CGIL SPI SINDACATO PENSIONATI ITALIANI Valle d'Aosta

Indagine sulla società anziana in Valle d'Aosta. Domanda sociale e offerta di servizi

luglio 2019 - strumenti per la negoziazione sociale

Associazione Ires Lucia Morosini

Coordinamento: Domenico Falcomatà
A cura di Francesco Montemurro e Valerio Porporato

Principali conclusioni

La società anziana in Valle d'Aosta - Punti di forza

- Il bilancio della Regione Valle d'Aosta è ancora in grado di stanziare quote di risorse pro capite assai superiori alla maggior parte degli stanziamenti effettuati dalle altre Regioni italiane (a statuto ordinario e speciale).
-Nel 2017 gli impegni di spesa corrente pro capite della Regione Valle d'Aosta erano pari a circa 8.769 euro, a fronte dei 2.320 euro rilevati mediamente tra le Regioni a statuto ordinario e dei 4.084 euro rilevati complessivamente nelle Regioni a statuto speciale.

- Secondo le graduatorie stilate dai più importanti quotidiani economici Aosta è , anche nel 2018, tra le città con qualità della vita migliore.

- Il tasso di povertà relativa negli ultimi anni si è abbassato, anche se è aumentato il numero delle persone a rischio di povertà.

La società anziana in Valle d'Aosta - Punti di debolezza

-Il Pil della Regione Valle d'Aosta è dipendente in misura assai superiore alle altre Regioni dalla spesa pubblica. Eppure tale fenomeno non risulta aver fornito un contributo apprezzabile in termini di rilancio delle politiche di sviluppo e di coesione sociale.

-Il problema della corruzione e della "non buona" amministrazione.

- 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.

- Le analisi dei dati disponibili mostrano, al confronto con le aree territoriali comparabili, bassi livelli della presa in carico delle persone anziane (servizi socio-sanitari, con particolare riferimento alle cure domiciliari, servizi sociali erogati dai comuni), tempi di attesa in sanità alti e inadeguato sviluppo del sistema dei trasporti pubblici.

- Il livello d'innovazione sociale (domotica nelle abitazioni e sviluppo della pianificazione urbanistica per la società anziana, co-housing, apprendimento permanente, invecchiamento attivo) risulta insoddisfacente.

- Nel 2018, per il quinto anno consecutivo la popolazione è diminuita: oltre al calo delle nascite sul fenomeno pesano i deboli saldi migratori, interno ed esterno.

-Il reddito medio dichiarato in Valle d'Aosta è tra i più bassi nel Nord Italia, mentre gli indicatori sui prezzi di alcuni beni durevoli e al consumo segnalano che il costo della vita per le famiglie residenti nella nostra regione è tra i più alti.

La società anziana in Valle d'Aosta - Punti di debolezza

- Nell'ultimo anno il bilancio regionale ha visto diminuire i "contributi in conto esercizio" (trasferimenti regionali) al servizio sanitario regionale, da 253,25 milioni nel 2016 a 251,03 milioni nel 2017 (-2,22 milioni, pari a -0,88 per cento). La Corte dei Conti (febbraio 2019) rileva che il continuo taglio dei trasferimenti regionali e l'avvenuta canalizzazione su altri settori delle somme destinate agli investimenti in ambito sanitario, tra cui l'edificazione del nuovo ospedale, stanno producendo un congelamento di questi investimenti con «effetti di non poco rilievo sul mantenimento degli standard qualitativi necessari alla tutela della salute pubblica».

- L'applicazione dei Lea non è stata giudicata soddisfacente dal Comitato nazionale. La Valle d'Aosta, infatti, presenta parametri deficitari in tutte le tre aree di indagine (assistenza nell'ambito degli ambienti di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), nonostante abbia una spesa pro capite per i servizi sanitari tra le più alte in Italia e sia presente una forte compartecipazione degli utenti per finanziare il proprio SSR.

-L'eccessiva frammentazione istituzionale, che appesantisce il bilancio degli enti territoriali e provoca inefficienze nella gestione delle risorse, non è adeguatamente affrontata a livello regionale. Vi è la necessità di definire ambiti ottimali per la gestione associata e la cooperazione tra tutti i comuni, nonché di promuovere le fusioni.

La società anziana in Valle d'Aosta – Opportunità – Le proposte

-Maggiore integrazione delle politiche regionali.
- Miglioramento dell'assistenza distrettuale (case della salute) e dell'assistenza ospedaliera.
- Sviluppo dell'Adi e degli interventi finalizzati a promuovere l'approccio integrato alla Non autosufficienza (cure domiciliari, sollievo alle famiglie, dimissioni protette, rsa, centri diurni). Maggiore ricorso all'Innovazione sociale (interventi residenziali alternativi alle Rsa, appartamenti protetti e polifunzionali, miglior utilizzo della tecnologia).
- Utilizzo degli Avanzi di amministrazione disponibili nei comuni – Investimenti qualificati.
- Migliorare le politiche urbanistiche e la realizzazione di interventi integrati (barriere architettoniche, spostamenti, presenza del commercio, residenzialità, progettazione di spazi di incontro, ecc.) per facilitare la fruizione delle città da parte degli anziani.
- Promuovere la partecipazione degli anziani alle politiche sociali. I comuni potrebbero incentivare, insieme alle Associazioni e al Sindacato, l'auto-organizzazione degli anziani e delle famiglie per l'attivazione di servizi di solidarietà e vicinato (scambi di favori, gruppi di mutuo-aiuto, reti di condominio e di quartiere, ecc.);
- Realizzazione di una legge sull'Invecchiamento attivo dotata di finanziamenti. Occorre creare le condizioni affinché le persone, anche in età avanzata e una volta uscite dal mercato del lavoro, continuino a partecipare agli affari sociali, economici, culturali, spirituali e civili della propria società.
-Applicazione della digitalizzazione (Industria 4.0) ai settori ad alta utilità sociale: sanità, scuola, trasporti, ecc.

La società anziana in Valle d'Aosta - Minacce

- La tendenza all'individualizzazione dei comportamenti (alta % di nuclei monofamiliari) e alla instabilità dei nuclei familiari (alta % di divorzi e separazioni) sta indebolendo l'azione del welfare familistico (caregiver), il vero perno delle cure ai non autosufficienti. Rischio di tessuto sociale fortemente indebolito.

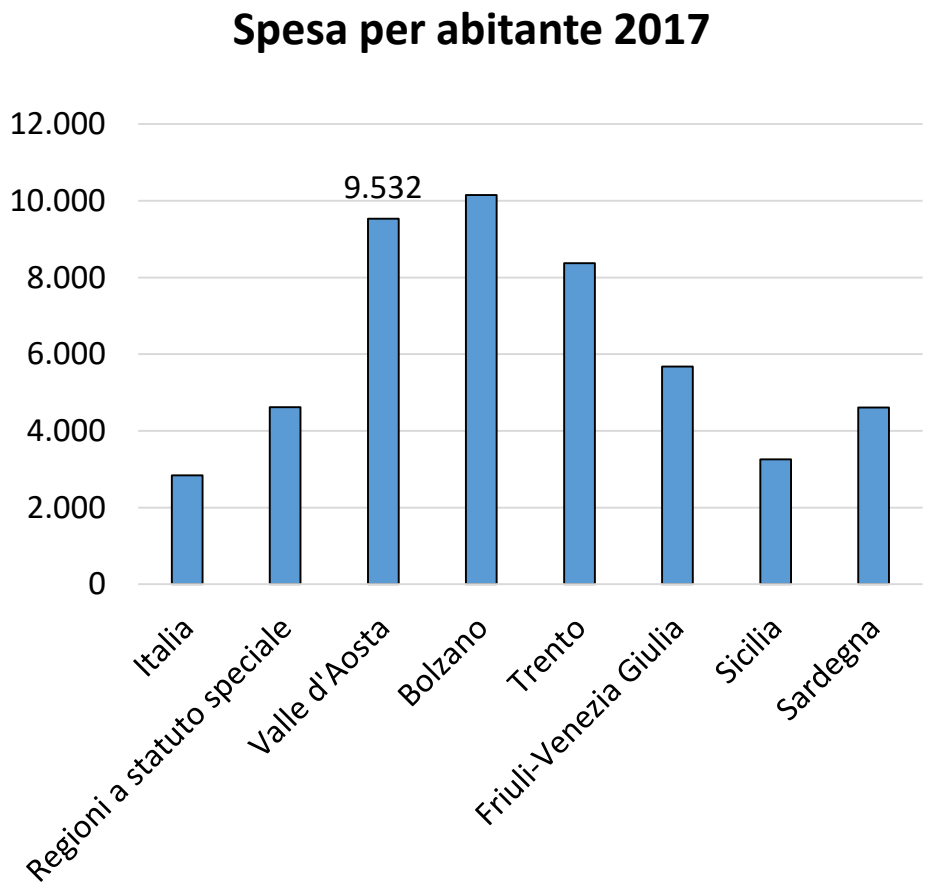
- Tendenziale aumento dei costi sanitari a carico delle famiglie, in presenza di quote di spesa sanitaria pubblica molto elevate.

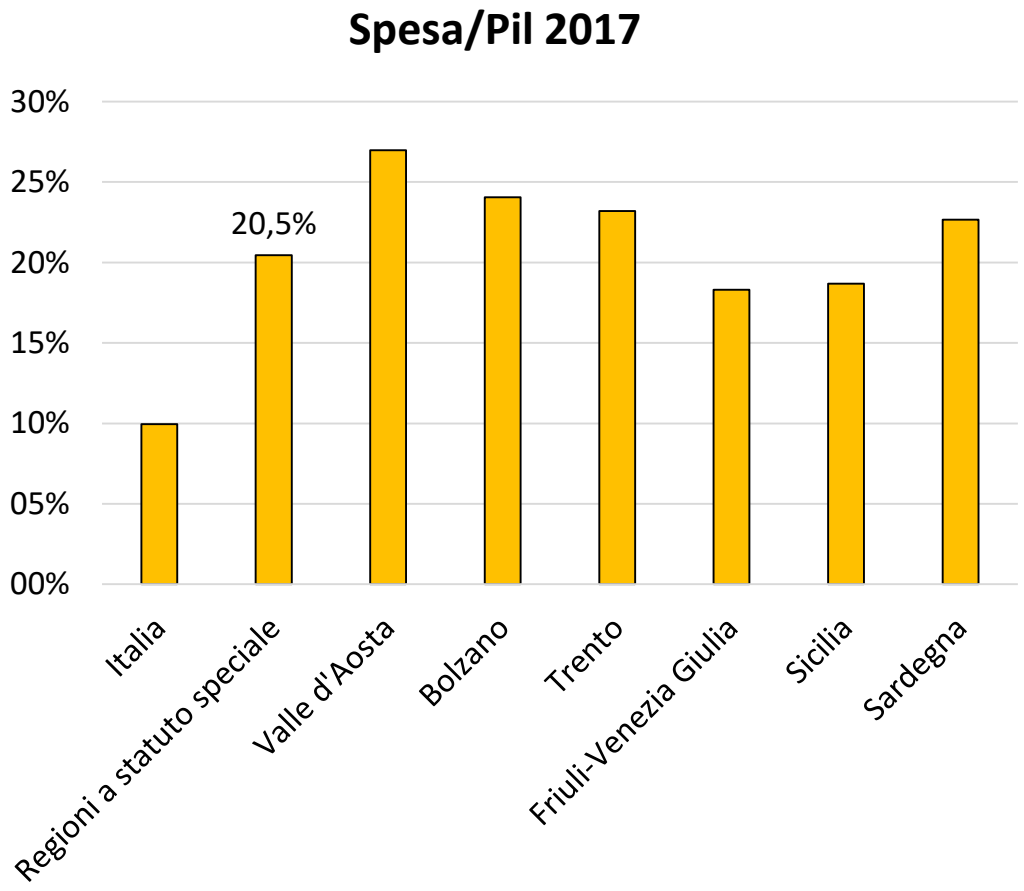
- Debolezza delle politiche d'integrazione degli immigrati e indebolimento dei processi di coesione sociale.

- Rischio di discontinuità assistenziale (sanità) per gli anziani soli, a causa dei tempi di attesa molto lunghi e del sistema dei trasporti pubblici non adeguato.

- Alcune indagini evidenziano come l'opinione pubblica non appaia molto scossa dai fenomeni corruttivi che interessano la p.a., pur risultando essi evidenti e persistenti. C'è il rischio che la legalità e la «buona amministrazione» fatichino a riposizionarsi tra le priorità del ceto politico e del governo locale.

LE SPESE FINALI E IL PIL A CONFRONTO





Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

L’EVOLUZIONE DELLA DOMANDA SOCIALE

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

La Valle d'Aosta, nel contesto generale di invecchiamento della popolazione italiana, presenta un livello di **senilizzazione** più alto della media, avendo una percentuale di ultra-sessantacinquenni del 23,5% (il valore nazionale è del 22,6%) e una percentuale di giovani under 15 del 13,4% (pari a quella italiana). 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 sono ritirati dal lavoro) con almeno 65 anni saranno il 27,7% e nel 2040 il 32,7% (fonte: proiezioni ISTAT). La popolazione ultra-ottantacinquenne aumenterà a tassi anche più sostenuti, raggiungendo il 5% nei primi anni Trenta. Si tratta di un fenomeno che produrrà un forte impatto sulla domanda sanitaria e di assistenza, 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 il Capoluogo (l'unico con più di 20.000 abitanti) presenta uno stadio più avanzato del processo di senilizzazione, con una percentuale di anziani del 27,1%. Seguono i piccolissimi comuni fino a 1.000 abitanti (23,2%), quelli da 3.001 a 5.000 (22,3%) e quelli da 1.001 a 3.000 (21,6%). 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.

Anche nel corso del 2018, per il quinto anno consecutivo, la popolazione valdostana è diminuita (di 536 unità, ovvero dello 0,4% tra il primo gennaio e il 31 dicembre). Le ragioni del calo demografico 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**. Il saldo migratorio della nostra regione con il resto del Paese è uno dei più bassi del Centro-Nord (+0,6 per 1.000 abitanti nel corso del 2018). Inoltre presenta il saldo migratorio con l'estero più basso di tutte le regioni centro-settentrionali (+2,0 per 1.000 abitanti), mostrandosi poco attrattiva per gli stranieri, che costituiscono soltanto il 6,6% 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, alla scarsa disponibilità di abitazioni e all'elevato costo della vita. I trasferimenti di residenza verso l'estero hanno seguito un trend crescente, passando dai 249 del 2012 ai 473 del 2018: **la Valle d'Aosta origina flussi di emigrazione sempre più consistenti**. Anche i trasferimenti in Regione di persone provenienti da altri Paesi, tuttavia, sono in ripresa. Nel 2018 sono stati 723, raggiungendo il picco degli ultimi sette anni.

I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI: IL CONTESTO NAZIONALE

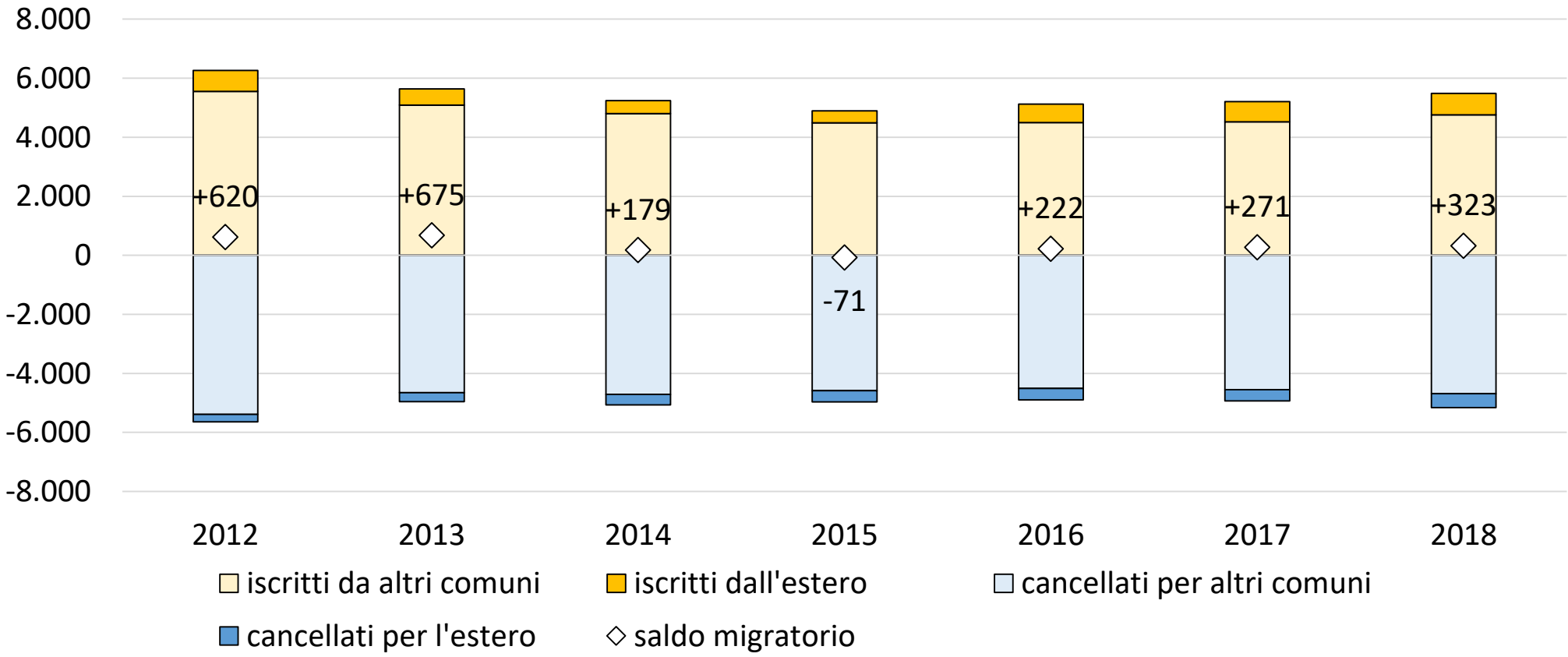
Principali indicatori demografici. Anni 2018 e 2019. Italia e regioni.

