



**Coordinamento: Domenico Falcomatà SPI VALLE D'AOSTA**

**A cura di Francesco Montemurro e Valerio Porporato - IRES MOROSINI**

## **Il contesto demografico e l'evoluzione della domanda sociale**

# I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI: LA SENILIZZAZIONE, LA DEBOLEZZA DEI SALDI MIGRATORI, INTERNO ED ESTERNO



La Valle d'Aosta, nello scenario generale di invecchiamento della popolazione italiana, presenta un livello di **senilizzazione** più alto della media. All'inizio del 2021 vivevano in questa regione 30.201 ultra65enni, pari al 24,4% della popolazione complessiva (il valore nazionale è del 23,5%). Le proiezioni demografiche indicano che nel 2030 i cosiddetti *anziani* (un concetto che appare sempre meno adeguato a descrivere la pluralità di condizioni di vita di coloro che si trovano in età da pensione) con più di 65 anni saranno il 28% e nel 2040 il 33% (fonte: ISTAT). La popolazione con più di 85 anni – la fascia anagrafica in cui si concentrano le condizioni di fragilità – aumenterà a tassi anche più sostenuti, passando dall'attuale incidenza del 3,8% al 5% nei primi anni Trenta. Si tratta di un fenomeno che produrrà un forte impatto sulla domanda di servizi sanitari e lungo-assistenziali, mettendo alla prova il sistema di *long-term care*.

L'analisi condotta suddividendo il territorio regionale in quattro fasce corrispondenti alla dimensione del comune, mostra che la città di Aosta (l'unico con più di 20.000 abitanti) presenta uno stadio più avanzato del processo di senilizzazione, con una percentuale di anziani del 27,9%. Seguono i piccolissimi comuni fino a 1.000 abitanti, quelli da 3.001 a 5.000 e quelli da 1.001 a 3.000. Si presenta quindi una nota «relazione a U», riscontrabile anche in altre zone del Paese, tra la dimensione demografica del comune e il suo tasso di invecchiamento.



Dal 2014 la popolazione valdostana è in calo. Le ragioni di questo fenomeno, che investe ormai la maggior parte delle aree italiane, sono rintracciabili nel **peggioramento della dinamica naturale** (il tasso di mortalità in continuo aumento per effetto dell'invecchiamento, il calo delle nascite) e nella **debolezza della dinamica migratoria**. La Valle d'Aosta ha uno dei saldi migratori più bassi del Centro-Nord, mostrandosi poco attrattiva sia verso gli abitanti di altre regioni sia verso gli stranieri, che costituiscono soltanto il 6,5% dei residenti: percentuali più contenute si rilevano soltanto nelle regioni meridionali. La bassa presenza straniera in Valle d'Aosta può essere spiegata, in parte, dall'assenza di grandi insediamenti urbani e produttivi ed anche, come si argomenterà in seguito, dalla scarsa disponibilità di abitazioni e dall'elevato costo della vita. I trasferimenti di residenza verso l'estero seguono un trend crescente: **la Valle d'Aosta origina flussi di emigrazione sempre più consistenti**. Nel corso del 2020 essa è stata, assieme al Veneto, l'unica regione con un saldo migratorio negativo, con 65 cancellazioni di residenza in più rispetto alle iscrizioni (per un saldo migratorio complessivo di -0,5 per 1.000 abitanti). Il primo anno del Covid ha rappresentato un periodo di discontinuità soprattutto per la dinamica naturale: con 1.849 decessi, la Valle d'Aosta ha raggiunto un tasso di mortalità pari a 14,9 per 1.000 abitanti, più del doppio rispetto al tasso di natalità (6,2 per 1.000).

# I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI: IL CONTESTO NAZIONALE

Principali indicatori demografici. Anni 2020 e 2021. Italia e regioni.

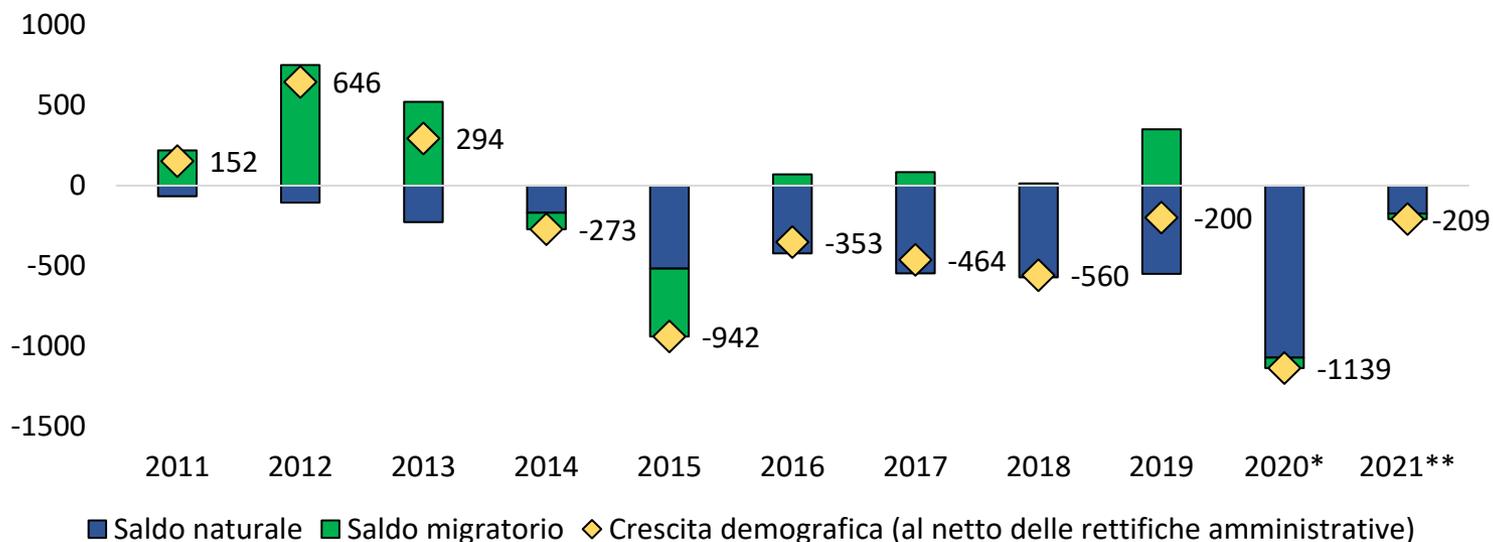
	Popolazione		Tassi per 1.000 abitanti 2020			% stranieri 2021	% under 15 2021	% 15-64 2021	% over 65 2021	% over 85 2021
	2021	Var. % 11-21	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Saldo migrat.					
Piemonte	4.273.210	-3,1%	6,3	15,4	0,2	9,6%	11,1%	61,9%	26,0%	4,3%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>123.895</b>	<b>-2,6%</b>	<b>6,2</b>	<b>14,9</b>	<b>-0,5</b>	<b>6,5%</b>	<b>11,7%</b>	<b>63,0%</b>	<b>24,4%</b>	<b>3,8%</b>
Liguria	1.509.805	-5,2%	5,7	17,0	1,4	9,3%	10,0%	60,4%	28,8%	5,2%
Lombardia	9.966.992	2,3%	6,9	13,6	0,7	11,6%	12,2%	63,8%	23,0%	3,6%
Bolzano	533.715	5,8%	9,6	10,2	2,6	9,6%	14,4%	64,6%	20,0%	3,2%
Trento	544.745	3,6%	7,4	12,2	3,5	8,7%	12,8%	63,5%	22,6%	3,6%
Veneto	4.852.453	-0,6%	6,7	11,9	-0,3	10,0%	11,8%	63,7%	23,6%	3,7%
Friuli-Venezia Giulia	1.198.753	-2,2%	6,2	13,8	1,4	9,0%	10,8%	61,6%	26,7%	4,3%
Emilia-Romagna	4.445.549	1,7%	6,7	13,4	2,5	12,2%	11,8%	63,0%	24,3%	4,3%
Toscana	3.668.333	-1,6%	6,1	13,1	0,4	10,8%	11,1%	62,1%	26,0%	4,5%
Umbria	865.013	-2,7%	6,0	12,8	0,8	10,6%	11,1%	61,8%	26,2%	4,7%
Marche	1.501.406	-3,1%	6,3	13,4	-0,4	8,6%	11,3%	62,4%	25,4%	4,5%
Lazio	5.720.796	2,8%	6,6	10,8	-1,9	10,9%	12,0%	64,5%	22,6%	3,5%
Abruzzo	1.285.256	-3,3%	6,4	12,6	-0,5	6,4%	11,2%	63,3%	24,6%	4,2%
Molise	296.547	-5,8%	5,7	13,8	-5,2	4,2%	10,2%	63,3%	25,7%	4,7%
Campania	5.679.759	-2,5%	7,9	10,4	-3,1	4,5%	12,9%	66,3%	19,7%	2,6%
Puglia	3.926.931	-4,3%	6,7	11,3	-2,1	3,4%	11,6%	64,4%	23,0%	3,4%
Basilicata	547.579	-5,7%	6,3	12,4	-4,2	4,2%	10,6%	64,5%	23,9%	4,1%
Calabria	1.877.728	-4,8%	7,4	11,3	-4,8	5,4%	12,0%	64,5%	22,6%	3,6%
<b>Sicilia</b>	<b>4.840.876</b>	<b>-4,3%</b>	<b>7,7</b>	<b>11,7</b>	<b>-3,1</b>	<b>3,9%</b>	<b>12,4%</b>	<b>64,6%</b>	<b>22,0%</b>	<b>3,2%</b>
Sardegna	1.598.225	-3,5%	5,1	11,8	-1,7	3,3%	9,9%	64,3%	25,0%	3,7%
Italia	59.257.566	-1,2%	6,8	12,6	-0,7	8,5%	11,8%	63,7%	23,5%	3,7%

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

# LO SVILUPPO DEMOGRAFICO DELLA VALLE D'AOSTA

Dal 2014 la Valle d'Aosta soffre un calo demografico determinato dal peggioramento del saldo naturale e dall'indebolimento della dinamica migratoria. Il saldo tra registrazioni e cancellazioni di residenza è stato negativo nel biennio 2014-2015, è poi tornato positivo nel periodo 2016-2019 e, secondo una stima preliminare, è entrato nuovamente in zona rossa nel 2020, un anno che si caratterizza per una perdita demografica di dimensione straordinaria, dovuta principalmente a un anomalo incremento dei decessi (circa un terzo in più rispetto al 2019). I dati provvisori dei primi due mesi del 2021 sembrano confermare queste tendenze. In questo breve lasso di tempo i decessi hanno superato di tre volte le nascite (270 contro 95) e le cancellazioni di residenza hanno superato lievemente le registrazioni (837 contro 803).

**La dinamica demografica della Valle d'Aosta suddivisa nelle sue componenti principali. Periodo 2011-2021.**



\* stima preliminare

\*\* dato riferito soltanto ai primi due mesi dell'anno

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

# LA FRAMMENTAZIONE ISTITUZIONALE

Le aree rurali e «interne», costituite in prevalenza da piccole municipalità, continuano a soffrire l'isolamento e il depauperamento della popolazione. Il territorio valdostano è articolato in 8 unioni di comuni (cui aderiscono tutti gli enti comunali ad eccezione del Capoluogo), le quali impegnano circa 76,3 milioni di spesa corrente, ovvero 834 euro per abitante (dato di consuntivo 2019) destinati principalmente ai servizi sociali (in modo particolare al programma «anziani»), al servizio di raccolta dei rifiuti e all'auto-funzionamento. Troppo «timido», tuttavia, appare l'intervento a sostegno della gestione associata dei piccoli comuni, con la conferma della quota di trasferimento delle risorse agli Enti locali senza vincolo, rafforzata dalla sola introduzione di una premialità aggiuntiva a favore dell'associazionismo per quanto attiene l'erogazione di servizi, come già previsto dalla legge 6/2014.

Occorrerebbe un maggiore incisività per innalzare il livello di efficienza ed efficacia dell'azione dei comuni minori, ad esempio riorganizzando le articolazioni territoriali (ambiti ottimali) allo scopo di assicurare la gestione associata tra tutti i comuni, e sostenendo inoltre con maggiore efficacia anche la soluzione della fusione di quelli più piccoli, se praticabile, come accade in altre regioni (un esempio positivo è l'esperienza della Provincia Autonoma di Trento, che nel biennio 2016-2017 ha ridotto sostanzialmente la propria frammentazione istituzionale, a vantaggio dell'efficienza dell'azione amministrativa e della capacità di erogazione dei servizi).

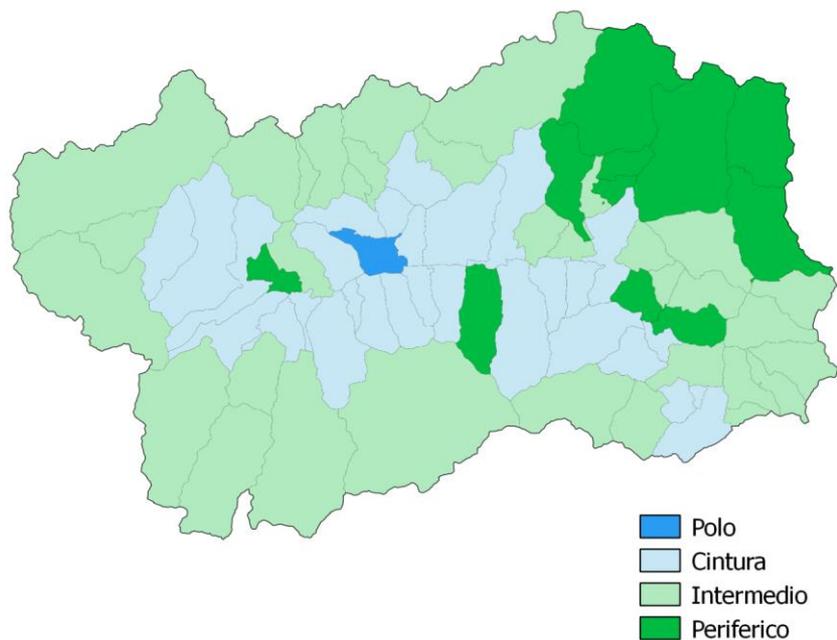
La strategia per il rilancio delle aree interne si fonda sul presupposto per cui le aree distanti dai “poli urbani” presentano maggiori problemi di accesso ai servizi essenziali (istruzione, sanità e mobilità) ed è diretta a sostenere la promozione di progetti di sviluppo locale. Sono state individuate, quali aree regionali, le seguenti:

- area '**Bassa Valle**', di cui fanno parte le *Unités des Communes valdôtaines Mont Rose* (che coordina i lavori), *Walser* e *Evançon* (i 23 Comuni interessati sono: Arnad, Ayas, Brusson, Challand-Saint-Anselme, Challand-Saint-Victor, Champdepraz, Emarèse, Issogne, Montjovet, Verrès, Issime, Gaby, Gressoney-Saint-Jean, Gressoney-La-Trinité, Bard, Champorcher, Donnas, Fontainemore, Hône, Lillianes, Perloz, Pontboset e Pont-Saint-Martin);
- area '**Grand Paradis**', di cui fanno parte tutti i Comuni dell'*Unité des Communes valdôtaines Grand Paradis*, con il vincolo, però, di utilizzare le risorse finanziarie principalmente a favore dei Comuni valutati più in difficoltà, dallo stesso Comitato nazionale per le aree interne (si tratta di Cogne, Rhêmes-Notre-Dame, Rhêmes-Saint-Georges, Valgrisenche, Valsavarenche e Saint-Nicolas).

Lo stato di attuazione dei lavori è in ritardo ([http://gestionewww.regione.vda.it/europa/Politica\\_regionale\\_di\\_sviluppo\\_2014-20/Aree\\_interne/areainternabassavalle\\_i.aspx](http://gestionewww.regione.vda.it/europa/Politica_regionale_di_sviluppo_2014-20/Aree_interne/areainternabassavalle_i.aspx)).

# LE AREE INTERNE

Classificazione dei comuni della Valle d'Aosta rispetto alla loro «perifericità». Anno 2014.



Fonte: Elaborazione su dati Agenzia per la Coesione Territoriale

- *Poli:* comuni o aggregati di comuni confinanti che garantiscono tutta l'offerta scolastica secondaria, almeno un ospedale sede di DEA di primo livello e almeno una stazione ferroviaria di qualità media o alta. L'unico polo regionale è la città di Aosta, dove risiede il 27% dei valdostani.
- *Comuni di cintura:* comuni che si caratterizzano per un tempo di percorrenza inferiore a 20' dal più vicino polo (entro o fuori regione). Sono 29 comuni, collocati in prossimità del Capoluogo e lungo l'autostrada A5, in cui risiede il 43% della popolazione regionale.
- *Comuni intermedi:* comuni che si caratterizzano per un tempo di percorrenza compreso tra 20' e 40' dal più vicino polo (entro o fuori regione). Costituiscono la fascia meno periferica delle aree interne. Sono 33 comuni in cui risiede il 23% della popolazione regionale.
- *Comuni periferici:* comuni che si caratterizzano per un tempo di percorrenza compreso tra 40' e 75' dal più vicino polo (entro o fuori regione). Costituiscono la fascia a perifericità intermedia delle aree interne. Sono 11 comuni in cui risiede l'8% della popolazione regionale.
- *Comuni ultra-periferici:* comuni che si caratterizzano per un tempo di percorrenza superiore a 75' dal più vicino polo (entro o fuori regione). Costituiscono la fascia più periferica delle aree interne (non presente in Valle d'Aosta).

# STILI DI VITA: LA FRAMMENTAZIONE DEI NUCLEI FAMILIARI



In Valle d'Aosta la famiglia unipersonale si sta affermando come il modello di residenza prevalente. Le stime dell'ISTAT mostrano che è in corso, in tutte le regioni italiane, una tendenza alla frammentazione dei nuclei familiari, con una crescita – da Nord a Sud – della percentuale di famiglie “monocomposte”. La Valle d'Aosta nel 2019 risulta essere, con il 45,1%, quella con l'incidenza più alta, superando anche la Liguria (42,5%), la regione più anziana del Paese dove è forte il rischio di vedovanza e quindi risulta rilevante la presenza di anziani soli. Dei 30.309 ultrasessantacinquenni residenti in Valle d'Aosta all'inizio del 2020, 12.681 (il 42%) erano celibi/nubili, vedovi o divorziati, senza il potenziale supporto di un coniuge, che nelle famiglie italiane rappresenta il principale caregiver in caso di necessità (Golini e Rosina, 2011).



