

LO STATO DI SALUTE

Questo capitolo ha l'obiettivo di descrivere lo stato di salute della popolazione anziana della Valle d'Aosta utilizzando indicatori che permettono di illustrare la diffusione delle malattie e le conseguenze che esse hanno sulla qualità di vita, soprattutto in termini di riduzione dell'autonomia funzionale e relazionale.

Gli indicatori di mortalità sono poco idonei a descrivere differenze tra aree geografiche o gruppi sociali negli anziani poiché, con il progredire dell'età, la probabilità di morte tende sempre più al 100% e di conseguenza le differenze tendono a scomparire.

Meglio allora descrivere la distribuzione delle malattie attraverso indicatori oggettivi, che fanno uso di rilevazioni documentali quali le schede di dimissioni ospedaliere (SDO) che sono in grado, meglio della mortalità, di documentare patologie che non portano al decesso, ma che possono compromettere la salute dell'anziano (1). Per alcune patologie croniche, non rilevabili attraverso le schede di dimissione ospedaliera, si utilizzano i dati dell'Indagine ISTAT "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari 2000".

Le ricadute sulla salute e sulla qualità della vita vengono descritte attraverso i dati ISTAT sulla disabilità nelle sue diverse forme di manifestarsi e secondo i diversi gradi di compromissione dell'autonomia funzionale e relazionale dell'anziano.

L'ultima parte del capitolo è dedicata agli indicatori riferiti alla salute percepita, cioè a come gli anziani valutano il proprio grado di benessere sia fisico che psicologico, integrati dai dati sull'uso di farmaci antinevralgici, di tranquillanti e di sonniferi.

Di ogni fenomeno considerato ne viene analizzata la distribuzione in funzione di alcuni indicatori socio-economici (livello di istruzione e soddisfazione per le risorse economiche), familiare (stato civile e tipologia familiare) e geografica (dimensione del comune di residenza).

Cause di ricovero

Di seguito è descritta la presenza e la diffusione delle malattie nella popolazione anziana della Valle d'Aosta attraverso l'analisi delle informazioni ricavabili dal flusso delle schede di dimissioni ospedaliere. Tali informazioni permettono di descrivere la morbosità regionale documentando il peso sulla popolazione residente di quelle malattie che hanno una maggiore rilevanza nel determinare il ricorso al ricovero ospedaliero ovunque effettuato sul territorio nazionale.

Per omogeneità nella compilazione della scheda di dimissioni ospedaliere viene presa in considerazione soltanto la prima causa di ricovero riportata dal medico al momento della dimissione dalla struttura ospedaliera. Questa fonte di informazione non è tuttavia appropriata per misurare l'incidenza di alcune patologie croniche, quali il diabete o la demenza senile, che hanno un ruolo importante nel profilo di una popolazione anziana, ma che di solito non esitano in un ricovero o portano all'ospedalizzazione soltanto in caso di acutizzazione o per la presenza di patologie concomitanti. Queste patologie, in genere, o non compaiono fra le cause di ricovero alla dimissione o compaiono soltanto in posizioni successive, come terza o quarta causa.

Nel valutare i dati sui ricoveri va tenuto in considerazione il fatto che differenze geografiche dei tassi non sono spiegabili soltanto sulla base della prevalenza e incidenza delle patologie nelle diverse aree territoriali, ma possono dipendere dalle modalità, dalle abitudini di ricovero e dai percorsi di accesso alle strutture ospedaliere di riferimento.

Quanto al tipo di informazione ricavabile dai dati riportati in questa parte del capitolo e al rapporto esistente fra indicatori utilizzati e definizioni concettuali di problemi di salute e/o di assistenza, è utile fare riferimento alla Tabella 1, ricavata dalle "Cause di ricovero in Valle d'Aosta", di recente pubblicazione (2).

I commenti ai dati di ospedalizzazione si riferiscono alla rilevanza dei diversi indicatori rispetto all'analisi della morbosità e della gravità delle patologie considerate. Per informazioni riguardo le fonti e gli indicatori utilizzati si rimanda alle note riportate alla fine del testo.

Tabella 1. Corrispondenza tra indicatori di ricovero e definizioni concettuali di problemi di salute/assistenza.

FENOMENO	FENOMENO PREVALENTE			
	Morbosità (incidenza)	Gravità della patologia	Utilizzo dell'ospedale	Qualità dell'assistenza ospedaliera
Tasso di ospedalizzazione generale				
Tasso di giornate di ospedalizzazione				
Tasso di primo ricovero				

Uno sguardo d'insieme

Negli uomini con più di 65 anni il numero di ricoveri per tutte le cause (anno 1999) è stato di 11.857 unità, pari a circa il 35% dei ricoveri per tutte le età; le giornate di ospedalizzazione (88.315) corrispondono a circa il 48% del totale (Tabella 2). Di questo numero di ricoveri oltre il 40% è riferito a ultrasessantacinquenni.

Nelle donne il numero di ricoveri per tutte le cause è stato nello stesso anno di 12.293, pari al 33% del totale. Il fatto che ad un numero più elevato di casi corrisponda una percentuale leggermente inferiore rispetto agli uomini è dovuto principalmente al peso che tra le donne hanno i ricoveri per parto nelle fasce di età più giovani. Nonostante questo, il numero totale di giornate (92.384), corrisponde nelle donne a circa il 53% del totale delle giornate di ospedalizzazione a conferma dell'importanza che tali fasce di età occupano nell'accesso ed uso dei servizi ospedalieri.

Negli uomini di 65 anni ed oltre, ai primi posti fra le cause di ricovero si trovano le malattie dell'apparato circolatorio, i tumori maligni, le malattie dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso, responsabili complessivamente di oltre il 65% dei ricoveri. Negli ultrasessantacinquenni prevalgono rispetto alle malattie dell'apparato digerente quelle respiratorie e compaiono, fra le prime cinque cause, le malattie cerebrovascolari.

Se si analizzano le giornate di ricovero, le malattie cerebrovascolari compaiono fra le prime cinque cause già negli ultrasessantacinquenni. Per gli uomini di 75 anni ed oltre salgono rispettivamente al terzo e quarto posto della graduatoria le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie cerebrovascolari, a conferma della gravità che tali patologie hanno nelle fasce di popolazione più anziane, soprattutto in termini assistenziali.

Nel caso del primo ricovero, che esprime il numero di nuovi accessi ospedalieri e quindi può dare delle indicazioni rispetto l'incidenza della patologia, le cinque malattie più importanti sono le stesse all'interno delle due fasce di età, anche se con una diversa distribuzione nella graduatoria. Passando dagli ultrasessantacinquenni agli uomini di 75 anni ed oltre aumenta l'importanza delle malattie respiratorie e del sistema nervoso nei confronti delle malattie tumorali e delle malattie dell'apparato digerente.

Nelle donne le prime cinque cause di ricovero sono: le malattie dell'apparato circolatorio, i tumori maligni, le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (che rispetto agli uomini salgono dal quinto

al terzo posto), le malattie dell'apparato digerente e le malattie cerebrovascolari (al settimo posto fra le cause di ricovero negli uomini). Tra le donne di 75 anni ed oltre assumono ulteriore importanza le malattie cerebrovascolari, che diventano la seconda causa di ricovero anche in termini di giornate di ospedalizzazione. Considerando sempre le giornate di ricovero, le malattie cerebrovascolari superano quelle per tumori; i traumatismi ed avvelenamenti diventano la terza causa in ordine di importanza per il peso preponderante delle fratture del collo del femore, che da sole, sono responsabili di circa l'11% del totale dei ricoveri.

Se si considera l'indicatore di primo ricovero si nota che, nelle due fasce di età (>65 e >75), assumono maggior importanza i traumatismi e le malattie cerebrovascolari; per contro, i tumori maligni passano al sesto posto (65 anni ed oltre) e all'ottavo posto (75 anni ed oltre), e le malattie dell'apparato respiratorio all'ottavo (65 anni ed oltre) e sesto posto (75 anni ed oltre).

In sintesi le principali differenze nelle due fasce di età riguardano negli uomini l'incremento dell'importanza delle malattie cerebro vascolari negli ultrasessantacinquenni. Restano invariate le patologie che compaiono fra le prime cinque cause di ricovero, con un ruolo preponderante della malattie dell'apparato circolatorio, dei tumori e delle malattie dell'apparato respiratorio.

Nelle donne il dato più significativo riguarda l'elevata importanza che assumono le malattie cerebrovascolari ed i traumatismi, in particolare le fratture di femore, nei confronti dei ricoveri per tumori maligni, soprattutto nelle ultrasessantacinquenni.

Le differenze geografiche

Sono state selezionate per un'analisi della distribuzione geografica della morbosità le cinque principali cause di ricovero negli uomini e nelle donne di 65 anni ed oltre. Per facilitare la descrizione delle differenze, oltre alle tabelle, le figure 1, 2 e 3 riportano per i due sessi le mappe della distribuzione per comunità montana dei Rischi Relativi (RR) riferiti agli indicatori di ospedalizzazione. I toni di grigio sono stati scelti in modo che alle comunità montane più chiare corrispondano valori di RR più bassi, mentre a quelle più scure valori di RR più alti. L'attribuzione dei toni di grigio è stata effettuata distribuendo i valori di RR delle singole comunità montane in ordine crescente e quindi aggregando tali valori in cinque gruppi (quintili) e ad ogni quintile è stato attribuito un colore progressivamente più scuro.

Data l'importanza che negli anziani, soprattutto ultrasessantacinquenni, assume la frattura del collo del femore in termini di carico assistenziale, (anche a seguito della perdita di autonomia che ne può derivare), una parte specifica viene dedicata a questa patologia.

Di seguito vengono trattate le prime cinque cause di ricovero separatamente, per gli uomini e per le donne.

Il rischio di ospedalizzazione per tutte le cause tra gli uomini (Figura 1) è più elevato nella città di Aosta, con un eccesso del 7% rispetto alla media regionale. Rischi relativi più ridotti, statisticamente significativi, riguardano le comunità montane Monte Rosa, in particolare, la comunità montana Walser-Alta Valle del Lys, con valori di oltre il 30% inferiori rispetto alla media regionale.

Per le malattie dell'apparato circolatorio tassi di ricovero più elevati si rilevano nella comunità montana Monte Cervino. Anche in questo caso la comunità che presenta tassi di ricovero minori rispetto al dato regionale è quella Walser-Alta Valle del Lys, con un rischio inferiore di oltre il 40%.

I tumori presentano tassi di ricovero più elevati nel comune di Aosta, con un rischio relativo che supera dell'11% la media regionale. La comunità montana Walser-Alta Valle del Lys continua a presentare, anche per i tumori, tassi inferiori alla media regionale di oltre il 50%.

Per le malattie dell'apparato digerente la comunità montana Grand Combin presenta tassi di ospedalizzazione più elevati. Anche la città di Aosta presenta in questo caso un eccesso di ospedalizzazione dell'8%, senza raggiungere la significatività statistica. Nelle comunità montane Monte Rosa e Walser-Alta Valle del Lys i tassi di ricovero sono inferiori alla media regionale, ma solo nel primo caso la riduzione del rischio raggiunge la significatività statistica.

Le malattie dell'apparato respiratorio presentano tassi di ricovero in eccesso nelle comunità montane Mont Emilius e Grand Combin: in quest'ultimo caso il rischio di ricovero supera di oltre il 60% la media regionale. Tassi inferiori alla media regionale si riscontrano invece nelle comunità montane Monte Rosa, con differenze statisticamente significative, e in quelle Walser-Alta Valle del Lys e Valdigne-Mont Blanc, dove però non si raggiunge la significatività statistica.

Per le malattie del sistema nervoso la comunità montana Valdigne-Mont Blanc e la città di Aosta sembrano presentare eccessi di ricovero statisticamente significativi: la prima, con un tasso superiore del 30% alla media regionale, la seconda con un eccesso del 12%. Unica comunità montana a presentare una riduzione significativa del tasso di ricovero per questo gruppo di cause è la comunità montana Mont Emilius.

Per quanto riguarda le donne (Figura 2), nel caso dei ricoveri per tutte le cause, la città di Aosta, come nel caso degli uomini, presenta tassi più elevati del resto della regione, con un rischio superiore di circa il 20%. Probabilmente il fatto che la città di Aosta, nei due sessi, presenti tassi di ricovero superiori alla media regionale, dipende dalla maggiore facilità di accesso alle cure ospedaliere, oltre che da un profilo sanitario della popolazione sfavorevole rispetto al resto della regione dovuto all'effetto attrattivo del capoluogo nei confronti degli anziani con maggiore necessità di cure. Le altre comunità montane presentano tassi inferiori alla media regionale, ad eccezione della comunità montana Monte Cervino, che si allinea al dato della regione.

Per le malattie dell'apparato circolatorio tassi più elevati rispetto al resto della regione si registrano ancora una volta nella città di Aosta, con un eccesso che supera il 20%. Tassi di ricovero in eccesso vengono registrati nel capoluogo anche per ciò che riguarda i ricoveri per tumori maligni, per malattie del sistema nervoso e per malattie dell'apparato digerente.

I tumori maligni presentano dei tassi di ricovero più elevati anche nella comunità montana Grand Combin, mentre eccessi significativi per le malattie del sistema nervoso, oltre che nella città di Aosta, si osservano nella comunità montana Evançon.

Per i traumatismi ed avvelenamenti non si registrano variazioni statisticamente significative dei tassi di ricovero fra le diverse aree territoriali, solo se la comunità montana Valdigne-Mont Blanc registra un tasso superiore di circa il 20% a quello regionale.

La distribuzione dei tassi di ricovero per frattura del femore varia considerevolmente nei due sessi (Figura 3).

Negli uomini eccessi significativi si registrano nella comunità montana Evançon mentre nelle donne la comunità montana che presenta i tassi di ricovero più elevati è quella Valdigne-Mont Blanc, con un rischio relativo superiore del 40% al dato regionale.

