

L'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Albert LANIECE, riferisce che il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011-2013, approvato con legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 prevede che, per realizzare l'obiettivo della tutela e della promozione della salute le attività di prevenzione e promozione dovranno essere potenziate e riorganizzate secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati.

Informa inoltre, che il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011-2013, prevede che gli assi portanti del sistema della prevenzione siano rappresentati dalla corretta impostazione della priorità, dall'integrazione delle strutture e dei servizi, dalla intersectorialità attraverso il coinvolgimento di attori al di fuori dello specifico "sanitario" per il potenziamento di attività di educazione alla salute e il raggiungimento della piena consapevolezza da parte dei cittadini nell'adesione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria.

Rammenta che la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, con deliberazione della Giunta regionale n. 4653 del 30 dicembre 2005, ha elaborato il Piano della Prevenzione 2005-2007, recependo l'Intesa Stato Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005.

Ricorda che il Piano della Prevenzione 2005-2007 era articolato nel modo seguente:

1. Programma per la prevenzione delle malattie cardiocerebrovascolari
 - *Progetto PrATO: la prevenzione primaria degli incidenti cardiocerebrovascolari*
 - *Progetto di Diffusione dell'uso delle carte del rischio cardiovascolare*
2. Programma screening oncologici
 - *Progetto di attivazione dello screening regionale del carcinoma coloretale*
 - *Progetto per l'implementazione degli screening dei tumori femminili: pap-test e mammografia*
3. Programma per la prevenzione delle complicanze del diabete
4. Programma di aggiornamento del Piano regionale vaccini
 - *Progetto di un sistema di segnalazione delle malattie infettive su web (Simiweb)*
5. Programma per la sorveglianza e la prevenzione dell'obesità infantile
6. Programma per la sorveglianza e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro
7. Programma per la sorveglianza e la prevenzione degli incidenti domestici

Rende noto che il nuovo Piano della Prevenzione 2010-2012, è stato approvato in Commissione Salute in data 10 novembre 2009, presentato in Commissione Tecnica della Conferenza Stato – Regioni in data 27 gennaio 2010 e sottoscritto in Conferenza Stato – Regioni in data 29 aprile 2010.

Mette al corrente che per la realizzazione del nuovo Piano nazionale della Prevenzione (PNP), le Regioni dovranno:

- dare continuità alle attività del PNP 2005-2007 e successive proroghe;
- sviluppare ciascuna delle macroaree individuate dal Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 ed all'interno di esse un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
- mettere a regime le attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano stesso.

Informa altresì, che il nuovo Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 prevede che le attività di prevenzione realizzate dal Servizio sanitario regionale dovranno essere tra loro maggiormente coordinate e ulteriormente potenziate e che tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

Comunica che l'Intesa sottoscritta il 29 aprile 2010 prevede, altresì, l'obbligo di individuazione del coordinatore operativo del Piano regionale di Prevenzione che, come specificato nella nota prot. n. DGPREV 21961-P del 12 maggio 2010, deve:

- rappresentare la regione in tutte le occasioni di confronto che l'attuazione del PNP implica e comporta;
- rendere note le linee di intervento, per ciascuna della quattro aree tematiche del Piano, sulle quali la Regione intende programmare;
- favorire la partecipazione dei tecnici regionali alla formazione prevista dal progetto di supporto gestito dall'ISS-CNESPS (Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute).

Considera, data la complessità del PNP, che sia utile organizzare il supporto regionale alla progettazione e attuazione del Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 prevedendo una stretta relazione tra le strutture dell'Assessorato deputate alla programmazione degli interventi di prevenzione e il Dipartimento di Prevenzione con le strutture dedicate alla elaborazione dei progetti dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

Informa che il coordinamento operativo del Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 avrà le seguenti funzioni:

- coordinare le azioni fra Amministrazione regionale e Azienda U.S.L.;
- sostenere i progetti e lo sviluppo delle iniziative della programmazione regionale;
- favorire l'utilizzo delle risorse secondo criteri di efficienza ed efficacia;
- emanare indirizzi e linee guida programmatiche;
- migliorare le azioni di comunicazione con la popolazione.

Osserva che l'impostazione su descritta richiede confronto e scambio di dati e procedure con l'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali e con le altre strutture regionali impegnate sul tema della prevenzione per costruire la sintesi delle conoscenze e delle criticità a livello regionale, fornendo le necessarie informazioni alle strutture preposte per la valutazione del sistema e la pianificazione degli interventi.

Informa che presiederà la Commissione di coordinamento operativo dell'attuazione del Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 (PRP) composta dal dirigente del Servizio igiene e sanità pubblica, veterinaria e degli ambienti di lavoro, il dirigente del Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute, il Direttore sanitario e il Direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, la quale assicurerà:

- il monitoraggio dell'omogenea attuazione del PRP sul territorio regionale;
- il supporto all'emanazione di indirizzi e linee guida programmatiche;
- interfaccia istituzionale con i referenti di linea progettuale;
- il potenziamento delle attività di osservazione epidemiologica e di promozione della salute;
- analisi dei problemi e riconduzione degli stessi a gerarchie di valori e priorità.

Sottopone pertanto alla Giunta regionale, per l'approvazione, la prima parte del Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 come da allegato.

LA GIUNTA REGIONALE

- sentita la relazione dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Albert LANIECE;
- richiamato il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- richiamata l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Nuovo Patto per la salute 2010-2012 che, all'articolo 15, comma 1, prevede che, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, si approvi, entro il 30 giugno 2010, il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012;

- richiamato il comma 2, dell'articolo 15 della suddetta intesa che destina, per gli anni 2010-2012, la somma di 200 milioni di euro alla completa attuazione del Piano nazionale di prevenzione e dei Piani regionali di prevenzione;
- richiamata l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, stipulata in data 29 aprile 2010 (Rep. atti 63/CSR) in sede di Conferenza Stato – Regioni tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012;
- tenuto conto che tale intesa stabilisce che le Regioni si impegnino ad adottare entro il 30 settembre 2010 il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012;
- richiamata l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, stipulata in data 7 ottobre 2010 (Rep. atti 166/CSR) in sede di Conferenza Stato – Regioni tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante modifiche all'Intesa del 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012;
- tenuto conto che tale intesa posticipa al 31 dicembre 2010 l'approvazione del quadro strategico del Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012;
- ritenuto di procedere all'approvazione del quadro strategico del Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012 che costituisce la prima parte del Piano stesso;
- ritenuto altresì di rinviare a successiva deliberazione l'approvazione dei singoli programmi e progetti che compongono il Piano in questione;
- vista la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali prodotte ed erogate nella regione”;
- vista la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 concernente l'approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013 pubblicata sul B.U.R. n. 45 del 2 novembre 2010 ed in particolare il 5° principio ispiratore “Valorizzare le competenze dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere” ed il 7° principio ispiratore “Tutelare le fragilità e valorizzare ogni persona, con attenzione alle prime e ultime fasi della vita”;
- atteso che le regioni si sono impegnate, ai sensi dell'Intesa del 29 aprile 2010 e dell'Intesa del 7 ottobre 2010 a trasmettere i piani della prevenzione, approvati con atto formale, al Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ai fini della verifica degli adempimenti e della valutazione del Piano regionale di prevenzione per l'accesso ai finanziamenti previsti;
- dato atto che è opportuno provvedere a quanto sopra attenendosi alle indicazioni del Ministero della Salute, al fine di poter accedere ai finanziamenti previsti dall'Intesa del 3 dicembre 2009 all'articolo 15, comma 2, predisponendo, quindi il Piano regionale delle attività di prevenzione per il triennio 2010-2012;
- vista la deliberazione della Giunta regionale n. 3702 in data 18 dicembre 2009 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2010/2012 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2010 e di disposizioni applicative, come modificata con DGR 3420/2010;
- dato atto che l'attuazione del Piano regionale di prevenzione per il triennio 2010-2012 è correlato all'obiettivo 171303 “Altri interventi nel settore sanitario finanziati con entrate con vincolo di destinazione”;

- visto il parere favorevole di legittimità sulla presente proposta di deliberazione rilasciato dal Dirigente del Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore della Sanità, Salute e Politiche Sociali, Albert LANIECE;
- ad unanimità di voti favorevoli,

D E L I B E R A

- 1) di approvare, per le motivazioni esplicitate in premessa, la prima parte del Piano regionale delle attività di prevenzione per il triennio 2010-2012, composta dal quadro strategico, le linee d'intervento e gli obiettivi generali di salute, predisposta secondo le linee operative elaborate Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e allegata alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa;
- 2) di rinviare a successiva deliberazione della Giunta regionale l'approvazione della seconda parte del Piano regionale che svilupperà i singoli progetti che compongono il quadro strategico;
- 3) di nominare quale referente amministrativo la dr.ssa Gabriella FURFARO Dirigente pro-tempore del Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali e quale coordinatore operativo del Piano regionale delle attività di prevenzione il dr. Maurizio CASTELLI Direttore pro-tempore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta e di designare;
- 4) di costituire la Commissione per il coordinamento operativo, la revisione e la valutazione delle attività di prevenzione del Piano regionale delle attività di prevenzione per il triennio 2010-2012 composta da:
 - l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, nel ruolo di Presidente;
 - il dirigente del Servizio igiene e sanità pubblica, veterinaria e degli ambienti di lavoro dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali;
 - il dirigente del Servizio Dipendenze Patologiche, Salute Mentale e Promozione della Salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
 - il Direttore Sanitario dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
 - il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
- 5) di stabilire che la Commissione potrà avvalersi del contributo professionale di tecnici o di uno o più esperti della materia, designati dalla Giunta regionale;
- 6) di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute ai sensi dell'Intesa del 29 aprile 2010, ai fini della verifica degli adempimenti e per la valutazione del Piano regionale delle attività di prevenzione;
- 7) di stabilire che agli oneri derivanti dalla realizzazione del Piano regionale delle attività di prevenzione per il triennio 2010-2012, si provvederà mediante le risorse finanziarie messe a disposizione dal Ministero della Salute e da trasferire all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta oltre che nell'ambito dei finanziamenti annuali attribuiti dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta all'Azienda U.S.L. stessa e stabiliti dalla legge finanziaria;
- 8) di incaricare l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta all'assunzione degli atti conseguenti alla presente deliberazione.

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 3726 del 30/12/2010



Piano regionale della attività di prevenzione 2010-2012

I PARTE

(ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010)

Indice

1 Il contesto

1.1 Il profilo socio economico

La struttura e la dinamica demografica
La situazione dell'economia
valdostana
Il mercato del lavoro
La situazione sociale

1.2 La salute dei valdostani e suoi determinanti

Tendenze e principali problematiche.
Mortalità e morbosità
Le patologie croniche
La disabilità e la non autosufficienza
I comportamenti e gli stili di vita

2 Il piano della prevenzione 2010- 2012

2.1 I programmi di prevenzione 2005- 2007

Le linee progettuali
La valutazione dei risultati

2.2 Il quadro strategico del PRP 2010- 2012

Le linee d'intervento, gli obiettivi
generali di salute

1. IL CONTESTO

I paragrafi che seguono supportano con l'analisi epidemiologica e sociale il Piano Regionale Prevenzione 2010-2012.

I dati sono tratti:

- dalle pubblicazioni rilasciate dall'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali (OREPS) dell'Assessorato regionale alla Sanità salute e politiche sociali in base a quanto disposto dall'art. 4 e dall'art.5 della legge regionale 20 gennaio 2000, n.5.
- dai dati forniti dal capo dell'Osservatorio economico e sociale della Presidenza della Regione autonoma Valle d'Aosta
- dagli Studi di Sorveglianza PASSI, PASSI d'ARGENTO, OKKIO alla SALUTE, HBSC - GYTS condotti dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

L'aggiornamento dei dati è quello che si riferisce all'ultimo dato disponibile validato.

1.1 IL PROFILO SOCIO ECONOMICO

LA STRUTTURA E LA DINAMICA DEMOGRAFICA

QUANTI - La popolazione valdostana (127.065 abitanti al 31 dicembre 2008, di cui quasi il 28% ad Aosta) è ripartita su un territorio di poco superiore a 3.200 Km², con una densità di 39 residenti per Km², secondo quote inversamente proporzionali all'altezza del comune di residenza.

DOVE VIVONO - Circa il 79% della popolazione si concentra nei 32 comuni che formano la Valle centrale mentre, nei restanti comuni, di media e di alta montagna, si distribuisce la rimanente popolazione.

Con attenzione all'altimetria e ripartendo l'intero territorio regionale in 3 fasce altimetriche, come prevedibile la popolazione dei 74 comuni risulta ripartita secondo quote inversamente proporzionali all'altezza del comune di residenza:

Tabella 1 - Rapporto tra la popolazione delle fasce altimetriche e la popolazione totale.

Valori assoluti e rapporti.

Anno 2008.

Fasce altimetriche	Numero Comuni	Popolazione totale	% di popolazione regionale
1 ^a fascia fino a m. 600 s.l.m.	19	73.529	57,9
2 ^a fascia da m. 601 a m.1.200 s.l.m.	32	38.958	30,7
3 ^a fascia oltre m. 1.200 s.l.m.	23	14.578	11,5

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat 2008

DENSITÀ - Soltanto Aosta supera i 10.000 abitanti (34.979); 23 comuni hanno una popolazione compresa tra 1.000 e 3.000 abitanti, mentre 44 (59,5%) registrano un numero di residenti inferiore a mille. Inoltre, poco meno della metà della popolazione regionale (42%) si concentra negli 8 comuni di ampiezza demografica pari o superiore a 3.000 residenti.

Tabella 2 - Superficie in Kmq, consistenza e densità demografica per distretto della Valle d'Aosta e area geografica. Valori assoluti e rapporti.

Anno 2008.

Distretto	Superficie (Kmq)	Popolazione	% sul totale	Densità per Kmq
1	1.322,98	24.157	19,0	18,3
2	803,17	62.276	49,0	77,5
<i>di cui nella città di</i>	<i>21,37</i>	<i>34.979</i>	<i>27,5</i>	<i>1636,8</i>
3	335,51	17.045	13,4	50,8
4	801,59	23.587	18,6	29,4
Valle d'Aosta	3.263,25	127.065	100,0	38,9
Nord-ovest	57.946	15.917.376		274,7
Italia	301.338	60.045.068		199,3

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat 2008

FAMIGLIE - Secondo i dati degli Uffici anagrafici comunali del mese di marzo 2009, le famiglie residenti in Valle d'Aosta sono 58.933, con la percentuale maggiore, pari al 48,5%, residente nel distretto 2 (di cui il 27,6% nella città di Aosta). Seguono il distretto 1, dove risiede il 19,0% delle famiglie ed il distretto 4, con il 18,8%. Nel distretto 3 si evidenzia una percentuale sensibilmente inferiore di famiglie, pari al 13,7%.

Tabella 3 - Consistenza delle famiglie residenti in Valle d'Aosta per distretto al mese di marzo 2009. Valori assoluti e percentuali.

Distretto	v.a.	%
1	11.212	19,0
2	28.573	48,5
<i>di cui nella Città di</i>	<i>16.279</i>	<i>27,6</i>
3	8.091	13,7
4	11.057	18,8
Valle d'Aosta	58.933	100,0

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati uffici Anagrafe comunali

Osservando i tipi di famiglie, quelle unipersonali (composte da una persona sola) sono 23.218, il 39,4%, seguono le famiglie nucleari con figli, in totale 22.103, il 37,5%, le famiglie nucleari senza figli, pari a 11.538, il 19,6%, le famiglie estese (ovvero quelle formate da una coppia, con o senza figli ed almeno un'altra persona convivente con la quale sussiste un legame di parentela) pari a 1.273, il 2,2%, le famiglie senza struttura (ovvero quelle formate da almeno due persone unite da legame di parentela, es. 2 fratelli, 2 cugini ecc.) pari a 623, l'1,1%, infine le famiglie multiple (ovvero quelle in cui più nuclei familiari vivono insieme) pari a 178, lo 0,3%.

Tabella 4 - Consistenza delle famiglie residenti in Valle d'Aosta per tipo al mese di marzo 2009. Valori assoluti e percentuali.

Tipo di famiglia	v.a.	%
Unipersonale	23.218	39,4
Nucleare con figli	22.103	37,5
Nucleare senza figli	11.538	19,6
Estesa	1.273	2,2
Senza struttura	623	1,1
Multipla	178	0,3
Totale	58.933	100,0

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati uffici Anagrafe comunali

Con attenzione alle famiglie nucleari con figli (22.103), è possibile distinguere tra famiglie nucleari con meno di 3 figli, pari a 15.181, il 68,7%, famiglie nucleari con 3 o più figli, pari a 1.396, il 6,3%, famiglie mono-genitore con meno di 3 figli, pari a 5.336, il 24,1% e famiglie mono-genitore con più di 3 figli, pari a 190, lo 0,9%.

Tabella 5 - Consistenza delle famiglie nucleari con figli residenti in Valle d'Aosta per tipo al mese di marzo 2009.

Valori assoluti e percentuali.

Tipo di famiglie nucleari con figli	v.a.	%
Coppia con meno di 3 figli	15.181	68,7
Coppia con 3 o più figli	1.396	6,3
Mono-genitore con meno di 3 figli	5.336	24,1
Mono-genitore con 3 o più figli	190	0,9
Totale	22.103	100,0

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati uffici Anagrafe comunali

FECONDITÀ e NATALITÀ- Nel 2008 *il tasso di fecondità* in Valle d'Aosta è pari a 45 nati ogni 100 donne di età 15-49 anni, superiore sia alla media del nord-ovest (42) sia a quella dell'Italia (41). Con attenzione ai singoli distretti, si conferma la tendenza già indicata dall'indice di carico di figli per donna feconda e dalla struttura della popolazione 0-3 anni, secondo la quale il valore più alto si registra nel distretto 1, con 48 nati ogni 100 donne in età considerata fertile; è superiore alla media regionale anche il valore del distretto 2 (46), mentre nei distretti 3 e 4 il tasso di fecondità è inferiore alla media regionale e pari, rispettivamente a 41 e 42.