	Popolazione		Tassi per 1.000 abitanti 2018								
	2019	Var. % 09-19	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Saldo migrat. interno	Saldo migrat. estero	% Stranieri 2019	% under 15 2018	% 15-64 2018	% over 65 2018	% over 85 2018
Piemonte	4.356.406	-1,7%	6,6	12,3	1,0	2,4	9,8%	12,6%	62,2%	25,3%	4,0%
Valle d'Aosta	**125.666**	**-1,1%**	**7,2**	**11,7**	**0,6**	**2,0**	**6,6%**	**13,4%**	**63,1%**	**23,5%**	**3,6%**
Liguria	1.550.640	-4,0%	5,8	14,3	1,6	3,7	9,4%	11,3%	60,3%	28,4%	5,0%
Lombardia	10.060.574	3,3%	7,5	9,9	2,1	3,6	11,7%	13,8%	63,8%	22,4%	3,3%
Trentino-Alto Adige	1.072.276	5,3%	9,0	8,8	3,4	2,2	9,1%	15,2%	64,2%	20,6%	3,3%
Veneto	4.905.854	0,4%	7,2	10,0	0,9	3,4	10,2%	13,5%	63,9%	22,6%	3,4%
Friuli-Venezia Giulia	1.215.220	-1,4%	6,4	11,9	2,3	3,4	9,1%	12,2%	61,9%	25,9%	4,1%
Emilia-Romagna	4.459.477	2,4%	7,3	11,2	3,2	4,0	12,3%	13,2%	62,9%	23,8%	4,0%
Toscana	3.729.641	0,6%	6,7	11,6	0,3	3,7	11,2%	12,5%	62,2%	25,2%	4,2%
Umbria	882.015	-1,4%	6,5	11,4	-0,3	3,1	11,1%	12,7%	62,1%	25,2%	4,4%
Marche	1.525.271	-1,7%	6,6	11,2	-0,1	2,4	9,0%	12,8%	62,7%	24,5%	4,2%
Lazio	5.879.082	4,5%	7,1	9,7	0,0	3,3	11,6%	13,5%	65,1%	21,4%	3,2%
Abruzzo	1.311.580	-1,7%	6,8	11,2	-0,6	3,4	6,8%	12,6%	63,9%	23,6%	3,9%
Molise	305.617	-4,7%	6,1	12,0	-3,5	4,5	4,5%	11,5%	64,3%	24,2%	4,3%
Campania	5.801.692	-0,2%	8,2	9,2	-4,4	2,0	4,6%	14,7%	66,8%	18,5%	2,4%
Puglia	4.029.053	-1,2%	7,1	9,6	-3,0	1,8	3,4%	13,3%	65,0%	21,7%	3,1%
Basilicata	562.869	-4,7%	6,6	11,0	-4,3	2,6	4,1%	12,1%	65,3%	22,6%	3,8%
Calabria	1.947.131	-3,1%	7,8	10,1	-5,2	3,6	5,8%	13,4%	65,4%	21,2%	3,3%
Sicilia	4.999.891	-0,8%	8,1	10,3	-3,6	1,4	4,0%	14,0%	65,2%	20,8%	3,0%
Sardegna	1.639.591	-1,9%	5,7	9,9	-1,5	1,2	3,4%	11,4%	65,4%	23,2%	3,3%
Italia	60.359.546	0,5%	7,3	10,5	-0,3	2,9	8,7%	13,4%	64,1%	22,6%	3,5%

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

LE MIGRAZIONI: MIGLIORA IL SALDO COMPLESSIVO DAL 2016, AUMENTANO I TRASFERIMENTI DA E VERSO L'ESTERO

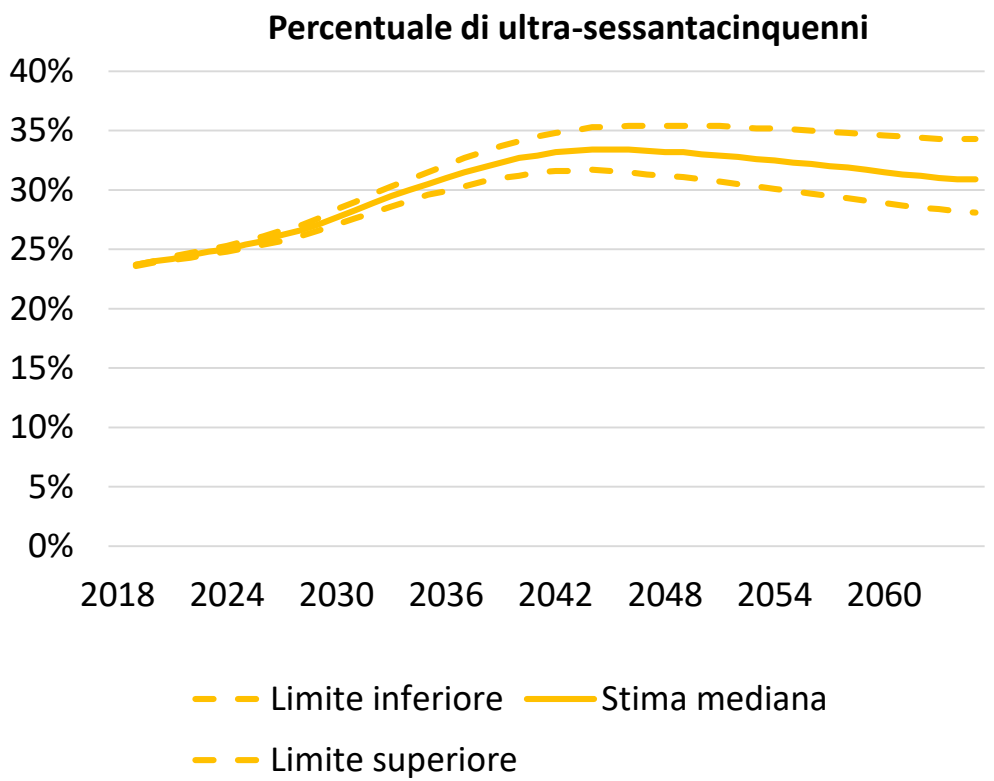
Saldo migratorio in valori assoluti e sue componenti. Periodo 2012-2018. Valle d'Aosta.

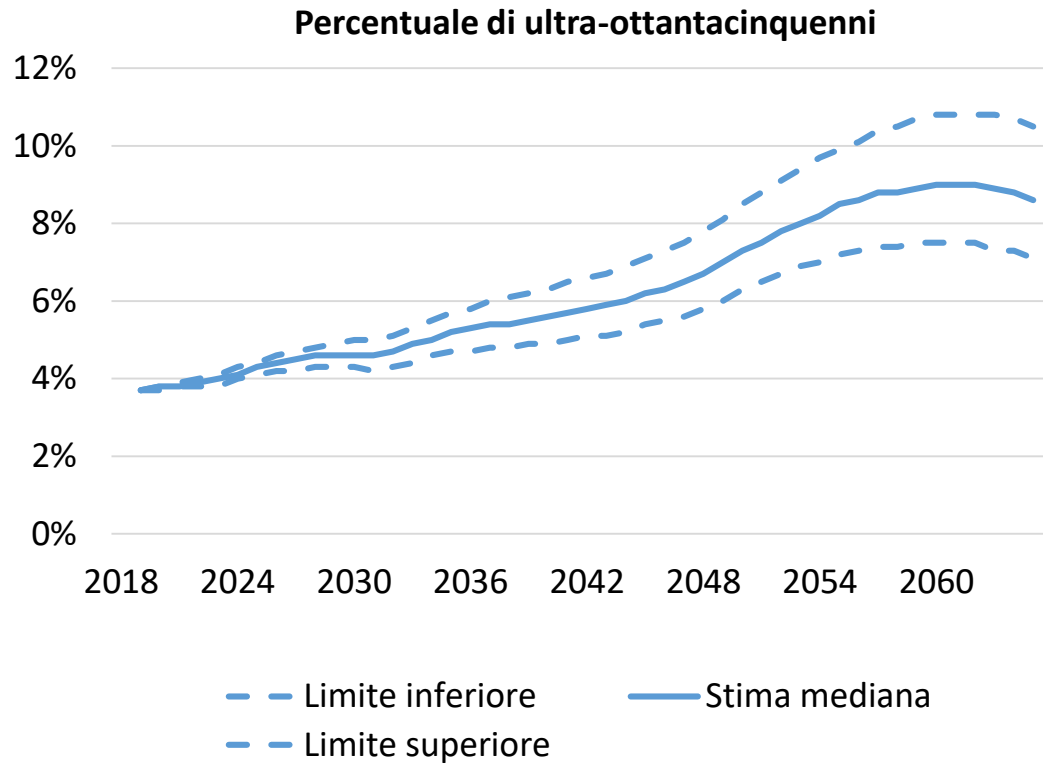


Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

LE PROIEZIONI DEMOGRAFICHE: GLI ANZIANI E I «GRANDI ANZIANI» AUMENTERANNO IL LORO PESO RELATIVO

Proiezioni della percentuale di anziani (scenario intermedio e intervalli di confidenza al 90%). Anni 2018 – 2065. Valle d'Aosta.





Nota: Le stime riportate nel grafico sono state realizzate simulando 3.000 valori dei due indicatori oggetto di proiezione. Nella figura sono rappresentati il valore intermedio («stima mediana»), il valore che separa il 10% inferiore della distribuzione delle simulazioni dal 90% superiore («limite inferiore») e il valore che separa il 10% superiore della distribuzione delle simulazioni dal 90% inferiore («limite superiore»). In questo modo è possibile visualizzare uno scenario demografico «intermedio» e due scenari «estremi». Le considerazioni riportate nel testo fanno riferimento alla stima mediana.
Fonte: dati ISTAT

I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI: INVECCHIAMENTO E CALO DEMOGRAFICO RIGUARDANO SOPRATTUTTO I PICCOLI COMUNI E IL CAPOLUOGO

La scomposizione della struttura demografica rispetto alla dimensione comunale rivela che il calo decennale della Regione (-1,1%) si deve alla dinamica negativa dei piccolissimi comuni e del Capoluogo, dove l'alta percentuale di anziani contribuisce ad innalzare i tassi di mortalità, mentre nei comuni piccoli (1.001-3.000) la riduzione è più contenuta e negli otto comuni con popolazione compresa tra 3.001 e 5.000 abitanti si è verificata una debole crescita dello 0,8%. Il comune di Aosta (unico componente della categoria 20.001 – 50.000 abitanti) ha perso il 2,8% dei residenti. I dati del 2018 mostrano come la sua maggiore capacità attrattiva dagli altri comuni italiani (+3,0 per 1.000 abitanti il saldo migratorio interno annuale) e il saldo positivo con l'estero non bastino a compensare la dinamica naturale molto negativa (-5,3 per 1.000 abitanti il saldo tra nascite e morti).

Principali indicatori demografici. Anni 2018 e 2019. Valle d'Aosta e ripartizioni rispetto alla classe di ampiezza demografica comunale.

	Numero comuni	Popolazione		Tassi per 1.000 abitanti 2018				% stranieri 2019	% under 15 2018	% 15-64 2018	% over 65 2018
		2019	Var. % 09-19	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Saldo migratorio interno	Saldo migratorio estero				
Fino a 1.000 ab.	42	18.747	-2,1%	6,7	12,5	1,8	-0,1	4,9%	13,4%	63,4%	23,2%
1.001 - 3.000 ab.	23	40.996	-0,7%	7,1	11,6	-1,7	2,9	6,1%	13,8%	64,6%	21,6%
3.001 - 5.000 ab.	8	31.915	+0,8%	7,1	10,0	0,2	2,2	6,0%	13,6%	64,1%	22,3%
20.001 - 50.000 ab.	1	34.008	-2,8%	7,6	12,9	3,0	1,8	8,1%	12,5%	60,4%	27,1%
Totale regione	74	**125.666**	-1,1%	7,2	11,7	0,6	2,0	6,4%	13,4%	63,1%	23,5%

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 70,5 milioni di spesa corrente, ovvero 765 euro per abitante (dato di consuntivo 2017) 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:

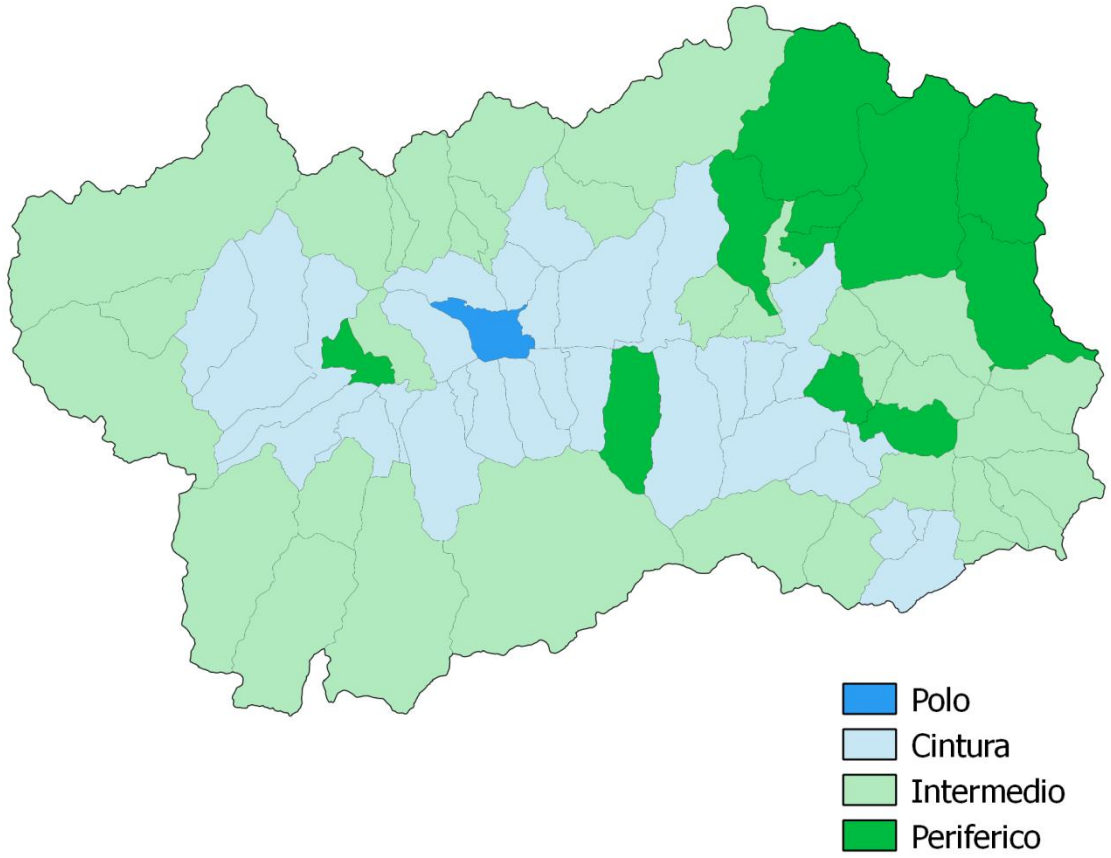
area '**Bassa Valle'**, di cui fanno parte le *Unités des Communes valdôtaines Mont Rose* (che coordina i lavori), *Walser* e *Evançon* (i 23 Comuni interessati sono: Arnad, Ayas, Brusson, Challand-Saint-Anselme, Challand-Saint-Victor, Champdepraz, Emarèse, Issogne, Montjovet, Verrès, Issime, Gaby, Gressoney-Saint-Jean, 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).

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 42,7% 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 22,7% 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 il 7,6% 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 2018 risulta essere, con il 49,1%, quella con l'incidenza più alta, mostrando un notevole distacco anche dalla Liguria (40,9%), la regione più anziana del Paese dove è forte il rischio di vedovanza e quindi risulta rilevante la presenza di anziani soli.

L'incidenza delle famiglie numerose (con 5 o più componenti) è pari soltanto al 3,5%, ovvero il terzo valore più basso dopo Liguria e Piemonte, nonostante il numero medio di figli per donna sia leggermente più alto rispetto a quello nazionale (ma di molto inferiore al tasso di sostituzione naturale di 2,1 figli per donna). 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 (10,2% nel 2018) 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 2,1% in Valle d'Aosta, un valore molto inferiore rispetto a tutte le altre regioni.

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 basso numero di matrimoni rispetto alla popolazione (2,8 ogni 1.000 abitanti nel 2017, contro il 3,2 della media italiana) ed è molto elevato il rischio di rottura dell'unione. La regione si trova ai primi posti sia nel tasso di separazioni sia in quello 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.
Dei 29.664 ultrasessantacinquenni residenti in Valle d'Aosta all'inizio del 2018, 12.553 (il 42,3%) 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).

STILI DI VITA: LA FRAMMENTAZIONE DEI NUCLEI FAMILIARI

	Nuclei monocomposti sul totale delle famiglie*		Nuclei composti da anziani soli sul totale delle famiglie*		Famiglie numerose (5 o più componenti) sul totale delle famiglie*		Famiglie con aggregati e più nuclei*		Tasso di fecondità totale		Tasso di separazioni (x 1.000 ab.)**	Tasso di divorzi (x 1.000 ab.)**	Tasso di matrimoni (x 1.000 ab.)	(Divorzi + Separazioni)/ Matrimoni**
	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2007	2017	2015	2016	2017	2015
Piemonte	32,0%	36,2%	15,5%	20,7%	3,4%	3,4%	3,2%	4,1%	1,37	1,34	1,5	2,0	2,9	93,7%
Valle d'Aosta	**35,1%**	**49,1%**	**17,4%**	**20,5%**	**3,2%**	**3,5%**	**2,9%**	**2,1%**	**1,48**	**1,35**	**1,6**	**2,3**	**2,8**	**97,6%**
Liguria	36,2%	40,9%	17,8%	23,2%	1,7%	2,6%	3,3%	3,4%	1,28	1,28	1,7	2,3	3,2	103,4%
Lombardia	28,7%	34,1%	21,2%	18,5%	4,1%	4,3%	3,6%	3,9%	1,47	1,39	1,4	1,8	2,6	97,0%
Trentino-Alto Adige	31,6%	33,1%	14,3%	15,5%	6,7%	6,4%	2,8%	3,6%	1,57	1,62	1,3	1,7	3,4	69,5%
Veneto	26,6%	30,2%	14,8%	15,4%	5,6%	6,0%	5,7%	4,9%	1,44	1,36	1,3	1,7	2,9	84,1%
Friuli-Venezia Giulia	30,7%	38,9%	13,8%	23,1%	2,7%	3,8%	4,6%	4,0%	1,34	1,31	1,6	1,8	2,7	98,1%
Emilia-Romagna	31,7%	36,5%	17,2%	18,8%	3,9%	4,6%	5,7%	4,0%	1,46	1,35	1,5	1,8	2,7	95,2%
Toscana	28,9%	34,8%	15,9%	19,1%	3,8%	4,3%	7,3%	5,6%	1,36	1,28	1,6	1,7	3,1	87,0%
Umbria	26,6%	35,4%	17,2%	19,9%	6,0%	5,3%	7,5%	6,5%	1,40	1,24	1,5	1,6	2,8	77,9%
Marche	25,4%	30,2%	15,6%	17,5%	6,7%	5,3%	7,9%	6,2%	1,36	1,25	1,4	1,4	2,6	83,1%
Lazio	32,5%	36,1%	14,7%	17,9%	5,0%	4,4%	4,8%	5,3%	1,36	1,27	1,8	1,6	3,0	99,6%
Abruzzo	28,0%	29,6%	16,6%	15,7%	6,2%	4,9%	6,5%	6,5%	1,28	1,24	1,4	1,5	2,8	81,8%
Molise	28,1%	35,0%	15,4%	19,1%	7,3%	4,7%	4,5%	3,1%	1,18	1,19	1,2	1,0	3,0	74,1%
Campania	21,7%	25,8%	17,3%	14,2%	11,3%	10,2%	6,6%	8,6%	1,48	1,35	1,5	1,0	4,0	62,4%
Puglia	23,0%	26,4%	12,7%	15,3%	8,1%	5,7%	3,8%	4,6%	1,32	1,24	1,4	1,2	3,7	73,3%
Basilicata	27,3%	32,5%	14,8%	17,1%	6,8%	5,3%	2,4%	3,4%	1,20	1,19	1,3	1,2	3,6	65,5%
Calabria	26,2%	31,3%	17,4%	17,1%	8,5%	6,7%	3,2%	3,6%	1,30	1,28	1,1	0,9	3,9	50,6%
Sicilia	26,7%	30,1%	15,6%	17,2%	8,1%	6,7%	3,4%	4,4%	1,42	1,35	1,5	1,3	4,0	66,3%
Sardegna	27,5%	35,0%	16,0%	17,0%	6,7%	4,4%	3,8%	3,7%	1,11	1,06	1,5	1,6	2,9	97,6%
Italia	28,4%	33,0%	14,4%	17,8%	5,7%	5,3%	4,7%	4,8%	1,40	1,32	1,5	1,6	3,2	82,6%

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

** L'attribuzione 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.

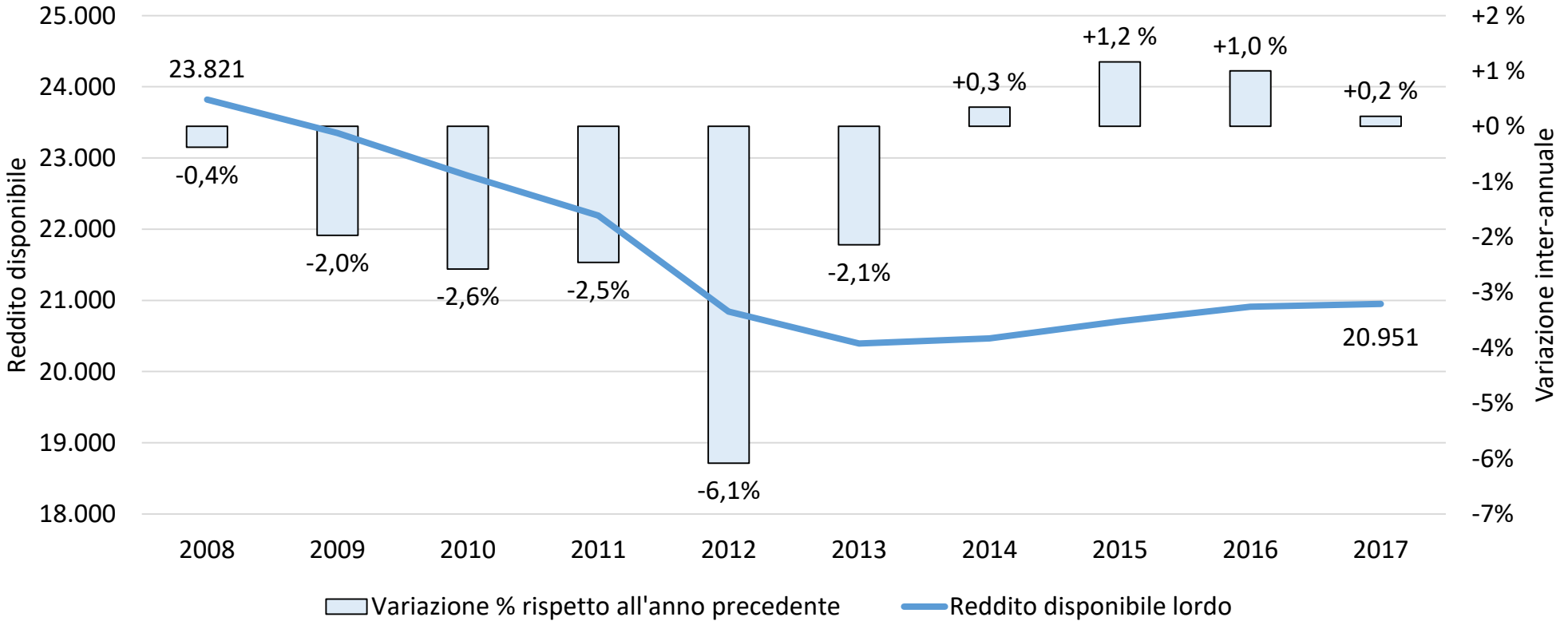
D'altra parte, sono noti nella letteratura gli effetti positivi di una solida rete parentale e amicale, non soltanto per la sua capacità di garantire **supporto materiale** (aiuto economico, *care giving*, …), ma anche per quella di fornire **sostegno emotivo e occasioni di interazione e di confronto** 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 20,5% dei nuclei familiari valdostani è costituito da persone con più di 60 anni che vivono sole. Il 37% degli ultra-sessantenni si trova in questa condizione e la stessa percentuale è più alta tra le donne (43,3%) rispetto agli uomini (23,4%).

