



INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025	212
TABELLA DEGLI ACRONIMI	215
<b>ALLEGATI</b>	219
ANALISI DELLO STATO DI SALUTE E DELLA SANITÀ	221
SALUTE E AMBIENTE	251
ANALISI DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SOCIALI, SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO-EDUCATIVE	256



## ANALISI DELLO STATO DI SALUTE E DELLA SANITÀ

La popolazione in Valle d'Aosta nel 2020 ammonta a 125.500 abitanti e registra da sei anni un progressivo spopolamento, con una perdita complessiva di oltre 3.000 unità. La contrazione è dovuta sia al maggior numero di decessi rispetto alle nascite, sia al saldo migratorio sfavorevole, mentre gli stranieri residenti rimangono stabili nel valore assoluto. L'età media della popolazione valdostana è poco più elevata della media italiana così come l'indice di vecchiaia. Gli ultraottantenni sono il 7,4% e ad avere più di 65 anni è un terzo della popolazione. La speranza di vita negli uomini è inferiore di oltre un anno rispetto al dato medio nazionale, sia alla nascita, sia a 65 anni, mentre per le donne si equivale al dato nazionale. La tabella che segue sintetizza il confronto tra la Valle d'Aosta e la media nazionale per i principali indicatori demografici.

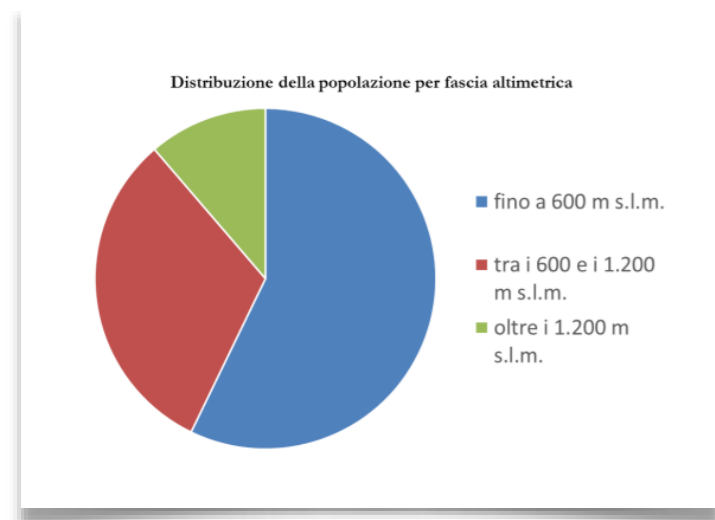
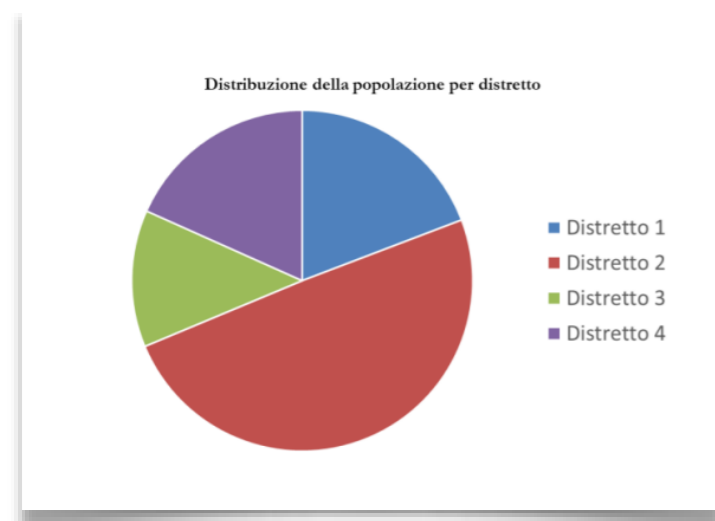
INDICATORE	Valle d'Aosta	ITALIA
Età media della popolazione	46,4 anni	45,7 anni
Indice di vecchiaia	188,2	178,4
Speranza di vita alla nascita Maschi	79,6 anni	81 anni
Speranza di vita alla nascita Femmine	85,4 anni	85,3 anni
Speranza di vita a 65 anni Maschi	18,4 anni	19,3 anni
Speranza di vita a 65 anni Femmine	22,6 anni	22,5 anni
Tasso di natalità (per 1000 ab)	7,28	7,54

Le famiglie residenti in Valle d'Aosta sono meno di 61.000 ma la struttura familiare si è molto modificata nel tempo e la tabella seguente riporta il confronto con la media nazionale.

INDICATORE espresso in valori percentuali	Valle d'Aosta	ITALIA
Numero medio componenti famiglia	2,0	2,3
Famiglie con un solo componente	45	33
Famiglie mono genitoriali	16,7	16,8
Coppie con figli	45,1	51,7
Coppie senza figli	38,2	31,5

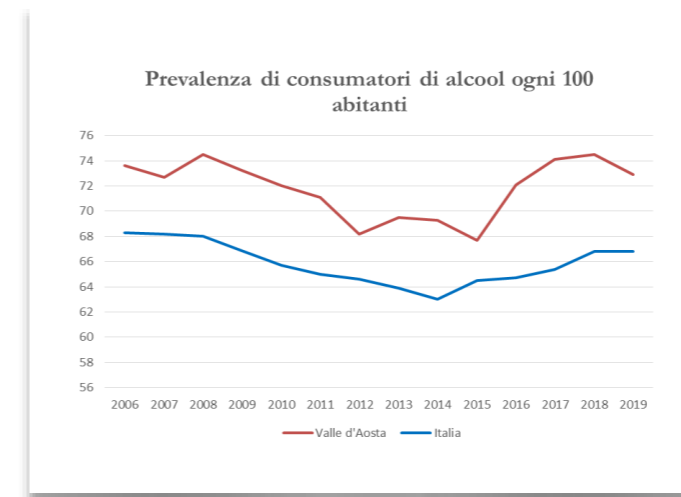
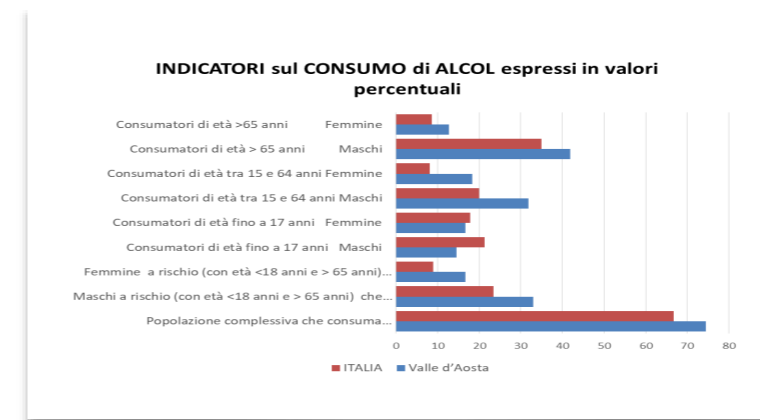
Di seguito invece si mostra come sia ripartita territorialmente la popolazione regionale.

Ambito territoriale	% di pop sul totale	% 0-14 anni	% 15-64 anni	% 65 anni e oltre	TOTALE
Distretto 1 Alta Valle	19,2	13,5	64,4	22,1	100,0
Distretto 2 Aosta e cintura	49,7	13,4	62,5	24,1	100,0
Distretto 3 Media Valle	12,9	12,2	63,5	24,3	100,0
Distretto 4 Bassa Valle	18,2	12,8	62,6	24,6	100,0
TOTALE	100,0				

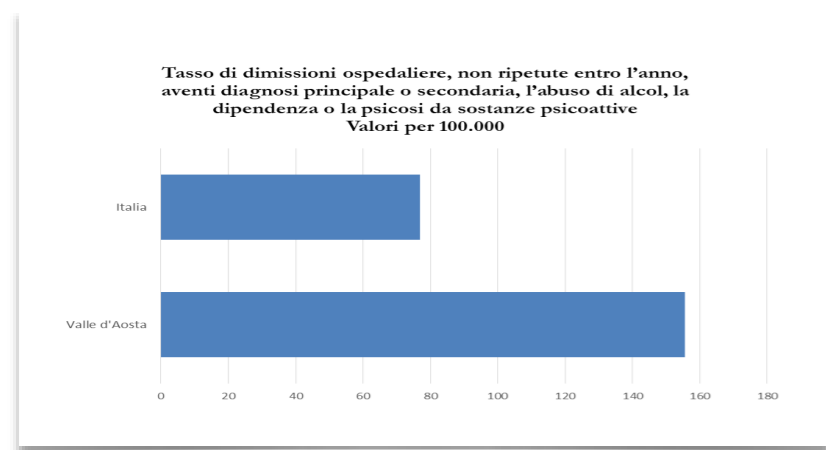


**Stili di vita e prevenzione.** Rispetto al passato la Valle d'Aosta sta perdendo alcuni vantaggi attribuibili tipicamente alle popolazioni di montagna, dedite a stili di vita sani e tendenzialmente attive, per assumere quelli più rischiosi e più frequenti nelle aree urbane. Una tendenza che inizia a prodursi anche tra i minori e i giovani. Con attenzione al consumo di alcol la tabella che segue sintetizza il confronto attraverso i principali indicatori tematici, una figura sintetizza i valori complessivi del confronto con il dato nazionale e, infine, un grafico con un trend temporale che mostra come la Valle d'Aosta abbia sempre registrato valori più elevati della media nazionale su questo fenomeno.

INDICATORI sul CONSUMO di ALCOL espressi in valori percentuali – Anno 2018	Valle d'Aosta	ITALIA
Popolazione complessiva che consuma abitualmente alcol	74,5	66,8
Maschi a rischio (con età <18 anni e > 65 anni) che consumano più di 6 dosi giornaliere	33,0	23,4
Femmine a rischio (con età <18 anni e > 65 anni) che consumano più di 6 dosi giornaliere	16,7	8,9
Consumatori di età fino a 17 anni Maschi	14,6	21,3
Consumatori di età fino a 17 anni Femmine	16,7	17,8
Consumatori di età tra 15 e 64 anni Maschi	31,8	20,0
Consumatori di età tra 15 e 64 anni Femmine	18,4	8,1
Consumatori di età > 65 anni Maschi	41,9	35,0
Consumatori di età >65 anni Femmine	12,8	8,6



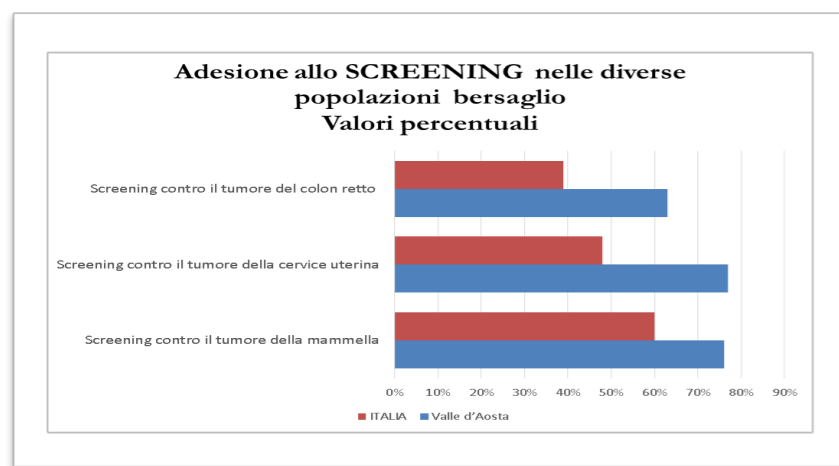
I problemi dovuti all'alcolismo si evidenziano anche in termini di una maggiore assistenza sanitaria come mostra la figura che segue. Si rileva un'eccedenza rispetto ai valori medi nazionali che aumenta all'aumentare dell'età del paziente.



Sul fumo di sigaretta, sulla corretta alimentazione e sul sovrappeso i valori regionali sono migliori dei corrispettivi nazionali anche se l'obesità, che non caratterizzava i valdostani negli anni passati, ha ormai percentuali sovrapponibili al dato nazionale. A contrastare il sovrappeso vi è certamente la pratica sportiva, più diffusa in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale come dimostra la tabella che segue.

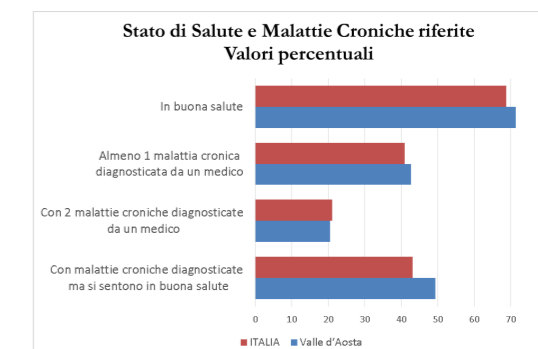
INDICATORE espresso in valori percentuali	Valle d'Aosta	ITALIA
soggetti di età > 3 anni che praticano un'attività fisica a diversa intensità	71,9	63,8
soggetti di età > 3 anni che praticano sport in modo continuativo	28,3	25,7
soggetti di età > 3 anni che non praticano alcuno sport	28,0	35,0

**Prevenzione.** Se sulle coperture vaccinali in età pediatrica la Valle d'Aosta, al pari del resto del Paese, stenta ancora ad assumere percentuali utili a garantire per ogni singolo antigene la cosiddetta immunità di gregge (95%) l'adesione agli screening oncologici è più elevata di quella nazionale come dimostra il grafico seguente.