Tabella 6 - Numero di nati, di donne di età 15-49 e tasso di fecondità per distretto e area geografica in Valle d'Aosta. Valori assoluti e rapporti.

Anno 2008.

Distretto	Nati	Femmine 15-49 anni	Tasso di fecondità*
1	272	5.617	48
2	646	14.002	46
<i>di cui nella città di Aosta</i>	315	7.639	41
3	157	3795	41
4	221	5.319	42
Valle d'Aosta	1.296	28.733	45
Nord-ovest	151.969	3.584.598	42
Italia	576.659	14.029.029	41

*Tasso di fecondità: nati/popolazione femminile 15-49 anni*1000

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat

Il tasso di natalità, in Valle d'Aosta pari a 10,2 ed è superiore sia al nord-ovest, sia all'Italia (in entrambi pari a 9,6). Valori superiori alla media regionale si registrano nei distretti 1 (11,3) e 2 (10,4), mentre sono inferiori alla media di circa 1 punto percentuale i valori nei distretti 3 (9,2) e 4 (9,4).

PRIMA INFANZIA - Nel 2008 in Valle d'Aosta la popolazione di età compresa tra 0 e 3 anni è pari a 4.951 unità, il 3,9% del totale, in linea con il nord-ovest e con il resto del Paese. Nell'ultimo triennio è sempre il distretto 1 ad avere la più consistente incidenza di soggetti di età compresa tra 0 e 3 anni, pari al 4,2% della popolazione totale.

Tabella 7 - Struttura demografica della popolazione 0-3 anni per distretto della Valle d'Aosta e area geografica.

Valori assoluti e percentuali.

Anno 2008.

Distretto	v.a. 0-3 anni	% 0-3 anni
1	1.025	4,2
2	2.419	3,9
<i>di cui nella città di</i>	<i>1.220</i>	<i>3,5</i>
3	603	3,5
4	904	3,8
Valle d'Aosta	4.951	3,9
Nord-ovest	594.716	3,7
Italia	2.267.446	3,8

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat 2008

GIOVANI – Nel 2008, i giovani di età compresa tra 14 e 29 anni sono pari a 18.999 unità, il 15,0% circa del totale (come quella del nord-ovest e inferiore di 2 punti percentuali a quella media nazionale), i valori risultano in linea con quelli registrati nel 2007. Non si osservano significative differenze tra i distretti.

Tabella 8 - Struttura demografica della popolazione giovanile (14-29 anni) per area geografica e distretto della Valle d'Aosta.

Valori assoluti e percentuali.

Anno 2008.

Distretto	Popolazione 14-29 anni	Popolazione totale	% 14-29 anni
1	3.695	24.157	15,3
2	9.243	62.276	14,8
<i>di cui la Città di</i>	<i>5.162</i>	<i>34.979</i>	<i>14,8</i>
3	2.518	17.045	14,8
4	3.543	23.587	15,0
Valle d'Aosta	18.999	127.065	15,0
Nord-ovest	2.399.643	15.917.376	15,1
Italia	10.214.316	60.045.068	17,0

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat 2008

ANZIANI - Nel 2008 la popolazione anziana di età compresa tra 65 e 74 anni ammonta a 13.703 unità e rappresenta il 10,8% del totale, mentre quella di età oltre 74 anni ammonta a 12.638 unità, pari al 9,9% del totale. In totale quindi la popolazione di età superiore a 65 anni è pari a 26.341 unità, il 20,7% della popolazione totale, senza significative differenze con i valori medi dell'Italia nord-occidentale e nazionali.

La struttura demografica per età e distretto riconosce nel distretto 1 il sub ambito con il più basso indice di vecchiaia (127,95), mentre il distretto 4 è quello a maggiore prevalenza di anziani ultra sessantacinquenni (164,36).

Nel capoluogo regionale risiede il maggior numero di persone anziane (il 12,1% della popolazione ha un'età compresa tra 65 e 74 anni e un ulteriore 12,1% ha età pari o superiore a 75 anni). Le ragioni di questa concentrazione di anziani nel capoluogo sono verosimilmente da attribuire alla forza attrattiva esercitata dalla più elevata concentrazione di servizi.

Tabella 9 – Consistenza della popolazione anziana per fascia di età, distretto ed area geografica.

Valori assoluti e percentuali.

Anno 2008.

Area geografica	Popolazione 65-74 anni v.a.	Popolazione 65-74 anni %	Popolazione 75 anni e oltre v.a.	Popolazione 75 anni e oltre %	Totale
1	2.386	9,9	2.109	8,7	24.157
2	6.780	10,9	6.466	10,4	62.276
<i>di cui nella città di Aosta</i>	<i>4.215</i>	<i>12,1</i>	<i>4.244</i>	<i>12,1</i>	<i>34.979</i>
3	1.902	11,2	1.696	10,0	17.045
4	2.635	11,2	2.367	10,0	23.587
Valle d'Aosta	13.703	10,8	12.638	9,9	127.065
Nord-ovest	1.785.750	11,2	1.623.000	10,2	15.917.376
Italia	6.212.145	10,3	5.873.013	9,8	60.045.068

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat 2008

STRANIERI - La nostra regione è caratterizzata da un'immigrazione relativamente recente, ma in rapida crescita. Negli ultimi anni l'insediamento di stranieri in Valle d'Aosta ha tuttavia visto prevalere la presenza di nuclei famigliari sulle singole persone, come invece era nei primi anni, segno tangibile di un desiderio di permanenza e integrazione. Al primo gennaio 2009 i residenti in Valle d'Aosta in possesso di cittadinanza straniera sono 7.509, pari al 5,9% della popolazione totale, ma erano lo 0,9% nel 1993 e il 3,5% nel 2005. Il tasso di immigrazione è in linea con quello medio nazionale mentre i tassi di immigrazione dei

singoli distretti sono aumentati rispetto al 2007, in ordine decrescente, da 5,8 a 6,8 nel distretto 3; da 5,3 a 6,0 nel distretto 2; da 5,2 a 5,8 nel distretto 1 e da 4,6 a 5,2 nel distretto 4. Dall'analisi dell'andamento della popolazione straniera residente in Valle d'Aosta nel periodo compreso tra il 2003 e il 2008, si osserva la presenza di un incremento consistente pari al 106,5%, con differenze significative tra i 4 distretti, dall'incremento minimo dell'80,1% del distretto 3, a quello massimo del 149% del distretto 4

Tabella 10 - Consistenza della popolazione straniera residente per anno e distretto in Valle d'Aosta. Valori assoluti e percentuali. Serie storica 2003-2008.

Distretto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Variazione % 2006-2008	Variazione % 2003-2008
1	740	868	946	1.035	1.253	1.399	35,2	89,1
2	1.760	2.030	2.436	2.771	3.287	3.724	34,4	111,6
<i>di cui nella città di</i>	<i>1.021</i>	<i>1.223</i>	<i>1.516</i>	<i>1.729</i>	<i>2.089</i>	<i>2.376</i>	<i>37,4</i>	<i>132,7</i>
3	642	729	850	877	982	1.156	31,8	80,1
4	494	631	744	851	1.082	1.230	44,5	149,0
Valle d'Aosta	3.636	4.258	4.976	5.534	6.604	7.509	35,7	106,5

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali su dati Istat

Con attenzione alla struttura demografica per sesso e classe di età, nel 2008 il 49,1% della popolazione residente è composto da maschi (62.451 unità in valore assoluto) e il 50,9% da femmine (64.614 unità in valore assoluto). La distribuzione per età della popolazione straniera presenta i valori più consistenti nelle classi 29-40 anni (31,2%), 41-64 anni e 18-28 anni (rispettivamente 23,7% e 20,3%, vedi Tabella in Appendice). La popolazione di età superiore a 64 anni è poco numerosa, pari al 2,5% del totale, quella di età inferiore a 18 anni è invece pari al 22,1%.

La distribuzione per età della popolazione straniera per distretto non si discosta in modo significativo da quella generale; rispetto alla media regionale si osserva una maggiore incidenza di popolazione straniera di età compresa tra 41 e 64 anni nel distretto 1 (26,7% contro 23,7% della media regionale, analogamente al 2006) e una maggiore incidenza di popolazione ultrasessantacinquenne nel distretto 4 (il 4,1% contro il 2,5% della media regionale).

Con attenzione all'area geografica di cittadinanza degli stranieri residenti in Valle d'Aosta, se fino al 2006 la più rappresentata era quella africana, nel biennio 2007-2008 è invece quella europea. Nel 2008 i cittadini stranieri provenienti da uno Stato europeo sono il 49,2% del totale (era il 42,2% nel 2006), mentre quelli di origine africana sono il 38,5% (era il 45,5% nel 2006); seguono gli stranieri provenienti da uno Stato dell'America 7,7% (era il 9,3% nel 2006) e quelli di origine asiatica 4,5% (era il 2,6% nel 2006)

LA SITUAZIONE DELL'ECONOMIA VALDOSTANA¹

Il Prodotto interno lordo della Valle d'Aosta a valori correnti ammonta, a fine 2009 (*ultimo dato stabilizzato fornito dall'Istat*), a circa 4.183 milioni di euro. Circa tre quarti del valore aggiunto regionale (74,3%) proviene dai servizi, il 24,3% era spiegato dall'industria e la parte restante derivava dal settore primario. Analizzando le variazioni tendenziali annue del Pil nel periodo di tempo 2000 - 2009, si assiste per la prima volta ad un dato negativo pari al -3,2% rispetto al valore dell'anno precedente. La contrazione in termini reali (Pil a valori concatenati) è invece pari al -4,4%.

¹ Dati del Capo Osservatorio economico e sociale, Regione Autonoma Valle d'Aosta

Circa il 62% della produzione dell'agricoltura deriva dalla zootecnia e dai prodotti alimentari connessi, segnatamente carni e latte. Le coltivazioni agricole spiegano invece circa il 14% del valore aggiunto del settore, mentre la parte restante è relativa ad attività di servizi connessi alle produzioni agricole.

I prodotti vitivinicoli costituiscono infine una parte quantitativamente rilevante di questa produzione, oltre che fornire un contributo di qualità. Il valore aggiunto del settore secondario risulta fortemente condizionato dalle costruzioni, considerato che questo comparto contribuisce per circa il 47% alla formazione del valore aggiunto industriale.

Nel settore dei servizi svolgono un ruolo importante le attività turistiche e commerciali, che complessivamente spiegano circa il 22% del prodotto regionale e concorrono a formare circa il 30% del valore aggiunto del solo settore terziario, e quelle relative all'intermediazione monetaria e finanziaria e alle attività immobiliari ed imprenditoriali, che spiegano circa un quarto del valore aggiunto regionale.

IL MERCATO DEL LAVORO²

Il mercato del lavoro valdostano è caratterizzato da condizioni di pieno impiego, con tassi di occupazione per uomini e donne molto superiori alla media nazionale ed in linea con gli obiettivi di Lisbona (con la sola eccezione degli adulti). Nonostante che il livello raggiunto dai principali indicatori collochi la regione su valori di eccellenza nel panorama italiano, i dati più recenti segnalano un'evoluzione relativamente critica, in ragione delle difficoltà derivanti dalla congiuntura sfavorevole.

I più recenti dati Istat, aggiornati al quarto trimestre 2009, consentono di fornire alcune prime stime per l'anno trascorso. In particolare, questi dati evidenziano un aumento significativo delle persone in cerca di occupazione (stimabile in circa 700 unità) che ha comportato un incremento del tasso di disoccupazione medio annuo, passato dal 3,3% del 2008 al 4,4% del 2009.

A queste dinamiche si affianca poi una riduzione dell'occupazione nel suo complesso (-0,9%), trend che risulta accentuato nel caso degli occupati del settore industriale (-5,8%), in particolare dell'industria in senso stretto (-14,6%), della componente maschile dell'occupazione (-1,4%) e del lavoro indipendente (-11,3%).

L'attuale fase congiunturale critica si è tuttavia tradotta solo parzialmente in disoccupazione, poiché per molte situazioni si è avuto un ricorso agli ammortizzatori sociali che, almeno per quanto riguarda la cassa integrazione guadagni, portano a non “contabilizzare” questi lavoratori tra le persone in cerca di occupazione.

Su base annuale la cassa integrazione guadagni (CIG) tra il 2008 e il 2009 è complessivamente cresciuta del 91,7%. La crescita generale della CIG è spiegata in larga parte (77%) dal maggior ricorso alla cassa integrazione ordinaria, cresciuta nello stesso periodo del 101,3%. Va altresì notato che la CIG richiesta dai comparti del settore secondario nel 2009 è aumentata complessivamente, rispetto all'anno precedente, di oltre il 160%, ma se si guarda alla sola cassa ordinaria richiesta dai comparti industriali, l'aumento registrato è di oltre il 300%.

² Dati del Capo Osservatorio economico e sociale, Regione Autonoma Valle d'Aosta

In una prospettiva temporale più ampia, si può osservare che in Valle d'Aosta tra il 2004 e il 2009 le forze di lavoro (+3,1%) sono cresciute in misura superiore agli occupati (+1,6%). In ogni caso, nel periodo considerato si è avuta una creazione di circa 900 posti di lavoro, valore quest'ultimo che è ridimensionato rispetto ai trend degli anni precedenti proprio in ragione degli effetti della crisi manifestatatisi in particolare nel 2009. In media nel 2009 nella nostra regione le forze di lavoro ammontano a circa 59.000 unità, a fronte di un'occupazione stimabile in circa 56.400 unità. Il tasso di attività nel 2009 è stato mediamente pari al 70,1%, mentre il tasso di occupazione (15-64 anni) si attesta al 67,0%.

LA SITUAZIONE SOCIALE

Tra i diversi temi sociali è qui considerata la povertà.

Secondo l'Istat l'incidenza di povertà relativa, calcolata sul triennio 2007 – 2009, in Valle d'Aosta è rimasta costantemente al di sotto dei valori medi nazionali. Secondo l'Istat, la condizione di povertà in termini relativi è attribuita ad una persona nel caso in cui la sua spesa mensile per consumi sia inferiore al 50% di quella mediana. Tale soglia è tradizionalmente definita linea, o soglia, di povertà mentre l'incidenza della povertà relativa è la percentuale di soggetti posti al di sotto di tale soglia.

Nel 2009 in Valle d'Aosta l'incidenza percentuale di povertà relativa sulla popolazione totale residente è stata del 4,9% con un errore che porta a definire la stima vera in un intervallo compreso tra 4 e 8,3 per effetto dei piccoli numeri che caratterizzano la nostra regione. Nello stesso anno la media nazionale è pari al 10,8% con un intervallo compreso tra 10,2 e 11,4.

Per ottenere stime più robuste nel 2009 è stata condotta da parte dell'Assessorato regionale competente in materia di politiche sociali, un'indagine regionale su un campione rappresentativo di famiglie residenti in tutti i comuni valdostani, proporzionale anche alle diverse tipologie regionali presenti nella popolazione.

Ne è emerso che :

- il reddito medio netto per famiglia - dichiarato - è di 1.809,32 euro (dato fornito da 821 famiglie su 1.023) e che il numero medio di componenti per famiglia è 2;
- la concentrazione dei redditi tra le famiglie è modesta (Indice di Gini = 0,3, dove 0 è totale equità e 1 è totale concentrazione della ricchezza);
- il 29% delle famiglie ha fino a 1.100 euro netti al mese;
- il 22% ha da 1.100 a 1.500 euro netti al mese;
- il 25% ha da 1.500 a 2.500 euro netti al mese;
- il 24% ha più di 2.300 euro netti al mese;
- le famiglie straniere hanno, mediamente, un reddito inferiore di 500 euro netti al mese rispetto le famiglie italiane;

In merito all'incidenza della povertà relativa:

- se si considera il 50% della media aritmetica del reddito netto mensile pro capite in Valle d'Aosta, il reddito che segna la soglia di povertà è pari a 404,43 euro netti mensili a persona;
- a fronte di ciò, e applicando una scala di equivalenza OCSE tradizionale, l'incidenza della povertà in Valle d'Aosta è pari al 5% della popolazione totale (a fronte del 7,6% stimato per la Valle d'Aosta dall'Indagine Istat nazionale nello stesso anno (2008);
- a fronte del 5% di povertà, l'indagine ha individuato 41 famiglie povere (su 814 che hanno dichiarato i redditi);
- data la rappresentatività statistica del campione utilizzato, la stima sull'intera popolazione di famiglie valdostane residenti in condizione di povertà equivale a 2.900

- famiglie (su 58.586 totali), e ciò per come la povertà è definita secondo i parametri regionali individuati dalla presente indagine;
- delle 41 famiglie povere: 16 sono coppie con figli (quindi, in proporzione, circa 1.131 sulle 2.900 povere stimate a livello regionale), 6 (quindi 424 a livello regionale) sono genitori soli con figli e altri 6 (quindi altri 424 a livello regionale) sono persone sole;
 - l'incidenza di povertà, considerando i tipi di famiglia maggiormente presenti nella popolazione, è superiore, al valore medio regionale del 5%, in alcuni tipi famigliari, infatti:
 - è del 28% per le coppie con figli e altre persone conviventi (*come il dato nazionale*);
 - è dell'8% per i genitori soli con figli (*come il dato nazionale*) e aumenta se il figlio è minorenni (8,3%)
 - è del 6,5% per le coppie con figli.

1.2 LA SALUTE DEI VALDOSTANI E SUOI DETERMINANTI

TENDENZE E PRINCIPALI PROBLEMATICHE

Secondo l'indagine Istat "Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari", nel 2005, in Valle d'Aosta, alla domanda "come va la salute in generale" hanno risposto "bene o molto bene" il 66,8% degli uomini e il 59,6% delle donne, mentre ha risposto "male o molto male" il 4,3% degli uomini e il 6,7% delle donne.

Rispetto alla medesima indagine, condotta dall'Istat nel 2000, si registra un sensibile miglioramento della salute percepita in entrambi i generi³.

Secondo la sorveglianza nazionale PASSI condotto in ambito regionale⁴, i dati del 2009 evidenziano che, alla domanda sul proprio stato di salute, il 68,2% degli intervistati ha valutato positivamente la propria salute, il 28% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3,8% ha risposto negativamente (male o molto male). In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute: le fasce d'età più giovani, gli uomini, le persone con alta istruzione, le persone senza difficoltà economiche le persone senza patologie severe.