Le differenze sociali

I ricoveri ospedalieri presentano una distribuzione diversa non solo in ragione a fattori geografici, ma anche in relazione alle caratteristiche sociali della popolazione. Di seguito viene presentata una breve

descrizione della relazione fra ricoveri ospedalieri e indice di deprivazione dei comuni, stato civile e livello d'istruzione.

Nel caso dei ricoveri per tutte le cause, in entrambi i sessi, l'essere celibe o nubile, avere un livello d'istruzione basso (elementari o senza titolo) e l'abitare in un comune più povero (deprivato o molto deprivato) si associa ad un maggior rischio di ricovero (Tabelle 3 e 9).

Il fatto di essere vedovi/e divorziato o separato sembra essere associato a tassi di ricovero più bassi: questo probabilmente è dovuto ad un effetto di selezione della popolazione con queste caratteristiche. Da notare l'effetto che l'essere coniugato sembra avere nei due sessi: per gli uomini questa condizione sembra associata a tassi di ricovero più bassi, mentre nelle donne a tassi di ricovero più elevati.

Per le malattie dell'apparato circolatorio sembra esistere, in entrambi i sessi, un minore rischio di ricovero per chi vive in comuni meno deprivati (Tabelle 4 e 10). Eccessi di ricovero si osservano nei celibi, mentre la condizione di separato/a e divorziato/a è protettiva nei due sessi. Anche chi ha un livello d'istruzione più elevato ha minori probabilità di ricoverarsi per questo tipo di causa.

Nel caso dei ricoveri per tumori maligni persiste la correlazione stretta fra l'abitare in comuni deprivati ed il rischio di ricovero (statisticamente significativo soltanto nel caso delle donne) (Tabelle 5 e 11). Lo stato civile di celibe o nubile è da mettere in relazione a rischi di ricovero più elevati soprattutto nel caso degli uomini, mentre per le donne eccessi di rischio statisticamente significativi sono correlati all'essere coniugata.

Anche i ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio sembrano presentare una correlazione simile. Tassi più elevati (statisticamente significativi) sembrano associati all'essere celibi, al titolo d'istruzione elementare o senza titolo e all'abitare in un comune deprivato. Anche in questo caso l'essere separato o divorziato presenta dei rischi relativi di ricovero nettamente inferiori.

Per le malattie dell'apparato digerente si osserva una situazione simile nei due sessi con eccessi di ricoveri, anche se non statisticamente significativi, in chi risiede nei comuni più deprivati, in chi è celibe o nubile ed in chi ha un livello d'istruzione inferiore (Tabelle 6 e 13).

Per le malattie dell'apparato respiratorio negli uomini (Tabella 7) ed in quelle del sistema nervoso nei due sessi (Tabelle 8 e 12) è da notare la forte correlazione fra eccessi di ricoveri e bassi livelli d'istruzione che, nel caso delle malattie del sistema nervoso, è di circa il 20% negli uomini ed oltre il 10% nelle donne. Anche in questo caso, soprattutto negli uomini, eccessi di ricovero si osservano tra i celibi ed in chi vive in comuni più deprivati.

Nel caso dei ricoveri per frattura di femore la relazione fra rischio di ricovero ed indicatori socio economici è molto diversa nei due sessi (Tabelle 15 e 16). L'abitare in un comune più ricco sembra avere un effetto protettivo soltanto per gli uomini: nel caso delle donne, pur se con differenze non statisticamente significative, i rischi più elevati si osservano nei comuni meno deprivati. L'essere celibe o nubile si associa a tassi di ricovero per frattura di femore più elevati, mentre soltanto negli uomini tali eccessi sono correlati anche allo stato di vedovo. Il livello d'istruzione presenta una correlazione inversa nei due sessi con il rischio di ricovero per questa causa: negli uomini i rischi più elevati sono correlati a bassi livelli d'istruzione, mentre nelle donne tali eccessi sono riferiti alle laureate e diplomate.

Tabella 2. Gruppi di cause di ricovero in Valle d'Aosta in ordine decrescente per alcuni indicatori, per sesso e fasce di età. Periodo 1997-1999.**

UOMINI 65 anni ed oltre

OSPEDALIZZAZIONE			GIORNATE DI DEGENZA			PRIMO RICOVERO		
%	Osservati*	Tasso x 100.000	%	Osservati*	Tasso x 100.000	Osservati*	Tasso x 100.000	Tasso st. x 100.000
Tutte le diagnosi 100.0	Tutte le diagnosi 4142	Tutte le diagnosi 46903.0	Tutte le diagnosi 100	Tutte le diagnosi 42486	Tutte le diagnosi 481096.9	Tutte le diagnosi 1146	Tutte le diagnosi 12815.9	Tutte le diagnosi 12884.2
Apparato circolatorio 24.6	Apparato circolatorio 1020	Apparato circolatorio 11546.4	Apparato circolatorio 25,4	Apparato circolatorio 10799	Apparato circolatorio 122281.4	Apparato circolatorio 492	Apparato circolatorio 5502.1	Apparato circolatorio 5539.6
Tumori maligni 15.6	Tumori maligni 646	Tumori maligni 7311.4	Tumori maligni 18,1	Tumori maligni 7671	Tumori maligni 86864.5	Apparato digerente 259	Apparato digerente 2896.4	Apparato digerente 2925.1
Apparato digerente 10.1	Apparato digerente 420	Apparato digerente 4752.2	Apparato respiratorio 11,2	Apparato respiratorio 4746	Apparato respiratorio 53746.3	Tumori maligni 226	Tumori maligni 2527.4	Tumori maligni 2517.4
Apparato respiratorio 8.3	Apparato respiratorio 342	Apparato respiratorio 3876.5	Apparato digerente 9,4	Apparato digerente 3992	Apparato digerente 45200.6	Sistema nervoso 222	Sistema nervoso 2482.7	Sistema nervoso
Sistema nervoso 8.0	Sistema nervoso 332	Sistema nervoso 3763.3	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circol)</i> 9,0	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circol)</i> 3836	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circol)</i> 43437.9	Apparato respiratorio 208	Apparato respiratorio 2326.1	Apparato respiratorio 2364.2
Apparato genito-urinario 7.5	Apparato genito-urinario 309	Apparato genito-urinario 3499.0	Traumi e avvelenam. 5,5	Traumi e avvelenam. 2328	Traumi e avvelenam. 26361.7	Apparato genito-urinario 170	Apparato genito-urinario 1901.1	Apparato genito-urinario 1900.2
<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 6.0	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 248	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i>	Sistema nervoso 5,2	Sistema nervoso 2192	Sistema nervoso 24821.7	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circol.)</i> 156	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circol.)</i> 1744.6	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circol.)</i> 1740.4
<i>Malattie ischemiche del cuore (app.circ.)</i> 5.7	<i>Malattie ischemiche del cuore (app.circ.)</i> 236	<i>Malattie ischemiche del cuore (app.circ.)</i>	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circol.)</i> 5,1	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circol.)</i> 2175	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circol.)</i> 24629.1	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circol.)</i> 153	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circol.)</i> 1711.0	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circol.)</i> 1758.1
Stati morbosi mal definiti 4.1	Stati morbosi mal definiti 168	Stati morbosi mal definiti 1902.4	Apparato genito-urinario 5,0	Apparato genito-urinario 2105	Apparato genito-urinario 23832.7	Stati morbosi mal definiti 135	Stati morbosi mal definiti 1509.7	Stati morbosi mal definiti 1515.4
Traumi e avvelenam. 4.0	Traumi e avvelenam. 164	Traumi e avvelenam. 1860.9	<i>Insufficienza cardiaca (app. circol.)</i> 3,6	<i>Insufficienza cardiaca (app. circol.)</i> 1517	<i>Insufficienza cardiaca (app. circol.)</i> 17181.9	Traumi e avvelenam. 119	Traumi e avvelenam. 1330.8	Traumi e avvelenam. 1359.0

* Media annuale

** Le patologie scritte in carattere corsivo sono sottoinsiemi nosologici delle patologie indicate tra parentesi.

UOMINI 75 anni ed oltre

OSPEDALIZZAZIONE			GIORNATE DI RICOVERO			PRIMO RICOVERO		
%	Osservati*	tasso x 100.000	%	Osservati*	tasso x 100.000	Osservati*	Tasso x 100.000	Tasso st. x 100.000
Tutte le diagnosi 100.0	Tutte le diagnosi 1720	Tutte le diagnosi 53917.7	Tutte le diagnosi 100	Tutte le diagnosi 19757	Tutte le diagnosi 623516.9	Tutte le diagnosi 481	Tutte le diagnosi 14620.1	Tutte le diagnosi 14784.2
Apparato circolatorio 26,3	Apparato circolatorio 453	Apparato circolatorio 14208.1	Apparato circolatorio 28,3	Apparato circolatorio 5599	Apparato circolatorio 176932.4	Apparato circolatorio 224	Apparato circolatorio 6808.5	Apparato circolatorio 6942.9
Tumori maligni 13,7	Tumori maligni 235	Tumori maligni 7375.7	Tumori maligni 14,8	Tumori maligni 2920	Tumori maligni 90160.6	Apparato respiratorio 105	Apparato respiratorio 3191.5	Apparato respiratorio 3316.9
Apparato respiratorio 9,8	Apparato respiratorio 168	Apparato respiratorio 5265.4	Apparato respiratorio 12,6	Apparato respiratorio 2486	Apparato respiratorio 79143.0	Sistema nervoso 105	Sistema nervoso 3191.5	Sistema nervoso
Apparato digerente 9,5	Apparato digerente 163	Apparato digerente 5108.7	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 12,1	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 2400	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 75581.3	Tumori maligni 95	Tumori maligni 2887.5	Tumori maligni 2897.6
<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 8,3	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 142	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 4440.0	Apparato digerente 9,3	Apparato digerente 1846	Apparato digerente 58455.8	Apparato digerente 91	Apparato digerente 2766.0	Apparato digerente 2813.4
Sistema nervoso 8,0	Sistema nervoso 137	Sistema nervoso 4304.2	Traumi e avvelenam. 6,2	Traumi e avvelenam. 1223	Traumi e avvelenam. 39601.7	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 87	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 2644.4	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 2794.7
Apparato genito-urinario 7,2	Apparato genito-urinario 124	Apparato genito-urinario 3896.8	Sistema nervoso 4,8	Sistema nervoso 954	Sistema nervoso 30177.1	Apparato genito-urinario 71	Apparato genito-urinario 2158.1	Apparato genito-urinario 2138.8
Stati morbosi mal definiti 4,9	Stati morbosi mal definiti 84	Stati morbosi mal definiti 2622.2	Apparato genito-urinario 4,8	Apparato genito-urinario 942	Apparato genito-urinario 29023.7	Stati morbosi mal definiti 67	Stati morbosi mal definiti 2036.5	Stati morbosi mal definiti 2060.7
<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circ.)</i> 4,7	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circ.)</i> 80	<i>Malattie ischemiche del cuore (app. circ.)</i> 2496.9	<i>Insufficienza cardiaca (app. circ.)</i> 4,4	<i>Insufficienza cardiaca (app. circ.)</i> 863	<i>Insufficienza cardiaca (app. circ.)</i> 28764.7	Traumi e avvelenam. 58	Traumi e avvelenam. 1762.9	Traumi e avvelenam. 1862.7
Traumi e avvelenam. 4,4	Traumi e avvelenam. 75	Traumi e avvelenam. 2361.1	Disturbi psichici 4,2	Disturbi psichici 825	Disturbi psichici 26178.3	Cataratta 55	Cataratta 1671.7	Cataratta 1656.4

* Media annuale

** Le patologie scritte in carattere corsivo sono sottoinsiemi nosologici delle patologie indicate tra parentesi.

DONNE 65 anni ed oltre

OSPEDALIZZAZIONE			GIORNATE DI RICOVERO			PRIMO RICOVERO		
%	Osservati*	tasso x 100.000	%	Osservati*	tasso x 100.000	Osservati*	Tasso x 100.000	Tasso st. x 100.000
Tutte le diagnosi 100	Tutte le diagnosi 4060	Tutte le diagnosi 30978.8	Tutte le diagnosi 100	Tutte le diagnosi 49194	Tutte le diagnosi 375390.4	Tutte le diagnosi 1467	Tutte le diagnosi 11024.3	Tutte le diagnosi 10606.3
Apparato circolatorio 24,5	Apparato circolatorio 994	Apparato circolatorio 7585,1	Apparato circolatorio 28,2	Apparato circolatorio 13895	Apparato circolatorio 106028,4	Apparato circolatorio 554	Apparato circolatorio 4163,2	Apparato circolatorio 3786,2
Tumori maligni 10,9	Tumori maligni 444	Tumori maligni 3385,6	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 15,0	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 7372	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 56252,2	Sistema nervoso 302	Sistema nervoso 2269,5	Sistema nervoso
Sistema nervoso 10,1	Sistema nervoso 410	Sistema nervoso 3131,2	Traumi e avvelenam. 13,5	Traumi e avvelenam. 6647	Traumi e avvelenam. 50719,8	Traumi e avvelenam. 235	Traumi e avvelenam. 1766,0	Traumi e avvelenam. 1586,2
Apparato digerente 9,4	Apparato digerente 383	Apparato digerente 2925,2	Tumori maligni 11,1	Tumori maligni 5442	Tumori maligni 41524,6	Apparato digerente 235	Apparato digerente 1766,0	Apparato digerente 1661,3
<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 8,0	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 323	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 2467,3	<i>Frattura del collo femore (traumatismi)</i> 8,3	<i>Frattura del collo femore (traumatismi)</i> 4079	<i>Frattura del collo femore (traumatismi)</i> 31123,8	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 221	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 1660,8	<i>Malattie cerebrovascolari (app. circ.)</i> 1431,3
Traumi e avvelenam. 7,4	Traumi e avvelenam. 299	Traumi e avvelenam. 2281,6	Apparato digerente 7,9	Apparato digerente 3900	Apparato digerente 29757,8	Tumori maligni 202	Tumori maligni 1518,0	Tumori maligni 1524,8
Sistema osteomusc. e connettivo 4,8	Sistema osteomusc. e connettivo 194	Sistema osteomusc. e connettivo 1480,4	Disturbi psichici 6,8	Disturbi psichici 3366	Disturbi psichici 25685,5	Stati morbosi mal definiti 163	Stati morbosi mal definiti 1224,9	Stati morbosi mal definiti 1148,4
Stati morbosi mal definiti 5,0	Stati morbosi mal definiti 201	Stati morbosi mal definiti 1536,3	Sistema nervoso 5,8	Sistema nervoso 2837	Sistema nervoso 21646,2	Apparato respiratorio 148	Apparato respiratorio 1112,2	Apparato respiratorio 949,5
Disturbi psichici 5,1	Disturbi psichici 209	Disturbi psichici 1592,3	Apparato respiratorio 5,2	Apparato respiratorio 2556	Apparato respiratorio 19504,5	Sistema osteomusc. e connettivo 147	Sistema osteomusc. e connettivo 1104,7	Sistema osteomusc. e connettivo
Apparato respiratorio 4,9	Apparato respiratorio 200	Apparato respiratorio 1528,7	Sistema osteomusc. e del connettivo 5,1	Sistema osteomusc. e del connettivo 2507	Sistema osteomusc. e del connettivo 19133,1	Disturbi psichici 134	Disturbi psichici 1007,0	Disturbi psichici 838,8

