d'Aosta - Esiti di un'indagine regionale - aprile 2007
- Osservatorio Regionale per le Politiche sociali – Terzo Rapporto - dicembre 2007
- Le famiglie monogenitoriali in Valle d'Aosta - Politiche a favore della famiglia - ottobre 2007
- Atlante di Geografia Sanitaria della Valle d'Aosta – dicembre 2007
- Osservatorio Regionale per le Politiche sociali – Quarto Rapporto - dicembre 2008
- Quali sono le condizioni di vita in Valle d'Aosta? Esiti dell'indagine regionale sulla povertà - ottobre 2009

Il presente volume non è in vendita.

Esso verrà inviato, nei limiti della disponibilità, a chi ne farà richiesta al seguente indirizzo:

Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali

Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

Via de Tillier, 30 – 11100 Aosta

Tel. 0165/274238 Fax 0165/274300

Copia elettronica di questo volume sarà disponibile nel sito internet della Regione Autonoma Valle d'Aosta all'indirizzo:  
[www.regione.vda.it/sanita/oreps/pubblicazioni](http://www.regione.vda.it/sanita/oreps/pubblicazioni)