



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Scheda regionale

Valle d'Aosta

La Valle d'Aosta è la più piccola regione d'Italia; con poco meno di 125.000 ab. rappresenta lo 0,2% della popolazione nazionale. Ogni valutazione che venga effettuata sullo stato di salute o sui suoi molteplici determinanti, deve considerare l'esiguità numerica dell'ambito di studio. Oltre a ciò, nei casi in cui i dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati a quelli del Piemonte (dati di sopravvivenza, prevalenza di consumatori di bevande alcoliche, mortalità di stranieri residenti), il commento non è ragionevole per la bassa prevalenza della popolazione valdostana su quella piemontese.

La natura speciale dello Statuto regionale conferisce a questa regione poteri più ampi in alcuni settori di influenza per la salute e nell'organizzazione dei servizi; quest'ultima si caratterizza per un'offerta di strutture totalmente pubblica ed estremamente capillare sul territorio al fine di favorire la massima accessibilità in un contesto orografico interamente di alta montagna. L'offerta sanitaria si compone pertanto di: un ospedale regionale organizzato su tre sedi situate nel capoluogo regionale per una dotazione complessiva di 467 p.l. (3,8 ogni 1.000 ab. e in linea con la media nazionale di 3,7);

Popolazione media residente Anno 2006

Totale	124.395
Maschi	61.227
Femmine	63.168

Dati strutturali Anno 2005 - Valle d'Aosta

	Numero	Posti letto	Posti per 1.000 ab.
Strutture pubbliche*	1	467	3,8
Strutture private accreditate**	0	0	0
Case di cura private (non accreditate)	0	-	-

Dati strutturali Anno 2005 - Italia

	Numero	Posti letto	Posti per 1.000 ab.
Strutture pubbliche*	669	214.225	3,7
Strutture private accreditate**	553	51.130	0,9
Case di cura private (non accreditate)	73	-	-

* Aziende Ospedaliere, Ospedali a Gestione Diretta, Policlinici Universitari, Istituti a Carattere Scientifico, Ospedali Classificati o Assimilati, Istituti Prestidio della ASL, Enti di Ricerca

** Case di cura accreditate

Le fonti dei dati delle schede regionali

Dati generali della regione e popolazione residente (2005)

Fonte: www.demo.istat.it

Dati sullo stato di salute e la qualità dell'assistenza (2000-2006)

Fonte: Rapporto Osservasalute 2007. Prex S.p.A. 2007

Dati strutturali (2004)

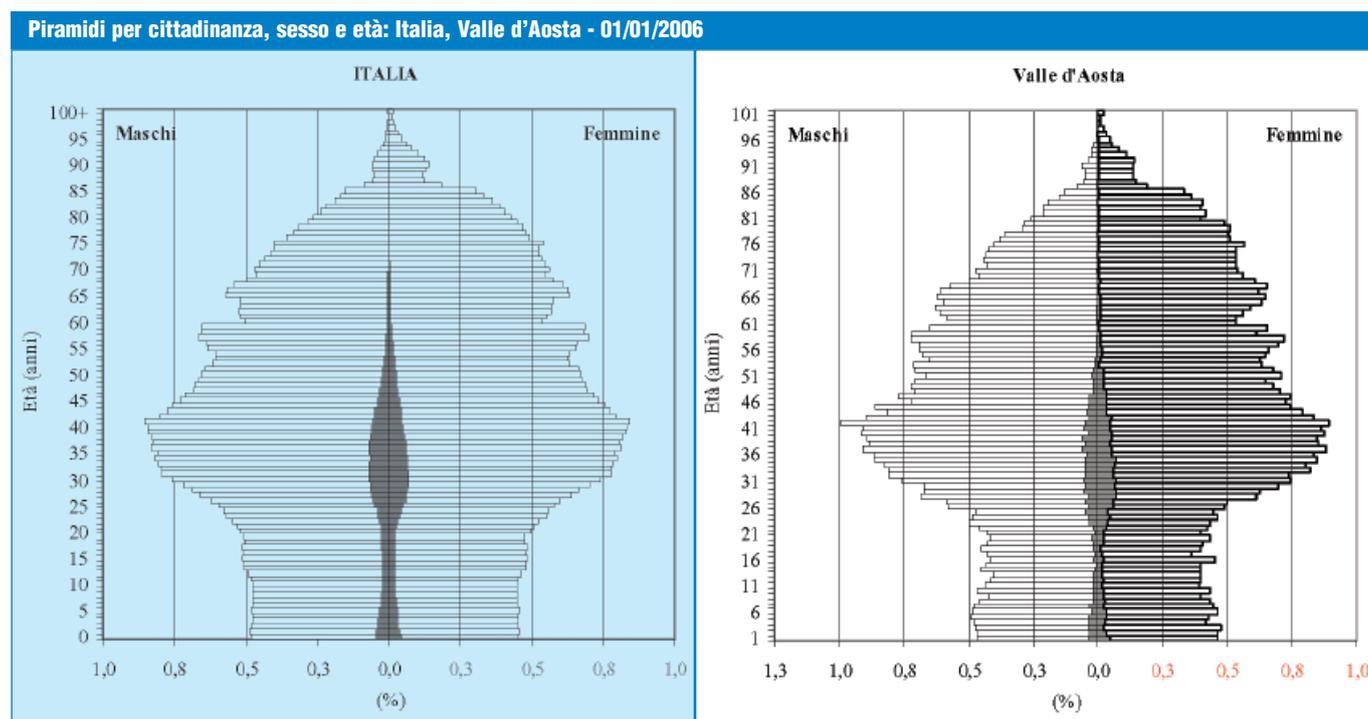
Fonte: Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale "Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere" - Anno 2004. 42-46,55 Maggio 2005