* Media annuale

** Le patologie scritte in carattere corsivo sono sottoinsiemi nosologici delle patologie indicate tra parentesi.

DONNE 75 anni ed oltre

OSPEDALIZZAZIONE			GIORNATE DI RICOVERO			PRIMO RICOVERO		
%	Osservati*	tasso x 100.000	%	Osservati*	tasso x 100.000	Osservati*	Tasso x 100.000	Tasso st. x 100.000
Tutte le diagnosi 100	Tutte le diagnosi 2179	Tutte le diagnosi 35517.5	Tutte le diagnosi 100	Tutte le diagnosi 30748	Tutte le diagnosi 501184.5	Tutte le diagnosi 783	Tutte le diagnosi 12328.8	Tutte le diagnosi 12026.6
Apparato circolatorio 28.0	Apparato circolatorio 611	Apparato circolatorio 9959.3	Apparato circolatorio 32,4	Apparato circolatorio 9963	Apparato circolatorio 162401.5	Apparato circolatorio 349	Apparato circolatorio 5495.2	Apparato circolatorio 5349.1
<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 10.7	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 233	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 3792.4	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 19,2	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 5895	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 96088.0	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 161	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 2535.0	<i>Malattie cerebrovascolari (app.circ.)</i> 2454.4
Sistema nervoso 9.8	Sistema nervoso 214	Sistema nervoso 3493.6	Traumi e avvelenam. 16,6	Traumi e avvelenam. 5100	Traumi e avvelenam. 83135.0	Sistema nervoso 159	Sistema nervoso 2503.5	Sistema nervoso
Apparato digerente 9.4	Apparato digerente 205	Apparato digerente 3341.5	<i>Frattura del collo femore (traumatismi)</i> 11,5	<i>Frattura del collo femore (traumatismi)</i> 3529	<i>Frattura del collo femore (traumatismi)</i> 57517.0	Traumi e avvelenam. 147	Traumi e avvelenam. 2314.6	Traumi e avvelenam. 2201.5
Tumori maligni 8.6	Tumori maligni 187	Tumori maligni 3042.7	Tumori maligni 8,2	Tumori maligni 2506	Tumori maligni 40853.0	Apparato digerente 136	Apparato digerente 2141.4	Apparato digerente 2094.6
Traumi e avvelenam. 8.9	Traumi e avvelenam. 193	Traumi e avvelenam. 3140.5	Disturbi psichici 7,7	Disturbi psichici 2370	Disturbi psichici 38625.4	Apparato respiratorio 106	Apparato respiratorio 1669.0	Apparato respiratorio 1563.8
Disturbi psichici 6.6	Disturbi psichici 144	Disturbi psichici 2352.6	Apparato digerente 7,4	Apparato digerente 2274	Apparato digerente 37071.4	Disturbi psichici 102	Disturbi psichici 1606.0	Disturbi psichici 1533.2
Apparato respiratorio 6.1	Apparato respiratorio 134	Apparato respiratorio 2178.8	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist. psichici)</i> 6,2	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist. psichici)</i> 1906	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist. psichici)</i> 31062.2	Tumori maligni 92	Tumori maligni 1448.6	Tumori maligni 1452.2
Stati morbosi mal definiti 4.8	Stati morbosi mal definiti 105	Stati morbosi mal definiti 1706.1	Apparato respiratorio 5,5	Apparato respiratorio 1704	Apparato respiratorio 27780.5	Stati morbosi mal definiti 92	Stati morbosi mal definiti 1448.6	Stati morbosi mal definiti 1426.7
<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist.psichici)</i> 5.0	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist.psichici)</i> 110	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist.psichici)</i> 1787.6	Sistema nervoso 5,0	Sistema nervoso 1529	Sistema nervoso 24922.6	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist.psichici)</i> 81	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist.psichici)</i> 1275.4	<i>Stati psicotici organici senili e presenili (dist.psichici)</i> 1180.8

* Media annuale

** Le patologie scritte in carattere corsivo sono sottoinsiemi nosologici delle patologie indicate tra parentesi.

Figura 1. Distribuzione dei rischi relativi standardizzati in Valle d'Aosta per cause di ospedalizzazione, nella popolazione di 65 anni ed oltre, per la città di Aosta e comunità montane di residenza nel periodo 1997-99

Uomini

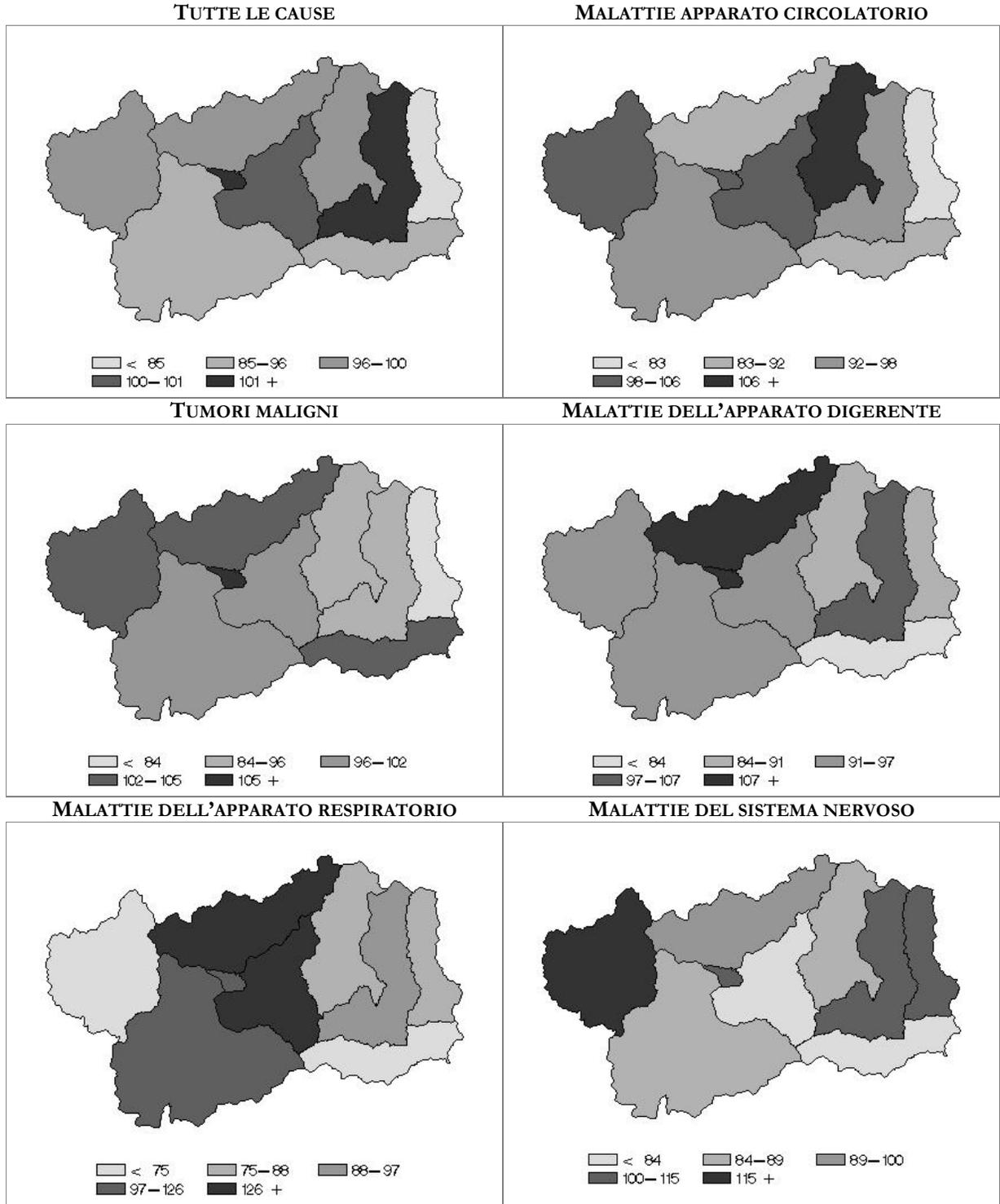


Figura 2. Distribuzione dei rischi relativi standardizzati in Valle d'Aosta per cause di ospedalizzazione, nella popolazione di 65 anni ed oltre, per la città di Aosta e comunità montane di residenza nel periodo 1997-99

Donne

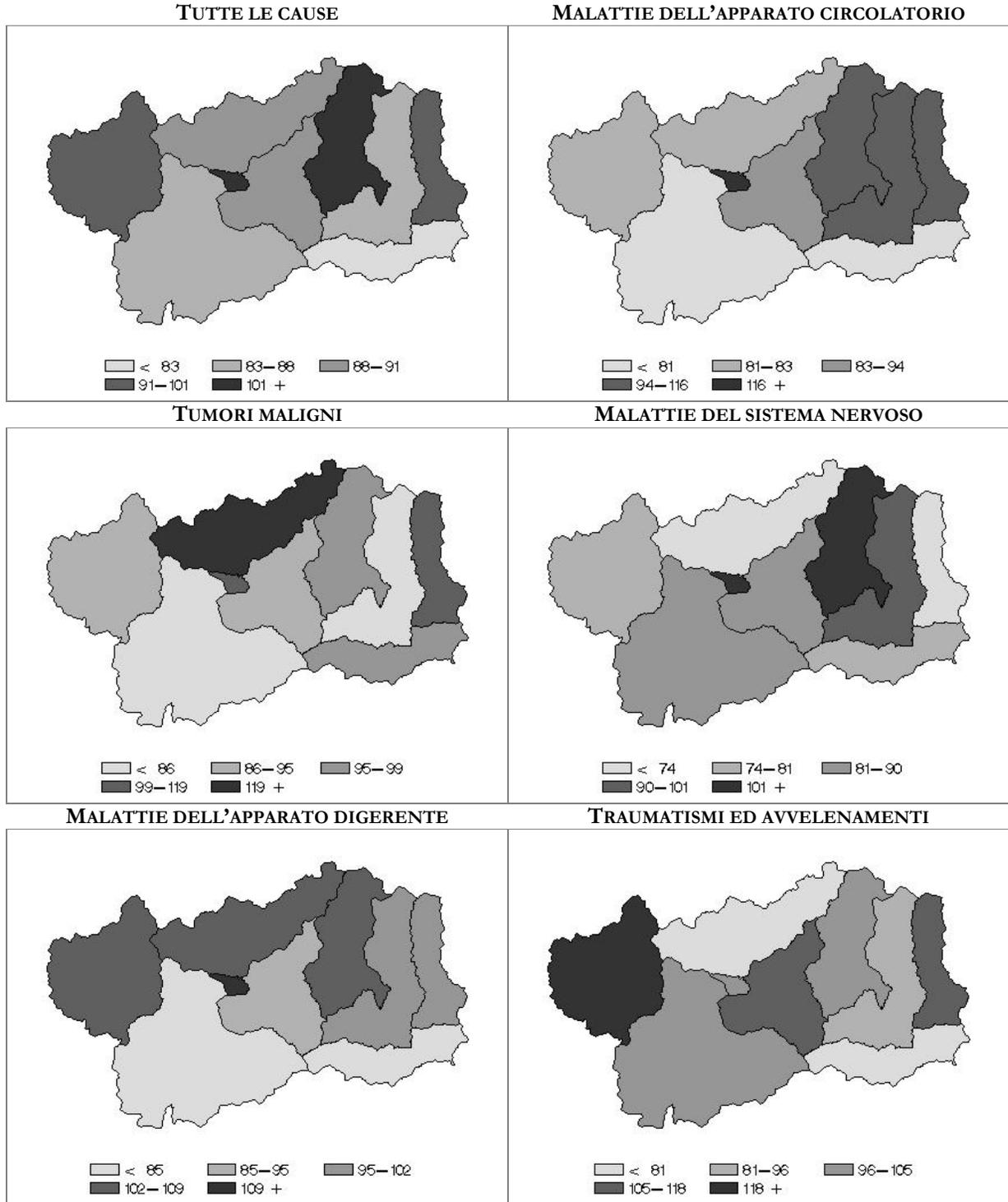
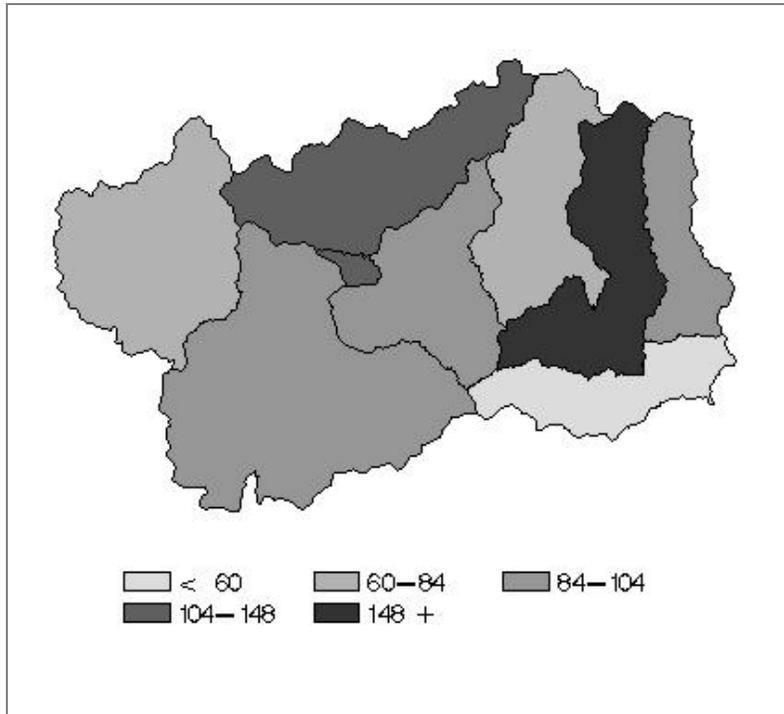