Considerata l'influenza dei determinanti sociali sulla percezione della salute, queste stesse affermazioni, lette anche secondo il livello di istruzione e il reddito mostrano che:

Stato di salute percepito positivamente^o <i>ASL VDA - PASSI 2009 (N=318)</i>			
Caratteristiche		%	IC95%
Totale		68,2	62,8-73,3
Età			
	18 - 34	78,8	
	35 - 49	79,1	
	50 - 69	50,0	

³ Nel 2000 infatti, alla stessa domanda, ha risposto "male o molto male" il 7,3% degli uomini e il 13% delle donne.

⁴ La popolazione PASSI in studio è costituita da circa 85.000 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2008 nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASL della Valle d'Aosta. Da gennaio 2009 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 320 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 43 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta⁴ è risultato del 73,4%, il tasso di sostituzione⁴ del 26,6% e quello di rifiuto⁴ del 15,4%

Sesso			
	uomini	72,5	
	donne	63,3	
Istruzione*			
	bassa	60,4	
	alta	74,4	
Difficoltà economiche			
	sì	65,2	
	no	69,2	
Patologie severe^{oo}			
	almeno una	53,2	
	assente	70,8	
^o persone che si dichiarano in salute buona o molto buona ^{oo} almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie * istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea			

MORTALITÀ

Ogni anno in Valle d'Aosta muoiono circa 1.300 persone. Data l'esiguità numerica, per ottenere stime robuste nell'analisi della mortalità per causa a livello regionale è necessario quindi aggregare un periodo di almeno 10 anni di osservazione. Questa è la ragione per cui l'ultima indagine epidemiologica sulla mortalità condotta in Valle d'Aosta è del 2005 e prende in considerazione il periodo 1992-2003.

Per contro, le dinamiche relative alle principali cause di morte sono molto lente e variano sensibilmente solo considerando periodi di tempo che, per la numerosità della nostra popolazione, equivalgono a decenni.

Dai dati dell'Atlante regionale della mortalità per causa del 2005 risulta che 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 Figura 1 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

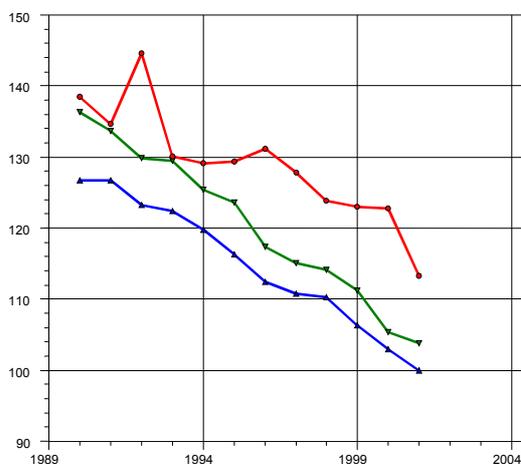
1990 al 2001 infatti, la mortalità si è ridotta del 18 % in Valle d'Aosta, contro una riduzione del 21 % in Italia e del 24 % nel Nord-Ovest. Nel corso degli anni '90 si è quindi ampliato il divario tra la Valle d'Aosta e il resto dell'Italia.

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.

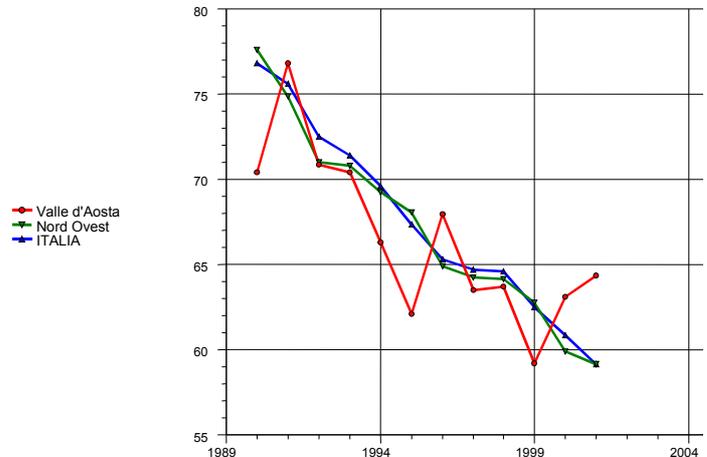
Un andamento confermato anche dai valori degli ultimi anni (2007)

Figura 1. Andamento della mortalità in Valle d'Aosta, nel Nord Ovest e in Italia nel periodo 1990-2001. Tassi standardizzati x 10.000.

Uomini



Donne



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.

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.

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.

SPERANZA DI VITA - Con attenzione alla speranza di vita, un indice statistico che indica il numero medio di anni che una persona vive, all'interno della popolazione a cui appartiene, indicizzata a partire dalla sua nascita e ad altre due età : 35 e 65 anni. È una diretta conseguenza del tasso di mortalità e, assieme all'indice di mortalità infantile, rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione ed è quindi utile per valutare lo stato di sviluppo di una popolazione oltre che rappresentare semplicemente un indice demografico.

Tabella - Primi 5 grandi gruppi di cause di morte in Valle d' Aosta nel periodo 1980-2003 in ordine decrescente del Rischio di mortalità nella popolazione tra 0 e 74 anni

UOMINI

Rischio 0-74 x 100	
(1980-1991)	(1992-2003)
Tumori maligni 21.1	Tumori maligni 19.9
Malattie apparato	Malattie apparato

Rischio 0-74 x 100	
(1980-1991)	(1992-2003)
circolatorio 20.8	circolatorio 14.7
Cause accidentali 7.6	Cause accidentali 5.6
Malattie apparato digerente 7.1	Malattie apparato digerente 4.1
Malattie apparato respiratorio 6.6	Malattie apparato respiratorio 2.8

DONNE

Rischio 0-74 x 100	
(1980-1991)	(1992-2003)
Tumori maligni 10.7	Tumori maligni 9.5
Malattie apparato circolatorio 10.7	Malattie apparato circolatorio 6.2
Malattie apparato digerente 2.4	Malattie apparato digerente 1.5
Cause accidentali 2.1	Cause accidentali 1.4
Malattie apparato respiratorio 1.3	Malattie apparato respiratorio 0.8

MORBOSITÀ

La morbosità acuta, quella cioè determinata da malattie richiedenti il ricorso al ricovero, è stata studiata attraverso l'analisi epidemiologica dei dati degli archivi dei ricoveri ospedalieri dei valdostani ovunque ricoverati in Italia nel periodo 2000 - 2009. Rispetto alla precedente analisi⁵, condotta sugli stessi archivi nel periodo 1997-1999 lo studio analizza le variazioni anche in riferimento ai due quinquenni: 2000-2004 e 2005-2009.

Tutte le patologie che hanno determinato il ricovero sono in flessione, anche se su ciò influisce parzialmente la riduzione generale del tasso di ospedalizzazione che nel quinquennio 2005-2009 è stato pari a 18.121 ricoveri ogni 100.000 abitanti per gli uomini (contro 20.121 x 100.000 nel triennio 1997-1999) e 19.619 ricoveri ogni 100.000 abitanti per le donne (contro 20.232 x 100.000 nel triennio 1997-1999).

Considerando la percentuale sul totale dei ricoveri, per ciascuna delle grandi gruppi di cause, assegnando cioè un ordine di rango – o "peso" - alle patologie che maggiormente portano al ricovero, rispetto al triennio 1997-1999 si osservano alcune variazioni tra le prime 5 cause di ricovero negli uomini e nelle donne (pari ad oltre il 50% dei ricoveri).

Negli uomini le prime tre cause rimangono le medesime e sono, nell'ordine: le malattie dell'apparato circolatorio (cardio e cerebrovascolari), le malattie dell'apparato digerente e i

⁵ "Cause di ricovero in Valle d'Aosta" a cura dell'OREPS della valle d'Aosta – Assessorato Sanità salute Politiche sociali (2002)

tumori. Insieme queste 3 cause determinano quasi il 40% dei ricoveri. Al quarto e quinto posto nel periodo 2004-2009 vi sono, rispettivamente, le malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, mentre alla fine degli anni '90 (1997-1999) queste due posizioni erano ricoperte da traumi e avvelenamenti e dalle malattie dell'apparato respiratorio. Quest'ultima causa, in particolare, assume l'ottava posizione in termini percentuali nell'ultimo quinquennio studiato (2004-2009).

Nelle donne, come per la fine degli anni '90 la prima causa di ricovero è sempre legata alla gravidanza, parto e puerperio e la seconda sono ancora le malattie dell'apparato circolatorio, ma al terzo e quarto posto si invertono le cause rispetto alla fine degli anni '90 poiché al terzo posto vi sono oggi le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e al quarto le malattie dell'apparato digerente. Scendono, rispetto al passato, dal sesto al settimo posto i tumori maligni, mentre salgono dal decimo al nono posto le malattie dell'apparato respiratorio.

LE PATOLOGIE CRONICHE

La Tabella che segue mostra la prevalenza di malattie croniche⁶ diagnosticate in Valle d'Aosta nel campione di popolazione interessata dall'indagine Istat 2005 "Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari" mentre, a seguire, gli stessi dati sono presentati con attenzione all'età e al genere. È importante segnalare che si tratta di malattie croniche dichiarate dagli intervistati come diagnosticate da un medico negli ultimi 12 mesi. Alcune di queste patologie possono essere presenti da lungo tempo senza dare segni di sé (tipicamente l'ipertensione arteriosa, ma anche il diabete) e quindi, la loro presenza può facilmente sfuggire.

Dopo l'artrosi e l'artrite, che coinvolgono il 13,5% degli uomini e il 20,4% delle donne, l'ipertensione è la malattia cronica, nonché il fattore di rischio intermedio per molte malattie cardio e cerebro vascolari, più frequente sia tra i valdostani sia tra le valdostane. Dichiarano infatti di avere problemi di pressione alta diagnosticati da un medico il 12,7% degli uomini e il 15,5% delle donne.

Tra gli uomini le malattie più frequentemente diagnosticate sono la bronchite cronica e l'enfisema (5,3%), mentre tra le donne sono l'osteoporosi (7,8%), l'ansietà unita a depressione (6,9%) e le malattie della tiroide (6,8%).

**Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per genere.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005**

Malattie croniche	Uomini	Donne
Diabete diagnosticato	2,5 (1,6 – 3,5)	5,0 (3,7 – 6,3)
Ipertensione diagnosticata	12,7 (10,7 – 14,8)	15,5 (13,3 – 17,7)
Infarto del miocardio	2,3 (1,4 – 3,3)	1,1 *
Angina pectoris o altre malattie del cuore diagnosticate	3,5 (2,3 – 4,6)	4,3 (3,1 – 5,5)
Ictus, emorragia cerebrale diagnosticati	1,0 *	0,9 *
Bronchite cronica, enfisema diagnosticati	5,3 (4,0 – 6,7)	4,1 (2,9 – 5,3)

⁶ Per quanto riguarda l'Alzheimer e le demenze senili diagnosticate, data la bassa incidenza nella popolazione di questa malattia e l'esiguità del campione valdostano non si è registrato un numero di casi utile all'analisi. Da qui l'assenza di queste malattie nell'elenco sotto riportato.

Asma diagnosticata	4,4 (3,1 – 5,6)	3,5 (2,4 – 4,7)
Malattie della tiroide diagnosticate	1,4 *	6,8 (5,3 – 8,4)
Artrosi, artrite diagnosticate	13,5 (11,4 – 15,6)	20,4 (17,9 – 22,9)
Osteoporosi diagnosticata	0,9 *	7,8 (6,2 – 9,4)
Malattie croniche	Uomini	Donne
Ulcera gastrica o duodenale diagnosticate	1,9 (1,1 – 2,8)	2,0 (1,1 – 2,8)
Calcolosi del fegato o delle vie biliari/calcolosi renale diagnosticati	2,4 (1,5 – 3,4)	2,6 (1,6 – 3,5)
Tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia) diagnosticato	0,9 *	1,4 *
Ansietà cronica e depressione diagnosticate	2,3 (1,4 – 3,3)	6,9 (5,4 – 8,5)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Con riferimento alla medesima indagine, condotta nel 2000, solo alcune malattie sono presenti in entrambe le edizioni⁷. Rispetto all'indagine del 2000, sembrerebbero aumentate (nonostante in alcuni casi manchi la significatività statistica) tutte le malattie oggetto di confronto, ad eccezione del diabete tra gli uomini e dell'infarto, artrosi, artriti e osteoporosi tra le donne, che mantengono prevalenze simili a quelle di 5 anni prima⁸.

La frequenza con cui si presenta gran parte delle patologie croniche nella popolazione, incrementa con l'età. Oltre i 65 anni circa, la metà dei valdostani dichiara di soffrire di artrosi o artrite, oltre un terzo dichiara di avere l'ipertensione arteriosa, uno su dieci di avere il diabete, un uomo su cinque di soffrire di malattie respiratorie.

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005

Malattie croniche	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Diabete diagnosticato	0,6 *	0,0 *	0,0 *	0,9 *	2,9 *	5,8 *	9,8 (5,0 –	14,1 (9,4 – 18,8)
Iperensione diagnosticata	0,3 *	0,0 *	3,4 *	3,4 *	21,8 (16,5 – 27,1)	17,7 (12,8 –	33,6 (25,1 –	43,5 (35,6 – 51,5)
Infarto del miocardio	0,0 *	0,0 *	0,0 *	0,0 *	2,9 *	1,8 *	9,3 *	2,7 *
Angina pectoris o altre malattie del cuore diagnosticate	0,0 *	0,9 *	1,3 *	2,3 *	4,0 *	4,9 *	11,8 (6,6 – 17,1)	9,4 (5,5 – 13,3)
Ictus, emorragia cerebrale	0,0 *	0,0 *	0,0 *	0,0 *	1,1 *	1,0 *	4,3 *	2,6 *
Bronchite cronica, enfisema	0,0 *	0,0 *	1,8 *	1,8 *	4,5 *	6,0 (3,1 – 9,0)	21,4 (14,5 –	8,7 (4,9 – 12,4)
Asma diagnosticata	5,5 *	2,0 *	1,9 *	2,2 *	2,2 *	4,6 *	11,4 (6,3 –	5,6 *
Malattie della tiroide diagnosticate	0,6 *	0,5 *	0,8 *	7,1 (4,2 –	1,3 *	10,5 (6,7 –	3,9 *	8,1 (4,5 – 11,7)
Artrosi, artrite	0,0	0,0	4,2	5,9	18,2	24,0	43,2	54,7

⁷ Le malattie comuni alle due indagini sono: diabete, ipertensione, infarto, angina, ictus, bronchite cronica ed enfisema, asma bronchiale, malattie della tiroide, artrosi e artriti, osteoporosi, ulcera gastrica e duodenale, calcolosi al fegato e delle vie biliari.

⁸ Per chi fosse interessato al confronto puntuale tra le prevalenze di ciascuna malattia, si rimanda al cap. "La salute e la malattia" (pag. 45 e seguenti) della pubblicazione "Rapport en matière de santé et d'aide sociale - Relazione sanitaria e sociale". Aosta 2001 - a cura dell'OREPS della Valle d'Aosta. Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali.

	*	*	*	(3,3 – 8,6)	(13,4 – 23,1)	(18,4 –	(33,6 –	(45,9 – 63,6)
Osteoporosi diagnosticata	0,0	0,0	0,7	0,2	0,0	9,3	4,3	23,4
	*	*	*	*	*	(5,7 –	*	(17,5 – 29,4)
Ulcera gastrica o duodenale	0,0	0,8	0,8	0,2	4,1	3,4	3,3	3,8
	*	*	*	*	*	*	*	*
Calcolosi del fegato o delle vie biliari/calcolosi	0,0	0,0	1,1	1,5	4,6	3,7	5,0	5,1
	*	*	*	*	*	*	*	*
Malattie croniche	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia)	0,6	0,0	0,3	0,0	0,5	3,9	3,3	1,6
	*	*	*	*	*	*	*	*
Ansietà cronica e depressione diagnosticata	0,0	1,8	1,2	3,7	3,2	11,4	6,3	10,9
	*	*	*	*	*	(7,4 – 15,4)	*	(6,8 – 15,1)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Il confronto geografico tra la Valle d'Aosta, il Piemonte, l'area del Nord-Ovest e la media nazionale mostra differenze statisticamente non significative. Tuttavia, tra gli uomini valdostani, sembrerebbe registrarsi una minore prevalenza di diabete, ulcera gastroduodenale, mentre tra le donne, la minore prevalenza di malattia riguarderebbe l'osteoporosi, con valori simili solo al Piemonte.

Per contro, prevalenze più elevate in Valle d'Aosta risulterebbero essere, tra gli uomini, quelle per bronchite cronica, enfisema e asma (specie rispetto al Piemonte e al Nord-Ovest), meno per calcolosi del fegato e delle vie biliari.

Tra le donne invece, le prevalenze più elevate sembrano registrarsi per: angina pectoris e tumori (rispetto soprattutto al Piemonte) e malattie della tiroide (rispetto a tutte le aree). Anche in questo caso, però, i confronti non sono statisticamente significativi.

Per quanto riguarda l'associazione tra malattie croniche e caratteristiche sociali degli intervistati è stata esclusa la variabile che si riferisce alla tipologia familiare, poiché poco significativa, data la più elevata concentrazione di patologie croniche in età anziana (vedi Tabella delle prevalenze per fasce di età) più frequentemente caratterizzata da un'unica tipologia familiare, quella di persona sola.

Si osserva in generale una ridotta variabilità sociale che, a causa della bassa frequenza delle osservazioni, per molte delle condizioni morbose considerate non raggiunge quasi mai la significatività statistica. Tuttavia, diverse malattie croniche sembrano presentare una prevalenza crescente con l'abbassarsi del titolo di studio, con la condizione di non coniugato e con l'insufficienza dichiarata di risorse economiche, anche se non sempre queste associazioni si osservano in entrambi i generi, come mostra la successione di Tabelle che seguono.