una AUSL organizzata su 4 Distretti socio-sanitari (Alta Valle, Aosta e cintura, Media Valle e Bassa Valle), sedi di altrettanti poliambulatorii specialistici; oltre a 6 centri traumatologici situati in prossimità delle più frequentate stazioni sciistiche invernali per meglio rispondere al problema della sicurezza durante la pratica delle discipline sportive. E' ancora assente, invece, una dotazione di p.l. interamente dedicata ai percorsi riabilitativi che vengono attualmente prestati in parte all'interno del percorso ospedaliero (talvolta anche a scapito della durata della degenza), in parte secondo i protocolli previsti dalla continuità assistenziale presso le strutture dei servizi territoriali.

Erogare servizi sanitari in un territorio piccolo, scarsamente popolato e di montagna comporta senza dubbio difficoltà maggiori e impone scelte differenziate: parametri diversi in termini, ad esempio, di p. l. per ab., tassi di ospedalizzazione più alti rispetto alle zone di pianura o urbane, un sistema di emergenza più complesso ed altro ancora. Svantaggi naturali dovuti alla più difficile accessibilità ai servizi, svantaggi climatici ed orografici, squilibri nella struttura demografica specialmente nelle popolazioni residenti nelle vallate minori e laterali rispetto l'asse viario centrale e talvolta squilibri sociali di quelle stesse popolazioni (più anziane e meno istruite) rendono più difficile in montagna l'applicazione di modelli basati interamente su logiche di efficacia e su valutazioni di economia di scala. Per fronteggiare questi svantaggi la regione nel 1995 ha deciso l'uscita dal Fondo Sanitario Nazionale. L'elevata spesa pro capite sostenuta, quindi, per la sanità valdostana, viene autofinanziata interamente dal bilancio

regionale sostenendo costi superiori fino al 30% per erogare, a parità di altre condizioni, i servizi per il mantenimento e la salvaguardia della salute in territori di montagna rispetto ad altre zone pianeggianti e altamente urbanizzate del paese. Un'evidenza di maggiore spesa rispetto alla media nazionale che, già nel 2000 una Commissione appositamente istituita presso il Ministero della Salute sui problemi della sanità in montagna, aveva quantificato nell'ordine del 20%.

Nonostante il difficile equilibrio tra efficacia ed efficienza le montagne sono anche territori di qualità come dimostrato dai valori inferiori alla media nazionale sia di concentrazioni medie giornaliere di PM10 (41 contro 33 nel 2004), sia di giornate medie di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere (che sono state 50 contro i 53 della media nazionale). Questo è, quindi, riferibile a valori reali ed oggettivi di sanità e salubrità dell'aria e delle acque, alla presenza di vaste aree boschive, alla minore incidenza di inquinamento acustico e atmosferico, a stili di vita maggiormente inclini alla pratica sportiva specie non agonistica e all'utilizzo di prodotti alimentari di certificata genuinità. Va detto infine che una spesa sanitaria pro capite superiore di quasi 400 € ai valori medi nazionali (2.003 € contro 1.688 €) si traduce per la Valle d'Aosta anche in un numero maggiore di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA nazionali oltre che in interventi specifici volti a contrastare gli effetti sulla salute e sul corretto ricorso ai servizi prodotto dalle disuguaglianze sociali in un contesto dove, un generale più elevato costo della vita, svantaggerebbe ulteriormente le popolazioni disagiate e con bassa posizione sociale.