LE CONDIZIONI ECONOMICHE: I REDDITI

La grave recessione economica mondiale degli anni 2008-2013 ha colpito in modo violento il sistema produttivo italiano. La contrazione del prodotto interno è stata più marcata rispetto a quasi la totalità degli altri paesi europei, mentre la fase di ripresa si è mostrata più breve e stentata. Le ricadute sul tenore di vita sono state pesanti, con una crescita dell'incidenza della povertà, della disoccupazione e dell'isolamento sociale. Ancora non si è verificato il recupero dei precedenti livelli del potere d'acquisto, e ampie fasce della popolazione hanno vissuto un deterioramento delle proprie condizioni di vita materiale. In Valle d'Aosta il reddito disponibile per abitante era pari nel 2017 a 20.951 euro, mostrando un calo del 12% in termini reali rispetto al 2008. Infatti, a seguito della pesante caduta del reddito verificatasi nel quinquennio 2009-2013, la ripresa si è mostrata debole ed anche dal respiro corto, se si considera che tra il 2016 e il 2017 il reddito medio è cresciuto soltanto dello 0,2%. In attesa di conoscere i dati del 2018 (secondo le stime preliminari della Banca d'Italia, la variazione annua nella nostra regione sarebbe positiva e pari all'1,2%), rileviamo come il rallentamento della produzione e del commercio su scala mondiale, le incertezze politiche a livello nazionale e internazionale e le persistenti fragilità del sistema produttivo italiano continuino a destare preoccupazione circa le possibilità di sviluppo delle condizioni di vita della popolazione valdostana.

L'EVOLUZIONE REALE DEL REDDITO DISPONIBILE

Reddito disponibile (al lordo degli ammortamenti) pro capite delle famiglie consumatrici ai prezzi del 2017. Valle d'Aosta. Periodo 2008-2017.



Nota: Il reddito disponibile lordo è espresso a prezzi costanti (anno base: 2017). I valori riportati sono stati ottenuti moltiplicando il reddito nominale per un fattore correttivo (deflatore) che consente di tenere conto delle variazioni nei prezzi dei beni contenuti nel paniere tipico di una famiglia valdostana il cui membro di riferimento è un lavoratore dipendente (indice FOI). Questo è stato diviso poi per la popolazione di fine anno (ottenuta, dal 2012 al 2017, dai dati delle anagrafi comunali e, dal 2008 al 2011, dalle ricostruzioni post-censuarie della popolazione residente effettuate dall'ISTAT).
Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

LE CONDIZIONI ECONOMICHE: I REDDITI

Sulla base delle dichiarazioni fiscali, nel 2017 la Valle d'Aosta aveva un reddito medio per contribuente di 22.008 euro, più alto di quello medio italiano ma inferiore rispetto a quello osservato in Lombardia, Emilia-Romagna, Trentino-Alto Adige, Lazio e Piemonte. Il reddito medio dichiarato in Valle d'Aosta, pertanto, è il sesto in Italia, mentre gli indicatori sui prezzi di alcuni beni durevoli e al consumo segnalano che il costo della vita per le famiglie residenti nella nostra regione è tra i più alti del Paese. In particolare, la Valle d'Aosta è al primo posto per il prezzo al metro quadro degli immobili ad uso abitativo (2.950 euro) ed è al secondo posto per il prezzo degli affitti al metro quadro (15,72 euro) e per il prezzo dei carburanti (secondo le rilevazioni effettuate a luglio 2019). Inoltre risulta, sulla base dell'analisi dei consuntivi del 2018, che il carico dei tributi comunali dovuti dalle famiglie sia più pesante rispetto a quello rilevato in tutte le altre regioni italiane ad eccezione della Liguria. Considerando la somma dell'addizionale comunale, della tassa sui rifiuti, dell'IMU e della TASI, i comuni valdostani hanno accertato nel 2018 723,5 euro per abitante. La stessa cifra è stata di 734,9 euro in Liguria, di 538,3 in Piemonte, 505,6 in Lombardia, 411,7 in Trentino-Alto Adige (401,6 a Bolzano e 425,7 a Trento). Non sorprende quindi che la nostra sia la regione del Centro-Nord con la più alta percentuale di famiglie che non riescono a risparmiare (78,5% nel 2017 a fronte di una percentuale italiana del 70,1%), nonostante esse giudichino almeno «adeguate» le proprie risorse economiche nel 64,9% dei casi: percentuali più elevate si rilevano soltanto in Lombardia, Trentino-Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia.

La crescita del reddito medio (+4,3% dal 2012) è attribuibile alla dinamica positiva dei redditi da lavoro autonomo, da impresa, da partecipazione e da pensione (mentre i redditi da lavoro dipendente sono quasi stagnanti), all'inflazione e all'emersione dal «nero» di una fetta sostanziale dei redditi da fabbricati, grazie all'introduzione della cedolare secca. Ad un maggior livello di dettaglio, emerge un *gap* tra i comuni più piccoli (fino a 1.000 abitanti), dove il reddito per contribuente è di appena 19.900 euro, e i comuni con più di 3.000 abitanti. Nei comuni con popolazione compresa tra i 3.001 e i 5.000 abitanti, la media delle dichiarazioni fiscali è di 22.496 euro, nel Capoluogo di 23.668. I divari tra comuni piccoli e medi riguardano in particolare i redditi da lavoro autonomo e da impresa, mentre sono più contenuti per i redditi da pensione e da lavoro dipendente.

LE DICHIARAZIONI FISCALI NELLE REGIONI ITALIANE

Distribuzione dei contribuenti rispetto alla classe di reddito dichiarato e reddito medio dichiarato. Anno 2017. Italia e regioni.

	Distribuzione dei contribuenti per classe di reddito 2017				Reddito medio per contribuente	
	Fino a 15.000 euro	15.000-26.000 euro	26.000-75.000 euro	75.000 euro e oltre	2017	Variazione 12-17
Piemonte	37,7%	34,2%	25,7%	2,4%	22.184	+6,0%
Valle d'Aosta	**37,9%**	**32,2%**	**27,7%**	**2,2%**	**22.008**	**+4,3%**
Liguria	41,2%	30,2%	26,1%	2,5%	21.898	+3,6%
Lombardia	35,6%	33,2%	27,9%	3,3%	24.703	+6,0%
Trentino-Alto Adige	39,1%	30,3%	27,9%	2,8%	22.765	+8,7%
Veneto	39,0%	34,4%	24,2%	2,4%	21.857	+7,2%
Friuli-Venezia-Giulia	37,9%	34,0%	25,9%	2,1%	21.762	+7,0%
Emilia-Romagna	37,1%	33,9%	26,4%	2,6%	22.871	+7,3%
Toscana	41,1%	32,8%	23,8%	2,3%	21.267	+5,5%
Umbria	44,1%	32,8%	21,3%	1,7%	19.457	+4,5%
Marche	44,9%	33,2%	20,2%	1,7%	19.322	+5,4%
Lazio	44,0%	26,0%	26,7%	3,3%	22.663	+2,6%
Abruzzo	51,0%	28,6%	19,0%	1,3%	17.353	+3,8%
Molise	57,2%	24,8%	17,0%	1,0%	15.332	+1,8%
Campania	55,5%	24,6%	18,4%	1,5%	16.502	+0,8%
Basilicata	56,7%	26,0%	16,2%	1,0%	15.368	+2,8%
Puglia	57,3%	24,8%	16,6%	1,2%	15.615	+0,4%
Calabria	62,1%	22,3%	14,7%	0,9%	14.069	-0,3%
Sicilia	58,4%	22,9%	17,3%	1,3%	15.723	+0,0%
Sardegna	51,5%	28,3%	19,0%	1,3%	17.225	+2,5%
Italia	44,3%	30,1%	23,3%	2,3%	20.652	+4,7%

Fonte: Elaborazione su dati MEF

IL COSTO DELLA VITA NELLE REGIONI ITALIANE: ALCUNI INDICATORI

	Prezzo medio di un litro di benzina (rilevazione di luglio 2019)	Prezzo medio di un litro di gasolio (rilevazione di luglio 2019)	Prezzo medio al metro quadro delle abitazioni (rilevazione di giugno 2019)	Affitto medio al metro quadro delle abitazioni (rilevazione di giugno 2019)	Tributi comunali (accertamenti pro capite del 2018)*	Aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF per la fascia 28.000-55.000 euro
Piemonte	1,617	1,487	1.329	7,85	538,3	2,75
Valle d'Aosta	**1,645**	**1,547**	**2.950**	**15,72**	**723,5**	**1,23**
Liguria	1,642	1,508	2.560	8,41	734,9	2,31
Lombardia	1,596	1,489	1.842	13,63	505,6	1,72
Trentino-Alto Adige	1,657	1,550	2.697	11,16	411,7	1,23
Veneto	1,574	1,466	1.691	10,12	431,0	1,23
Friuli-Venezia-Giulia	1,608	1,526	1.394	7,84	463,3	1,23
Emilia-Romagna	1,588	1,478	1.748	10,67	565,0	2,03
Toscana	1,599	1,491	2.466	12,98	609,3	1,68
Umbria	1,597	1,480	1.179	6,47	544,2	1,68
Marche	1,579	1,468	1.594	7,91	482,8	1,70
Lazio	1,607	1,473	2.350	12,20	716,5	2,93
Abruzzo	1,589	1,486	1.411	6,54	487,7	1,73
Molise	1,598	1,472	1.055	5,33	365,7	2,43
Campania	1,614	1,475	1.888	7,06	431,5	2,03
Basilicata	1,616	1,497	1.440	7,44	319,9	1,23
Puglia	1,606	1,490	1.303	7,17	459,0	1,71
Calabria	1,638	1,493	1.150	4,91	373,9	2,03
Sicilia	1,594	1,482	1.212	6,24	466,4	1,23
Sardegna	1,609	1,510	2.250	18,85	428,1	1,23
Italia	1,603	1,488	1.923	9,60	526,1	1,77**

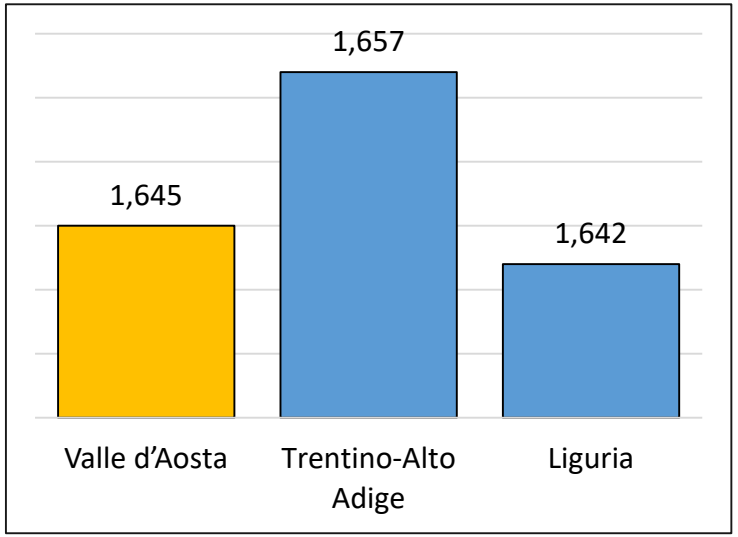
*Somma della tassa sui rifiuti, dell'IMU, della TASI e dell'addizionale comunale all'IRPEF

** Media delle aliquote regionali

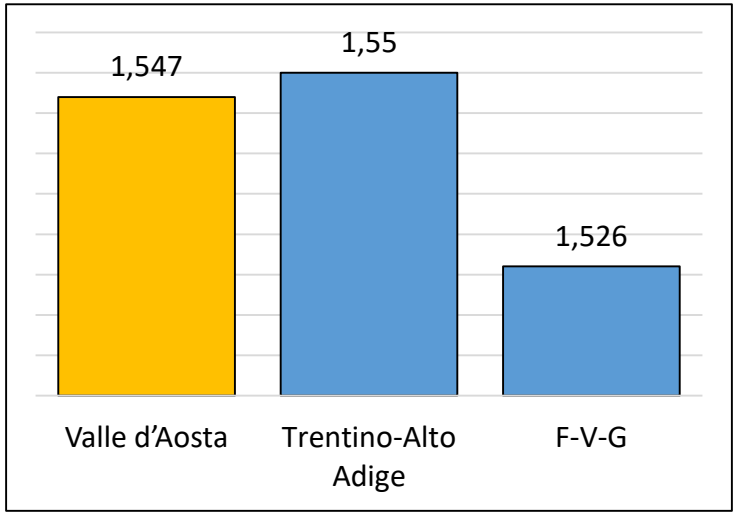
Fonte: dati immobiliare.it, dati carburanti-italia.it dati MEF, elaborazione su bilanci comunali

IL COSTO DELLA VITA NELLE REGIONI ITALIANE: IL «PODIO»

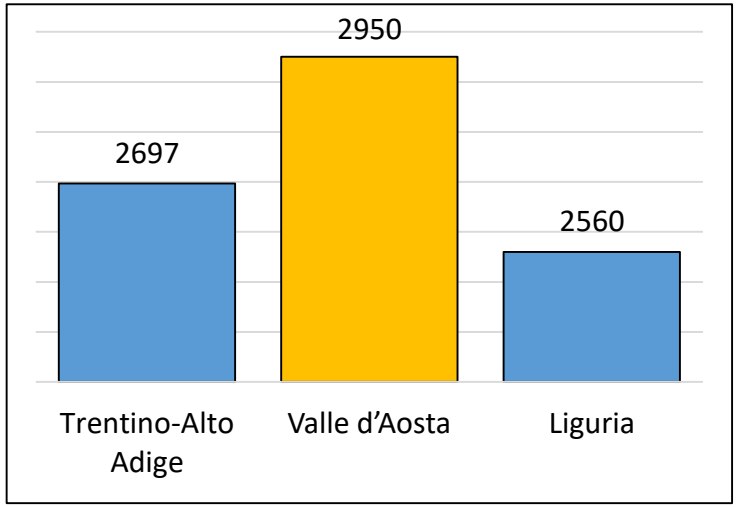
Prezzo medio di un litro di benzina



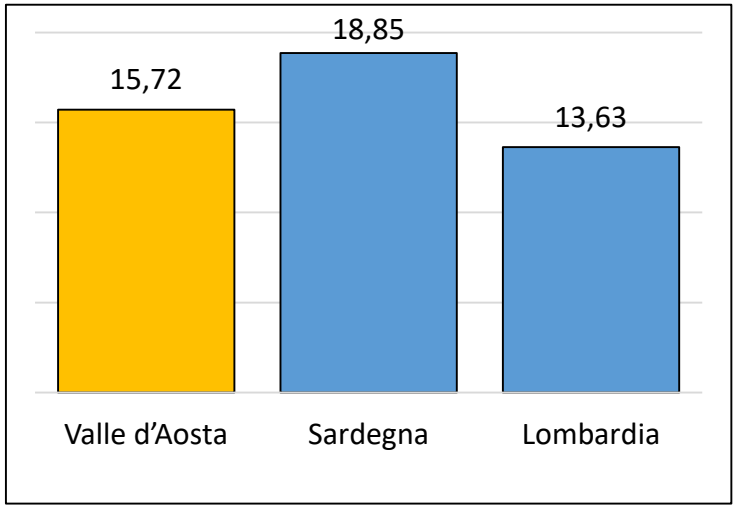
Prezzo medio di un litro di gasolio



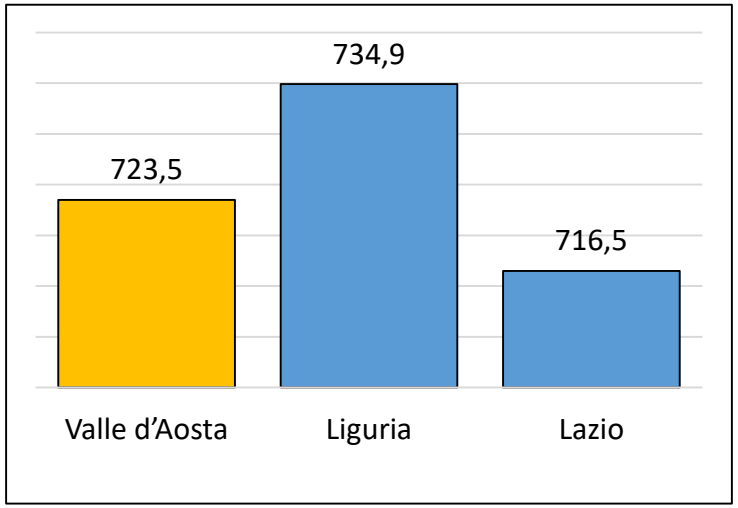
Prezzo medio delle abitazioni al mq



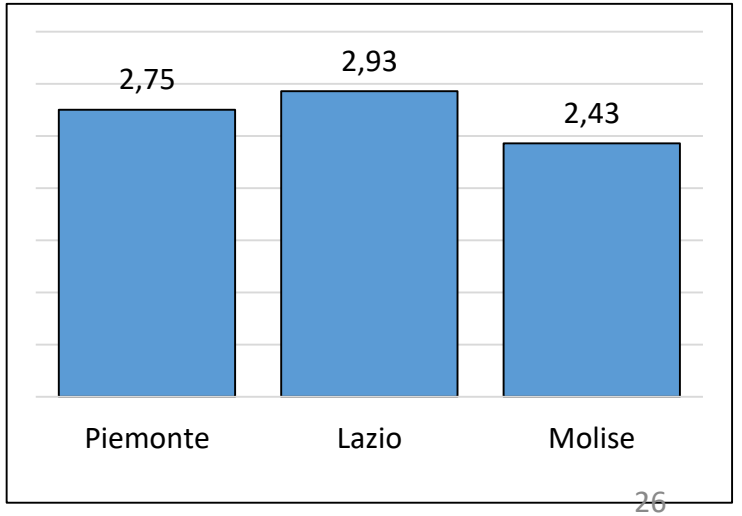
Affitto medio delle abitazioni al mq



Tributi comunali per abitante



Aliquota regionale IRPEF (28.000-55.000 euro)



LE DICHIARAZIONI FISCALI IN VALLE D'AOSTA

Oltre ai differenziali nel reddito medio, l'ampiezza demografica del comune spiega, in parte, l'incidenza delle diverse fonti di reddito. Nei piccolissimi comuni e nel Capoluogo, dove è più marcato l'invecchiamento demografico, l'incidenza dei percettori di reddito da lavoro dipendente è più bassa (tra il 52% e il 53% dei contribuenti), mentre è più alta quella dei percettori di redditi da pensione (quasi del 40% nel comune di Aosta). La percentuale di contribuenti con reddito da lavoro autonomo (professionisti) aumenta in media al crescere della classe di ampiezza demografica – dall'1,4% dei piccolissimi comuni al 2,4% del Capoluogo – mentre quella di contribuenti con reddito da impresa tende a diminuire, dal 4,3% al 2,5%. Quest'ultima regolarità statistica potrebbe essere legata alla presenza, nelle piccole municipalità, di un più frammentato tessuto di micro imprese a carattere agricolo e di vendita al dettaglio, la cui redditività sembra molto bassa. Nel 2017 i contribuenti con reddito da impresa nei comuni fino a 1.000 abitanti hanno dichiarato appena 18.499 euro di reddito, in media. Lo stesso valore è pari a 22.950 euro a livello regionale e supera i 26.000 euro nei comuni di medie dimensioni. Sull'entità di questa differenza potrebbe incidere il maggior rischio di evasione che caratterizza le imprese di dimensioni ridotte.

Le dichiarazioni fiscali delle persone fisiche. Anno 2017. Valle d'Aosta

	Incidenza delle fonti di reddito sul totale dei contribuenti					Reddito medio				Reddito medio per contribuente
	Fabbricati	Lavoro dipendente	Pensione	Lavoro autonomo	Impresa	Da lavoro dipendente	Da pensione	Da lavoro autonomo	Da impresa	
Fino a 1.000	46,7%	52,2%	35,4%	1,4%	4,3%	19.517	16.781	27.122	18.499	19.931
1.001 - 3.000	46,1%	54,3%	33,4%	1,7%	4,0%	19.725	16.746	36.122	22.660	21.228
3.001 - 5.000	48,3%	55,6%	33,7%	2,1%	3,5%	20.824	18.295	41.800	26.469	22.496
20.001 - 50.000	45,6%	52,8%	39,5%	2,4%	2,5%	21.036	19.062	45.214	23.325	23.668
Totale regione	46,6%	53,9%	35,4%	2,0%	3,5%	20.323	17.816	39.684	22.950	22.008

Fonte: Elaborazione su dati MEF

LE CONDIZIONI ECONOMICHE DEGLI ANZIANI: I REDDITI DA PENSIONE

Le elaborazioni sui casellari dell'INPS evidenziano per la nostra regione un elevato *tasso di copertura* degli assegni pensionistici (rapporto beneficiari – o «teste» – e residenti), che costituiscono la principale fonte di reddito della popolazione anziana. Dall'incrocio dei dati sui beneficiari e di quelli sulla popolazione di inizio anno, risulta che il 93,5% degli ultrasessantacinquenni valdostani disponesse nel 2017 di un reddito da pensione, un tasso superiore rispetto a quello italiano (92,9%), vicino a quello della Provincia di Trento (93,4%) e inferiore a quello di Bolzano (94,0%). Mentre il tasso di copertura maschile, tenendo conto anche della presenza nella popolazione di soggetti non ancora ritirati dal lavoro, è quasi totale (98,2%), quello femminile non raggiunge il 90%, evidenziando le marcate differenze di genere (del presente e, soprattutto, del passato) nella partecipazione al mercato del lavoro.