All'opposto, l'incidenza delle famiglie numerose (con 5 o più componenti) è la più bassa in assoluto (3,3%), nonostante il numero medio di figli per donna, 1,31, sia leggermente più alto rispetto a quello nazionale (ma di molto inferiore al tasso di sostituzione naturale di 2,1). Questo dato è almeno in parte spiegato dalla bassa frequenza delle famiglie «allargate», composte da nuclei aggregati (coppie con o senza figli che vivono sotto lo stesso tetto) o da un nucleo con aggregati altri membri (anziani, orfani, ...) che trovano ampia diffusione in Campania, regione con una percentuale “anomala” di famiglie numerose (9,7% nel 2019) nonostante sia interessata anch'essa dal fenomeno della bassa natalità. Queste forme di residenza, che rappresentano talvolta strategie per fronteggiare le difficoltà che le persone incontrano nel proprio corso di vita, in particolare in età avanzata (perdita dell'impiego, separazioni, peggioramento delle condizioni di salute ...) rappresentano soltanto il 2,7% in Valle d'Aosta, un valore inferiore rispetto a tutte le altre regioni italiane.



La marcata individualizzazione delle forme abitative pare riconducibile quindi non solo all'invecchiamento della popolazione ma anche all'indebolimento dei modelli familiari tradizionali. In Valle d'Aosta viene celebrato un numero di matrimoni non basso rispetto alla media (2,7 ogni 1.000 abitanti nel 2019, come la media italiana) ma è molto elevato il rischio di rottura dell'unione. La regione si trova ai primi posti, al pari del Piemonte e appena al di sotto della Liguria, per tasso dei divorzi. Considerando, come indice di instabilità coniugale, il rapporto tra le divisioni coniugali e i matrimoni, la Valle d'Aosta ha uno dei valori più elevati in Italia (123 divisioni ogni 100 matrimoni).

# STILI DI VITA: LA FRAMMENTAZIONE DEI NUCLEI FAMILIARI

Indicatori sui modelli familiari. Italia e regioni. Anni 2018 e 2019.

	Nuclei monocomposti sul totale delle famiglie*	Nuclei composti da anziani soli sul totale delle famiglie*	Famiglie numerose sul totale delle famiglie*	Famiglie con aggregati e più nuclei sul totale delle famiglie*	Tasso di fecondità totale	Tasso di separazioni x 1.000 abitanti**	Tasso di divorzi x 1.000 abitanti**	Tasso di matrimoni x 1.000 abitanti**	(Divorzi + Separazioni)/Matrimoni**
	2019	2019	2019	2019	2019	2018	2018	2019	2018
Piemonte	36,5%	21,1%	4,3%	4,3%	1,27	1,8	1,8	2,6	130%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>45,1%</b>	<b>20,0%</b>	<b>3,9%</b>	<b>2,7%</b>	<b>1,31</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>2,7</b>	<b>123%</b>
Liguria	42,5%	23,8%	3,3%	4,0%	1,21	1,9	1,9	2,6	137%
Lombardia	34,5%	18,5%	4,5%	3,5%	1,33	1,6	1,5	2,6	113%
Bolzano	35,6%	17,9%	8,3%	4,4%	1,71	1,2	1,3	3,3	72%
Trento	31,3%	16,8%	5,6%	2,3%	1,42	1,3	1,4	2,3	105%
Veneto	29,6%	15,9%	5,8%	4,8%	1,29	1,4	1,4	2,4	104%
Friuli-Venezia Giulia	36,8%	21,6%	4,4%	4,2%	1,25	1,6	1,5	2,5	119%
Emilia-Romagna	37,3%	18,9%	4,3%	4,7%	1,30	1,5	1,5	2,7	109%
Toscana	34,9%	18,5%	4,7%	6,2%	1,21	1,6	1,5	2,5	122%
Umbria	35,5%	20,3%	5,5%	7,4%	1,20	1,7	1,3	2,3	123%
Marche	30,9%	18,1%	5,9%	7,2%	1,19	1,5	1,4	2,2	115%
Lazio	36,5%	19,3%	4,2%	5,5%	1,18	1,7	1,4	2,6	114%
Abruzzo	30,5%	15,9%	5,1%	6,0%	1,17	1,6	1,3	2,6	110%
Molise	32,3%	18,2%	4,4%	4,4%	1,15	1,3	1,1	2,6	81%
Campania	25,8%	14,2%	9,7%	7,7%	1,31	1,6	1,1	3,3	77%
Puglia	27,5%	16,0%	5,8%	4,8%	1,20	1,7	1,2	3,0	89%
Basilicata	32,8%	19,3%	4,5%	2,9%	1,15	1,3	0,9	3,1	66%
Calabria	31,0%	18,0%	6,8%	4,4%	1,26	1,5	1,1	3,2	71%
Sicilia	31,1%	17,8%	5,8%	4,2%	1,33	1,6	1,3	3,3	77%
Sardegna	35,3%	17,6%	3,5%	3,9%	1,00	1,6	1,4	2,3	119%
Italia	33,3%	18,2%	5,3%	4,9%	1,27	1,6	1,4	2,7	104%

\* Stime ottenute dalla media dell'indicatore nell'anno di indagine e nell'anno precedente all'indagine.

\*\* L'attribuzione dei matrimoni, delle separazioni e dei divorzi alle diverse regioni è stata effettuata utilizzando il criterio della residenza della moglie.

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

# STILI DI VITA: LA FRAMMENTAZIONE DEI NUCLEI FAMILIARI



L'atomizzazione delle forme di residenza e delle traiettorie di vita è una tendenza che si è affermata nel corso dei decenni in tutti i paesi europei. In parte essa è il risultato dall'aumento del benessere, dello sviluppo del mercato del lavoro, delle vie di trasporto e di comunicazione. L'indebolimento dei forti legami familiari pertanto è anche l'effetto di una accresciuto *empowerment* degli individui e della loro capacità di seguire le proprie vocazioni e ambizioni, che talvolta si sviluppano al di fuori dei tradizionali modelli di famiglia e di residenza.



D'altra parte, sono noti nella letteratura gli effetti positivi di una solida rete parentale e amicale, non soltanto per la sua capacità di garantire **supporto materiale** (aiuto economico, *care giving*, ...), ma anche per quella di fornire **sostegno emotivo e occasioni di interazione e di confronto** che, in particolare in età avanzata, rivestono un'importanza cruciale nel preservare le capacità cognitive e le abilità individuali. Esistono solide evidenze empiriche dei benefici prodotti sia dal coinvolgimento nelle attività della comunità sia da un'elevata frequenza delle micro-interazioni con amici e parenti (Zunzunegui *et al.*, 2003), che giocano un ruolo decisivo nella prevenzione del declino cognitivo e della demenza. Gli studi sulla qualità della vita degli anziani mostrano che la presenza di contatti frequenti con amici, parenti e vicini di casa agisce positivamente sul benessere emotivo e sul senso di tranquillità e sicurezza, rafforzato dalla consapevolezza di poter contare su qualcuno nel momento del bisogno (Gabriel e Bowling, 2004). Il tema degli anziani che vivono soli – condizione che spesso non è l'espressione di una preferenza ma il risultato di eventi al di fuori del controllo dell'individuo – rappresenta oggi una delle principali minacce allo sviluppo della qualità della vita in tarda età. Il 20% dei nuclei familiari valdostani nel 2019 era costituito da persone sole con più di 60 anni. Il 31% degli ultra-sessantenni si trovava in questa condizione e la stessa percentuale era più alta tra le donne (38%) rispetto agli uomini (23%).

## LE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

La Valle d'Aosta è storicamente una regione con una buona qualità della vita e con un elevato livello dei redditi, se paragonato alla maggior parte delle regioni Italiane. Nel 2020, nella consueta indagine sulla qualità della vita condotta dal Sole 24 Ore, si è piazzata al settimo posto su 107 province e al quinto posto relativamente all'ambito «ricchezza e consumi». In un analogo esercizio condotto da Italia Oggi utilizzando indicatori differenti, Aosta si posiziona più in basso, al 13esimo posto, ma comunque nella parte più alta della classifica.

Nonostante questi traguardi, non è possibile ignorare che da molto tempo questa regione si trova in una situazione di scarso dinamismo, soprattutto al confronto con le realtà territoriali maggiormente comparabili per statuto e caratteristiche socio-demografiche (Trento e Bolzano) che si ripercuote negativamente sulla crescita economica e sul livello dei redditi.

Nel 2019 il PIL valdostano era ancora inferiore del 9% a quello del 2007, anno di inizio della Crisi Finanziaria cui ha fatto seguito la Grande Recessione degli anni 2008-2014, mostrando di aver accumulato un ritardo molto più ampio rispetto a quello nazionale (-3,8%). Nel 2020, primo anno del Covid, secondo le stime disponibili il PIL regionale si sarebbe contratto del 9,5%, tornando ai livelli degli anni Ottanta. L'atteso rimbalzo del biennio 2021-2022 riporterebbe la Valle d'Aosta ai livelli pre-pandemia, lasciando pressoché intatto il grave solco che si è prodotto negli Anni Dieci.

Considerando la situazione pre-pandemia, la quota di popolazione in condizioni di estremo disagio economico era contenuta. Nel 2019 le famiglie in povertà relativa erano il 4,2%, il valore più basso rilevato in Italia, pari a quello dell'Emilia-Romagna. La Valle d'Aosta era anche la regione con la minor percentuale di residenti a rischio di povertà (6,1%). La quota di reddito disponibile detenuta dal 20% più ricco della popolazione nel 2018 era 3,7 volte quella del 20% più povero, suggerendo la presenza di una distribuzione meno diseguale rispetto alle altre regioni.

Non è ancora chiaro il quadro delle mutate condizioni socio-economiche della popolazione dopo l'impatto della crisi pandemica. La crescita delle prestazioni erogate per il sostegno al reddito sembrano confermare, in ogni caso, che la crisi economica ha avuto rilevanti effetti negativi sulle condizioni di vita della popolazione, aumentando la quota di persone con un reddito al di sotto delle soglie di sussistenza. Le persone coinvolte dal Reddito di cittadinanza sono passate da 2.508 nel 2019 a 3.027 nel 2020, per una crescita del corrispondente tasso di copertura sulla popolazione dal 2 al 2,4%. Ad esse si sommano circa 500 persone appartenenti a nuclei che hanno percepito il neonato Reddito di Emergenza finalizzato a raggiungere una quota di poveri esclusi da altre prestazioni.

# POVERTA' E DISUGUAGLIANZA

	Famiglie in povertà relativa		Individui a rischio di povertà		Disuguaglianza nel reddito netto	
	2009	2019	2009	2019	2009	2018
Piemonte	6,5	7,5	10,6	13,4	4,9	5,1
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>6,7</b>	<b>4,2</b>	<b>9,3</b>	<b>6,1</b>	<b>4,2</b>	<b>3,7</b>
Liguria	7,9	9,2	10,4	13,4	4,4	4,9
Lombardia	3,0	6,0	10,3	12,0	4,8	5,1
Bolzano	2,0	Nd	8,2	9,5	3,9	4,9
Trento	12,2	6,8	7,5	8,0	3,9	4,0
Veneto	3,2	10,3	10,1	8,7	3,9	4,0
Friuli-Venezia Giulia	9,5	5,3	10,7	8,4	4,1	4,2
Emilia-Romagna	3,5	4,2	9,4	10,9	4,5	4,6
Toscana	7,8	5,8	9,6	14,3	4,3	4,8
Umbria	3,8	8,9	11,9	9,8	3,8	4,1
Marche	9,7	9,5	11,0	13,6	4,1	4,4
Lazio	4,1	7,5	15,9	17,2	5,4	5,8
Abruzzo	9,0	15,5	21,9	19,5	4,7	4,7
Molise	17,0	15,7	29,0	26,5	5,1	5,6
Campania	23,9	21,8	35,6	41,2	6,3	7,9
Puglia	18,4	22,0	27,0	30,4	5,0	6,2
Basilicata	26,1	15,8	32,9	27,1	4,9	4,4
Calabria	22,3	23,4	35,3	30,9	5,7	5,7
Sicilia	18,0	24,3	38,5	41,4	6,5	8,7
Sardegna	13,2	12,8	21,6	22,9	4,5	6,2
Italia	9,6	11,4	18,4	20,1	5,4	6,0

## GLI INDICATORI

- **Famiglie in povertà relativa:** famiglie che conseguono un livello di spesa per i consumi inferiore a una soglia che viene fissata annualmente, per una famiglia di due persone, al pari della spesa media per persona nel Paese e viene ricalcolata tramite una scala di equivalenza per le famiglie di diversa dimensione.
- **Individui a rischio di povertà:** individui con un reddito equivalente inferiore o pari al 60% del reddito equivalente mediano sul totale delle persone residenti.
- **Rapporto interquartile:** rapporto fra il reddito equivalente totale ricevuto dal 20% della popolazione con il più alto reddito e quello ricevuto dal 20% della popolazione con il più basso reddito.

## **Le condizioni di salute**

# I FATTORI DI RISCHIO, E LE CONDIZIONI DI SALUTE



Il Comitato deputato alla valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nelle regioni italiane ha recentemente espresso un parere positivo circa l'evoluzione negli stili di vita e nelle condizioni fisiche della popolazione valdostana in relazione alla sedentarietà, al *mass body index* (che classifica le persone nelle tre categorie normo/sottopeso, sovrappeso, obeso), all'abitudine al fumo e al consumo di alcol. Secondo i dati più recenti pubblicati dall'ISTAT, gli stili di vita dei valdostani presentano in effetti minori fattori di rischio (si vedano Stewart *et al.* 2010 e Trevisan *et al.* 2011) per la salute rispetto alla media delle regioni italiane. Nel 2020 la popolazione residente in Valle d'Aosta infatti si distingueva, nel panorama italiano, per una minore propensione alla sedentarietà (25,8% rispetto a una percentuale nazionale del 33,8%) e al fumo (17,2% rispetto al 18,9%) e per una più bassa proporzione di persone in sovrappeso o obese (43,5% contro 45,5%). Tuttavia, si caratterizzava anche per una maggiore incidenza di «forti bevitori» di alcolici che eccedono nel consumo quotidiano o praticano il *binge drinking*. Tali comportamenti interessano il 23% dei residenti con almeno 14 anni, il tasso più alto in Italia dopo quello di Bolzano (25%). Quello medio nazionale è del 16,8%.



Le rilevazioni disponibili restituiscono il ritratto di una popolazione più in salute rispetto a quella dell'Italia nel suo complesso sebbene, dal confronto con alcune regioni del Nord – in particolare la Provincia Autonoma di Bolzano –, emerga anche la presenza di ampi margini di miglioramento sia dal lato della prevenzione delle malattie croniche sia dal lato del trattamento di queste problematiche e della tutela della qualità di vita di coloro che ne sono affetti. Nel 2019 la percentuale di individui che si dichiaravano in uno stato di buona salute era del 71,3%, uno dei valori più alti in Italia, superato soltanto da quelli di Bolzano, di Trento e della Campania, aree con un grado di invecchiamento della popolazione più contenuto rispetto alla Valle d'Aosta. Ampi scarti in negativo dalla provincia altoatesina si rilevano per l'incidenza delle malattie croniche (diabete, ipertensione, disturbi nervosi, bronchite cronica, artrosi/artrite, ...) nella popolazione: nella nostra regione il 42,7% degli abitanti è affetto da almeno una malattia cronica (il 30,4% a Bolzano) e il 20,5% da due o più (il 12,8% a Bolzano). Come nella maggior parte delle aree del Paese, anche in Valle d'Aosta il processo di senilizzazione si accompagna ad un incremento dell'incidenza di queste patologie (era del 39% nel 2010) e a una riduzione della quota di popolazione che percepisce di trovarsi in buona salute (73,1% nel 2010). Sfugge, in ogni caso, a queste tendenze la Provincia di Bolzano, dove nell'arco di 9 anni è diminuita di quasi due punti percentuali l'incidenza di patologie croniche ed è aumentata di oltre un punto la percentuale di popolazione che si percepisce in buona salute.

# LE CONDIZIONI DI SALUTE: I FATTORI DI RISCHIO

Diffusione dei fattori di rischio nella popolazione (valori percentuali). Anno 2020. Italia e regioni.

	Persone totalmente sedentarie ogni 100 residenti con più di 14 anni	Fumatori ogni 100 residenti con più di 14 anni	Consumatori a rischio di alcolici ogni 100 residenti con più di 14 anni	Persone con un'alimentazione adeguata ogni 100 residenti con più di 3 anni	Persone in sovrappeso o obese ogni 100 residenti con più di 18 anni
Piemonte	28,9%	19,7%	17,8%	26,7%	41,9%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>25,8%</b>	<b>17,2%</b>	<b>23,0%</b>	<b>21,0%</b>	<b>43,5%</b>
Liguria	22,2%	18,4%	17,1%	20,6%	42,6%
Lombardia	25,0%	19,8%	18,4%	19,7%	43,3%
P.A. di Bolzano	13,6%	18,0%	25,0%	15,6%	41,3%
P.A. di Trento	16,4%	18,0%	21,9%	26,5%	40,1%
Veneto	19,8%	16,5%	20,7%	20,4%	43,9%
Friuli-Venezia Giulia	22,3%	15,7%	22,4%	21,8%	44,3%
Emilia-Romagna	25,2%	20,5%	21,4%	23,2%	45,4%
Toscana	26,1%	20,4%	18,5%	22,8%	40,4%
Umbria	33,4%	20,4%	16,2%	22,1%	43,9%
Marche	28,9%	18,7%	16,2%	21,9%	43,5%
Lazio	32,7%	18,7%	14,2%	19,7%	43,0%
Abruzzo	34,6%	17,9%	15,9%	14,3%	46,5%
Molise	41,0%	19,3%	22,6%	16,8%	49,3%
Campania	56,2%	18,8%	11,6%	10,7%	55,3%
Puglia	42,2%	16,4%	16,3%	12,9%	48,0%
Basilicata	46,4%	19,4%	17,8%	12,6%	50,0%
Calabria	49,6%	17,0%	16,1%	12,6%	48,4%
Sicilia	56,6%	20,3%	9,6%	14,0%	51,2%
Sardegna	31,0%	19,3%	19,6%	22,3%	42,5%
Italia	33,8%	18,9%	16,8%	18,8%	45,5%

Fonte: dati ISTAT

# LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Percezione di buona salute e diffusione di malattie croniche nella popolazione (valori percentuali). Anno 2019. Italia e regioni.