Nota: all'interno delle piramidi, in colore più scuro, è rappresentata la popolazione residente straniera

Aspetti demografici

	Tasso fecondità totale		Saldo migratorio totale		Indice di invecchiamento		% anziani di età 85 e oltre	
	2003	2004	2005	2006	2004	2005	2005	2006
	Valle d'Aosta	1.291,6	1.332,7	1.255	826	150,44	151,75	2,04
Italia	1.293,2	1.322,6	-	-	136,86	138,89	1,98	2,15

Sopravvivenza e mortalità

	Speranza di vita alla nascita*o				Speranza di vita a 65 anni*o				Speranza di vita a 75 anni*o			
	2005 M	2005 F	2006 M	2006 F	2005 M	2005 F	2006 M	2006 F	2005 M	2005 F	2006 M	2006 F
Valle d'Aosta	77,5	83,2	77,9	83,6	17,3	21,1	17,5	21,4	10,4	13,0	10,6	13,2
Italia	77,8	83,5	78,3	83,9	17,4	21,2	17,7	21,5	10,6	13,1	10,8	13,3

	Tasso std di mortalità oltre il primo anno di vita (per 10.000)				Tasso std di mortalità malattie sistema circolatorio (per 10.000)*				Tasso std di mortalità per tumori (per 10.000)*			
	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F
Valle d'Aosta	110,43	58,99	100,89	56,13	36,71	25,09	34,70	17,79	43,90	12,72	36,59	21,20
Italia	101,49	60,36	93,26	54,22	38,23	25,50	34,45	22,16	32,80	16,69	32,06	16,84

	Tasso std di mortalità per malattie apparato respiratorio (per 10.000)*				Tasso std di mortalità per malattie apparato digerente (per 10.000)*				Tasso std di mortalità per cause violente (per 10.000)*			
	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F
Valle d'Aosta	6,50	3,08	7,45	2,54	4,48	4,38	4,05	2,41	8,95	5,85	4,37	2,04
Italia	8,51	3,31	6,83	2,57	4,43	2,57	4,03	2,39	5,52	2,35	4,93	2,11

	Tasso std di mortalità tumori stomaco (per 10.000)*				Tasso std di mortalità tumori colon-retto-ano (per 10.000)*o				Tasso std di mortalità tumori trachea bronchi polmoni (per 10.000)*				Tasso std di mortalità tumori mammella per le donne (per 10.000)*	
	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F	2003	2004
Valle d'Aosta	1,40	2,11	3,10	1,03	5,34	1,31	1,96	1,75	9,34	1,21	7,05	1,11	2,35	3,09
Italia	2,17	1,02	2,22	1,08	3,16	1,86	3,19	1,89	8,93	1,64	8,66	1,76	2,96	2,76

* dati provvisori
 o i dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati con quelli del Piemonte

Fattori di rischio e stili di vita Il fumo, il peso, l'alcol e l'alimentazione

	Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre		% persone obese		% persone in sovrappeso		Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre		% consumo verdure*		% consumo ortaggi*		% consumo frutta*	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2005 M	2005 F	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Valle d'Aosta	21,0	19,9	9,0	6,6	32,7	30,8	84,3	61,5	57,6	48,9	53,1	42,9	73,2	69,6
Italia	25,0	22,0	9,0	9,9	33,6	34,7	82,1	58,1	48,5	48,9	42,4	40,8	76,7	77,3

* almeno una volta al giorno di persone di 3 anni e oltre
 o i dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati con quelli del Piemonte

Copertura vaccinale

Tasso copertura vaccinale antinfluenzale (per 100)

	Stagione 2003-2004						Stagione 2005-2006					
	< 5 anni	5-14	15-24	25-64	65+	Totale	< 5 anni	5-14	15-24	25-64	65+	Totale
Valle d'Aosta	1,5	1,2	3,9	4,5	55,3	13,9	3,0	2,1	1,6	8,5	63,1	18,0
Italia	4,0	3,1	3,5	6,9	63,4	17,5	5,8	4,7	2,8	8,4	68,3	19,4

Screening mammografico

	Estensione effettiva % (50-69 anni)	
	2005	2006*
Valle d'Aosta	82	89
Italia	50	57

* dati preliminari

Incidenti

	Tasso std di mortalità per incidenti: mezzi di trasporto (per 10.000)		Tasso di incidenti stradali (per 1.000)		Tasso di infortuni sul lavoro (per 100.000)		Tasso di mortalità per infortuni sul lavoro (per 100.000)	
	2002 M	2002 F	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Valle d'Aosta	3,95	0,39	3,32	2,97	6.258,10	5.816,12	10,79	4,37
Italia	1,99	0,48	3,86	3,84	5.488,83	5.410,83	7,54	6,95

