

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

degli atti di morte (art. 137), sono stati prodotti numerosi atti normativi che obbligano il medico alla denuncia dell'evento morte.

La denuncia, in base al Decreto del Presidente della Repubblica del 21 ottobre 1975, n. 803, deve essere fatta su «apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della sanità, d'intesa con l'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT)» che risponde a finalità esclusivamente statistiche e sanitarie.

La legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 prima, e l'attivazione di un flusso informativo dedicato nel 1984 da parte del Ministero di Grazie e Giustizia dopo, hanno legittimato le competenze in merito all'archiviazione di questi dati in seno alle unità sanitarie locali. Ogni scheda di morte viene pertanto redatta in duplice copia di cui una destinata alla USL del comune di residenza del deceduto e l'altra all'ISTAT.

La scheda si compone di due parti: una anagrafica, compilata dall'ufficiale di stato civile, l'altra sanitaria, compilata dal medico curante o necroscopo. Le schede sono differenziate in base al genere (rosse per le femmine e blu per i maschi) e al fatto di essere riferite ad un decesso avvenuto entro il primo anno di vita (mortalità infantile) o successivamente al compimento del primo anno di età.

Poiché la rilevanza statistico epidemiologica di un decesso è legata alla possibilità di riferirlo nominalmente a ciascun individuo e, per quanto possibile, alle caratteristiche anagrafiche, sociali ed anamnestiche, in molte regioni, tra cui la Valle d'Aosta, sono stati istituiti dei Registri nominativi delle cause di morte.

In Valle d'Aosta l'istituzione del Registro regionale delle cause di morte è stata approvata con la deliberazione della Giunta regionale del 24 novembre 1989, n. 10981. Successivamente, sono state approvate altre due deliberazioni: la n. 4638, del 30 dicembre 2000, concernente la determinazione per la razionalizzazione e la valorizzazione epidemiologica dei flussi alla base dell'esistente Registro di mortalità e la n. 939, del 18 marzo 2002, concernente l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo legato alla scheda ISTAT di morte, con l'intento di valorizzare i dati in esso contenuti a fini epidemiologici e di programmazione sanitaria.

La responsabilità della gestione, manutenzione e qualità del Registro regionale delle cause di morte compete al Servizio di medicina legale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, nella figura del responsabile del Registro, preso atto delle disposizioni normative riguardanti il trattamento dei dati sensibili come da legge n. 675 del 31.12.1996 e successive integrazioni.

I vantaggi di disporre di un Registro regionale informatizzato delle cause di morte sono numerosi.

Il primo è quello di operare sul dato di mortalità in un contesto logisticamente e temporalmente "prossimo" all'evento stesso; il secondo è quello di generare, potenzialmente, un'informazione più accurata rispetto a quella rilasciata sul medesimo evento dall'ISTAT che, inevitabilmente, per effetto della centralizzazione di tutti i dati regionali, è costretto ad operare con sistemi di codifica automatica invece che manuale, rilasciando alle singole regioni i rispettivi dati con scostamenti temporali fino a tre anni. Tra i vantaggi, si ricorda infine la possibilità di istituire dei Registri di patologia (quale ad esempio il Registro Tumori, assente nella nostra regione) sfruttando procedure di *record linkage* tra gli archivi della mortalità, delle schede di dimissione ospedaliera e altre fonti informative eventualmente disponibili.

Tutti questi vantaggi si confermano tali a fronte, ovviamente, di una elevata qualità dei dati contenuti negli archivi informatizzati.

Fonte dei dati, completezza degli archivi e periodo di osservazione

Per consentire a questo studio di disporre di un periodo di osservazione di 24 anni, dal 1980 al 2003, è stata operata la scelta di utilizzare due fonti di dati. Dal 1980 al 2001 (ultimo anno per il quale gli archivi di mortalità ISTAT sono disponibili) sono stati utilizzati gli archivi dell'ISTAT sulle cause di