

voci nosologiche riportate dal medico sulla scheda di morte in modo diverso dalla precedente. La concordanza tra i due risultati, misurata nel corso del primo anno di applicazione, in cui le due procedure venivano applicate parallelamente, è stata giudicata soddisfacente (4); tuttavia, nell'analisi degli andamenti temporali, occorre interpretare con prudenza questo momento di transizione, perché le modificazioni osservate, soprattutto se osservate per la prima volta, potrebbero essere un artefatto conseguente a questo cambiamento di procedura.

Considerazioni di potenza statistica hanno condotto alla scelta delle voci nosologiche riportate nelle tabelle e alle aggregazioni in due periodi di dodici anni ciascuno: 1980-1991 e 1992-2003. Gli indicatori sono stati calcolati per un'ampia selezione di cause, il cui elenco completo è riportato in appendice 1 con i relativi codici ICD-IX utilizzati.

Per quanto riguarda le cause di morte per patologie alcool-correlate è stata utilizzata la lista proposta dal Comité National de Défense Contre l'Alcolisme (CNDCA) (5), aggregata secondo due modalità diverse: la prima utilizzando solo quelle cause con un rischio attribuibile all'alcool superiore al 50% (psicosi alcoliche, sindrome di dipendenza dall'alcool, abuso di alcool senza dipendenza, cirrosi e altre malattie croniche del fegato, tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe, tumori maligni dell'esofago, tumori maligni della laringe, omicidi e lesioni intenzionali); la seconda utilizzando tutte le cause che riconoscono una relazione causale con l'uso di alcool, indipendentemente dal rischio attribuibile (e cioè tutte le precedenti più: abusi di droghe, tubercolosi polmonare, incidenti da trasporto, cadute accidentali, incidenti da incendi e da fuoco, annegamento e soffocamento, incidenti non classificati altrove, postumi di incidenti, suicidi e cause mal classificate).

Per quanto riguarda le cause di morte fumo-correlate sono state incluse tutte quelle patologie in cui è riconosciuto un importante ruolo causale del fumo di sigaretta (abuso di tabacco, malattie ischemiche del cuore, malattia cardiopolmonare cronica, tumori maligni delle seguenti sedi: labbra, cavità orale, faringe, esofago, laringe, polmone, vescica e rene e malattie polmonari croniche ostruttive) (6).

Sono stati infine calcolati i valori degli indicatori di mortalità per cause di morte prevenibili e trattabili così come definite da Rutstein (7).

Le dimensioni di analisi

Per consentire un confronto della situazione regionale con altre realtà geografiche, nella parte dedicata all'analisi della mortalità generale sono stati riportati i valori dei tassi standardizzati di mortalità per alcune delle principali cause di morte rilevati in Piemonte, Nord Ovest ed Italia.

I confronti interni alla regione, invece, sono stati effettuati mediante alcuni indicatori (vedi successivo capitolo 5) calcolati per diverse dimensioni di analisi (covariate). In particolare, si è voluta offrire la possibilità di effettuare confronti fra due periodi temporali (1980-1991 e 1992-2003), fra diverse aree geografiche (i distretti e le comunità montane), fra differenti gruppi sociali classificati sulla base dell'indice di deprivazione comunale e per quattro classi di età (0-14, 15-64, 65-74 e oltre i 75 anni).

Per un ulteriore approfondimento sono stati calcolati indicatori di mortalità a livello comunale utilizzando tecniche di analisi in grado di tenere conto della scarsa numerosità di eventi che si verificano in queste situazioni. I risultati sono riportati nelle mappe allegate alle tabelle (per i dettagli si veda il paragrafo 5).

1.1.I distretti e le comunità montane

Per la definizione dei distretti e delle comunità montane si è fatto riferimento a quanto definito nella L.R. 5/2000, all'art. 10, c. 4, lettera d). Il comune di Sarre, afferente alla comunità montana Grand Paradis, è stato attribuito al distretto 1 dell'Alta Valle.

1.2. L'indice di deprivazione comunale

Per valutare la presenza di differenze sociali nella mortalità, ad ogni comune della Valle d'Aosta è stato attribuito un "indice di deprivazione"; si tratta di un indice calcolato per tutti i comuni italiani sui dati del censimento 1991 che, attraverso la combinazione di alcuni indicatori sociali del comune [% di popolazione con licenza elementare come indice della componente culturale, % di popolazione attiva che svolge lavoro manuale come indice della componente di dominio, indice di affollamento (numero di occupanti per stanza), % di abitazioni occupate in affitto, % di abitazioni occupate senza bagno interno all'abitazione come indice della componente materiale della deprivazione, % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi come indice della componente relazionale della deprivazione], attribuisce un "punteggio" al livello di deprivazione (8).

A differenza degli indicatori di posizione sociale individuali (titolo di studio, professione, ecc.) questo indice classifica i comuni nel loro complesso; il principale limite al suo utilizzo è rappresentato dall'attribuzione a tutti i residenti dello stesso valore di deprivazione non consentendo quindi di distinguere le posizioni sociali dei singoli individui. Pur con questo limite, definito "bias ecologico", l'indice di deprivazione si è dimostrato, sia nella letteratura nazionale, sia in quella internazionale, un indice sensibile nell'evidenziare differenze di salute.

Per l'aggiornamento ai dati del censimento 2001 di questo indice complesso, nel 2004 il Ministero della Salute ha finanziato un progetto di ricerca finalizzato ex art. 12 comma 2, lett. b) del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, che vede la Valle d'Aosta impegnata come Regione capofila.

In Figura 1 è riportata la distribuzione dell'indice di deprivazione comunale della Valle d'Aosta.

Ai fini del calcolo degli indicatori riportati in tabella, i comuni della Valle d'Aosta sono stati aggregati in tre classi: "molto ricco e ricco", "medio", "deprivato e molto deprivato". Da questa classificazione è stata esclusa la città Aosta in quanto, rispetto agli altri comuni, l'elevata numerosità della popolazione residente e l'ampia eterogeneità sociale, proprie di un contesto urbano, non consentono una corretta attribuzione dell'indice di deprivazione.

Figura 1. Valle d'Aosta. Distribuzione dell'Indice di deprivazione comunale* – Censimento 1991.