Ambiente

	Media annua delle concentrazioni medie giornaliere di PM ₁₀		N° medio gg di superamento limite delle concentrazioni medie giornaliere di PM ₁₀	
	2003	2004	2003*	2004
	Valle d'Aosta	35	33	51
Italia	41	33	80	53

Malattie cardiovascolari

	Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario malattie cerebrovascolari (per 100.000)		Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario ictus ischemico (per 100.000)		Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario malattie ischemiche (per 100.000)		Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario infarto acuto del miocardio (per 100.000)	
	2003 M	2003 F	2003 M	2003 F	2003 M	2003 F	2003 M	2003 F
Valle d'Aosta	511,17	358,35	305,21	255,69	489,74	149,86	267,17	72,17
Italia	540,75	385,73	304,30	237,07	657,83	261,08	244,01	95,38

	Tasso std di mortalità ospedaliera malattie cerebrovascolari (per 100.000)		Tasso std di mortalità ospedaliera ictus ischemico (per 100.000)		Tasso std di mortalità ospedaliera malattie ischemiche (per 100.000)		Tasso std di mortalità ospedaliera infarto acuto del miocardio (per 100.000)	
	2003 M	2003 F	2003 M	2003 F	2003 M	2003 F	2003 M	2003 F
Valle d'Aosta	100,40	66,64	72,05	53,60	29,16	13,68	18,20	9,92
Italia	40,01	30,91	25,40	21,20	24,56	14,23	18,76	11,23

Malattie metaboliche

	Tasso std di mortalità per diabete mellito (per 10.000)				Tasso std di dimissioni ospedaliere per diabete mellito (per 10.000)			
	2001 M	2001 F	2002 M	2002 F	2003 M	2003 F	2004 M	2004 F
	Valle d'Aosta	2,42	1,90	0,76	2,43	1,28	1,79	3,18
Italia	3,12	3,04	3,14	2,84	10,42	9,59	10,02	9,02

Malattie infettive

	Tasso di incidenza AIDS (per 100.000)		Tasso std di incidenza salmonellosi (non tifoide) (per 100.000)		Tasso std di incidenza epatite A (per 100.000)		Tasso std di incidenza diarree infettive (per 100.000)	
	2005	2006	1993	2004	2003	2004	1993	2004
Valle d'Aosta	0,8	1,7	29,27	3,34	8,23	4,08	3,32	0,00
Italia	1,8	1,7	34,27	15,89	3,33	4,25	2,31	4,44

Tumori

	Tasso std medio di incidenza (per 100.000)							
	Tutti i tumori		Tumore mammella delle donne		Tumore colon-retto		Tumore polmone	
	2003-07 M	2003-07 F	2003-2007		2003-07 M	2003-07 F	2003-07 M	2003-07 F
Valle d'Aosta	522,06	424,76	158,27		73,10	53,78	89,95	21,71
Italia	455,34	391,71	123,73		90,31	61,54	92,01	22,15

Disabilità

	Tasso std di persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia (per 1.000)		Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni		Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni		Famiglie che avrebbero bisogno dell' ADS* con almeno una persona disabile (per 100)	
	2004-2005		2004-2005 M	2004-2005 F	2004-2005 M	2004-2005 F	2004-2005	
Valle d'Aosta	4,0		60,9	64,0	15,2	16,6	22,3	
Italia	4,8		60,5	63,5	14,9	16,1	32,8	

* ADS = Assistenza Domiciliare Sanitaria

Salute mentale e dipendenze

	Tasso std di dimissioni ospedaliere per patologia psichica (per 10.000)				Tasso di mortalità per abuso stupefacenti 15-44 anni (per 100.000)	
	2001 M	2001 F	2004 M	2004 F	2005	2006
Valle d'Aosta	80,6	69,6	75,7	59,9	2,01	0,00
Italia	57,6	54,9	53,1	51,0	2,52	2,15

Salute materno-infantile

	Tasso std di abortività volontaria (per 1.000)		Rapporto std di abortività spontanea (per 1.000)		% parti cesarei	
	2003	2004	2003	2004	2004	2005
Valle d'Aosta	10,8	10,7	86,3	99,2	27,4	30,4
Italia	9,3	9,7	113,1	124,8	37,7	38,2

Salute degli immigrati

	Nati da genitori entrambi stranieri		Tasso std di mortalità di stranieri residenti*	
	2003	2004	2004 M	2004 F
Valle d'Aosta	57	92	21,24	15,96
Italia	32.372	46.598	21,62	12,74

* i dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati con quelli del Piemonte