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	DIABETE DIAGNOSTICATO			IPERTENSIONE DIAGNOSTICATA			INFARTO DEL MIOCARDIO		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	*
		*					*		*
Lic. prof.le, medie inferiori	2,0	*	1,5	1,2	1,0	1,5	*	0,6	*
	(0,9 – 4,4)	*	(0,5 –	(0,9 – 1,6)	(0,6 –	(0,9 –	*	(0,2 –	*
Lic. elementare, senza titolo	1,9	*	2,8	1,0	0,6	1,6	*	0,5	*
	(0,8 – 4,3)	*	(0,9 –	(0,8 – 1,4)	(0,4 –	(1,0 –	*	(0,2 –	*
STATO CIVILE									

Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Altra condizione	1,5 (0,9 - 2,5)	0,9 (0,4 -	1,8 (0,9 -	1,1 (0,9 - 1,4)	0,9 (0,6 -	1,2 (0,9 -	0,8 (0,4 - 1,6)	*	2,3 (0,5 -
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE									
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,5 - 1,7)	0,6 (0,2 -	1,1 (0,6 -	1,1 (0,8 - 1,4)	1,2 (0,9 -	1,0 (0,7 -	1,3 (0,6 - 3,0)	0,9 (0,3 -	2,1 (0,6 -

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	ANGINA PECTORIS O ALTRE MALATTIE DEL CUORE DIAGNOSTICATE			ICTUS, EMORRAGIA CEREBRALE DIAGNOSTICATI			BRONCHITE CRONICA, ENFISEMA DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,4 - 1,5)	*	*	1,3 (0,2 - 8,2)	0,8 (0,0 -	1,7 (0,2 -	0,6 (0,3 - 1,1)	0,7 (0,3 - 1,6)	0,6 (0,2 -
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,4 - 1,4)	*	*	2,4 (0,4 -	4,3 (0,4 -	1,3 (0,1 -	0,9 (0,5 -	1,3 (0,6 - 3,0)	0,6 (0,2 -
STATO CIVILE									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,6 - 1,5)	0,7 (0,3 -	1,3 (0,6 -	1,7 (0,7 - 4,6)	0,4 (0,1 - 2,5)	*	1,3 (0,9 -	0,9 (0,5 - 1,5)	3,8 (1,8 -
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE									
Ottime/adequate	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (1,0 - 2,6)	1,5 (0,7 -	*	1,1 (0,3 - 3,4)	0,9 (0,2 - 4,8)	1,2 (0,2 -	1,4 (0,9 -	1,4 (0,8 - 2,5)	1,5 (0,8 -

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	ANGINA PECTORIS O ALTRE MALATTIE DEL CUORE DIAGNOSTICATE			ICTUS, EMORRAGIA CEREBRALE DIAGNOSTICATI			BRONCHITE CRONICA, ENFISEMA DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,4 - 1,5)	*	*	1,3 (0,2 - 8,2)	0,8 (0,0 -	1,7 (0,2 -	0,6 (0,3 - 1,1)	0,7 (0,3 - 1,6)	0,6 (0,2 -
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,4 - 1,4)	*	*	2,4 (0,4 -	4,3 (0,4 -	1,3 (0,1 -	0,9 (0,5 -	1,3 (0,6 - 3,0)	0,6 (0,2 -
STATO CIVILE									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,6 - 1,5)	0,7 (0,3 -	1,3 (0,6 -	1,7 (0,7 - 4,6)	0,4 (0,1 - 2,5)	*	1,3 (0,9 -	0,9 (0,5 - 1,5)	3,8 (1,8 -

GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE									
Ottime/adequate	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (1,0 – 2,6)	1,5 (0,7 –	*	1,1 (0,3 – 3,4)	0,9 (0,2 – 4,8)	1,2 (0,2 –	1,4 (0,9 –	1,4 (0,8 – 2,5)	1,5 (0,8 –

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	ASMA DIAGNOSTICATA			MALATTIE DELLA TIROIDE DIAGNOSTICATE			ARTROSI, ARTRITE DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,4 – 1,5)	0,7 (0,3 – 1,8)	0,9 (0,3 – 2,6)	0,9 (0,5 – 1,5)	1,0 (0,3 – 3,5)	1,0 (0,6 – 1,7)	0,9 (0,7 – 1,2)	0,9 (0,6 – 1,3)	1,0 (0,7 – 1,4)
Lic. elementare, senza titolo	1,3 (0,6 – 2,8)	1,2 (0,4 – 3,2)	1,7 (0,6 – 5,2)	0,6 (0,3 – 1,2)	0,4 (0,1 – 2,3)	0,6 (0,3 – 1,3)	1,1 (0,9 – 1,5)	1,1 (0,7 – 1,7)	1,1 (0,8 – 1,6)
STATO CIVILE									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,3 (0,8 – 2,2)	1,1 (0,5 – 2,3)	2,0 (0,9 – 4,3)	0,8 (0,5 – 1,3)	*	0,9 (0,6 – 1,5)	1,1 (0,9 – 1,3)	0,9 (0,7 – 1,3)	1,2 (0,9 – 1,5)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE									
Ottime/adequate	1,0	1,0 *	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (0,7 – 1,9)	0,5 (0,2 – 1,3)	2,1 (1,1 – 4,2)	0,9 (0,5 – 1,6)	0,4 (0,0 – 2,6)	1,1 (0,6 – 1,9)	1,3 (1,1 – 1,6)	1,2 (0,8 – 1,7)	1,4 (1,1 – 1,8)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	OSTEOPOROSI DIAGNOSTICATA			ULCERA GASTRICA O DUODENALE DIAGNOSTICATE			CALCOLOSI DEL FEGATO O DELLE VIE BILIARI/CALCOLOSI RENALE DIAGNOSTICATI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE									
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,0 (0,5 – 2,2)	*	1,3 (0,6 –	1,3 (0,5 – 3,1)	2,1 (0,5 –	0,8 (0,2 –	0,7 (0,3 – 1,4)	0,8 (0,3 –	0,5 (0,1 –
Lic. elementare, senza titolo	1,3 (0,7 – 2,7)	*	1,5 (0,7 –	1,0 (0,4 – 2,7)	1,7 (0,4 –	0,7 (0,2 –	0,9 (0,4 – 1,9)	0,3 (0,1 –	1,9 (0,6 –
STATO CIVILE									
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0
Altra condizione	1,5 (1,0 – 2,3)	0,6 (0,1 –	1,2 (0,8 –	0,9 (0,5 – 1,9)	1,0 (0,4 –	0,9 (0,3 –	*	0,3 (0,1 –	0,7 (0,3 –
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE									
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (0,8 – 2,2)	1,4 (0,3 –	1,3 (0,8 –	2,6 (1,3 – 4,9)	2,1 (0,8 –	3,1 (1,3 –	0,7 (0,3 – 1,6)	0,4 (0,1 –	1,1 (0,4 –

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tabella - Malattie croniche in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	TUMORE MALIGNO (INCLUSI LINFOME E LEUCEMIA) DIAGNOSTICATO			ANSIETÀ CRONICA E DEPRESSIONE DIAGNOSTICATE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (0,4 - 4,0)	1,4 (0,2 - 9,1)	1,1 (0,2 - 5,0)	1,0 (0,6 - 1,8)	*	0,8 (0,4 - 1,5)
Lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,3 - 4,1)	0,5 (0,1 - 4,4)	1,2 (0,2 - 6,1)	1,1 (0,6 - 1,9)	*	0,7 (0,4 - 1,4)
STATO CIVILE						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	0,7 (0,3 - 1,7)	1,1 (0,3 - 4,8)	0,6 (0,2 - 2,1)	1,2 (0,8 - 1,9)	1,6 (0,7 - 3,8)	1,0 (0,6 - 1,7)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	2,3 (1,0 - 5,6)	4,3 (1,2 - 15,8)	1,6 (0,5 - 5,0)	1,4 (0,9 - 2,3)	*	1,3 (0,7 - 2,2)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO CIRCOLATORIO, RESPIRATORIO, OSTEOMUSCOLARE E DIGERENTE

La necessità di valutare l'impatto che alcuni percorsi assistenziali, di riconosciuta efficacia, possono avere in termini di guadagno sulla salute della popolazione valdostana, ha portato, in questa edizione del 2005, a condurre l'analisi sulla prevalenza di almeno una malattia per tipologia di apparato a cui questi percorsi di cura si riferiscono.

È evidente che, soprattutto tra gli anziani, è plausibile la presenza di più malattie che colpiscono apparati diversi.

La Tabella che seguente mostra che nel 2005, in Valle d'Aosta, tra le persone intervistate di entrambi i generi, è l'apparato osteomuscolare quello maggiormente interessato dalla presenza di almeno una malattia. Ne è colpito infatti, il 13,6% degli uomini e il 22,2% delle donne.

L'apparato respiratorio è, a seguire, quello che produce più malattie tra i valdostani: dichiara almeno una malattia, il 7,8% degli uomini e il 6,5% delle donne.

Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005

	Uomini	Donne
Almeno una malattia dell'apparato circolatorio	5,9 (4,5 - 7,4)	5,7 (4,3 - 7,1)
Almeno una malattia dell'apparato respiratorio	7,8 (6,2 - 9,5)	6,5 (5,0 - 8,0)
Almeno una malattia dell'apparato osteomuscolare	13,6 (11,5 - 15,8)	22,2 (19,6 - 24,8)
Almeno una malattia dell'apparato digerente	1,9 (1,1 - 2,8)	2,0 (1,1 - 2,8)

Come è prevedibile, la percentuale di persone con almeno una patologia diagnosticata per apparato aumenta all'aumentare dell'età, come dimostra la Tabella seguente.

Fino a 44 anni le percentuali non differenziano in modo significativo gli uomini e le donne per la presenza di almeno una malattia per apparato.

Da 45 a 64 anni le donne risultano più interessate degli uomini da patologie dell'apparato osteomuscolare: ne risultano colpite il 26,8% contro il 18,2% degli uomini.

Oltre i 65 anni gli uomini prevalgono sulle donne per le patologie dell'apparato circolatorio (21,1% vs 13%) e dell'apparato respiratorio (22,6% vs 12,1%); mentre le donne soffrono più degli uomini, loro coetanei, per patologie osteomuscolari, verosimilmente per la maggiore incidenza di osteoporosi.

Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005

	0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Almeno una malattia dell'apparato circolatorio	0,0 *	0,9 *	1,3 *	2,3 *	7,5 (4,3 –	7,0 (3,8 –	21,1 (14,2 –	13,0 (8,5 –
Almeno una malattia dell'apparato respiratorio	5,5 *	2,0 *	3,7 *	3,4 *	5,9 (3,0 – 8,8)	8,9 (5,4 –	22,6 (15,6 –	12,1 (7,7 –
Almeno una malattia dell'apparato	0,0 *	0,0 *	4,6 *	5,9 (3,3 – 8,6)	18,2 (13,4 –	26,8 (20,9 –	43,2 (33,6 –	59,4 (50,2 –
Almeno una malattia dell'apparato digerente	0,0 *	0,8 *	0,8 *	0,2 *	4,1 *	3,4 *	3,3 *	3,8 *

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Dall'analisi delle differenze geografiche tra la Valle d'Aosta e le aree a confronto non emergono caratterizzazioni regionali statisticamente significative.

Anche se non generalizzabile, è possibile riconoscere un effetto sfavorevole sulla presenza di almeno una malattia dell'apparato circolatorio, respiratorio, osteomuscolare o digerente, nelle persone con livelli di studio più bassi, in chi non è coniugato e in chi dichiara non adeguate le proprie risorse economiche.

Queste categorie di persone presentano dei valori di PRR che eccedono l'unità, a dimostrare un rischio più elevato di presentare almeno una delle malattie considerate. Alcune di queste sono statisticamente significative come, ad esempio, tra le donne, l'associazione tra condizioni economiche insoddisfacenti e prevalenza più alta (del 70%) di malattie dell'apparato circolatorio o respiratorio e del 40% di malattie dell'apparato osteomuscolare. Sempre tra le donne, la condizione di non coniugata influisce su una maggiore presenza di malattia dell'apparato respiratorio fino a quasi due volte e mezzo rispetto le coniugate.

Tra gli uomini invece, le differenze sociali sembrano influire in misura minore.

Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche.

Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO CIRCOLATORIO			ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,4 – 1,2)	0,8 (0,4 – 1,5)	0,6 (0,2 – 1,4)	0,7 (0,4 – 1,2)	0,7 (0,4 – 1,5)	0,8 (0,4 – 1,6)
Lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,5 – 1,2)	0,6 (0,3 – 1,1)	1,1 (0,5 – 2,4)	1,2 (0,7 – 2,0)	1,4 (0,7 – 2,8)	1,0 (0,5 – 2,2)
STATO CIVILE						

Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,7 - 1,4)	0,7 (0,4 - 1,3)	1,7 (0,9 - 3,1)	1,2 (0,9 - 1,8)	0,9 (0,5 - 1,4)	2,4 (1,4 - 4,2)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (1,1 - 2,3)	1,3 (0,8 - 2,4)	1,7 (1,0 - 3,0)	1,3 (0,9 - 1,9)	1,0 (0,6 - 1,7)	1,7 (1,0 - 2,9)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tabella - Almeno una malattia circolatoria, respiratoria, osteomuscolare e digerente in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO OSTEOMUSCOLARE			ALMENO UNA MALATTIA DELL'APPARATO DIGERENTE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE						
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,7 - 1,2)	0,8 (0,5 - 1,3)	1,0 (0,7 - 1,49)	1,3 (0,5 - 3,1)	2,1 (0,5 - 8,4)	0,8 (0,2 - 2,6)
Lic. elementare, senza titolo	1,2 (0,9 - 1,6)	1,1 (0,7 - 1,6)	1,2 (0,9 - 1,7)	1,0 (0,4 - 2,7)	1,7 (0,4 - 8,2)	0,7 (0,2 - 2,4)
STATO CIVILE						
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (0,9 - 1,3)	0,9 (0,7 - 1,3)	1,2 (0,9 - 1,5)	0,9 (0,5 - 1,9)	1,0 (0,4 - 2,9)	0,9 (0,3 - 2,3)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE						
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	*	*	*
Scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (1,1 - 1,5)	1,2 (0,8 - 1,7)	1,4 (1,1 - 1,7)	*	*	*

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

ALMENO UN MALATTIA CRONICA GRAVE - Al fine di stimare la consistenza, in Valle d'Aosta, di persone portatrici di problemi di salute cronici e gravi è stata condotta l'analisi sui soli intervistati che hanno dichiarato di avere almeno una delle seguenti malattie: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris ed altre malattie del cuore, ictus ed emorragie cerebrali, bronchite cronica ed enfisema, cirrosi epatica, tumori maligni, Alzheimer e demenza senile. Nel 2005 hanno dichiarato una malattia cronica grave diagnosticata il 12,6% degli uomini e il 13,3% delle donne intervistati, come si evince dalla Tabella seguente.

Tabella - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta per genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005

Almeno una malattia cronica grave	
Uomini	Donne
12,6 (10,5 - 14,6)	13,3 (11,3 - 15,4)

Fino a 64 anni sono le donne ad eccedere sugli uomini nella presenza di almeno una malattia cronica grave, mentre, in età anziana, la situazione si inverte a vantaggio delle donne, e queste

percentuali si traducono nella presenza di cronicità gravi in quasi la metà degli uomini e in poco meno di un terzo delle donne ultrasessantacinquenni .

Tabella - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%. Anno 2005

Almeno una malattia cronica grave							
0-24		25-44		45-64		65 anni e più	
Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
0,6	0,9	3,4	5	13,4	17,3	46,4	31,6
*	*	*	(2,5 – 7,5)	(9,2 – 17,6)	(12,5 –	(36,5 –	(24,7 – 38,4)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Non si evidenziano differenze tra la Valle d'Aosta e le altre aree geografiche a confronto per la frequenza con cui si registra, nella popolazione intervistata, almeno una malattia cronica grave.

Le differenze socio-economiche nella presenza di cronicità grave mostrano che per le donne, chi non è coniugata e non vive una condizione familiare di coppia con figli ha una prevalenza superiore di cronicità rispetto alle altre categorie dal 60% (per le non coniugate), fino al 240% per le donne sole.

Anche l'insoddisfazione per le risorse economiche disponibili incide, tra le donne, sulla maggiore presenza di cronicità grave nella misura del 50%.

Tabella - Almeno una malattia cronica grave in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

ALMENO UNA MALATTIA CRONICA GRAVE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,7 – 1,3)	1,0 (0,6 – 1,6)	0,8 (0,5 – 1,3)
Lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,7 – 1,3)	1,0 (0,6 – 1,5)	1,1 (0,7 – 1,7)
STATO CIVILE			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,0 (0,8 – 1,3)	*	1,6 (1,1 – 2,3)
TIPOLOGIA FAMILIARE			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,5 (1,0 – 2,1)	*	1,7 (1,0 – 2,9)
Monogenitore	1,0 (0,6 – 1,7)	*	1,6 (0,8 – 3,0)
Persona sola	1,4 (1,0 – 2,0)	*	2,4 (1,4 – 4,1)
Altro	1,3 (0,8 – 2,2)	*	2,3 (1,1 – 4,8)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,1 – 1,7)	*	1,5 (1,1 – 2,1)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

In sintesi, quasi due terzi dei valdostani danno un giudizio positivo del proprio stato di salute, una percentuale in crescita rispetto al passato e in linea con il valore medio dell'Italia e delle regioni circostanti. In generale sono gli uomini, più delle donne, a mostrare indici di salute riferita favorevoli e, in particolare, le persone che si dichiarano soddisfatte della propria condizione economica, a conferma di una relazione lineare tra benessere economico e salute.

A una minore soddisfazione della propria condizione di salute da parte delle donne contribuisce, probabilmente, la maggiore frequenza, in tutte le fasce di età, di condizioni di disabilità e una maggiore presenza di malattie croniche, caratteristiche comuni a tutte le altre regioni italiane.

