

ma i valori della variazioni percentuale sono stati distribuiti in sette gruppi (eptili). In questo modo, saranno sempre presenti comuni “molto chiari” e comuni “molto scuri” anche in presenza di una variabilità scarsa; diviene quindi molto importante osservare i valori riportati nella legenda. Facendo riferimento alla mappa riportata sopra, in tutta la Valle d'Aosta la riduzione percentuale è stata del 26,8% (con intervalli di credibilità al 95% tra 23,8% e 29,7%). Tale decremento non è stato però omogeneo su tutto il territorio regionale: nei comuni “più chiari” è stato più elevato, almeno del 4,51% superiore alla media regionale (non inferiore quindi al 31,3%), mentre nei comuni “più scuri” la riduzione di rischio nel tempo è stata almeno del 3,32% inferiore (cioè non più del 23,5%).

Tassi grezzi per età e periodo: il grafico confronta l'andamento del tasso di mortalità (per il suo significato si veda la definizione sopra riportata) per classi di età quinquennali nei due periodi in studio (1980-1991 e 1992-2003). L'asse orizzontale riporta le classi di età analizzate ed è dimensionato di volta in volta secondo le classi di fatto presenti. Nell'esempio riportato, tutte le classi di età hanno beneficiato di una riduzione del tasso grezzo, in particolare la fascia di età tra 1 e 19 anni.

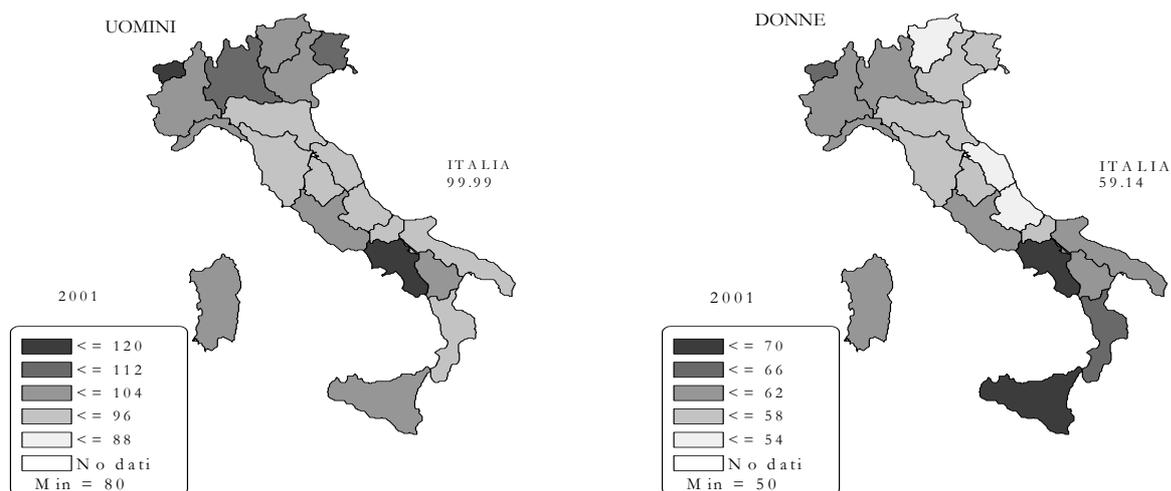
Uno sguardo d'insieme

Il commento che segue affronta la mortalità in Valle d'Aosta seguendo un approccio che da considerazioni di ordine generale arriva, seppure sinteticamente, a tracciare un profilo regionale per cause ed aree geografiche di maggiore rilevanza per gli interventi di sanità pubblica.

1.3. La Valle d'Aosta a confronto

La Figura 2 riporta la mappa della mortalità nelle regioni italiane nel 2001 (12). La mortalità maschile in Valle d'Aosta (tasso standardizzato di 113,3 x 10.000) è superiore al valore medio italiano (100,0 x 10.000). Questo svantaggio è condiviso, anche se in misura minore, dal sesso femminile: il tasso di 64,3 x 10.000, infatti, eccede sia il valore medio nazionale (59,1 x 10.000), sia quello registrato nelle altre regioni settentrionali.

Figura 2. Mortalità nelle regioni italiane. Tasso standardizzato x 10.000 abitanti. Anno 2001.