	Persone che dichiarano uno stato di buona salute	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche	Persone con malattie croniche in buona salute
Piemonte	67,7%	41,5%	21,1%	42,2%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>71,3%</b>	<b>42,7%</b>	<b>20,5%</b>	<b>49,3%</b>
Liguria	66,1%	45,0%	24,3%	43,8%
Lombardia	70,3%	41,0%	18,6%	48,4%
Bolzano	83,5%	30,4%	12,8%	59,9%
Trento	73,9%	38,5%	16,3%	51,3%
Veneto	70,8%	39,0%	19,0%	46,4%
Friuli-Venezia Giulia	70,6%	41,0%	20,7%	49,1%
Emilia-Romagna	69,2%	42,8%	22,8%	46,6%
Toscana	68,7%	41,9%	21,3%	44,4%
Umbria	68,5%	46,6%	25,2%	44,9%
Marche	67,6%	41,5%	22,0%	42,9%
Lazio	69,1%	40,2%	20,2%	42,6%
Abruzzo	66,6%	43,3%	23,8%	40,7%
Molise	64,1%	43,2%	22,6%	37,9%
Campania	71,4%	37,1%	21,1%	41,3%
Puglia	68,5%	40,4%	21,5%	40,0%
Basilicata	62,8%	45,0%	26,1%	35,4%
Calabria	58,7%	43,8%	25,3%	31,1%
Sicilia	67,4%	40,4%	22,6%	35,9%
Sardegna	62,6%	44,2%	24,7%	36,0%
Italia	68,8%	40,9%	21,1%	43,1%

# LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE: LA CRONICITA'

Diffusione delle principali patologie croniche nella popolazione (valori percentuali). Anno 2019. Italia e regioni.

	Diabete	Ipertensione	Bronchite cronica	Artrosi, artrite	Osteoporosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica o duodenale
Piemonte	5,4%	18,6%	5,5%	15,6%	7,0%	4,4%	10,9%	4,7%	2,6%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>5,2%</b>	<b>16,0%</b>	<b>5,9%</b>	<b>15,0%</b>	<b>6,8%</b>	<b>5,3%</b>	<b>13,1%</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,0%</b>
Liguria	6,6%	21,7%	5,9%	18,8%	8,9%	4,9%	10,9%	5,4%	2,4%
Lombardia	5,1%	15,9%	5,6%	13,5%	6,5%	4,1%	12,7%	3,9%	2,1%
Bolzano	3,4%	11,7%	4,4%	9,9%	4,4%	4,2%	10,1%	4,1%	1,2%
Trento	4,2%	13,8%	5,5%	13,7%	4,9%	4,6%	11,1%	4,2%	1,4%
Veneto	4,9%	17,0%	5,2%	14,8%	6,7%	3,5%	10,2%	4,2%	2,8%
Friuli-Venezia Giulia	5,1%	16,8%	5,2%	17,3%	7,3%	4,5%	11,1%	4,1%	1,9%
Emilia-Romagna	5,2%	17,8%	5,8%	17,8%	7,5%	5,1%	12,2%	5,2%	3,6%
Toscana	5,8%	17,4%	6,6%	16,8%	8,4%	4,1%	10,6%	4,8%	2,3%
Umbria	6,8%	20,7%	8,1%	17,9%	10,1%	6,5%	14,3%	6,3%	3,8%
Marche	5,8%	18,3%	6,7%	16,7%	8,2%	4,8%	9,9%	4,8%	2,5%
Lazio	5,6%	17,7%	6,5%	15,7%	8,3%	3,6%	11,2%	4,9%	2,3%
Abruzzo	6,8%	19,7%	5,7%	19,3%	9,3%	4,3%	12,2%	5,1%	3,1%
Molise	7,6%	19,0%	7,4%	15,7%	8,2%	4,4%	12,0%	4,4%	2,3%
Campania	6,2%	17,4%	6,9%	15,3%	8,7%	3,7%	11,6%	4,4%	2,3%
Puglia	6,8%	18,6%	6,5%	15,8%	9,7%	4,5%	10,7%	5,5%	2,4%
Basilicata	6,7%	20,9%	7,8%	20,6%	11,9%	4,9%	11,6%	5,3%	3,6%
Calabria	8,0%	22,8%	6,4%	19,4%	10,0%	4,3%	11,3%	6,6%	4,3%
Sicilia	7,3%	19,7%	6,1%	17,6%	9,7%	3,6%	10,5%	5,6%	2,8%
Sardegna	6,1%	18,8%	8,0%	18,3%	11,1%	4,8%	11,3%	5,6%	2,4%
Italia	5,8%	17,9%	6,1%	16,0%	8,1%	4,2%	11,4%	4,8%	2,6%

Fonte: dati ISTAT

# LE CAUSE DI MORTE

Negli ultimi anni dell'era pre-Covid, la Valle d'Aosta aveva una mortalità relativamente alta. Considerando la media del triennio 2016-2018, il **quoziente di mortalità**, ovvero il rapporto tra i decessi verificatisi nell'anno e la popolazione residente, era di 112,6 per 10.000, più della media nazionale (104,1) ma meno di diverse altre regioni (Piemonte, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo e Molise). La capacità esplicativa di questo indicatore è tuttavia limitata, poiché riflette in primo luogo il grado di invecchiamento della popolazione: come è semplice ipotizzare, la Liguria – regione più anziana in Italia – ha anche il più alto quoziente di mortalità. All'opposto, il valore più basso si rileva a Bolzano e in Campania, dove l'età media è più bassa.

Più informativo circa l'effettivo rischio di morte è il **tasso di mortalità standardizzato**, che restituisce il valore che avrebbe assunto il quoziente di mortalità se tutte le regioni Italiane avessero avuto la medesima struttura demografica (ovvero lo stessa proporzione di persone nelle diverse classi di età). Adottando questo indicatore, che consente di effettuare confronti omogenei tra territori con un diverso grado di invecchiamento, la Valle d'Aosta si rivela una delle regioni italiane (dopo Campania e Sicilia) con la mortalità più alta. Il tasso standardizzato con la popolazione dell'Europa a 28 paesi è di 88,1 per 10.000 abitanti, ed è quindi molto più elevato di quelli di Trento (74,7) e Bolzano (76,5).

Grazie alla rilevazione dell'ISTAT sulle cause di morte, condotta grazie all'analisi dei certificati prodotti dai medici, è possibile scomporre questo tasso standardizzato per «grandi categorie di decessi». Questo ci consente di osservare quali patologie in Valle d'Aosta determinano una maggiore o minore mortalità rispetto ad altri territori di riferimento. Considerando le due maggiori cause di morte, nel periodo 2016-2018, il tasso di mortalità standardizzato per malattie del sistema circolatorio nella nostra regione era più basso di quello medio nazionale (27,7 decessi per 10.000 abitanti contro 29), quello per tumore leggermente più alto (25,3 per 10.000 contro 25). Una mortalità inferiore alla media riguardava poi le malattie infettive non influenzali, le malattie endocrine/nutrizionali/metaboliche (principalmente diabete mellito), e le malattie del sistema nervoso (tra cui Parkinson e Alzheimer). Più alta, invece, era la mortalità per patologie dell'apparato digerente e, soprattutto, per patologie del sistema respiratorio (influenza, polmoniti, patologie croniche delle basse vie respiratorie) e per disturbi psichici. Rispetto a queste ultime due cause di morte, la Valle d'Aosta aveva la più alta mortalità in Italia. Il tasso di mortalità per disturbi psichici, in particolare, assume valori anomali nel quadro nazionale: 7,4 per 10.000 residenti a fronte di una media nazionale di 3. In otto regioni è pari o inferiore a 2,5.

# LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Indicatori di mortalità. Media degli anni 2016-2018. Italia e regioni.

Tasso standardizzato di mortalità per specifiche patologie

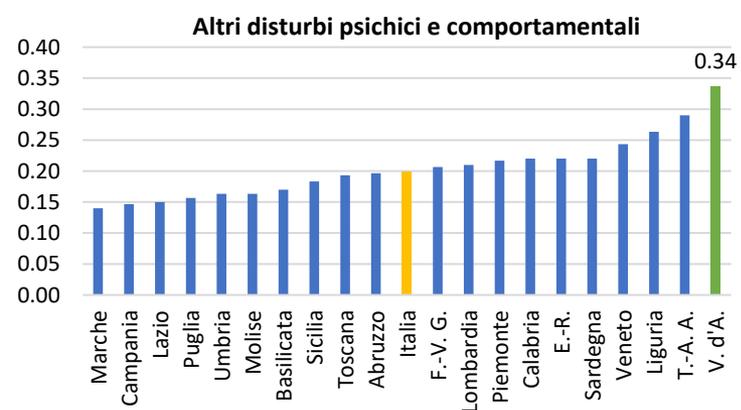
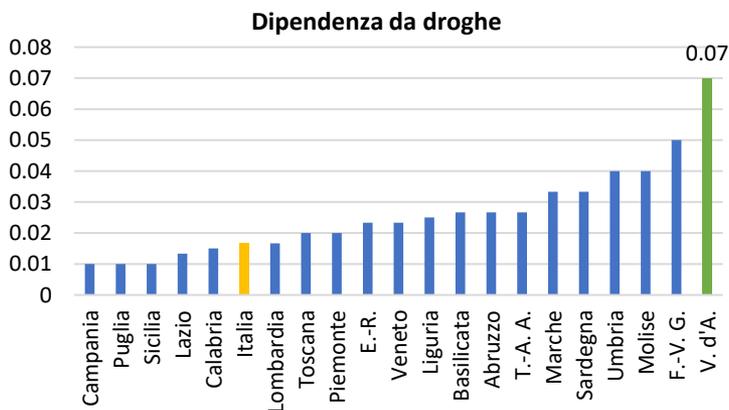
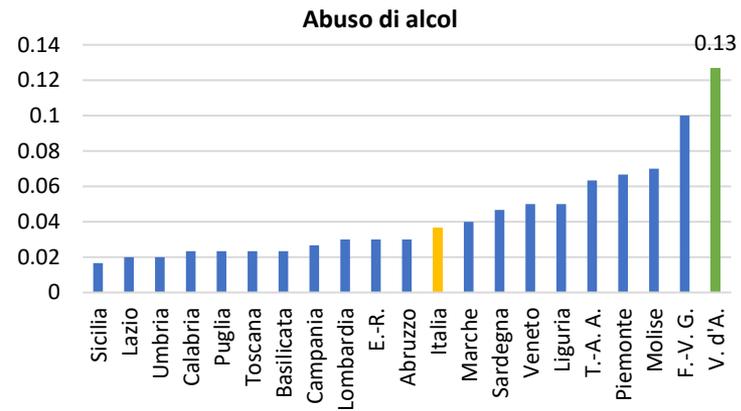
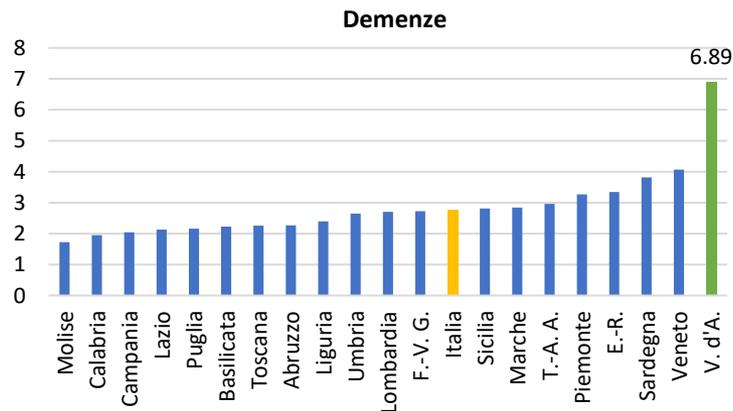
	Quoziente di mortalità	Tasso standardizzato di mortalità	Malattie infettive	Tumori	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	Disturbi psichici e comportamentali	Malattie del sistema nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema respiratorio	Malattie dell'apparato digerente
Piemonte	119,2	86,3	1,9	25,6	3,2	3,6	3,9	29,3	7,1	3,2
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>112,6</b>	<b>88,1</b>	<b>1,5</b>	<b>25,3</b>	<b>3,1</b>	<b>7,4</b>	<b>3,7</b>	<b>27,7</b>	<b>7,5</b>	<b>3,5</b>
Liguria	138,9	84,6	2,2	25,5	3,6	2,7	4,4	27,6	6,5	3,2
Lombardia	97,0	80,5	1,8	26,5	2,6	3,0	4,3	25,7	6,4	2,9
Bolzano	82,0	76,5	1,1	23,2	1,9	3,7	4,5	26,3	5,7	2,7
Trento	92,3	74,7	1,3	23,7	2,5	2,9	3,9	23,7	5,3	2,9
Veneto	99,1	80,4	1,9	24,4	3,1	4,4	3,8	26,9	5,8	3,0
Friuli-Venezia Giulia	117,0	81,4	1,8	26,1	2,8	3,1	3,2	27,1	6,9	3,3
Emilia-Romagna	112,1	81,1	2,5	24,9	3,3	3,6	3,4	26,0	6,6	3,0
Toscana	115,9	80,8	1,9	24,4	3,2	2,5	4,2	26,6	6,4	2,9
Umbria	116,4	79,1	1,9	23,3	3,0	2,9	3,8	27,3	6,3	2,6
Marche	114,0	79,3	2,0	23,2	3,2	3,1	4,6	27,3	6,0	2,9
Lazio	98,7	85,3	1,7	25,8	3,9	2,3	3,7	29,8	6,9	3,0
Abruzzo	112,7	84,4	1,4	22,5	3,9	2,5	4,4	32,2	6,1	3,6
Molise	117,9	83,4	1,1	22,2	4,3	2,0	3,3	33,1	5,9	3,4
Campania	93,3	98,6	1,4	26,4	6,2	2,2	3,2	39,6	7,2	3,5
Puglia	95,7	84,3	1,6	23,5	4,8	2,4	4,1	29,9	6,7	3,2
Basilicata	109,9	86,2	1,8	21,6	4,9	2,4	3,5	33,2	7,2	3,7
Calabria	101,6	88,0	1,4	22,0	5,3	2,2	3,1	35,5	6,1	3,1
Sicilia	103,1	93,6	1,3	24,1	5,7	3,0	3,5	35,9	6,9	3,0
Sardegna	99,2	82,1	1,8	25,6	3,5	4,1	4,3	24,6	5,9	3,4
Italia	104,1	84,6	1,8	25,0	3,8	3,0	3,9	29,3	6,6	3,1

# LA MORTALITA' PER DISTURBI PSICHICI E DEL COMPORTAMENTO

La Valle d'Aosta ha il più alto tasso di mortalità standardizzato per demenze, per abuso di alcol, per dipendenze e per altri disturbi psichici/comportamentali. Essa ha inoltre il triste primato del tasso di mortalità per suicidi o autolesione intenzionale: nel periodo 2016-2018 esso era di 1,2 per 10mila residenti, più del doppio di quello nazionale (0,6).

Ad oggi mancano dati attendibili sulla diffusione e sulla capacità di presa in carico dei servizi psichiatrici territoriali. Nel 2016 il SSR della Valle d'Aosta era, con quello di Bolzano, l'unico a non essere stato preso in considerazione dall'indagine ISTAT sulla salute mentale, a causa delle carenze nel flusso di dati.

Tasso standardizzato di mortalità per 10.000 abitanti. Media del periodo 2016-2018. Italia e regioni.



# LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

La tutela della salute mentale dovrebbe rivestire ormai un ruolo centrale nella programmazione degli interventi sanitari e sociali, anche in considerazione delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ne sottolinea da anni il peso in termini di “burden of disease” per i sistemi sanitari e sociosanitari. La stessa agenzia ha stimato che nel 2020 la depressione, la più diffusa tra le malattie mentali, sia la seconda malattia più diffusa in generale, dopo le patologie cardiovascolari.

In Valle d'Aosta la presa in carico di queste problematiche appare non adeguata, considerando il rapporto tra risorse e utenti presi in carico. La rete dei servizi valdostani consiste di un presidio territoriale (che svolge attività ambulatoriale e domiciliare, principalmente con funzioni di coordinamento, accoglienza, analisi della domanda, valutazione e diagnostica), sette strutture residenziali e due strutture a ciclo diurno. I posti di tipo residenziale sono 176 – per un tasso di 16,6 ogni 10mila residenti, il più alto in Italia –, quelli di tipo diurno 31 – per un tasso di 2,9 per 10mila residenti, in linea con quello nazionale. Nel 2018, tuttavia, soltanto 150,3 persone ogni 10.000 abitanti hanno avuto almeno un contatto con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale (considerando anche il privato accreditato), a fronte di un tasso nazionale di 166,6.

Sempre nel 2018 era attivo nel territorio regionale un Ser.D (centro per la cura, la prevenzione e la riabilitazione delle persone che hanno problemi di dipendenza) con tre sedi di erogazione delle prestazioni. Esso impiegava 22 figure professionali, tra medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali e personale amministrativo. Nello stesso anno sono stati presi in carico 279 utenti (dei quali 229 maschi e 50 femmine, 249 già in carico o rientrati e 30 nuovi). Complessivamente sono state erogate 31.299 prestazioni farmacologiche, ovvero 137,9 per utente (la media nazionale è di 185,4). Si evidenzia uno scarso ricorso alle prestazioni di tipo medico-infermieristico (visite, esami, procedure cliniche, ...), appena 4,4 per utente preso in carico rispetto a una media nazionale di 20. Sono invece più diffuse le prestazioni di tipo psicosociale (colloqui, interventi psicoterapeutici e socio-educativi, reinserimento, ...) dei quali ciascun utente ha beneficiato in media 17,2 volte a fronte di una media di 13 a livello Italia.