In generale, la Valle d'Aosta presenta una situazione migliore del resto d'Italia per quanto riguarda la presenza di patologie acute e di limitazioni dovute a condizioni di salute, ma non mostra differenze per quanto riguarda la presenza di patologie croniche. Anche le differenze tra gruppi sociali sono di modesta entità: assenti nel caso della disabilità, presenti, a sfavore dei gruppi sociali più svantaggiati per alcune patologie, presenti, soprattutto a carico delle donne sole, per quanto riguarda le limitazioni per cause di salute e per la presenza di almeno una condizione cronica.

Nel complesso, emerge un quadro dei principali problemi di salute simile a quello del resto del Paese, caratterizzato da una larga parte della popolazione in buona salute che, con il passare degli anni, tende a deteriorarsi per l'insorgere di malattie croniche, anche invalidanti, che colpiscono in misura più elevata le donne rispetto agli uomini.

Anziani, donne, soprattutto in condizione di solitudine, sono i gruppi di popolazione che richiedono maggiore attenzione e assistenza.

Dai dati della sorveglianza PASSI, condotto nel 2009 su un campione di intervistati in Valle d'Aosta, il merito al rischio cardiovascolare calcolato secondo il punteggio della Carta del Rischio è emerso che:

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL VdA - PASSI 2009 (n= 225)			
	Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato % (IC95%)	
<ul style="list-style-type: none"> • In VdA solo il 4% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare. • In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi: <ul style="list-style-type: none"> - nelle classi d'età più elevate - nelle persone con più alta istruzione - nelle persone senza difficoltà economiche. 	Totale	4,0 <i>1,8-7,5</i>	
	Classi di età		
		35 - 49	2,6
		50 - 69	5,4
	Sesso		
		uomini	4,8
		donne	3,0
	Istruzione*		
		bassa	2,6
		alta	5,6
	Difficoltà economiche		
	sì	1,7	
	no	4,9	
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare^o			
	sì	4,3	
	no	3,1	

^o fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

IL “BAROMETRO” – SORVEGLIANZA PASSI D’ARGENTO

Leggendo ed integrando i dati dello Studio di Sorveglianza Passi d’Argento anno 2009 emerge che gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia riferiscono:

- il 28% di svolgere un’insufficiente attività fisica
- il 51% di essere consumatore di alcol
- il 10% di essere fumatore
- il 94% di non seguire il "five a day"
- il 59% di essere in eccesso ponderale
- il 2% di presentare sintomi depressione
- l’1% di vivere in isolamento
- il 27% di avere paura di cadere
- il 6% di essere caduto negli ultimi 30 giorni
- il 6% di avere problemi masticazione
- il 5% di avere problemi udito
- l’1% di avere problemi vista
- il 40% di non avere effettuato vaccinazione anti-influenzale
- il 51% di avere ricevuto informazioni sulle ondate di calore
- il 94% di avere ricevuto consigli sulle vaccinazioni
- il 96% di aver sentito parlare dei centri per anziani
- il 92% di essersi recato dal medico

Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e promozione della salute, in particolare sugli “stili di vita”; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità riferiscono:

- il 65% di svolgere un’insufficiente attività fisica
- il 37% di essere consumatore di alcol
- il 16% di essere fumatore
- il 98% di non seguire il "five a day"
- il 54% di essere in eccesso ponderale
- il 31% di presentare sintomi depressione
- il 21% di vivere in isolamento
- il 46 % di avere paura di cadere
- il 3% di essere caduto negli ultimi 30 giorni
- il 52% di avere problemi masticazione
- il 38% di avere problemi udito
- l’11% di avere problemi vista
- il 32% di non avere effettuato vaccinazione anti-influenzale
- il 29% di avere ricevuto informazioni sulle ondate di calore
- il 98% di avere ricevuto consigli sulle vaccinazioni
- il 94% di aver sentito parlare dei centri per anziani
- il 95% di essersi recato dal medico

Il barometro conferma che in questo gruppo di popolazione le aree di maggior interesse per l'azione gravitano attorno alla prevenzione e promozione della salute, in particolare sugli “stili

di vita” e verso azioni di miglioramento di alcune condizioni, quale problemi di masticazione e sensoriali che possono rendere fragile l'anziano predisponendolo alla disabilità; come in tutti i sottogruppi considerati rimangono inoltre essenziali le iniziative miranti a valorizzare le persone come risorsa.

Gli ultra 64enni con segni di fragilità riferiscono:

- il 64% di svolgere un'insufficiente attività fisica
- il 39% di essere consumatore di alcol
- il 3% di essere fumatore
- il 99% di non seguire il "five a day"
- il 39% di essere in eccesso ponderale
- il 26% di presentare sintomi depressione
- l'8% di vivere in isolamento
- il 55 % di avere paura di cadere
- il 13% di essere caduto negli ultimi 30 giorni
- il 34% di avere problemi masticazione
- il 28% di avere problemi udito
- il 21% di avere problemi vista
- il 22% di non avere effettuato vaccinazione anti-influenzale
- il 27% di avere ricevuto informazioni sulle ondate di calore
- il 98% di avere ricevuto consigli sulle vaccinazioni
- il 97% di aver sentito parlare dei centri per anziani
- l'86% di essersi recato dal medico

Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione richiede un'attenzione particolare in quanto, versando in una generica condizione di fragilità, i diversi fattori presi in considerazione possono favorire una rapida evoluzione verso la disabilità.

Le aree di interesse per l'azione devono essere attentamente vagliate e tutte prese in uguale considerazione, dalla vaccinazione antinfluenzale ai problemi di masticazione o ai fattori di rischio comportamentali, tra cui in particolare la sedentarietà.

Gli ultra 64enni disabili riferiscono:

- il 73% di svolgere un'insufficiente attività fisica
- il 22% di essere consumatore di alcol
- il 7% di essere fumatore
- il 100% di non seguire il "five a day"
- il 50% di essere in eccesso ponderale
- il 30% di presentare sintomi depressione
- il 36% di vivere in isolamento
- il 65 % di avere paura di cadere
- il 22% di essere caduto negli ultimi 30 giorni
- il 53% di avere problemi masticazione
- il 44% di avere problemi udito
- il 33% di avere problemi vista
- il 7% di non avere effettuato vaccinazione anti-influenzale
- il 31% di avere ricevuto informazioni sulle ondate di calore
- il 100% di avere ricevuto consigli sulle vaccinazioni
- l'89% di aver sentito parlare dei centri per anziani
- l'84% di essersi recato dal medico

Il barometro conferma che questo gruppo di popolazione richiede attenzioni e assistenza particolari, come testimoniato ad esempio da un'alta frequenza di cadute (un disabile su dieci è caduto durante gli ultimi 30 giorni). La scarsa mobilità e la paura di cadere possono essere dei fattori aggravanti una situazione già difficile. I problemi di masticazione e sensoriali possono compromettere ulteriormente le condizioni delle persone ultra 64enni.

LA DISABILITÀ E LA NON AUTOSUFFICIENZA

Utilizzando i dati dell'Indagine Istat "Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2005) in Valle d'Aosta, nel 2005, ha dichiarato una disabilità il 2,5% degli uomini e il 5,7% delle donne⁹.

La limitazione nell'attività è stata invece dichiarata da quasi il 10% degli uomini e dal 15% delle donne e si è prodotta per la presenza di malattie o traumatismi nel 9,1% dei casi tra gli uomini e nel 12,5% dei casi tra le donne, come si evince dalla Tabella che segue.

Non si registrano variazioni d'interesse, rispetto l'indagine precedente condotta nel 2000, sulla limitazione dell'attività tra i valdostani per problemi di salute¹⁰.

Tabella - Disabilità, limitazioni dell'attività, acuzie o traumatismi in Valle d'Aosta per genere. Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.

Anno 2005

Disabilità	Uomini	Donne
Disabile	2,5 (1,5 – 3,5)	5,7 (4,2 – 7,1)
Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute nelle ultime 4 settimane		
No	90,1 (85,0 – 95,3)	85,0 (80,1 – 89,9)
Sì, gravi	2,8 (1,8 – 3,8)	5,6 (4,2 – 7,0)
Sì, non gravi	7,1 (5,5 – 8,7)	9,4 (7,7 – 11,2)
Malattie acute o traumatismi nelle ultime 4		
Ha avuto disturbi con limitazioni	9,1 (7,3 – 10,9)	12,5 (10,5 – 14,5)
Ha avuto disturbi senza limitazioni	13,3 (11,2 – 15,5)	16,8 (14,5 – 19,1)
Non ha avuto disturbi/traumatismi nelle ultime quattro settimane	77,6 (72,8 – 82,4)	70,7 (66,2 – 75,2)

Come da attese, la Tabella seguente mostra che la disabilità e le limitazioni all'attività per malattie o traumatismi diventano più frequenti al crescere dell'età in entrambi i generi e anche che in tutte le classi di età la prevalenza è più elevata nelle donne. Tra gli anziani, infatti, l'11,5% degli uomini e quasi il 20% delle donne dichiarano una disabilità. Mentre, indipendentemente dalla gravità della limitazione, il 30,8% degli uomini anziani e il 36,1% delle donne anziane dichiarano limitazioni della propria attività per problemi di salute. Di entità simile è la percentuale di anziani, di entrambi i generi, che hanno dichiarato le malattie acute o traumatismi come causa delle loro limitazioni.

Per ciascuna delle classi di età inferiori a quella anziana, si registrano, invece, percentuali inferiori al 10% rispetto ai problemi di salute sopra menzionati e che sono causa di impedimento di una normale attività.

⁹ Non è possibile il confronto con i dati relativi alla disabilità nel 2000 a causa delle diverse modalità con cui il dato è stato rilevato nelle due indagini.

¹⁰ Nel 2000 infatti, alla stessa domanda, ha dichiarato una limitazione nell'attività il 9% degli uomini e il 13,3% delle donne.

Tabella - Disabilità, limitazioni dell'attività, acuzie o traumatismi in Valle d'Aosta per fascia d'età e genere.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

	6-24		25-44		45-64		65 anni e più	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Disabilità								
Disabile	0,7 *	1,0 *	0,7 *	0,4 *	0,4 *	2,2 *	11,5 (6,4 -	19,9 (14,4 - 25,4)
Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di								
No	98,1 (86,5 -	97,6 (85,5 -	95,1 (85,5 -	92,8 (83,1 -	89,9 (79,7 -	84,1 (74 -	69,2 (57,3 -	63,9 (54,4 - 73,4)
Sì, gravi	0,0 *	0,0 *	1,5 *	1,6 *	2,2 *	6,3 (3,3 - 9,4)	10,4 (5,4 -	15,2 (10,3 - 20)
Sì, non gravi	1,9 *	2,4 *	3,4 *	5,6 (3 - 8,2)	7,9 (4,6 - 11,2)	9,5 (5,9 -	20,4 (13,7 -	20,9 (15,3 - 26,6)
Malattie acute o								
Ha avuto disturbi con limitazioni	6,8 (3,4 - 10,1)	9,5 (5,4 - 13,6)	9,6 (6,4 - 12,9)	8,9 (5,6 - 12,1)	9,7 (6,1 - 13,4)	13,4 (9,1 -	10,2 (5,3 -	19,2 (13,7 - 24,6)
Ha avuto disturbi senza limitazioni	11,2 (6,9 - 15,4)	18,7 (13,1 - 24,3)	12,6 (8,9 - 16,4)	14,6 (10,5 -	14,3 (9,9 - 18,6)	18,9 (13,9 -	16,3 (10,2 -	15,7 (10,7 - 20,6)
Non ha avuto disturbi/traumatismi nelle ultime quattro settimane	82,0 (71,3 - 92,8)	71,8 (61,4 - 82,3)	77,7 (69,1 - 86,4)	76,5 (67,7 - 85,4)	76,0 (66,6 - 85,5)	67,7 (58,5 - 76,8)	73,5 (61,3 - 85,8)	65,2 (55,6 - 74,7)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Rispetto alle altre aree geografiche a confronto con la Valle d'Aosta non si osservano differenze di rilievo nella presenza di disabilità tra le popolazioni intervistate.

Dall'analisi delle differenze per caratteristiche sociali, tra gli intervistati in Valle d'Aosta, non sono emerse associazioni d'interesse con la condizione di disabilità.

In merito invece alle differenze sociali che caratterizzano la maggiore, o minore, presenza di limitazioni a seguito di malattie o traumatismi, è stata posta a confronto, nella Tabella che segue, la categoria di soggetti che hanno dichiarato di non avere avuto limitazioni dell'attività verso quella che ha dichiarato di averne, indipendentemente dal livello di gravità. Le differenze sembrano interessare solo le donne: le valdostane con bassa istruzione, non coniugate, che vivono da sole con scarse risorse economiche, presentano limitazioni dell'attività per motivi di salute anche di molto superiori alle altre donne. In particolare: nelle meno istruite del 90%, nelle non coniugate del 70%, nelle donne sole quasi di 2 volte e mezza e nelle meno abbienti del 40%.

Tabella - Limitazioni dell'attività a seguito di problemi di salute (1) in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ A SEGUITO DI PROBLEMI DI SALUTE	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (0,8 - 1,8)	1,1 (0,6 - 1,9)	1,3 (0,8 - 2,2)
Lic. elementare, senza titolo	1,8 (1,2 - 2,6)	1,6 (0,9 - 2,9)	1,9 (1,1 - 3,2)
STATO CIVILE			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,4 (1,1 - 1,7)	1,0 (0,7 - 1,4)	1,7 (1,2 - 2,4)

TIPOLOGIA FAMIGLIARE			
Coppia con figli	1,0	*	1,0
Coppia senza figli	1,6 (1,1 – 2,4)	*	1,6 (0,9 – 2,7)
Monogenitore	1,3 (0,8 – 2,2)	*	1,4 (0,8 – 2,7)
Persona sola	2,2 (1,5 – 3,2)	*	2,4 (1,4 – 4,0)
Altro	1,7 (0,9 – 3,0)	*	2,4 (1,2 – 4,8)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
Ottime/adequate	1,0	*	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,1 – 1,8)	*	1,4 (1,0 – 1,9)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

La presenza di malattie acute, o di traumatismi, con o senza limitazione dell'attività, non mostra differenze statisticamente significative per caratteristiche socio-economiche, come mostra la Tabella seguente.

Tabella - Presenza di malattie acute o traumatismi con o senza limitazioni in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, tipologia familiare e giudizio risorse economiche. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Anno 2005

PRESENZA DI MALATTIE ACUTE O TRAUMATISMI CON O SENZA LIMITAZIONI	TOTALE	UOMINI	DONNE
ISTRUZIONE			
Post laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
Lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,5 – 1,0)	0,6 (0,4 – 1,1)	0,8 (0,5 – 1,2)
Lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,7 – 1,6)	1,2 (0,6 – 2,3)	1,0 (0,6 – 1,7)
STATO CIVILE			
Coniugato/a	1,0	1,0	1,0
Altra condizione	1,1 (0,8 – 1,5)	0,6 (0,4 – 1,0)	1,4 (1,0 – 2,1)
TIPOLOGIA FAMIGLIARE			
Coppia con figli	1,0	1,0	1,0
Coppia senza figli	1,0 (0,7 – 1,5)	1,1 (0,6 – 2,0)	1,1 (0,6 – 1,8)
Monogenitore	0,8 (0,5 – 1,3)	0,4 (0,1 – 1,2)	1,0 (0,6 – 1,9)
Persona sola	1,1 (0,8 – 1,7)	0,7 (0,4 – 1,4)	1,5 (0,9 – 2,5)
Altro	1,4 (0,7 – 2,7)	1,4 (0,5 – 4,2)	1,5 (0,7 – 3,4)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
Ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
Scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (0,9 – 1,6)	1,2 (0,7 – 1,9)	1,1 (0,8 – 1,7)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

IL REGISTRO REGIONALE DISABILI - In Valle d'Aosta, tuttavia, la disabilità è registrata anche attraverso i dati del Registro regionale della disabilità presso la Direzione politiche sociali dell'Assessorato regionale competente. Il Registro gestisce i dati rilevati dal Sistema Informativo ARDI (Anagrafe Regionale Disabili) del Servizio invalidi civili dell'Assessorato regionale, al fine, oltre che di dotare gli uffici di uno strumento di osservazione specifico sulla

popolazione disabile, anche di meglio analizzarne i bisogni e programmare gli interventi e i servizi in modo più efficace.

Il miglioramento nella gestione dell'archivio invalidi civili, sia sotto il profilo informatico, sia dal punto di vista della valutazione delle patologie, ha permesso negli anni di rendere più precise le statistiche sulla disabilità. Sono ora comprese, nella banca dati, oltre alle persone con percentuale di disabilità superiore al 75%, anche quelle con percentuali inferiori. Pertanto, al 31 dicembre 2008 nell'archivio invalidi civili erano presenti 8.119 persone invalide, di cui 6.354 disabili, pari al 5% dell'intera popolazione.

In Valle d'Aosta la categoria di disabilità più diffusa è quella fisica, che colpisce 2.071 persone pari all'1,6% della popolazione totale e al 32,6% di quella disabile. Il secondo tipo di disabilità più frequente è quella cognitiva e fisica, che interessa, con diverso livello di intensità, 742 persone, pari allo 0,6% della popolazione totale e all'11,7% di quella disabile; la disabilità fisica e sensoriale colpisce 500 persone ed è la terza forma di disabilità più frequente (vedi Tabella 6.1).

Se si considera l'insieme dei soggetti portatori di disabilità fisiche, cognitive-fisiche e fisiche-sensoriali, la percentuale sul totale dei disabili sale al 56,0% ed interessa complessivamente 3.555 persone.

La Tabella che segue, che riporta la distribuzione della popolazione disabile del 2008 per tipo di disabilità - unica o congiunta ad altre - mette in evidenza che 5 valdostani su 100 risultino portatori di un qualche tipo di disabilità riconosciuta; di questi, circa 2 hanno una disabilità di tipo fisico. Un dato che potrebbe essere verosimilmente sottostimato per effetto delle mancate segnalazioni da parte delle famiglie di casi di gravità variabile, specie se in età prescolare.

Tabella - Consistenza dei disabili per tipo di disabilità in Valle d'Aosta.
Valori assoluti, percentuali e tassi.
Dicembre 2008.