**Stato di salute riferito e cronicità.** Secondo l'indagine campionaria dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", i dati regionali posti a confronto con la media nazionale sono i seguenti:

STATO DI SALUTE E MALATTIE CRONICHE RIFERITE	% Valle d'Aosta	% ITALIA
In buona salute	71,3	68,8
Almeno 1 malattia cronica diagnosticata da un medico	42,7	40,9
Con 2 malattie croniche diagnosticate da un medico	20,5	21,1
Con malattie croniche diagnosticate ma si sentono in buona salute	49,3	43,1



QUALI MALATTIE CRONICHE RIFERISCONO	% Valle d'Aosta	% ITALIA
Diabete	5,2	5,8
Iipertensione	16,0	17,9
Bronchite cronica	5,9	6,1
Artriti e artrosi	15,0	16,0
Osteoporosi	6,8	8,1
Malattie del cuore	5,3	4,2
Allergie	13,1	11,4
Disturbi del sistema nervoso centrale	4,6	4,8
Ulcera gastrica	3,0	2,6

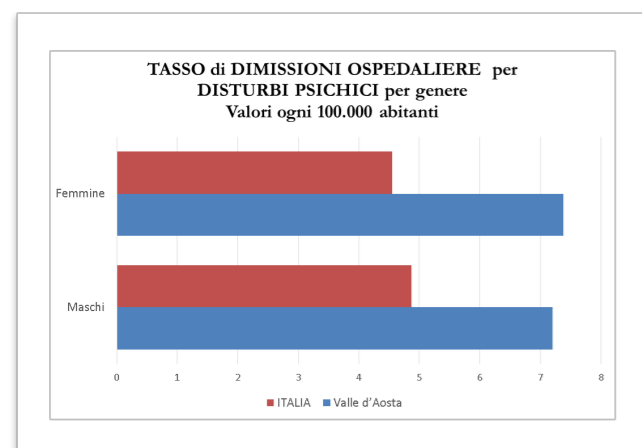
E' buono, rispetto la media nazionale, il livello delle pratiche preventive in gravidanza; meno bene la percentuale di parti cesarei che presso l'Ospedale regionale supera con il 23% il valore soglia raccomandato del 15% per i presidi ospedalieri con meno di 1.000 nati per anno.

Prescindendo dall'appropriatezza del ricovero, l'ospedalizzazione per le malattie cardio e cerebrovascolari, le malattie metaboliche, il diabete mellito e la salute mentale ci consente comunque una valutazione su alcune situazioni cliniche favorevoli la cronicità, poste a confronto con il dato nazionale.

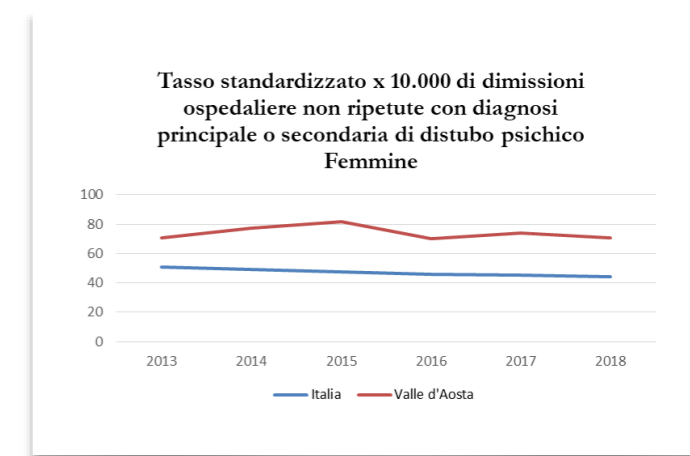
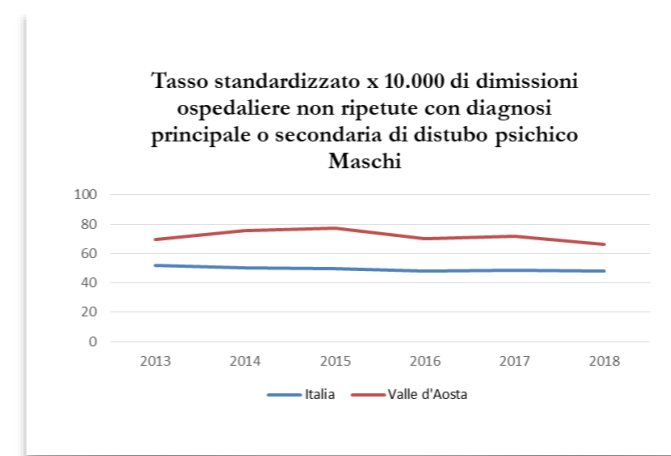
TASSO std di OSPEDALIZZAZIONE in ricovero ORDINARIO ogni 100.000 abitanti PER:	Valle d'Aosta		ITALIA	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Forme acute e subacute di ischemia cardiaca	366,3	121,8	460,6	171,3
Infarto miocardico acuto (IMA)	276,0	94,8	342,0	132,5
Malattie cerebrovascolari complessive, ictus emorragico, ischemico, altre incluso TIA	717,6	642,2	573,8	423,2
Ictus emorragico	88,3	74,8	90,6	58,6
Ictus ischemico più altre cerebrovascolari incluso TIA	480,47	438,7	313,3	265,9
Diabete (ricovero ordinario o day hospital)	72,75	42,81	68,21	41,85
Diabete in ricovero ordinario	69,78	39,51	62,98	38,74
Diabete in day hospital	2,97	3,30	5,3	3,11

Con attenzione alla salute mentale il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico in Valle d'Aosta si è confermato tra i più elevati a livello nazionale, sia per gli uomini che per le donne in tutte le fasce di età ad esclusione della prima (fino a 18 anni), come dimostra la tabella e la figura che seguono.

TASSO di DIMISSIONI OSPEDALIERE per DISTURBI PSICHICI e CLASSE di ETA' ogni 100.000 abitanti	Valle d'Aosta		ITALIA	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Fino a 18 anni	2,31	1,98	4,86	3,40
Da 19 a 64 anni	4,28	4,25	3,22	3,03
Da 65 a 74 anni	7,93	8,54	4,31	4,77
Oltre i 75 anni	32,48	32,76	15,06	15,40
Complessivo per tutte le classi di età	7,20	7,38	4,87	4,55

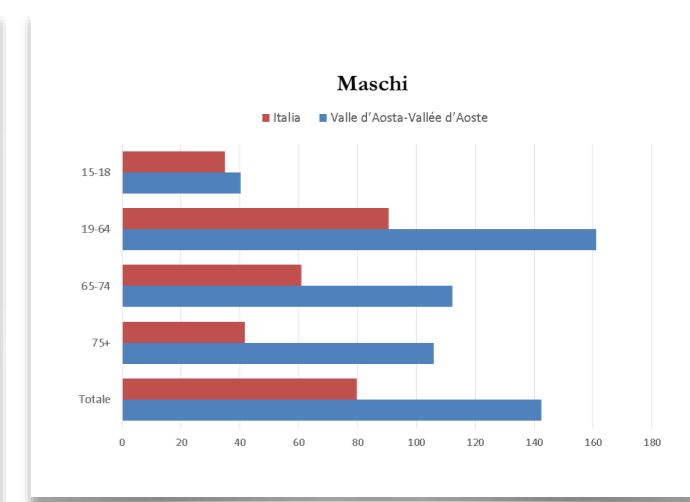
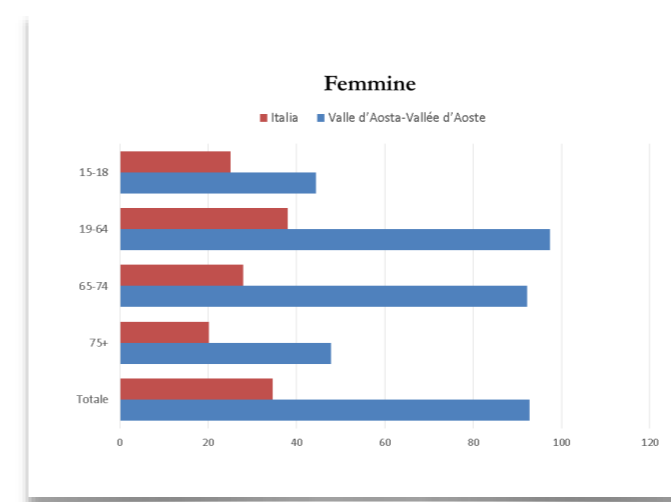


I due grafici che seguono mostrano, separatamente per i due generi, il trend temporale dal 2013 di questo indicatore per 10.000 abitanti in Valle d'Aosta e in Italia, rilevando sull'intero periodo un eccesso di dimissioni a livello regionale sia per i maschi, sia per le femmine.



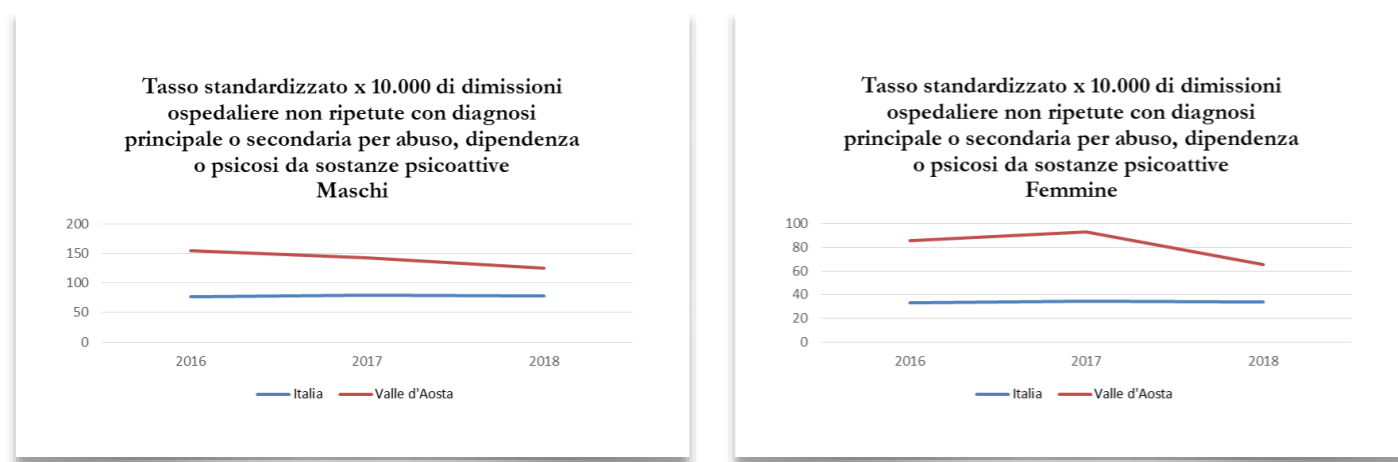
Diverso è il caso delle ospedalizzazioni per abuso, dipendenza o psicosi indotte da sostanze psicoattive<sup>55</sup> per le quali i valori sono superiori alla media italiana per entrambi i generi e per tutte le classi di età come mostra la figura che segue per i valori complessivi evidenziando un con il livello medio nazionale molto evidente soprattutto su alcune specifiche classi di età.

**Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per regione. Anno 2017**



<sup>55</sup> Il rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti dall'uso di sostanze ha evidenziato che i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alle dipendenze interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente. Oltre un adulto su quattro, in Italia, con gravi problemi di salute mentale ha anche un problema di uso di sostanze.

Nei due grafici che seguono è illustrato, separatamente per i due generi, il trend temporale di questo indicatore per 100.000 abitanti dal 2016 in Valle d'Aosta e in Italia rilevando eccessi regionali sull'intero periodo sia tra i maschi, sia tra le femmine.



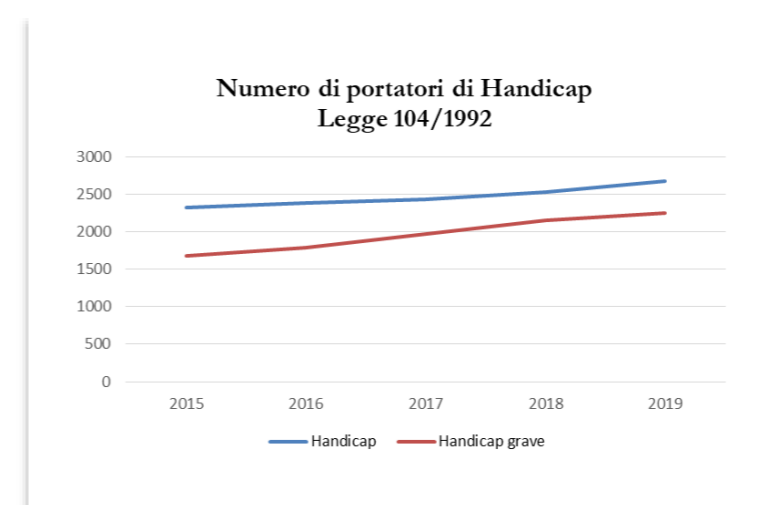
**Disabilità e invalidità civile.** Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale, utili per un confronto tra regioni, registrano in Valle d'Aosta una prevalenza di persone con più di 6 anni di età portatrici di una qualche disabilità del 4,0% (che equivale a poco più di 5.000 persone), a fronte del 4,6% nel Nord Ovest e del 5,6% a livello medio nazionale.