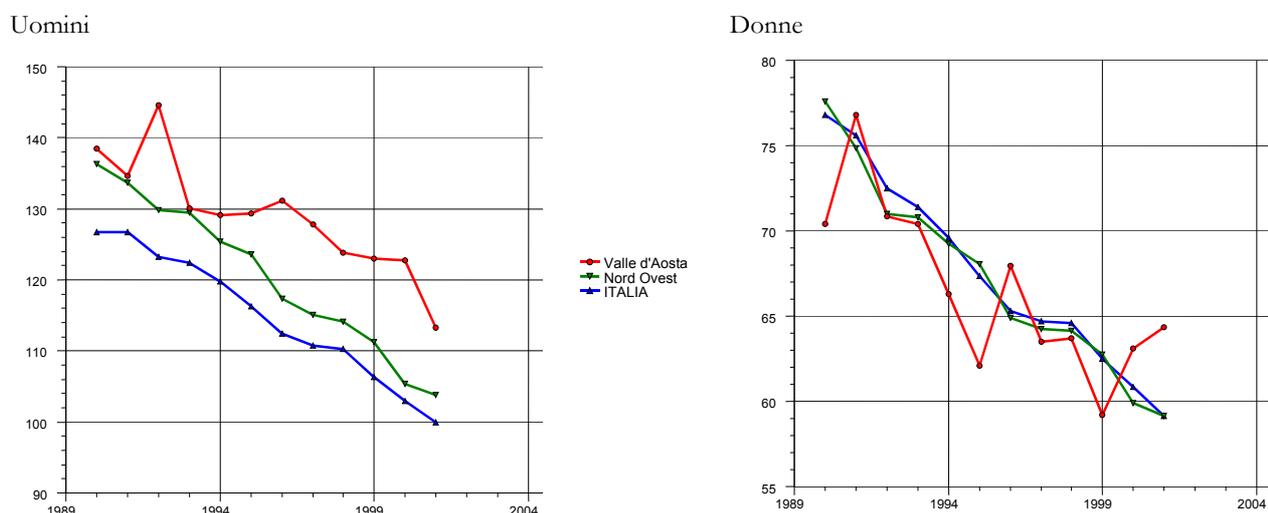
La bassa numerosità di decessi osservati su un singolo anno impone cautela nell'interpretazione della mortalità; la valutazione di una serie storica almeno decennale e il confronto con altre aree territoriali italiane possono però contribuire a una lettura più attenta del fenomeno.

La Figura 3 riporta, per i due sessi, l'andamento dei tassi standardizzati di mortalità in Valle d'Aosta, nel Nord Ovest e in Italia dal 1990 al 2001.

Nel caso degli uomini, la Valle d'Aosta ha mostrato valori di mortalità più elevati sia della media italiana, sia del Nord-Ovest, per tutti gli anni '90. La riduzione di mortalità che si è verificata in questo periodo è stata inferiore rispetto a quella registrata nel resto del Paese. Dal 1990 al 2001 infatti, la mortalità si è ridotta del 18 % in Valle d'Aosta, contro una riduzione del 21 % in Italia e del 24 % nel Nord-Ovest. Nel corso degli anni '90 si è quindi ampliato il divario tra la Valle d'Aosta e il resto dell'Italia.

Diverso è il caso delle donne che per tutto il decennio scorso hanno mostrato un profilo simile o leggermente favorevole rispetto all'Italia e al Nord-Ovest. Questo vantaggio però sembra essersi interrotto all'inizio del 2000. Non è ancora possibile affermare se si tratti di un effetto casuale dovuto alla già citata bassa numerosità di eventi, o se si tratti di un reale peggioramento delle condizioni di salute.

Figura 3. Andamento della mortalità in Valle d'Aosta, nel Nord Ovest e in Italia nel periodo 1990-2001. Tassi standardizzati x 10.000.



La Tabella 2 e la Tabella 3 riportano l'andamento della mortalità dal 1990 al 2001 in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Ovest ed Italia per malattie dell'apparato circolatorio e per tumori maligni, che rappresentano le due principali cause di morte in tutto il mondo occidentale (9). Nel 2001 in Valle d'Aosta questi due grandi gruppi di cause rappresentavano il 61,9% di tutti i decessi tra gli uomini e il 70,2% tra le donne; la terza causa di morte, le malattie dell'apparato respiratorio, rappresentano "solo" il 9,8% dei decessi tra gli uomini e il 5% tra le donne. La mortalità generale, quindi, risulta fortemente influenzata dall'andamento e dalla distribuzione del rischio di morte dei primi due gruppi di cause.

La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio si è ridotta in maniera rilevante, ma con intensità differente nei due sessi rispetto all'Italia (Tabella 2).

Tra gli uomini, nei primi anni '90, la mortalità era mediamente inferiore rispetto al resto dell'Italia (e del Nord Ovest), ma già intorno alla metà del decennio il valore era simile o lievemente superiore a quello medio nazionale. Per quanto riguarda le donne, invece, per tutti gli anni '90 i tassi di mortalità hanno quasi sempre mostrato valori inferiori sia all'Italia sia al Nord Ovest e solo all'inizio degli anni 2000 i valori si sono avvicinati a quelli medi nazionali. Nel complesso quindi, la riduzione della

mortalità è stata inferiore rispetto a quella rilevata nel resto dell'Italia e la Valle d'Aosta ha così perduto quella situazione di vantaggio che aveva avuto per buona parte del decennio scorso.

