

INTRODUZIONE

Il fenomeno dell'invecchiamento nei paesi a sviluppo avanzato è destinato ad approfondirsi: fra il 1990 ed il 2020 il numero degli ultrasessantenni dovrebbe aumentare in Europa da 95 milioni ai 132 milioni, con un incremento del 39%. Questa tendenza interessa anche l'Italia dato che le persone ultrasessantenni, secondo stime delle Nazioni Unite, dovrebbero registrare un aumento, rispetto al 1990 di 4,3 milioni di unità, attestandosi sulla cifra di 16 milioni di unità nel 2020, pari al 29,3% della popolazione. Va ricordato a questo proposito che la popolazione ultraottantenne sta aumentando due volte più rapidamente del gruppo dei 65 anni ed oltre (1).

Ma cosa intende oggi la comunità scientifica per invecchiamento e per popolazione anziana?

A livello individuale un criterio usato per la definizione di vecchiaia è quello di "soglia d'ingresso", intesa non tanto in termini statici, sulla base dell'età dell'individuo (60 o 65 anni), ma in termini relativi e dinamici, tenendo in considerazione il fatto che i miglioramenti introdotti nella condizione di vita e salute delle persone hanno determinato uno spostamento in avanti nell'età del decadimento fisico e della vecchiaia. Questa definizione d'invecchiamento ha delle conseguenze sul tipo di indicatori che vengono utilizzati oggi nello studio di tale fenomeno. Alcuni autori infatti, individuano la "soglia d'ingresso" non tanto in funzione degli anni trascorsi dal momento della nascita (60 o 65 anni), ma in funzione della vita residua: ossia del numero medio di anni che un individuo può aspettarsi di vivere. Secondo questo criterio, scegliendo come valore 10 anni di vita residua, l'età di soglia per individuare la fascia di popolazione anziana in Italia si è spostata dai 65 anni per entrambi i sessi del 1901, a circa 73 anni per gli uomini e 77 per le donne del 1990 (2).

Il riferimento al rischio di morte non è ancora sufficiente a definire un fenomeno così complesso, soprattutto se si vogliono analizzare le problematiche che esso pone in ambito di politiche sociali e sanitarie. E' necessario a questo riguardo introdurre nella valutazione dell'invecchiamento della popolazione informazioni riferite all'efficienza fisica e mentale di tali soggetti, al grado di autonomia ed alla condizione più generale di stato di salute e qualità di vita.

Gli orientamenti a livello internazionale pongono al centro delle politiche socio sanitarie, e non solo, l'obiettivo di mantenere, con l'avanzare dell'età, *"il più alto livello possibile delle funzioni fisiche, mentali e sociali"* (3). Questo significa articolare per le diverse fasce di età della popolazione anziana interventi socio sanitari che vanno dalla prevenzione primaria, alla cura e alla riabilitazione, integrandoli con le azioni volte a garantire la manutenzione dell'anziano nel suo ambiente familiare e sociale.

Studi recenti che si sono sviluppati anche nel nostro Paese su questo tema hanno messo in evidenza come la perdita di autonomia dei soggetti anziani e la conseguente aumentata richiesta assistenziale, sia da mettere in relazione non tanto con la singola patologia, ma con la presenza di patologie concomitanti (comorbidità) e con l'influenza di fattori socio economici, quali la povertà, l'isolamento, il cambiamento di ruolo sociale dopo il pensionamento (2).

In un Paese come l'Italia, caratterizzato da una forte diversificazione territoriale fra regione e regione, ma anche all'interno delle stesse regioni e province, l'analisi del processo d'invecchiamento della popolazione va riferito ad un forte grado di dettaglio territoriale, proprio per identificare quelle aree a vulnerabilità demografica, sociale ed economica, che possono avere sulla popolazione anziana le ricadute più pesanti in termini di stato di salute e qualità di vita.

E' noto che in questa fascia di popolazione si concentrano i problemi di disabilità e quindi di dipendenza dai servizi sanitari, ma è importante ricordare che questi hanno una prevalenza molto diversa nelle diverse fasce di età della popolazione anziana.

Prendendo ad esempio i dati dell'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2000 riferiti alla realtà nazionale, è possibile rilevare come la prevalenza di anziani con problemi di invalidità motoria aumenti in modo considerevole passando dalla fascia di età 65 – 74 a quella dei 75 anni ed oltre (Tabella 1).

Tabella 1. Persone affette da invalidità motoria, per sesso e fasce di età, numero di casi ogni 1.000 persone della stessa età e sesso, Italia. Anno 2000.

Classi di età	Uomini	Donne	Totale
65 – 74	52,6	47,3	49,7
75 e più	114,7	144,1	133,4

Obiettivo generale di questo lavoro è quello di offrire una descrizione delle caratteristiche socio demografiche ed epidemiologiche della popolazione anziana della Valle d'Aosta, utile all'individuazione di politiche mirate ai bisogni specifici di tale popolazione.

Il primo capitolo è dedicato alla descrizione demografica e sociale della popolazione anziana.

Nel secondo capitolo vengono analizzati quegli stili di vita degli anziani, compresa la propensione alla prevenzione, che, secondo la comunità scientifica internazionale, maggiormente condizionano i profili di salute (4).