Secondo invece i dati regionali, nel 2019 e con attenzione alla Legge n.104/1992 nel 2019, i residenti in Valle d'Aosta con riconoscimento di handicap sono 4.920 che, sul totale della popolazione corrispondono al 2,02%, di questi, 2.248 hanno una situazione di handicap grave, pari all'1,84%.

Con attenzione, invece, ai riconoscimenti di invalidità civile in base alla Legge n.118/1971 questi sono complessivamente 4.382 registrando un aumento dal 2015 del 25,4%.

La situazione è quella descritta nelle tabelle che seguono che mostrano, anche con una rappresentazione grafica, una variazione importante sugli ultimi 5 anni a carico delle persone con handicap grave. I valori sono riferiti al 2019 in quanto il 2020 è sottostimato per effetto dell'interruzione dell'attività delle Commissioni a causa della pandemia.

<b>RICONOSCIMENTI di DISABILITÀ in Valle d'Aosta</b>	<b>2019</b>		<b>2015</b>		<b>Variazione 2015-2019</b>
<b>Confronto a 5 anni</b>					
Persone con riconoscimento di Handicap ex Legge 104/1992	2.672	54 %	2.321	58 %	+ 15,0 %
con Handicap grave	2.248	46 %	1.674	42 %	+ 34,3 %
Totale	4.920	100 %	3.995	100 %	+ 23,1 %
Percentuale di persone con Handicap sul totale della popolazione	2,20 %		1,88 %		
di cui con Handicap grave	1,84 %		1,37 %		
TOTALE sulla popolazione	2,02 %		1,63 %		



<b>RICONOSCIMENTI di INVALIDITA' in Valle d'Aosta</b>	<b>2019</b>	<b>2015</b>	<b>Variazione 2015-2019</b>
<b>Confronto a 5 anni</b>			
Domande di invalidità presentate ex Legge n.118/1971	4.382	3.494	+ 25,4 %
Di cui, in percentuale sul totale delle domande:			
Distretto 1	14,7	15,9	
Distretto 2	54,3	52,6	
Distretto 3	12,7	12,9	
Distretto 4	18,3	18,6	

**Incidenti.** Gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro, tutti causa di considerevoli quote di mortalità e di morbosità, rappresentano un argomento rilevante nel dibattito sulla prevenzione e Sanità Pubblica. Il recente Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, si pone sei principali macro-obiettivi, tra cui due focalizzati su: incidenti stradali e domestici, infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali.

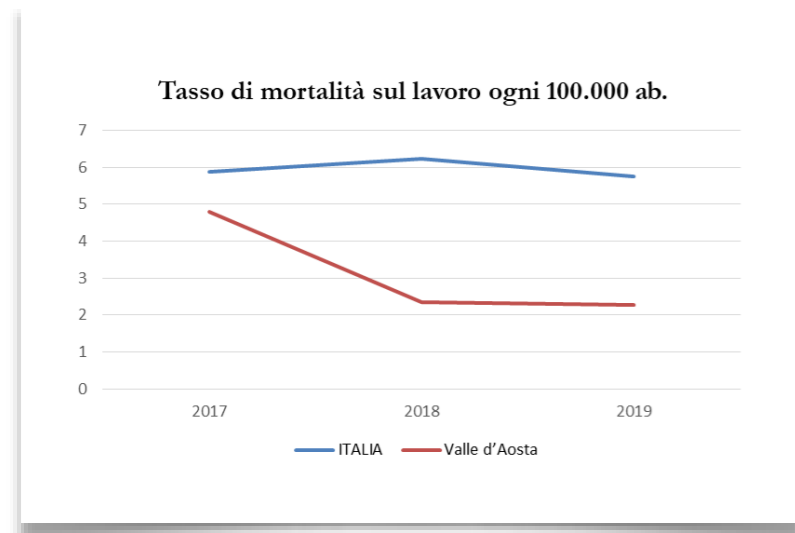
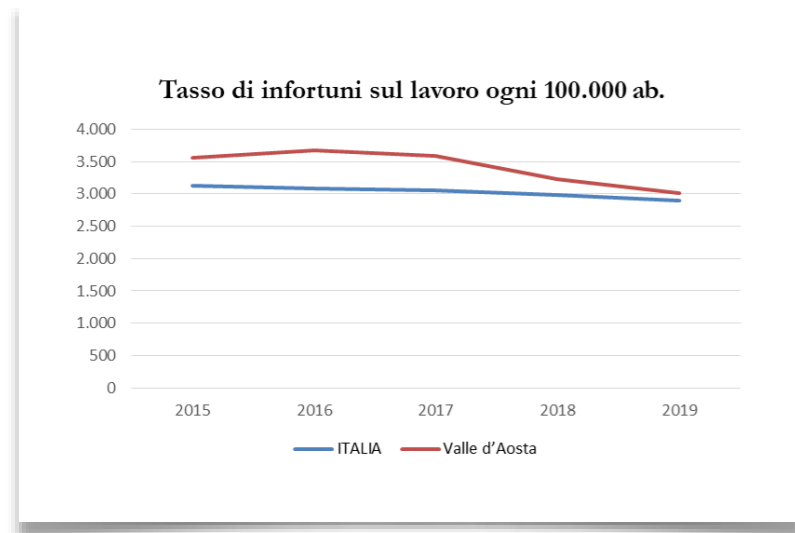
Per gli incidenti stradali e domestici, l'esiguità dei casi annui regionali determina forti oscillazioni nell'analisi del trend temporale. Il tasso medio di incidentalità stradale (dato dal numero di incidenti con lesioni a persone sulla popolazione media del periodo considerato x 1.000) tra il 2016 e il 2018, in Valle d'Aosta, è pari a 2,13 per 1.000 abitanti, a fronte di 2,88 della media nazionale. Con attenzione invece al tasso di persone coinvolte in incidenti domestici, dall'ultima indagine campionaria dell'Istat, relativa ad aspetti della vita quotidiana, in Valle d'Aosta nel 2018 il valore è di 14 ogni 1.000 abitanti, mentre il valore medio nazionale è di 13,4 ogni 1.000 abitanti.

Gli indicatori relativi agli infortuni e alla mortalità sul lavoro esprimono una misura della rischiosità legata allo svolgimento dell'attività lavorativa e derivano dalle notifiche inoltrate all'INAIL. I tassi regionali relativi alle denunce di infortunio, in complesso, mostrano un trend decrescente negli ultimi



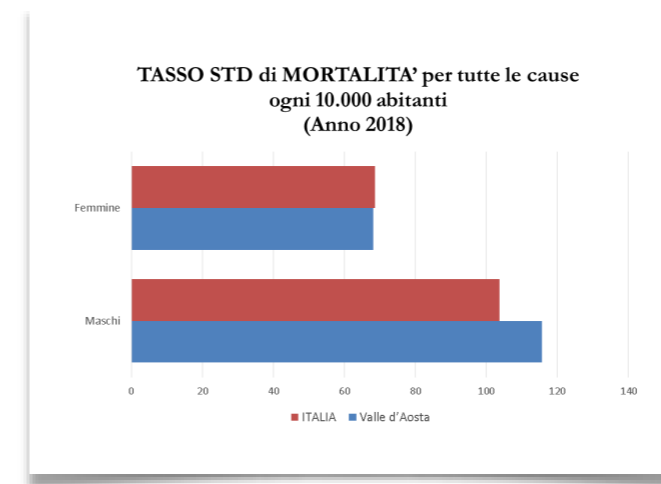
due anni del quinquennio 2015-2019, mentre, i tassi per gli eventi mortali mostrano per la Valle d'Aosta valori inferiori alla media nazionale e in netta flessione nel triennio 2017-2019, come riassumono la tabella e i grafici che seguono.

TREND del TASSO di INFORTUNI e della MORTALITA' sul lavoro	Valle d'Aosta					ITALIA				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Tasso di infortuni sul lavoro ogni 100.000 ab.	3.565	3.680	3.588	3.230	3.007	3.124	3.084	3.062	2.982	2.897
Tasso di mortalità sul lavoro ogni 100.000 ab.	n.d.	n.d.	4,79	2,35	2,26	6,98	6,01	5,88	6,24	5,74

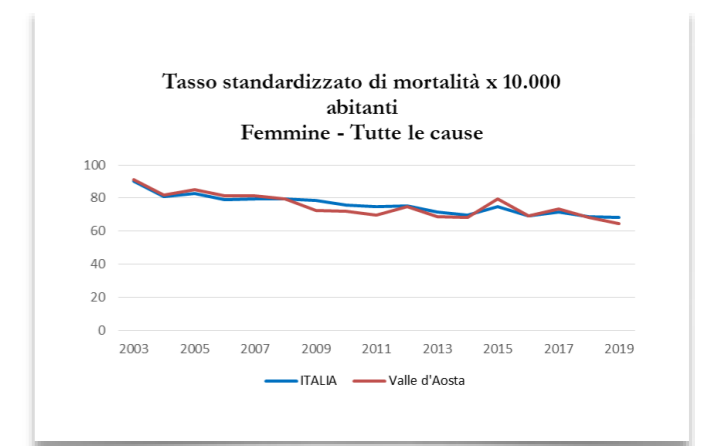
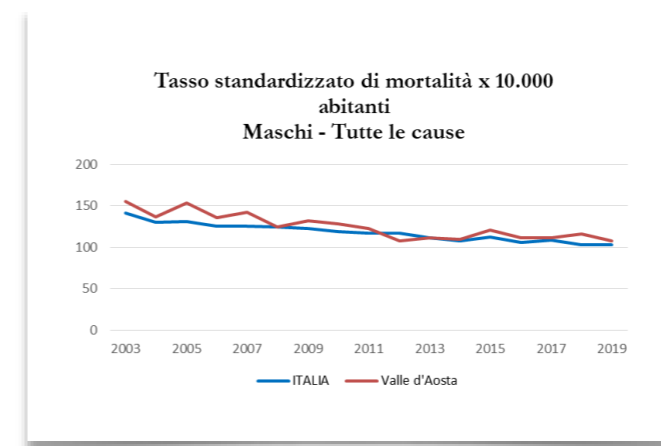


**Mortalità.** Nel confronto con i dati nazionali dell'Istat, gli indicatori regionali della mortalità per tutte le cause mostrano, nel trend temporale (2006-2018) descritto dalla tabella che segue, valori più elevati nei maschi, mentre nelle femmine il tasso di mortalità approssima quello media nazionale.

TREND del TASSO STD di MORTALITA' per tutte le cause ogni 10.000 abitanti.	Valle d'Aosta		ITALIA	
	2018	2006	2018	2006
Mortalità per tutte le cause Maschi	115,7	135,7	103,6	125,7
Mortalità per tutte le cause Femmine	68,15	81,5	68,55	78,8

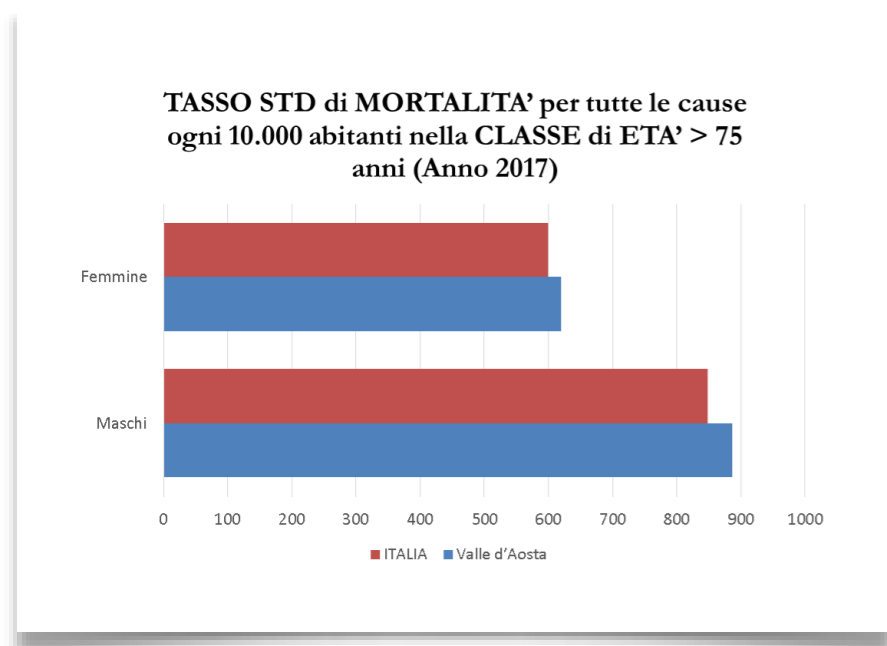


I due grafici che seguono mostrano, separatamente per i due generi, il trend della mortalità per tutte le cause in Valle d'Aosta e in Italia dal 2003. A differenza dei primi 10 anni del 2000, i valori regionali tra gli uomini segnano ora una riduzione nell'eccesso di mortalità, mantenendosi sempre più elevati; mentre le donne, che tra il 2008 e il 2014 presentavano valori della mortalità inferiori alla media nazionale, stanno nuovamente approssimando il trend nazionale.



Una ulteriore particolarità riguarda una mortalità differenziale più elevata in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale nell'ultima classe di età (oltre i 75 anni) per entrambi i generi, come illustrato dalla tabella e dalla figura che seguono nell'ultimo dato utile al confronto: uno svantaggio che potrebbe essere attribuito a una gestione non ottimale della cronicità proprio nelle persone anziane.