# I FATTORI DI RISCHIO, LE CONDIZIONI DI SALUTE E LA SPERANZA DI VITA

Nonostante il quadro degli stili di vita della popolazione sia complessivamente positivo (come confermato dalla valutazione del Comitato LEA) la speranza di vita alla nascita nel 2019 era pari soltanto ad 82,7 anni, ovvero più bassa di mezzo anno rispetto a quella nazionale. Tutte le regioni del Centro-Nord avevano all'epoca una maggiore speranza di vita e, nel quadro nazionale, soltanto Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia si posizionavano dietro la Valle d'Aosta. L'attesa di vita relativamente bassa dei valdostani appare paradossale rispetto agli importanti traguardi raggiunti nelle condizioni di salute, misurabili secondo varie dimensioni. Infatti, al di là dell'incidenza di patologie croniche, che dipende in primo luogo dalla struttura demografica, in Valle d'Aosta quasi un malato cronico su due dichiara di essere in uno stato di buona salute (in Piemonte solo quattro su dieci). Se si considerano poi le condizioni degli anziani con più di 75 anni, coloro che hanno tre o più patologie croniche o le cui condizioni di salute rappresentano un impedimento nello svolgere le attività quotidiane sono il 29,9%, un tasso molto contenuto, tenuto conto che in Piemonte e Lombardia superano il 46% e in alcune regioni del Mezzogiorno il 60%. La speranza di vita «senza limitazioni nelle attività» dei 65enni, pari a 11,9 anni, è seconda soltanto a quella di Bolzano.

Un dato poco soddisfacente che impatta negativamente sulla speranza di vita riguarda la frequenza delle morti che si verificano ogni anno ma che sarebbero state «evitabili» se si fossero attuati trattamenti tempestivi ed efficaci, azioni di prevenzione (secondaria e primaria) e interventi di salute pubblica. Il tasso annuale delle morti riconducibili a questa categoria di cause ammontava nel 2018 a 17,2 ogni 10.000 residenti con meno di 75 anni, risultando non solo più alto di quello nazionale (16,8) ma anche di tutte le altre regioni del Centro-Nord escluso il Piemonte (17,5). Come in tutte le altre aree del Paese, la mortalità evitabile impatta più significativamente sulla popolazione maschile (24,6 ogni 10.000) rispetto a quella femminile (10,1).



# LE CONDIZIONI DI SALUTE: I FATTORI DI RISCHIO, LA SPERANZA DI VITA

Speranza di vita alla nascita e indicatori complementari di salute pubblica. Anni 2018-2020. Italia e regioni.

	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2019	Speranza di vita alla nascita (in anni) 2020	Tasso di mortalità evitabile tra 0 e 74 anni (x 10.000) 2018	Mortalità infantile nel primo anno di vita (x 1.000) 2018	Percentuale di over 75enni con multi-cronicità e limitazioni gravi 2020	Speranza di vita alla nascita in buona salute (in anni) 2019	Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività (in anni) 2019
Piemonte	82,9	81,6	17,5	2,0	46,4	58,9	10,9
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>82,7</b>	<b>80,9</b>	<b>17,2</b>	<b>2,2</b>	<b>29,9</b>	<b>60,7</b>	<b>11,9</b>
Liguria	83,1	81,9	16,9	2,5	45,3	59,2	10,6
Lombardia	83,7	81,2	15,7	2,6	46,5	60,0	10,8
Bolzano	83,9	82,8	15,5	3,2	29,3	69,1	10,4
Trento	84,3	82,8	12,9	3,4	37,8	62,7	12,2
Veneto	83,9	83,1	15,1	2,1	39,6	60,3	10,4
Friuli-Venezia Giulia	83,5	83,0	17,0	2,2	47,6	61,8	10,9
Emilia-Romagna	83,6	82,4	15,3	2,3	45,5	59,6	10,5
Toscana	83,7	83,0	15,2	2,2	43,6	59,8	10,6
Umbria	84,1	83,8	14,8	3,1	56,1	60,0	10,2
Marche	84,0	82,6	14,8	1,7	44,2	58,8	10,8
Lazio	83,4	83,1	17,7	3,0	49,1	58,6	9,7
Abruzzo	83,4	82,4	16,8	3,0	54,0	57,3	9,7
Molise	83,0	82,6	17,9	2,1	37,6	55,5	10,1
Campania	81,7	81,4	20,9	3,8	62,1	58,0	8,8
Puglia	83,3	82,1	16,5	3,3	47,8	57,8	9,2
Basilicata	82,5	82,4	17,5	4,0	53,3	54,3	8,9
Calabria	82,5	82,5	17,8	4,0	56,7	49,7	8,5
Sicilia	82,1	82,0	18,8	4,0	60,6	55,9	7,8
Sardegna	83,1	82,1	17,4	2,5	62,0	54,4	9,2
Italia	83,2	82,3	16,8	2,9	48,8	58,6	10,0

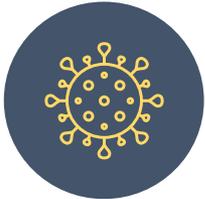
Fonte: dati ISTAT

# I FATTORI DI RISCHIO, LE CONDIZIONI DI SALUTE E LA SPERANZA DI VITA

La pandemia da Covid-19 ha prodotto una brusca inversione di tendenza nell'aumento della longevità nel nostro Paese, impattando negativamente sulla speranza di vita di tutte le regioni italiane ad eccezione della Calabria, dove è rimasta invariata rispetto alla fase pre-pandemia. In Valle d'Aosta, una delle regioni più colpite dal virus, sia in termini di contagi che di decessi, la speranza di vita alla nascita calcolata nel 2020 si è ridotta di quasi due anni, portandosi a 80,9 e divenendo la più bassa in Italia.

Nel corso del 2020, nella nostra regione si sono verificati 1.849 decessi, 368 in più rispetto alla media degli anni 2015-2019, un incremento percentuale del 25%. La mortalità «in eccesso» riflette quasi perfettamente i decessi Covid comunicati dalla Protezione civile il 31 dicembre 2020 (379). In altre aree del Nord Italia (Piemonte, Lombardia, Trento, Emilia-Romagna, ...), i decessi aggiuntivi superano quelli ufficialmente registrati come «Covid», inducendo a ipotizzare che l'effettivo impatto del virus sia stato sotto-quantificato, soprattutto nelle fasi iniziali dell'epidemia.

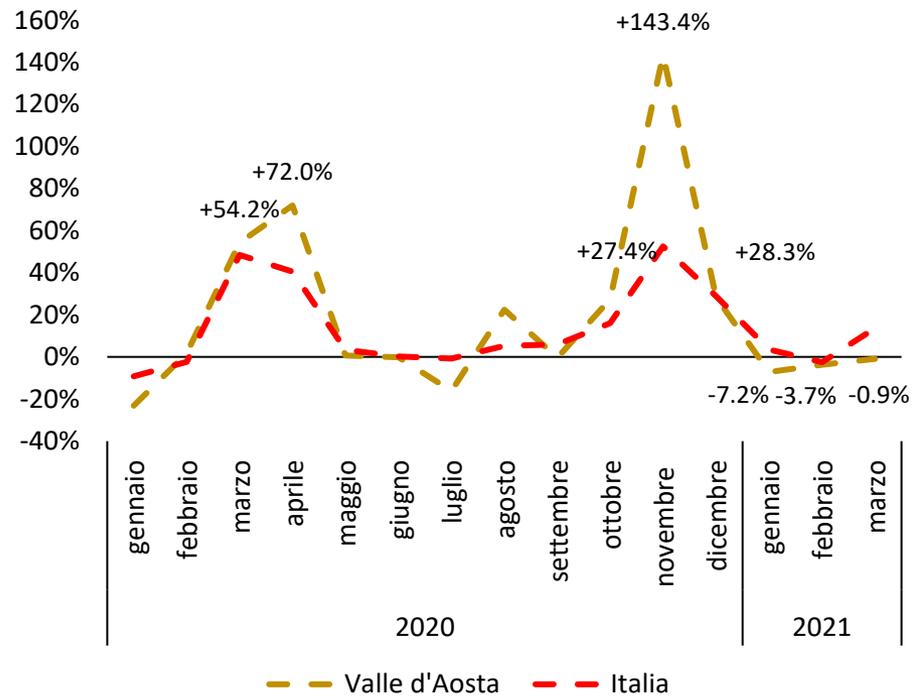
I decessi rilevati in Valle d'Aosta nei primi tre mesi del 2021 non si discostano significativamente dalla media 2015-2019, anche se questi dati rappresentano stime preliminari in via di consolidamento. E' auspicabile che il proseguimento della campagna di vaccinazione possa contribuire a ridurre la mortalità in eccesso. Gli effetti del Covid sui decessi andranno comunque monitorati nei prossimi anni, sia perché questa patologia ha prodotto un peggioramento delle condizioni di salute dei sopravvissuti incrementando il rischio di contrarre patologie croniche (Al-Aly, 2021), sia perché nei due anni di pandemia il sovraccarico dei servizi ospedalieri e territoriali ha rallentato i programmi di screening e peggiorato in molti casi la presa in carico di malati e fragili.



# L'ECCESSO DI MORTALITA'

Durante i mesi della prima ondata (marzo-aprile) l'incremento dei decessi in Valle d'Aosta è stato superiore a quello calcolato a livello nazionale. La seconda ondata di novembre ha determinato un aumento dei decessi del 143% rispetto a un andamento normale.

Variatione percentuale dei decessi nei mesi da gennaio 2020 a febbraio 2021 rispetto alla media degli stessi mesi dal 2015 al 2019. Italia e Valle d'Aosta



Fonte: dati ISTAT

# LE CAUSE DI MORTE NELLA FASE EMERGENZIALE

- L'ISTAT ha stimato che durante i mesi di marzo e aprile 2020, in Valle d'Aosta siano decedute 412 persone, 159 in più rispetto alla media degli anni 2015-2019 e 145 in più rispetto a quelli «attesi» (nell'ipotesi che la popolazione venisse sottoposta agli stessi livelli di mortalità osservati negli anni 2015-2019 e tenendo conto della mutata struttura demografica).
- L'analisi ha consentito di legare la mortalità in eccesso alle cause di morte rilevate dai certificati di decesso compilati dai medici. Ben 124 decessi «in eccesso» sono attribuibili al Covid-19 (identificato nella maggior parte dei casi con test molecolare e, in una minoranza, soltanto attraverso l'analisi della sintomatologia). Vi è stato poi un incremento sostanziale (+13 in Valle d'Aosta, +4.917 a livello nazionale) dei decessi dovuti a polmoniti, che porta a ipotizzare che in questa prima fase della pandemia le difficoltà di diagnosi abbiano prodotto una sottostima dei decessi effettivamente dovuti alla nuova patologia.
- Per le cause di morte aventi origine cardio-circolatoria (malattie cardiache ipertensive, ischemiche e cerebro-vascolari) o da patologie croniche delle basse vie respiratorie, l'aumento dei decessi suggerisce invece un ruolo indiretto del Covid-19 sull'aumento di mortalità, attraverso l'accelerazione di processi morbosi già in atto o per gli effetti del sovraccarico delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale che hanno determinato in molti casi un funzionamento non adeguato dei servizi territoriali legati alle terapie, alla diagnostica e agli interventi di emergenza. E' possibile in ogni caso che una certa quota di decessi sia dovuta anche in questi casi a una sotto-diagnosi del Covid-19 (ISTAT, 2020). A livello nazionale si osserva un significativo incremento anche dei decessi attribuiti alle demenze e al diabete mellito (+2.736 e +1.554), stabili invece nei piccoli numeri della Valle d'Aosta.
- La riduzione dei decessi per cause di morte «esterne» (-3 a livello regionale, -161 a livello nazionale) va attribuita principalmente agli effetti indiretti del Lockdown che, come mostrano i dati di livello nazionale, ha indotto una significativa battuta d'arresto delle morti causate da incidenti di trasporto. In calo anche suicidi, omicidi e altre morti causate da aggressioni. Le cadute accidentali hanno provocato un minor numero di morti nelle persone con meno di 65 anni (presumibilmente a causa della ridotta frequentazione dei luoghi di lavoro) ma più morti negli anziani. E' presumibile che in questa seconda fascia di età il numero di cadute, che avvengono principalmente in casa, non sia diminuito e che, anzi, possa essere cresciuto a causa dell'isolamento, e che la ridotta capacità di presa in carico del servizio sanitario abbia aumentato la fatalità degli incidenti.

# LE CAUSE DI MORTE NELLA FASE EMERGENZIALE

Decessi avvenuti nei mesi di marzo e aprile, suddivisi per cause di morte. Valle d'Aosta e Italia. 2020 e media del periodo 2015-2019.

Causa di morte	Valle d'Aosta			Italia		
	Media 2015-2019	2020	Differenza 2020 / media 2015-2019	Media 2015-2019	2020	Differenza 2020 / media 2015-2019
Covid-19, virus identificato	0	114	+114	0	25.443	+25.443
Covid-19, virus non identificato	0	10	+10	0	3.765	+3.765
Alcune malattie infettive e parassitarie	6	8	+2	2.433	2.405	-28
Tumori	70	61	-9	30.060	29.957	-103
Diabete mellito	6	6	0	3.822	5.376	+1.554
Demenze e malattia di Alzheimer	26	26	0	5.581	8.317	+2.736
Malattie cardiache ipertensive	9	12	+3	6.254	8.765	+2.511
Malattie cardiache ischemiche	22	26	+4	11.851	12.469	+618
Malattie cerebrovascolari	25	29	+4	10.127	11.401	+1.274
Altre malattie del sistema circolatorio	25	25	0	11.023	12.128	+1.105
Influenza	0	0	0	112	359	+247
Polmoniti, incluse malattie polmonari interstiziali	6	19	+13	2.333	7.250	+4.917
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	8	17	+9	4.590	5.802	+1.212
Altre malattie del sistema respiratorio	9	5	-4	2.331	2.939	+608
Sintomi segni e stati morbosi mal definiti	5	7	+2	3.332	4.768	+1.436
Cause esterne di mortalità	10	7	-3	4.025	3.864	-161
Altre cause di mortalità	26	34	+8	12.195	14.295	+2.100
Causa di morte non disponibile	0	4	+4	0	6	+6
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>412</b>	<b>+159</b>	<b>110.068</b>	<b>159.310</b>	<b>+49.242</b>

## **Il servizio sanitario**

# LE RISORSE E I RISULTATI DEL SISTEMA SANITARIO VALDOSTANO

Non è semplice esprimere una valutazione sulla «coerenza» tra le risorse impiegate e i risultati dei Sistemi Sanitari o, altrimenti, sull'efficacia della spesa sanitaria. Basti pensare alla mole di variabili, non strettamente connesse alle risorse del settore sanitario, e tuttavia determinati per le condizioni di salute degli individui (prevenzione, stili di vita, qualità dell'ambiente, istruzione, supporto familiare, ...). Ciononostante, non è possibile ignorare la discrepanza tra le ingenti risorse veicolate, sia dalla Regione, sia dai cittadini tramite spesa *out of pocket*, e i modesti traguardi ottenuti nella speranza di vita (persino più bassa di quella media italiana) e, rispetto alle due principali realtà comparabili – Trento e Bolzano –, anche nello stato di salute della popolazione. Nel 2018, infatti, la nostra regione era la quinta in Italia per spesa sanitaria pubblica e la prima per spesa sanitaria privata. Nonostante la spesa veicolata dalla regione superi i 2.000 euro pro capite, a fronte di una media italiana di 1.875 euro, i valdostani hanno destinato circa 1.038 euro di spesa privata pro capite ai consumi sanitari. E' un dato che deve far riflettere sulla effettiva capacità del Sistema Regionale di intercettare la domanda di cure della popolazione (si consideri che i residenti di Trento e Bolzano avevano effettuato circa 690 euro di spesa privata pro capite nello stesso anno): vedremo nel seguito che, recentemente, **il Comitato LEA ha espresso delle forti perplessità sulla qualità e la copertura dei servizi sanitari della Valle d'Aosta.**

La nostra regione si distingue inoltre per un maggior ricorso alla compartecipazione degli utenti per finanziare il proprio SSR. Nati come strumento di responsabilizzazione dei cittadini e di moderazione dei consumi superflui, col tempo i «ticket» hanno assunto la funzione di vero e proprio canale di finanziamento per le Regioni, che hanno facoltà di deliberare autonomamente sulle prestazioni soggette a compartecipazione, sugli importi e sulle esenzioni (Osservatorio Gimbe 2018, Corte dei Conti 2019). **Nel 2018 i valdostani hanno versato 90 euro pro capite per le compartecipazioni, di cui 25 per i farmaci e 65 per le prestazioni sanitarie (specialistica ambulatoriale, pronto soccorso, altre prestazioni). E', per distacco, il valore più alto in Italia, dove la media è stata di 48,5 euro (al secondo posto troviamo il Veneto, con 62 euro): un divario spiegato interamente dalla quota per le prestazioni sanitarie.** Un rischio di una così elevata richiesta di compartecipazione è quello di **disaffezionare i cittadini dal Servizio Sanitario pubblico, spingendoli verso le strutture private, soprattutto per le prestazioni con elevati tempi di attesa.**

# LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria (dati in euro). Italia e regioni.

	Spesa sanitaria pubblica corrente pro capite 2018		Spesa sanitaria delle famiglie pro capite 2018	Compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica pro capite 2019		
	Totale	In convenzione		Totale	Ticket Farmaci	Ticket Prestazioni sanitarie
Piemonte	1.872	613	745	42,3	14,9	27,5
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>2.004</b>	<b>442</b>	<b>1.040</b>	<b>90,2</b>	<b>25,2</b>	<b>64,9</b>
Lombardia	1.936	818	707	47,6	27,0	20,6
Bolzano	2.291	466	689	58,0	19,6	38,4
Trento	1.931	524	686	59,4	19,1	40,3
Veneto	1.769	581	738	61,9	26,2	35,8
Friuli-Venezia Giulia	2.262	475	987	53,5	15,8	37,8
Liguria	2.048	657	670	57,3	28,9	28,4
Emilia-Romagna	1.935	574	812	47,9	13,1	34,8
Toscana	1.882	484	663	53,5	19,1	34,4
Umbria	1.937	505	585	57,9	24,1	33,8
Marche	1.836	530	595	48,9	20,4	28,5
Lazio	1.846	782	609	46,2	29,1	17,1
Abruzzo	1.848	592	541	54,4	27,2	27,3
Molise	2.070	886	537	46,8	31,4	15,4
Campania	1.735	710	415	46,9	36,8	10,1
Puglia	1.847	705	500	46,5	33,7	12,8
Basilicata	1.855	571	608	55,4	34,9	20,6
Calabria	1.777	621	544	43,8	31,4	12,4
Sicilia	1.822	694	434	41,5	33,1	8,5
Sardegna	1.970	542	547	33,0	17,4	15,6
Italia	1.875	663	629	48,5	26,1	22,4

Fonte: dati ISTAT

# IL MONITORAGGIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: UNA VALUTAZIONE DELLO STATO DELL'OFFERTA SANITARIA

Le Regioni italiane a statuto ordinario e la Sicilia, per poter accedere al maggior finanziamento del SSN - quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie - sono tenute a una serie di adempimenti, in base all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la cui attuazione viene verificata dal Comitato LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Ad esso è affidato il compito di monitorare l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. I LEA vengono valutati per mezzo di un insieme di indicatori afferenti a tre domini: l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. La metodologia di valutazione si basa su un sistema che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento, e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali. Indicatori e pesi corrispondenti sono soggetti ad aggiornamento annuale, al fine di adattarli ai nuovi indirizzi politici-programmatori e renderli in grado di intercettare gli aspetti più rilevanti dei LEA.