Il terzo capitolo è dedicato alla descrizione dello stato di salute degli anziani in Valle d'Aosta tenendo conto, sia di misure oggettive di salute, quali la speranza di vita e il ricorso ai ricoveri ospedalieri; sia di indicatori basati su fenomeni autoriferiti, quali la presenza di malattie croniche, la disabilità, il consumo di farmaci; sia di indicatori di salute percepita.

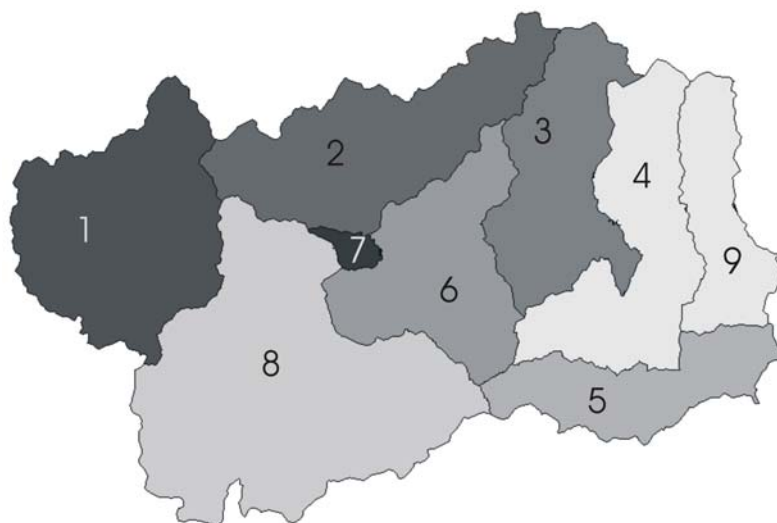
Nel quarto capitolo si descrive l'accesso degli anziani ai diversi servizi presenti sul territorio, sia per quel che riguarda i servizi sanitari (visite mediche, accertamenti diagnostici, riabilitazione, medicina alternativa), sia per quel che riguarda i servizi domiciliari, residenziali o semi residenziali.

Va sottolineato che, nei capitoli riferiti all'indagine ISTAT, a causa della scarsa numerosità del campione riferito alla popolazione della Valle d'Aosta, normalmente le differenze geografiche e sociali dei fenomeni analizzati non raggiungono la significatività statistica. La scelta è stata quella di commentare tali differenze con l'obiettivo di trarre dai dati un'informazione il più completa possibile, segnalando l'estrema cautela con cui tali differenze vanno considerate.

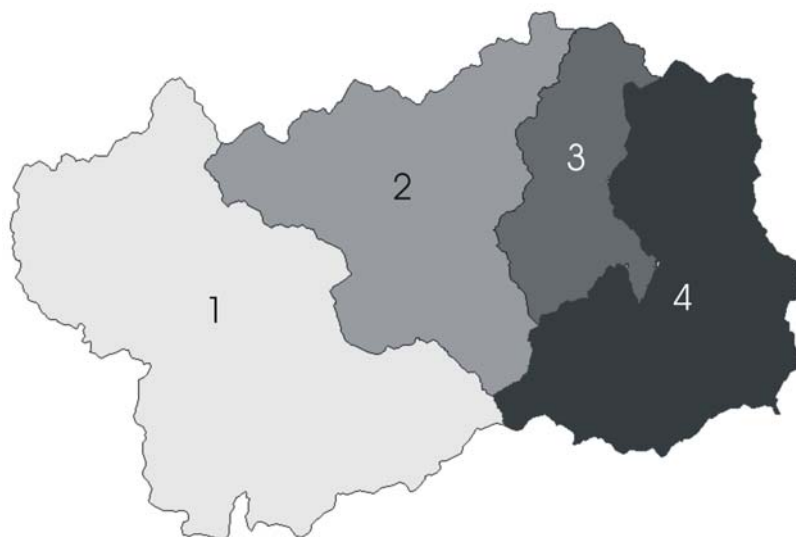
BIBLIOGRAFIA

1. Cisis, Le previsioni demografiche, Roma, 2000.
2. CNR, Progetto Finalizzato Invecchiamento, Atlante dell'invecchiamento della popolazione [www.Aging.cnr.it/atlane.htm], 11/11/2002.
3. WHO, Ageing and Health Programme, Geneva, 1999.
4. Bonita R, Courten M, Dwyer T, Jarozik K, Winkelmann R, Surveillance of risk factors for non communicable disease: The WHO STEP wise approach. Summary. World Health Organization, Geneva, 2001.

Le comunità montane, i distretti della Valle d'Aosta e la Città di Aosta



1	Valdigne-Mont Blanc	6	Mont Emilius
2	Grand Combin	7	Città di Aosta
3	Monte Cervino	8	Grand Paradis
4	Evançon	9	Walser-Alta Valle del Lys
5	Monte Rosa		



Distretto 1	Valdigne-Mont Blanc Grand Paradis	Distretto 3	Monte Cervino
Distretto 2	Grand Combin Mont Emilius Città di Aosta	Distretto 4	Evançon Monte Rosa Walser-Alta Valle del Lys