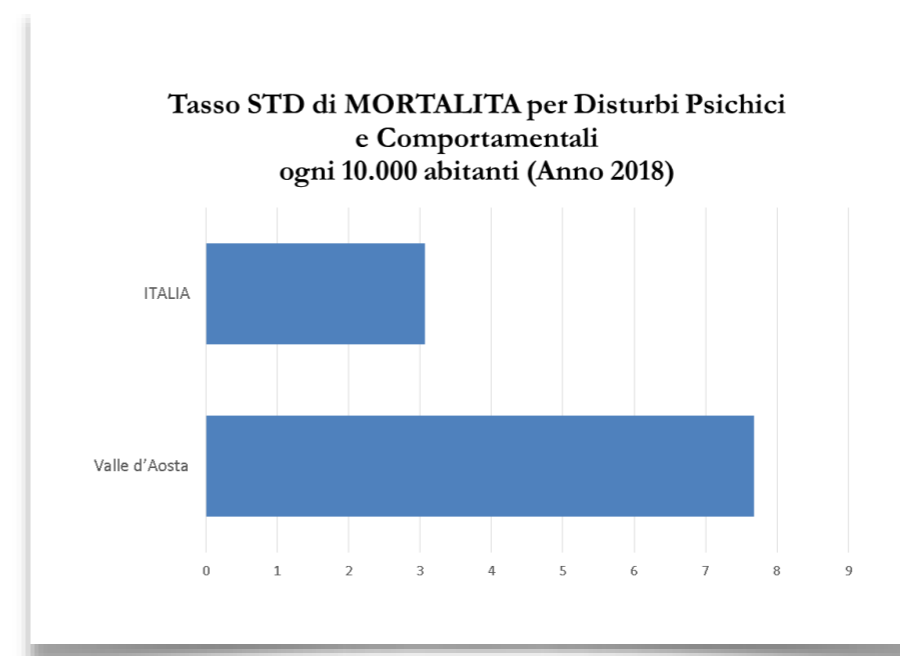
TASSO STD di MORTALITA' per tutte le cause ogni 10.000 abitanti nella CLASSE di ETA' > 75 anni (Anno 2017)	Valle d'Aosta	ITALIA
Mortalità per tutte le cause Maschi	886,9	848,0
Mortalità per tutte le cause Femmine	620,0	598,8



Nelle fasi non contrassegnate da un'emergenza pandemica, le azioni più efficaci per ridurre la mortalità sono quelle verso le prime due cause di morte (malattie del sistema circolatorio e tumori) che, da sole, in Valle d'Aosta, rappresentano il 59,6% della mortalità complessiva (63% a livello nazionale). Un'attenzione specifica deve poi essere dedicata in Valle d'Aosta ai disturbi psichici e comportamentali

che, già nel 2018, sono da annoverare tra le prime tre cause di morte. Di seguito la tabella confronta il tasso standardizzato di mortalità totale per le prime due cause di decesso in Valle d'Aosta con il valore medio nazionale riferito all'ultimo anno disponibile. Per i disturbi psichici e comportamentali la Valle d'Aosta registra una sovra mortalità rispetto al dato nazionale come sintetizzato nella figura che segue.

Tasso STD di MORTALITA ogni 10.000 abitanti (2018) PER LE PRIME CAUSE DI DECESSO	Valle d'Aosta	ITALIA
Mortalità TOTALE	87,98	82,93
Malattie del sistema circolatorio	28,77	28,08
di cui cerebrovascolari	9,0	7,01
Tutti i Tumori	24,0	24,71
di cui maligni	22,98	23,46
Disturbi psichici e comportamentali	7,68	3,07
di cui demenza	6,86	2,81

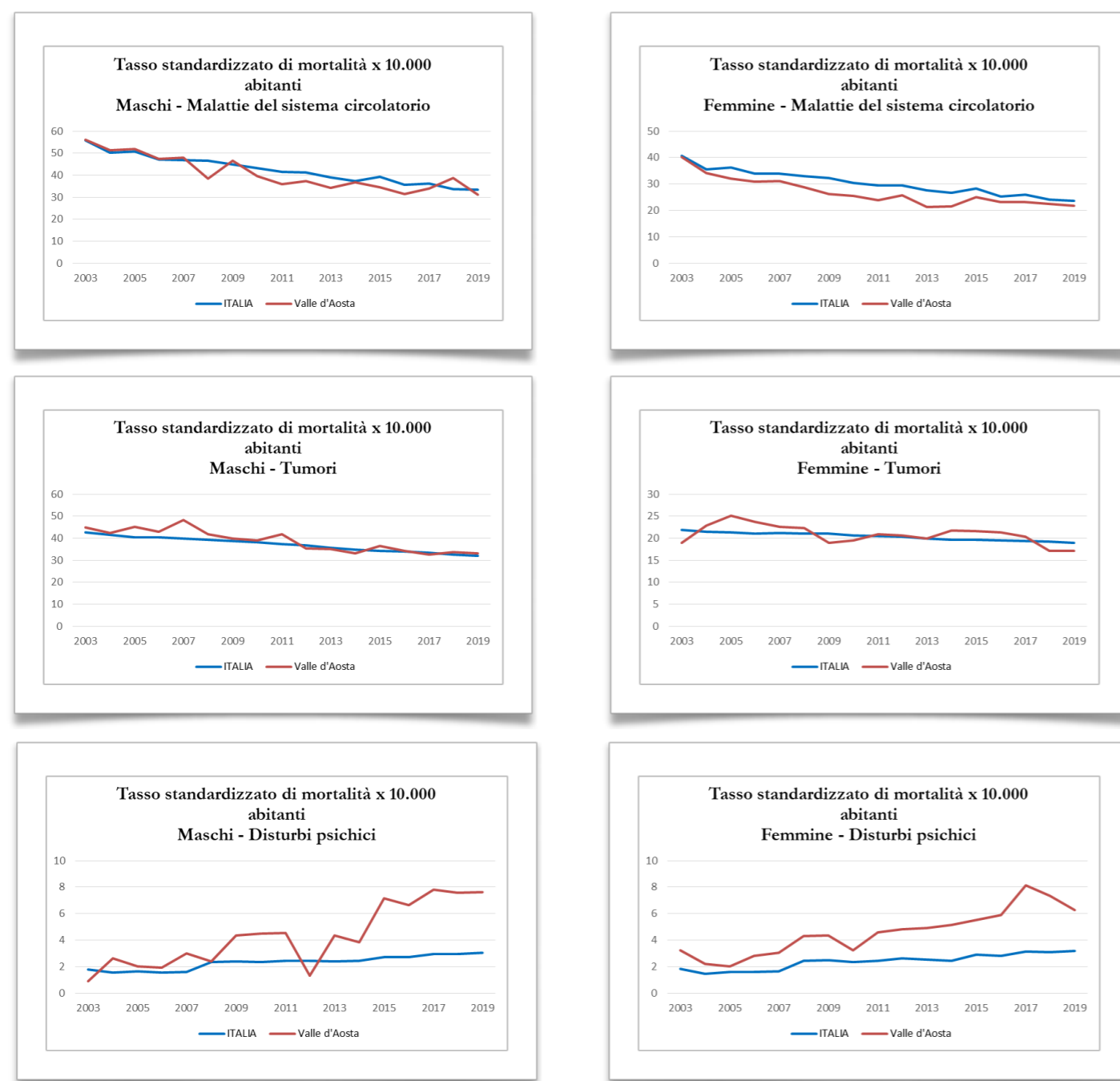




Nei grafici di seguito si riportano i trend temporali della mortalità per malattie del sistema circolatorio e tumori in Valle d'Aosta e in Italia dal 2003, separatamente per maschi e femmine.

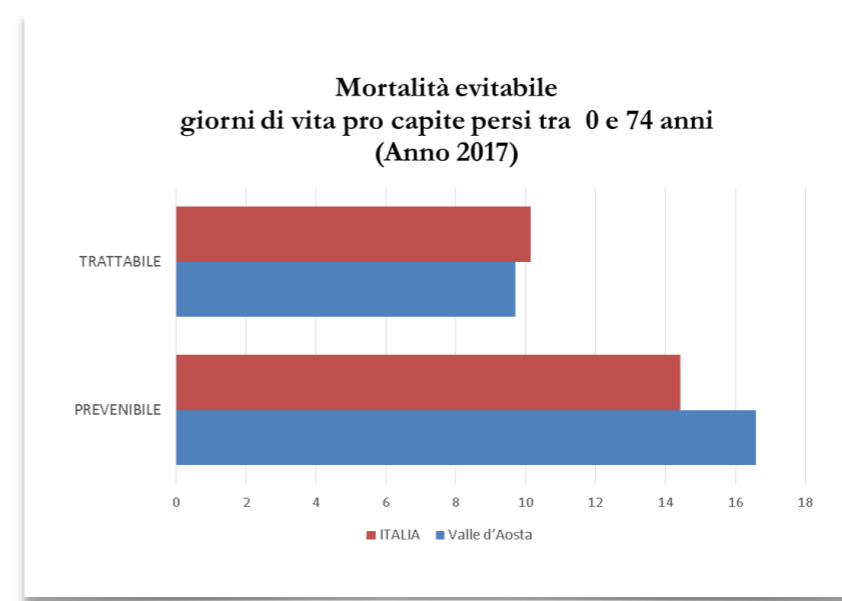
Mentre per le malattie del sistema circolatorio si registrano, per entrambi i generi, andamenti temporali migliori della media nazionale, la medesima considerazione non può riguardare i tumori che mostrano un andamento spesso eccedente la media nazionale sia tra i maschi, sia tra le femmine.

Infine, l'ultimo grafico illustra una caratteristica della mortalità regionale che vede da lungo tempo eccedere il valore regionale rispetto a quello medio nazionale in entrambi i generi per le cause di morte attribuite a disturbi psichici, che escludono la morte per suicidio.

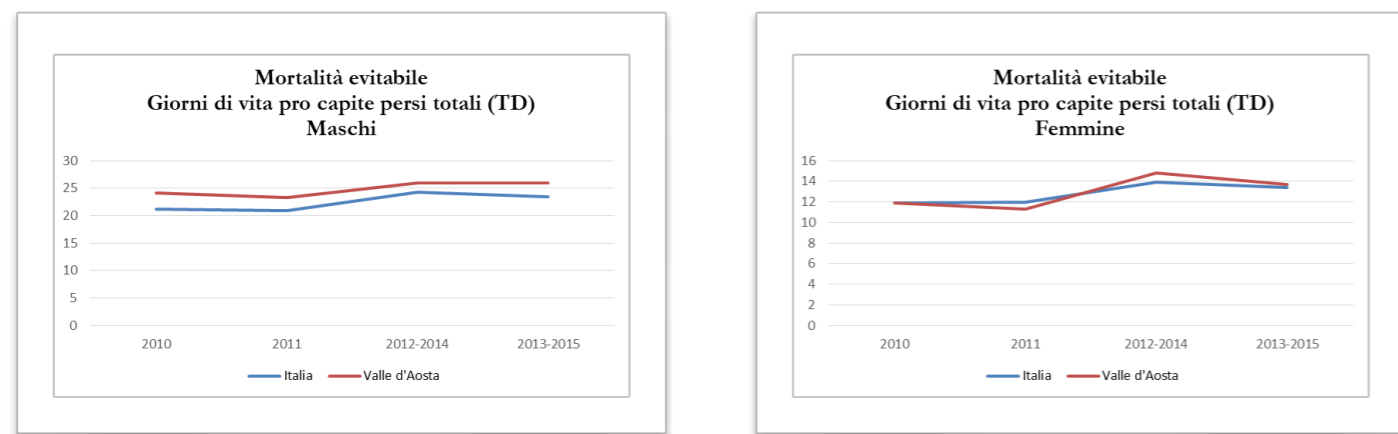


Differenziando l'analisi sulla mortalità, la mortalità "precoce" è la mortalità che si verifica tra i 30 e i 69 anni e in Valle d'Aosta, dal 2007 al 2017, si è ridotta più di quanto non sia avvenuto a livello nazionale (30% contro 18%). La mortalità "evitabile", invece, è la mortalità calcolata sui decessi tra 0 e 74 anni e ha due componenti: la prima è la mortalità "prevenibile" con interventi di prevenzione primaria e secondaria efficaci; la seconda è la mortalità cosiddetta "trattabile" attraverso servizi sanitari di qualità. La tabella e la figura che seguono mostrano come in Valle d'Aosta si registri un eccesso di mortalità "prevenibile" sia sulla componente "trattabile", sia rispetto al dato nazionale (considerando l'ultimo anno disponibile).