Figura 3. Distribuzione dei rischi relativi standardizzati (RR) di ospedalizzazione per frattura del femore per la città di Aosta e comunità montane di residenza nel periodo 1997-99 nella popolazione di 65 anni ed oltre- Uomini e Donne

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE - Uomini



FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE - Donne

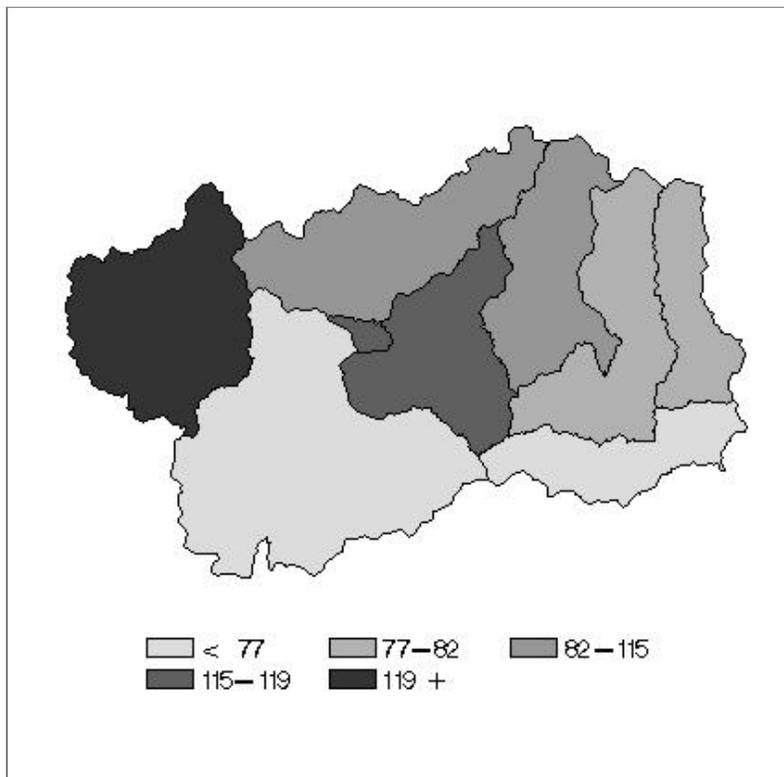


Tabella 3. Indicatori di ricovero per TUTTE LE CAUSE negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	4142	46903,0	46998,2	100
Distretto 1	662	45313,6	45557,8	97
Valdigne-Mont Blanc	254	46921,2	47618,6	101
Gran Paradis	408	44368,0	44536,8	95
Distretto 2	2193	49425,4	49391,8	105
Gran Combin	154	45878,8	48181,5	100
Monte Emilius	560	47269,1	47413,7	101
Città di Aosta	1480	50708,2	50288,2	107
Distretto 3 Monte Cervino	548	45013,7	45195,0	96
Distretto 4	739	43070,9	43232,4	92
Evançon	401	47853,7	47813,9	101
Monte Rosa	285	40150,4	40577,4	86
Walsler-Alta Valle del Lys	53	31474,1	32185,3	67
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	888	43609,9	43866,5	93
medio	1014	44722,1	44753,7	96
deprivato, molto deprivato	2240	49477,2	49434,5	105
Stato civile				
celibe/nubile	413	**	56816,6	148
coniugato/a	2454		38423,1	97
separato/a, divorziato/a	87		38567,3	74
vedovo/a	527		41628,0	96
non specificato	661			
Istruzione				
laurea, diploma	317		28953,1	71
professionali, licenza media	421		36602,7	80
elementari o meno	2581		41505,7	110
n.a.c.***	823			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 4. Indicatori di ricovero per MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	1020	11546,4	11590,4	100
Distretto 1	167	11448,1	11528,7	100
Valdigne-Mont Blanc	65	12069,0	12822,6	106
Gran Paradis	102	11082,9	11118,7	96
Distretto 2	527	11868,1	11880,4	102
Gran Combin	31	9334,7	9990,7	83
Monte Emilius	134	11317,6	11374,6	99
Città di Aosta	361	12382,9	12234,3	106
Distretto 3 Monte Cervino	155	12767,1	12852,7	111
Distretto 4	170	9932,0	10001,9	86
Evançon	91	10810,8	10822,9	93
Monte Rosa	68	9638,0	9688,9	84
Walser-Alta Valle del Lys	11	6772,9	7036,7	59
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	216	10603,8	10671,3	93
medio	265	11673,0	11710,1	101
deprivato, molto deprivato	539	11907,2	11898,8	103
Stato civile				
celibe/nubile	101	**	13308,9	145
coniugato/a	605		9608,7	98
separato/a, divorziato/a	17		8413,1	59
vedovo/a	133		10255,8	94
non specificato	164			
Istruzione				
laurea, diploma	92		8687,7	86
professionali, licenza media	118		9713,9	92
elementari o meno	605		9703,0	104
n.a.c.***	204			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 5. Indicatori di ricovero per TUMORI MALIGNI negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	646	7311,4	7264,8	100
Distretto 1	105	7206,4	7217,0	99
Valdigne-Mont Blanc	41	7573,9	7437,6	103
Gran Paradis	64	6990,2	7004,8	96
Distretto 2	349	7857,0	7785,0	107
Gran Combin	26	7745,8	8222,1	106
Monte Emilius	85	7207,2	7147,4	99
Città di Aosta	237	8133,4	8063,8	111
Distretto 3 Monte Cervino	75	6137,0	6130,4	84
Distretto 4	117	6822,2	6851,3	93
Evançon	58	6915,7	6967,3	95
Monte Rosa	54	7569,3	7701,8	104
Walser-Alta Valle del Lys	5	3187,3	3134,9	43
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	138	6758,3	6730,3	93
medio	162	7159,7	7126,3	98
deprivato, molto deprivato	346	7636,2	7583,0	104
Stato civile				
celibe/nubile	57	**	8350,2	131
coniugato/a	418		6353,8	99
separato/a, divorziato/a	16		8423,8	86
vedovo/a	77		6216,5	92
non specificato	78			
Istruzione				
laurea, diploma	59		5072,5	78
professionali, licenza media	66		5797,9	76
elementari o meno	417		6732,4	110
n.a.c.***	104			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione.

*** Non altrimenti classificato

Tabella 6. Indicatori di ricovero per APPARATO DIGERENTE negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	420	4752,2	4780,1	100
Distretto 1	64	4378,6	4394,5	92
Valdigne-Mont Blanc	23	4310,3	4516,0	91
Gran Paradis	41	4418,7	4414,5	93
Distretto 2	229	5152,9	5172,1	108
Gran Combin	24	7249,3	7375,9	154
Monte Emilius	55	4617,1	4572,4	97
Città di Aosta	150	5129,1	5130,0	108
Distretto 3 Monte Cervino	52	4274,0	4323,6	90
Distretto 4	75	4373,2	4422,4	92
Evançon	42	5047,7	5100,2	106
Monte Rosa	26	3667,1	3729,1	77
Walser-Alta Valle del Lys	7	3984,1	4058,4	85
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	99	4876,5	4920,9	103
medio	92	4042,9	4030,5	85
deprivato, molto deprivato	229	5051,5	5080,7	106
Stato civile				
celibe/nubile	42	**	5961,9	135
coniugato/a	264		4105,7	97
separato/a, divorziato/a	9		2919,9	73
vedovo/a	53		4687,4	100
non specificato	51			
Istruzione				
laurea, diploma	25		2485,1	54
professionali, licenza media	39		3269,4	69
elementari o meno	284		4601,5	116
n.a.c.***	72			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 7. Indicatori di ricovero per MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	342	3876,5	3904,6	100
Distretto 1	50	3420,8	3571,3	89
Valdigne-Mont Blanc	15	2832,5	2874,9	75
Gran Paradis	35	3766,8	3849,4	98
Distretto 2	195	4401,7	4400,6	113
Gran Combin	20	5958,3	6130,6	162
Monte Emilius	57	4814,2	4996,5	126
Città di Aosta	118	4055,3	3999,1	102
Distretto 3 Monte Cervino	41	3397,3	3446,6	89
Distretto 4	56	3245,9	3213,1	83
Evançon	31	3736,1	3704,1	95
Monte Rosa	19	2726,8	2712,9	71
Walser-Alta Valle del Lys	5	2988,0	2789,2	78
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	72	3518,2	3647,6	92
medio	83	3660,7	3698,9	95
deprivato, molto deprivato	188	4145,8	4122,2	106
Stato civile				
celibe/nubile	39	**	5208,4	196
coniugato/a	164		2700,0	90
separato/a, divorziato/a	9		4128,6	103
vedovo/a	49		3264,0	97
non specificato	81			
Istruzione				
laurea, diploma	15		1389,3	46
professionali, licenza media	19		2088,5	50
elementari o meno	223		3534,0	120
n.a.c.***	85			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 8. Indicatori di ricovero per SISTEMA NERVOSO negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	332	3763,3	3748,7	100
Distretto 1	57	3922,5	3892,0	104
Valdigne-Mont Blanc	27	4926,1	4671,9	130
Gran Paradis	31	3332,1	3348,9	89
Distretto 2	171	3845,9	3817,1	102
Gran Combin	11	3376,4	3421,4	91
Monte Emilius	36	3012,4	2980,4	80
Città di Aosta	124	4238,1	4185,9	112
Distretto 3 Monte Cervino	39	3205,5	3181,8	86
Distretto 4	65	3809,5	3819,1	101
Evançon	37	4372,0	4381,7	116
Monte Rosa	22	3150,0	3120,4	84
Walser-Alta Valle del Lys	6	3784,9	4090,6	101
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	70	3420,1	3419,7	91
medio	76	3337,3	3297,5	89
deprivato, molto deprivato	187	4131,1	4116,8	109
Stato civile				
celibe/nubile	28	**	4292,8	139
coniugato/a	196		3018,4	102
separato/a, divorziato/a	4		1807,1	53
vedovo/a	31		2535,0	80
non specificato	73			
Istruzione				
laurea, diploma	18		1561,4	54
professionali, licenza media	22		1730,9	60
elementari o meno	193		3103,7	118
n.a.c.***	100			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 9. Indicatori di ricovero per TUTTE LE CAUSE negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	4060	30978,8	29780,8	100
Distretto 1	567	27307,8	26662,8	89
Valdigne-Mont Blanc	208	28113,7	27516,3	92
Gran Paradis	359	26862,7	26143,5	87
Distretto 2	2270	33941,4	32443,6	110
Gran Combin	140	27796,2	27781,1	88
Monte Emilius	444	27193,0	26965,3	89
Città di Aosta	1686	37044,9	34898,7	119
Distretto 3 Monte Cervino	543	31271,6	29852,3	101
Distretto 4	680	26103,6	25364,9	84
Evançon	324	26036,9	25153,5	84
Monte Rosa	295	25765,1	25081,8	82
Walsar-Alta Valle del Lys	61	28284,4	28144,3	92
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	810	28325,0	27646,7	93
medio	915	27650,8	26940,0	89
deprivato, molto deprivato	2334	33661,8	31997,6	108
Stato civile				
celibe/nubile	243	**	31855,8	117
coniugato/a	1182		31148,5	107
separato/a, divorziato/a	60		9662,5	58
vedovo/a	1892		23799,3	97
non specificato	682			
Istruzione				
laurea, diploma	152		22073,9	104
professionali, licenza media	298		16894,9	63
elementari o meno	2737		25279,8	106
n.a.c.***	873			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione.

*** Non altrimenti classificato

Tabella 10. Indicatori di ricovero per APPARATO CIRCOLATORIO negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne ≥ 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	994	7585,1	6970,2	100
Distretto 1	125	6036,3	5628,3	81
Valdigne-Mont Blanc	45	6137,2	5680,4	83
Gran Paradis	80	5980,6	5586,3	80
Distretto 2	556	8308,4	7669,5	109
Gran Combin	32	6353,4	5978,4	82
Monte Emilius	103	6283,1	6063,3	85
Città di Aosta	421	9252,1	8416,0	121
Distretto 3 Monte Cervino	131	7529,8	6844,8	100
Distretto 4	182	6999,4	6329,3	91
Evançon	90	7251,8	6658,6	95
Monte Rosa	73	6412,1	5629,1	82
Walser-Alta Valle del Lys	19	8655,3	8161,7	117
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	179	6247,8	5859,1	84
medio	229	6927,8	6410,9	91
deprivato, molto deprivato	586	8450,3	7685,4	110
Stato civile				
celibe/nubile	60	**	7455,9	114
coniugato/a	260		7732,9	104
separato/a, divorziato/a	15		2112,5	64
vedovo/a	516		5976,5	98
non specificato	143			
Istruzione				
laurea, diploma	29		3849,8	85
professionali, licenza media	70		4109,6	65
elementari o meno	698		6100,9	107
n.a.c.***	197			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione.

