

## **Introduzione**

Obiettivo di un atlante regionale della mortalità è quello di offrire agli operatori del settore, agli amministratori ed ai cittadini residenti, una immagine complessiva di un fenomeno certamente correlato allo stato di salute e al benessere di una popolazione.

L'insieme di indicatori utilizzati per descrivere la mortalità permette a chi legge di identificare le aree a maggiore o minore rischio di morte per specifiche patologie e di stimare l'impatto relativo che queste patologie esercitano sulla salute e sul bisogno di assistenza; conseguentemente, l'analisi diventa uno strumento per l'individuazione delle priorità di intervento e per la valutazione di efficacia delle azioni di sanità pubblica messe in campo.

Per lungo tempo sono stati mossi dei limiti all'analisi di mortalità come descrittrice attendibile dello stato di salute che fanno riferimento, in particolare, a due fattori. Il primo riguarda la latenza che intercorre tra il momento dell'esposizione ad un fattore di rischio, la conseguente insorgenza di una patologia e l'esito finale, ritenuta penalizzante per l'individuazione e il tempestivo indirizzo degli interventi preventivi. Il secondo, al fatto che non fornisce informazioni sufficienti su patologie non letali anche se gravi ed invalidanti.

Allo stato attuale entrambi questi limiti sono stati superati dal consolidato utilizzo di altri sistemi di rilevazione ed in particolare dall'uso degli archivi informatizzati delle schede di dimissione ospedaliera che consentono l'analisi della morbosità regionale. Un esempio di applicazione di questi studi alla Valle d'Aosta è dato dalla pubblicazione a cura dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali «Cause di ricovero in Valle d'Aosta 1997 – 1999».

Le analisi sui dati di mortalità vengono pertanto utilizzate come macro indicatori dello stato di salute di una popolazione e della qualità assistenziale; ne sono la prova i tradizionali documenti di programmazione sanitaria internazionali (OMS), nazionali (Piano Sanitario Nazionale) e regionali (Piani per la salute e Piani Socio Sanitari) che indicano nella riduzione della mortalità per specifiche cause l'obiettivo di salute verso cui tendere, facendo esplicito riferimento ad indicatori riconducibili alla mortalità prevenibile, a quella alcol e fumo correlata, applicati anche in questo studio.

In merito alla tempestività, nell'analisi dei dati di mortalità occorre precisare che questa non è un elemento cruciale a fini epidemiologici o di programmazione sanitaria, in quanto il fenomeno si caratterizza per evoluzioni estremamente lente nel tempo. In merito invece alla durata dell'osservazione, l'esiguità numerica della popolazione valdostana richiede, sotto il profilo statistico, un periodo almeno decennale per pervenire a stime sufficientemente stabili e robuste; questo è anche il motivo che spiega il periodo intercorso tra la prima pubblicazione esistente su questo argomento in Valle d'Aosta, nel 1991 (1) e la presente.

L'impegno per il futuro è quello di garantire continuità al monitoraggio delle caratteristiche della mortalità regionale intervallando analisi decennali con analisi di approfondimento specifico per singole cause o per possibili determinanti, possibilmente secondo covariate di tipo sociale capaci di documentare le disuguaglianze nella salute e nell'accesso tempestivo ai servizi.

La pubblicazione dell'Atlante regionale della mortalità in Valle d'Aosta assolve ad un ulteriore debito informativo da parte dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali arricchendo il repertorio di indicatori utili alla definizione dei profili di salute della regione e contribuendo alla definizione di obiettivi di piano (regionale, distrettuale, aziendale) quanto più possibile sostenuti da evidenze fattuali.

### **La normativa**

Dal Regio Decreto del 9 luglio 1939, n.1238, che ha stabilito i compiti dell'Ufficiale di Stato civile in ordine alla registrazione delle notizie di morte ed ha definito le modalità e la struttura del registro