MORTALITA EVITABILE in giorni di vita pro capite persi tra 0 e 74 anni (Anno 2017)	Valle d'Aosta	ITALIA
Giorni di vita pro capite persi TOTALI	20,39	18,47
Di cui <b>PREVENIBILE</b> con adeguata prevenzione	16,58	14,43
Di cui <b>TRATTABILE</b> con servizi di qualità	9,70	10,14

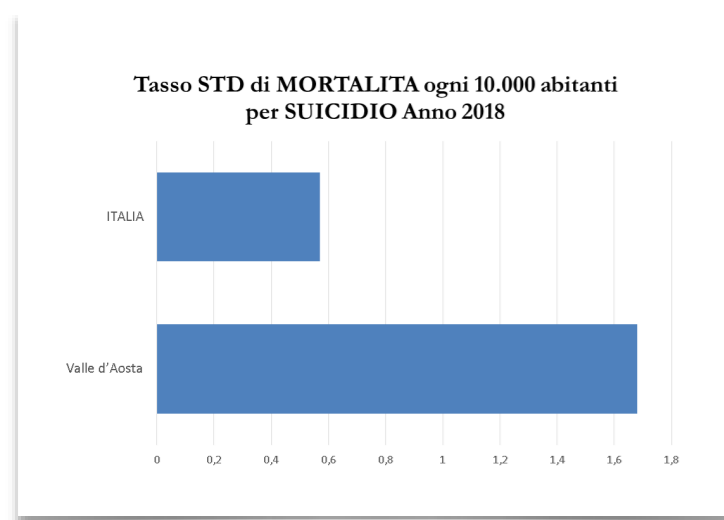


Il grafico sottostante riporta il trend temporale dal 2010, separatamente per maschi e femmine, della mortalità evitabile espressa in giorni di vita pro capite totali persi (sia per parte prevenibile, sia per parte trattabile) in Valle d'Aosta e in Italia, evidenziando la situazione di svantaggio per i maschi valdostani sull'intero periodo mentre per le femmine a partire dal 2011.



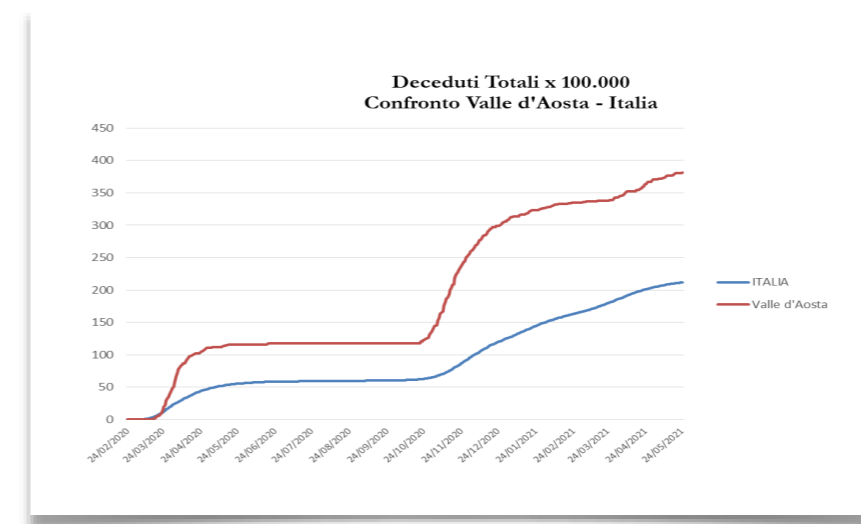
Un'analisi a parte va riservata alla mortalità per suicidio. I suicidi in Valle d'Aosta, nell'ultimo dato utile per il confronto con il valore nazionale (2018), sono 23 e, in rapporto alla popolazione, determinano un tasso standardizzato di mortalità per questa causa più elevato del livello medio nazionale, come mostra la tabella e la figura che seguono.

Tasso STD di MORTALITA ogni 10.000 abitanti) per SUICIDIO Anno 2018	Valle d'Aosta	ITALIA
Mortalità TOTALE	1,68	0,57

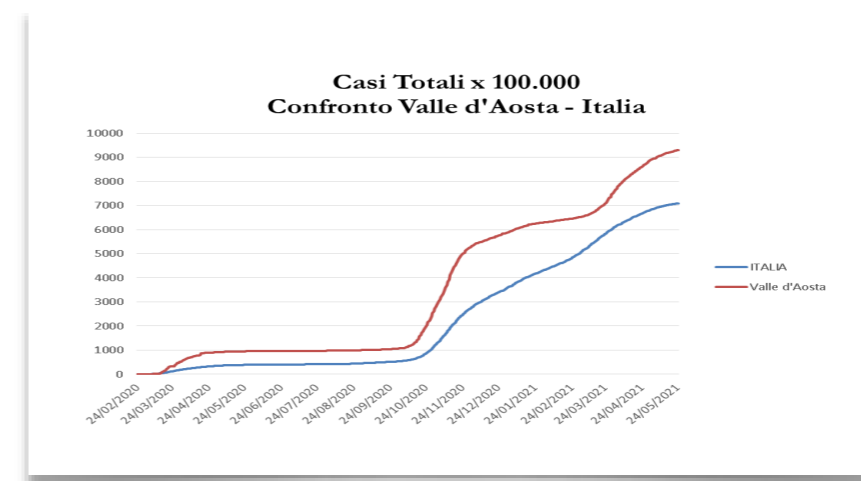


La pandemia da Covid, attraverso il confinamento e l'isolamento sociale, non ha influito sui suicidi portati a compimento, ma ha prodotto un aumento dei ricoveri per tentativi anti conservativi; infatti, se con questa causa nel 2019 potevano essere attribuiti l'11,6% dei ricoveri complessivi annui della struttura di Psichiatria dell'ospedale regionale, nel 2020 questa percentuale è pari al 15,5%.

**Covid 19 e letalità.** Nel 2020, l'epidemia da Sars Cov 2, a livello nazionale, ha causato in media il 9,94% del totale dei decessi a fronte del 20,50% registrato in Valle d'Aosta. Secondo i dati Istat del 2020, ponendo a confronto la media dei decessi avvenuti in Italia nel periodo 2015-2019 con i decessi del solo 2020 a livello medio nazionale si è registrato un aumento del 15,6% a fronte del 24,8% a livello regionale. Il Covid quindi, in Valle d'Aosta, ha avuto un impatto superiore sulla mortalità rispetto a quanto avvenuto in media a livello nazionale. Nel grafico seguente è indicato l'andamento temporale dall'inizio dell'epidemia del numero di **decessi** cumulativo per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale.

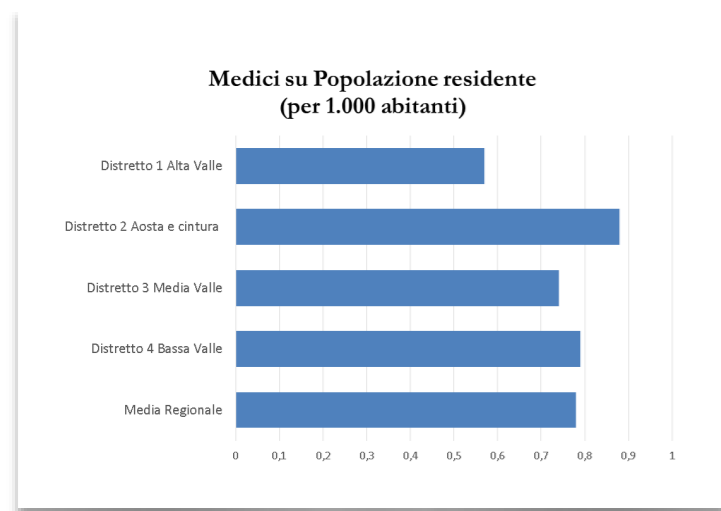


Il grafico seguente descrive, invece, l'andamento temporale dell'epidemia nella nostra regione dalle fasi iniziali del contagio e mostra come la Valle d'Aosta sia stata una delle regioni più colpite, infatti, confrontando il numero di **contagiati** totali dall'inizio dell'epidemia su 100.000 abitanti, si osserva come la Valle d'Aosta abbia superato la media nazionale del 30%, alla data del 25 maggio 2021.



**L'Assistenza territoriale** costituisce uno degli ambiti di intervento strategici del Servizio Sanitario Regionale ed è una delle parti innovative del presente Piano. Nella figura che segue è rappresentato il numero di medici di assistenza primaria ogni 1000 residenti, suddiviso per distretto ed è indicata, inoltre, la media regionale del 2020 e del 2016 per un confronto. Indicatori per Ambito territoriale

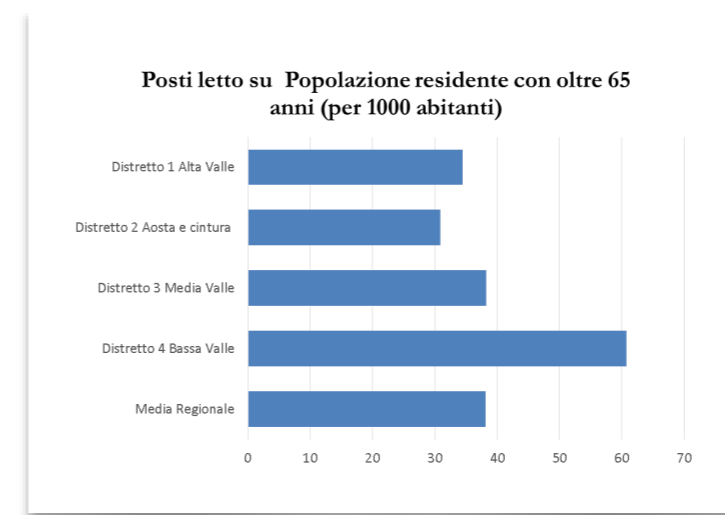
Indicatori per Ambito territoriale Anno 2020	Medici di medicina generale (MMG)	Pediatrati di libera scelta (PLLS)	Totale medici assistenza primaria	Popolazione residente	Medici /Popolazione residente * 1.000 ab
Distretto 1 Alta Valle	14	2	16	24.257	0,65
Distretto 2 Aosta e cintura	44	9	53	62.454	0,84
Distretto 3 Media Valle	10	2	12	16.076	0,74
Distretto 4 Bassa Valle	16	1	17	22.713	0,74
TOTALE Anno 2019	84	14	98	125.500	0,78
Confronto con Anno 2016			106	127.329	0,83



Ad implementare questa dotazione, presente in fase pandemica, il decreto n.14/2020 ha indicato la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), nuclei composti da un medico e da un infermiere, operanti 12 ore al giorno, per sette giorni alla settimana. Nonostante il decreto abbia indicato uno standard di una USCA ogni 50.000 abitanti, in Valle d'Aosta, a partire da novembre 2020, ne sono state costituite 6 per 125.500 abitanti)<sup>56</sup>.

Con attenzione alle strutture residenziali per anziani, pubbliche e private, presenti in Valle d'Aosta nel 2020, la tabella e la figura che seguono descrivono la distribuzione in termini di offerta per singolo distretto e popolazione residente.

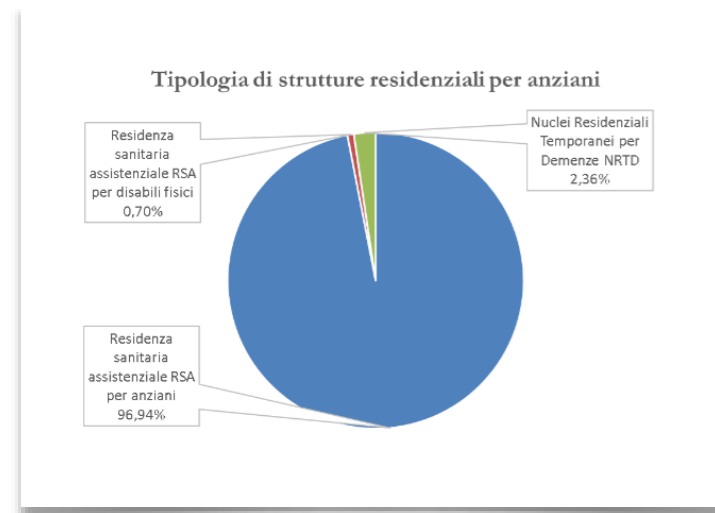
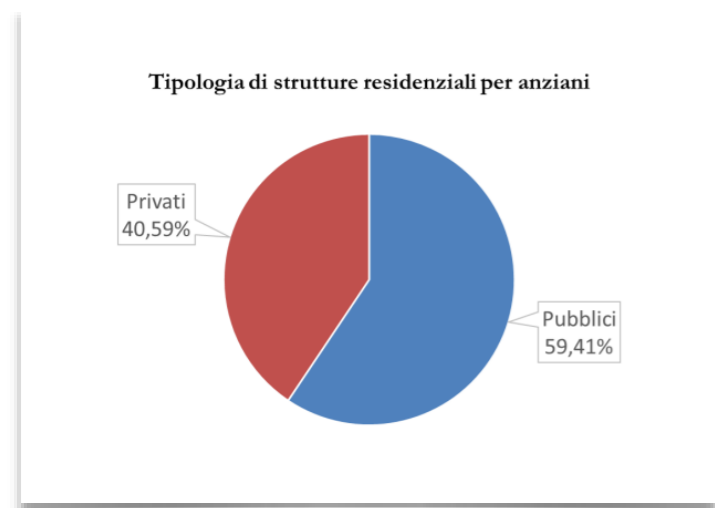
Assistenza residenziale per anziani per Ambito territoriale Anno 2020	Numero strutture	Numero posti letto	Popolazione residente con oltre 65 anni	Posti letto/ Popolazione residente con oltre 65 anni * 1000
Distretto 1 Alta Valle	8	185	5.349	34,5
Distretto 2 Aosta e cintura	13	465	15.039	30,9
Distretto 3 Media Valle	5	151	3.949	38,2
Distretto 4 Bassa Valle	11	342	5.627	60,7
TOTALE	37	1.143	29.964	38,1



<sup>56</sup> In prospettiva futura, il modello organizzativo e funzionale dell'USCA potrebbe ragionevolmente essere previsto, nell'ambito della medicina convenzionata, anche nella gestione delle patologie croniche, secondo il modello della medicina di iniziativa, utilizzando, anche in questo campo, le possibilità offerte dalla telemedicina.