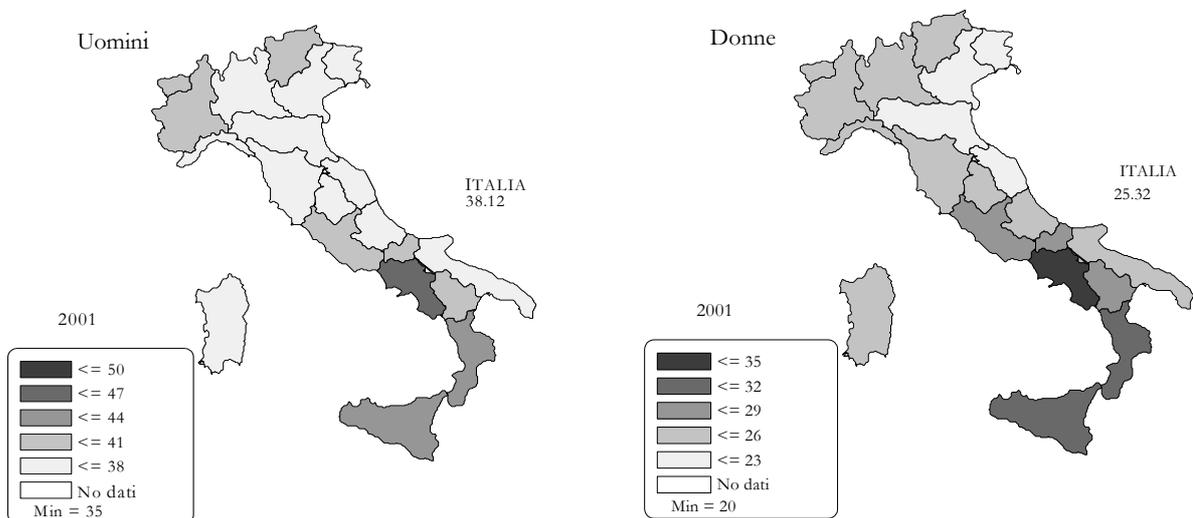
Le mappe riportate in Figura 4 indicano come, nel 2001, la mortalità per malattie dell'apparato circolatorio sia lievemente superiore alla media nazionale negli uomini (38,9 x 10.000 contro 38,1 x 10.000) e sostanzialmente identica nelle donne (25,0 x 10.000 contro 25,3 x 10.000).

Tabella 2. Andamento della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Ovest e Italia nel periodo 1990-2001. Tassi standardizzati x 10.000 abitanti.

Maschi												
Aree	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Valle d'Aosta	48,9	45,4	50,6	47,1	46,1	46,8	47,1	47,4	42,2	42,7	42,1	38,9
Piemonte	53,5	53,6	52,4	51,8	50,1	49,6	45,5	43,8	44,8	43,7	40,2	38,9
Nord Ovest	53,4	52,6	50,8	50,6	48,5	47,9	44,6	43,7	43,8	42,2	39,1	37,5
ITALIA	51,3	51,9	50,1	49,8	48,2	46,7	44,8	43,8	44,2	41,8	39,9	38,1

Femmine												
Aree	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Valle d'Aosta	29,7	35,7	31,4	33,7	27,9	24,8	27,8	26,8	24,5	22,8	25,7	25,0
Piemonte	36,8	35,6	33,3	33,1	32,5	31,5	29,1	28,7	29,5	28,4	26,1	25,1
Nord Ovest	35,2	33,8	31,5	31,6	30,5	29,7	27,6	27,6	28,0	26,7	24,8	23,9
ITALIA	36,0	35,5	33,7	33,3	32,2	30,9	29,3	29,1	29,4	27,9	26,6	25,3

Figura 4. Mortalità per malattie dell'apparato circolatorio nelle regioni italiane. Tassi standardizzati x 10.000 abitanti. Anno 2001.



Nel caso della mortalità per tumori maligni la Tabella 3 evidenzia un miglioramento più contenuto rispetto alle malattie del sistema circolatorio. In Valle d'Aosta il trend segna un lieve miglioramento tra gli uomini ed una sostanziale stazionarietà tra le donne. Va ancora rilevato che i valori di mortalità negli uomini sono stati costantemente superiori a quelli nazionali, ma in media (o leggermente inferiori) a quelli del Nord Ovest, mentre la mortalità femminile, che nella prima metà

degli anni '90 era inferiore alla media italiana, si è allineata al resto del Nord Ovest ed è superiore alla media italiana. Il 2001 infine, ha fatto registrare un importante riduzione della mortalità negli uomini ed un altrettanto importante aumento nelle donne. Trattandosi in entrambi i casi dell'ultimo anno di osservazione non è ancora possibile valutare se si tratti di una variazione casuale legata alla scarsa numerosità degli eventi o se si tratti di variazioni epidemiologiche di interesse.