*** Non altrimenti classificato

Tabella 11. Indicatori di ricovero per TUMORI MALIGNI negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	444	3385,6	3438,2	100
Distretto 1	63	3050,2	3075,1	90
Valdigne-Mont Blanc	24	3249,1	3201,4	95
Gran Paradis	39	2940,4	2982,0	87
Distretto 2	256	3832,7	3895,4	113
Gran Combin	24	4765,1	5128,8	140
Monte Emilius	49	3019,2	3177,4	89
Città di Aosta	183	4021,7	4018,1	119
Distretto 3 Monte Cervino	57	3303,9	3264,0	97
Distretto 4	67	2559,2	2677,8	76
Evançon	21	1659,1	1650,1	49
Monte Rosa	38	3351,8	3576,2	100
Walser-Alta Valle del Lys	8	3554,9	4027,5	103
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	88	3088,9	3121,8	91
medio	96	2889,9	3057,8	85
deprivato, molto deprivato	260	3744,5	3754,8	111
Stato civile				
celibe/nubile	25	**	3146,7	115
coniugato/a	161		3859,3	118
separato/a, divorziato/a	9		1269,6	67
vedovo/a	168		2334,1	88
non specificato	81			
Istruzione				
laurea, diploma	29		4074,1	151*
professionali, licenza media	34		1763,9	58
elementari o meno	297		2954,4	105
n.a.c.***	85			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione.

*** Non altrimenti classificato

Tabella 12. Indicatori di ricovero per malattie del SISTEMA NERVOSO negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	410	3131,2	3074,3	100
Distretto 1	57	2729,2	2747,1	87
Valdigne-Mont Blanc	19	2572,2	2461,4	81
Gran Paradis	38	2815,8	2877,1	91
Distretto 2	228	3404,1	3302,7	109
Gran Combin	11	2184,0	2291,6	69
Monte Emilius	46	2794,8	2809,7	90
Città di Aosta	171	3758,0	3587,6	120
Distretto 3 Monte Cervino	55	3169,4	3078,9	101
Distretto 4	71	2725,5	2725,3	87
Evançon	37	2943,5	2982,2	94
Monte Rosa	29	2564,8	2561,8	82
Walser-Alta Valle del Lys	5	2318,4	2205,2	74
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	74	2576,1	2583,7	83
medio	104	3131,6	3117,5	100
deprivato, molto deprivato	233	3359,9	3249,1	107
Stato civile				
celibe/nubile	23	**	2949,8	120
coniugato/a	119		2829,6	110
separato/a, divorziato/a	4		592,1	44
vedovo/a	166		2227,7	95
non specificato	98			
Istruzione				
laurea, diploma	10		1359,9	75
professionali, licenza media	21		1005,7	47
elementari o meno	243		2336,3	112
n.a.c.***	136			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione.

*** Non altrimenti classificato

Tabella 13. Indicatori di ricovero malattie dell'APPARATO DIGERENTE negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	383	2925,2	2820,2	100
Distretto 1	57	2729,2	2697,1	94
Valdigne-Mont Blanc	23	3158,8	3246,1	109
Gran Paradis	33	2491,9	2423,8	86
Distretto 2	207	3095,1	2925,5	106
Gran Combin	15	3044,3	2724,7	102
Monte Emilius	41	2509,2	2437,1	87
Città di Aosta	151	3311,1	3121,0	113
Distretto 3 Monte Cervino	53	3073,4	3093,5	105
Distretto 4	66	2546,4	2441,7	86
Evançon	35	2809,7	2691,3	95
Monte Rosa	25	2215,1	2108,6	75
Walser-Alta Valle del Lys	6	2782,1	2689,2	96
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	87	3030,7	2955,2	105
medio	87	2618,1	2556,8	89
deprivato, molto deprivato	210	3028,3	2884,8	103
Stato civile				
celibe/nubile	27	**	3546,4	129
coniugato/a	116		2789,6	100
separato/a, divorziato/a	5		823,1	45
vedovo/a	198		2592,2	100
non specificato	37			
Istruzione				
laurea, diploma	17		2735,3	110
professionali, licenza media	28		1516,6	57
elementari o meno	281		2629,1	108
n.a.c.***	58			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 14. Indicatori di ricovero per TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	299	2281,6	2050,4	100
Distretto 1	48	2327,8	2130,3	105
Valdigne-Mont Blanc	19	2617,3	2495,7	119
Gran Paradis	29	2168,0	1964,2	97
Distretto 2	160	2392,3	2146,1	105
Gran Combin	10	1919,3	1566,4	81
Monte Emilius	39	2407,2	2279,9	110
Città di Aosta	111	2439,4	2154,1	106
Distretto 3 Monte Cervino	38	2189,8	1953,2	97
Distretto 4	53	2021,8	1811,2	86
Evançon	25	1980,2	1799,6	86
Monte Rosa	22	1952,8	1655,5	82
Walser-Alta Valle del Lys	6	2627,5	2656,3	119
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	64	2249,7	2091,3	102
medio	73	2215,3	2023,3	97
deprivato, molto deprivato	161	2326,5	2055,1	101
Stato civile				
celibe/nubile	21	**	2803,6	139
coniugato/a	64		2419,9	100
separato/a, divorziato/a	3		672,4	52
vedovo/a	151		1633,8	98
non specificato	60			
Istruzione				
laurea, diploma	9		1173,9	98
professionali, licenza media	21		1555,8	73
elementari o meno	204		1656,2	104
n.a.c.***	66			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 15. Indicatori di ricovero per FRATTURE FEMORE negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Uomini \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	29	328,4	344,5	100
Distretto 1	4	250,9	290,0	80
Valdigne-Mont Blanc	1	246,3	414,3	85
Gran Paradis	2	253,5	264,8	77
Distretto 2	13	292,9	305,6	88
Gran Combin	0	99,3	159,5	36
Monte Emilius	2	168,9	209,2	54
Città di Aosta	11	365,5	360,1	104
Distretto 3 Monte Cervino	3	274,0	295,4	85
Distretto 4	9	524,8	538,7	159
Evançon	5	556,4	567,5	162
Monte Rosa	4	564,2	578,5	177
Walsar-Alta Valle del Lys	0	199,2	236,1	63
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	3	147,3	155,3	47
medio	7	308,7	344,2	95
deprivato, molto deprivato	19	419,7	431,9	125
Stato civile				
celibe/nubile	4	**	444,6	186
coniugato/a	13		237,2	80
separato/a, divorziato/a	0		122,9	35
vedovo/a	8		452,7	132
non specificato	4			
Istruzione				
laurea, diploma	2		266,6	77
professionali, licenza media	1		161,1	22
elementari o meno	21		333,7	116
n.a.c.***	5			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Tabella 16. Indicatori di ricovero per FRATTURE FEMORE negli anziani residenti in Aosta, distretti e comunità montane 1997-1999

Donne \geq 65 anni

Area geografica	Osservati	Tasso grezzo x 100.000	Tasso std x 100.000	RR
Totale regionale	105	803,8	653,0	100
Distretto 1	19	899,0	784,6	118
Valdigne-Mont Blanc	8	1037,9	941,0	141
Gran Paradis	11	822,3	734,3	105
Distretto 2	54	812,4	662,2	101
Gran Combin	4	860,4	581,9	101
Monte Emilius	14	836,4	757,2	112
Città di Aosta	36	798,5	631,2	98
Distretto 3 Monte Cervino	12	710,7	581,6	90
Distretto 4	20	767,8	569,8	91
Evançon	9	749,3	566,6	90
Monte Rosa	9	757,8	511,0	86
Walsar-Alta Valle del Lys	2	927,4	861,5	123
Indice di deprivazione				
molto ricco, ricco	22	781,0	701,2	103
medio	28	855,9	685,0	106
deprivato, molto deprivato	55	788,3	616,1	96
Stato civile				
celibe/nubile	9	**	1069,9	156
coniugato/a	18		954,7	92
separato/a, divorziato/a	2		336,2	71
vedovo/a	64		595,9	98
non specificato	13			
Istruzione				
laurea, diploma	4		414,5	147
professionali, licenza media	7		672,0	75
elementari o meno	81		592,8	101
n.a.c.***	13			

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

*** Non altrimenti classificato

Malattie croniche

Secondo lo studio longitudinale del CNR sull'invecchiamento, in Italia le principali patologie croniche negli anziani sono: la demenza, il parkinsonismo, l'ictus, la sintomatologia depressiva, le polineuropatie periferiche, la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco, le aritmie, le arteriopatie periferiche, l'ipertensione, il diabete, l'artrosi, le broncopneumopatie croniche. Queste patologie, oltre che rilevanti per la loro elevata frequenza, sono spesso concomitanti e responsabili in larga parte dell'elevata richiesta sanitaria e della perdita di autonomia (1).

In questa parte del capitolo viene analizzata la diffusione di alcune di queste patologie croniche in Valle d'Aosta attraverso i dati dell'indagine ISTAT 2000 (2).

Si tratta quindi di una stima della presenza di patologie croniche "autoriferite", senza che esista una conferma documentata di ciò che asserisce l'intervistato. Va ricordato inoltre che questi dati si riferiscono soltanto alla popolazione non istituzionalizzata, e quindi a quelle persone che, specie perché anziane, presentano probabilmente un profilo di salute meno compromesso.

Va sottolineato che l'essere a conoscenza del fatto di soffrire di una determinata patologia cronica, soprattutto nel caso di quelle quali l'ipertensione arteriosa, che non presentano nelle fasi iniziali una sintomatologia evidente, dipende da molti fattori come, per esempio, l'abitudine a sottoporsi a determinati esami di controllo. Questi fattori devono essere tenuti in considerazione nell'analisi della diversa distribuzione delle patologie per aree geografiche o condizioni sociali.

In Valle d'Aosta circa il 55% degli uomini ed il 66% delle donne dichiara di soffrire di almeno una malattia cronica diagnosticata¹.

Nel caso degli uomini la presenza di malattie croniche sembra inferiore al Piemonte ed all'Italia: soltanto il Trentino Alto Adige sembra presentare un profilo di leggero vantaggio rispetto alla Valle d'Aosta (Figura 4). Nelle donne invece la percentuale di patologie croniche diagnosticate è più elevata rispetto al Piemonte e al Trentino Alto Adige, mentre si conferma il vantaggio rispetto all'Italia.

La diffusione di malattie croniche sembra essere correlata con la scarsità di risorse economiche: chi dichiara di avere risorse scarse od insufficienti sembra avere il 25% in più di probabilità di soffrire di almeno una patologia cronica. Un effetto protettivo sembra invece essere correlato al fatto di abitare in un comune piccolo, con meno di 2000 abitanti (Tabella 17).

Entrando nel dettaglio delle patologie, il 9,5% degli uomini ed il 7,8% delle donne dichiara di soffrire di diabete (Figura 5). Questa percentuale sale a circa il 20% degli uomini ed il 32% delle donne, nel caso dell'ipertensione (Figura 6).

Per quanto riguarda le differenze geografiche, nel caso del diabete, la Valle d'Aosta sembra presentare una situazione di relativo vantaggio per gli uomini nei confronti di Piemonte e Italia, e nelle donne, nei confronti di tutte le altre aree geografiche. Da segnalare che sembrano avere un effetto protettivo, anche se non statisticamente significativo, la condizione di persona sola o di coppia senza figli, ed il fatto di risiedere in comuni di dimensioni ridotte.

I dati sull'ipertensione presentano un profilo della popolazione anziana della Valle d'Aosta migliore di tutte le altre aree considerate. Il livello d'istruzione medio e basso presenta un rischio, statisticamente significativo di ipertensione, doppio rispetto a chi è in possesso di un diploma di scuola superiore o di una laurea.

¹ In questo caso l'ISTAT fa riferimento alle seguenti patologie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, trombosi, embolia, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia), Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria.

Per quanto riguarda la diagnosi di Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia e perdita della memoria la percentuale nelle donne è pari al doppio di quella degli uomini (Figura 7). Nel caso degli uomini la situazione della Valle d'Aosta si colloca a metà tra i dati del Piemonte e dell'Italia, leggermente in eccesso rispetto a quelli del Trentino Alto Adige. Più elevato sembra lo svantaggio della Valle d'Aosta nel caso delle donne, nei confronti delle altre aree considerate.

Data la scarsità del campione, si tratta di dati da considerare con estrema cautela, soprattutto nel caso del Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria, in cui, data l'associazione di più patologie, i confronti fra aree geografiche sono suscettibili di una variabilità molto elevata.

I dati sulla relazione fra queste patologie e gli indicatori socio geografici sono stati riportati solo in parte nel caso di alcune patologie, proprio perché la scarsità del campione non ha garantito una sufficiente stabilità dei risultati statistici.