L'importo lordo medio annuo delle pensioni destinate agli ultrasessantacinquenni del 2017 era di 19.900 euro, un valore che supera di 1.000 euro la media nazionale ed è anche più alto rispetto alle due province autonome del Trentino-Alto Adige. Infatti, la quota di pensionati con bassi importi mensili è più contenuta rispetto a questi territori: in Valle d'Aosta sono il 25,6% i pensionati ultra-sessantacinquenni con un importo inferiore ai 1.000 euro lordi mensili, mentre la stessa percentuale è del 28,7% a Trento e del 33,6% a Bolzano. Considerando soltanto la sottopopolazione delle pensionate valdostane, il cui reddito pensionistico medio annuo è pari soltanto a 16.525 euro, la quota a basso reddito raggiunge il 37,1%. Le donne sono le maggiori beneficiarie delle prestazioni di sostegno al reddito erogate agli anziani della Valle d'Aosta: ad esse sono destinati il 67% degli 823 assegni sociali e l'89,6% delle 5.233 pensioni integrate al minimo.

LE CONDIZIONI ECONOMICHE DEGLI ANZIANI: I REDDITI DA PENSIONE

Redditi da pensione degli ultra-sessantacinquenni. Anno 2017. Valle d'Aosta, Provincie autonome di Trento e Bolzano, Italia.

% di pensionati che consegue un reddito da pensione inferiore a determinate soglie	Valle d'Aosta			Trento	Bolzano	Italia
	Maschi	**Femmine**	**Totale**			
Meno di 500 euro	1,5%	5,1%	3,4%	4,0%	3,7%	7,4%
Meno di 1.000 euro	12,3%	37,1%	25,6%	28,7%	33,6%	32,1%
Meno di 1.500 euro	34,6%	64,1%	50,5%	53,4%	57,2%	56,3%
Meno di 2.000 euro	62,7%	82,6%	73,4%	75,2%	75,8%	75,5%
Meno di 3.000 euro	87,8%	96,3%	92,4%	93,1%	91,9%	92,5%
Reddito medio da pensione	23.827	16.525	19.900	19.295	19.073	18.900
Tasso di copertura (redditi/residenti)	98,2%	89,8%	93,5%	93,4%	94,0%	92,9%

Fonte: Elaborazione su dati INPS

LE CONDIZIONI ECONOMICHE DEGLI ANZIANI: LE PRESTAZIONI DI SOSTEGNO AL REDDITO

All'inizio del 2019 erano 5.233 le pensioni di natura previdenziale (IVS) percepite da ultrasessantacinquenni integrate al trattamento minimo (18,1 ogni 100 anziani). Stimiamo, inoltre, che nello stesso anno circa il 2,9% degli anziani, ovvero 823 in termini assoluti, sia beneficiario di un assegno sociale, non disponendo di un reddito sufficiente a raggiungere le soglie minime fissate dalla legge: si tratta di una quota sensibilmente inferiore al 6,2% osservato al livello nazionale. Una parte di loro potrà inoltre beneficiare dell'integrazione al reddito introdotta con l'ultima Legge di Bilancio sotto il nome di Pensione di Cittadinanza. In attesa dei dati definitivi sui beneficiari, possiamo tuttavia anticipare che questa misura interesserà una platea ridotta degli anziani e che avrà un impatto limitato sui loro redditi. Infatti, dall'importo massimo riconoscibile (determinato in base al numero di componenti del nucleo familiare) verranno sottratti tutti i redditi percepiti, compreso l'assegno sociale, l'integrazione al minimo e la maggiorazione sociale.

Questi indicatori, in ogni caso, non consentono di fornire una dimensione attendibile del disagio economico degli anziani a causa della bassa inclusività dei requisiti che determina una selezione dei beneficiari penalizzante per i residenti nelle aree del Paese con un più elevato costo della vita come la nostra, dal momento che viene adottata un'unica soglia di povertà per tutto il territorio nazionale. Inoltre, come noto, le misure pubbliche di contrasto alla povertà non raggiungono l'intera platea dei bisognosi poiché, da un lato, non tutti i potenziali beneficiari presentano domanda e, dall'altro, essendo la povertà un fenomeno dinamico, le misure di sostegno al reddito (statiche per definizione, essendo concesse sulla base di una valutazione annuale) non sono in grado di rispondere alle situazioni di vulnerabilità transitorie e a quelle che si presentano in modo intermittente nell'arco della vita delle persone e che spesso chiamano in causa gli anziani, i cui redditi da pensione fungono da "salvagente" per le difficoltà, generalmente di carattere temporaneo, delle generazioni più giovani.

Sulla base di alcune stime preliminari osserviamo inoltre che la notevole contrazione dei tassi di copertura di queste misure è solo in parte riconducibile all'incremento reale dei redditi, ma ha a che vedere anche con un'inadeguata correzione per l'inflazione. Dal 2015 al 2019 il livello dei prezzi in Valle d'Aosta misurato con il FOI è aumentato del 2,5%, mentre la soglia di reddito per l'accesso all'assegno sociale soltanto del 2,1% e quella di accesso alla pensione minima è sostanzialmente rimasta immutata, così come il suo importo (502 euro mensili). Per quanto attiene all'assegno sociale, inoltre, nel corso degli anni è stato irrigidito anche un altro requisito, ovvero quello dell'età. Nel 2015 era sufficiente avere compiuto 65 anni e tre mesi per poterne beneficiare, mentre nel 2019 bisogna attendere i 67 anni.

Tasso di copertura delle prestazioni di sostegno al reddito erogate dall'INPS. Italia, Valle d'Aosta, Bolzano e Trento. Anni 2015 e 2019.

	Tasso di copertura delle pensioni IVS integrate al minimo			Tasso di copertura degli assegni sociali		
	2015	2019	Var. 15-19 in punti perc.	2015	2019	Var. 15-19 in punti perc.
Valle d'Aosta	22,1%	18,1%	-4,0 p.p.	3,1%	2,9%	-0,3 p.p.
Bolzano	25,1%	21,3%	-3,9 p.p.	2,5%	2,3%	-0,2 p.p.
Trento	26,1%	22,2%	-3,9 p.p.	2,9%	2,7%	-0,2 p.p.
Italia	23,8%	20,1%	-3,6 p.p.	6,4%	6,2%	-0,2 p.p.

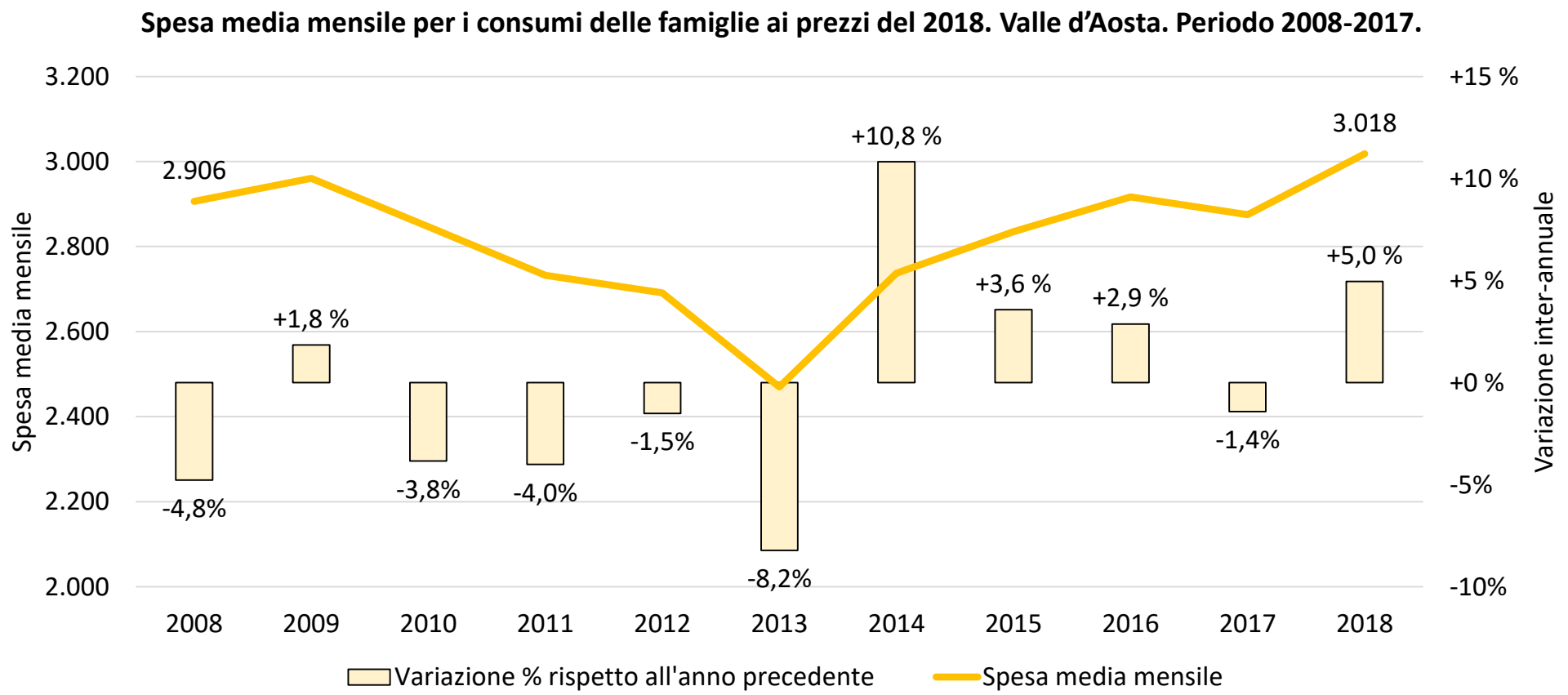
Fonte: Elaborazione su dati INPS

LE CONDIZIONI ECONOMICHE: I CONSUMI, LA POVERTA', LE DISUGUAGLIANZE

In controtendenza rispetto ai redditi, la spesa per i consumi in Valle d'Aosta ha mostrato una sostanziale ripresa dopo il minimo raggiunto nel 2013. Nel 2018 le famiglie residenti hanno destinato ad essa, in media, 3.018 euro mensili, ovvero 112 euro in più rispetto allo stesso valore rilevato nel 2008 ai prezzi del 2018 (+3,9%). Su questo risultato, che implica una crescita della quota parte di reddito destinato ai consumi, ha avuto un forte impatto l'aumento verificatosi tra il 2017 e il 2018 (+5%). Oltre un terzo della spesa è destinato all'abitazione (compresa l'elettricità e gli altri combustibili), il 19% agli alimentari, alle bevande e ai tabacchi, mentre la cura della persona (servizi sanitari, assistenziali, assicurativi, finanziari, effetti personali) assorbe complessivamente il 12,4% e i trasporti il 10,5%. Dai confronti regionali emerge che le famiglie valdostane sono quelle che destinano maggiori risorse alla spesa per consumi sanitari (sia in termini assoluti, sia in proporzione della spesa complessiva): 162,33 euro mensili in media, ovvero il 6,7% della spesa per i consumi. A livello nazionale questo capitolo di spesa ammonta a 120,74 euro mensili per famiglia, ovvero al 5,6% della spesa.

La divergenza tra la dinamica dei redditi e quella dei consumi rende più complessa la valutazione dei cambiamenti negli indicatori di povertà. Infatti, coerentemente con la ripresa della spesa, la percentuale di famiglie in povertà relativa (che conseguono un basso livello di consumi rispetto a quello generale) in Valle d'Aosta si è ridotta nel corso degli ultimi anni, scendendo nel 2018 ad un valore del 4,1% - il più basso tra tutte le regioni italiane -, inferiore persino a quello rilevato nel 2008 (4,4%). D'altro canto, per effetto della mancata ripresa dei redditi che ha riguardato prevalentemente le fasce della popolazione che già presentavano elementi di fragilità e fattori di rischio (famiglie con stranieri, con più di un figlio a carico, con presenza di disoccupati, …), la percentuale di individui a rischio di povertà (che dispongono di un reddito molto basso rispetto a quello medio) è cresciuta dal 9,3% al 13,8% nello stesso arco temporale. Negli ultimi dieci anni, caratterizzati da una crescita delle disuguaglianze che ha investito soprattutto le grandi regioni italiane, gli indicatori di sperequazione del reddito disponibile (rapporto interquartile, indice di Gini, …) mostrano che in Valle d'Aosta le differenze di reddito si sono mantenute stabili rispetto ai livelli precedenti alla fase di recessione economica e si assestano su valori più bassi della media nazionale. Nel 2016, in Valle d'Aosta, il 20% più ricco della distribuzione deteneva 4,7 volte il reddito del 20% più povero, mentre la stessa quota nazionale è di 5,9 volte. I valori più elevati si osservano in Campania (7,3), in Sicilia (7,2) e in Calabria (6,9).

L'EVOLUZIONE REALE DEI CONSUMI



Nota: La spesa per i consumi è espressa a prezzi costanti (anno base: 2018). I valori riportati sono stati ottenuti moltiplicando la spesa nominale media delle famiglie per un fattore correttivo (deflatore) che consente di tenere conto delle variazioni nei prezzi dei beni contenuti nel paniere tipico di una famiglia valdostana il cui membro di riferimento è un lavoratore dipendente (indice FOI).

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

POVERTA' E DISUGUAGLIANZA

	Famiglie in povertà relativa			Individui a rischio di povertà			Disuguaglianza nel reddito disponibile (rapporto interquartile)		
	2008	2018	Gradua-toria 2018	2008	2016	Gradua-toria 2018	2008	2016	Gradua-toria 2018
Piemonte	5,7%	6,6%	16°	10,6%	14,0%	11°	4,3	4,7	11°
Valle d'Aosta	**6,4%**	**4,1%**	**20°**	**9,3%**	**13,8%**	**12°**	**4,9**	**4,7**	**12°**
Liguria	9,6%	7,3%	14°	10,4%	13,7%	13°	4,2	5,2	8°
Lombardia	3,4%	6,6%	15°	10,3%	13,6%	14°	4,8	5,4	6°
Trentino-Alto Adige	5,5%	5,2%	19°	7,9%	9,4%	19°	4,4	4,4	17°
Veneto	3,2%	7,9%	11°	10,1%	10,4%	18°	4,0	4,2	18°
Friuli-Venezia Giulia	8,8%	7,3%	13°	10,7%	9,3%	20°	4,0	4,0	20°
Emilia-Romagna	3,0%	5,4%	18°	9,4%	10,5%	17°	4,7	4,6	15°
Toscana	7,1%	5,8%	17°	9,6%	12,9%	15°	4,3	4,7	13°
Umbria	4,9%	14,3%	8°	11,9%	11,1%	16°	3,8	4,1	19°
Marche	8,8%	10,7%	9°	11,0%	15,8%	10°	4,5	4,7	14°
Lazio	6,0%	7,3%	12°	15,9%	20,1%	8°	5,3	6,4	5°
Abruzzo	16,3%	9,6%	10°	21,9%	19,8%	9°	3,9	5,0	10°
Molise	21,6%	17,5%	7°	29,0%	31,0%	4°	5,2	4,6	16°
Campania	24,7%	24,9%	2°	35,6%	34,3%	3°	6,0	7,3	1°
Puglia	14,8%	20,0%	4°	27,0%	26,2%	7°	5,3	5,4	7°
Basilicata	30,4%	17,9%	6°	32,9%	27,9%	6°	4,5	5,2	9°
Calabria	19,7%	30,6%	1°	35,3%	36,4%	2°	5,7	6,9	3°
Sicilia	22,1%	22,5%	3°	38,5%	41,3%	1°	6,0	7,2	2°
Sardegna	10,5%	19,3%	5°	21,6%	29,6%	5°	4,7	6,5	4°
Italia	9,9%	11,8%	-	18,4%	20,3%	-	5,3	5,9	-

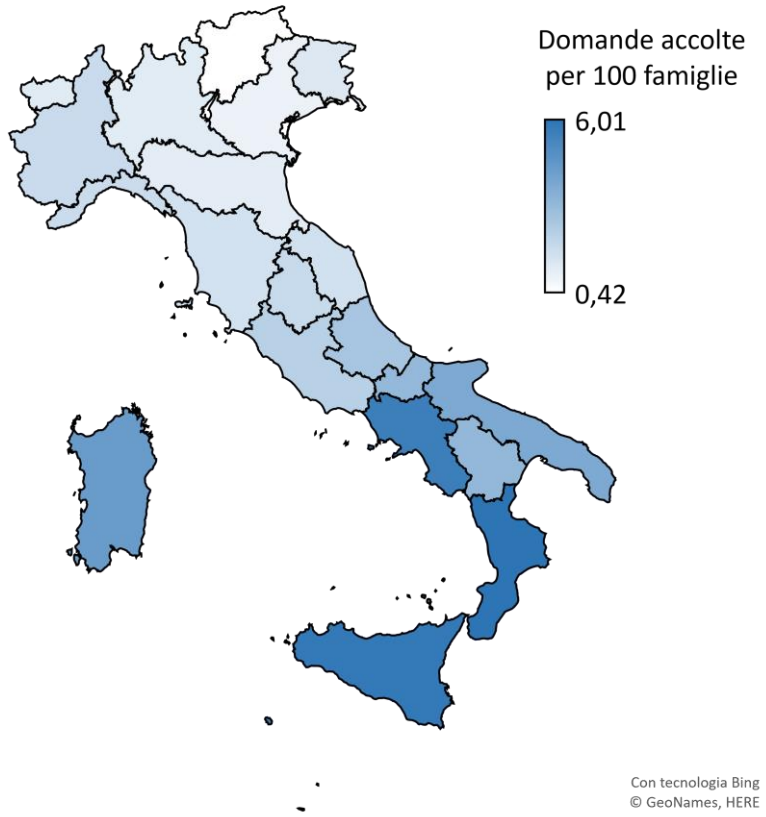
Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

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.

POVERTA': LE DOMANDE PER IL REDDITO DI CITTADINANZA

Domande per RdC accolte a fine Aprile ogni 100 famiglie (più scura la gradazione di colore, maggiore il valore dell'indicatore). Regioni italiane.



Fonte: Elaborazione su dati INPS

A fine aprile 2019 un milione e 17mila italiani e stranieri avevano già fatto domanda per accedere ad una delle due misure principali introdotte dalla prima manovra di bilancio del Governo Conte, il Reddito di Cittadinanza che, come i precedenti REI e SIA, ha l'obiettivo, nelle intenzioni del legislatore, di contrastare la povertà, la disuguaglianza e l'esclusione sociale svolgendo anche le funzioni delle politiche attive per il lavoro (attraverso i Patti per il Lavoro e i Patti per l'Inclusione Sociale, sulla cui attuazione pesano ancora consistenti ritardi). Di queste, 674mila sono state successivamente accolte (le rimanenti sono state in parte respinte e in parte sono ancora attesa di istruttoria). La distribuzione territoriale delle domande mostra che la percentuale di famiglie che hanno richiesto (e ottenuto) il RdC è più alta nelle aree del Mezzogiorno, dove i tassi di occupazione sono bassi e il costo della vita rende più appetibili gli importi dell'assegno (si consideri infatti che le somme erogate sono determinate in funzione della situazione reddituale-patrimoniale e della dimensione del nucleo, senza tenere conto delle differenze territoriali nel costo della vita che, come si è visto, penalizzano fortemente la nostra regione). Crotone è la provincia con il più alto tasso di domande presentate per 100 famiglie residenti (12,6). All'opposto, le province con meno domande rispetto alla popolazione sono in Lombardia e nel Nord-Est: Bolzano (0,2), Belluno (1,0), Lecco e Sondrio (1,3). Nella nostra regione/provincia, sono state 1.333 le famiglie che hanno presentato domanda, ovvero 2,2 ogni 100 famiglie, mentre sono state 748 le domande accolte (1,2 ogni 100 famiglie). Sebbene sia necessario, per una valutazione complessiva dell'impatto di questa misura, attendere i dati di fine anno sul numero di domande accolte, tuttavia questi tassi sono un'indicazione preliminare della domanda di sostegno al reddito espressa dagli individui in età da lavoro, che è inferiore rispetto al Mezzogiorno ma più alta del Nord-Est (Veneto, Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia) e della Lombardia.