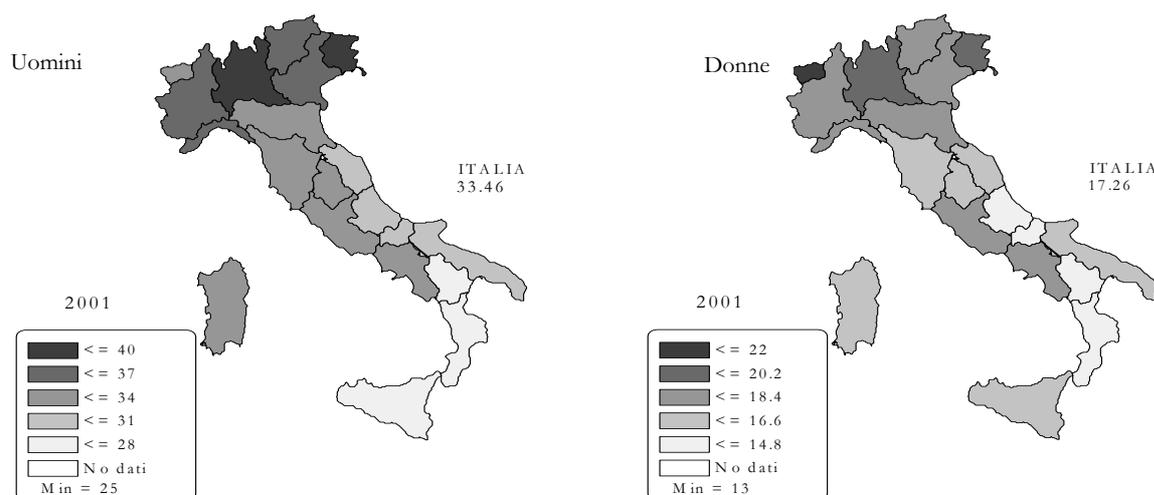
Tabella 3. Andamento della mortalità per tumori maligni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Ovest e Italia nel periodo 1990-2001. Tassi standardizzati x 10.000.

Maschi												
Aree	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Valle d'Aosta	38,0	34,4	42,1	39,3	38,6	38,9	39,0	39,2	35,9	39,2	40,2	31,5
Piemonte	38,5	38,6	39,4	38,9	38,2	37,1	36,4	36,3	34,9	35,4	33,4	34,8
Nord Ovest	43,4	42,9	42,6	42,7	41,8	40,3	40,0	39,0	38,3	37,7	36,3	37,2
ITALIA	37,2	37,2	37,0	37,2	37,0	35,5	35,3	34,7	34,5	33,6	33,3	33,5

Femmine												
Aree	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Valle d'Aosta	17,0	19,3	16,5	17,2	17,8	17,0	19,8	17,7	19,8	19,1	17,3	21,3
Piemonte	19,4	19,8	19,5	19,0	19,8	18,6	18,4	18,2	17,8	18,1	18,0	18,1
Nord Ovest	20,7	20,7	20,3	20,4	20,3	19,6	19,4	19,1	18,7	18,4	18,5	18,9
ITALIA	18,9	18,9	18,6	18,6	18,3	17,8	17,8	17,4	17,2	16,8	17,2	17,3

In conseguenza di queste variazioni avvenute nel 2001, le mappe riportate in Figura 5 evidenziano una situazione favorevole della Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale nel caso degli uomini (tasso di mortalità di 31,5 x 10.000 contro 33,5 x 10.000) e una situazione opposta nel caso delle donne (tasso di mortalità di 21,3 x 10.000 contro 17,3 x 10.000)

Figura 5. Mortalità per tumori maligni nelle regioni italiane. Tassi standardizzati x 10.000 abitanti. Anno 2001.



Infine, per quanto riguarda la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, terza causa di decesso in entrambi i sessi, la Tabella 4 riporta l'andamento dei tassi di mortalità negli anni '90. Nel caso degli uomini, nonostante l'importante riduzione registrata nell'ultimo decennio, la Valle d'Aosta continua a presentare tassi di mortalità decisamente superiori sia rispetto all'Italia, sia rispetto al Nord-Ovest. Nelle donne, nonostante le difficoltà interpretative legate alla ridotta numerosità di eventi nei singoli anni, l'andamento della mortalità sembra allineato, o solo di poco superiore, rispetto al resto dell'Italia.

Tabella 4. Andamento della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord Ovest e Italia nel periodo 1990-2001. Tassi standardizzati x 10.000.