Figura 4. ALMENO UNA MALATTIA CRONICA diagnosticata nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

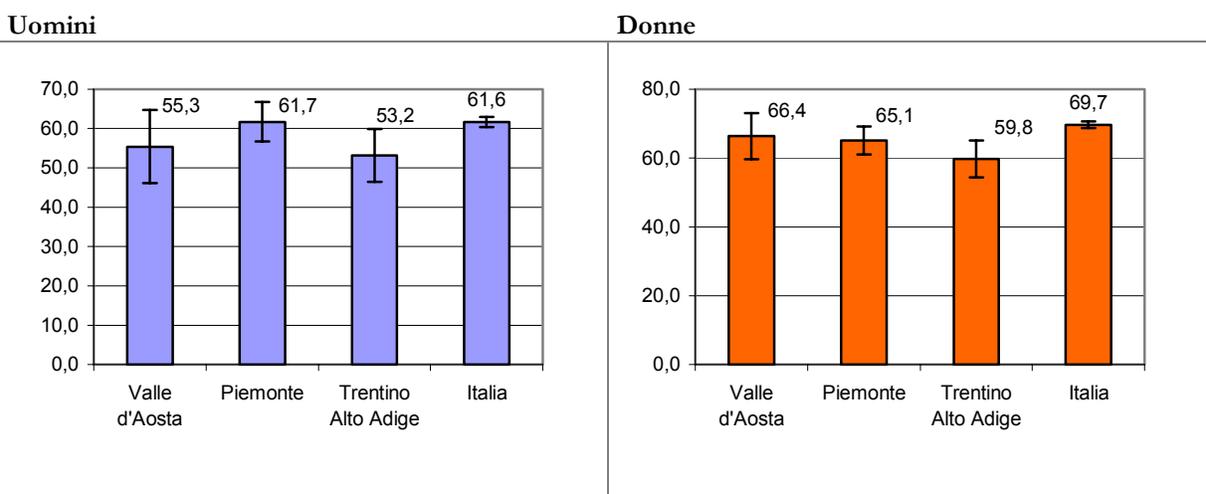


Figura 5. DIABETE nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

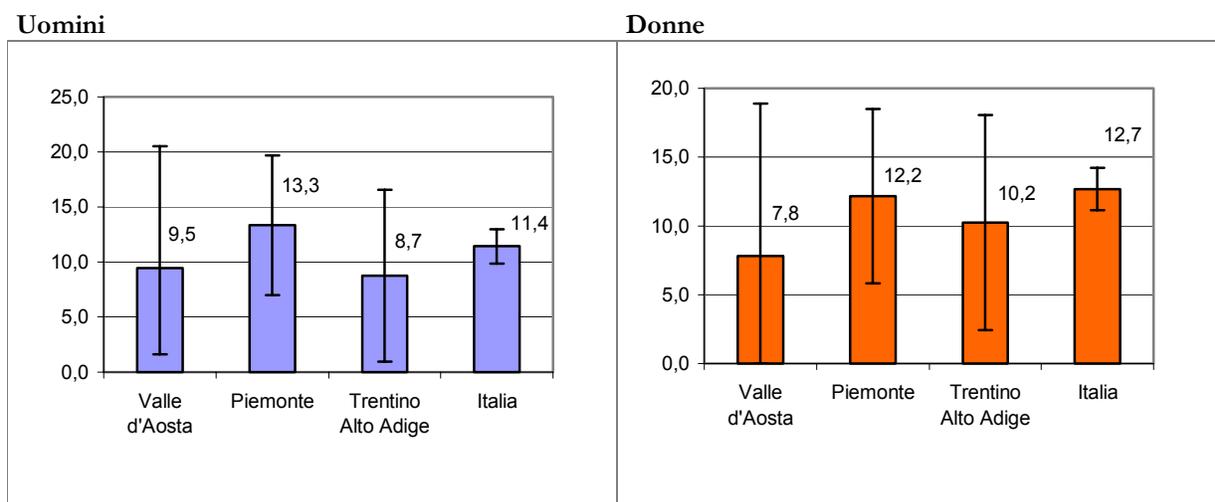


Figura 6. IPERTENSIONE nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

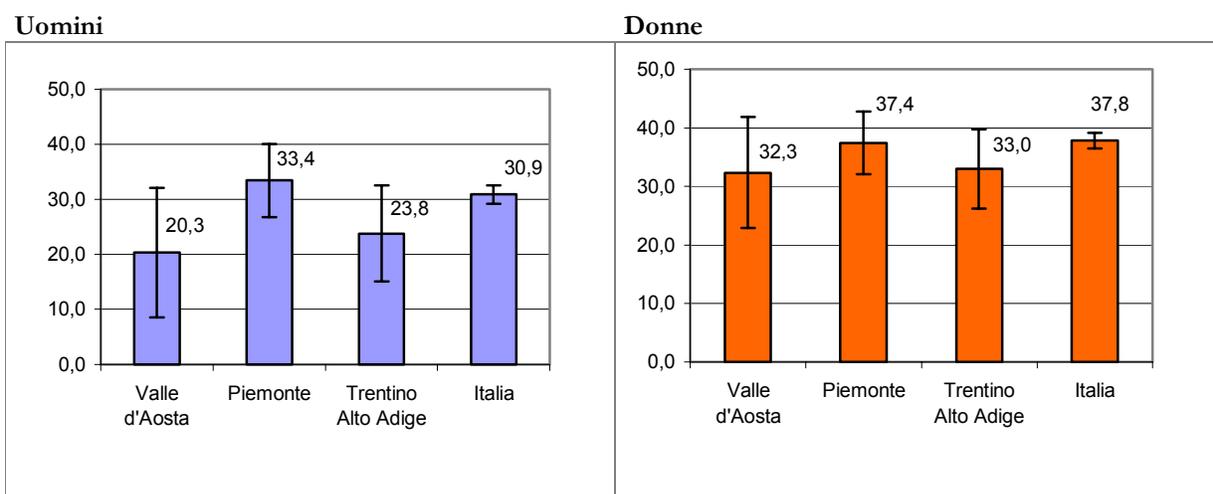


Figura 7. PARKINSON, ALZHEIMER, EPILESSIA E PERDITA DELLA MEMORIA nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

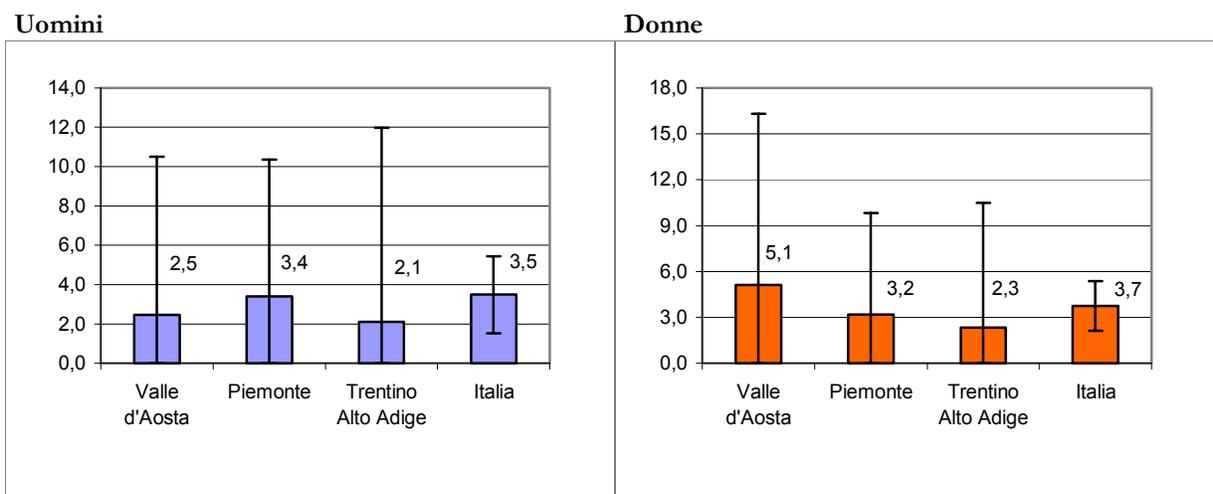


Tabella 17. Malattie croniche per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune negli anziani in Valle d'Aosta. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.

Stato civile	Diabete	Iperensione	Parkinsonismo	Almeno una malattia cronica diagnosticata
celibe/nubile	1,66	0,66	**	1,21
coniugato/a	1,00	1,00		1,00
separato/a, divorziato/a	0,86	0,39		0,82
vedovo/a	0,89	1,02		1,06
Tipologia familiare				
coppia con figli	1,00	1,00	**	**
coppia senza figli	0,38	1,27		
monogenitore	0,19	1,59		
persona sola	0,44	1,26		
altro	0,64	0,53		
Livello di istruzione				
post-laurea, laurea, diploma	1,00	1,00	**	1,00
lic. prof.le, medie inferiori	0,77	2,30		1,23
lic. elementare, senza titolo	0,83	2,06		1,05
Giudizio sulle risorse economiche				
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	0,86	1,18	1,43	1,25
Dimensione del comune di residenza				
10001-50000	1,00	1,00	**	1,00
2001-10000	0,50	1,18		0,84
≤2000	0,48	0,94		0,82

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

Disabilità

Eventi traumatici e patologie, siano esse acute o cronico degenerative, possono avere delle conseguenze dirette sulla perdita di autonomia dei soggetti sia nelle attività della vita quotidiana sia nelle capacità relazionali. Si tratta di situazioni che possono portare alla disabilità intesa dall'OMS come “*riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione*”, sia di tipo anatomico, psicologico o fisiologico (4).

Dalla disabilità si può passare all'handicap, cioè ad una condizione di svantaggio sociale ed ambientale delle persone disabili.

Nel 1980 l'OMS ha messo a punto la prima classificazione internazionale ICIDH (*International Classification of Impairment, Disability and Handicap*) (4) per studiare la disabilità che si fonda sulla sequenza che dalla menomazione conduce alla disabilità e quindi all'handicap.

L'handicap infatti si concretizza in quelle situazioni in cui le persone disabili soffrono di limitazioni per la presenza di barriere architettoniche, per discriminazioni socio culturali o nell'accesso ad adeguati sostegni o per i loro bisogni assistenziali.

L'indagine ISTAT (3) ha fatto riferimento ad una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE (*Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico*) sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità:

- la dimensione fisica, riferibile alla mobilità ed alla locomozione e che, nei casi gravi può configurare una situazione di confinamento (a letto, sulla carrozzina o nella propria abitazione);
- la dimensione dell'autonomia nelle funzioni quotidiane, comprendente gli indicatori rilevati dalle scale ADL (*Activities of Daily Living*) (5) ed IADL (*Instrumental Activities Daily Living*) (6);
- la dimensione della comunicazione, che riguarda la sfera della vista, dell'udito e della parola.

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde un insieme di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà. E' definita disabile la persona che, escludendo limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate per ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio degli apparecchi sanitari.

Va sottolineato che l'indagine si riferisce soltanto alle persone non istituzionalizzate che presentano probabilmente un profilo di salute migliore, soprattutto per il grado di limitazione funzionale e relazionale.

E' noto come, con l'aumento della durata media della vita, aumenti il numero di persone anziane colpite da normali processi degenerativi connessi all'invecchiamento. Inoltre, patologie che in passato risultavano irrimediabilmente fatali (soprattutto ictus, tumori ed infarti) oggi sono più frequentemente curabili, anche se le persone colpite talvolta riescono a riconquistare solo parzialmente la loro autonomia.

La disabilità interessa in Valle d'Aosta circa il 16% degli uomini ed oltre il 18% delle donne di 65 anni ed oltre (Figura 8). Questo dato, negli uomini, colloca la regione al primo posto fra quelle considerate quanto a percentuale di disabili negli anziani. Nel caso delle donne la percentuale di disabili è simile a quella piemontese, con un eccesso rispetto al Trentino Alto Adige ed una situazione di relativo vantaggio nei confronti dell'Italia.

Il 7% degli uomini ed il 9% delle donne sono in situazione di grave disabilità, costretti cioè ad una vita confinata a letto, o su una carrozzina o comunque senza la possibilità di lasciare il proprio domicilio (Figura 9). Anche in questo caso il dato pone la Valle d'Aosta, soprattutto per gli uomini, fra le aree geografiche con la più alta percentuale di anziani confinati.

La regione presenta una situazione di svantaggio rispetto alle altre aree anche nel caso delle “difficoltà di movimento” (Figura 10), ambito questo che individua una fascia di “predisabilità”: da rilevare che le differenze più elevate sono nei confronti del Trentino Alto Adige, che, nel caso degli uomini, presenta una percentuale di anziani con difficoltà di movimento inferiore di circa il 50%.

Nel caso delle difficoltà sensoriali (udito, vista e parola) la situazione della Valle d’Aosta è intermedia a quella italiana, che presenta un profilo meno favorevole, e quella del Trentino Alto Adige, che con il 2,7% degli uomini ed il 2,4% delle donne si colloca sui valori più bassi (Figura 11).

Per quanto riguarda il rapporto tra indicatori socio geografici e disabilità nelle sue diverse forme, si segnalano differenze statisticamente significative a sfavore delle persone celibi o nubili e dei vedovi o delle vedove. Un effetto protettivo sembra correlato al fatto di risiedere nei comuni di dimensioni più ridotte (Tabella 18).

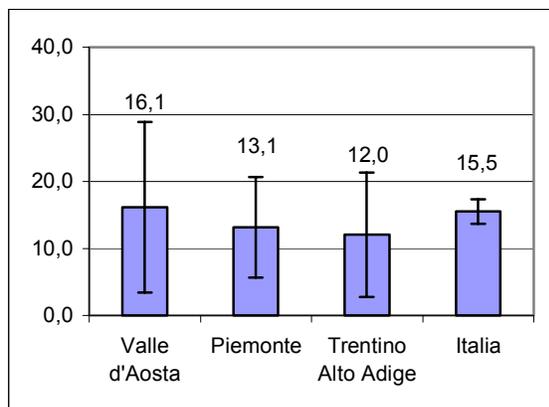
Il primo dato può essere spiegato da un effetto di selezione dovuto alla maggior difficoltà per una persona disabile di sposarsi; nel secondo caso, l’effetto protettivo del risiedere in comuni più piccoli può essere spiegato dalla tendenza delle persone con problemi di disabilità a risiedere in comuni più serviti e quindi di maggiori dimensioni.

Anche se non si raggiunge la significatività statistica, si possono ancora sottolineare eccessi di rischio, in tutte le forme di disabilità considerate, in chi ha un basso livello d’istruzione ed un giudizio sfavorevole nei confronti delle proprie risorse economiche.

Il fatto che non si segnalino differenze significative nella disabilità per condizioni sociali fra la popolazione non istituzionalizzata, va probabilmente messo in relazione alla diffusione di una rete di servizi residenziali in grado di recepire il disagio evitando il consolidarsi di situazioni di svantaggio fra le fasce sociali più fragili.