LA RICCHEZZA DELLE FAMIGLIE

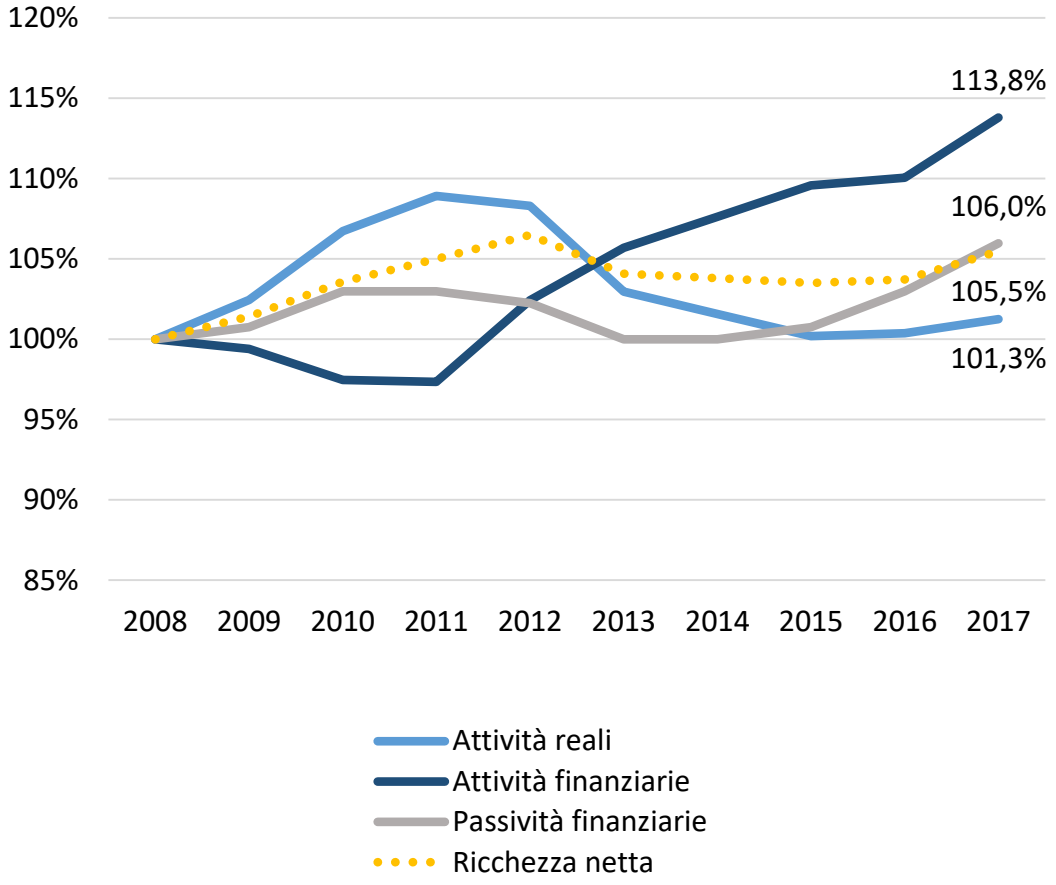
Secondo le stime della Banca d'Italia, nel 2017 la ricchezza netta (attività - passività) delle famiglie valdostane ammontava a 30,6 miliardi di euro, ovvero a 241mila euro pro capite, che rappresentano una crescita nominale del 5,5% rispetto al 2008, quando era di 228mila euro correnti.

La crescita è spiegata quasi interamente (per il 91%) dalla dinamica delle attività finanziarie, aumentate del 13,8% in 9 anni. Nel 2008 esse costituivano il 34% delle attività totali, nel 2017 il 37%. Nel periodo considerato risultano in crescita sia le attività liquide (biglietti, monete e depositi), sia l'aggregato di titoli, azioni, partecipazioni, quote di fondi comuni e prestiti alle cooperative (anche se, negli ultimi due anni, si è osservato un drastico calo delle obbligazioni detenute, anche a causa della perdita di valore dei titoli pubblici) sia l'aggregato di riserve tecniche di assicurazione, crediti commerciali e altri conti attivi. Nonostante le passività finanziarie siano cresciute del 6% in valori pro capite per via dell'aumento dei prestiti erogati (mutui, crediti al consumo …), nel 2017 ammontavano soltanto al 4,5% della ricchezza lorda (14.200 euro in valori pro capite), contro una media nazionale del 9,2%.

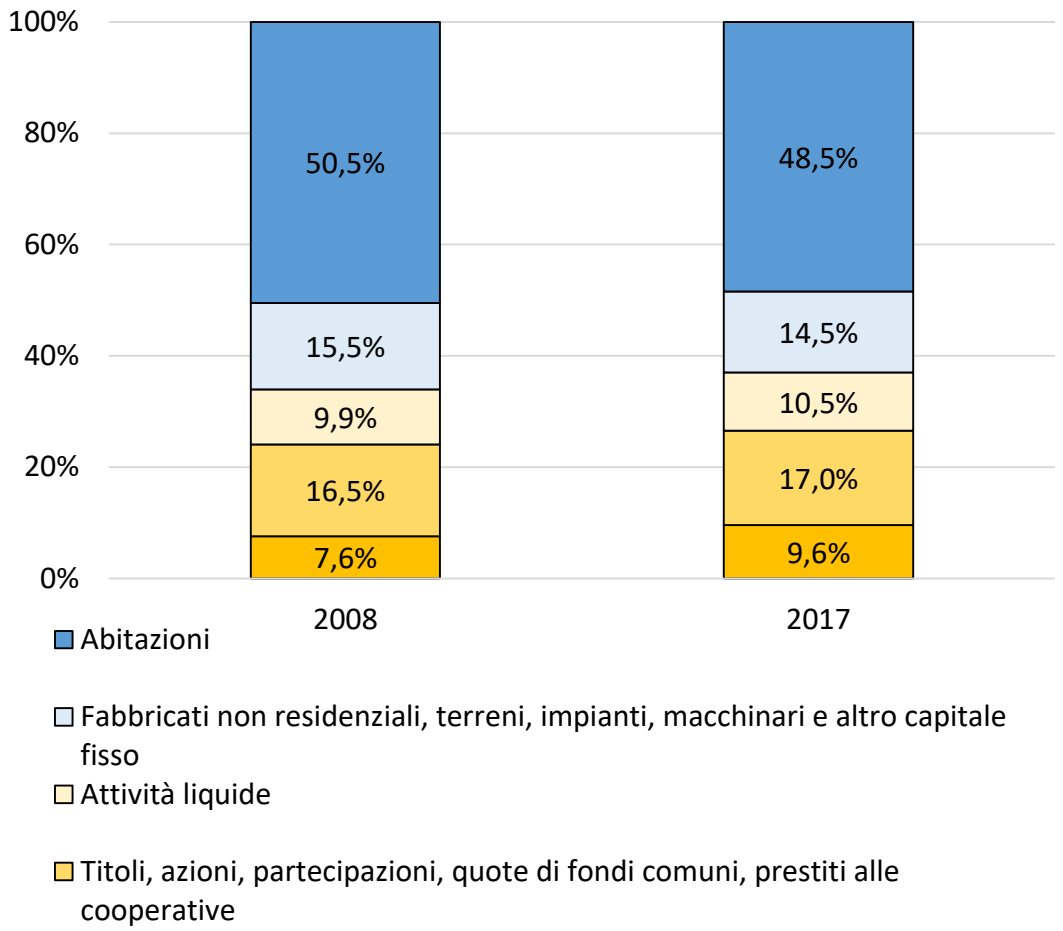
La dinamica altalenante delle attività reali – cresciute dal 2008 al 2011, poi diminuite dal 2011 al 2015 e in lieve ripresa nel biennio successivo – ha prodotto una modesta crescita dell'1,3% nell'arco temporale considerato, che riflette in particolare la riduzione del valore degli immobili. Basti considerare che (senza tenere conto delle rilevanti differenze territoriali), il prezzo medio al metro quadro delle abitazioni è sceso dai 3.068 euro del maggio 2014 fino a 2.624 euro di maggio 2019, per un calo del 14,5% in soli 5 anni. L'incidenza delle attività reali (abitazioni, fabbricati non residenziali, terreni, impianti, macchinari e altro capitale fisso) sul totale delle attività è quindi passata dal 66% nel 2008 al 63% nel 2017.

LA RICCHEZZA DELLE FAMIGLIE

Evoluzione della ricchezza delle famiglie valdostane in valori pro capite a prezzi correnti. 2008-2017. Indici a base fissa (pari a 100% nel 2008).



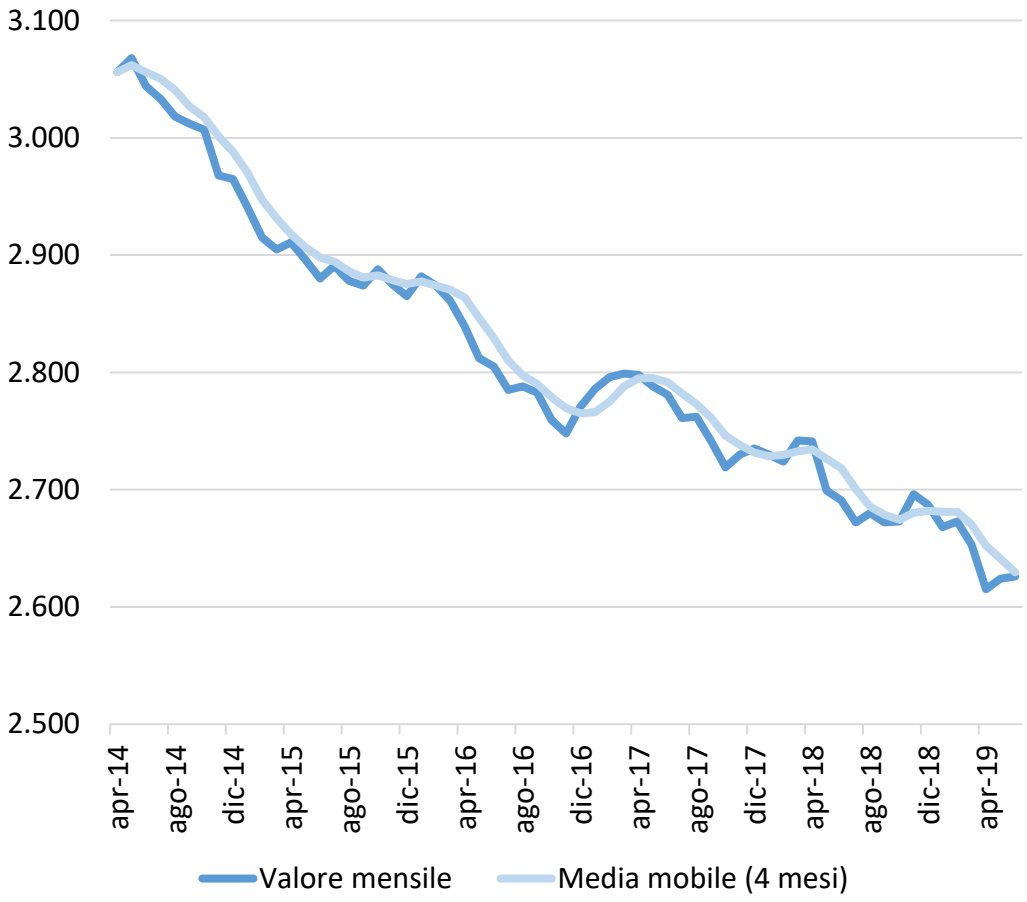
Composizione percentuale delle attività possedute dalle famiglie valdostane. Anni 2008 e 2017.



Fonte: Elaborazione su dati Banca d'Italia

IL CALO DEL VALORE DEGLI IMMOBILI

Prezzo medio delle abitazioni al mq. Valori in euro. Anni 2014-2019. Valle d'Aosta



Fonte: dati immobiliare.it

In linea con quanto avvenuto nella maggior parte del Paese, anche in Valle d'Aosta si è osservato un costante declino dei prezzi delle abitazioni, in particolare per effetto della perdita di valore degli immobili di vecchia costruzione. Nell'arco di 5 anni, il prezzo medio è sceso da 3.044 a 2.626 euro al metro quadro, ovvero del 13,7%. I prezzi più alti sono concentrati nelle aree di maggior richiamo turistico (nei pressi degli impianti sciistici e delle fonti termali), in particolare Courmayeur (6.801 euro), Prè-Saint-Didier (5.527), La Thuile (4.208), Gressoney-La-Trinitè (4.025) e Ayas (3.890). Il prezzo medio nella città di Aosta è inferiore a quello medio regionale: 2.074 euro. Il prezzo medio degli affitti è di 8,54 euro al metro quadro per il complesso della Regione e di 7,75 per il Capoluogo.

Nonostante la dinamica discendente (che pare riconducibile in primo luogo al calo demografico) la Valle d'Aosta è ancora oggi la regione italiana con i più alti prezzi degli immobili, sia per la vendita sia per l'affitto (in questo caso ex aequo con la Sardegna). I prezzi alla vendita nel comune di Aosta sono più alti, in media, della maggior parte degli altri Capoluogo di regione: più bassi di Milano e Bolzano, ma più alti di Torino e Trento.

LA SANITA' REGIONALE: LE POLITICHE DI BILANCIO

LA SPESA PER LA SANITA': DIMINUISCONO I TRASFERIMENTI REGIONALI, PREOCCUPA IL RALLENTAMENTO DEGLI INVESTIMENTI

Nel 2017 la gestione caratteristica dell'Azienda USL è peggiorata rispetto al 2016, con una riduzione del risultato operativo che passa da 8,67 a 7,45 milioni (-1,21 milioni, pari a -13,98%). il valore della produzione ha subito una riduzione dell'1,30% (da 291,69 milioni nel 2016 a 287,91 milioni nel 2017) e i costi della produzione sono diminuiti dello 0,91% (da 283,03 milioni nel 2016 a 280,46 milioni nel 2017).

Diminuiscono la spesa ordinaria e gli investimenti

Relativamente al valore della produzione sia la riduzione dei "contributi in conto esercizio" (**trasferimenti regionali**) (da 253,25 milioni nel 2016 a 251,03 milioni nel 2017: -2,22 milioni, pari a -0,88 per cento), dovuta alla diminuzione dei finanziamenti regionali, sia quella della "quota contributi in conto capitale imputata nell'esercizio" (investimenti) (da 10,58 milioni nel 2016 a 8,88 milioni nel 2017: -1,7 milioni, pari a -16,05 per cento).

La Corte dei Conti (febbraio 2019) rileva che il continuo taglio dei trasferimenti regionali e l'avvenuta canalizzazione su altri settori delle somme destinate agli investimenti in ambito sanitario, tra cui l'edificazione del nuovo ospedale, stanno producendo un congelamento di questi investimenti con «**effetti di non poco rilievo sul mantenimento degli standard qualitativi necessari alla tutela della salute pubblica**».

L’AUMENTO DELLE COMPARTECIPAZIONI ALLA SPESA (TICKET)

Nel periodo 2016/17, a fronte della diminuzione degli stanziamenti regionali occorre segnalare l’incremento dei “ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria” (da 16,42 milioni nel 2016 a 16,63 milioni nel 2017 a: +210 mila euro, pari a +1,28 per cento) e delle “compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie – ticket” (da 8,24 milioni nel 2016 a 8,34 milioni nel 2017: +98 mila euro, pari a +1,19 per cento).

LA SPESA PER IL PERSONALE: LE CONTRADDIZIONI SULLA CRESCITA DELLE RISORSE A FAVORE DEL PERSONALE ATIPICO

Nonostante la Giunta regionale, con la d.g.r. n. 55/2017, avesse disposto di proseguire il processo di progressiva riduzione dei contratti di lavoro atipici ed effettuare le procedure selettive per la copertura dei posti vacanti, l'analisi dei dati di bilancio (Corte dei Conti) evidenzia come l'Azienda non abbia adempiuto adeguatamente. Infatti, dal confronto tra 2016 e 2017 emerge una riduzione della spesa per il personale dipendente pari a -2,18 milioni (passando da 121,47 milioni nel 2016 a 119,29 milioni nel 2016 – soprattutto in conseguenza della diminuzione della spesa per il ruolo sanitario). Nonostante la possibilità di nuove assunzioni, si è in sostanza registrato un aumento dei contratti atipici, con aumento del costo del personale non dipendente di 1,09 milioni (passando da 8,59 milioni del 2016 a 9,67 milioni del 2017). In particolare, mentre il costo del "personale somministrato – area sanitaria" diminuisce di 282 mila euro (passando da 2,7 milioni nel 2016 a 2,42 milioni nel 2017), il costo del "personale somministrato – area non sanitaria" aumenta di 600 mila euro (passando da 4,22 milioni nel 2016 a 4,82 milioni nel 2017). Si ricorda che la d.g.r. n. 55/2017 ha quantificato in 132,3 milioni il limite massimo di spesa per il personale dipendente e non dipendente.

LE CONDIZIONI DI SALUTE E L'OFFERTA DEL SERVIZIO SANITARIO

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

Il Comitato deputato alla valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nelle regioni italiane ha recentemente espresso una valutazione positiva 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 dell'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. La popolazione residente infatti si distingue, nel panorama italiano, per una minore propensione alla sedentarietà (32,1% rispetto a una percentuale nazionale del 38,1%) e al fumo (19,3% rispetto al 19,7%) e ad una più bassa proporzione di persone in sovrappeso o obese (41,5% contro 45,9%), mentre presenta una più diffusa abitudine al consumo di alcolici fuori pasto, che interessa il 43,3% dei residenti di almeno 11 anni (valori dell'indicatore significativamente più alti della media nazionale si riscontrano anche in Trentino-Alto Adige e in Friuli-Venezia Giulia).

Le rilevazioni disponibili restituiscono un 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 2017 la percentuale di individui che si dichiaravano in uno stato di buona salute era del 71,1%: più di Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, ma meno di Emilia-Romagna, Trento e, soprattutto, Bolzano (85,4%). Ampi scarti, in negativo dalla provincia altoatesina si rilevano anche per l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione: nella nostra regione il 36,9% degli abitanti è affetto da almeno una malattia cronica (il 26,8% a Bolzano) e il 16,7% da almeno due (l'11,7% a Bolzano). Sebbene l'incidenza dei malati cronici si sia ridotta dal 2010, preoccupa la concomitante riduzione delle persone che si ritengono in buona salute, sia rispetto al totale della popolazione (da 73,1% a 71,1%) sia rispetto alla popolazione dei cronici (da 50,2% a 49,9%). Seppure su questa dinamica abbia influito, presumibilmente, l'avanzare del processo di senilizzazione, bisogna considerare che nella Provincia di Bolzano queste percentuali sono cresciute entrambe, rispettivamente di 3 e 2 punti.

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 2017 era pari soltanto ad 82 anni, ovvero di 0,7 anni più bassa rispetto a quella media (solo i campani e i siciliani avevano un aspettativa inferiore). Negli ultimi dieci anni la speranza di vita alla nascita della nostra regione è cresciuta di 1 anno e mezzo, mentre la speranza di vita a 65 anni di 0,8. Nel 2017 un individuo valdostano di 65 anni poteva aspettarsi di vivere in media, 20 anni e mezzo, così come un 65enne italiano medio.
I tassi di mortalità per tumore (114,3 per 100.000 abitanti), per malattie dell'apparato respiratorio (47,0) e dell'apparato digerente (19,0) sono tra i più alti del Paese (dati riferiti al 2015), mentre sono più contenuti quelli per cirrosi e altre malattie del fegato (1,4) e per malattie del sistema circolatorio (151,3).

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

Speranza di vita alla nascita e diffusione dei fattori di rischio nella popolazione. Anno 2017. Italia e regioni.

	Persone che non praticano sport né attività fisica	% di fumatori (14 anni e oltre)	% consumatori di alcolici fuori pasto (11 anni e oltre)	Composizione della popolazione secondo l'indice di massa corporea				Speranza di vita	
				Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	Alla nascita	A 65 anni
Piemonte	34,0%	20,7%	29,4%	4,4%	53,9%	32,0%	9,7%	82,5	20,5
Valle d'Aosta	**32,1%**	**19,3%**	**43,3%**	**5,0%**	**53,5%**	**30,8%**	**10,7%**	**82,0**	**20,5**
Liguria	34,7%	21,5%	31,0%	3,3%	54,9%	32,4%	9,3%	82,7	20,6
Lombardia	29,3%	20,6%	32,7%	4,4%	52,3%	32,7%	10,5%	83,3	21,0
Trentino-Alto Adige	15,7%	16,6%	47,2%	3,4%	56,2%	31,8%	8,6%	83,8	21,5
Veneto	25,8%	18,0%	37,6%	2,9%	53,4%	33,7%	10,1%	83,4	21,0
Friuli-Venezia Giulia	26,5%	17,1%	45,7%	3,1%	49,8%	35,2%	11,8%	83,0	21,0
Emilia-Romagna	31,0%	19,6%	34,2%	3,0%	48,1%	37,5%	11,3%	83,2	21,0
Toscana	31,7%	20,6%	29,0%	3,5%	53,2%	34,6%	8,8%	83,3	21,0
Umbria	36,4%	22,3%	31,3%	4,2%	51,0%	34,2%	10,6%	83,3	21,0
Marche	31,2%	20,1%	31,0%	2,5%	52,2%	32,9%	12,4%	83,3	21,0
Lazio	40,8%	19,1%	25,7%	2,4%	54,6%	35,4%	7,6%	82,5	20,5
Abruzzo	38,5%	19,7%	27,3%	2,9%	47,9%	37,3%	12,0%	82,6	20,6
Molise	47,4%	20,1%	30,5%	1,9%	49,7%	35,6%	12,8%	82,3	20,8
Campania	54,2%	21,1%	21,7%	1,8%	47,3%	39,8%	11,1%	81,1	19,4
Puglia	48,5%	18,0%	21,3%	2,0%	46,9%	37,7%	13,5%	82,7	20,6
Basilicata	46,4%	19,5%	25,6%	2,1%	44,5%	41,2%	12,1%	82,3	20,5
Calabria	51,4%	16,4%	23,4%	2,3%	49,3%	38,4%	10,0%	82,1	20,2
Sicilia	56,6%	20,4%	22,4%	3,0%	45,3%	39,1%	12,6%	81,6	19,7
Sardegna	35,4%	17,8%	29,7%	3,1%	54,7%	32,3%	9,9%	82,8	21,0
Italia	38,1%	19,7%	29,2%	3,1%	50,9%	35,4%	10,5%	82,7	20,6

Fonte: dati ISTAT

LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Decessi per 10.000 abitanti. Anno 2015. Italia e regioni.