Maschi												
Aree	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Valle d'Aosta	18,8	18,5	14,3	11,7	11,4	10,8	12,8	10,7	11,0	12,8	11,0	11,6
Piemonte	10,8	9,2	9,0	9,0	8,9	9,4	7,9	8,8	9,2	9,1	9,2	7,8
Nord Ovest	10,9	10,1	9,1	8,9	8,8	8,9	7,6	8,4	8,9	9,0	8,3	7,5
ITALIA	10,5	9,9	9,3	9,1	9,1	8,9	8,1	8,6	8,6	8,8	8,3	7,3

Femmine												
Aree	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Valle d'Aosta	3,6	3,9	2,7	2,4	3,6	3,2	4,1	3,2	3,5	3,6	4,6	2,6
Piemonte	4,1	3,7	3,3	3,2	3,3	3,4	2,9	3,2	3,5	4,1	3,7	3,1
Nord Ovest	4,1	3,6	3,2	3,0	3,2	3,1	2,7	3,1	3,3	3,5	3,3	2,8
ITALIA	4,0	3,5	3,3	3,1	3,3	3,1	2,9	3,1	3,3	3,4	3,2	2,7

1.4. La mortalità generale

Nel paragrafo precedente si è inteso fare un breve confronto tra la Valle d'Aosta ed il resto dell'Italia allo scopo di descrivere in quale posizione si colloca la regione all'interno del quadro nazionale e di suggerire alcune prime riflessioni e spunti di approfondimento. Di seguito verranno invece descritti i principali risultati dell'atlante. Data la quantità di informazioni contenute si tratta necessariamente di una descrizione breve e di tipo generale, che propone al lettore una possibile chiave di lettura e, volutamente, non suggerisce interpretazioni sui risultati. Queste, infatti, vanno valutate attentamente caso per caso e debbono essere tentate da coloro i quali meglio conoscono le realtà locali (direttori di distretto, di ASL, operatori socio-sanitari locali in genere).

La media annuale di decessi in Valle d'Aosta nel periodo 1992-2003 è stata di 670 uomini con un tasso grezzo di 1.172 per 100.000, e di 602 donne con un tasso grezzo di 997 per 100.000. Rispetto agli anni '80 si tratta di valori pressoché costanti per quanto riguarda gli uomini, mentre si registra un leggero aumento nel caso delle donne. Questo effetto è tutto legato all'invecchiamento della popolazione. Osservando infatti il valore dei tassi standardizzati nei due periodi (escludendo cioè l'effetto dell'invecchiamento della popolazione) si conferma come la mortalità generale in Valle d'Aosta sia in continua riduzione, ma con un andamento differente nei due sessi; rispetto al primo periodo, la mortalità si è ridotta del 21,1 % tra gli uomini e del 26,4% tra le donne. Rispetto al primo periodo, si rilevano anche miglioramenti per gli indicatori di mortalità precoce: il rischio cumulativo di morte prima dei 74 anni si è ridotto del 18,9% negli uomini e del 25% nelle donne, così come il tasso standardizzato di anni di vita persi prima dei 75 anni si è ridotto, rispettivamente, del 31,5% e del 29,7%. Gli uomini hanno un rischio di mortalità precoce doppio rispetto a quello delle donne. Le fasce di età infantili sono quelle che hanno avuto una maggiore riduzione della mortalità (di circa il 50% tra i maschi e del 40% tra le femmine).

La mortalità infantile (cioè i decessi entro il primo anno di vita rapportati al numero dei nati nello stesso periodo) si è ridotta del 41% tra il primo ed il secondo periodo; il tasso infatti è passato da un valore di 9,34 per 1.000 negli anni '80 a 5,46 degli anni '90. Il 50% dei decessi in questa fascia di età è dovuto a cause di origine perinatale e un ulteriore 19% a malformazioni congenite.

L'effetto della riduzione delle mortalità generale e soprattutto di quella precoce hanno un evidente impatto sulla speranza di vita (Tabella n. 1 in appendice, pag. 32). Confrontando i due dodicenni, la speranza di vita alla nascita è aumentata di 3,4 anni negli uomini e di 2,5 nelle donne, a 35 anni è aumentata di 2,6 negli uomini e di 2,1 nelle donne e, a 65 anni, è aumentata, rispettivamente, di 1,2 e di 1,5 anni.

La distribuzione del rischio di morte non è omogenea su tutto il territorio regionale. Tra gli uomini, la mortalità più elevata si rileva nel Distretto 4 (+12% rispetto alla media regionale), in particolare nelle Comunità montana Evançon (+15%) e nella Comunità montana Mont Rose (+10%). Al contrario, il Distretto 2 presenta valori del 4% inferiori rispetto alla media regionale, ma questo risultato è dovuto alla bassa mortalità della città di Aosta e della Comunità montana Mont Emilius, mentre la Comunità montana Grand Combin registra i valori più elevati di tutta la regione (+28%). Quest'ultima, assieme alla Comunità montana Evançon, sono quelle con i valori più elevati di mortalità precoce. La riduzione della mortalità tra i due periodi, documentata nel paragrafo precedente, si è verificata con intensità leggermente differente tra i Distretti: del 15% nella città di Aosta e del 27% nel Distretto 1. La Comunità montana Walser- Alta valle del Lys, con una riduzione del 35%, è quella che ha ottenuto i miglioramenti più evidenti.