Assetto economico-finanziario

	Spesa sanitaria pubblica pro capite (in €)		Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €)		Utile o perdita media di esercizio pro capite delle Asl (in €)	
	2005	2006	2005	2006	2004	2005
Valle d'Aosta	1.829	2.003	-57	-56	6,72	12,15
Italia	1.648	1.688	59	43	-115,41	-119,10

Assetto istituzionale-organizzativo

	% posti letto in regime ordinario in istituti pubblici		% posti letto in regime ordinario in istituti privati accreditati		% posti letto in regime ordinario in istituti privati	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Valle d'Aosta	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Italia	77,8	77,0	19,1	19,9	22,2	23,0

Assistenza territoriale

	Tasso std medio di dimissioni osp per complicanze a lungo termine per asma (per 1.000)		Tasso std medio di dimissioni osp per complicanze a lungo termine per diabete mellito (per 1.000)	
	2004	2005	2004	2005
Valle d'Aosta	0,15	0,10	0,30	0,14
Italia	0,21	0,19	0,51	0,47

Assistenza farmaceutica

	Consumo farmaci a carico del SSN in DDD/1.000 ab die*		Spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SSN (in €)	
	2005	2006	2005	2006
Valle d'Aosta	758	786	188,6	185,7
Italia	807	857	231,6	228,8

* numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti

Assistenza ospedaliera

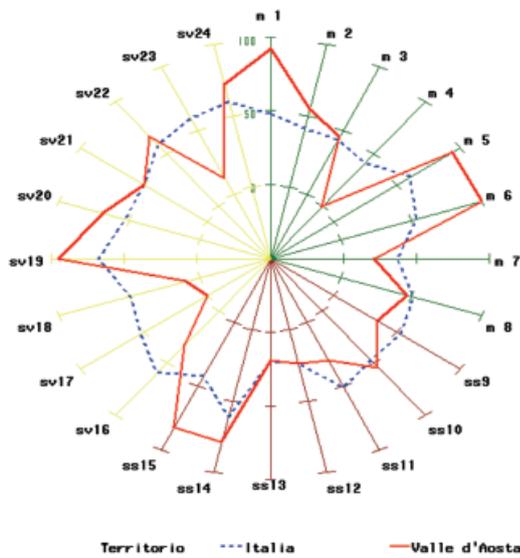
	Tasso std di dimissioni ospedaliere		Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario		Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime day hospital		Degenza media grezza	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Valle d'Aosta	183,67	180,83	129,25	126,29	54,42	54,54	8,6	7,6
Italia	212,28	207,79	146,22	141,00	66,05	66,78	6,7	6,7

Trapianti

	Tasso donatori d'organo segnalati (PMP)		Tasso donatori d'organo utilizzati (PMP)		Tasso donatori d'organo effettivi (PMP)		% di trapianti eseguiti su pazienti residenti	% di trapianti eseguiti su pazienti residenti in altra regione
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2006	2006
Valle d'Aosta	8,4	0,0	8,4	0,0	8,4	0,0	n. d.	n. d.
Italia	34,4	36,6	19,6	20,0	21,0	21,7	65,0	35,0

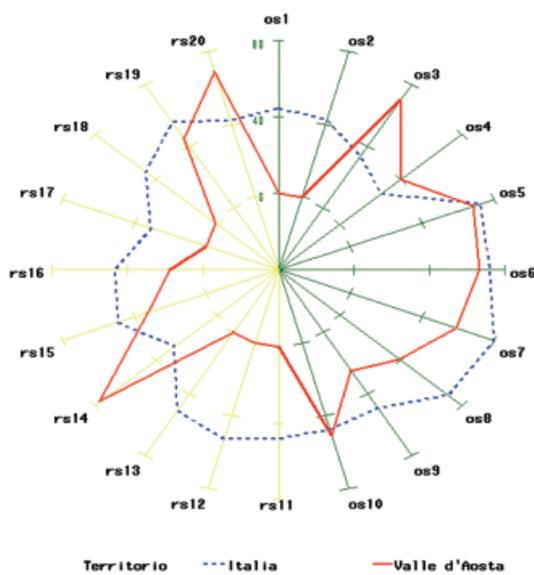
PMP = per milione di popolazione
n. d. = non disponibile