	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e della nutrizione	Malattie del sangue, degli organi emat. e disturbi immunitari	Malattie del sistema nervoso e degli organi sensoriali	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Cirrosi e altre malattie croniche fegato
Piemonte	112,7	17,2	2,0	20,2	168,5	39,4	15,0	2,4
Valle d'Aosta	**114,3**	**18,7**	**3,1**	**19,7**	**151,3**	**47,0**	**19,0**	**1,4**
Lombardia	117,1	13,8	2,0	21,1	144,2	34,0	13,6	2,5
Trentino-Alto Adige	103,2	10,7	1,5	19,7	152,4	31,5	13,5	3,2
Veneto	107,6	16,5	1,8	17,8	155,6	33,6	14,4	2,7
Friuli-Venezia Giulia	117,3	14,9	2,6	14,9	163,2	39,7	17,5	3,2
Liguria	115,0	21,0	2,0	24,0	172,8	35,8	16,0	2,2
Emilia-Romagna	114,3	18,0	2,1	17,3	164,0	39,6	16,7	2,1
Toscana	109,3	18,6	2,1	22,7	167,2	37,4	15,3	2,4
Umbria	98,4	15,8	2,2	21,4	179,2	37,1	14,5	2,0
Marche	105,5	18,8	2,2	25,3	178,5	35,8	15,4	2,3
Lazio	112,0	20,2	2,4	18,4	165,0	33,2	14,3	2,4
Abruzzo	93,8	20,1	2,8	25,6	194,6	32,2	17,6	2,7
Molise	95,5	22,2	2,9	18,7	222,2	35,7	15,7	4,2
Campania	107,1	29,3	1,9	15,1	208,0	31,4	15,2	5,7
Puglia	100,8	25,1	2,3	21,1	160,3	34,1	15,3	4,5
Basilicata	97,5	27,6	2,5	17,7	197,8	37,1	16,8	4,8
Calabria	92,1	30,0	2,3	14,6	200,6	30,4	15,1	4,4
Sicilia	100,4	28,4	2,0	16,4	197,7	32,5	13,6	4,1
Sardegna	106,6	18,4	2,5	19,8	132,0	31,0	15,2	3,1
Italia	108,8	19,9	2,1	19,4	168,8	34,8	14,9	3,1

Fonte: dati ISTAT

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE: LA CRONICITA'

Condizioni di salute della popolazione residente. Anno 2017.

	% sul totale della popolazione												% sul totale dei cronici
	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche	affetti da diabete	affetti da ipertensione	affetti da bronchite cronica	affetti da artrosi, artrite	affetti da osteopo-rosi	affetti da malattie del cuore	affetti da malattie allergiche	affetti da disturbi nervosi	affetti da ulcera gastrica o duodenale	in buona salute
Piemonte	67,3	41,4	20,9	6,0	18,1	6,4	16,1	6,6	4,5	9,6	5,1	2,4	41,5
Valle d'Aosta	**71,1**	**36,9**	**16,7**	**3,8**	**14,1**	**6,5**	**13,1**	**5,2**	**3,1**	**11,6**	**4,0**	**1,9**	**49,9**
Liguria	68,1	45,1	24,9	5,5	20,1	6,6	22,6	9,7	4,2	11,1	5,6	2,5	44,3
Lombardia	70,9	39,7	19,2	4,7	17,7	5,5	14,1	7,3	4,4	10,8	3,8	2,4	45,7
Bolzano	85,4	26,8	11,7	3,7	13,3	2,3	8,2	4,4	2,0	7,7	2,2	1,4	62,8
Trento	76,6	36,4	15,5	4,0	14,4	4,1	12,7	4,5	3,1	11,1	2,9	1,9	52,2
Veneto	70,4	39,6	19,2	5,0	15,6	5,6	14,9	6,2	4,7	10,1	4,1	2,5	44,4
Friuli-Venezia Giulia	70,7	38,9	20,4	5,2	17,4	4,6	17,2	7,5	4,5	9,2	4,4	1,7	42,8
Emilia-Romagna	71,6	42,0	21,3	4,5	17,8	4,9	17,2	7,4	4,2	10,8	5,2	3,2	44,6

Fonte: dati ISTAT

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 2017, 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 1.866 euro, i valdostani hanno destinato nel 2014 circa 880 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 619 euro di spesa privata pro capite nel 2014): 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 26 per i farmaci e 64 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 49 euro (al secondo posto troviamo il Veneto, con 61 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. Italia e regioni.

	Spesa sanitaria delle famiglie pro capite (2014)	Spesa sanitaria pubblica corrente pro capite (2017)	Compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica pro capite (2018)		
			Totale	Ticket Farmaci	Ticket Prestazioni sanitarie
Piemonte	646	1.848	42,5	16,0	26,5
Valle d'Aosta	879	2.015	90,0	26,2	63,8
Lombardia	618	1.904	48,9	27,7	21,2
Bolzano	619	2.327	58,7	20,0	38,7
Trento	619	1.982	58,2	18,7	39,5
Veneto	658	1.813	61,4	26,6	34,9
Friuli-Venezia Giulia	859	1.945	53,5	16,2	37,3
Liguria	594	2.054	56,8	29,1	27,7
Emilia-Romagna	715	1.909	55,0	18,3	36,7
Toscana	584	1.915	55,9	20,0	35,9
Umbria	519	1.931	61,1	23,8	37,2
Marche	546	1.842	47,8	20,5	27,3
Lazio	530	1.899	46,5	28,8	17,7
Abruzzo	480	1.818	53,8	27,4	26,4
Molise	468	2.039	45,6	30,6	15,0
Campania	365	1.723	45,1	36,1	9,0
Puglia	442	1.844	45,5	33,3	12,2
Basilicata	535	1.866	52,3	33,1	19,2
Calabria	477	1.748	41,1	29,0	12,1
Sicilia	393	1.765	41,7	33,2	8,5
Sardegna	480	2.061	33,7	18,2	15,5
Italia	553	1.866	49,1	26,6	22,5

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. A questo scopo, 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, 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:

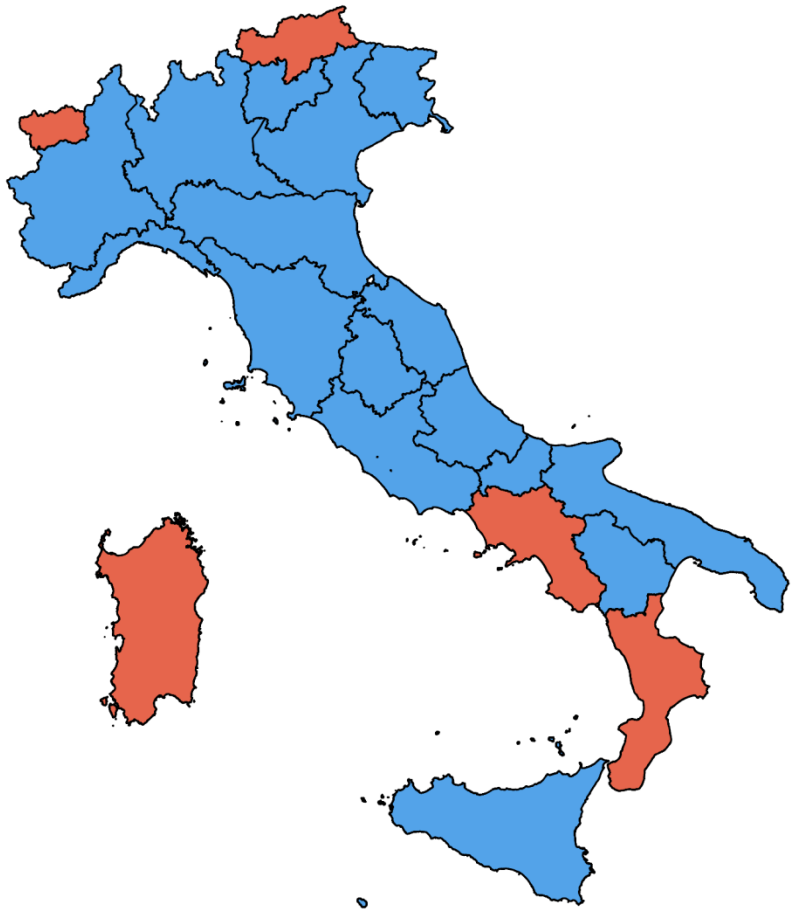
Valore dell'indicatore	**Punteggio assegnato alla regione**
Valore normale	9
Scostamento minimo	6
Scostamento rilevante ma in miglioramento	3
Scostamento non accettabile	0
Dato non fornito o palesemente errato	-1

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	>= 160 oppure >= 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

Regioni adempienti (in blu) e inadempienti (in rosso) dopo la valutazione dei LEA 2017.



Fonte: dati Ministero della Salute

Nel 2017, su 21 regioni e province autonome, 16 hanno ottenuto una valutazione complessiva pari o superiore a 160 punti. I punteggi più alti sono stati conseguiti dalle cinque grandi regioni del Centro-Nord, i cui Servizi Sanitari hanno mostrato storicamente degli elevati livelli di efficienza e una soddisfacente capacità di programmazione (il Piemonte, che ha ottenuto la valutazione più alta dopo la conclusione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana). Tra le regioni adempienti, i punteggi più bassi sono stati ottenuti dal Molise (167) e dalla Sicilia (160). Non sono 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 presenta 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.

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 l'analisi dei residui fitosanitari all'interno degli alimenti di origine vegetale e nella copertura vaccinale. Risulta minimo lo scarto dal target per la copertura vaccinale del ciclo base nei bambini, mentre è più rilevante quello per la copertura del vaccino MPR e dell'anti-influenzale degli anziani. Sono positivi invece i dati sugli screening oncologici, sugli effetti che i programmi di prevenzione attivati dalla Regione producono sulla qualità degli stili di vita e sui controlli sanitari negli allevamenti, nelle imprese agricole e sui campioni di alimenti di origine animale.

Indicatore	Soglia del valore normale	Valore Valle d'Aosta	Giudizio
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	tutte >= 95%	tutte >= 92%	Scostamento minimo
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino MPR	>= 95%	90,26%	Scostamento rilevante ma in miglioramento
Copertura vaccinale negli anziani per anti-influenzale	>= 75%	44,10%	Scostamento non accettabile
Percentuale di persone che ha effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato	>= 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	>= 5%	6,01%	Valore normale
Allevamenti controllati per il contrasto alla tubercolosi bovina	100%	100%	Valore normale
Allevamenti controllati per il contrasto alla brucellosi	>= 99,8%	100%	Valore normale
Aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	>= 99,7%	100%	Valore normale
Percentuale dei campioni analizzati per contaminanti sugli alimenti di origine animale su totale dei campioni programmati	>= 98%	oltre 100%	Valore normale
Percentuale dei campioni analizzati per residui fitosanitari degli alimenti vegetali su totale dei campioni programmati	>= 90%	100%, 50% e 0% a seconda degli alimenti	Scostamento non accettabile

Fonte: dati Ministero della Salute

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 e dei trattamenti medici e farmacologici dei pazienti cronici). Rispetto all'assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare agli anziani e ai disabili, invece, tutti gli indicatori presentano scostamenti al di sotto della soglia dell'accettabilità. Emerge, in particolare, la completa assenza di posti per l'assistenza semi-residenziale ai disabili e l'inadeguatezza del servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari in favore degli anziani. Nel 2017 solo lo 0,15% degli anziani valdostani ha beneficiato di questo servizio, mentre in Piemonte la percentuale è del 2,4% e in Lombardia del 2,1%. 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	40,48	Valore normale
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	<= 409	247,81	Valore normale
Percentuale di anziani trattati in ADI	>= 1,88%	0,15%	Scostamento non accettabile
Posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	>= 9,80	1,29	Scostamento non accettabile
Posti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	>= 10	n.d.	Scostamento non accettabile*
Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	>= 0,50	0,33	Scostamento non accettabile
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	0,37	Scostamento non accettabile
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	1,82	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	5,61	Valore normale
Assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	>= 10,82	13,19	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 (20,1% 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 inappropriatezza (e quindi di malfunzionamento degli appropriati strumenti e canali di cura e prevenzione). E' soddisfacente inoltre la percentuale di anziani con frattura del collo del femore operati entro due giornate in regime ordinario (79,5% 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	149,9	Valore normale
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	<= 7,00	3,42	Valore normale
Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	<= 90,00	96,87	Scostamento minimo
Rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza e non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,21	0,14	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%	20,10%	Scostamento rilevante ma in miglioramento
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%	79,49%	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

SPESA SANITARIA E CAPACITA' DI PRESA IN CARICO DEI SSR

Dopo aver esaminato lo stato dei LEA, proponiamo una riflessione sulla relazione tra le risorse impiegate dalle regioni italiane e i risultati conseguiti dai loro servizi sanitari, il cui obiettivo attiene anche all'esigenza di comprendere in che modo è cambiata nelle Regioni, in particolare in quelle interessate dal piano di rientro e in quelle a statuto autonomo, l'offerta sanitaria e sociosanitaria. A tale scopo, abbiamo svolto una breve analisi ad hoc, elaborando un indice di «capacità di presa in carico» dei cittadini relativamente ai servizi sanitari e sociosanitari delle Regioni italiane, facendo ricorso ad alcuni indicatori – solo in parte sovrapponibili a quelli utilizzati dal Comitato LEA – (fonti: ISTAT, Corte dei Conti, Ministero della Salute, Osservasalute), idonei a misurare la capacità dei servizi pubblici (ed anche del tessuto sociale, in particolare rispetto alla dotazione di capitale umano) di rispondere ai bisogni della popolazione. Questi si riferiscono ai seguenti ambiti:

- *Le risorse (capitale umano, capitale fisso) a disposizione dei SSR*: medici specialisti in attività, odontoiatri iscritti all'albo, attrezzature TAC nelle strutture accreditate, posti letto per acuti, posti letto per post-acuzie, posti nelle strutture per assistenza ai disabili, over 65 trattati in ADI, posti letto nei presidi per anziani, infermieri del SSR;
- *L'efficacia e l'appropriatezza dell'attività dei SSR*: degenza media degli acuti, pazienti over 65 con frattura del femore operati entro due giornate in regime ordinario, quota di ricoveri in regione sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario, residenti che hanno effettuato screening oncologici nell'ambito di programmi organizzati, persone senza limitazioni nelle attività quotidiane che non hanno rinunciato per motivi economici a trattamenti o visite, indice AGEANS di qualità delle strutture sanitarie, tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti in età pediatrica affetti da asma.

I risultati dell'analisi indicano che la capacità di presa in carico dei SSR tende ad aumentare con il livello di spesa pro capite sostenuto dai SSR e, tuttavia, a livelli di spesa analoghi, corrispondono livelli dell'offerta molto differenti. La Valle d'Aosta è la sesta regione per spesa sanitaria pro capite (2.018 euro nel 2016) ed è al decimo posto per capacità di presa in carico, con un valore dell'indice corrispondente inferiore a tutte le altre regioni del Nord.

SPESA SANITARIA E CAPACITA' DI PRESA IN CARICO DEI SSR

Le risorse. Rispetto agli indicatori delle risorse, la Valle d'Aosta consegue punteggi più elevati della media nella dotazione di posti letto e di attrezzature strumentali (TAC), mentre gli indicatori sul personale rilevano delle forti carenze. Il tasso di medici specialisti è pari soltanto a 28,3 per 10.000 abitanti e quello di odontoiatri è il più basso in Italia (5,9). L'elevato numero di pazienti per infermiere (12) mostra inoltre la forte pressione della domanda di assistenza sul Sistema Sanitario.

L'efficacia. In termini relativi, gli indicatori di efficacia e di appropriatezza sono incoraggianti. La Corte dei Conti ha certificato che in Valle d'Aosta si osserva uno dei maggiori tassi di copertura dei programmi di screening oncologici e che l'86,8% degli anziani con frattura del femore vengono operati entro due giornate in regime ordinario (migliore performance in Italia su questo indicatore di efficacia). Resta elevata tuttavia la percentuale di ricoveri fuori regione (mobilità ospedaliera passiva) che tende ad interessare le regioni piccole, dove lo sviluppo di prestazioni altamente specializzate è ostacolato dagli elevati costi fissi (ISTAT, 2018).

CAPACITA' DI PRESA IN CARICO DEI SSR: LE RISORSE

	Spesa sanitaria corrente pro capite (2016)	Tassi per 10.000 abitanti						% di over 65 trattati in ADI (2013, 2015, 2016)	Posti letto dei presidi per anziani per 10.000 over 65 (2015)	Pazienti per infermiere del SSN (2015)
		Medici specialisti in attività (2016)	Odontoiatri iscritti all'albo (2016)	T.A.C. nelle strutture pubbliche e private accred. per (2014)	Posti letto per acuti (2016)	Posti letto per post-acuzie (2016)	Posti in strutture che erogano assistenza ai disabili (2015, 2016)			
Piemonte	1.841	26,6	10,0	0,23	29,2	10,1	5,5	3,1	355,9	10
Valle d'Aosta	**2.018**	**28,3**	**5,9**	**0,39**	**30,9**	**7,1**	**3,4**	**0,4**	**359,9**	**12**
Lombardia	1.861	28,1	9,8	0,23	31,0	7,4	8,2	3,0	283,0	13
Bolzano	2.285	23,7	7,1	0,19	32,5	7,5	2,7	0,4	433,9	10
Trento	1.884	22,6	8,8	0,24	27,9	10,3	4,3	3,8	431,3	10
Veneto	1.772	24,8	9,6	0,19	30,4	5,5	6,8	5,1	309,0	9
Friuli-Venezia Giulia	1.900	29,9	11,2	0,21	35,3	3,3	6,6	2,7	320,6	8
Liguria	2.037	34,8	13,3	0,23	30,5	6,0	11,1	3,5	257,6	9
Emilia-Romagna	1.890	31,6	10,0	0,22	32,4	7,8	5,1	4,1	301,8	11
Toscana	1.832	32,5	10,8	0,25	29,6	3,1	4,5	3,6	187,3	9
Umbria	2.111	32,7	10,7	0,25	31,0	4,4	4,0	2,2	132,5	11
Marche	1.807	26,5	9,5	0,29	29,8	6,2	5,7	2,1	231,4	10
Lazio	1.913	35,3	11,6	0,26	29,2	6,5	4,1	1,8	120,9	16
Abruzzo	1.801	30,4	13,2	0,27	27,4	5,3	5,5	3,6	130,1	11
Molise	2.051	26,4	10,3	0,44	32,7	6,1	9,2	5,4	209,2	15
Campania	1.729	27,8	8,8	0,23	27,5	3,5	2,4	1,9	54,9	18
Puglia	1.822	26,0	9,1	0,22	27,5	3,4	5,8	3,0	108,9	14
Basilicata	1.842	23,6	8,0	0,26	28,1	5,8	7,7	2,2	173,9	9
Calabria	1.741	26,3	10,3	0,27	23,3	5,0	4,8	1,3	91,5	11
Sicilia	1.738	30,9	8,3	0,29	27,7	4,0	2,5	3,5	160,2	12
Sardegna	2.065	36,8	9,7	0,23	32,9	2,2	4,3	2,7	151,7	11