Tra le donne le differenze geografiche sono meno evidenti che non tra gli uomini. La mortalità più elevata è a carico del Distretto 3 (+7%), mentre la città di Aosta rappresenta l'area geografica a minor rischio (-8%). Anche in questo caso la Comunità montana Grand Combin ha i valori di mortalità più elevati di tutta la regione (+ 19%); a differenza degli uomini però l'alta mortalità interessa meno le classi di età più giovani: il rischio di morte prima dei 75 anni è più elevato nei Distretti 3 e 4. Le variazioni temporali tra distretti sono state più omogenee che non tra gli uomini; a livello di Comunità montana va segnalata, anche in questo caso, la riduzione del 45% della Comunità montana Walser-Alta valle del Lys.

Le differenze di mortalità rilevate sul piano geografico sono ben presenti anche sul piano sociale. Gli uomini residenti nei comuni deprivati o molto deprivati hanno un rischio di morte dell'11% superiore alla media regionale; questo rischio decresce linearmente col decrescere della deprivazione: è del 3% (differenza non statisticamente significativa) superiore per i comuni con deprivazione media e del 3% inferiore (differenza non statisticamente significativa) per i comuni ricchi o molto ricchi. Le differenze sociali sono presenti anche tra le donne, ma in misura meno evidente: la mortalità appare in lieve eccesso rispetto alla media regionale in tutti i livelli di deprivazione a causa del "peso" rilevante esercitato dalla città di Aosta (che, ricordiamo, non è stata classificata per livello di deprivazione) a cui è associato un rischio di morte dell'8% inferiore alla media.

1.5. La mortalità per causa

La Tabella n. 2 in appendice (pag. 33) riporta, suddivisi per sesso, i valori degli indicatori di mortalità ordinati per le prime 10 principali cause di morte e per i due periodi di osservazione. Nel periodo 1992-2003, in entrambi i sessi, la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato circolatorio, seguita dai tumori maligni. Questi due gruppi di cause hanno rappresentato il 66,1% delle morti tra gli uomini e il 69,4% tra le donne. La terza causa di morte, le malattie dell'apparato respiratorio, rappresenta l'8,7% dei casi tra gli uomini e il 6% tra le donne. La distribuzione delle cause di morte è influenzata dall'età della popolazione: ad età più elevate corrisponde infatti una maggiore probabilità di malattie cronico-degenerative. Osservando i valori dei tassi standardizzati si nota come, in entrambi i sessi, la terza causa di morte sia rappresentata dalle cause accidentali. Gli indicatori di mortalità prematura (tasso di anni di vita persi) poi, mettono

in evidenza una “graduatoria” differente: sia negli uomini, sia nelle donne, i tumori maligni rappresentano la principale causa di morte, ma la seconda causa di morte tra gli uomini, con un valore di poco inferiore a quello dei tumori, è costituita dalle cause accidentali che, invece, rappresentano la terza causa tra le donne, con un valore dell'indicatore pari a circa un terzo di quello dei tumori.

Rispetto al periodo 1980-1991 la distribuzione percentuale delle principali cause di morte non ha subito variazioni di rilievo: le malattie dell'apparato circolatorio rappresentavano già oltre i due terzi delle cause di morte. Tra gli uomini è aumentata la proporzione di morti per malattie endocrine e per le malattie del sistema nervoso, mentre si è ridotta quella per malattie dell'apparato genito-urinario. Tra le donne il secondo periodo segna l'aumento proporzionale di decessi per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e delle cause accidentali, mentre si riduce la frequenza delle morti per segni e sintomi morbosi mal definiti e malattie endocrine; compaiono inoltre le morti per disturbi psichici, assenti dal 1980 al 1991, tra le prime dieci cause di morte.

Come già detto, l'andamento temporale e la distribuzione geografica della mortalità generale dipendono dall'andamento della mortalità per singole cause e, in particolare, per malattie circolatorie e tumori maligni. E' quindi importante un approfondimento su alcune cause specifiche.

Malattie dell'apparato circolatorio

Come già discusso nel paragrafo dedicato al confronto con il resto d'Italia, le malattie dell'apparato circolatorio sono il gruppo di cause che ha fatto registrare la riduzione di mortalità più rilevante negli ultimi 20 anni; trattandosi anche del gruppo di cause più rilevante in termini percentuali, la riduzione di mortalità per questo gruppo di cause è da considerarsi come il principale artefice della riduzione della mortalità generale. Tra gli anni '80 e gli anni '90 la mortalità in Valle d'Aosta si è ridotta del 26,1% tra gli uomini e del 34,5% tra le donne. La diminuzione è stata generalmente costante in tutti i distretti e comunità montane, pur con alcune eccezioni (per esempio, tra gli uomini, la Comunità montana Valdigne – Mont Blanc, dove la riduzione è stata inferiore al 10%).