Grafico 1 - Stili di vita e stato di salute della popolazione



- m1 = Tasso std di mortalità oltre il primo anno di vita, M
- m2 = Tasso std di mortalità oltre il primo anno di vita, F
- m3 = Tasso std di mortalità malattie sistema circolatorio, M
- m4 = Tasso std di mortalità malattie sistema circolatorio, F
- m5 = Tasso std di mortalità per tumori, M
- m6 = Tasso std di mortalità per tumori, F
- m7 = Tasso std di mortalità per cause violente, M
- m8 = Tasso std di mortalità per cause violente, F
- ss9 = Tasso di incidenti stradali
- ss10 = Tasso di infortuni sul lavoro
- ss11 = Tasso std di persone con disabilità di 6 anni e oltre che vivono in famiglia
- ss12 = Tasso incidenza AIDS
- ss13 = Tasso std incidenza epatite A
- ss14 = Tasso std incidenza tutti i tumori
- ss15 = Tasso std incidenza tumore alla mammella delle donne
- sv16 = Prevalenza di fumatori di 14 anni e oltre
- sv17 = Percentuale di persone obese
- sv18 = Percentuale di persone in sovrappeso
- sv19 = Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre, M
- sv20 = Prevalenza consumatori bevande alcoliche di 11 anni e oltre, F
- sv21 = Percentuale di consumo di verdure
- sv22 = Percentuale di consumo di ortaggi
- sv23 = Percentuale di consumo di frutta
- sv24 = Tasso std di abortività volontaria

Grafico 2 - Domanda, offerta e utilizzo delle risorse sanitarie



- os1 = Tasso std di dimissioni ospedaliere per diabete mellito, M
- os2 = Tasso std di dimissioni ospedaliere per diabete mellito, F
- os3 = Tasso std di dimissioni ospedaliere per patologia psichica, F
- os4 = Tasso std di dimissioni ospedaliere per patologia psichica, F
- os5 = Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per malattie cerebrovascolari, M
- os6 = Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per malattie cerebrovascolari, F
- os7 = Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per malattie ischemiche, M
- os8 = Tasso std di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per malattie ischemiche, F
- os9 = Tasso std di dimissioni ospedaliere
- os10 = Posti letto per 1.000 abitanti in strutture pubbliche
- rs11 = Tasso donatori d'organo segnalati
- rs12 = Tasso donatori d'organo utilizzati
- rs13 = Tasso donatori d'organo effettivi
- rs14 = Spesa sanitaria pubblica pro capite
- rs15 = Consumo farmaci a carico del SSN in DDD/1.000 abitanti Die
- rs16 = Spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SSN
- rs17 = Tasso std medio di dimissioni ospedaliere per complicanze a lungo termine per asma
- rs18 = Tasso std medio di dimissioni ospedaliere per complicanze a lungo termine per diabete mellito
- rs19 = Tasso copertura vaccinale antinfluenzale
- rs20 = Screening mammografico

Per ottenere una visione globale della situazione della singola regione rispetto al dato nazionale, sono stati creati due grafici a stella a partire dagli indicatori contenuti nella scheda regionale. Le osservazioni rappresentate mediante questi grafici assumono la forma di una stella, con un raggio per ogni indicatore. L'origine dei grafici è posta uguale al valore minimo assunto dall'insieme degli indicatori rappresentati. Se il punto della regione è più esterno di quello dell'Italia significa che per quell'indicatore la regione presenta un valore più elevato della media italiana (e viceversa). Per ciascun indicatore è stato considerato l'ultimo anno disponibile. Per permettere una corretta interpretazione dei grafici, è stato necessario provvedere ad una standardizzazione dei dati poiché, ciascun indicatore si riferisce ad una diversa unità di misura. La tecnica adottata fa riferimento alla seguente espressione:

$$Y_{ij} = \frac{X_{ij} - \min(X_j)}{\max(X_j) - \min(X_j)} 100$$

dove i indica la regione e j l'indicatore, $\min(X_j)$ (o $\max(X_j)$) è il valore minimo (o massimo) dell'indicatore j tra le regioni. Questa trasformazione è costante per cambiamenti di scala e consente di portare il campo di variazione dei dati tra 0 e 100 mantenendo la diversità tra medie e varianze degli indicatori coinvolti. Il primo grafico considera gli stili di vita e lo stato di salute della popolazione, con il colore verde sono stati rappresentati gli indicatori sulla mortalità; con il colore bordeaux gli indicatori dello stato di salute eccetto la mortalità precedentemente considerata; infine il colore giallo si riferisce agli indicatori sugli stili di vita. Il secondo grafico tiene conto degli indicatori rappresentativi dell'offerta della domanda e dell'utilizzo delle risorse sanitarie presenti nella regione, in particolare il colore verde identifica gli indicatori relativi all'attività ospedaliera in senso stretto, il colore giallo, invece, gli indicatori relativi al resto del sistema sanitario.