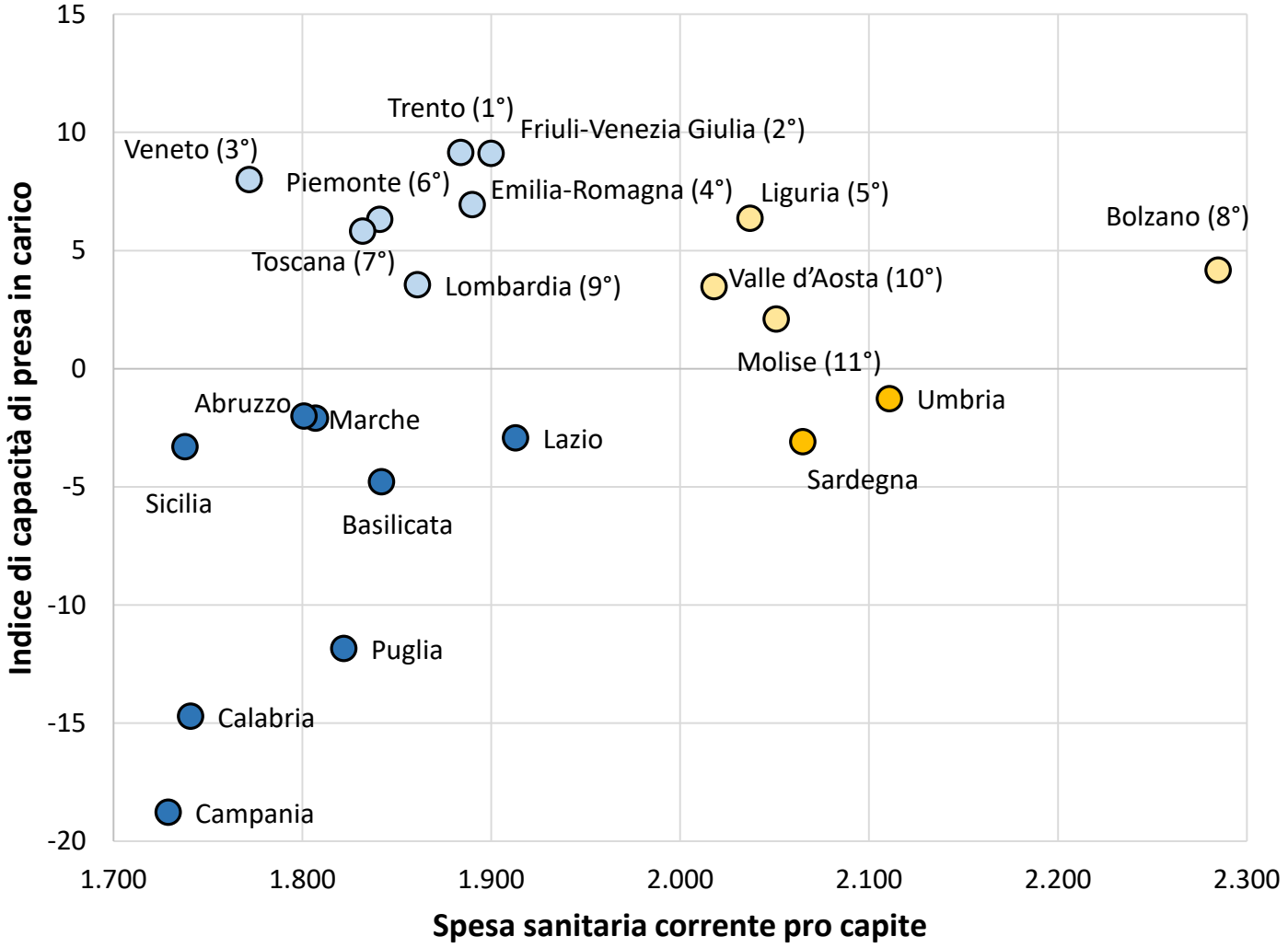
Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ministero della Salute, Osservasalute e bilanci regionali

CAPACITA' DI PRESA IN CARICO DEI SSR: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

	Spesa sanitaria corrente pro capite (2016)	Degenza media degli acuti in giorni (2014)	% di pazienti over 65 con frattura del femore operati entro due giornate in regime ordinario (2016)	% di ricoveri in regione sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario (2016)	% di residenti che hanno effettuato screening oncologici (2016)	% di persone che non hanno rinunciato per motivi economici a trattamenti o visite (2014)	Indice AGEANS di qualità delle strutture sanitarie (2015)	Dimissioni di pazienti in età pediatrica affetti da asma per 10.000 residenti in età pediatrica (2016)
Piemonte	1.841	7,3	65,3%	92,9%	11	98,3%	0	3,0
Valle d'Aosta	**2.018**	**6,8**	**86,8%**	**85,2%**	**15**	**97,7%**	**2**	**4,8**
Lombardia	1.861	6,8	64,8%	96,0%	9	97,5%	2	8,6
Bolzano	2.285	7,9	77,8%	95,4%	9	99,6%	2	3,3
Trento	1.884	9,8	75,7%	85,0%	13	99,6%	1	3,4
Veneto	1.772	8,3	69,1%	93,9%	15	98,5%	0	2,7
Friuli-Venezia Giulia	1.900	7,1	73,8%	93,5%	15	97,2%	2	4,6
Liguria	2.037	8,0	57,2%	84,7%	9	96,8%	0	9,6
Emilia-Romagna	1.890	6,3	73,9%	94,0%	15	96,6%	0	3,1
Toscana	1.832	6,4	76,1%	93,9%	13	98,9%	1	2,0
Umbria	2.111	6,2	52,9%	88,4%	13	96,5%	0	5,0
Marche	1.807	7,1	58,2%	86,6%	9	92,4%	0	5,1
Lazio	1.913	7,3	59,8%	90,7%	7	93,5%	0	6,1
Abruzzo	1.801	7,1	42,2%	84,0%	9	95,6%	-2	3,9
Molise	2.051	7,1	35,2%	73,4%	7	97,9%	0	6,0
Campania	1.729	6,4	25,0%	91,1%	3	94,2%	-2	10,9
Puglia	1.822	6,4	52,5%	91,3%	2	92,5%	-1	7,9
Basilicata	1.842	6,7	51,2%	76,4%	9	98,0%	-1	4,4
Calabria	1.741	6,5	29,3%	78,7%	2	93,1%	-1	7,2
Sicilia	1.738	6,8	69,0%	92,9%	3	96,8%	1	6,5
Sardegna	2.065	6,7	51,1%	94,5%	5	92,7%	-1	4,0

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ministero della Salute, Osservasalute e bilanci regionali

SPESA SANITARIA E CAPACITA' DI PRESA IN CARICO DEI SSR: LA POSIZIONE DELLA VALLE D'AOSTA



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ministero della Salute, Osservasalute e bilanci regionali

I quattro gruppi di regioni individuati con l'analisi della relazione tra spesa e capacità di presa in carico.

- *Spesa contenuta e elevata capacità di presa in carico* (modello delle grandi regioni del Centro-Nord): Veneto, Toscana, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Trento, Lombardia.
- *Spesa contenuta e bassa capacità di presa in carico* (modello delle regioni del Mezzogiorno): Sicilia, Abruzzo, Marche, Basilicata, Lazio, Puglia, Calabria, Campania.
- *Spesa elevata e capacità di presa in carico più bassa della media*: Sardegna e Umbria.
- *Spesa elevata e capacità di presa in carico più alta della media*: Liguria, **Valle d'Aosta**, Molise, Bolzano.

I TEMPI DI ATTESA

Dal monitoraggio dei tempi di attesa necessari per accedere alle prestazioni sanitarie erogate dal SSR, emerge 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. Da allora, considerando la situazione aggiornata a maggio 2019, si sono ridotti i tempi di attesa del 74% delle prestazioni, mentre per il restante 26% sono aumentati. La percentuale di prestazioni con tempi di attesa «critici» si è quindi ridotta, secondo le valutazioni dell'USL, al 36%. Permangono, in ogni caso, le lunghe code per l'accesso alle prestazioni di cardiologia (in aumento), di radiologia (in miglioramento), per le visite psichiatriche, ginecologiche e dermatologiche (che rispetto al 2018 e, soprattutto, al 2017 risultano più lunghe). L'Assessorato, a questo proposito, lamenta le difficoltà organizzative dovute alla carenza di medici specializzandi, cui i concorsi pubblici non sembrano in grado di fornire un rimedio.

Considerando 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 tempi di attesa per gli interventi in regime ordinario sono in molti casi sostanzialmente inferiori a quelli osservati, in media, a livello nazionale (dati sui tempi medi di attesa prima del ricovero nel 2017). In particolare, sono positivi i dati sull'attesa per l'angioplastica coronarica (12,2 giorni), per il tumore al polmone (14,3) e per la protesi all'anca (43,1). Meno incoraggianti, d'altra parte, i tempi di attesa per gli interventi in day hospital, che sono in alcuni casi i più alti in Italia. Si segnalano, tra le prestazioni più negative i tempi per l'ernia inguinale (189,3), per l'emorroidectomia (122) e per la tonsillectomia, che raggiungono quasi i 300 giorni.

I TEMPI DI ATTESA: NONOSTANTE LA DINAMICA POSITIVA, ALCUNI TEMPI DI ATTESA SONO ANCORA CRITICI

Complessivamente, il quadro dei tempi di attesa ha mostrato un trend di miglioramento negli ultimi due anni di rilevazione. Permangono tuttavia delle attese preoccupanti per quasi tutte le prestazioni diagnostiche-strumentali (ecografia, RM, TC) in molti casi ancora superiori ai 100 giorni. Inoltre emerge un drastico peggioramento della situazione nei reparti di cardiologia, dove i tempi per una visita cardiologica con ECG, che si erano ridotti da 167 a 118 tra la fine del 2017 e la fine del 2018, son quasi raddoppiati nell'arco di cinque mesi, raggiungendo i 215 giorni, un tempo incompatibile con le esigenze di diagnosi dei pazienti.

Tempi di attesa per le visite e le prestazioni diagnostiche in giorni. Anni 2017, 2018, 2019. USL Aosta.

Prestazione	Dic-2017	Dic-2018	Mag-2019	Variazione 17-19
Visita allergologica	42	63	20	-22
Visita andrologica	7	35	27	+20
Visita cardiologica + ECG	167	118	215	+48
Ecodopplergrafia cardiaca	80	36	105	+25
Visita di chirurgia toracica	37	51	22	-15
Visita senologica di chirurgia toracica	37	51	22	-15
Visita dermatologica	13	58	78	+65
Visita dietologica	44	34	7	-37
Visita ematologica	16	43	27	+11
Visita diabetologica	7	9	19	+12
Visita endocrinologica	43	48	23	-20
Visita gastroenterologica	71	91	50	-21
Egds - Gastroscopia	22	14	66	+44
Colonscopia con endoscopio flessibile endo	91	73	64	-27
Visita geriatrica	71	14	36	-35
Visita neurologica	57	66	5	-52
Visita oculistica	70	35	27	-43
Visita ortopedica	64	185	34	-30
Visita ortopedica per la chirurgia della mano	90	34	19	-71

Prestazione	Dic-2017	Dic-2018	Mag-2019	Variazione 17-19
Visita ortopedica per la chirurgia del piede	126	42	34	-92
Ecografia transvaginale	66	52	65	-1
Visita ginecologica	66	52	65	-1
Visita ORL	42	24	23	-19
Visita pneumologica	14	7	20	6
Visita psichiatrica	62	76	61	-1
Risonanza magnetica della colonna	8	76	58	+50
Risonanza magnetica del ginocchio	106	79	77	-29
Ecografia senza contrasto	62	69	30	-32
Ecografia dell'addome completo	164	282	105	-59
Ecografia tiroidea	162	296	105	-57
Ecografia muscolo tendinea	126	168	111	-15
Ecografia osteoarticolare	126	168	111	-15
Raggi X dei segmenti ossei	28	30	22	-6
TC colonna senza contrasto	9	37	96	+87
Visita fisiatrica	84	13	48	-36
Visita reumatologica	48	48	33	-15
Visita antalgica	44	57	28	-16
Visita urologica	71	3	16	-55

Fonte: Elaborazione su dati USL Aosta

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

Tempi di attesa per le visite e le prestazioni diagnostiche in giorni (tempo più breve disponibile nelle strutture dell'ASL). Situazione rilevata a luglio 2019. USL Aosta.

	USL Aosta	Azienda Sanitaria Alto Adige
Visita cardiologica	98	49
Visita chirurgica	7	1
Visita oculistica	38	28
Visita ortopedica	73	5
Visita urologica	4	40
Visita neurologica	1	22

Fonte: ausl.vda.it e sabes.it

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 2017. Italia e regioni.

	Regime ordinario								Day hospital				
	Tumore mammella	Tumore prostata	Tumore colon retto	Tumore utero	Tumore polmone	Angioplast. coronarica	Endoarte-riectomia carotidea	Protesi all'anca	Tonsillecto-mia	Chemio-terapia	Coronaro-grafia	Ernia inguinale	Emorroi-dectomia
Piemonte	25,4	52,7	22,9	22,4	26,2	22,8	40,7	109,9	111,0	7,1	42,5	134,3	72,8
Valle d'Aosta	**26,5**	**32,3**	**34,9**	**29,6**	**14,3**	**12,2**	**36,4**	**43,1**	**296,5**	**11,9**	**-**	**189,3**	**122,0**
Lombardia	27,6	67,2	24,0	28,7	19,9	49,8	40,8	97,7	124,5	12,1	35,7	104,9	104,7
Bolzano	18,2	20,4	14,9	16,2	15,8	8,5	23,3	55,3	50,9	25,1	5,2	34,4	30,8
Trento	22,0	34,6	17,4	27,3	18,7	39,8	63,0	47,6	93,5	7,0	-	55,7	40,7
Veneto	20,0	42,1	17,8	24,3	26,1	52,3	64,0	108,9	83,5	10,4	33,1	67,3	40,7
Friuli-Venezia Giulia	34,2	42,6	29,1	26,3	23,1	34,3	72,1	118,8	135,9	13,2	23,6	88,2	97,8
Liguria	34,1	49,1	27,3	29,3	27,1	61,1	51,0	170,7	187,2	18,9	19,1	156,8	172,3
Emilia-Romagna	2,3	49,7	22,7	28,6	19,7	26,6	51,1	106,2	174,4	9,5	20,3	132,7	235,1
Toscana	35,8	45,5	34,3	37,5	25,5	19,2	60,1	100,8	71,3	8,8	8,6	122,5	119,4
Umbria	32,0	74,0	28,4	23,7	22,2	21,1	38,8	74,1	131,2	15,6	-	113,0	105,5
Marche	31,5	39,8	26,5	22,4	46,7	19,0	64,0	69,3	138,7	11,3	25,1	87,3	53,9
Lazio	28,9	54,7	19,8	25,0	19,4	26,1	52,0	68,2	109,6	7,0	32,3	83,5	62,1
Abruzzo	23,5	85,8	18,2	27,1	28,7	22,2	53,0	40,1	137,6	9,4	12,1	85,0	47,4
Molise	19,8	13,8	16,6	20,9	18,3	19,0	56,1	46,4	107,6	8,0	11,1	62,5	14,0
Campania	20,9	52,0	24,8	20,6	36,2	10,9	50,0	43,7	39,6	10,9	8,5	26,8	16,8
Puglia	24,3	52,6	14,4	24,4	23,5	16,5	24,1	53,9	106,6	8,7	-	75,4	59,1
Basilicata	26,9	42,5	17,9	20,5	13,0	28,9	30,4	127,2	123,9	30,6	73,0	118,6	56,0
Calabria	18,2	27,9	19,6	22,9	24,3	18,7	7,9	24,7	70,0	8,4	20,8	27,6	12,7
Sicilia	26,6	48,4	20,4	22,6	17,6	24,0	31,3	54,8	60,4	6,7	21,2	41,0	38,5
Sardegna	40,6	43,6	38,5	31,8	29,3	24,6	39,4	72,8	105,2	15,2	19,2	63,8	72,0
Italia	26,7	53,2	23,3	26,3	23,2	30,6	47,2	89,9	118,5	10,8	27,4	89,9	66,1

Fonte: Dati Ministero della Salute

LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

- Nonostante la valutazione negativa della Corte dei Conti sulla dotazione di posti letto nelle strutture di assistenza agli anziani, il modello valdostano di presa in carico sembra fare affidamento in misura consistente sui servizi residenziali. Nel 2015, gli anziani ospiti dei presidi territoriali socio-assistenziali e socio-sanitari erano 985, ovvero il 3,4% dei residenti, con prevalente funzione di integrazione socio-sanitaria (ospitalità ed assistenza, occasioni di vita comunitaria, aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo culturali, di mantenimento e riattivazione, con assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e di benessere). Nonostante la percentuale si sia ridotta rispetto al 3,8% del 2009, nel 2015 era ancora la terza in Italia (dopo Piemonte e Trentino-Alto Adige). La tariffa media giornaliera corrisposta alle strutture valdostane è di 133,37 euro, di cui 45,60 a carico dell'utenza e la restante parte a carico del Servizio Sanitario e dei comuni (dati del 2011 di fonte CELVA).
- Anche nella nostra regione i trasferimenti monetari – 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 9% degli over 65 beneficia di questo assegno, a fronte di una percentuale nazionale dell'11,7%, su cui incidono i dati anomali rilevati in molte regioni del Centro e del Mezzogiorno.
- Lo scarso sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari va considerato in relazione all'elevata diffusione di alcuni servizi domiciliari di natura socio-assistenziale che favoriscono la permanenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente. In particolare, il SAD raggiungeva nel 2016 una percentuale di anziani del 4,4%, molto più alta di quella delle altre regioni ad esclusione del Trentino-Alto Adige, dove è pari al 3,7%. Non solo: la spesa media per utente (un indicatore di intensità del servizio) era di circa 5.000 euro annui, mentre in Trentino-Alto-Adige è di 3.400 euro e, nell'aggregato di tutte le regioni italiane, solo di 2.000, segnalando che lo sviluppo di questo servizio in Valle d'Aosta comporta anche una maggiore presa in carico del singolo caso trattato, superando alcuni dei limiti che vengono attribuiti al SAD in altre aree del Paese, come la Lombardia (la scarsa copertura oraria, la frammentazione delle prestazioni). Positivo, inoltre, il tasso di copertura delle attività ricreative (11,3%) mentre la distribuzione pasti a domicilio, il servizio di buonvicinato e il telesoccorso restano marginali, seppure più diffusi rispetto alla media delle altre regioni. Assente il trasporto sociale (per disabili e anziani con problemi di mobilità, in particolare verso i luoghi di cura), un altro tassello critico nel quadro di sottosviluppo delle infrastrutture viarie e dei sistemi di pubblica mobilità della Regione.

OSPITI DELLE STRUTTURE

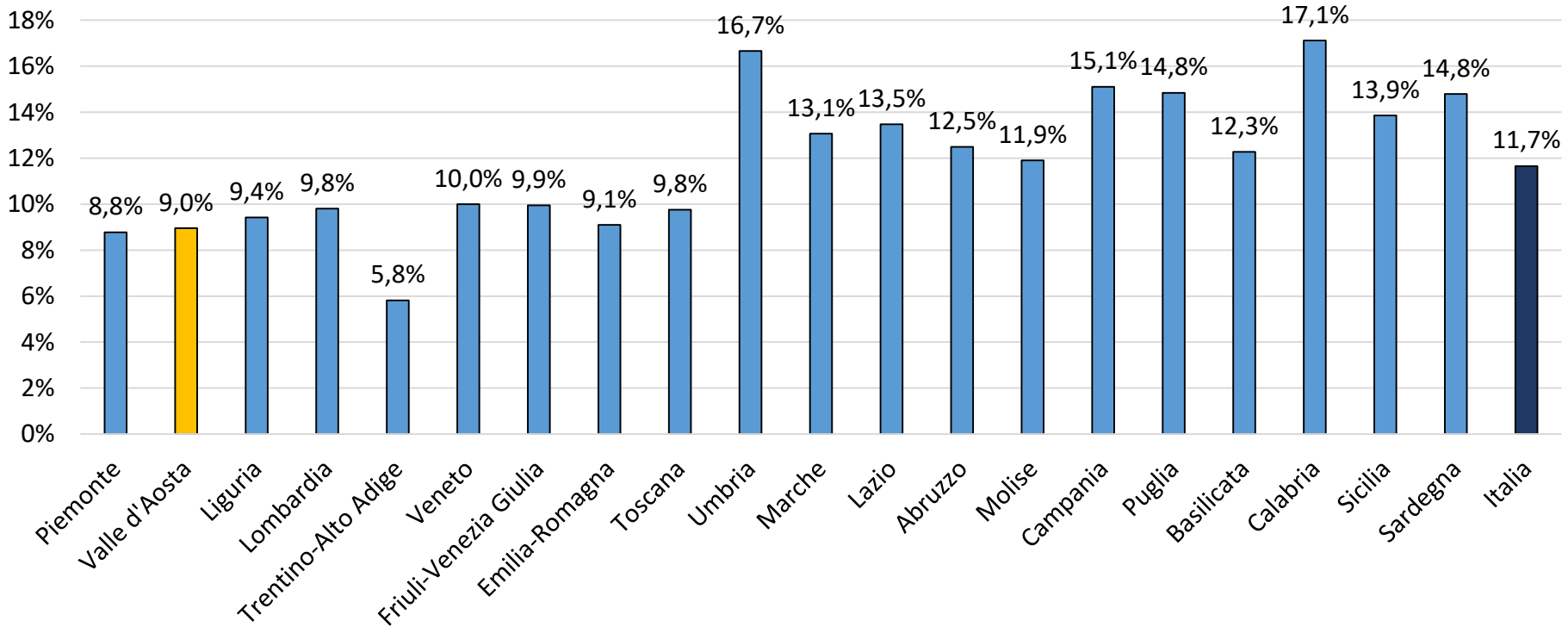
Ultrasessantacinquenni ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2009 e 2015. Italia e regioni.