Seppure non siano interessate dal sistema premiale, sono oggetto di valutazione anche la Valle d'Aosta, le Province Autonome di Trento e Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia e la Sardegna. Infatti, la finalità più importante del monitoraggio è quella di accertare l'effettiva erogazione dei servizi sanitari ai cittadini residenti su tutto il territorio nazionale (come previsto dalla Costituzione) e, qualora dovessero emergere ritardi, inadempimenti e carenze dell'offerta, offrire alle stesse regioni titolari del Servizio Sanitario gli strumenti conoscitivi necessari per migliorare la propria programmazione e la destinazione delle risorse. Il sistema di monitoraggio, inoltre, è una garanzia di trasparenza nei confronti dei cittadini e dei vari stake-holder. Per questi obiettivi, fino all'anno 2016 il Comitato ha prodotto una valutazione – indicatore per indicatore – delle prestazioni di tutte le regioni e province a statuto autonomo e, a partire dal 2017, ha fornito anche lo stesso indice sintetico utilizzato per eleggere le regioni beneficiarie della quota premiale.

# IL MONITORAGGIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: LA PROCEDURA DI VALUTAZIONE

1. Prima della rilevazione delle prestazioni dei 21 Sistemi Sanitari Regionali (SSR), a ciascun indicatore viene assegnato un peso (che rappresenta la sua importanza nei LEA) che, a seguito della rilevazione, viene moltiplicato per il punteggio ottenuto dalla regione secondo la seguente griglia di valutazione:

Valore dell'indicatore	Punteggio assegnato alla regione
Valore normale	9
Scostamento minimo	6
Scostamento rilevante ma in miglioramento	3
Scostamento non accettabile	0
Dato non fornito o palesemente errato	-1

2. La somma dei prodotti dei pesi per i punti della classe in cui si colloca l'indicatore fornisce il punteggio finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul "mantenimento dei LEA":

Valutazione globale della regione	Risultato della somma dei prodotti «pesi x punteggio»
ADEMPIENTE	$\geq 160$ oppure $\geq 140$ senza scostamenti non accettabili e senza dati non forniti o palesemente errati
NON ADEMPIENTE	$< 140$ oppure $< 160$ con scostamenti non accettabili o con dati non forniti o palesemente errati

# IL MONITORAGGIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: LA VALUTAZIONE DELLE REGIONI ITALIANE

Nel 2017, su 21 regioni e province autonome, 16 hanno ottenuto una valutazione complessiva pari o superiore a 160 punti. Non erano risultate adempienti la Campania e la Calabria (regioni ancora sottoposte al piano di rientro, che hanno ottenuto valutazioni rispettivamente di 153 e 136 punti), la Sardegna (140), la Provincia Autonoma di Bolzano (120) e la Valle d'Aosta (149), che presentava parametri deficitari in tutte le tre aree di indagine, nonostante abbia una spesa pro capite per i servizi sanitari tra le più alte in Italia. Nel 2018, in un quadro di generale incremento delle valutazioni, la nostra regione ha migliorato il proprio punteggio da 149 a 159 ma, data la presenza di diversi punteggi «critici» associati a indicatori con scostamenti rilevanti dal target e non in miglioramento, continuava ad essere tecnicamente inadempiente. Le uniche regioni che si trovavano ancora in questa condizione erano la Sardegna e la Provincia Autonoma di Bolzano (esse presentavano la criticità aggiuntiva del mancato invio di flussi informativi obbligatori per la valutazione), mentre la Campania e la Calabria avevano conseguito un punteggio sufficiente per essere considerate «adempienti».

I dati preliminari del 2019 non includono i punteggi delle regioni e province autonome che non accedono al sistema premiale. Essi sono stati recentemente divulgati dalla Corte dei Conti e vedono il Veneto e la Toscana in testa alla classifica (con 222 punti) seguite a ruota dall'Emilia-Romagna (221). Torna inadempiente la Calabria (125) e scende sotto la soglia di adempienza anche il Molise (150). Da notare il crollo del punteggio del Piemonte (188), che solo due anni prima si trovava in cima alla classifica.

# IL MONITORAGGIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: LA VALUTAZIONE DELLE REGIONI ITALIANE

Regione/Provincia Autonoma	2019	2018	2017
Veneto	222	222	218
Toscana	222	220	216
Emilia-Romagna	221	221	218
Lombardia	215	215	212
Umbria	210	210	208
Liguria	206	211	195
Marche	206	206	201
Abruzzo	204	209	202
Lazio	203	190	180
Puglia	193	189	179
Piemonte	188	218	221
Basilicata	172	191	189
Sicilia	171	171	160
Campania	168	170	153
Molise	150	180	167
Calabria	125	162	136
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>N.d.</b>	<b>159</b>	<b>149</b>
P.A. Trento	N.d.	185	185
P.A. Bolzano	N.d.	142	120
Friuli-Venezia Giulia	N.d.	206	193
Sardegna	N.d.	145	140

# I LEA DELLA VALLE D'AOSTA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

Nell'area dell'assistenza negli ambienti di vita e di lavoro non sono stati raggiunti gli standard minimi per quanto riguarda i controlli delle unità produttive nell'ambito della prevenzione e della tutela della salute nei luoghi di lavoro. I controlli di allevamenti e alimenti raggiungono lo standard previsto.

La Valle d'Aosta manca l'obiettivo della copertura vaccinale non soltanto per l'anti-influenzale degli anziani (un'inadempienza condivisa con tutte le altre regioni italiane) ma anche del vaccino per Morbillo-Parotite-Rosolia (91,3% rispetto all'obiettivo del 95% indispensabile per controllare l'epidemia) e del ciclo base di Polio, Difterite, Tetano, Epatite B, Pertosse e Hib (tra il 93,7% e il 94,5% a seconda della tipologia di vaccino).

Sono positivi invece i dati sugli screening oncologici: con un 15% di persone che hanno avuto accesso a uno screening di primo livello per cervice uterina, mammella e colon retto, la Valle d'Aosta supera ampiamente il target del 9%, posizionandosi tra le prime regioni italiane. Inoltre è positiva la valutazione degli effetti che i programmi di prevenzione attivati dalla Regione producono sulla qualità degli stili di vita.

Indicatore	Soglia del valore normale	Valore Valle d'Aosta	Giudizio
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	tutte $\geq$ 95%	tutte $\geq$ 92%	Scostamento minimo
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino MPR	$\geq$ 95%	91,3%	Scostamento rilevante ma in miglioramento
Copertura vaccinale negli anziani per anti-influenzale	$\geq$ 75%	45,2%	Scostamento rilevante ma in miglioramento
Percentuale di persone che ha effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato	$\geq$ 9%	15%	Valore normale
Indicatore composito sugli stili di vita della popolazione	Determinata con metodo statistico	Determinato con metodo statistico	Valore normale
Percentuale di unità locali delle imprese attive controllate sul totale da controllare	$\geq$ 5%	4,0%	Scostamento minimo
Alllevamenti controllati per il contrasto alla tubercolosi bovina	100%	100%	Valore normale
Alllevamenti controllati per il contrasto alla brucellosi	$\geq$ 99,8%	100%	Valore normale
Aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	$\geq$ 99,7%	100%	Valore normale
Percentuale dei campioni analizzati per contaminanti sugli alimenti di origine animale su totale dei campioni programmati	$\geq$ 98%	> 100%	Valore normale
Percentuale dei campioni analizzati per residui fitosanitari degli alimenti vegetali su totale dei campioni programmati	$\geq$ 90%	> 100%	Valore normale

# I LEA DELLA VALLE D'AOSTA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'assistenza distrettuale non è adeguatamente sviluppata. Gli unici indicatori che hanno raggiunto un «valore normale» riguardano i posti letto negli hospice, il consumo annuo di farmaci appartenenti al PHT, le prestazioni di risonanza magnetica, la presa in carico nei dipartimenti di salute mentale e i tassi di ospedalizzazione per complicanze in età pediatrica e adulta (i cui valori contenuti suggeriscono l'adeguatezza dell'attività di prevenzione, di diagnostica precoce e di assistenza territoriale). Rispetto all'assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare agli anziani e ai disabili, invece, tutti gli indicatori presentano scostamenti rispetto alla soglia dell'accettabilità. Emerge, in particolare, la completa assenza di posti di assistenza residenziale per anziani e di assistenza semi-residenziale per disabili, oltre all'inadeguatezza del servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari in favore degli anziani. Nel 2018 solo lo 0,2% degli anziani valdostani ha beneficiato di questo servizio, mentre in Piemonte la percentuale è del 2,8% e in Lombardia del 2,5%. Vesan (2018) suggerisce, sulla base delle risultanze di alcune interviste a testimoni privilegiati, che questo dato «anomalo» sia in parte attribuibile ad uno scomputo di prestazioni infermieristiche a domicilio organizzate diversamente rispetto all'ADI. Questa possibile interpretazione meriterebbe un'indagine ad hoc. Tuttavia rileviamo che, proprio rispetto alla valutazione dell'ADI, il Comitato LEA «tiene conto delle diverse modalità organizzative presenti nelle regioni italiane».

Indicatore	Soglia del valore normale	Valore Valle d'Aosta	Giudizio
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica per asma e gastroenterite	≤ 141	49,71	Valore normale
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409	229,54	Valore normale
Percentuale di anziani trattati in ADI	≥ 1,88%	0,2%	Scostamento rilevante ma in miglioramento
Posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	≥ 9,80	1,28	Scostamento non accettabile
Posti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	≥ 10	0,0	Scostamento non accettabile*
Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	≥ 0,50	0,35	Scostamento rilevante ma in miglioramento
Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	≥ 0,22	0,00	Scostamento non accettabile
Posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	≥ 0,60	0,372	Scostamento rilevante ma in miglioramento
Posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	≥ 0,45	0,00	Scostamento non accettabile
Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	1,74	Valore normale
Percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT	> 80,0%	92,5%	Valore normale
Prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5,10 - 7,50	5,86	Valore normale
Assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	≥ 10,82	15,03	Valore normale

\*Nota: giudizio assegnato nonostante la mancanza di dati.

Fonte: dati Ministero della Salute

# I LEA DELLA VALLE D'AOSTA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gli indicatori sull'assistenza ospedaliera mostrano dei ritardi lungo diverse dimensioni. Il tasso di parti cesarei sul totale risulta eccessivo (20,8% rispetto ad una soglia massima del 15%) ed è preoccupante la totale assenza di punti nascita per la terapia intensiva neonatale (UTIN) in favore dei prematuri, determinante per la sopravvivenza e la futura qualità di vita del bambino. Risulta elevato, inoltre, il lasso di tempo che intercorre in media tra l'allarme e l'arrivo dei mezzi di soccorso (24 minuti rispetto ad una soglia massima di 18). La Valle d'Aosta, d'altra parte, mostra indicatori sul tasso di ricovero (ordinario, diurno, diagnostico) ampiamente inferiori alla soglia che segnala il rischio di inappropriately (e quindi di malfunzionamento degli appropriati strumenti e canali di cura e prevenzione). E' soddisfacente inoltre, anche se in riduzione rispetto al 2017, la percentuale di anziani con frattura del collo del femore operati entro due giornate in regime ordinario (721% rispetto ad una soglia minima definita pari al 60%), un indicatore di efficacia e tempestività dell'attività ospedaliera.

Indicatore	Soglia del valore normale	Valore Valle d'Aosta	Giudizio
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	≤ 160,00	150,54	Valore normale
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	≤ 7,00	3,88	Valore normale
Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	≤ 90,00	97,44	Scostamento minimo
Rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriately e non a rischio di inappropriately in regime ordinario	≤ 0,21	0,15	Valore normale
Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1000 parti	≤ 25,00%	Non presenti strutture con più di 1.000 parti	Scostamento rilevante ma in miglioramento*
Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	≤ 15,00%	20,8%	Scostamento non accettabile
Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	≤ 18,00%	100,00%	Scostamento non accettabile
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 60,00%	72,1%	Valore normale
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (in minuti)	≤ 18	24	Scostamento rilevante ma in miglioramento

\*Nota: giudizio assegnato nonostante la mancanza di dati.

Fonte: dati Ministero della Salute

## GLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

- Da molti anni l'organizzazione del servizio sanitario nazionale deve confrontarsi con il problema dell'iperafflusso del servizio di pronto soccorso (si vedano Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale" del fu Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, anno 2009). Un fenomeno attribuibile a molteplici cause che hanno origine sia dal lato della «domanda» (aumento dell'aspettativa di vita di persone con pluripatologie, crescente bisogno di risposte a problemi di salute percepiti come urgenti, ...) sia dal lato dell'«offerta» (prevalenza del modello di assistenza ospedalocentrico, carenze nella rete dei servizi territoriali che dovrebbero assicurare la presa in carico delle patologie croniche, tempi di attesa per esami e interventi non coerenti con il quadro diagnostico dei pazienti, ...).
- Un elevato tasso di accessi in pronto soccorso viene oggi considerato come un indicatore segnaletico di carenze che possono riguardare diversi nodi della filiera del servizio sanitario (prevenzione primaria, prevenzione secondaria, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) e finanche di altri servizi sociali, nella misura in cui il pronto soccorso finisce col rappresentare un presidio di sicurezza per le categorie socialmente più deboli. Gli effetti negativi di un utilizzo improprio di questo servizio sono l'eccessiva pressione sul personale sanitario, la difficoltà nella gestione dei casi con maggiore criticità e l'incremento dei costi dell'assistenza.
- In Valle d'Aosta si osserva uno dei più elevati tassi di accesso in pronto soccorso (secondo l'ISTAT, mediamente, tra il 2017 e il 2019, 99,7 persone ogni 1.000 hanno fatto almeno un ingresso nei tre mesi precedenti l'intervista), in forte aumento negli anni e secondo soltanto a quello di Bolzano. Gli sport alpini rappresentano, naturalmente, un fattore di rischio aggiuntivo più impattante che in altre regioni.
- La percentuale di «codici bianchi», assegnati ai pazienti che non presentano urgenze (44,8% sul totale degli accessi, seconda soltanto a quella della Liguria) mostra come in Valle d'Aosta sia particolarmente pressante il problema degli accessi impropri al pronto soccorso.

## GLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

	Persone che si sono rivolte al pronto soccorso nei tre mesi precedenti l'intervista ogni 1.000		Percentuale di codici bianchi sul totale degli accessi
	2007-2009	2017-2019	2017
Piemonte	76,8	85,4	14,2%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>71,8</b>	<b>99,7</b>	<b>44,8%</b>
Liguria	66,7	85,3	52,3%
Lombardia	82,9	92,6	11,2%
Bolzano	90,4	100,8	3,2%
Trento	92,2	82,0	19,6%
Veneto	83,6	85,0	39,3%
Friuli-Venezia Giulia	78,0	85,3	27,2%
Emilia-Romagna	90,7	91,2	12,7%
Toscana	72,8	93,1	22,5%
Umbria	84,3	87,8	8,2%
Marche	70,2	76,9	6,8%
Lazio	65,5	66,7	4,2%
Abruzzo	67,5	76,7	4,4%
Molise	56,2	71,3	5,3%
Campania	47,6	40,7	6,4%
Puglia	54,1	62,5	4,0%
Basilicata	55,2	69,4	8,2%
Calabria	63,9	64,0	7,2%
Sicilia	59,1	59,2	5,9%
Sardegna	66,0	72,3	10,6%
Italia	70,8	76,1	N.d.

# I TEMPI DI ATTESA

Dal monitoraggio dei tempi di attesa necessari per accedere alle prestazioni sanitarie erogate dal SSR, emergeva nel 2019 una situazione di miglioramento rispetto al quadro di estrema criticità rilevato alla fine del 2017, quando, sulla base di una valutazione interna, la stessa USL definiva a *media* o *alta criticità* lo stato dei tempi di attesa del 71% delle prestazioni. In quell'arco di tempo si erano ridotti i tempi di attesa del 74% delle prestazioni, mentre per il restante 26% erano aumentati. La percentuale di prestazioni con tempi di attesa «critici» si è quindi ridotta, secondo le valutazioni dell'USL, al 36%. In ogni caso, considerando a titolo di esempio alcune delle prestazioni ad alto rilievo per la popolazione anziana, a maggio 2019 erano necessari 215 giorni per poter effettuare una visita cardiologica con ECG e 105 per un'ecografia dell'addome. Si tratta di un'attesa non compatibile con i termini fissati dalla legge per le prestazioni indicate di priorità «differibile» dalla prescrizione medica, che devono poter essere effettuate entro 60 giorni dalla prenotazione. I dati più recenti a disposizione (luglio 2021) ricavati dal portale istituzionale della USL di Aosta indicano un allungamento (in alcuni casi molto consistente) dei tempi di attesa per quattro visite specialistiche campione su cinque. Nello stesso periodo, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige riduceva significativamente i tempi di attesa per le stesse prestazioni.