Descrizione dei risultati

L'immagine di sintesi dello stato di salute e del ricorso ai servizi da parte della popolazione valdostana si compone di luci ed ombre. Le eccellenze osservate in alcuni segmenti dell'assistenza coesistono con ambiti che evidenziano riserve di salute a cui è ancora possibile attingere per un migliore profilo di salute. La popolazione ha un indice di invecchiamento superiore a quello nazionale: 151,75 anziani ogni 100 giovani, contro 138,89. La crescita demografica è garantita sia dall'aumento della sopravvivenza anche nelle età più elevate, sia dall'inserimento di popolazioni immigrate, prevalentemente in età attiva, con una propensione riproduttiva superiore agli autoctoni. Nel 2006 la percentuale di ultra ottantacinquenni in Valle d'Aosta è superiore all'anno precedente (2,18% contro 2,04%) e riguardo gli esiti riproduttivi, il tasso di fecondità totale, di 1.332,7, risulta essere di poco superiore a quello medio nazionale di 1.322,6. La mortalità generale, seppure in flessione per effetto delle migliorate condizioni di salute e di vita dei cittadini, è ancora superiore alla media nazionale, specie tra gli uomini. Nel 2004 il tasso di mortalità oltre il primo anno di vita, per tutte le cause, corretto per l'effetto dell'età è tra gli uomini di 100,89 per 10.000, contro 93,26 della media nazionale, evidenziando uno scarto di oltre 7 punti che si è ridotto rispetto il 2003 di quasi 2 punti. Meglio tra le donne, ma rimangono eccessi di mortalità sulla media nazionale con un tasso di 56,13 ogni 10.000, a fronte di 54,22. Ciò si osserva soprattutto per i tumori in entrambi i generi. Nel 2004 il tasso medio standardizzato per questa causa è di 36,59 ogni 10.000 tra gli uomini, contro una media italiana di 32,06, e di 21,20 ogni 10.000 tra le donne, contro una media italiana di 16,84.

Su questo profilo sfavorevole incidono alcuni tradizionali svantaggi che le zone di montagna mantengono rispetto alle zone di pianura ed urbane. Questi possono essere specifici, dovuti alla distanza dai presidi e alla difficile percorrenza stradale in inverno, o generici, dovuti all'isolamento, alle minori relazioni con l'esterno, o agli stili di vita negativi, come l'abuso di alcol. Più in generale incidono fattori che condizionano sfavorevolmente il ricorso appropriato e tempestivo alle cure da parte di specifici sottogruppi di popolazione. Ne è un esempio di appropriatezza il tasso di copertura vaccinale antinfluenzale tra gli anziani, ancora inferiore alla media nazionale (63,1 ogni 100 anziani valdostani contro i 68,3 della media nazionale) e di tempestività delle cure, l'elevata mortalità ospedaliera per malattie cerebrovascolari e ictus ischemico, rispettivamente, nel 2003, di 100,40 uomini ogni 100.000 a fronte di 40,01 italiani e di 66,64 valdostane ogni 100.000 a fronte di 30,91 della media nazionale. Analogamente, i decessi ospedalieri per ictus ischemico sono stati, nello stesso anno, di 72,05 uomini ogni 100.000 invece di 25,40 italiani e di 53,60 donne ogni 100.000 invece di 21,20 della media nazionale. Per contro, le ridotte dimensioni ed il contesto poco urbanizzato permettono ancora di porre al centro la persona in condizioni di particolare bisogno, specie in particolari segmenti dell'assistenza con buoni esiti sulla salute. Si vedano al riguardo sia i dati sull'elevata adesione allo screening mammografico (89% contro 57% nazionale), sulla bassa mortalità per diabete (0,76 ogni 10.000 contro 3,14 negli italiani nel 2002 e, tra le donne 2,43 contro 2,84) oppure, ancora, sull'incidenza di tumore del colon retto in entrambi i generi nel periodo 2003-2007 (73,10 ogni 100.000 uomini in Valle d'Aosta tra gli uomini contro 90,31, e 53,78 donne ogni 100.000 contro 61,54 italiane) e sul tumore al polmone (89,95 ogni 100.000 valdostani contro 92,01 e 21,71 ogni 100.000 valdostane contro 22,15). Infine, sul fronte dell'assistenza, è presente un adeguato ricorso al taglio cesareo (30,4% nel 2004 nel 2005 in Valle d'Aosta contro 38,2 in Italia), una percentuale di famiglie con disabili non assistite (pur a fronte di un bisogno) nettamente inferiore alla media nazionale (22,3% contro 32,8%). I grafici a stella consentono di visualizzare in forma sintetica i principali risultati. Il grafico 1 relativo agli stili di vita ed allo stato di salute della popolazione evidenzia, rispetto all'Italia, una minor frequenza di fumatori ed una minor percentuale di persone in sovrappeso od obese, mentre un maggior consumo di bevande alcoliche. Sul fronte dello stato di salute emerge il problema della maggior frequenza dei tumori (sia come incidenza che come mortalità) ed una maggiore mortalità oltre il primo anno di vita. Nel grafico 2 relativo alla domanda, offerta e utilizzo delle risorse sanitarie emerge chiaramente una maggiore ospedalizzazione per patologia psichica, una maggiore spesa sanitaria pubblica pro capite, una minore spesa farmaceutica lorda pro capite a carico del SSN e una maggiore diffusione di programmi di screening mammografico.