Sia tra gli uomini, sia tra le donne, le differenze geografiche tra distretti e comunità montane sono di un certo rilievo.

Nel caso degli uomini il Distretto 4 e tutte le comunità montane che lo compongono (in particolare la Comunità montana Walser – Alta valle del Lys presenta i tassi più elevati di tutta la regione) presentano un rischio di morte superiore alla media regionale (statisticamente significativo). La protezione (-8%) del Distretto 2 è la media tra la Città di Aosta che, con un rischio del 12% inferiore alla media regionale rappresenta l'area geografica a più bassa mortalità e la Comunità montana Grand Combin che presenta un eccesso del rischio di morte del 29%. Gli indicatori di mortalità precoce sono più elevati nella Comunità montana Walser – Alta valle del Lys.

Sul piano sociale è ben evidente un maggior rischio di morte per i residenti in comuni deprivati (+17%).

Anche tra le donne la Comunità montana Walser – Alta valle del Lys rappresenta l'area della regione a più alto rischio di morte per malattie circolatorie (+36%), seguita dalla Comunità montana Grand Combin (+24%) e dal Distretto 3 (+15%). Nuovamente, la Città di Aosta è l'area con minore mortalità (-15%). Anche nelle donne, la Comunità montana Walser – Alta valle del Lys presenta i valori di mortalità precoce più elevati. A differenza degli uomini, invece, non si rilevano differenze sul piano sociale tra i comuni della regione.

Dal momento che le malattie dell'apparato circolatorio sono un raggruppamento piuttosto ampio di condizioni è possibile approfondire le valutazioni osservando la distribuzione dei valori degli indicatori per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari.

Per quanto riguarda le malattie ischemiche del cuore (36% di tutti i decessi per malattie circolatorie) tra gli uomini le aree a maggior rischio sono rappresentate dal Distretto 4 (+24%) in tutte le Comunità montane e dalla Comunità montana Valdigne – Mont Blanc che, in controtendenza con il resto della regione, tra gli anni '80 e gli anni '90 ha fatto registrare un incremento della mortalità (+27%). Molto evidente è anche l'eccesso di rischio (+21%) a carico dei comuni più deprivati.

Tra le donne la situazione è molto simile a quella degli uomini. Tutte le Comunità montane del Distretto 4 e la Comunità montana Valdigne – Mont Blanc si confermano come le aree della regione a più elevata mortalità per malattie ischemiche del cuore, con eccessi simili a quelli registrati tra gli uomini. Anche le differenze sociali si confermano della stessa entità di quelle maschili.

Malattie cerebrovascolari

Le patologie cerebrovascolari costituiscono il 25,5% dei decessi per malattie dell'apparato circolatorio tra gli uomini e il 32,6% tra le donne. La Comunità montana Grand Combin è l'area a rischio più elevato (superiore di quasi il 50% rispetto alla media regionale), seguita dalla Comunità Mont Rose (+39%). La mortalità della città di Aosta, invece, risulta significativamente inferiore (-21%). E' ancora da notare il forte impatto della deprivazione: nei comuni più deprivati l'eccesso rispetto alla media raggiunge il 22%.

Tra le donne le differenze geografiche sono meno evidenti. La Comunità montana Grand Combin si conferma come l'area a maggior rischio (+ 23%), così come Aosta si conferma come l'area più protetta (- 12%). Non si evidenziano invece differenze significative per indice di deprivazione.

Tumori maligni

La mortalità per tumori maligni, seconda causa di morte in Valle d'Aosta, ha subito negli uomini una modesta riduzione (-4%) tra i due periodi considerati; tra le donne, invece, la riduzione è stata più evidente (-10,5%). In entrambi i sessi i benefici più evidenti sono stati a carico delle classi di età più giovani.

Le differenze geografiche interne alla regione sembrano meno intense di quelle rilevate nel caso delle malattie dell'apparato circolatorio. Non si registrano infatti eccessi di mortalità statisticamente significativi né tra gli uomini né tra le donne, pur in presenza di alcune eccezioni. Tra gli uomini vanno segnalati il Distretto 3 che, in controtendenza rispetto al resto della regione, ha fatto registrare un lieve incremento della mortalità (+3,8%) e la Comunità montana Grand Combin che, pur in presenza di un importante trend favorevole (-16%) continua ad essere l'area a mortalità più elevata (+19% rispetto alla media). Anche tra le donne la Comunità montana Grand Combin rappresenta l'area a maggior rischio (+17%) e, a differenza degli uomini, il trend non è stato così positivo come in altre aree; sempre tra le donne, la Comunità montana Valdigne - Mont Blanc è l'unica in cui la mortalità ha subito un lieve incremento tra gli anni '80 e gli anni '90.