L'Assessorato, a questo proposito, lamenta le difficoltà organizzative dovute alla carenza di medici specializzandi, individuata come la causa principale dei lunghi tempi di attesa (Del. 309/2019 – Approvazione del programma attuativo aziendale Governo Liste di Attesa), ai quali si è cercato di porre rimedio attraverso diverse soluzioni temporanee: incentivare l'attività libero professionale nelle aree carenti, acquistare prestazioni dalle strutture private, contattare le Aziende Sanitarie del Piemonte per verificare la disponibilità dei loro medici specialisti. Nel prossimo periodo sarà opportuno monitorare gli effetti del Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021 che, recependo le direttive del Piano Nazionale, interviene sul monitoraggio delle griglie RAO, la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, l'analisi del fabbisogno, i percorsi di presa in carico, la definizione del corretto rapporto tra attività medica istituzionale e in libera professione, l'estensione e la condivisione dei sistemi informativi, la comunicazione al pubblico.

I tempi di attesa per gli interventi in regime ordinario sono in molti casi inferiori a quelli rilevati mediamente a livello nazionale (dati sui tempi medi di attesa prima del ricovero nel 2019). In particolare, sono positivi i dati sull'attesa per l'angioplastica coronarica (23,7 giorni), per il tumore del polmone (19,6), per il tumore della prostata (28,8) e per la protesi all'anca (45,8).

Vi sono tuttavia aree mediche con tempi di attesa che, dal confronto con le altre regioni, segnalano delle anomalie. In particolare, sono per distacco i più alti in assoluto i tempi di attesa per la tonsillectomia (379,5 giorni, tre volte l'attesa media nazionale) e l'emorroidectomia (415,3 giorni, quattro volte l'attesa media).



# I TEMPI DI ATTESA PER ALCUNE PRIME VISITE: CONFRONTO TRA AOSTA E BOLZANO

La crisi del Covid sembra avere impattato negativamente sull'attività del sistema sanitario della Valle d'Aosta. Ad aprile 2021 i tempi di attesa per le visite in alcune branche specialistiche sono aumentate in modo drammatico. A luglio 2019 era possibile prenotare visite chirurgiche, urologiche e neurologiche con pochi giorni di anticipo. Oggi queste prestazioni hanno tempi di attesa pari, rispettivamente, a 54, 60 e 89 giorni. I tempi di attesa delle visite oculistiche sono stabili (39 giorni) mentre si sono ridotti significativamente quelli delle visite cardiologiche (da 98 giorni a 19). Nella Provincia Autonoma di Bolzano queste stesse prestazioni sono prenotabili con tempi di attesa molto inferiori e, fatta eccezione per la visita neurologica, la rilevazione evidenzia un miglioramento rispetto al 2019.

**Tempi di attesa per le visite specialistiche (tempo più breve disponibile nelle strutture dell'ASL). Situazione rilevata a luglio 2019 e ad aprile 2021. AUSL Valle d'Aosta e AS Alto Adige.**

	USL Aosta		Azienda Sanitaria Alto Adige	
	Luglio 2019	Aprile 2021	Luglio 2019	Aprile 2021
Visita cardiologica	98	19	49	12
Visita chirurgica	7	54	1	1
Visita oculistica	38	39	28	7
Visita ortopedica	73	Non disponibile	5	6
Visita urologica	4	60	40	6
Visita neurologica	1	89	22	71

**Fonte: portali istituzionali di AUSL Valle d'Aosta e AS Alto Adige**

# I TEMPI DI ATTESA PER GLI INTERVENTI

Tempi medi di attesa prima del ricovero per gli interventi in regime ordinario e in day hospital. Anno 2019. Italia e regioni.

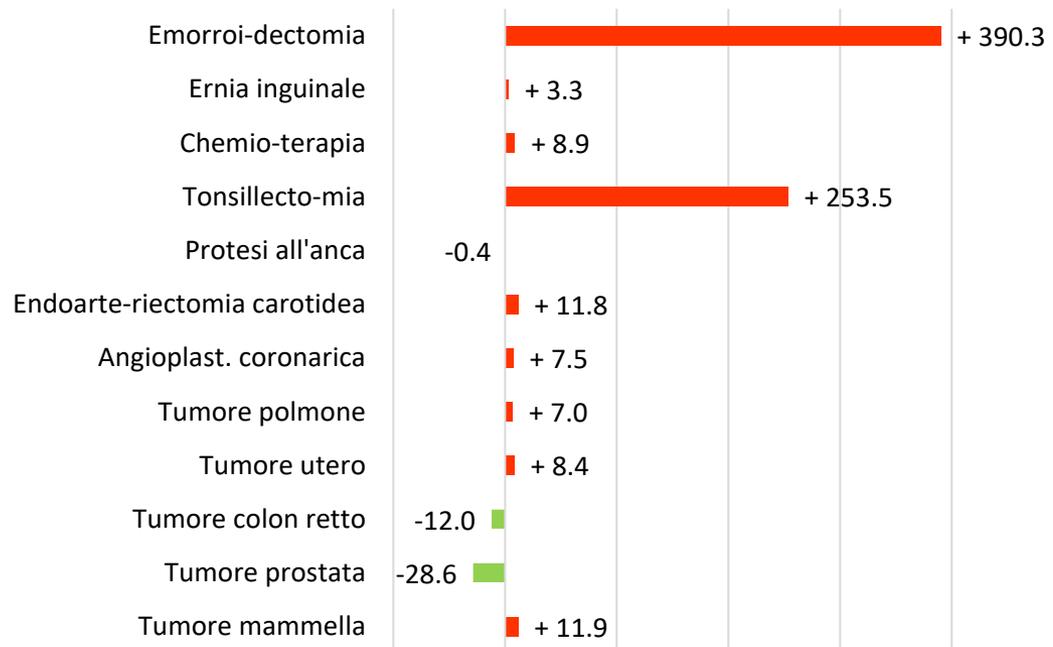
	Regime ordinario							Day hospital					
	Tumore mammella	Tumore prostata	Tumore colon retto	Tumore utero	Tumore polmone	Angiopl. coronarica	Endoarteriectomia carotidea	Protesi all'anca	Tonsillectomia	Chemioterapia	Coronarografia	Ernia inguinale	Emorroidectomia
Piemonte	25,6	51,7	22,9	22,9	27,1	25,0	44,3	106,2	132,0	8,7	51,6	189,0	71,9
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>33,6</b>	<b>28,8</b>	<b>24,1</b>	<b>24,4</b>	<b>19,6</b>	<b>23,7</b>	<b>54,2</b>	<b>45,8</b>	<b>379,5</b>	<b>13,5</b>	-	<b>104,6</b>	<b>415,3</b>
Lombardia	29,9	67,1	23,0	27,4	24,8	41,0	38,7	95,7	134,7	12,2	22,9	120,7	142,1
P.A. Bolzano	16,9	27,3	18,6	17,4	15,4	14,2	19,9	76,2	68,3	19,8	3,0	55,7	58,3
P.A. Trento	17,3	32,7	19,0	26,8	12,1	36,1	76,3	47,5	127,3	5,9	7,0	67,9	57,7
Veneto	15,6	31,3	15,9	20,2	16,4	29,0	44,0	81,1	96,4	20,5	36,3	70,5	47,8
Friuli V.G.	32,9	51,2	30,2	26,9	31,5	34,1	67,1	120,8	152,2	14,1	13,1	96,5	62,7
Liguria	31,9	53,1	29,1	32,1	28,2	22,1	33,7	96,8	164,1	7,6	12,3	134,5	162,4
Emilia-Romagna	20,4	53,3	19,2	26,0	18,8	23,6	50,5	81,5	131,9	20,5	19,5	113,9	132,9
Toscana	27,3	54,2	25,5	27,6	27,3	17,4	47,0	89,9	77,2	9,4	10,1	136,2	142,2
Umbria	38,4	94,5	28,2	35,1	24,1	18,7	34,6	84,4	128,0	1,2	-	130,1	99,7
Marche	25,8	44,4	29,0	22,5	22,9	28,8	58,0	61,9	97,0	9,2	29,8	97,5	102,1
Lazio	26,7	48,1	19,3	27,7	21,7	30,8	43,5	63,8	145,7	5,9	18,7	88,1	93,0
Abruzzo	31,1	79,2	18,8	24,8	15,4	18,4	51,4	42,5	128,0	9,2	38,7	73,0	60,3
Molise	16,2	15,1	26,1	11,9	37,1	29,2	84,3	28,5	166,2	9,2	2,3	73,1	60,3
Campania	27,8	43,1	31,3	21,4	39,0	13,4	46,3	39,6	116,6	10,2	11,6	35,8	24,6
Puglia	29,3	57,4	15,2	18,0	18,9	16,2	32,2	61,4	91,7	7,7	-	60,9	89,9
Basilicata	20,9	57,3	22,9	18,3	29,5	34,6	46,8	276,8	83,9	10,3	-	178,0	38,9
Calabria	20,5	35,6	21,1	15,9	13,9	23,6	8,5	20,8	19,1	19,1	2,9	35,7	12,4
Sicilia	26,9	49,2	24,7	28,2	19,2	24,4	43,7	47,5	102,0	9,8	24,9	51,3	49,8
Sardegna	55,6	53,4	38,4	30,4	49,0	19,7	29,1	58,7	107,2	20,7	21,5	77,9	103,2
Italia	26,6	52,8	23,1	25,2	23,6	27,3	44,2	80,5	121,9	9,6	29,5	104,2	97,1

Fonte: Dati Ministero della Salute

# I TEMPI DI ATTESA PER GLI INTERVENTI

Nell'arco di 9 anni, sono cresciuti notevolmente i tempi di attesa per gli interventi di emorroidectomia (di 390 giorni) e tonsillectomia (di 253,5 giorni). Crescono, anche se in misura più contenuta, i tempi necessari per la maggior parte degli altri interventi oggetto di rilevazione (ernia inguinale, chemioterapia, endoarteriectomia carotidea, angioplastica coronarica, interventi per tumore del polmone, dell'utero e della mammella). Uniche prestazioni per le quali si osserva un calo dei tempi di attesa sono la protesi all'anca e gli interventi per tumore del colon retto e della prostata).

Variatione 2010-2019 dei tempi medi di attesa prima del ricovero per gli interventi in regime ordinario e in day hospital. Valle d'Aosta.



# I CONSULTORI

A oltre 45 anni dalla loro nascita (legge nazionale 405/1975) i Consultori Familiari (CF) continuano ad erogare in tutte le regioni italiane servizi di base a tutela della salute della donna, del bambino, della coppia e della famiglia, con un orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute e basato sull'approccio olistico, la multidisciplinarietà, l'integrazione con gli altri servizi territoriali. A causa di uno sviluppo non omogeneo nel corso degli anni, la loro copertura risulta oggi molto differenziata lungo il territorio nazionale, così come la loro governance e il loro rapporto con il più ampio sistema sanitario e socio-sanitario. In 5 regioni i consultori familiari sono incardinati nel Dipartimento materno infantile, in 2 Regioni nel Dipartimento delle cure primarie, in 7 Regioni – tra le quali la Valle d'Aosta – fanno capo a Dipartimenti diversi a seconda dell'azienda sanitaria locale o del distretto e in altre 5 fanno capo ai Distretti anziché ai Dipartimenti (le informazioni riferite qui e in seguito sono state ricavate dallo studio realizzato nell'ambito del Progetto Nazionale Consultori Familiari, che ha raccolto dati su 1.703 sedi consultoriali – corrispondenti all'88% del totale – tra il 2018 e il 2019).

Alcuni aspetti che denotano le diverse modalità di organizzazione del servizio a livello regionale sono

- *la gratuità del servizio.* Le visite in gravidanza, l'assistenza in puerperio, la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), il percorso per le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e l'accesso allo spazio giovani sono prestazioni garantite senza costi per gli utenti in tutte le Regioni. Cinque regioni però – **Valle d'Aosta**, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna – prevedono il pagamento di un ticket per una o più delle seguenti prestazioni: visite ed esami per infezioni/malattie sessualmente trasmissibili, visite per menopausa, consulenza psicologica e sessuologica, psicoterapie, contraccezione short e long acting;
- *la presenza di attori privati.* Si riscontra in sette regioni/province autonome, ovvero la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia, la Provincia di Bolzano, la Toscana, l'Abruzzo, il Molise e la Sicilia.

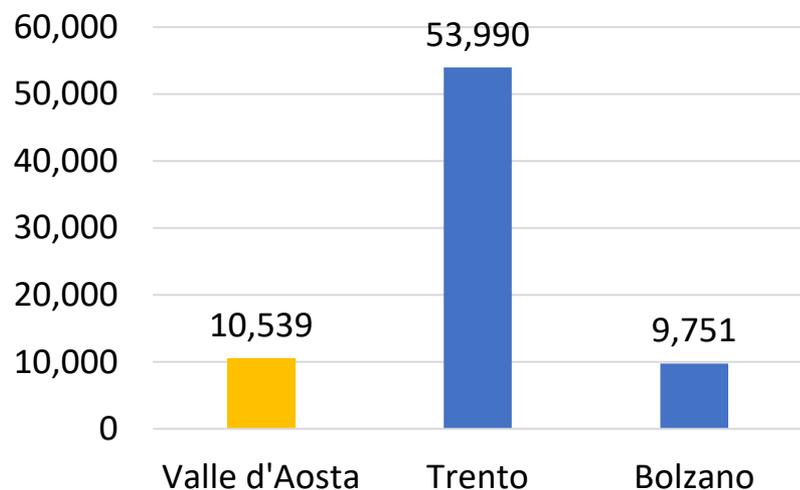
# I CONSULTORI: DIFFUSIONE SUL TERRITORIO E COPERTURA DEL BACINO DI UTENZA

Nonostante la legge n. 34/96 abbia previsto la presenza di un CF ogni 20.000 abitanti (il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 distingue tra zone rurali, dove sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000, e zone urbane, dove è sufficiente un CF ogni 25.000), la media calcolata sull'intero territorio nazionale è di uno su 35.000. La Valle d'Aosta (10.539), la Provincia Autonoma di Bolzano (9.751) e Basilicata (16.557) sono le uniche regioni/province autonome che rispettano il target.

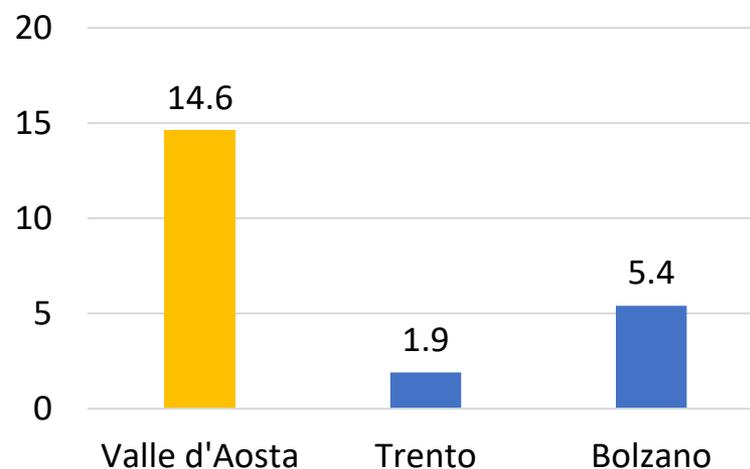
Rispetto alla percentuale di popolazione presa in carico dai CF – un dato che riflette meglio la loro effettiva capacità di erogare servizi alla cittadinanza – la Valle d'Aosta si posiziona prima di tutte le regioni e province autonome, con 14,6 utenti ogni 100 residenti (rispetto a una media nazionale di 5 su 100).

Alla luce di queste informazioni, la presenza dei consultori familiari in Valle d'Aosta è più soddisfacente rispetto al resto del territorio nazionale, dove si riscontrano diverse aree (compresa la Provincia Autonoma di Trento) in cui l'attività di queste strutture è molto ridotta.

**Rapporto tra numero di residenti e consultori. Periodo 2018-2019.**



**Numero di utenti ogni 100 residenti. Periodo 2018-2019.**

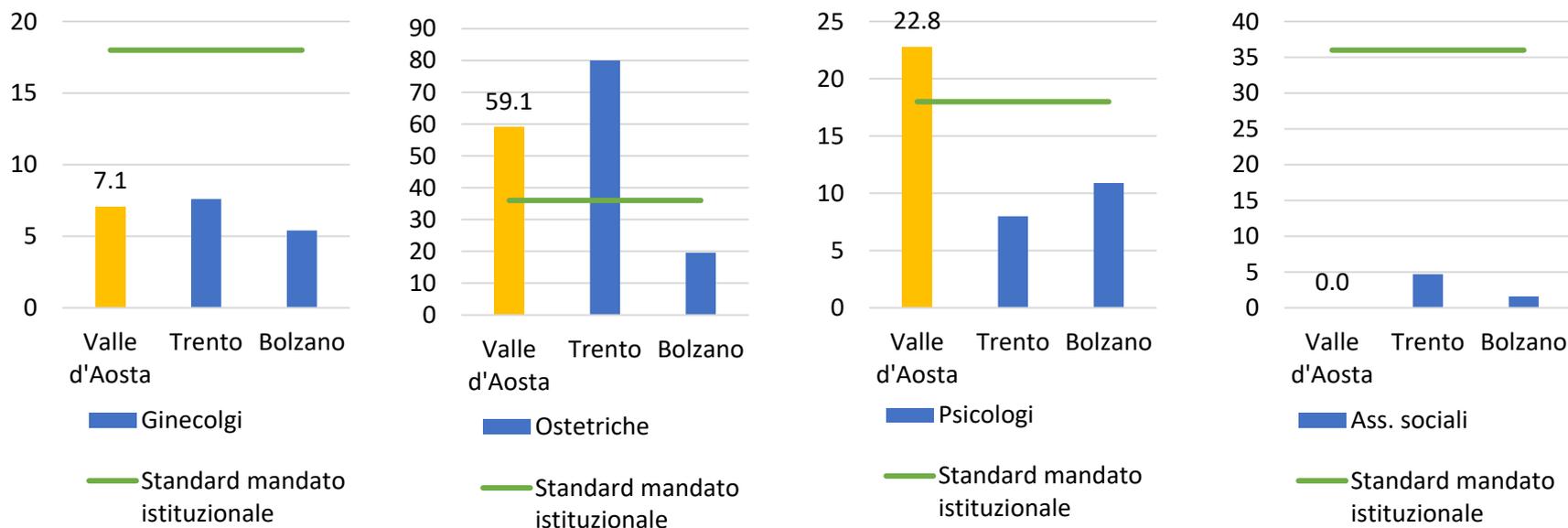


## I CONSULTORI: I LIVELLI DI ATTIVITA'

Più informative circa gli effettivi livelli di attività di queste strutture sono le ore lavorate dagli operatori che compongono l'equipe di base consultoriale (ginecologi, ostetriche, psicologi e assistenti sociali). In Valle d'Aosta soltanto gli psicologi e le ostetriche raggiungono lo standard previsto dal Ministero della Salute per rispondere al mandato istituzionale dei CF. Con 22,8 ore lavorative settimanali per 20mila abitanti, l'attività degli psicologi supera di circa cinque ore lo standard (18 ore); le ostetriche, con 59,1 ore, superando lo standard di circa 23 ore settimanali per 20mila.