Raccomandazioni

Un servizio sanitario che si rivolge ad una popolazione esigua, in un territorio costituito dalle più alte montagne d'Europa, con una accessibilità limitata e tre soli varchi di cui uno verso il Piemonte e due verso Francia e Svizzera, deve necessariamente tenere conto di questa sua specificità per rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione residente.

Data la natura del territorio e le sue specificità assistenziali, favorite anche dalla copertura interamente regionale del bilancio per la sanità, occorre ricercare la sostenibilità del rapporto tra risorse ed attività, o prestazioni, con una particolare attenzione alle disuguaglianze nella salute, particolarmente visibili nei residenti nelle vallate laterali, nei comuni altimetrici più elevati, nei soggetti meno istruiti e nelle persone sole o a basso reddito, specie se anziane. Le disuguaglianze nella salute traggono origine sia dal modo con cui la società valdostana produce, distribuisce risorse e sostiene le capacità di fruirne con politiche generali e di settore, sia da meccanismi più prossimali, legati ad una diseguale distribuzione dei fattori di rischio per la salute in specifici sottogruppi di popolazione.

Le disuguaglianze nel sistema e nell'assistenza sanitaria nascono quando le caratteristiche sociali della persona, della famiglia o del contesto costituiscono un ostacolo all'accesso e all'utilizzo degli interventi efficaci e sicuri con cui la medicina e la sanità si prendono cura della salute e del benessere delle persone. Occorre quindi da un lato, mantenere e potenziare l'attuale modello organizzativo sanitario, fortemente capillarizzato e diversificato, potenziando la continuità assistenziale, la domiciliarità, le cure riabilitative anche residenziali e, non da ultime, le reti familiari, il volontariato e le forme di mutuo aiuto, da sempre risorsa spontanea nelle popolazioni di montagna a forte vocazione solidaristica. Dall'altro, occorre però sottomettere anche i percorsi assistenziali che hanno maggiore impatto in termini di speranza e di qualità di vita, ad una rigorosa verifica di processo e di risultato per valutare se, nei punti più critici di ogni percorso assistenziale, non si verificano discriminazioni attive od omissioni assolutamente non volute, ma attribuibili a comportamenti professionali o a scelte organizzative del sistema sanitario locale.

Infine, programmare e decidere in un territorio di piccole dimensioni deve comportare la consapevolezza che non sono le ridotte dimensioni a garantire una corretta conoscenza dei bisogni, quanto la metodologia fatta di sinergie messe in campo tra approcci conoscitivi diversi, ma favoriti nelle loro interazioni produttive dal territorio di ridotte dimensioni. Solo attraverso l'interazione tra un approccio più intuitivo, globale nella visione e fondato su intuizioni ed un approccio invece analitico, fondato su ipotesi e teorie sottoposte a verifica secondo metodi validati, è possibile garantire che su una piccola regione non pesino decisioni fondate sulla erronea proiezione sulla realtà di un'idea di politica sanitaria che dispensa azioni e programmi in modo essenzialmente autoreferenziale ad essa. In Valle d'Aosta questa consapevolezza, già presente, deve essere estesa e ulteriormente rafforzata, implementando i già numerosi sistemi di conoscenza dei bisogni e delle differenze di salute nella popolazione, possibilmente con una raccomandazione: che si operi collegialmente nell'obiettivo di superare le caratteristiche di frammentarietà e di non totale adeguatezza per le finalità decisionali dell'attuale patrimonio di dati e informazioni. Occorre, quindi, che il sistema valdostano progetti e metta in opera, in tempi brevi, interventi minimi di correzione dei sistemi informativi, necessari ad aumentare la capacità di studiare, monitorare e valutare i problemi e gli interventi che riguardano l'equità nella salute e nel benessere sociale.

A cura di: Dott.ssa Patrizia Vittori



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Istituto di Igiene
Università Cattolica del Sacro Cuore

L.go Francesco Vito, 1 - 00168 Roma.

Tel 06-3015.6807/6808

Fax 06-3501.9535

www.osservasalute.it osservasalute@rm.unicatt.it