Ad oggi, quindi sulla base delle strutture esistenti, si contano 5,3 posti ogni 1.000 abitanti, ma se il rapporto è con la popolazione ultra sessantacinquenne, sono disponibili 38,1 posti letto ogni 1.000 anziani (73,5 posti ogni 1.000 residenti di 75 anni e oltre), dati che collocano la Valle d'Aosta tra le regioni con i più alti livelli di offerta, insieme ad altre regioni del nord Italia. Dei complessivi 1.143 posti letto, la ripartizione specifica è quella indicata nella tabella e nei grafici che seguono da cui la necessità di una ottimale riorganizzazione sulla base dei mutati carichi assistenziali e dell'evoluzione del profilo epidemiologico delle persone anziane ospitate.

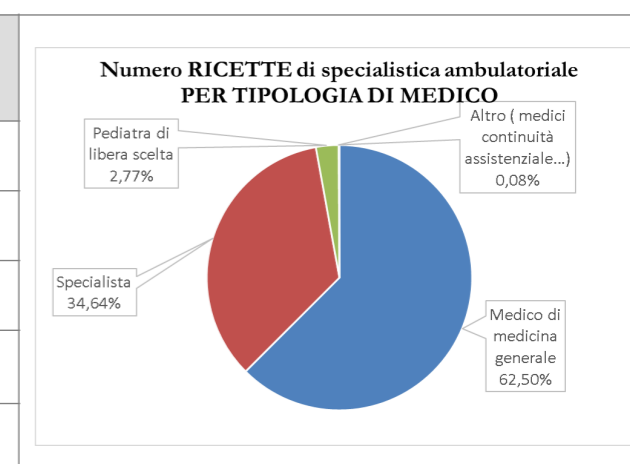
Tipologia di strutture residenziali per anziani	Numero posti letto	% sul totale dei PL
<b>Anno 2020</b>		
Pubblici	679	59,4
Privati	464	40,6
<b>Residenza sanitaria assistenziale RSA per anziani</b>		
Residenza sanitaria assistenziale RSA per anziani	1.108	96,93
Residenza sanitaria assistenziale RSA per disabili fisici	8	0,7
Nuclei Residenziali Temporanei per Demenze NRTD	27	2,36



Con attenzione alle prestazioni **specialistiche ambulatoriali**, le tabelle e il grafico che seguono sintetizzano l'offerta in Valle d'Aosta nel 2019, sia in termini di strutture presenti, sia di ricette per prestazioni specialistiche in rapporto alla popolazione assistita e al medico prescrittore.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Valore
<b>Anno 2019</b>	
Strutture pubbliche	1
Strutture private	5
Ricette totali annue	519.925
N. ricette medio per assistito	4,2
Prestazioni totali annue	1.731.270
N. prestazioni medie per ricetta	3,3
N. prestazioni medie per assistito	14,1

Numero RICETTE di specialistica ambulatoriale PER TIPOLOGIA DI MEDICO	Anno 2019	Valore Percentuale sul totale
Medico di medicina generale	259.843	62,50
Specialista	144.024	34,64
Pediatra di libera scelta	11.508	2,77
Altro (medici continuità assistenziale...)	341	0,08
TOTALE	415.716	100,0

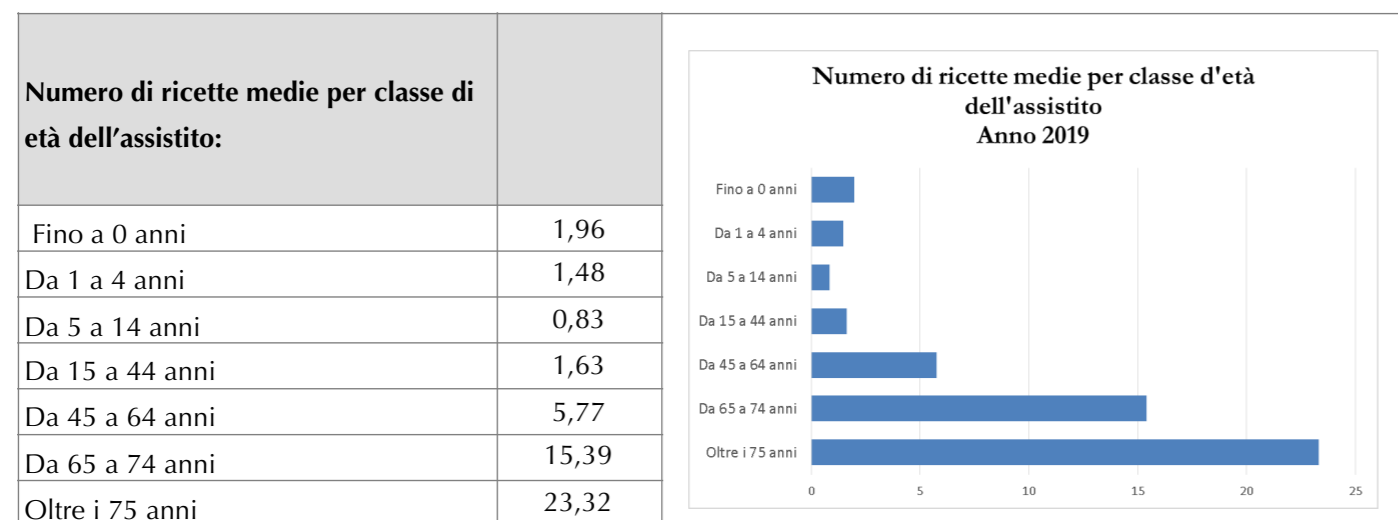


L'**Hospice**, struttura territoriale per le cure palliative, nel 2019 mantiene la sua dotazione di 7 posti letto, come da origine, con un numero annuo di dimessi di 162 e una durata media della degenza di 12 giorni circa. Infine, la Valle d'Aosta, nel 2019, ha registrato 4.081 accessi nei 6 **Centri traumatologici** di Ayas, Cervinia, Courmayeur, Gressoney-La-Trinité, La Thuile e Pila. Sul totale degli accessi il 94,46% è da attribuire ai non residenti (3.856 persone) e il 5,54% ai residenti (226 persone). Per concludere, nella tabella che segue, sempre con riferimento al 2019, si sintetizzano i dati di attività riferiti al **Pronto soccorso** dell'Ospedale regionale U.Parini ponendoli a confronto con il 2015 da cui si evince una flessione negli accessi al ricorso a questo servizio, caratterizzato dall'estrema visibilità, dall'apertura H24 e dalla frequente gratuità che spesso determinano un elevato livello di inappropriatezza e di sovraccarico.

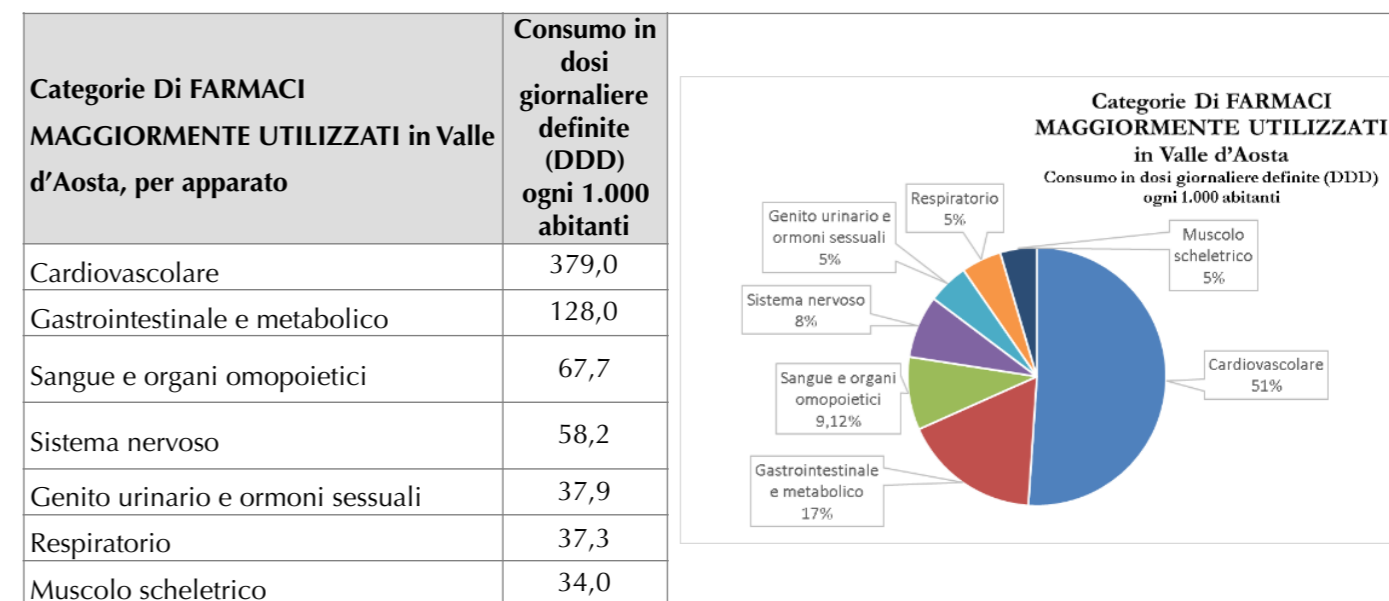
Indicatori di attività del PRONTO SOCCORSO REGIONALE Confronto 2019-2015	Anno 2019	Valore %	Anno 2015	Valore %	Variazione % 2019-2015
N. accessi	48.132	100,0	50.751	100,0	-5,16
Di cui a residenti	40.465	84,0	43.109	85,0	-1,00
Accessi seguiti da:					
Dimissione al domicilio	39.506	82,0	39.894	78,6	3,40
Ricovero	7.898	16,4	9.801	19,3	-2,90
Rifiuto al ricovero	547	1,13	637	1,3	-0,17
Dimissioni a strutture ambulatoriali	124	0,3	355	0,7	-0,40
Trasferimento ad altro istituto	33	0,07	21	0,04	0,03
Deceduto in Pronto soccorso	24	0,05	42	0,08	-0,03
Arrivato morto	0	0	1	0,001	0,00

**Assistenza farmaceutica.** Le farmacie rappresentano una rete importante con la loro dislocazione capillare che raggiunge comuni distanti dall'asse viario centrale o caratterizzati da quote altimetriche elevate. La tabella che segue sintetizza la dotazione regionale e il ruolo erogatore da esse svolto in Valle d'Aosta nel 2019. Sul totale del numero di ricette oltre il 93% è prescritto dal medico di medicina generale. La figura mostra anche l'effetto dell'età sul consumo di farmaci.

Indicatori di ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE in Valle d'Aosta	Anno 2019 Valore
Strutture pubbliche	7
Strutture private	40
Numero annuo di ricette prescritte	890.846
Numero di ricette medio per assistito per anno	7,23



Tra tutte le categorie di farmaci, quella **cardio vascolare**, da sola, determina poco meno della metà del consumo delle dosi giornaliere di farmaco ogni 1.000 abitanti. La tabella e la figura che seguono sintetizzano i consumi per specifica categoria.



La spesa lorda pro capite farmaceutica territoriale in Valle d'Aosta è inferiore a quella media nazionale come mostra la tabella che segue, anche con attenzione al trend temporale 2001-2018. A questi valori si aggiungono ovviamente quelli della spesa individuale privata. La riflessione che deve essere condotta riguarda quanto questa diminuzione potrebbe attribuirsi a problemi indipendenti dallo stato di salute e attinenti invece alla condizione economica, all'accessibilità o alla minore competenza sanitaria dei cittadini.