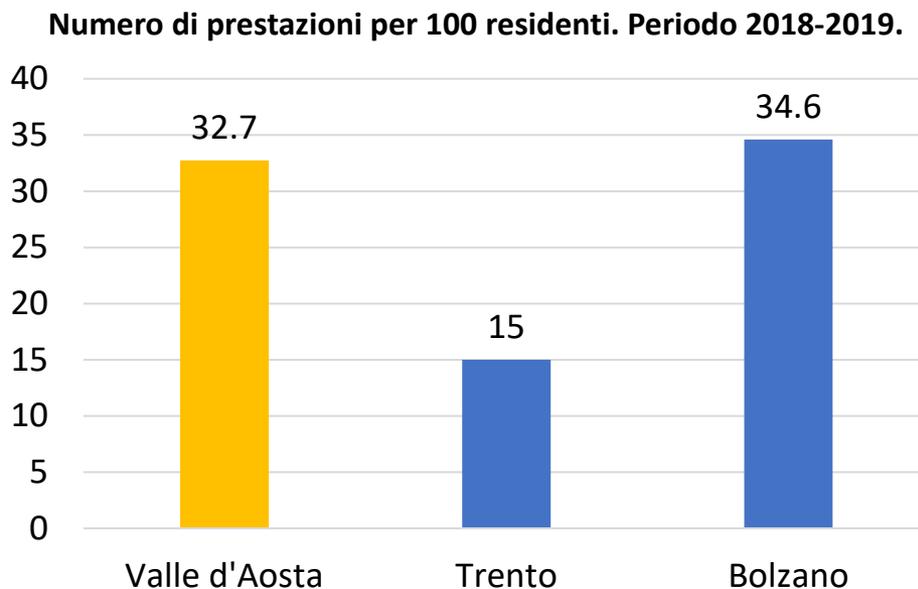
Ampi scarti in negativo dall'obiettivo si osservano invece per i ginecologi (7,1 per settimanali per 20mila a fronte di un mandato istituzionale di 18) e soprattutto per gli assistenti sociali: con un volume di attività pari a zero (il mandato istituzionale è di 36 ore), la Valle d'Aosta è l'unica regione d'Italia in cui questa figura professionale non fa parte dell'equipe consultoriale

**Media delle ore lavorative settimanali per 20.000 residenti per alcune professioni. Periodo 2018-2019.**



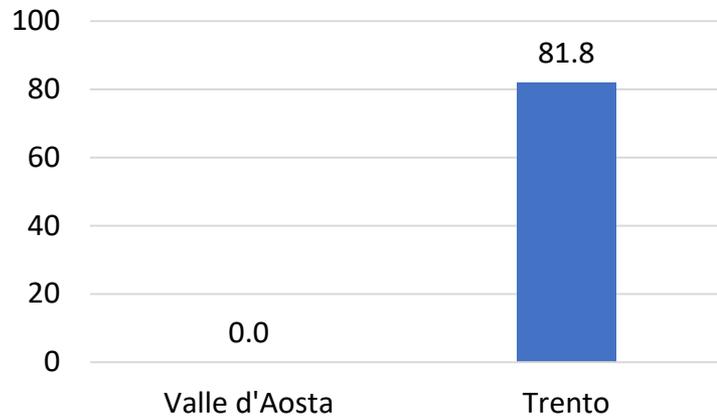
## I CONSULTORI: I LIVELLI DI ATTIVITA'

Se si considera il numero di prestazioni erogate in rapporto alla popolazione, la Valle d'Aosta, con un valore di 32,7 per 100 residenti (il terzo in Italia) si colloca molto al di sopra della media nazionale (15,5). Tale indicazione non può essere però considerata come una misura oggettiva delle differenze regionali, in quanto i dati che la compongono non sono stati definiti in modo standardizzato. Le difficoltà di rilevazione attengono alle diverse modalità di registrazione delle prestazioni erogate, in particolare la distinzione tra utenti singoli o in gruppo (ad esempio gli incontri di coppia) e il Pap test, che solo alcune ASL includono fra le prestazioni consultoriali, con diverse modalità di rilevazione anche nell'ambito della stessa Regione.

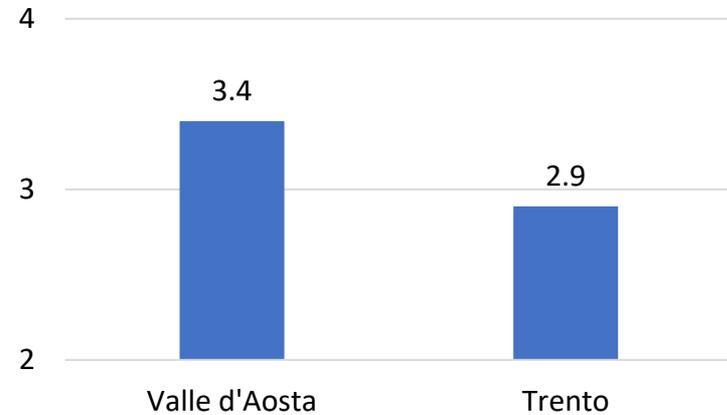


# I CONSULTORI: I SERVIZI ATTIVATI

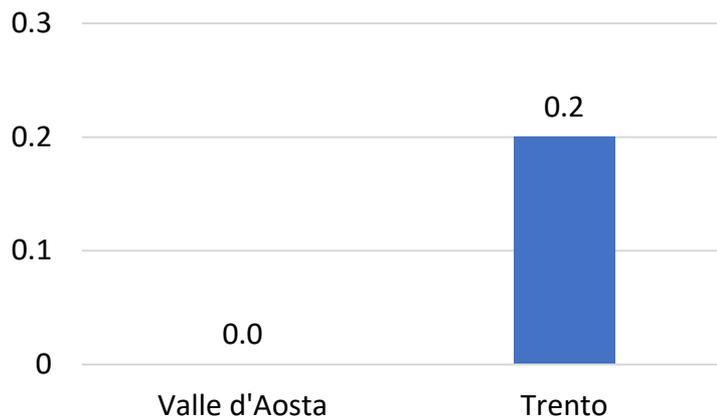
**Percentuale di CF che offrono attività a donne in menopausa e post menopausa. Valori percentuali. Periodo 2018-2019.**



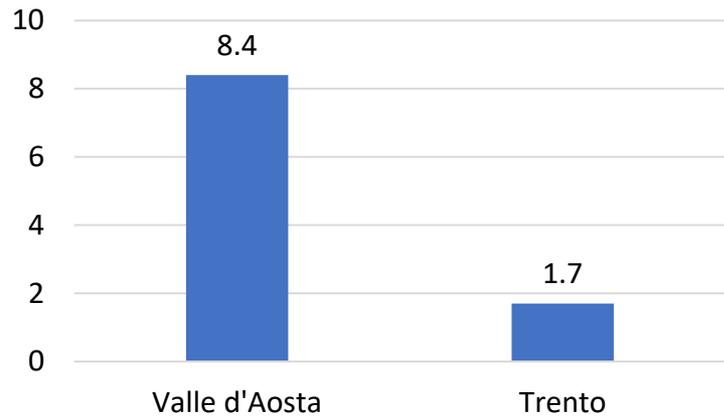
**Numero stimato di CAN (Corsi di Accompagnamento alla Nascita) per 100 nati vivi. Periodo 2018-2019.**



**Copertura punti di ascolto giovani (12-24enni che vi si sono recati ogni 100 residenti 12-24enni). Periodo 2018-2019.**



**Stima copertura utenti adolescenti (utenti 12-24enni dei CF ogni 100 residenti 12-24enni). Periodo 2018-2019.**



## IL DEFR 2021-2023

- Il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) è il principale strumento di programmazione economico-finanziaria della Regione. Contiene le linee programmatiche dell'azione di governo regionale, orienta le successive deliberazioni della Giunta Regionale e dell'Assemblea Legislativa e costituisce il presupposto del controllo strategico.
- Il documento approvato lo scorso marzo e riferito al triennio 2021-2023 illustra gli impegni e gli obiettivi programmatici della Giunta Regionale che dovranno accompagnare la Valle d'Aosta fuori da un anno di forte crisi sanitaria ed economico-sociale.
- E' opportuno ricordare che la crisi del Covid si è abbattuta su un tessuto economico già in difficoltà. Nel 2019, prima dell'emergenza pandemica, il PIL valdostano era inferiore del 9,1% rispetto a quello registrato nel 2008, prima della crisi finanziaria e della «Grande Recessione» che ha colpito l'Italia fino al 2014. Le stime disponibili (fonte: Prometeia) indicano una flessione del 9,5% nel 2020 cui dovrebbe seguire un rimbalzo 5% nel 2021 e un biennio di crescita nel 2022 (+4,4%) e nel 2023 (+2%) che consentirebbe di recuperare i livelli di produzione antecedenti alla Pandemia.
- Le condizioni sociali della popolazione, in particolare di quella in età lavorativa (con particolare riferimento a giovani, donne, persone ai margini del mercato del lavoro) sono peggiorate, nonostante l'introduzione di nuovi ammortizzatori sociali da parte del Governo Centrale. La ripresa dell'attività economica, dopo un lungo periodo di «blocco» dei licenziamenti che verrà gradualmente rilasciato nei prossimi mesi, potrebbe paradossalmente rappresentare una fase segnata da fallimenti e perdita di posti di lavoro.

# IL DEFR 2021-2023: IL SETTORE SANITARIO

Con riferimento al settore sanitario, del quale la Pandemia ha rivelato numerose carenze e fragilità, la Giunta si è impegnata a predisporre il nuovo «Piano regionale per la salute e il benessere sociale» la cui validità si estenderà fino al 2025. Di seguito di elencano i principali obiettivi programmatici:

- Verificare la compatibilità tecnico-progettuale ed economica e la realizzabilità in termini cronologici adeguati del «progetto ospedale» (ampliamento del Parini). Qualora gli esiti di questa verifica non fossero soddisfacenti, verranno sondate altre soluzioni.
- Realizzare un modello di assistenza territoriale che vedrà i medici di medicina generale, gli infermieri e altri operatori coordinarsi con gli specialisti ospedalieri. Esso prevede di mantenere alcune sperimentazioni avviate durante la Pandemia, durante la quale gli studi dei medici di assistenza primaria sono stati dotati di personale e attrezzature atte a migliorare le possibilità di assistere i malati cronici e svolgere in loco esami diagnostici. I vantaggi attesi riguardano sia la qualità del percorso di presa in carico, sia la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche.
- Riorganizzare i servizi territoriali del dipartimento di salute mentale, con particolare riguardo alla lotta alle dipendenze e alla psichiatria territoriale. Verranno attuate misure di contrasto e prevenzione delle psicopatologie emergenti.
- Sviluppare la telemedicina e l'assistenza domiciliare, soprattutto a vantaggio dei territori più periferici, maggiormente interessati dalla presenza di popolazioni fragili e da difficoltà nel garantire interventi di soccorso tempestivi.
- Incrementare l'offerta di tipo socio-sanitario da parte delle strutture che ospitano anziani, oggi prevalentemente orientate all'accoglienza socio-assistenziale e alberghiera. Ciò comporterà la ridefinizione dei carichi assistenziali e del fabbisogno di personale, partendo da alcune strutture già presenti sul territorio.
- Introdurre meccanismi che incentivino i professionisti della salute a trasferirsi e a permanere in Valle d'Aosta, al fine di colmare le attuali carenze di personale di cui soffre il Servizio Sanitario Regionale.

# IL PROGETTO OSPEDALE

- L'idea di realizzare un nuovo ospedale valdostano nasce diversi anni fa da una legge di iniziativa popolare, la cui approvazione è stata sottoposta a referendum regionale nel 2007, senza raggiungere il quorum del 45%: i votanti furono il 27% degli aventi diritto e il 64% di loro si espresse a favore della realizzazione del nuovo ospedale. L'iniziativa ha preso nuovo slancio grazie ad una petizione lanciata su Change.org circa un anno fa (che ha raccolto circa 1.000 firme) che riproponeva la strada dell'ospedale unico come un'opportunità per rilanciare la sanità valdostana, facendo allora affidamento sulla linea di credito Pandemic Crisis Support creata nell'ambito del MES. I promotori, individuando nel comune di Saint-Christophe l'area destinata ad ospitare la nuova struttura, stimano un ammontare di costi pari all'incirca a 150 milioni di euro.
- Il progetto dell'ospedale, spiegano i promotori dell'iniziativa, va confrontato con l'ipotesi alternativa di ristrutturare e ampliare il già esistente ospedale Parini situato ad Aosta, con costi non inferiori alla costruzione del nuovo polo. I lunghi tempi della ristrutturazione, inoltre, comporterebbero significativi disagi per i residenti.

## IL PROGETTO OSPEDALE

- Anche se parziali, i risultati che emergono da un'analisi preliminare dei questionari sottoposti ad un insieme di testimoni privilegiati mostrano una diffusa contrarietà verso la scelta ventilata dalla Regione di ampliare l'ospedale Parini («progetto ospedale»). Considerando soltanto coloro che hanno risposto, metà si sono detti poco d'accordo, metà per niente d'accordo. Nessuno ha indicato «abbastanza» o «molto d'accordo».
- C'è consenso sul fatto che gli interventi sull'Ospedale Parini non sarebbero comunque in grado di recepire le innovazioni necessarie ad un vero ammodernamento. La sua collocazione geografica, inoltre, non favorisce l'integrazione con i servizi territoriali che, ricordiamo, rappresenta il principale obiettivo programmatico del DEFR, per quanto riguarda il capitolo della sanità. Secondo alcuni, è necessario realizzare un nuovo presidio collocato fuori città sia per ragioni logistiche (migliore accessibilità, maggiore dotazione di parcheggi, percorsi separati per pazienti e visitatori, efficienza nella gestione degli spazi ...) sia perché questo favorirebbe un miglioramento delle specialità di lungo-degenza, grazie alla possibilità di accogliere i pazienti in spazi più ampi e immersi nel verde.

## **La non autosufficienza**

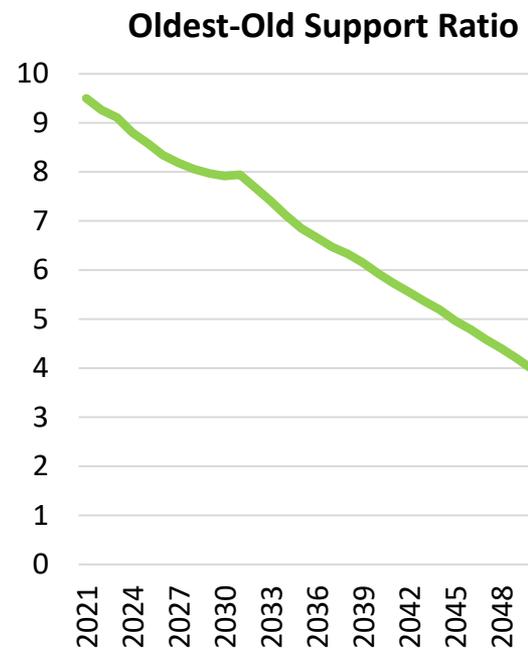
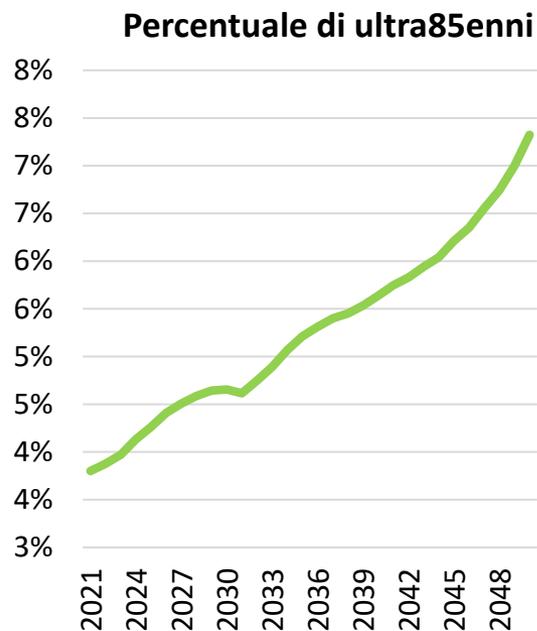
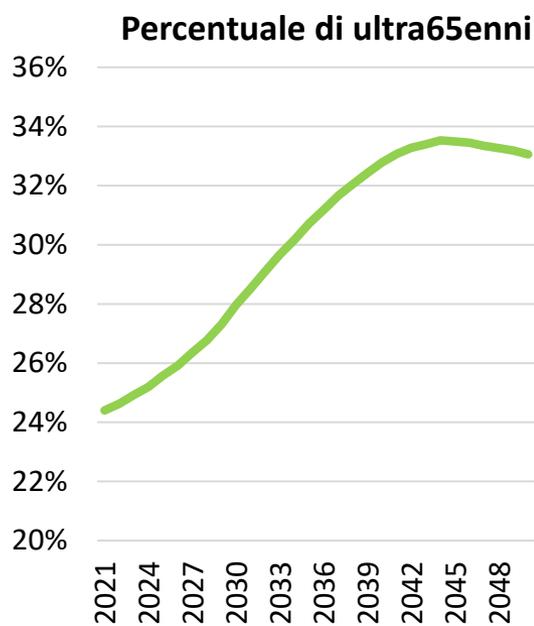
## LA PRESA IN CARICO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