Figura 8. DISABILITA' nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

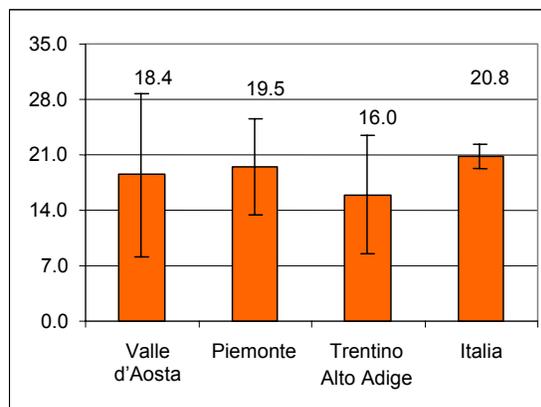
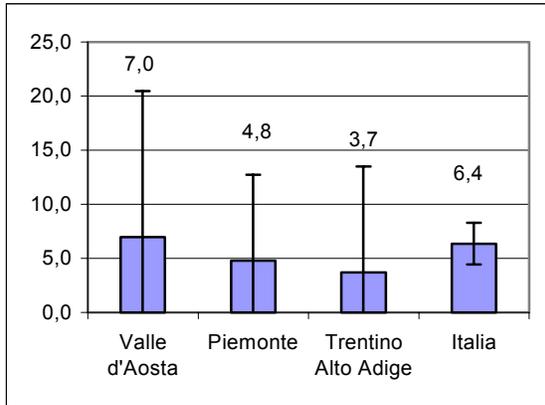


Figura 9. CONFINAMENTO nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

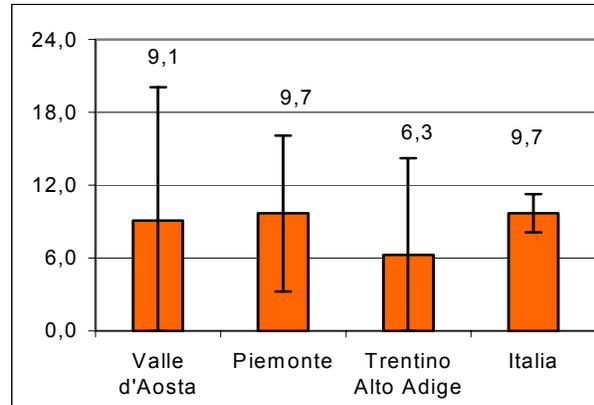
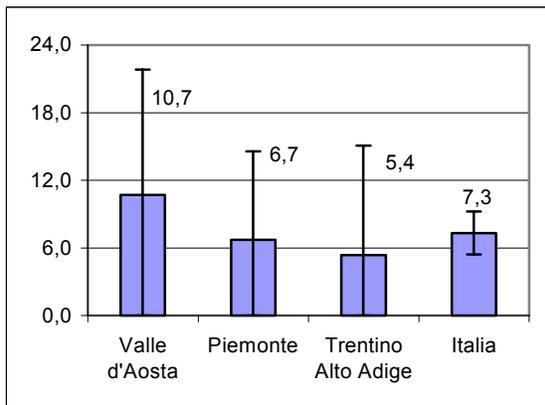


Figura 10. DIFFICOLTA' DI MOVIMENTO nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

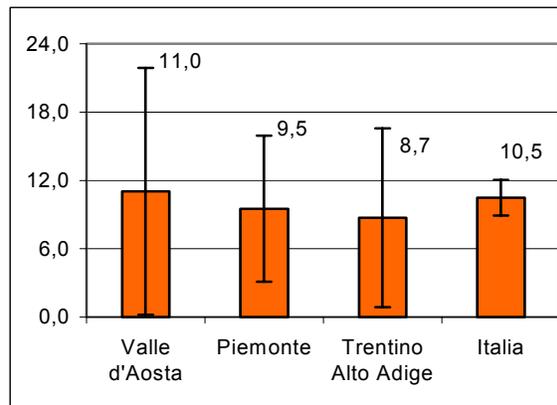
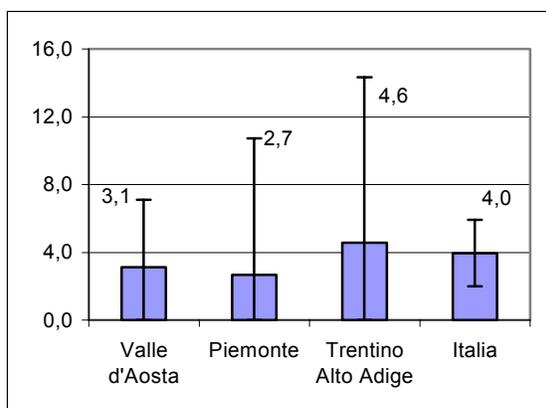


Figura 11. DIFFICOLTA' SENSORIALI nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

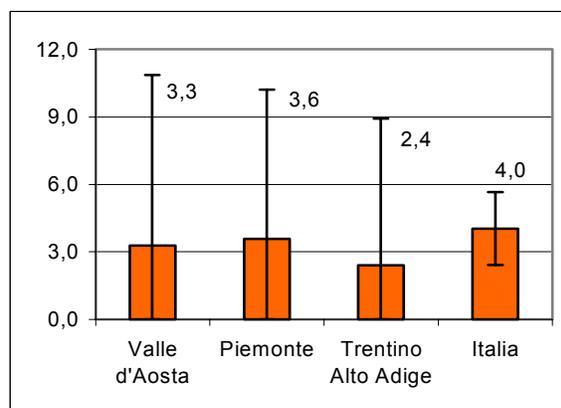


Tabella 18. DISABILITA' per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.

Stato civile	Disabili	Confinamento a letto	Difficoltà movimento	Difficoltà sensoriali
celibe/nubile	2,11	**	**	1,83
coniugato/a	1,00			1,00
separato/a, divorziato/a	0,69			2,08
vedovo/a	1,48			0,81
Tipologia familiare				
coppia con figli	1,00	1,00	1,00	**
coppia senza figli	0,75	0,44	0,75	
monogenitore	0,43	0,38	0,42	
persona sola	0,99	0,86	1,16	
altro	1,08	1,40	1,15	
Livello di istruzione				
post-laurea, laurea, diploma	1,00	1,00	1,00	1,00
lic. prof.le, medie inferiori	1,68	2,99	1,20	0,95
lic. elementare, senza titolo	1,91	2,46	1,12	1,05
Giudizio sulle risorse economiche				
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,12	1,54	1,62	1,66
Dimensione del comune di residenza				
10001-50000	1,00	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,66	0,65	0,51	0,36
≤2000	0,91	0,41	1,08	0,46

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

Salute percepita

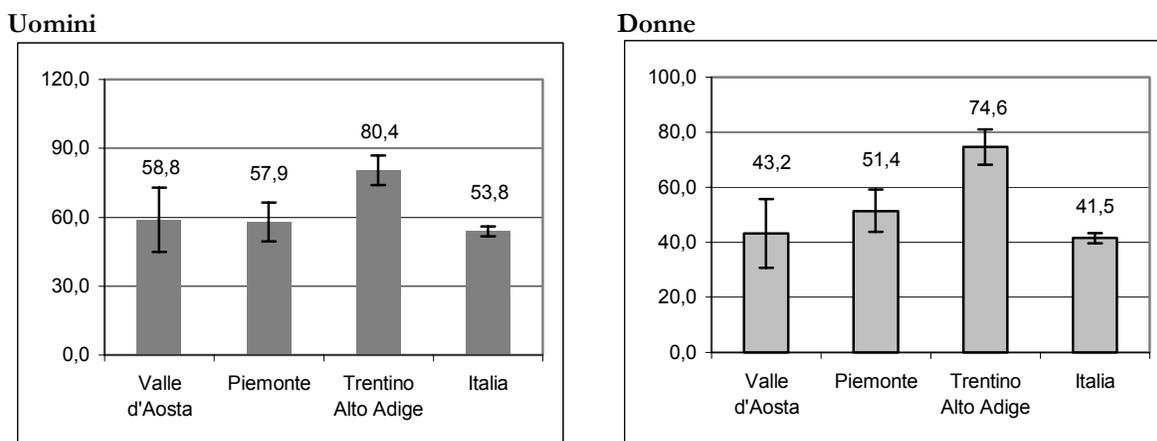
Da alcuni anni, a seguito delle dichiarazioni dell'OMS (7) e dell'affermarsi di un approccio globale alla salute, ha assunto maggior importanza una valutazione della salute che, accanto a indicatori oggettivi (morbilità e mortalità), utilizza indicatori riferiti alla salute percepita. E' stato osservato infatti come a condizioni di salute che si presentano analoghe secondo indicatori oggettivi, si riferiscano, in verità, diversi livelli di capacità funzionali e relazionali.

Nel testo che segue si farà riferimento ai risultati dell'indagine Multiscopo ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2000 (3), che esplora l'autopercezione dello stato di salute attraverso un questionario. Il primo quesito, volto a rilevare la percezione dello stato di salute globale dei soggetti, fa riferimento alla domanda "Come va la sua salute?". Le possibili risposte sono distribuite su una scala verbale a cinque valori (molto bene, bene, discretamente, male, molto male). Nell'elaborazione dei dati riferita agli anziani in Valle d'Aosta sono stati aggregati i due gruppi estremi, ottenendo così due classi di risposte contrapposte: "bene-molto bene" e "male-molto-male".

Ad integrazione del quesito generale l'ISTAT ha inserito nell'indagine il questionario SF 12 (*Short Form Health Survey*), tratto da una versione più ampia (SF-36), e già validato da numerosi studi internazionali.² Mediante 12 quesiti vengono analizzati otto diversi aspetti dello stato di salute: l'attività fisica, la limitazione di ruolo dovuto alla salute fisica, lo stato emotivo, il dolore fisico, la percezione dello stato di salute generale, la vitalità, l'attività sociali e la salute mentale. Le sintesi di questi punteggi permettono di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (*Physical Component Summary*), l'altro quello psicologico (*Mental Component Summary*). A punteggi molto bassi (inferiore a 20) corrisponde, nel caso della salute fisica, una situazione di "sostanziale limitazione della cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale, importante dolore fisico, frequente stanchezza, la salute è giudicata scadente". Nel caso della salute mentale, bassi valori dell'indice rivelano "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi, la salute è giudicata scadente" (8).

Complessivamente in Valle d'Aosta la popolazione anziana che giudica le proprie condizioni di salute "buone e molto buone" corrisponde a circa il 58% degli uomini e il 43 % delle donne.

Figura 12. Salute percepita (bene-molto bene) nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.



² Il questionario psicometrico SF-36 è stato predisposto e poi perfezionato in un primo momento negli Stati Uniti e utilizzato a livello internazionale. La sua versione attuale (Ware, Snow, Kosinski et al 1993) è il risultato delle analisi condotte nell'ambito del progetto "Medical Outcome Study" (Steward, Ware 1992) (3).

Nel caso degli uomini questo dato pone la Valle d'Aosta in situazione di vantaggio rispetto al Piemonte ed all'Italia, mentre resta rilevante lo scarto dal Trentino Alto Adige che presenta una percentuale di uomini che si dichiarano in buona salute superiore all'80%. Nelle donne la percezione del proprio stato di salute è meno positiva e colloca le valdostane in vantaggio soltanto rispetto all'Italia. Si conferma la differenza con il Trentino Alto Adige che presenta una percentuale di donne in buona salute di oltre il 70%.

Anche la salute fisica e quella psichica presentano un profilo di salute autopercepita favorevole, considerando il fatto che i valori critici si pongono orientativamente al di sotto del punteggio di 20 (Figura 13 e 14).

Sia negli uomini che nelle donne, in Valle d'Aosta, tra tutte le aree geografiche considerate, la percezioni di stato fisico è meno positiva della percezione dello stato psicologico. Tra gli uomini la media dei punteggi riferiti allo stato di salute fisico "buono o molto buono" è di 44,6, mentre per lo stato di salute psicologico lo stesso indicatore supera di poco il valore di 50.

Analogamente nelle donne il valore della media dei punteggi riferiti allo stato di salute fisico è di 41,7 a fronte di un punteggio di 47,8 per lo stato psicologico.

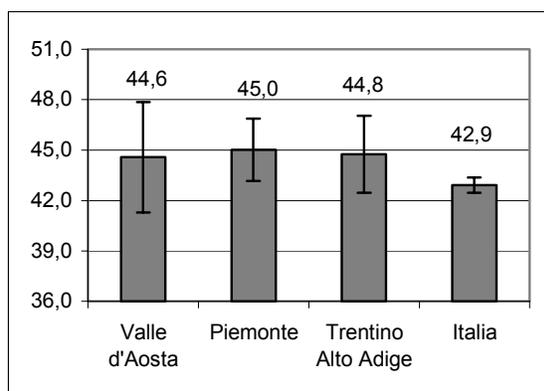
Rispetto alle altre aree geografiche, per la percezione dello stato fisico, gli uomini si collocano su valori simili al Piemonte ed al Trentino Alto Adige e in una situazione di lieve vantaggio nei confronti dell'Italia. Le donne presentano valori leggermente inferiori al Piemonte e sembra invece ampliarsi lo svantaggio nei confronti del Trentino Alto Adige.

Nel caso della salute psicologica, in entrambi i sessi la Valle d'Aosta si colloca in una situazione più favorevole sia nei confronti del Piemonte che dell'Italia, con valori di poco inferiori al Trentino Alto Adige.

In sintesi pare che la situazione di relativo svantaggio nei confronti del Trentino Alto Adige, già evidente dalla percezione dello stato di salute generale (Figura 12), sia imputabile più a fattori correlati allo stato di salute fisico, piuttosto che allo stato di salute psichico.