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	Valle d'Aosta	ITALIA
<b>Anno 2018</b>		
Spesa pro capite lorda in Euro	136,4	166,5
Variazione della spesa lorda pro capite 2001-2018	-22,7 %	-20,7%

**Il soccorso sanitario pre ospedaliero.** Un importante indicatore della performance del soccorso sanitario pre-ospedaliero è rappresentato dal tempo di arrivo dell'ambulanza nel luogo dell'evento, tempistica codificata da un apposito LEA (Livello essenziale di assistenza) a evidenziarne il diritto esigibile da parte dei cittadini. L'analisi dei dati del trend temporale che segue mostra come, in Valle d'Aosta, questo indicatore presenti da tempo valori più elevati della media nazionale, per ragioni solo in parte da attribuire alla morfologia del territorio. L'indicatore, si precisa, considera solo le missioni non annullate, quelle corrispondenti a interventi con "Criticità Presunta dell'Intervento" mediamente critica (codice giallo) o



critica (codice rosso) e esclude le chiamate che hanno un tempo di arrivo del mezzo inferiore a 1 minuto o superiore a 180 minuti. Si rammenta infine che il tempo medio di percorrenza deve essere inferiore a 18 minuti, come stabilito nel decreto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

TEMPO TRA INIZIO DELLA CHIAMATA ALLA CENTRALE OPERATIVA E ARRIVO DEL MEZZO DI SOCCORSO SUL LUOGO DELLA CHIAMATA. Anni 2016-2021	Valle d'Aosta	ITALIA
Tempo medio in minuti Anno 2016	24	17
Tempo medio in minuti Anno 2017	24	17
Tempo medio in minuti Anno 2018	24	17
Tempo medio in minuti Anno 2019	25	17
Tempo medio in minuti Anno 2020	27	21
Tempo medio in minuti Anno 2021	26	21

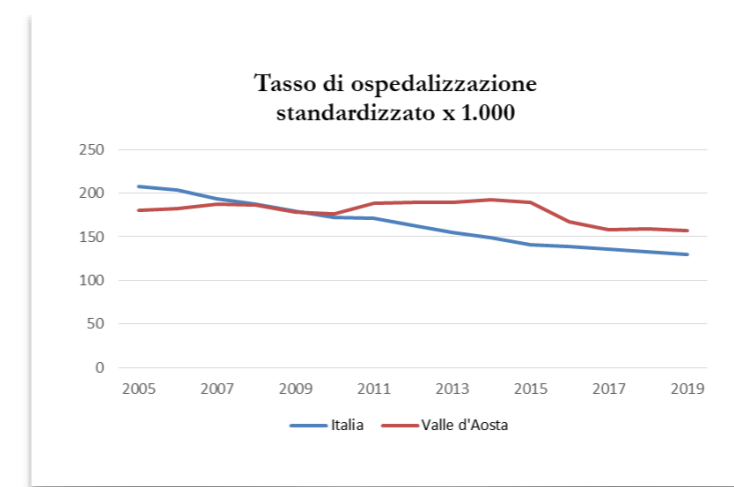
**L'assistenza ospedaliera regionale.** Considerando la fase ordinaria, precedente cioè alla pandemia da Covid 19, la Valle d'Aosta dispone di **2 strutture**. L'ospedale pubblico regionale - strutturato su 3 stabilimenti ( U.Parini, Beaugard ed ex Maternità) in Aosta - e la struttura privata convenzionata denominata Istituto Clinico Valle d'Aosta (ISAV) nel comune di Saint-Pierre. L'analisi e i dati che seguono si riferiscono sia all'Ospedale U.Parini, sia alla struttura ISAV di Saint Pierre, la quale, essendo mono specialistica, tratta in regime di ricovero per acuti la sola chirurgia ortopedica. La valutazione della situazione pre-pandemica consente di comprendere meglio le modalità e i tempi con i quali il servizio sanitario ha reagito all'impatto, inatteso, di un'epidemia di portata non preventivabile.

INDICATORI DI DOTAZIONE OSPEDALIERA - Anno 2020	Valore
Posti letto complessivi regionali	511
Di cui:	
Ospedale Umberto Parini	435
ISAV (in convenzione)	76
<b>OSPEDALE PARINI</b>	
Posti letto per acuti in regime ordinario	346
Posti letto per acuti in regime di day ospital e day surgery	38
Posti letto di riabilitazione e lungodegenza	30
Posti letto tecnici ( es.culle)	21
<b>ISAV</b>	
Posti letto per acuti in regime ordinario (chirurgia ortopedica)	10
Posti letto per acuti in regime di day surgery	2
Posti letto di riabilitazione	64

Con attenzione agli **standard ospedalieri** nazionali di funzionamento, il decreto ministeriale n.70/2015<sup>57</sup> riconosce una clausola di salvaguardia alla Regione autonoma Valle d'Aosta e la tabella che segue mostra i valori regionali e quelli previsti dal decreto ministeriale del 2015 dei due principali standard imposti dal Decreto.

Il grafico successivo invece mostra come, a partire dal 2010, in Valle d'Aosta il tasso di ospedalizzazione, ossia il numero di ricoveri dei valdostani ovunque ricoverati in Italia, rispetto alla popolazione residente, si sia mantenuto costantemente più elevato della media nazionale.

STANDARD ASSISTENZA OSPEDALIERA Per 1.000 abitanti Anno 2020	Valle d'Aosta	DM n.70/2015 (limite massimo)
Tasso di ospedalizzazione	171,04	160,0
Posti letto per abitanti	3,95	3,7
Di cui per riabilitazione e lungodegenza	0,7	0,7



Con riferimento all'attività ospedaliera, la tabella che segue sintetizza, invece, alcuni indicatori principali sia per l'Ospedale U.Parini, sia per la struttura convenzionata ISAV che non disponendo di Pronto soccorso svolge solo attività programmata. Trattandosi, inoltre, di struttura riabilitativa, ISAV registra degenze medie più lunghe della struttura ospedaliera regionale per acuti.

Indicatori di ATTIVITA' OSPEDALIERA Anno 2020	Ospedale U.Parini	ISAV
Numero di Ricoveri	14.597	1.301
Di cui:		
In ricovero ordinario	11.719	1.285
In day hospital	2.878	16

<sup>57</sup> Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)



In RICOVERO ORDINARIO Anno 2020	Ospedale U.Parini	ISAV
Numero di Giornate di degenza totali	101.600	14.395
Degenza media (in giorni)	8,67	11,7
Tasso di occupazione dei posti letto	79 %	49 %
Percentuale di ricoveri programmati (2019) (2020 non valutabile causa Covid)	55,74 %	100 %
Percentuale di ricoveri in urgenza (2019) (2020 non valutabile causa Covid)	44,26 %	Non previsto

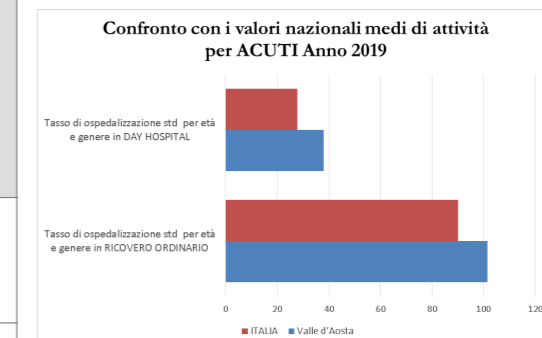
In DAY HOSPITAL Anno 2020	Ospedale U.Parini	ISAV
Ricoveri	2.878	16
Giornate di degenza	11.658	16

Per un'analisi comparativa della complessità clinica ospedaliera regionale con i corrispondenti valori medi nazionali di seguito rappresentata, la media nazionale è posta uguale all'unità, per cui valori in eccesso o in difetto sono da interpretare, a seconda del significato dell'indice, come migliorativi o peggiorativi rispetto al valore medio unitario. Come per tutte le regioni di piccole dimensioni il "peso del ricovero" per acuti in regime ordinario intra regionale è inferiore a quello extra regionale, per ovvie ragioni di limitazione dell'offerta, specie se di alta complessità. Analogamente anche il mix di casistica trattata, stante un unico ospedale a servizio di un ridotto bacino di utenza, è inferiore a quello medio nazionale. Nel caso, invece, della performance, quando il valore dell'indice supera l'unità, come nel caso della Valle d'Aosta, è perché, a parità di casistica, la degenza media è più lunga di quella standard e poiché la durata della degenza è superiore allo standard di riferimento, nonostante la complessità clinica regionale sia inferiore ad 1, verosimilmente, questa situazione può essere ricondotta a cause di inefficienza organizzativa.

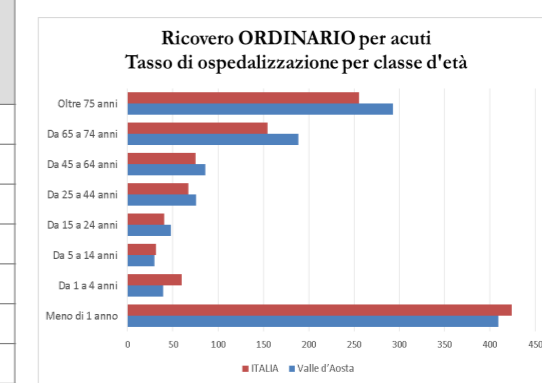
Indicatori di COMPLESSITA' OSPEDALIERA del ricovero ordinario. Confronto con i valori nazionali medi Anno 2019	Valle d'Aosta	ITALIA
Peso medio dei ricoveri per acuti effettuati in regione	1,20	1,23
Peso medio dei ricoveri ai valdostani fuori regione	1,70	1,48
Indice di Case MIX (ICM)	0,97	1,0
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,09	1,0

Di seguito invece una tabella riassume il confronto tra i valori degli indicatori regionali e quelli medi nazionali in merito all'efficienza organizzativa. Emerge, in generale, l'eccesso di ospedalizzazione in Valle d'Aosta rispetto alla media nazionale che potrebbe essere dovuto anche alla mancanza di strutture intermedie di cura tra il domicilio e l'ospedale per acuti, specie se si considerano i valori che assume l'ospedalizzazione al crescere dell'età dei pazienti ricoverati, in ricovero ordinario o diurno (Day Hospital), come evidenziato nelle tabelle di seguito e nelle figure.

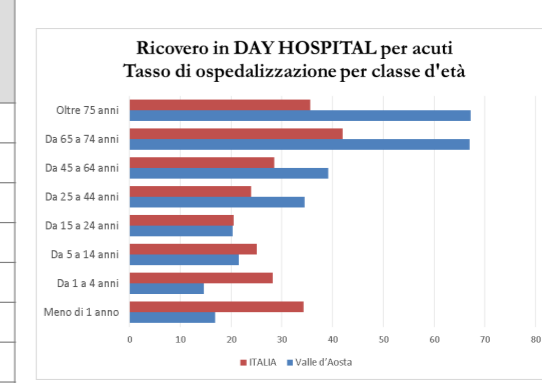
Indicatori di EFFICIENZA OSPEDALIERA Confronto con i valori nazionali medi di attività per ACUTI Anno 2019	Valle d'Aosta	ITALIA
Tasso di ospedalizzazione std per età e genere in ricovero ordinario	101,56	90,09
Tasso di ospedalizzazione std per età e genere in day hospital	37,97	27,82



Ricovero ORDINARIO per acuti Tasso di ospedalizzazione per classi di età	Valle d'Aosta	ITALIA
Meno di 1 anno	409,45	424,11
Da 1 a 4 anni	39,10	59,73
Da 5 a 14 anni	29,51	31,23
Da 15 a 24 anni	47,72	40,11
Da 25 a 44 anni	75,70	67,05
Da 45 a 64 anni	85,77	74,97
Da 65 a 74 anni	188,75	154,56
Oltre i 75 anni	292,71	255,48
Tasso TOTALE	112,82	97,61

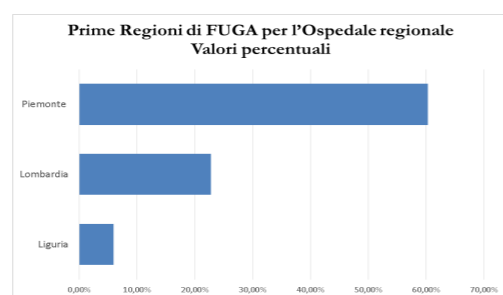
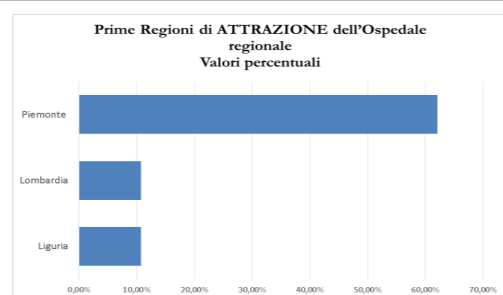


Ricovero in DAY HOSPITAL per acuti Tasso di ospedalizzazione per classi di età	Valle d'Aosta	ITALIA
Meno di 1 anno	16,87	34,26
Da 1 a 4 anni	14,66	28,23
Da 5 a 14 anni	21,49	25,06
Da 15 a 24 anni	20,34	20,53
Da 25 a 44 anni	34,44	23,94
Da 45 a 64 anni	39,15	28,47
Da 65 a 74 anni	67,00	42,02
Oltre i 75 anni	67,22	35,56
Tasso TOTALE	40,42	28,65



**Mobilità sanitaria.** Di tutte le voci che compongono la mobilità sanitaria, ossia le prestazioni che ogni cittadino richiede ai servizi sanitari, pubblici o privati accreditati, ospedalieri e territoriali, esterni ai confini della regione di residenza, la quota maggiore riguarda le prestazioni da ricovero (oltre il 75%). Con attenzione alla mobilità sanitaria ospedaliera regionale, i dati che seguono sintetizzano la situazione della Valle d'Aosta:

INDICATORI DI MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA Anno 2019	Valore Assoluto di dimessi	Percentuale sui dimessi totali
Indice di attrazione	2.386	12%
Indice di fuga	3.423	16%
<b>Prime Regioni di ATTRAZIONE dell'Ospedale regionale :</b>		
Piemonte	1.324	62,1%
Lombardia	231	10,8%
Liguria	231	10,8%
<b>Prime Regioni di FUGA per l'Ospedale regionale:</b>		
Piemonte	2.064	60,3%
Lombardia	781	22,8%
Liguria	207	6,0%



Secondo uno studio recentemente condotto da Agenas sulla mobilità sanitaria ospedaliera, la valorizzazione economica della mobilità sanitaria ospedaliera per la Valle d'Aosta è la seguente:

INDICATORI ECONOMICI DI MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA per la Valle d'Aosta. Confronto Anni 2008 - 2018	2008	2018	Variazione
Mobilità attiva in Euro	9.014.880	12.940.975	+ 44 %
Mobilità passiva in Euro	23.403.869	19.252.714	- 18 %
Saldo (attiva - passiva) in Euro	14.388.989	6.311.739	- 56 %

**L'assetto istituzionale-organizzativo.** In riferimento al personale dipendente del SSN, si rappresentano nelle tabelle che seguono sia gli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite (grezza e pesata) per il personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatica quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del turnover. Il riferimento ai dati regionali è quello dell'ultimo anno disponibile per i confronti a livello nazionale. Di seguito la tabella sintetizza i principali indicatori a confronto con la media nazionale per l'ultimo anno disponibile. Per quanto riguarda la **spesa per il personale** dipendente del SSR<sup>58</sup>, la sua incidenza sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di poco (0,1% a fronte dell' 1,3% nazionale) negli ultimi anni, e rimane la seconda più elevata a livello nazionale.