- L'assistenza ai non autosufficienti è ormai un'emergenza sociale che sembra non adeguatamente affrontata dal sistema Paese. L'invecchiamento della popolazione testimonia i traguardi della scienza medica e del miglioramento delle condizioni di salute generali, ma allo stesso tempo pone sfide cruciali alle società avanzate, le quali devono affrontare la crescente domanda di servizi a sostegno della non autosufficienza in un quadro di risorse scarse e di politiche spesso non sintonizzate con i cambiamenti della domanda sociale.
- Il modello di welfare delle d'Aosta non sembra discostarsi da quello nazionale, che vede una predominanza dei trasferimenti cash nell'impiego delle risorse e una scarsa diffusione di servizi «in natura». Questa impostazione delle politiche per la non autosufficienza assegna, non sempre in modo esplicito, un ruolo centrale allo sforzo dei parenti, sia come acquirenti dei servizi disponibili sul mercato privato (talvolta non sufficientemente regolati, come nel caso del fenomeno dilagante delle assistenti familiari) sia come caregiver informali. I cambiamenti sociodemografici in atto impongono tuttavia di riconsiderare il modello italiano di presa in carico delle fragilità, sia sul piano dell'equità sociale, sia su quello della sostenibilità nel lungo e nel medio periodo. Pensiamo non soltanto agli «squilibri» intervenuti nella piramide demografica, che vede aumentare di anno in anno la quota di individui appartenenti alle fasce di età più anziane, ma anche alla crescente partecipazione al mercato del lavoro da parte delle donne, vero perno del nostro welfare «familistico».
- Come è emerso dall'analisi dei dati sullo stato di salute della popolazione, nonostante il miglioramento delle condizioni di vita degli anziani, l'invecchiamento generale ha determinato negli anni un aumento sensibile dell'incidenza delle patologie croniche e delle fragilità che limitano l'autonomia di una parte sempre più ampia della popolazione. Oggi in Valle d'Aosta vivono circa 30mila ultra65enni (pari al 24,4% dei residenti) e 4.663 ultra85enni (il 3,8%), convenzionalmente individuati come la fascia dei «grandi anziani» più fragili e a maggior rischio di perdere, col passare del tempo, gradi di autonomia nella vita quotidiana. Secondo le proiezioni dell'ISTAT, le fasce di popolazione anziana sono destinate a crescere nei prossimi 30 anni. Un trend preoccupante riguarda l'andamento dell'Oldest-Old Support Ratio (OOSR) che misura il rapporto tra i «potenziali caregiver (individuati come i residenti di età compresa tra i 50 e i 74 anni) e i grandi anziani: al primo gennaio 2021 vi erano 9,5 potenziali caregiver ogni grande anziano; lo stesso rapporto nel 2030 si sarà ridotto a 7,9, nel 2040 a 5,9.

# LE PROIEZIONI DEMOGRAFICHE

Le proiezioni realizzate dall'ISTAT combinando i pareri di diversi esperti nel campo degli scenari demografici, mostrano che fino agli anni Quaranta la quota di popolazione anziana è destinata a crescere rapidamente, mentre l'incidenza dei grandi anziani continuerà ad aumentare anche negli anni Cinquanta. Il processo di senilizzazione si accompagnerà ad una riduzione del numero di persone nella fascia di età tra 50 e 74 anni, che oggi in Italia costituisce la colonna portante dell'assistenza (professionale e informale) degli anziani. Se oggi sono presenti tra i 9 e i 10 potenziali caregiver ogni grande anziano, questo rapporto, scenderà sotto i 7 negli anni Trenta e sotto i 5 negli anni Quaranta.

Proiezioni demografiche in uno scenario mediano. Periodo 2021-2050. Valle d'Aosta



# LA PRESA IN CARICO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

- Come segnalano le valutazioni negative espresse dalla Corte dei Conti e dal Comitato per i LEA circa la dotazione di posti letto nelle strutture di assistenza agli anziani, il modello valdostano di presa in carico sembra fare scarso affidamento sui servizi socio-sanitari di tipo residenziale. A conferma dello scarso sviluppo di questo tipo di soluzione, secondo un'indagine di Italia Longeva, nel 2019 appena lo 0,9% degli ultra65enni erano ospiti di RSA. Ad oggi la Regione censisce un'unica struttura situata nel comune di Aosta (Casa di Riposo J.B. Festaz).
- L'offerta residenziale consiste però anche di case di riposo e strutture di tipo «leggero» orientate alla presa in carico di anziani parzialmente autonomi o con problematiche circoscritte che consentono la permanenza in ambienti di vita comunitari, più simili a quelli di un'abitazione privata. Sono presenti sul territorio regionale 8 case di riposo private che garantiscono 462 posti letto. Ad esse si aggiungono 30 strutture di piccole dimensioni classificate, in base al livello di intensità assistenziale garantito al loro interno, in comunità di tipo familiare, strutture a prevalente accoglienza alberghiera, strutture protette e strutture protette plus: queste garantiscono, nel complesso, 550 posti. Sono presenti poi 6 comunità alloggio, destinate ad accogliere persone anziane fragili ma autonome in abitazioni indipendenti raggruppate in complessi residenziali con servizi in comune.
- Anche nella nostra regione i trasferimenti monetari, sebbene in riduzione, – sotto forma di indennità di accompagnamento – rappresentano una componente determinante che sostiene in alcuni casi l'istituzionalizzazione, in altri casi le cure familiari, in altri ancora l'assunzione di assistenti familiari. Il 7,7% degli over 65 beneficia di questo assegno, la percentuale più bassa in Italia dopo quella di Bolzano e Trento. La media nazionale è dell'12%; su di essa incidono i dati anomali rilevati in molte regioni del Centro e del Mezzogiorno (Calabria e Umbria in primo luogo).
- Sul versante dei servizi domiciliari, la Valle d'Aosta si caratterizza per uno scarso sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) della quale hanno beneficiato nel 2019 0,6 anziani su 100 (la media nazionale è di 2,7). Sono invece relativamente diffusi i servizi domiciliari di natura socio-assistenziale che favoriscono la permanenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente, organizzati e gestiti dai comuni in forma singola o associata. In particolare, il SAD raggiungeva nel 2018 una percentuale di anziani del 3,7%, molto più alta di quella delle altre regioni e della Provincia di Trento. Positivo, inoltre, il tasso di copertura delle attività ricreative (5,5%) e della distribuzione pasti a domicilio. E' quasi assente il trasporto sociale (per disabili e anziani con problemi di mobilità, in particolare verso i luoghi di cura), un servizio che assume rilevanza nelle aree interne e a bassa domanda, poco dotate di servizi in loco e di trasporti pubblici.

## GLI ANZIANI OSPITI IN RSA

Rispetto alla capacità di presa in carico delle RSA, la Valle d'Aosta è il fanalino di coda del Centro-Nord. Con uno 0,9% di ospiti sul totale dei residenti ultra65enni, nel 2019 mostrava una copertura molto inferiore alle regioni maggiormente comparabili, (Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, ...).

### Quota di ultra-65enni ospiti in RSA. Italia e regioni del Centro-Nord.

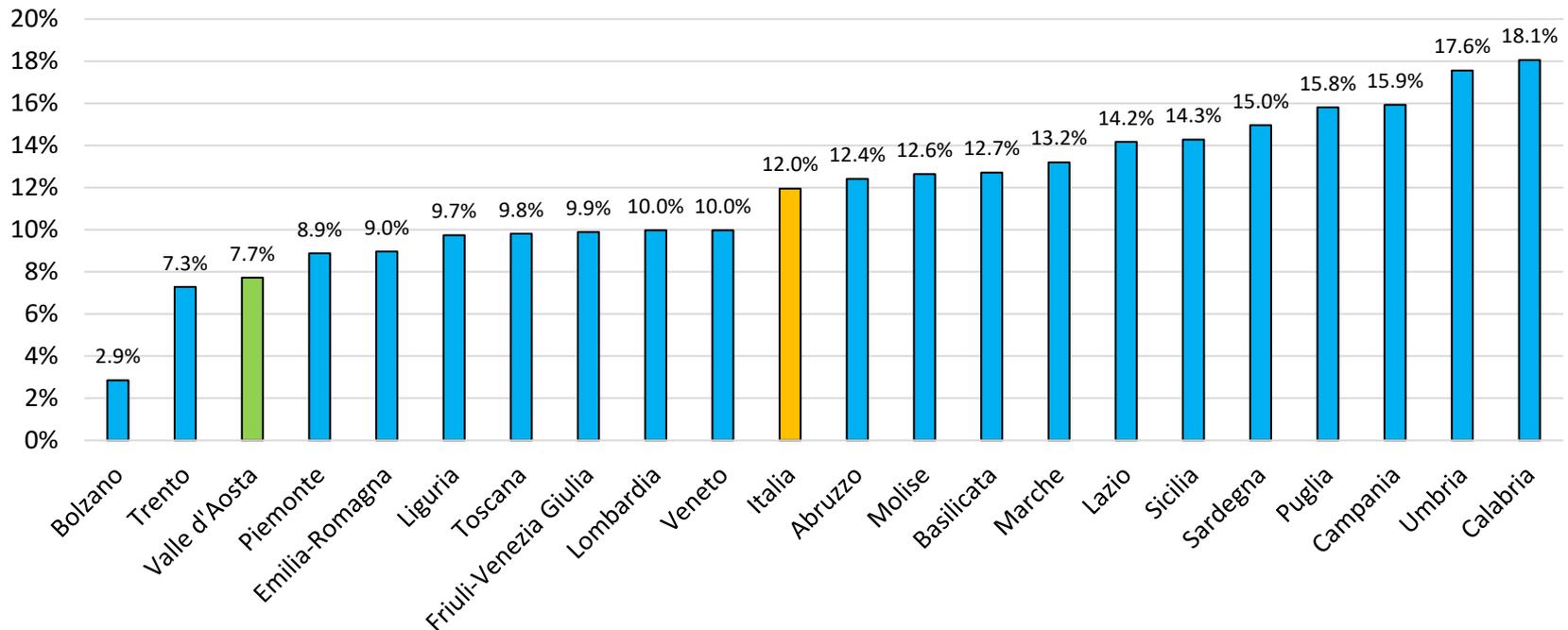
Regione	2018	2019
Piemonte	3,4%	4,5%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,9%</b>
Liguria	3,0%	3,0%
Lombardia	3,8%	4,3%
Bolzano	N.d	N.d
Trento	9,4%	9,6%
Veneto	3,5%	3,6%
Friuli-Venezia Giulia	3,0%	4,0%
Emilia-Romagna	2,6%	2,6%
Toscana	2,1%	2,1%
Italia	2,2%	2,4%

Fonte: dati Italia Longeva

# I BENEFICIARI DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

In Valle d'Aosta, nonostante il progressivo invecchiamento della popolazione responsabile di un aumento delle situazioni di disabilità, tende a ridursi il numero di indennità di accompagnamento erogate agli anziani. Con un 7,7% di beneficiari (erano il 10% nel 2012), essa si collocava molto al di sotto della media nazionale (12%). I divari più rilevanti si registravano rispetto all'Umbria (17,8%) e a diverse regioni del Centro-Sud con un'incidenza superiore al 14% (Lazio, Sicilia, Sardegna, Puglia, Campania e Calabria). Tali differenze, naturalmente, solo in parte riconducibili a differenze oggettive nello stato di salute della popolazione, chiamano in causa i diversi criteri di assegnazione di questo beneficio da parte delle regioni italiane e segnalano la presenza di abusi territorialmente concentrati.

**Percentuale di residenti ultra65enni che percepiscono l'indennità di accompagnamento. Anno 2019. Italia e regioni.**



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

# I SERVIZI COMUNALI IN FAVORE DEGLI ANZIANI

Utenti ultrasessantacinquenni dei servizi sociali comunali (in percentuale sui residenti). Anno 2018. Italia e regioni.

	Servizio sociale professionale	Attività ricreative, sociali, culturali	SAD	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Telesoccorso e teleassistenza	Trasporto sociale	Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	Centri diurni
Piemonte	5,9%	2,2%	0,7%	0,1%	0,2%	2,9%	0,4%	0,1%
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>2,0%</b>	<b>5,5%</b>	<b>3,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,7%</b>
Liguria	4,6%	3,4%	0,9%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%
Lombardia	3,1%	1,4%	1,1%	0,7%	0,2%	1,2%	0,3%	0,3%
Bolzano	0,6%	0,0%	4,5%	2,6%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%
Trento	8,2%	4,2%	2,2%	1,9%	1,0%	0,3%	0,2%	0,2%
Veneto	8,8%	4,2%	1,2%	0,6%	0,9%	1,2%	2,1%	0,3%
Friuli-Venezia Giulia	7,5%	2,1%	2,0%	1,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,6%
Emilia-Romagna	6,5%	1,5%	1,2%	0,4%	0,1%	1,0%	0,4%	0,4%
Toscana	5,2%	0,7%	0,6%	0,1%	0,1%	0,3%	0,6%	0,2%
Umbria	2,1%	1,3%	0,2%	0,0%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%
Marche	2,1%	2,5%	0,5%	0,0%	0,0%	1,1%	0,1%	0,1%
Lazio	2,7%	1,6%	0,8%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,5%
Abruzzo	1,4%	2,3%	0,9%	0,0%	0,3%	0,2%	0,1%	1,2%
Molise	3,4%	1,5%	1,3%	0,0%	0,1%	0,9%	0,0%	0,1%
Campania	1,3%	0,9%	0,6%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Puglia	2,7%	1,6%	0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%
Basilicata	2,5%	1,2%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Calabria	1,1%	0,8%	0,5%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Sicilia	1,8%	1,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,9%
Sardegna	3,9%	1,4%	1,7%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
Italia	4,0%	1,7%	0,9%	0,3%	0,2%	0,8%	0,4%	0,3%

**PRINCIPALI CONCLUSIONI**  
**Le interviste ai testimoni privilegiati**  
**e il punto di vista dello SPI CGIL**

## GLI ELEMENTI DI DEBOLEZZA DEL SSR

Durante la pandemia	Situazione pregressa
L'impossibilità di gestire adeguatamente gli spazi dell'ospedale, separando i percorsi covid/nocovid, e di garantire l'areazione e l'asetticità.	La mancanza di una visione strategica. Il rapporto non efficace tra ospedale e territorio e tra servizio sanitario e servizi sociali, che ostacola la multidimensionalità della presa in carico.
Il ritardo con cui sono arrivati i protocolli anticovid.	La carenza di medici di medicina generale e specialisti.
La mancanza dell'osservatorio epidemiologico.	La capacità di smaltire le liste di attesa.
Lo scarso coinvolgimento dei medici di base.	Un ospedale vecchio e inadeguato per le attuali esigenze della popolazione. Una lunga e inconcludente programmazione per l'adeguamento delle strutture
L'aggravarsi di alcune criticità e vulnerabilità (pazienti cronici, pazienti psichiatrici, disabili, ...) in seguito al deterioramento o alla sospensione di alcuni percorsi di cura e servizi.	L'elevato livello di ospedalizzazione che riflette la visione ospedalocentrica e l'inadeguata presa in carico delle cronicità.
	La scarsa presenza di presidi territoriali.
	Lo scarso livello di prevenzione primaria.
	La mancanza di indagini sulle condizioni di salute generali che consentirebbero di orientare la programmazione sanitaria.
	Il requisito della conoscenza del francese per i medici.

## GLI ELEMENTI DI FORZA DEL SSR

### Punti di forza

La presenza di un volontariato diffuso.

La dedizione e la professionalità degli operatori.

La recente attenzione che è stata sviluppata verso la cura delle relazioni con i familiari.

Il servizio di elisoccorso.

# LE PRINCIPALI EMERGENZE DELLA DOMANDA SOCIALE

## Le principali emergenze della domanda sociale

La diffusione delle dipendenze e dell'abuso di alcol.

Le azzardopatie.

Il disagio psicologico spesso non adeguatamente affrontato.

La senilizzazione crescente che imporrebbe di spostare parte del servizio sanitario dall'ospedale al territorio.

Gli effetti della pandemia sulle condizioni economiche, che si traducono in peggiori condizioni di salute.

La scarsa educazione sanitaria che determina ritardi nell'ambito della prevenzione primaria.

La montagna come fattore di rischio per gli incidenti.

# COME MIGLIORARE LE PRESTAZIONI

## Migliorare le prestazioni del SSR

Realizzare case della salute e servizi di comunità.

Rivisitare il ruolo dei medici di medicina generale e collegare maggiormente questi medici ai medici specialisti.

Potenziare e rendere più efficace la telemedicina

Incentivare l'accesso alle professioni sanitarie, anche con borse di studio

Estendere le fasce orarie per effettuare esami

Costruire un partenariato con il SSR del Piemonte, per realizzare un osservatorio epidemiologico in Valle d'Aosta

Lavorare sui programmi di prevenzione primaria

Potenziare i sistemi informativi

# COME MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

## Azioni per migliorare la presa in carico della non autosufficienza

Occuparsi delle difficoltà che hanno molti anziani negli spostamenti sul territorio (non possono guidare ed accedere ai servizi territoriali)

Investire maggiormente sulle disabilità (trasporto, assistenza, Dopo di Noi)

Lavorare affinché si sviluppi una cultura della non autosufficienza che valorizzi gli anziani come risorse e favorisca la presa in carico all'interno della comunità di riferimento

Valorizzazione maggiormente, da un punto di vista economico e contrattuale, il personale che opera nelle residenze per anziani

Aumentare le competenze regionali nella programmazione dei servizi socio-sanitari

Migliorare dal punto di vista dei controlli e dell'adozione di protocolli nelle residenze per anziani (esigenza emersa durante la pandemia)

Realizzare un sistema informativo unico che connetta tutti gli utenti a tutti i servizi socio-sanitari, a vantaggio dell'integrazione socio-sanitaria

Puntare alla sanitarizzazione delle case di riposo (ovvero dotarle di medici e altro personale sanitario)

Trasferire la competenza delle residenze per anziani dagli enti locali alla USL.