Tipo di disabilità	N.	% sul totale dei disabili	% sul totale della popolazione	Tasso grezzo su 100.000 abitanti
Cognitive	521	8,2%	0,4%	410,0
Cognitive + Fisiche	742	11,7%	0,6%	584,0
Cognitive + Fisiche + Psichiche	131	2,1%	0,1%	103,1
Cognitive + Fisiche + Sensoriali	306	4,8%	0,2%	240,8
Cognitive + Fisiche + Sensoriali + Psichiche	40	0,6%	0,0%	31,5
Cognitive + Psichiche	142	2,2%	0,1%	111,8
Cognitive + Sensoriali	117	1,8%	0,1%	92,1
Cognitive + Sensoriali + Psichiche	24	0,4%	0,0%	18,9
Fisiche	2.071	32,6%	1,6%	1.629,9
Fisiche + Psichiche	372	5,9%	0,3%	292,8
Fisiche + Sensoriali	742	11,7%	0,6%	584,0
Fisiche + Sensoriali + Psichiche	85	1,3%	0,1%	66,9
Psichiche	441	6,9%	0,4%	347,1
Sensoriali	582	9,2%	0,5%	458,0
Sensoriali + Psichiche	38	0,6%	0,0%	29,9
Totale disabili	6.354	100,0%	5,0%	5.000,6
Totale popolazione	127.065			

Fonte: Regione Autonoma Valle d'Aosta - Direzione Politiche Sociali

La presenza di condizioni di disabilità nella popolazione è, come abbiamo già visto, ovviamente correlata all'età.

A dicembre 2008 i bambini disabili di età compresa tra 0 e 4 anni sono 34, pari allo 0,5% di tutti i disabili, un valore che equivale ad un'incidenza sulla popolazione regionale nella

medesima classe di età pari allo 0,6%. In età prescolare ad incidere maggiormente sono la disabilità sensoriale e quella fisica, che rappresentano il 47% delle disabilità in questa classe di età.

I disabili di età tra 5 e 19 anni sono 200, pari al 3% di tutti i disabili, l'1,2% della popolazione regionale nella medesima classe di età. Ad incidere per circa un quarto in queste età è la disabilità cognitiva (25,5%), seguita, anche in questo caso, da quella fisica e cognitiva-fisica. Disabilità cognitiva, disabilità fisica e disabilità congiunta, cognitiva-fisica, ammontano al 66,0% della disabilità dei giovani di età tra 5 e 19 anni.

Tra 20 e 64 anni di età, le persone disabili sono 1.914, il 30,0% del totale. Sulla popolazione regionale complessiva della stessa età i disabili incidono per il 2,5%. Questa classe di età è quella più eterogenea per stato di salute, stile di vita e capacità funzionali; si rileva la prevalenza di disabilità fisiche (il 31,0% delle disabilità in questa), psichiche, cognitive e sensoriali, in questo caso presenti maggiormente in forma singola più che congiunta.

Come da attese, dopo i 65 anni compare la quota di disabilità più rilevante, sia numericamente sia per articolazione. Per meglio orientare l'assistenza ad essa rivolta, si è ripartita la popolazione anziana in due classi, diverse per carico assistenziale.

Tra i cosiddetti giovani anziani, di età compresa tra 65 e 74 anni, l'archivio regionale registra 931 persone, il 14,6% del totale dei disabili ed il 6,9% della popolazione regionale della stessa classe di età. In assoluto prevale la disabilità fisica che, da sola, colpisce 369 anziani e costituisce il 39,6% della disabilità presente nella classe di età.

Oltre i 75 anni, sono 3.275 gli anziani che presentano qualche tipo di disabilità, rappresentando più della metà (il 51,5%) della popolazione disabile, oltre che il 26,5% della popolazione regionale della stessa classe di età. Tra di essi la disabilità fisica è la più frequente, con 1.049 persone interessate, pari al 32% del totale della disabilità in questa classe di età. Segue con 542 persone la disabilità cognitiva-fisica, che corrisponde al 16,6% della disabilità in questa classe di età.

Le altre disabilità che in questa classe d'età (> 75) assumono un peso rilevante sono: la fisica-sensoriale congiunta (510), la sensoriale (237), la cognitiva-fisica-sensoriale congiunta (253) e la sensoriale (242, vedi Tabella 6.2).

Tabella - Consistenza dei disabili per tipo di disabilità e classe di età in Valle d'Aosta. Valori assoluti. Dicembre 2008.

Tipo di disabilità	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 e oltre	Totale
Cognitive	5	12	21	18	11	14	30	33	30	21	21	28	20	23	22	212	521
Cognitive + Fisiche	4	16	14	8	14	5	8	11	15	10	8	13	16	19	39	542	742
Cognitive + Fisiche + Psichiche	2	.	.	.	2	.	2	5	2	1	2	3	1	7	7	97	131
Cognitive + Fisiche + Sensoriali	.	3	3	6	4	4	3	2	2	.	4	2	1	6	13	253	306
Cognitive + Fisiche + Sensoriali +	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1	.	2	4	30	40
Cognitive + Psichiche	1	1	5	6	5	6	4	15	7	14	8	13	12	6	10	29	142
Cognitive +	.	2	4	6	3	3	3	5	4	5	6	4	2	2	6	62	117
Cognitive + Sensoriali +	.	.	.	2	1	.	.	1	1	2	2	.	.	.	3	12	24
Fisiche	8	12	16	15	21	17	32	34	64	80	82	118	154	168	201	1.049	2.071
Fisiche + Psichiche	.	.	.	.	.	3	5	15	11	19	32	47	27	31	50	132	372
Fisiche + Sensoriali	4	2	1	1	.	1	5	7	12	10	15	26	36	37	75	510	742
Fisiche + Sensoriali + Psichiche	.	.	.	.	1	1	1	1	4	1	4	8	7	5	8	44	85

Psichiche	2	4	3	2	3	14	13	34	50	59	51	46	47	25	35	53	441
Sensoriali	8	3	8	4	10	7	11	18	15	34	25	42	37	62	56	242	582
Sensoriali +	.	.	.	1	.	.	.	1	1	7	2	4	5	5	4	8	38
Totale	34	56	75	69	75	75	117	182	218	265	262	355	365	398	533	3275	6.354

Fonte: Regione Autonoma Valle d'Aosta – Direzione Politiche Sociali

Al pari di tutti i fenomeni che descrivono lo stato di salute di una popolazione, anche per la disabilità si osserva una certa variabilità geografica in funzione del luogo di residenza della popolazione.

La Tabella che segue riporta i valori del tasso grezzo e del tasso standardizzato per tipo di disabilità e di distretto. Il *tasso grezzo* è calcolato rapportando il valore assoluto di disabili residenti per tipo di disabilità alla popolazione complessiva residente nel distretto e il *tasso standardizzato* consente di operare confronti indipendentemente dalla diversa struttura per età dei distretti.

L'ultima colonna della stessa Tabella (*rapporto tra tassi*) consente, fatto pari ad 1 il rischio medio di disabilità regionale, di individuare eventuali scostamenti - in eccesso ed in difetto – che indicano la maggiore protezione o il maggiore rischio di disabilità nel singolo distretto, rispetto a quanto si registra a livello regionale.

Il distretto 1, che è anche quello con la popolazione più giovane, nonostante la correzione del tasso per il fattore età, risulta anche quest'anno il distretto con il rischio di disabilità più basso rispetto alla media regionale, stimabile in una protezione del 15% rispetto al rischio medio regionale. In questo distretto la disabilità più rappresentata, indipendentemente dall'età, è in assoluto quella fisica con 305 casi; è interessante osservare che in questo distretto non sono presenti eccessi di rischio rispetto alla media regionale per nessuna forma di disabilità.

Nel distretto 2 il rischio di disabilità approssima quello medio regionale, con un lieve differenziale di rischio del 4%. Si evidenziano, tuttavia variazioni di rilievo negli eccessi di rischio pari al 33% rispetto a quello medio regionale, per la pluri-disabilità (cognitiva-fisica-sensoriale-psichica) che denota i casi più gravi, benché in numero limitato (27). Per eccesso di rischio e numerosità di casi il distretto 2 eccede il rischio medio regionale per la disabilità sensoriale (+14% e 330 casi), psichica (+16% e 251 casi) e fisica-psichica (+16% e 215 casi), mentre la disabilità più frequente è quella fisica con 1.006 casi.

Il distretto 3 registra, in media, una lieve protezione rispetto al rischio medio di disabilità regionale, pari al 5%, ma evidenzia eccessi di rischio specifico per 2 forme di disabilità: del 5% per la disabilità fisica, che è anche la più rappresentata, con 293 casi e del 3% per la disabilità cognitiva.

Infine, il distretto 4 registra un lieve eccesso di rischio di disabilità dell'8% rispetto alla media regionale ed evidenzia scostamenti sfavorevoli di rischio specifico per alcuni tipi di disabilità: in particolare, si evidenzia un eccesso di rischio del 20% per la disabilità fisica (467 casi, la più rappresentata) e un eccesso di rischio del 13% (156) per la disabilità cognitiva-fisica.

Tabella – Consistenza dei disabili per tipo di disabilità e distretto in Valle d'Aosta. Valori assoluti, tassi e rapporti.
Dicembre 2008.

Distretto	Tipo di disabilità	N.	Tasso grezzo x 100.000 abitanti	Tasso std x 100.000 abitanti	Rapporto tra tassi
1	Cognitive	76	314,6	336,6	0,82
	Cognitive + Fisiche	124	513,3	569,0	0,97
	Cognitive + Fisiche + Psichiche	19	78,7	88,3	0,86
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali	40	165,6	187,8	0,78
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali +	4	16,6	18,5	0,59

	Cognitive + Psicliche	24	99,4	103,9	0,93
	Cognitive + Sensoriali	17	70,4	75,1	0,82
	Cognitive + Sensoriali + Psicliche	2	8,3	9,2	0,49
	Fisiche	305	1.262,6	1.373,1	0,84
	Fisiche + Psicliche	63	260,8	280,8	0,96
	Fisiche + Sensoriali	116	480,2	533,5	0,91
	Fisiche + Sensoriali + Psicliche	10	41,4	44,3	0,66
	Psicliche	62	256,7	262,1	0,76
	Sensoriali	76	314,6	336,7	0,74
	Sensoriali + Psicliche	3	12,4	12,7	0,42
	Totale	941	3.895,4	4.231,6	0,85
2	Cognitive	270	433,55	426,97	1,04
	Cognitive + Fisiche	367	589,31	570,93	0,98
	Cognitive + Fisiche + Psicliche	80	128,46	124,22	1,20
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali	169	271,37	261,66	1,09
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali +	27	43,36	41,76	1,33
	Cognitive + Psicliche	69	110,80	109,95	0,98
	Cognitive + Sensoriali	69	110,80	108,19	1,17
	Cognitive + Sensoriali + Psicliche	15	24,09	23,61	1,25
	Fisiche	1.006	1.615,39	1.580,51	0,97
	Fisiche + Psicliche	215	345,24	339,03	1,16
	Fisiche + Sensoriali	379	608,58	590,27	1,01
	Fisiche + Sensoriali + Psicliche	48	77,08	75,12	1,12
	Psicliche	251	403,04	401,89	1,16
	Sensoriali	330	529,90	520,67	1,14
	Sensoriali + Psicliche	21	33,72	33,17	1,11
	Totale	3.316	5.324,68	5.207,97	1,04

Distretto	Tipo di disabilità	N.	Tasso grezzo x 100.000 abitanti	Tasso std x 100.000 abitanti	Rapporto tra tassi
	Cognitive	72	422,41	422,28	1,03
	Cognitive + Fisiche	95	557,35	556,12	0,95
	Cognitive + Fisiche + Psicliche	9	52,80	52,78	0,51
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali	29	170,14	169,87	0,71
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali + Psicliche	3	17,60	17,45	0,55
	Cognitive + Psicliche	18	105,60	105,17	0,94
	Cognitive + Sensoriali	6	35,20	34,93	0,38
	Cognitive + Sensoriali + Psicliche	3	17,60	17,58	0,93
	Fisiche	293	1.718,98	1.708,67	1,05
	Fisiche + Psicliche	48	281,61	278,64	0,95
	Fisiche + Sensoriali	95	557,35	554,71	0,95
	Fisiche + Sensoriali + Psicliche	11	64,54	63,84	0,95
	Psicliche	59	346,14	345,20	0,99
	Sensoriali	66	387,21	384,76	0,84
	Sensoriali + Psicliche	5	29,33	29,46	0,99
	Totale	812	4.763,86	4.741,47	0,95

Distretto	Tipo di disabilità	N.	Tasso grezzo x 100.000 abitanti	Tasso std x 100.000 abitanti	Rapporto tra tassi
4	Cognitive	103	436,68	433,99	1,06
	Cognitive + Fisiche	156	661,38	657,53	1,13
	Cognitive + Fisiche + Psicliche	23	97,51	96,57	0,94
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali	68	288,29	285,26	1,18
	Cognitive + Fisiche + Sensoriali + Psicliche	6	25,44	25,42	0,81
	Cognitive + Psicliche	31	131,43	131,15	1,17
	Cognitive + Sensoriali	25	105,99	105,88	1,15
	Cognitive + Sensoriali + Psicliche	4	16,96	16,74	0,89
	Fisiche	467	1.979,90	1.953,62	1,20
	Fisiche + Psicliche	46	195,02	192,99	0,66

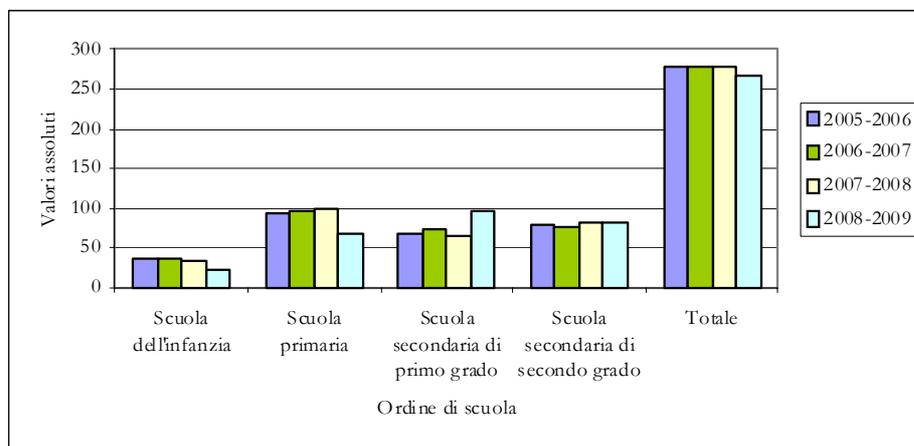
Fisiche + Sensoriali	152	644,42	636,27	1,09
Fisiche + Sensoriali + Psiciche	16	67,83	66,94	1,00
Psiciche	69	292,53	293,40	0,85
Sensoriali	110	466,36	460,79	1,01
Sensoriali + Psiciche	9	38,16	37,68	1,26
Totale	1.285	5.447,92	5.394,24	1,08
Valle d'Aosta	6.354	5.000,59	5.000,59	1,00

Fonte: Regione Autonoma Valle d'Aosta – Direzione Politiche Sociali

Oltre al Registro regionale disabili anche la Sovrintendenza agli Studi rappresenta una fonte importante per descrivere la popolazione di bambini e ragazzi affetta da disabilità in Valle d'Aosta.

Con attenzione alle scuole pubbliche di ogni ordine e grado, nell'anno scolastico 2008-2009 gli alunni disabili sono 268 (12 in meno rispetto all'anno scolastico 2007-2008) su un totale di 16.500 studenti (erano 15.581 l'anno precedente), pari all'1,6% (era l'1,8% l'anno precedente). Osservando i singoli ordini di scuola, la percentuale più elevata di alunni disabili sul totale degli alunni si registra nella scuola secondaria di primo grado, pari al 2,1% (69 studenti) e quella più bassa nella scuola dell'infanzia, pari all'1,2% (22 bambini). Nella scuola primaria invece, vi sono 96 alunni disabili che sul totale degli alunni risultano pari all'1,8%. Frequentano, infine, la scuola secondaria di secondo grado 81 studenti disabili (1,8% sul totale). In merito agli alunni disabili iscritti nelle scuole private¹¹ di ogni ordine e grado nell'anno scolastico 2008-2009 sono complessivamente 30 (33 nel 2007-2008) su un totale di 1.565 studenti, pari all'1,9% (percentuale simile all'anno scolastico precedente). Il numero maggiore di studenti disabili si registra nella scuola secondaria di secondo grado (20, pari al 67% circa del totale dei disabili nelle scuole private). Riguardo ai restanti 10 alunni, 5 sono iscritti nella scuola dell'infanzia, 2 nella scuola primaria e nella scuola secondaria di primo grado.

Grafico – Consistenza degli alunni disabili nelle istituzioni scolastiche pubbliche per ordine di scuola e istituzione scolastica in Valle d'Aosta. Valori assoluti. Anni scolastici: 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009.



Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali

LA NON AUTOSUFFICIENZA. In Valle d'Aosta, allo stato attuale, la non autosufficienza è descritta al momento in base alle caratteristiche degli utenti ospitati nelle strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali, con riferimento ai dati rilevati durante l'attività di valutazione dell'U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica) che pone particolare attenzione alle patologie segnalate dai medici di base e/o dai medici ospedalieri nelle schede sanitarie dei singoli utenti. Il criterio utilizzato per classificare gli anziani che richiedono l'accesso ai servizi prevede la rilevazione di un massimo di 3 patologie, ordinate sulla base della gravità al

¹¹ Tra le scuole private sono prese in considerazione solo quelle paritarie, parificate o legalmente riconosciute.

momento della richiesta. Il medesimo procedimento è utilizzato per rilevare gli interventi infermieristici e assistenziali di cui gli anziani necessitano una volta inseriti in struttura.