	Anziani autosufficienti		Anziani non autosufficienti		Totale	
	2009	**2015**	**2009**	**2015**	**2009**	**2015**
Piemonte	1,3%	1,1%	2,4%	2,6%	3,6%	3,6%
Valle d'Aosta	**0,4%**	**0,3%**	**3,4%**	**3,1%**	**3,8%**	**3,4%**
Liguria	0,9%	1,0%	1,7%	1,9%	2,6%	2,9%
Lombardia	0,4%	0,2%	3,7%	2,7%	4,1%	2,9%
Trentino-Alto Adige	0,5%	0,3%	4,0%	4,1%	4,5%	4,4%
Veneto	0,7%	0,4%	3,2%	2,7%	3,9%	3,1%
Friuli-Venezia Giulia	0,8%	0,6%	3,2%	2,7%	4,0%	3,3%
Emilia-Romagna	0,5%	0,4%	2,5%	2,4%	3,0%	2,7%
Toscana	0,6%	0,4%	1,4%	1,4%	2,1%	1,9%
Umbria	0,3%	0,3%	0,9%	0,9%	1,2%	1,2%
Marche	0,5%	0,4%	1,5%	1,6%	2,0%	2,0%
Lazio	0,8%	0,7%	0,7%	0,5%	1,4%	1,2%
Abruzzo	1,1%	0,6%	1,7%	0,8%	2,8%	1,4%
Molise	1,1%	0,9%	1,4%	0,7%	2,5%	1,6%
Campania	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%	0,4%	0,6%
Puglia	0,4%	0,4%	0,7%	0,7%	1,1%	1,1%
Basilicata	0,4%	0,7%	0,6%	0,7%	1,0%	1,5%
Calabria	0,4%	0,4%	0,6%	0,6%	1,1%	1,0%
Sicilia	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	1,6%	1,5%
Sardegna	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	1,6%	1,7%
Italia	0,6%	0,5%	1,9%	1,7%	2,5%	2,2%

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

GLI ANZIANI BENEFICIARI DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

Ultrasessantacinquenni percettori di indennità di accompagnamento. Anno 2017. 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). Anni 2009 e 2015. Italia e regioni.

	attività ricreative, sociali, culturali	SAD	- Spesa per utente al netto della compartecipazione	distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	telesoccorso e teleassistenza	servizi di prossimità (buonvicinato)	trasporto sociale	centri diurni
Piemonte	2,3%	0,7%	1.911	0,2%	0,2%	0,0%	1,1%	0,2%
Valle d'Aosta	**11,3%**	**4,4%**	**5.009**	**0,7%**	**0,4%**	**0,9%**	**0,0%**	**0,9%**
Liguria	2,8%	1,0%	1.959	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,1%
Lombardia	1,5%	1,5%	1.290	0,7%	0,3%	0,3%	1,4%	0,3%
Trentino-Alto Adige	1,8%	3,7%	3.396	2,3%	0,6%	0,0%	0,2%	0,3%
Veneto	4,4%	1,1%	1.532	0,6%	1,6%	0,0%	1,2%	0,3%
Friuli-Venezia Giulia	2,0%	2,0%	2.087	0,9%	0,1%	0,1%	0,7%	0,5%
Emilia-Romagna	1,2%	1,2%	1.668	0,4%	0,2%	0,0%	1,1%	0,4%
Toscana	1,2%	0,5%	2.991	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%
Umbria	3,6%	0,3%	2.051	0,0%	0,9%	0,1%	0,6%	0,3%
Marche	3,2%	0,5%	2.483	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%
Lazio	1,0%	0,5%	2.083	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,8%
Abruzzo	2,2%	1,1%	1.681	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	1,5%
Molise	3,0%	1,7%	1.190	0,0%	0,1%	0,0%	1,0%	0,1%
Campania	1,0%	0,7%	2.877	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Puglia	1,7%	0,7%	2.737	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,4%
Basilicata	1,4%	1,0%	1.986	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Calabria	0,9%	0,7%	1.402	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Sicilia	1,1%	1,1%	1.868	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,7%
Sardegna	1,8%	2,1%	2.959	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%
Italia	1,8%	1,0%	2.002	0,3%	0,3%	0,1%	0,7%	0,3%

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

L’OFFERTA DI TRASPORTO PUBBLICO

LA DOMANDA E L'OFFERTA DI TRASPORTO

La dotazione infrastrutturale della Valle d'Aosta e lo sviluppo dei servizi di trasporto pubblico locale hanno determinato delle peculiarità nell'organizzazione delle modalità di spostamento della popolazione valdostana. Il 58% dei residenti effettua degli movimenti quotidiani per motivi di studio o di lavoro (fonte: ISTAT), più di quanto avvenga nella media delle regioni italiane, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di brevi tragitti di durata inferiore a 15 minuti (62,0% degli intervistati in Valle d'Aosta rispetto al 45,9% degli intervistati in Italia). Nonostante la domanda di mobilità della nostra regione sia molto elevata, si rilevano delle carenze nell'offerta del trasporto pubblico che penalizzano gli individui a basso reddito, con problemi di salute (invalidi, anziani) e residenti in località distanti dagli insediamenti produttivi (le aree interne e i piccoli centri abitati). Solo il 17,5% dei residenti che si sono spostati per motivi di studio e lavoro nel 2018 hanno usufruito almeno una volta dei trasporti pubblici: una percentuale in crescita di 6 punti rispetto a dieci anni prima ma sostanzialmente più bassa rispetto a quella osservata in Piemonte, Lombardia, Liguria e Trentino-Alto Adige.

Il sottosviluppo delle infrastrutture ferroviarie ha a che fare non solo con la dotazione complessiva (2,5 km per centro km quadrati di superficie, la più bassa in Italia) ma anche con alcuni aspetti qualitativi (non sono presenti le reti elettrificate e quelle a doppio binario) e con l'assenza di collegamenti con le grandi arterie nazionali e internazionali. La Valle d'Aosta, infatti è tagliata fuori dalla rete ad alta velocità. Non sorprende che solo il 3,5% dei lavoratori e degli studenti si servano del treno per gli spostamenti quotidiani e che la soddisfazione per il servizio sia più bassa rispetto alle altre regioni del Nord: solo il 48,7% degli intervistati è soddisfatto, allo stesso tempo, della frequenza, della puntualità, della disponibilità di posti a sedere, della pulizia, degli orari, dei costi e delle informazioni sul servizio (in Piemonte è il 56,8%, il Lombardia il 57%, in Trentino-Alto Adige il 78,6%).
Il trasporto pubblico locale del Capoluogo vive una fase di drastico ridimensionamento: dal 2008 al 2016 il numero di passeggeri per abitante si è dimezzato, arrivando a 13,4. Considerando l'aggregato dei comuni capoluogo italiani, questo indicatore era pari a 185,2 nell'ultimo anno di rilevazione.

La domanda di mobilità della popolazione valdostana, in un contesto di scarsità dell'offerta pubblica, viene soddisfatta quasi interamente dalle autovetture private. Nel 2018 erano presenti 1,47 automobili per abitante: un tasso molto superiore rispetto a quello di tutte le altre regioni, in forte crescita dal 2010, quando era di 1,05. Il tasso nazionale corrispondente era di 0,64 nel 2018 e di 0,60 nel 2010. La presenza massiccia di mezzi privati sul territorio regionale, in rapporto alla popolazione residente, rischia di generare una paradossale situazione di congestioni locali in un'area a bassissima densità abitativa.

LA DOMANDA E L'OFFERTA DI TRASPORTO

	Pendolari che hanno utilizzato il trasporto pubblico nel corso dell'anno		Utenti abituali del trasporto su rotaia		Passeggeri per abitante del TPL nei comuni capoluogo di provincia		Auto circolanti per residente	
	2008	**2018**	**2008**	**2017**	**2008**	**2016**	**2010**	**2018**
Piemonte	21,1%	21,8%	5,5%	4,9%	154,4	199,8	0,63	0,67
Valle d'Aosta	**11,5%**	**17,5%**	**3,3%**	**3,5%**	**27,0**	**13,4**	**1,05**	**1,47**
Lombardia	19,6%	27,7%	5,6%	6,8%	359,3	296,9	0,59	0,61
Trentino-Alto Adige	22,1%	23,3%	5,6%	7,6%	162,6	145,0	0,55	1,05
Veneto	16,4%	17,0%	3,2%	4,5%	255,8	298,5	0,60	0,64
Friuli-Venezia Giulia	18,5%	16,3%	3,1%	4,7%	215,3	209,8	0,62	0,66
Liguria	26,1%	29,4%	8,9%	10,9%	229,9	194,3	0,52	0,54
Emilia-Romagna	13,0%	15,3%	3,7%	4,4%	119,5	131,0	0,61	0,65
Toscana	16,4%	17,1%	4,6%	7,8%	117,1	104,4	0,64	0,68
Umbria	10,9%	12,7%	3,2%	4,1%	108,7	93,6	0,67	0,72
Marche	12,8%	15,5%	2,1%	2,4%	63,8	51,6	0,63	0,67
Lazio	26,3%	29,3%	6,4%	7,1%	517,1	369,0	0,67	0,64
Abruzzo	17,7%	17,4%	2,3%	4,2%	72,4	59,3	0,63	0,67
Molise	21,0%	15,4%	1,4%	2,6%	56,1	48,5	0,62	0,69
Campania	25,5%	23,2%	7,6%	5,1%	183,0	101,7	0,58	0,60
Puglia	19,1%	17,4%	4,4%	5,6%	38,5	37,5	0,56	0,59
Basilicata	21,8%	17,4%	2,1%	2,3%	10,0	43,9	0,59	0,66
Calabria	21,1%	17,3%	2,6%	3,0%	41,5	34,9	0,59	0,65
Sicilia	15,4%	15,2%	1,3%	1,4%	44,2	34,1	0,62	0,66
Sardegna	15,7%	16,7%	3,7%	2,3%	108,8	77,0	0,59	0,64
Italia	19,2%	21,1%	4,6%	5,4%	218,3	185,2	0,61	0,64

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT e dati Automobile Club Italia

I BILANCI DEI COMUNI

LE ENTRATE E LE SPESE DEI COMUNI VALDOSTANI

I comuni valdostani hanno la maggiore capacità di entrata in Italia, con 2.079,5 euro di entrate correnti pro capite (a fronte dei 1.744,2 di Bolzano e dei 1.450,6 euro di Trento). L'indice di pressione tributaria (rapporto tra le entrate tributarie e la popolazione residente) raggiunge i 752,8 euro, con una crescita del 4% rispetto al 2017. L'addizionale comunale all'IRPEF, applicata da una quota minoritaria delle amministrazioni, genera appena 6,2 euro di entrate pro capite, l'IMU 517,5 euro e la tassa sui rifiuti 174 euro. Per quest'ultima, in seguito alle manovre effettuate dei comuni, gli accertamenti sono aumentati del 9,8%.

Dal lato delle spese, nel 2018 sono aumentate quelle di parte corrente (+2,2% degli impegni pro capite) mentre, nonostante il consistente incremento degli avanzi di amministrazione, sono diminuiti gli investimenti (-8,6% dei pagamenti in conto competenza pro capite). Il 44% della spesa corrente viene assorbita dall'amministrazione generale, un dato connesso all'elevata presenza di piccole e piccolissime amministrazioni che non sono in grado di sfruttare le economie di scala nell'auto-funzionamento. Solo l'1,4% viene destinato alla spesa per i servizi sociali gestiti dal comune: è un dato che meriterebbe un approfondimento, alla luce dell'importanza delle funzioni esercitate dalle unioni di comuni, in particolare nell'area «anziani».

LE ENTRATE CORRENTI

Entrate correnti pro capite (accertamenti). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	1.769,8	1.744,2	-1,4%
P. A. di Trento	1.418,8	1.450,6	+2,2%
Valle d'Aosta	1.957,1	2.079,5	+6,3%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	3.461,1	3.618,9	+4,6%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	1.524,1	1.620,4	+6,3%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	1.503,4	1.630,8	+8,5%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

LA PRESSIONE TRIBUTARIA

Indice di pressione tributaria (accertamenti). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	516,6	527,4	+2,1%
P. A. di Trento	463,9	457,5	-1,4%
Valle d'Aosta	723,6	752,8	+4,0%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	1.171,9	1.232,1	+5,1%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	526,1	552,1	+4,9%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	663,4	676,4	+2,0%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.

Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

L'ADDIZIONALE COMUNALE ALL'IRPEF

Entrate da addizionale comunale all'IRPEF pro capite (accertamenti). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	8,7	5,2	-40,0%
P. A. di Trento	0,0	0,0	-
Valle d'Aosta	7,8	6,2	-20,8%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	0,0	0,0	-
- 1.001 - 3.000 Abitanti	6,8	4,3	-36,2%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	13,7	12,0	-12,4%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

LA TASSA SUI RIFIUTI

Entrate da TARI, TARSU e TARES pro capite (accertamenti). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	0,7	0,7	-4,1%
P. A. di Trento	35,4	37,1	+4,9%
Valle d'Aosta	158,5	174,0	+9,8%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	205,7	228,9	+11,2%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	127,0	140,4	+10,5%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	163,8	176,9	+8,0%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.

Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

L'IMPOSTA MUNICIPALE PROPRIA

Entrate da IMU e ICI pro capite (accertamenti). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	403,2	403,6	+0,1%
P. A. di Trento	406,4	398,5	-1,9%
Valle d'Aosta	503,2	517,5	+2,8%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	916,9	948,2	+3,4%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	367,2	381,1	+3,8%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	396,9	400,6	+0,9%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

LE SPESE CORRENTI

Spesa corrente pro capite (impegni). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	1.436,6	1.441,4	+0,3%
P. A. di Trento	1.297,9	1.299,8	+0,1%
Valle d'Aosta	1.658,0	1.693,7	+2,2%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	2.862,6	2.915,1	+1,8%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	1.317,7	1.340,5	+1,7%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	1.287,5	1.325,6	+3,0%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

LE SPESE IN CONTO CAPITALE

Spesa in conto capitale (pagamenti in conto competenza). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	655,7	768,0	+17,1%
P. A. di Trento	325,1	324,2	-0,3%
Valle d'Aosta	311,0	284,2	-8,6%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	598,7	619,2	+3,4%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	196,7	219,8	+11,7%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	258,8	147,5	-43,0%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

IL RISULTATO DI AMMINISTRAZIONE

Risultato disponibile pro capite. Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	2017	2018	Var. % 17-18
P. A. di Bolzano	200,8	144,2	-28,2%
P. A. di Trento	286,1	303,4	+6,1%
Valle d'Aosta	270,8	329,1	+21,5%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica			
- Fino a 1.000 Abitanti	636,5	646,2	+1,5%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	219,6	263,0	+19,7%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	101,1	205,4	+103,1%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

LE SPESE PER L'AMMINISTRAZIONE GENERALE

Spesa corrente per la Missione 1 (impegni). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	Pro capite			Incidenza sulla spesa corrente		
	2017	**2018**	**Var. % 17-18**	**2017**	**2018**	**Var. % 17-18**
P. A. di Bolzano	385,6	384,7	-0,2%	26,8%	26,7%	-0,6%
P. A. di Trento	425,8	425,8	+0,0%	32,8%	32,8%	-0,1%
Valle d'Aosta	736,8	745,6	+1,2%	44,4%	44,0%	-0,9%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica						
- Fino a 1.000 Abitanti	1.461,5	1.486,5	+1,7%	51,1%	51,0%	-0,1%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	600,4	622,4	+3,7%	45,6%	46,4%	+1,9%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	438,9	422,2	-3,8%	34,1%	31,8%	-6,6%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.

Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

LE SPESE PER I SERVIZI SOCIALI

Spesa corrente per la Missione 12 al netto del cimitero (impegni). Valori in euro. Anni 2017 e 2018. Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano.

	Pro capite			Incidenza sulla spesa corrente		
	2017	**2018**	**Var. % 17-18**	**2017**	**2018**	**Var. % 17-18**
P. A. di Bolzano	247,8	248,7	+0,4%	17,3%	17,3%	+0,0%
P. A. di Trento	214,1	208,9	-2,4%	16,5%	16,1%	-2,6%
Valle d'Aosta	27,1	23,6	-12,9%	1,6%	1,4%	-14,8%
Ripartizione dei comuni valdostani rispetto all'ampiezza demografica						
- Fino a 1.000 Abitanti	31,0	26,8	-13,6%	1,1%	0,9%	-15,2%
- 1.001 - 3.000 Abitanti	26,7	17,1	-35,9%	2,0%	1,3%	-37,0%
- 3.001 - 5.000 Abitanti	25,1	28,7	+14,4%	1,9%	2,2%	+11,1%

Nota: Elaborazione eseguita su 45 comuni della Valle d'Aosta (Città di Aosta non inclusa), 79 comuni della Provincia di Bolzano e 64 comuni della Provincia di Trento.
Fonte: Elaborazione su bilanci comunali

GLI UTENTI DEI SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI

Utenti dei 20 servizi sociali comunali più diffusi. Anno 2016. Valle d'Aosta.

Servizio	Città di Aosta	Altri comuni	Valle d'Aosta
Attività ricreative, sociali, culturali	1.500	2.275	3.775
Centri di aggregazione/sociali	1.500	399	1.899
Segretariato sociale	0	1.804	1.804
SAD	420	889	1.309
Centri diurni estivi	0	779	779
Strutture residenziali	91	526	617
Asilo nido	111	498	609
Contributi economici per la scuola	0	511	511
Servizio sociale professionale	400	30	430
Altre attività di integrazione sociale	0	375	375
Servizi di prossimità (buonvicinato)	261	0	261
Centri diurni	120	130	250
Pasti e/o lavanderia a domicilio	80	123	203
Trasporto sociale	0	199	199
Ludoteche / laboratori	0	122	122
Telesoccorso e teleassistenza	40	63	103
Servizi integrativi per la prima infanzia	32	51	83
Centri estivi o invernali	0	79	79
Intermediazione abitativa	0	72	72
Altri contributi economici	0	56	56

Fonte: dati ISTAT

Nel 2016 sono stati 13.681 gli utenti presi in carico dai servizi sociali, 4.578 nella città di Aosta, 9.103 negli altri comuni. Dal momento che la stessa persona può beneficiare di più di un servizio (e quindi non è data la corrispondenza tra utenti e «teste») non è possibile determinare quanta parte della popolazione sia stata presa in carico. In ogni caso, nella nostra regione è stato servito un utente ogni 9,3 residenti, che suggerisce una copertura dei servizi comunali più bassa rispetto a quella garantita nella media delle regioni settentrionali, dove è stato servito un utente ogni 5,6 residenti.

Dei 68 servizi rilevati dall'ISTAT, cinque soltanto comprendono il 70% degli utenti: le attività ricreative, i centri di aggregazione, il segretariato sociale, il SAD e i centri diurni estivi. I principali servizi comunali riguardano in misura esclusiva o prevalente l'utenza anziana (attività ricreative, centri di aggregazione, SAD, strutture residenziali, servizio sociale professionale, servizi di prossimità, centri diurni). Non sorprende pertanto che, dei 13.681 accessi ai diversi servizi, ben il 63,4% abbiano riguardato l'area dell'utenza anziana. Seguono l'area delle famiglie e dei minori (20,8%), della multi-utenza (13,2%) e quella dei disabili (2%). Sono residuali gli utenti serviti nell'area dell'immigrazione (0%), delle dipendenze (0%) e della povertà (0,7%).

Carenze importanti (peraltro diffuse a quasi tutte le aree dell'Italia) riguardano i servizi per la prima infanzia. Al 31 dicembre del 2016 erano soltanto 609 i bambini iscritti ad asili nido in cui il comune aveva partecipato alle spese di gestione (il 19,6% della popolazione tra 0 e 2 anni). Inoltre non erano presenti beneficiari di integrazioni alla retta.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Banca d'Italia (2018). *Economie regionali. L'economia della Valle d'Aosta*. Aosta.
- Corte dei Conti (2019). *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*. Roma.
- Gabriel Z., Bowling A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing Soc*. **24**: 675–691.
- Golini A., Rosina A. (2011). *Il secolo degli anziani. Come Cambierà l'Italia.* Il Mulino. Bologna.
- ISTAT (2018). *Rapporto annuale 2018. La situazione del Paese.* Roma.
- Fondazione GIMBE (2018). *Report Osservatorio GIMBE n. 2/2018. Ticket 2017*. Bologna.
- Stewart S. T., Cutler D. M., Rosen A. B. (2009). Forecasting the effects of obesity and smoking on U.S. life expectancy. *N Engl J Med* 2009. **361**: 2252–2260.
- Trevisan M., Schisterman E., Menotti A., Conti S., Farchi G., Avellone G., Di Garbo V. (2001). Drinking pattern and mortality: the Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. *Annals of Epidemiology*. **11**:312-319.
- Vesan A. (2018). Le politiche di assistenza agli anziani in Valle d'Aosta: un primo sguardo verso il future. Aosta.
- Zunzunegui M. V., Alvarado B.E., Del Ser T., Otero A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in communitydwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. **58**: 93-100.