Ne' tra gli uomini, ne' tra le donne si osservano differenze sociali rilevanti.

Un quarto della mortalità tumorale maschile è dovuta al tumore polmonare che, tra i due periodi, ha subito una riduzione del 5%. La distribuzione geografica è molto simile a quella della mortalità per tumore in genere, con il Distretto 2 a maggior rischio soprattutto a causa degli eccessi registrati nella Comunità montana Grand Combin (con un incremento della mortalità di quasi il 30% tra i due periodi) e Mont Emilius. Si rileva ancora, per questa sede tumorale, la presenza di una protezione per i residenti nei comuni più ricchi (-11%).

Nel caso delle donne la sede tumorale più importante è rappresentata dalla mammella: il 20% della mortalità oncologica è dovuta a questa causa. Tra gli anni '80 e gli anni '90 la mortalità si è ridotta di circa il 12%, soprattutto nelle fasce di età più giovani (nella classe di età 15-64 anni la riduzione è stata del 25%). Nessun distretto o comunità montana presenta eccessi statisticamente significativi, ma nella Comunità montana Grand Combin la mortalità è del 42% superiore alla media della

regione; va invece segnalata la protezione della Comunità montana Mont Rose dove il rischio di morte si è dimezzato. Non si nota invece un chiaro trend per l'indice di deprivazione, ma i comuni più ricchi sembrano presentare un rischio leggermente superiore.

Malattie dell'apparato respiratorio

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte tra gli uomini e la quarta tra le donne, con un rapporto, al netto delle differenze per età tra i due sessi, di 3 a 1. Tra gli anni '80 e gli anni '90 la mortalità si è ridotta del 36,5% tra gli uomini (soprattutto nelle fasce di età più giovani) e del 24% tra le donne (coinvolgendo in misura analoga tutte le età), ma con un andamento differente nei due sessi. Il caso più evidente è rappresentato dal Distretto 1 dove la mortalità si è dimezzata negli uomini ed è rimasta invariata tra le donne; questo effetto è quasi del tutto ascrivibile alla Comunità montana Valdigne – Mont Blanc dove, tra gli uomini, la mortalità si è ridotta così fortemente da farne la Comunità montana più protetta di tutta la regione, mentre, tra le donne, la mortalità è raddoppiata, facendone l'area a rischio più elevato.

Cause accidentali

Le cause accidentali rappresentano il quarto grande gruppo di cause di morte in Valle d'Aosta. Come nel resto d'Italia, gli uomini presentano un rischio di morte triplo rispetto a quello delle donne, particolarmente elevato nelle fasce di età più giovani: il rischio è doppio sino ai 14 anni ed è 4,5 volte superiore tra i 15 e i 64 anni, questo a causa della sovramortalità maschile per incidenti della strada e per infortuni sul lavoro. In entrambi i sessi la mortalità si è ridotta del 20% tra gli anni '80 e gli anni '90 ma, va osservato, la riduzione non ha coinvolto le età anziane (al di sopra cioè dei 75 anni) dove, al contrario, la mortalità per questo gruppo di cause ha fatto registrare un incremento. Anche in questo caso si registrano differenze geografiche di un certo rilievo. In entrambi i sessi la Città di Aosta appare come l'area a minor rischio (-20%) e la Comunità montana Evançon come l'area a maggior rischio (+30%).

Eventi sentinella

La Tabella n. 3 in appendice (pag. 35) riporta la distribuzione dei decessi osservati nei distretti e comunità montane della Valle d'Aosta per alcune cause che possono venire considerate come "eventi sentinella". Si tratta di una selezione di cause numericamente poco rilevanti, ma riconducibili a determinanti noti che, grazie alle tecnologie preventive o cliniche attualmente disponibili, avrebbero potuto essere evitate. Sono stati riportati i decessi per tetano, epatite virale, tumori maligni delle cavità nasali, della pleura e del collo dell'utero, linfoma di Hodgkin, AIDS, overdose, appendicite, ernia addominale, colecisti e colelitiasi e avvelenamenti accidentali.

Consultazione e diffusione

Come precedentemente accennato, vincoli editoriali e statistici hanno imposto una selezione delle cause di morte e degli indicatori da presentare nelle tabelle stampate dell'atlante. Sono quindi state pubblicate quelle cause che, o per numerosità, o per importanza in termini di sanità pubblica, potevano essere di maggiore interesse generale. Al momento, le tabelle relative a tutte le cause sono disponibili su supporto magnetico e possono essere richieste all'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali. Inoltre, le tabelle saranno presto disponibili sul sito Internet della regione all'indirizzo: www.regione.vda.it/sanita/oreps/pubblicazioni.