Il totale delle patologie primarie rilevate nel 2008 è pari a 563, a fronte di 607 utenti inseriti (397 nel 2007 a fronte di 403 utenti inseriti) mentre il numero di patologie secondarie è uguale a 371 (era 346 nel 2007), complessivamente superiori al numero di utenti poiché per ciascuno di essi sono state rilevate da 1 a 3 patologie. Le patologie più diffuse sono la demenza (217 casi, erano 129 nel 2007), l'insufficienza cardiaca (67 casi) e gli esiti di ictus (65 casi), seguiti dalle altre patologie di tipo osteoarticolare (58 casi) e dal diabete (56 casi, vedi Tabella in Appendice).

La demenza è la patologia che colpisce maggiormente gli anziani in tutti i distretti valdostani e nel 31% circa dei casi è la patologia primaria; ciò è confermato anche nel capoluogo regionale, in cui la demenza è la patologia primaria nel 37% dei casi).

Con attenzione ai singoli distretti, la demenza è stata diagnostica:

- come patologia primaria a 16 utenti e come patologia secondaria a 3 utenti su un totale complessivo di 71 utenti nel distretto 1;
- come patologia primaria a 79 utenti e come secondaria a 27 utenti su 301 utenti nel distretto 2;
- come patologia primaria a 10 utenti e come patologia secondaria a 4 utenti su un totale complessivo di 36 utenti nel distretto 3;
- infine, nel distretto 4 la demenza è la patologia primaria per 71 utenti e la patologia secondaria per 7 utenti su un totale complessivo di 199 utenti.

Con attenzione alla sola patologia di tipo primario, dopo la demenza, la più frequente è quella derivante da esiti di ictus (nel 9% dei casi), seguita da quella derivante da insufficienza cardiaca (nel 7% dei casi). Inoltre, si osserva che:

- nel distretto 1 la patologia primaria più diffusa, dopo la demenza sono gli esiti di frattura femore-bacino (l'8%);
- nel distretto 2 dopo la demenza si rileva l'insufficienza cardiaca (il 9% dei casi);
- nel distretto 3 la demenza è seguita dalle patologie derivanti da esiti di ictus (il 17% dei casi);
- infine, nel distretto 4, dopo la demenza si rilevano le patologie derivanti da esiti di ictus e di frattura femore-bacino (entrambe l'8% dei casi, vedi Tabelle in Appendice).

Il grado di autonomia prevede 4 livelli: la lettera A è utilizzata per indicare il livello di autosufficienza, N1 corrisponde ad un livello di dipendenza lieve, N2 ad una parziale sufficienza ed N3 è utilizzato per livelli di insufficienza grave. Il tipo di inserimento indica invece se l'utente è stato inserito in struttura per esigenze temporanee o a tempo indeterminato, ovvero, se è accolto in struttura solo per le ore giornaliere.

Con attenzione al 2009, gli utenti presenti in struttura alla data del 1° gennaio 2009 sono 884, cioè 40 in più rispetto al 2008. Gli utenti gravemente dipendenti (N3) sono il 59%, (il 55% nel 2008) in aumento in tutti i distretti rispetto all'anno precedente; gli utenti autosufficienti (A) sono il 4% (l'1% in più rispetto al 2008, vedi Tabella 5.15). Non si osservano variazioni significative in merito alla tipologia di inserimento: per il 74% degli utenti nel 2009 l'inserimento è definitivo (il 77% nel 2008).

Tabella - Consistenza degli utenti presenti nelle strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali alla data del 01.01.2009 per grado di autonomia, tipo di inserimento e distretto in Valle d'Aosta. Valori assoluti e percentuali. 01-01-2009

Comunità montana	Struttura	Anziani presenti alla data del 01.01.2009								Totale utenti
		Grado di autonomia				Totale	Tipo di inserimento			
		A	N1	N2	N3		Temporaneo	Definitivo	Diurno	
Grand Paradis	Arvier	0	4	5	4	13	3	10	0	13
	Introd	2	5	4	15	26	1	22	3	26
	Saint-Pierre	0	2	9	17	28	5	21	2	28
	Cogne	3	4	5	4	16	5	10	1	16
	Sarre (dal 01.07.08)	1	5	4	12	22	3	16	3	22
Valdigne – Mont Blanc	La Thuile	0	1	6	4	11	2	9	0	11
	Pré-Saint-Didier	1	2	8	7	18	4	14	0	18
Totale distretto 1		7	23	41	63	134	23	102	9	134
%		5	17	31	47	100	17	76	7	100
Mont Emilius	Fénis	2	3	4	18	27	6	17	4	27
	Saint-Christophe	0	2	2	18	22	1	18	3	22
	Gressan	0	2	7	18	27	5	17	5	27
Grand Combin	Roisan	0	5	7	12	24	1	23	0	24
	Doues	1	2	8	7	18	2	15	1	18
	Variney	0	5	2	19	26	1	24	1	26
	Gignod	0	4	4	3	11	2	9	0	11
Città di Aosta	G.B. Festaz	0	5	8	58	71	3	68	0	71
	Refuge Père Laurent	0	8	24	82	114	0	114	0	114
	Via G. Rey	2	5	3	11	21	0	18	3	21
	Casa Famiglia	0	6	3	12	21	1	18	2	21
	C.Polivalente	2	4	7	16	29	0	18	11	29
	Cdn G.B. Festaz	5	21	12	1	39	4	0	35	39
	Residenza protetta	8	11	3	1	23	9	0	14	23
	Nucleo Alzheimer*	0	0	0	10	10	10	0	0	10
Totale distretto 2		20	83	94	286	483	45	359	79	483
%		4	17	19	59	100	9	74	16	100
Monte Cervino	Pontev	0	3	3	20	26	24	1	1	26
	Valtournenche	0	6	3	5	14	0	14	0	14
	Torronon	0	3	3	5	11	0	11	0	11
	Verrayes	0	1	2	6	9	1	8	0	9
	La Provvidenza	0	0	2	12	14	1	13	0	14
Totale distretto 3		0	13	13	48	74	26	47	1	74
%		0	18	18	65	100	35	64	1	100

Evançon	Arnad	0	4	2	3	9	0	9	0	9
	Challand-Saint-	1	2	3	9	15	2	13	0	15
	Challand-Saint-	0	7	4	16	27	2	25	0	27
	Issogne	1	2	0	0	3	3		0	3
	Verrès	1	3	8	19	31	1	28	2	31
Monte Rosa	Perloz	0	3	6	17	26	2	22	2	26
	Hône	2	3	4	21	30	6	24	0	30
	Fontainemore	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	C. Alzheimer	0	0	0	15	15	15	0	0	15
	Domus Pacis	0	0	0	13	13	4	9	0	13
Walser – Alta Valle	Gressoney-Saint-	0	4	5	4	13	5	8	0	13
	Gaby	0	5	2	4	11	7	4	0	11
Totale distretto 4		5	33	34	121	193	47	142	4	193
%		3	17	18	63	100	24	74	2	100
Totale Valle d'Aosta		32	152	182	518	884	141	650	93	884
%		4	17	21	59	100	16	74	11	100

*per gli utenti affetti da Alzheimer non è prevista la suddivisione per grado di autonomia
Fonte: Regione Autonoma Valle d'Aosta – Direzione Politiche Sociali

I COMPORTAMENTI E GLI STILI DI VITA

DIETA E CONTROLLO PESO - Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

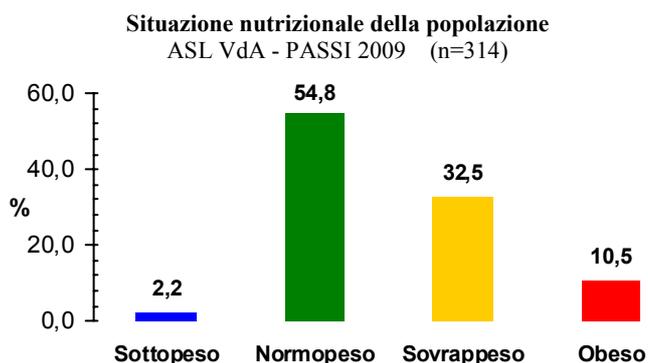
Dai dati della sorveglianza PASSI condotto sul campione valdostano nel 2009, emerge una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo una persona su due percepisce il proprio peso come “troppo alto”, la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e circa il 24% è aumentato di peso nell’ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da circa il 22% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un’attività fisica moderata (72,2%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: il 60% ne assume meno di 3 porzioni e solo una piccola quota, il 6% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un’efficace prevenzione delle neoplasie. Di seguito si riportano alcuni prospetti riassuntivi:

In VdA il 2,2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54,8% normopeso, il 32,5% sovrappeso e il 10,5% obeso.

Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Inoltre:

- L'eccesso ponderale è più diffuso:
 - tra gli ultra 50enni
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - tra le persone con difficoltà economiche.

Popolazione con eccesso ponderale
ASL VdA - PASSI 2009 (n=135)

Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Totale	32,5	27,4-38,0	9,3	7,4-14,6
Classi di età				
18 - 34	29,8		3,6	
35 - 49	26,1		12,2	
50 - 69	40,9		13,9	
Sesso				
uomini	43,8		12,4	
donne	19,3		8,3	
Istruzione*				
bassa	39,4		16,2	
alta	26,7		5,8	
Difficoltà economiche				
sì	42,9		16,5	
no	28,3		8,1	

* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

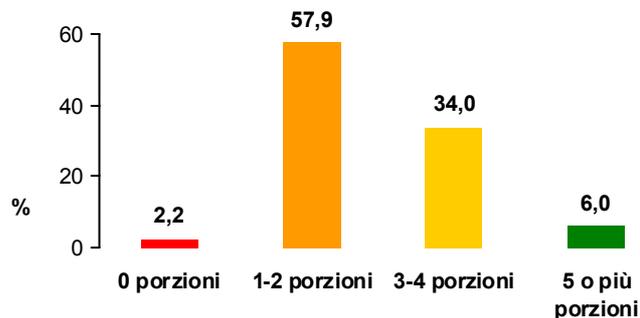
In merito al **consumo di frutta e verdura**, PASSI del 2009 emerge che:

Nella ASL VdA il 57,9% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 34% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 6% le 5 porzioni raccomandate.

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa

- nelle persone sopra i 34 anni
- nelle donne
- nelle persone normopeso

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL VdA - PASSI 2009 (n=318)



Consumo di frutta e verdura
VdA - PASSI 2009 (n=318)

Caratteristiche		Adesione al "5 a day" ^o % (IC95%)
Totale		6,0 3,7/9,3
Classi di età		
	18 - 34	4,7
	35 - 49	7,8
	50 - 69	5,1
Sesso		
	uomini	2,9
	donne	9,5
Istruzione*		
	bassa	5,6
	alta	6,4
Difficoltà economiche		
	sì	4,3
	no	6,7
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	8,4
	sovrapeso	2,9
	obeso	3,0

^o consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

ATTIVITÀ FISICA - Anche l'attività fisica è uno stile di vita rilevante per una buona salute. Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

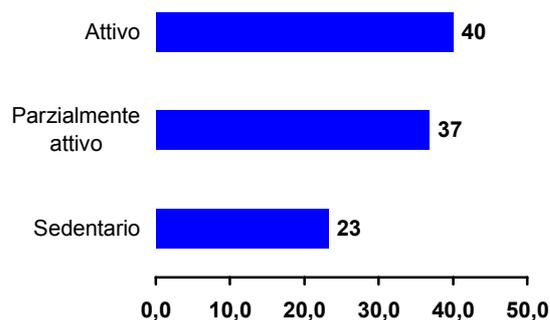
La sorveglianza PASSI ha evidenziato che:

- In VdA il 40% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 36,8% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23,2% è completamente sedentario.
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

Sedentari		
ASL VdA - PASSI 2009 (n=315)		
Caratteristiche	% (IC95%)	
Totale	23,2	18,7-28,3
Classi di età		
18-34	15,5	
35-49	23,7	
50-69	28,2	
Sesso		
uomini	22,0	
donne	24,5	
Istruzione*		
bassa	29,8	
alta	17,4	
Difficoltà economiche		
sì	34,4	
no	18,4*	

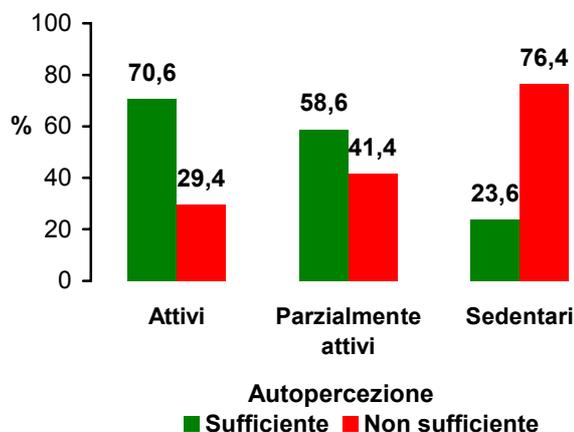
istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Livello di attività fisica
ASL VdA - PASSI 2009 (n=315)

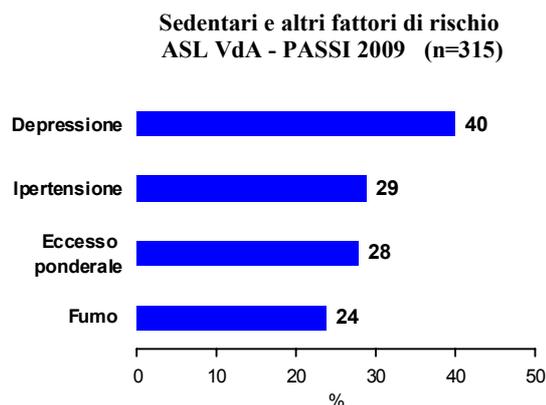


- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 29,4% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 58,6% delle persone parzialmente attive ed il 23,6% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
ASL VdA - PASSI 2009 (n=314)



- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 40% delle persone depresse
 - il 28,8% degli ipertesi
 - il 27,8% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 23,8% dei fumatori



In merito alla **rilevazione della pressione:**

- In VdA l'82,7% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7,5% più di 2 anni fa, mentre il restante 9,7% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle persone con livello istruzione alto
 - nelle persone senza difficoltà economiche

**Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni
ASL VdA PASSI 2009 (n=318)**

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
Totale	82,7	78,1-86,7
Classi di età		
18 - 34	69,4	
35 - 49	81,7	
50 - 69	93,2	
Sesso		
uomini	80,1	
donne	85,7	
Istruzione*		
bassa	77,1	
alta	87,2	
Difficoltà economiche		
sì	77,2	
no	84,8	

* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

In merito alla **misurazione della colesterolemia**:

- In VdA il 78,3% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 50,6 % nel corso dell'ultimo anno
 - il 17,3 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 10,4 % da oltre 2 anni.
- Il 21,7 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 56,5 % della fascia 18-34 anni all'88,1% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita ASL VdA - PASSI 2009 (n= 318)

Caratteristiche	Colesterolo misurato % (IC95%)	
Totale	78,3	73,4-82,7
Classi di età		
18 - 34	56,5	
35 - 49	84,3	
50 - 69	88,1	
Sesso		
uomini	76,6	
donne	80,3	
Istruzione*		
bassa	77,8	
alta	79,1	
Difficoltà economiche		
sì	71,7	
no	71,3	

* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- In VdA il 27,3% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone in eccesso ponderale.

Ipercolesterolemia riferita* ASL VdA - PASSI 2009 (n= 249)

Caratteristiche	Ipercolesterolemia % (IC95%)	
Totale	27,3	21,9-33,3,
Classi di età		
18 - 34	16,7	
35 - 49	17,5	
50 - 69	41,3	
Sesso		
uomini	25,2	
donne	29,7	
Istruzione**		
bassa	30,4	
alta	25,0*	
Difficoltà economiche		
sì	31,8	
no	25,8	
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	21,6	
sovrappeso/obeso	35,2	

* tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

** istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema **alcol** rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione

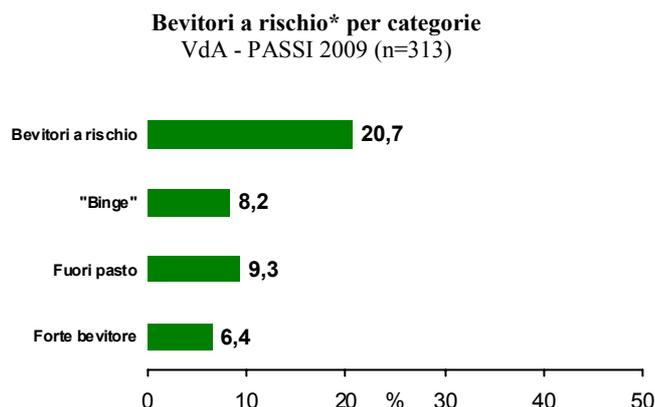
Da PASSI in Valle d'Aosta nel 2009 è emerso che:

- In VdA la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 70,3%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
 - nella fascia 18-34 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche.
- Il 63,2% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 36,8% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese) VdA - PASSI 2009 (n=318)		
Caratteristiche	Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica ^o % (IC95%)	
Totale	70,3	64,9-75,3
Classi di età		
18 - 34	73,5	
35 - 49	67,3	
50 - 69	70,9	
Sesso		
uomini	85,1	
donne	53,1	
Istruzione*		
bassa	62,4	
alta	77,1	
Difficoltà economiche		
sì	63,3	
no	73,3	

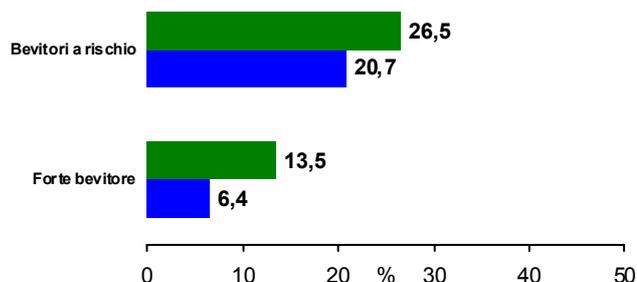
^ouna unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Complessivamente il 20,7% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
 - l'8,2% può essere considerato un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
 - il 9,3% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
 - il 6,4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Sulla base della nuova definizione INRAN la percentuale di bevitori a rischio è del 26,5% mentre quella di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) è del 13,5%.



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Bevitori a rischio e forti bevitori
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"
VdA - PASSI 2009 (n=312)



N.B.: la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne)

per le donne).