Figura 13. Stato di salute fisico percepito nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Medie standardizzate (I.C. 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

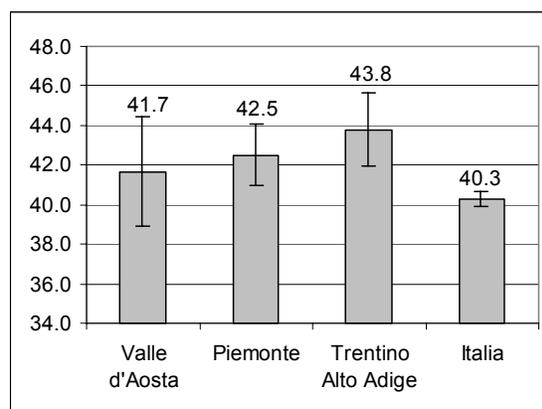
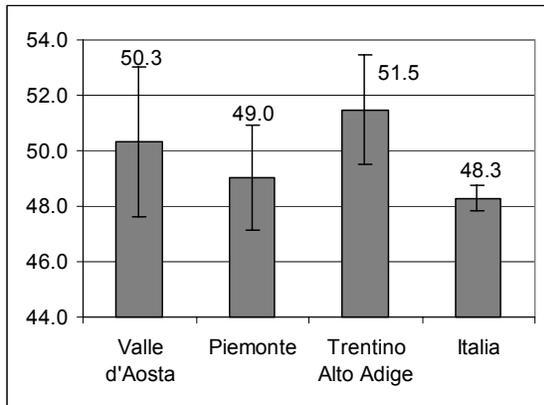
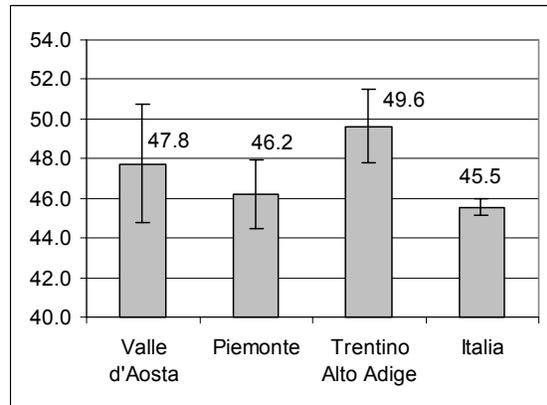


Figura 14. Stato di salute psichico percepito nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Medie standardizzate (I.C. 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne



Per quanto riguarda le differenze all'interno della struttura sociale e geografica della Valle d'Aosta (Tabella 19), lo stato civile, la tipologia familiare e il livello d'istruzione non sembrano influenzare significativamente nessuna delle dimensioni di salute riferita prese in considerazione. Al contrario, un giudizio negativo sulla disponibilità di risorse economiche sembra influenzare negativamente il giudizio sulla salute, particolarmente nella componente psicologica.

Nel caso invece della dimensione del comune di residenza, vivere in un comune di piccole dimensioni si associa ad una valutazione favorevole della salute percepita e della salute psichica, mentre sembra non avere alcun impatto sulla salute fisica.

Tabella 19. Salute percepita** per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.

Stato civile	Salute autopercepita	Salute fisica	Salute psichica
celibe/nubile	0,99	0,95	1,03
coniugato/a	1,00	1,00	1,00
separato/a, divorziato/a	1,16	1,06	0,84
vedovo/a	1,01	0,99	1,10
Tipologia familiare			
coppia con figli	1,00	1,00	1,00
coppia senza figli	0,94	0,98	1,17
monogenitore	0,76	1,01	0,82
persona sola	0,96	0,95	1,27
altro	1,00	0,96	1,37
Livello di istruzione			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,00	1,00	1,00
lic. prof.le, medie inferiori	0,98	0,94	1,00
lic. elementare, senza titolo	1,00	1,00	0,97
Giudizio sulle risorse economiche			
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,50	1,05	1,32
Dimensione del comune di residenza			
10001-50000	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,92	1,02	0,80
≤2000	0,82	0,98	0,67

In neretto i valori statisticamente significativi

** Nel caso della salute generale il rischio relativo si riferisce alla categoria di chi valuta "male o molto male" il proprio stato di salute; nel caso della salute fisica e della salute psichica si mette a confronto il rischio di appartenere alla categoria dei più svantaggiati piuttosto che a quella di coloro che valutano favorevolmente il proprio stato di salute fisico o psichico.

Consumo di farmaci

Di seguito vengono presentati alcuni dati riferiti al consumo di farmaci, che possono essere associati ad uno stato di malessere fisico e psicologico.

Nel caso del malessere fisico, ed in particolare del dolore ad esso associato, si fa riferimento ai farmaci antinevralgici mentre nel caso del malessere psicologico si fa riferimento ai tranquillanti ed ai sonniferi. Anche in questo caso si tratta di informazioni rilevate tramite questionario e quindi ad un eventuale consumo di farmaci riferito, e non dedotto da una prescrizione medica.

In tutte le aree geografiche considerate, le donne sembrano fare un maggior uso di questi tipi di farmaci (Figure 16, 17 e 18): la proporzione standardizzata delle donne che fanno uso di antinevralgici e di tranquillanti è quasi doppia a quella degli uomini. Meno importanti, in Valle d'Aosta sembrano essere le differenze fra uomini e donne anziani nel caso dell'uso di sonniferi.

Per quanto riguarda l'uso di antinevralgici la Valle d'Aosta, nei due sessi, presenta delle percentuali più elevate del Trentino Alto Adige ed inferiori a quelle del Piemonte e dell'Italia.

Nel caso dell'uso di tranquillanti e di sonniferi, nei due sessi, la Valle d'Aosta presenta una situazione di vantaggio nei confronti delle altre aree geografiche considerate, con differenze più significative nel caso delle donne. Questo dato sembra in controtendenza rispetto alle indicazioni scaturite dalla percezione della salute psichica, che collocava la Valle d'Aosta in una situazione di svantaggio nei confronti del Trentino Alto Adige. Probabilmente la percezione dello stato psichico meno favorevole non raggiunge un livello tale da manifestarsi in termini di intervento farmacologico.

Interessante è la correlazione fra l'uso di questi farmaci e le caratteristiche sociali e geografiche degli anziani (Tabella 20).

Chi vive una condizione di vedovanza, separazione o divorzio fa un uso più elevato di tutti e tre i tipi di farmaci: nel caso dei tranquillanti e dei sonniferi tali eccessi raggiungono la significatività statistica, per i separati e per i vedovi i rischi superano rispettivamente di oltre il triplo ed il doppio, la categoria dei coniugati/e.

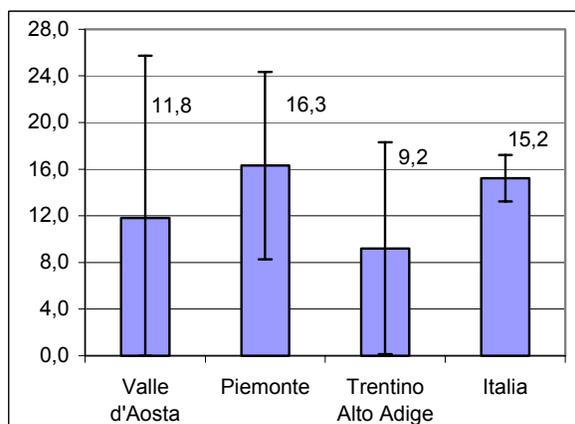
Anche le famiglie monogenitoriali e le persone sole sono maggiormente esposte all'uso di questi farmaci: particolarmente significativi sono gli eccessi nel caso del monogenitore per i tranquillanti e per i sonniferi.

La scarsità delle risorse economiche si associa positivamente con l'eccessivo uso di tranquillanti.

Un effetto positivo sembra ancora una volta associato al fatto di risiedere in comuni di dimensioni più piccole: in tutti e tre i casi si rileva una riduzione del rischio, che raggiunge la significatività statistica per gli antinevralgici (- 50%) e per i tranquillanti (- 70% circa). Questo dato è coerente con l'immagine descritta a proposito della salute psichica percepita.

Figura 16. Consumo di antinevralgici nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

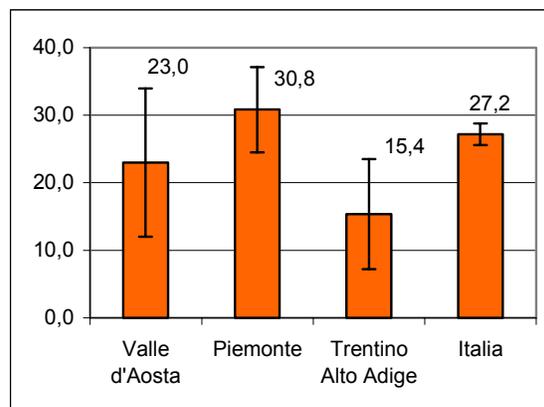
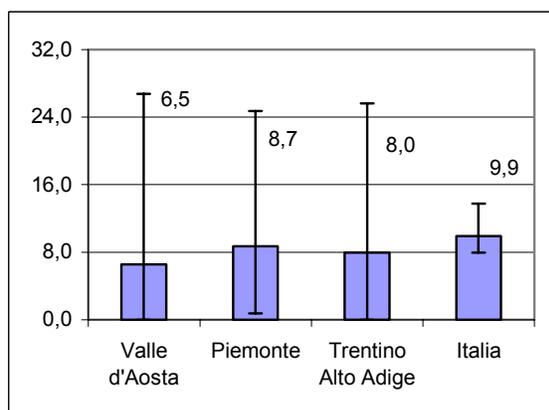


Figura 17. Consumo di tranquillanti nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

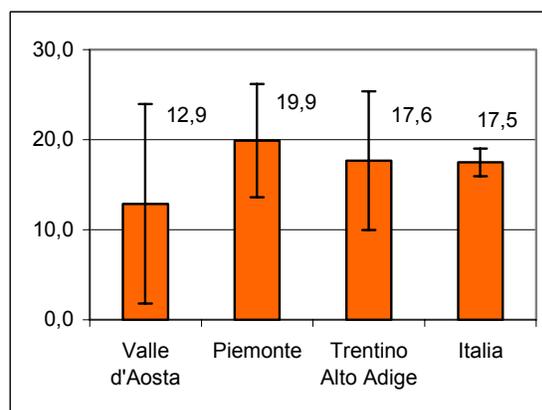
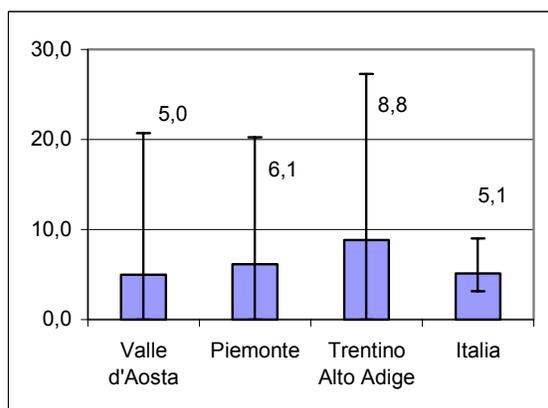


Figura 18. Consumo di sonniferi nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.

Uomini



Donne

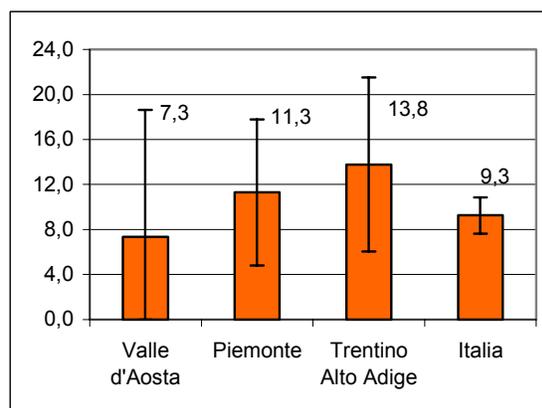


Tabella 20. Consumo di farmaci per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.

Stato civile	Antineuralgici	Tranquillanti	Sonniferi
celibe/nubile	1,20	0,60	0,60
coniugato/a	1,00	1,00	1,00
separato/a, divorziato/a	1,78	3,07	1,85
vedovo/a	1,26	1,56	2,67
Tipologia familiare			
coppia con figli	1,00	1,00	1,00
coppia senza figli	1,91	3,22	1,73
monogenitore	2,43	7,47	6,48
persona sola	2,11	3,52	3,92
altro	0,78	7,10*	3,83
Livello di istruzione			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,00	1,00	**
lic. prof.le, medie inferiori	1,17	2,14	
lic. elementare, senza titolo	1,01	1,26	
Giudizio sulle risorse economiche			
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,19	1,99	0,94
Dimensione del comune di residenza			
10001-50000	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,68	0,58	0,96
≤2000	0,50	0,38	0,55

In neretto i valori statisticamente significativi

** La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

BIBLIOGRAFIA

1. CNR, ILSA, Italian Longitudinal Study on Aging [www.aging.cnr.it/atlante.htm], 11/11/2002.
2. Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali, Cause di Ricovero in Valle d'Aosta, Regione Autonoma Valle d'Aosta Assessorato della sanità, Salute e Politiche Sociali, Aosta, 2002.
3. Gargiulo L, Sebastiani G, Le condizioni di salute della popolazione: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", ISTAT, Roma, 2002, in [www.istat.it/JSP/index.catalogo.htm], 4/11/2002.
4. WHO, Internatuonale Classification of Impairements, Disabilities, and Handicap, Geneva, 1980
5. Katz S, Index in Activities of Daily Living, 1968.
6. Lawton MP, Problems in functional assessment of older people. Paper presented at the 21° annual meeting of Gerontological Society, Denver, 1968.
7. OMS, Dichiarazione di Alma Ata, 1978; Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986.
8. Apoplone G, Mosconi P, Quattrocchi L, Granicolo E A L, Groth N, Ware J E Jr, Questionario sullo stato di salute SF-12. versione italiana. Guerini e associati Editore, Milano, 2001.