La barra blu nelle categorie “bevitori a rischio” e “forte bevitore” indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda l'8,2% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso:
 - tra i più giovani nella fascia di 18-34 anni (14,8%)
 - negli uomini (14,3% vs 1,4% delle donne)
 - tra le persone con istruzione alta (10,1% vs 5,9% di chi ha un'istruzione bassa)

Consumo “binge” ^o (ultimo mese)		bevitori “binge” ^o	
ASL VdA - PASSI 2009 (n=306)		% (IC95%)	
Caratteristiche			
Totale		8,2	5,5-12,0
Classi di età			
	18 - 34	14,8	
	35 - 49	3,6	
	50 - 69	8,0	
Sesso			
	uomini	14,3	
	donne	1,4	
Istruzione*			
	bassa	5,9	
	alta	10,1	
Difficoltà economiche			
	sì	10,6	
	no	7,3	

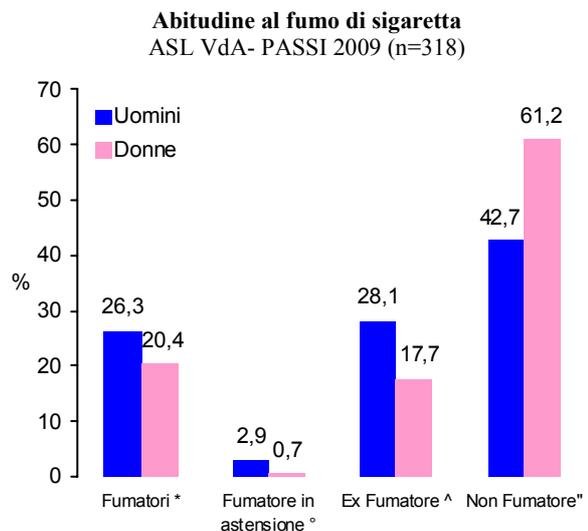
^oconsumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

In merito al **fumo**, Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronic- degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

Da PASSI in Valle d'Aosta nel 2009 è emerso che:

- Nella ASL VdA rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in :
 - il 51,3% degli intervistati ha riferito di non fumare
 - il 23,6% di essere fumatore
 - il 23,3% di essere un ex fumatore.
 Il 1,9% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti “*fumatori in astensione*”, ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (26,3% versus 20,4%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (61,2% versus 42,7%).



* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha

smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

“ *Non fumatore*: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

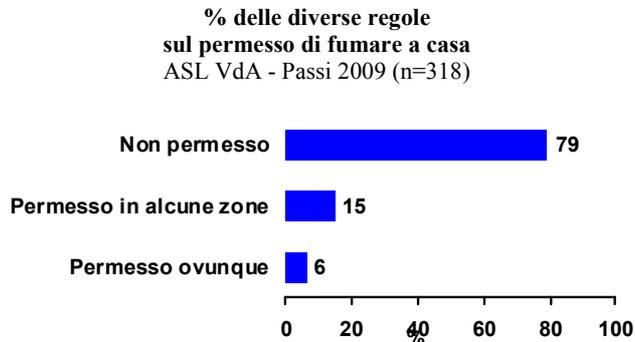
- In VdA si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:

- tra le persone sotto ai 35 anni
- tra gli uomini
- tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
- tra le persone con difficoltà economiche.

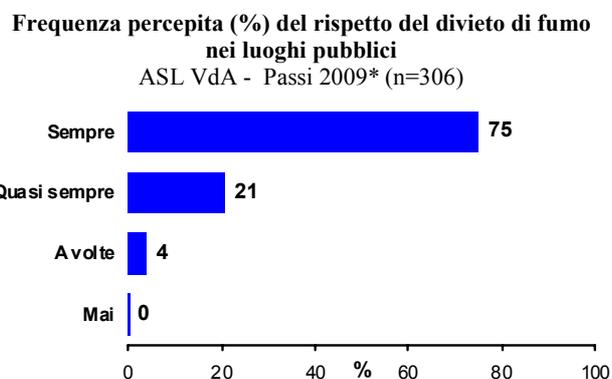
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al di (“*forte fumatore*”).

Fumatori	
ASL VdA - PASSI 2009 (N=81)	
Caratteristiche	Fumatori° % (IC95%)
Totale	
Classi di età	
18 - 34	32,9
35 - 49	24,3
50 - 69	21,2
Sesso	
uomini	29,2
donne	21,1
Istruzione*	
bassa	27,1
alta	24,4
Difficoltà economiche	
sì	29,3
no	24,1

- Rispetto all’abitudine al fumo nella propria abitazione:
 - il 79,2% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
 - il 14,8% che si fuma in alcuni luoghi
 - il 6% che si fuma ovunque.



- Il 95,8% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (75,1%) o quasi sempre (20,7%).
- Il 4,2% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (0,3%) o lo è raramente (3,9%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell’84% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.



* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

2. IL PIANO DELLA PREVENZIONE 2010-2012

2.1 I PROGRAMMI DI PREVENZIONE 2005-2007

LE LINEE PROGETTUALI

In considerazione dello sviluppo che la Prevenzione ha avuto negli ultimi anni, l'attenzione per il triennio 2005-2007 è stata focalizzata prioritariamente su attività preventive quali vaccinazioni, la profilassi delle malattie infettive, gli screening oncologici (citologico, mammografico, coloretale), il controllo dei fattori di rischio ambientali, la modifica degli stili di vita nocivi. Per alcuni ambiti erano già in corso iniziative regionali di respiro pluriennale che sono state implementate, per altri si è dato spazio, nel triennio, a nuovi programmi in relazione al documento "Prevenzione attiva" ed al "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007" del Ministero della Salute.

Nello specifico i seguenti temi affrontati in modo coordinato tra i singoli programmi e progetti sono stati:

- la prevenzione della patologia cardiocerebrovascolare;
- il controllo delle complicanze del diabete;
- gli screening oncologici;
- prosecuzione dell'attività vaccinale nel rispetto dei piani vaccinali e delle indicazioni nazionali;
- la prevenzione dell'obesità con particolare riguardo all'obesità infantile;
- la prevenzione degli infortuni, ivi compresi quelli domestici.

I programmi ed i progetti sono stati elaborati seguendo le evidenze di efficacia ed i modelli di buona pratica disponibili, secondo le indicazioni della *Evidence Based Health Promotion*.

È stata favorita dalla Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste la progettazione di interventi di Prevenzione a livello locale e con particolare riferimento ai temi relativi ai comportamenti ed agli stili di vita.

Per l'attivazione dei programmi/progetti sono stati favoriti i contesti dove i cittadini valdostani potevano essere più facilmente raggiunti: luoghi di residenza e di svolgimento delle attività quotidiane, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei luoghi ove trascorrono il proprio tempo libero o nelle strutture di servizio sanitario ed in genere di aggregazione sociale. Le azioni di Prevenzione sono state diffuse attraverso strumenti/metodi diversi e idonei a raggiungere:

- popolazione in generale;
- target specifici di popolazione identificata per fasce di età e/o bisogni;
- comunità e contesti specifici;
- servizio sanitario;
- scuola;
- luoghi di lavoro;
- volontariato e associazionismo.

LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il Piano regionale della prevenzione (PRP) generato dall'Intesa tra Ministero della salute e Regioni, sottoscritta il 23 marzo 2005, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria della nostra Regione per almeno tre ordini di motivi:

- il primo è legato alla scelta strategica dell'**investimento nell'area della prevenzione** per raggiungere maggiori risultati di salute;
- il secondo è connesso alla scelta di mettere alla prova una linea di **governance compartecipata**, che assieme al Ministero della Salute e al Centro per il controllo delle malattie (CCM), ha condotto le Regioni e con esse anche la Valle d'Aosta ad innestare proficuamente nella loro pianificazione una serie di linee operative comuni;
- il terzo motivo, infine, attiene alla decisione di subordinare la programmazione alle **conoscenze** disponibili.

Un bilancio del lavoro svolto mette in luce che il PRP approvato nel dicembre del 2005 si è da subito rivelato un'esperienza utile e si è andato configurando come un metodo per **innovare la prevenzione sotto molteplici aspetti**:

- **gli ambiti di intervento,**
- **la modalità di lavoro per progetti,**
- **il coordinamento,**
- **la valutazione.**

Il PRP, infatti, ha interpretato **la prevenzione come una risorsa strategica del sistema sanitario**, individuando interventi da attuare su tutto il territorio regionale.

L'impegno maggiore della Regione sotto l'egida del Ministero della Salute e del CCM è stato rivolto, da una parte, alla **progettazione** e, dall'altra, a porre le basi per una **valutazione** "evolutiva", che non fosse cioè solo funzionale agli obblighi certificatori dettati dall'Intesa, ma servisse realmente a livello regionale per portare al successo i progetti, modificandoli eventualmente in corso d'opera, per realizzare interventi efficaci.

Tale lavoro in parallelo ha consentito di rilevare che:

- **la qualità della progettazione è stata fortemente variabile** tra i vari programmi e progetti e tra le aree di intervento identificate dal Piano;
- **alcune carenze** anche per quelle linee progettuali che si riferivano a interventi già collaudati, o comunque meno innovativi (es. screening, vaccinazioni), per i quali ci si aspettava un livello mediamente più elevato nella qualità della progettazione;
- **le criticità spesso hanno riguardano la definizione degli obiettivi**, e quindi i risultati attesi;
- nei singoli progetti la definizione delle modalità di **valutazione dei risultati** è stato un passaggio spesso trascurato, o comunque sottovalutato, rispetto alla descrizione del piano operativo.

Al di là di queste osservazioni di metodo, resta da cogliere il risultato di merito raggiunto infatti sulle varie aree del Piano, la Regione ha operato e portato avanti obiettivi e attività che, al tempo stesso:

- rispecchiano l'omogeneità di fondo con cui il vecchio Piano è stato costruito,
- sono contestualizzati rispetto alle realtà regionali e mantengono la coerenza con le indicazioni date a livello nazionale.

Peraltro è sui risultati dei Piani regionali della Prevenzione e sulle lezioni apprese dal 2005 al 2009 che è stato costruito il PNP 2010-2012, che al riguardo annota ulteriori spunti di riflessione circa:

- **la necessità di diffondere la cultura del dato**: l'enucleazione di priorità di salute regionali dovrebbe essere figlia dell'utilizzo sistematico di ogni dato/informazione (di

natura demografica, epidemiologica, economica, sociale, ambientale, tecnica, scientifica, ecc.) utile;

- **la necessità di superare la frammentarietà di intervento:** in effetti, negli anni trascorsi il Piano di prevenzione è stato vissuto più come un insieme di progetti che come un disegno organico;
- **la necessità di rivedere il sistema di prevenzione:** è rimasta irrisolta la questione relativa all'incanalamento delle attività previste dal PNP e a cascata dal PRP nell'ordinario lavoro aziendale. Sarebbe bene, infatti, che (soprattutto nella prospettiva del nuovo PRP) si superasse il criterio di interventi legati a progetti settoriali, per abbracciare piuttosto una logica di percorsi legati ad attività istituzionali sistematizzate (e, tra loro, coerenti).

Concludendo, il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009 ha rappresentato un punto di svolta nell'idea stessa e nella pratica delle attività di prevenzione favorendo lo sviluppo e il consolidamento, tra i vari attori coinvolti, di una cultura ed una operatività basate sul "lavoro per progetti".

L'esperienza maturata ha, anche, evidenziato, per la prospettiva più immediata, alcuni snodi:

- la necessità di dare alla parola "prevenzione" il significato più ampio possibile e, dunque, di allargare il tiro anche alle attività non direttamente di pertinenza del Dipartimento di prevenzione;
- il bisogno di migliorare la qualità della progettazione attraverso un "metodo" comune/condiviso, cui ricondurre i principi chiave dell'azione in sanità pubblica (evidenza di efficacia, valutazione dei risultati);
- la necessità di rafforzare l'utilizzo (non burocratico) dei dati in tutte le fasi progettuali (ideazione, programmazione, realizzazione, valutazione) e nella rendicontazione sociale.

QUADRO STRATEGICO DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

MEDICINA PREDITTIVA

Linea di intervento	Obiettivo generale di salute	Titolo	Obiettivo specifico di salute
1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1 Estensione dell'utilizzo della Carta del rischio cardio-cerebrovascolare	Prevenire mortalità e morbosità cardio-cerebrovascolari attraverso la valutazione del rischio individuale
		1.1.2 Progetto PRATO	Prevenzione primaria degli incidenti cardiocerebrovascolari

PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento	Obiettivo generale di salute	Titolo	Obiettivo specifico di salute
2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.1.1 Programma per la Sorveglianza e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro	Promozione nel contesto lavorativo di una cultura orientata a stili di vita e comportamenti sicuri e responsabili attraverso strategie di cooperazione con istituzioni pubbliche, associazioni/organizzazioni e di coordinamento regionale per le attività di educazione, formazione e comunicazione
	Monitoraggio	2.1.2 Salute e sicurezza nei cantieri edili	Garantire un'azione di prevenzione che si traduca in una riduzione dei tassi di infortunio attraverso l'attuazione di programmi di monitoraggio e vigilanza cantieri edili come da piano nazionale edilizia
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana	2.2.1 Programma per la sorveglianza e la prevenzione degli incidenti domestici	Ridurre la mortalità ed i ricoveri da eventi traumatici (scivolamenti, cadute dall'alto, frattura di femore, ...) nella popolazione anziana ospite di strutture (microcomunità) attraverso interventi in collaborazione con associazioni, EELL, mondo produttivo

	Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	2.2.2. Progetto CCM anno 2009: “La sicurezza in casa per i bambini 0 – 4 anni”.	Ridurre gli incidenti domestici con ricorso al PS nella fascia 0-4 anni e favorire la diffusione della cultura della prevenzione
2.3 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l’obiettivo dell’eliminazione o del significativo contenimento	2.3.1 Programma di aggiornamento del Piano Regionale Vaccini	- mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai PSN e PSR dell'OMS - promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali
2.4 Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria	Ridurre le infezioni correlate all’assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto	2.4.1 Programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all’assistenza	Valutazione della ricaduta epidemiologica dei protocolli d’intervento per la riduzione delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria
2.5 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all’infezione da HIV	2.5.1. Progetto “Peer education” per malattie sessualmente trasmesse	Prevenire le malattie sessualmente trasmesse attraverso un Progetto di informazione-comunicazione (Programma Guadagnare salute in adolescenza)
2.6 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	Riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto e fumo passivo	2.6.1 Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia. (Progetto CCM)	Prevenire l’esposizione al fumo passivo e promuovere la disassuefazione nei dipendenti degli ambienti sanitari dell’Azienda U.S.L. con possibilità di estensione ad altri enti
2.7 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l’acqua destinata al consumo umano	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	2.7.1 Gestione e valorizzazione integrata delle informazioni da PASSI, PASSI d’Argento OKkio alla Salute HBSC-GYTS o da sistemi ad hoc per gli stili di vita	Produrre e rendere disponibili in maniera integrata basi dati, per la costruzione dei profili di salute, la definizione di priorità e la valutazione di impatto

2.8 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 4%	2.8.1 Programma per la sorveglianza e la prevenzione dell'obesità infantile	Prevenire l'obesità tramite la diffusione di buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare, compreso l'allattamento al seno, in collaborazione tra pediatri, consultori, ospedale regionale, SIAN, asili nido e scuole di ogni ordine e grado e migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche attraverso collaborazioni interistituzionali
	Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta	2.8.2. Sport et Santé	Promuovere l'attività fisica/ridurre la sedentarietà attraverso partnership e alleanze tra scuola, associazioni, sanità ed EELL finalizzate al sostegno di programmi di promozione dell'attività fisica e riduzione della sedentarietà all'interno delle attività curriculari ed extracurriculari, accanto ad iniziative di promozione di ambienti urbani favorevoli all'attività fisica
	Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta	2.8.3 Rete locale di contrasto al tabagismo	Facilitare la decisione di rinunciare al tabacco attraverso la metodologia della programmazione partecipata e strategie di comunità
		2.8.4 Progetto Mamme libere dal fumo	Riduzione della % di donne fumatrici in gravidanza e mantenimento dell'astinenza
		2.8.5 Progetto Un-Plugged. Programma di prevenzione scolastica basato sul modello dell'influenza sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali. - Sviluppare e potenziare le abilità interpersonali. - Correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.

PREVENZIONE IN POPOLAZIONI A RISCHIO

3.1 Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto	3.1.1. Mantenimento e consolidamento dei programmi di screening organizzati	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto - Miglioramento dell'accessibilità ai programmi di screening della popolazione fragile
-------------------------------	--	---	---

3.2 Malattie cardiovascolari	Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, perseguendo i seguenti obiettivi: - definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici)	3.2.1. Carta del rischio cardiovascolare	Definire/utilizzare strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (vedere progetto 1.1.1)
3.3 Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza - favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi	3.3.1. Mantenimento e consolidamento del programma delle complicanze del diabete	- Riduzione delle complicanze del diabete - Valutazione dell'appropriatezza dell'applicazione della gestione integrata
3.4 Patologie orali	Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	3.4.1 Progetto di prevenzione della carie in età pediatrica 3.4.2 Progetto di prevenzione delle patologie odontostomacologiche negli anziani	Riduzione della % delle patologie orali, con particolare riferimento alla carie, in età pediatrica Riduzione della % delle patologie odontostomacologiche correlate ad una non adeguata masticazione

3.5 Disturbi psichiatrici	Lotta alla depressione	3.5.1 Depressione post-partum	Implementazione e valutazione dell'appropriatezza organizzativa di un percorso preventivo rivolto alle donne in gravidanza e nel post-partum (Progetto D.D.P.)
	Contrasto ai DCA	3.5.2 Progetto DCA Scuola	Ridurre la % dell'incidenza dei DCA in età scolare

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE

4.1 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	<p>Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso: l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità - l'introduzione di elementi favorevoli l'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive)</p>	4.1.1 Anziani e cronicità	Verifica del modello assistenziale, con particolare riferimento all'assistenza primaria e specialistica
--	---	---------------------------	---