SPESA SANITARIA per il personale	Valle d'Aosta	ITALIA
Spesa pro capite grezza in Euro	885,1	566,3
Spesa pro capite pesata in Euro	864,0	566,3

Al fine di programmare con anticipo il **fabbisogno di personale sanitario** (medico e del comparto afferente ai ruoli sanitari) è necessario conoscerne la struttura per età<sup>59</sup>. Tralasciando la distinzione di genere, la situazione regionale è descritta nella tabella che segue nel confronto con la media nazionale.

PERSONALE operante nel SSN in percentuale per classe di età sul totale	Valle d'Aosta	ITALIA
inferiore a 30 anni	3 %	2 %
tra 30 e 39 anni	16 %	10 %
tra 40 e 49 anni	32 %	30%
tra 50 e 59 anni	39 %	40 %
con più di 60 anni	10 %	15 %

<sup>58</sup> La spesa per il personale deriva dai dati che ogni Azienda Sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute. L'analisi è stata svolta prendendo in considerazione sia la popolazione bacino di utenza del SSN che la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima è costituita dai residenti in Valle d'Aosta; la seconda è costituita dalla popolazione dei residenti ponderata per la struttura per età in quanto a popolazioni più anziane corrisponde una spesa più elevata. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale. L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia

<sup>59</sup> I dati sono relativi al quadriennio 2014-2017 sono quelli acquisiti con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del decreto legislativo. n. 165/2001. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale

Infine il tasso di compensazione del turnover<sup>60</sup> è calcolato come rapporto tra gli entrati nel periodo meno gli stabilizzati nel periodo, diviso per il numero degli usciti (per 100). Tutto riferito al medesimo lasso di tempo. Se il tasso è > di 100 vi è stato un ampliamento dell'organico, se è < a 100 vi è stata una contrazione. Al netto delle procedure di stabilizzazione la situazione della Valle d'Aosta per l'ultimo anno disponibile al confronto mostra una compensazione inferiore a quella media nazionale.

TASSO di COMPENSAZIONE del TURNOVER	Valle d'Aosta	ITALIA
<b>Analisi temporale</b>		
Dal 2014	139 %	80,5 %
All' ultimo anno disponibile	81,3%	97,7 %

Fonti dei dati:

Rapporto Osservasalute 2019 \_ Università Cattolica Sacro Cuore, Roma (pubblicato il 19 giugno 2020)

Relazione sullo Stato dell'Ambiente. ARPA della Valle d'Aosta (ultimo dato pubblicato disponibile)

Istat "Aspetti della vita quotidiana" \_ 2019

Mortalità evitabile\_MEV(i)\_ 2019 (su dati 2014 - 2017)

Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021 " Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia" (Versione del 20 gennaio 2021)

AIOM\_AIRTUM "I numeri del Cancro in Italia 2019" \_Cap.3 Dati regionali

F.Bortolan "Mobilità sanitaria: la chiave di lettura di Agenas" (novembre 2020)

Ministero della Salute "Rapporto SDO 2019" (pubblicato ad ottobre 2020)

Istat "Indagine sui decessi e cause di morte" (Edizione 2020 su dati 2017)

I\_Stat 2021 Cause di morte 2018

Health for All (Istat) - Edizione dicembre 2020

<sup>60</sup> Il tasso di compensazione del turnover è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo considerato. In particolare vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro.

## SALUTE E AMBIENTE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel mondo un caso di morte su quattro sia da attribuire a fattori ambientali, che contribuiscono a un ampio spettro di malattie e infermità con effetti maggiori sui bambini e sugli anziani, fasce vulnerabili della popolazione. L'ambiente, l'inquinamento, le variazioni del clima giocano un ruolo fondamentale sul benessere e la salute delle popolazioni. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la strategia globale per la salute, l'ambiente e i cambiamenti climatici deve prevedere un approccio convergente e multisettoriale al fine di assicurare ambienti sicuri e accessibili secondo i principi di equità e di sostenibilità. Non a caso sia il documento Next Generation EU (NGEU), sia il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) individuano nel trinomio clima, ambiente e salute una delle aree su cui concentrare gli obiettivi e le risorse finanziarie.

Ai sensi dell'art. 3, c.1, lett. i) della legge regionale n.7/2018, l'ARPA fornisce la collaborazione con le strutture regionali competenti per la predisposizione, l'attuazione e il monitoraggio di piani regionali in materia ambientale e sanitaria, anche in riferimento a particolari rischi ed emergenze per l'ambiente e la popolazione.

La predisposizione dei dati e degli indicatori del contesto che seguono sono stati curati dall'ARPA Valle d'Aosta per quanto attiene le matrici ambientali con un interesse specifico verso l'impatto sulla salute al fine di generare progetti specifici in collaborazione con l'Azienda USL della Valle d'Aosta e, in particolare, con il Dipartimento di Prevenzione come anche previsto dal Piano Regionale della Prevenzione approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1654 del 6 dicembre 2021.

Il rapporto ambiente-salute è di seguito indagato attraverso l'impiego di indicatori selezionati sulla base della rilevanza che assumono i valori regionali nel determinare un impatto specifico sulla salute della popolazione.

**Effetti del surriscaldamento.** Rispetto al periodo 1974 -1995 la Valle d'Aosta ha registrato un aumento medio della temperatura di circa 1.7°C gradi centigradi. Le previsioni sulla tendenza al riscaldamento, osservata negli ultimi decenni, confermano un trend all'aumento anche per il futuro: si stima infatti che nel 2035 le temperature medie annue saranno superiori rispetto al periodo 1980-2010 di circa +1°C/+1.2°C. Al 2050 le stime prevedono un ulteriore incremento compreso tra +1.1°C e +2°C. Solo a fronte di una decisa riduzione delle emissioni climalteranti, tale incremento potrà, a fine secolo, essere contenuto a +1.0°C. Al contrario, in assenza di adeguate politiche di contenimento dell'emissione di gas serra, l'incremento medio delle temperature potrà arrivare fino a +4.1°C, generando effetti irreversibili sulle attività antropiche e sulle persone.

Le ondate di calore possono causare problemi cardiocircolatori, neurologici, disidratazione e aumento della temperatura corporea, riducendo le capacità dell'organismo con un impatto non indifferente in particolare su categorie sensibili (anziani, neonati, ...) e sui lavoratori. Il caldo estivo può inoltre coincidere con l'aumento dell'inquinamento da ozono con conseguenti difficoltà respiratorie. A subire nell'immediato l'effetto dannoso delle alte temperature sono soprattutto le persone con problemi cardiaci. Questi soggetti sono più vulnerabili perché in condizioni termiche più elevate il sistema cardiovascolare deve lavorare in modo maggiore per mantenere la temperatura corporea stabile.

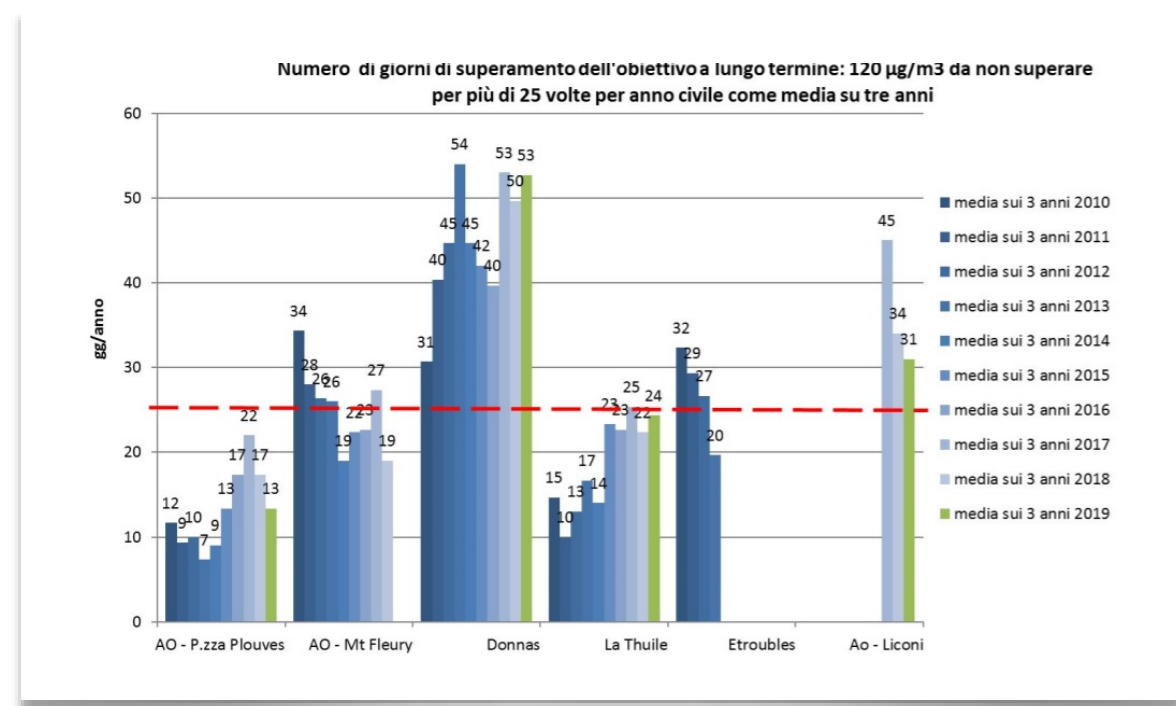
Il clima più caldo, inoltre, comporta una maggiore frequenza dei colpi di calore ed un aumento della diffusione dei problemi respiratori.



**Qualità dell'aria e concentrazioni di ozono.** Uno degli indicatori sulla qualità dell'aria è certamente quello relativo alla concentrazione di ozono (O<sub>3</sub>)<sup>61</sup>. Gli impatti principali dell'inquinamento da ozono sono quelli a carico della salute umana. Il bersaglio prevalente dell'O<sub>3</sub> è l'apparato respiratorio. Gli effetti possono essere acuti (a breve termine) con diminuzione della funzionalità respiratoria, e cronici (a lungo termine). Il valore posto come obiettivo per l'indicatore relativo alla concentrazione di ozono nell'aria non è rispettato nelle stazioni di Aosta (via Liconi) e di Donnas.

Nelle aree di montagna l'ozono, generatosi nelle aree più inquinate del fondo valle viene trasportato dalle brezze e qui tende ad accumularsi, così le medie annuali risultano più elevate rispetto ai siti ubicati in area urbana dove tale inquinante viene distrutto nelle ore notturne (quando non vi è irraggiamento solare) dagli stessi agenti inquinanti che ne hanno promosso la formazione nelle ore diurne, assenti in alta quota.

L'ozono è soggetto ad importanti fenomeni di trasporto su vasta scala. Nella nostra regione, in particolare in bassa Valle, vi è un forte contributo di trasporto dalla pianura padana come è ben evidenziato dai valori misurati nella stazione di Donnas. Il valore a lungo termine posto come obiettivo per l'indicatore viene costantemente superato in molte giornate in tutte le stazioni della regione come evidenziato nella figura che segue.



Per la protezione della salute umana si consiglia, in termini preventivi, di evitare l'esposizione all'aperto e l'attività fisica nelle ore più calde della giornata (dalle 12 alle 18) soprattutto per i soggetti sensibili (bambini, anziani, donne in gravidanza, persone affette da patologie cardiache e respiratorie).

<sup>61</sup> L'ozono è un gas presente naturalmente nella stratosfera (dai 15 a 60 Km di altezza) dove costituisce un'importante fascia protettiva perché è in grado di schermare la radiazione ultravioletta proveniente dal sole, nociva per gli esseri viventi. L'ozono troposferico che, invece, si trova negli strati più bassi dell'atmosfera, è una sostanza inquinante, dannosa per l'uomo e per l'ambiente. È infatti un inquinante secondario: non viene emesso direttamente in atmosfera, ma si forma quando la radiazione solare reagisce con inquinanti già presenti nell'aria e, in particolare, in presenza di NO<sub>x</sub>, un gas prodotto durante la combustione (es. gas di scarico dei veicoli).

**Allergie e malattie infettive.** I cambiamenti climatici hanno favorito la comparsa di nuovi agenti patogeni e dei loro vettori con il conseguente rischio della diffusione di nuove tipologie di malattie infettive quali le arbovirosi (zoonosi causate da virus trasmessi da zanzare, zecche e flebotomi) e la malattia di Lyme (o borreliosi, infezione di origine batterica trasmessa nella maggior parte dei casi da zecche). Potranno aumentare, inoltre, i rischi legati a patogeni capaci di svilupparsi più facilmente nell'acqua e negli alimenti (es. latticini, carne e derivati, ecc.).

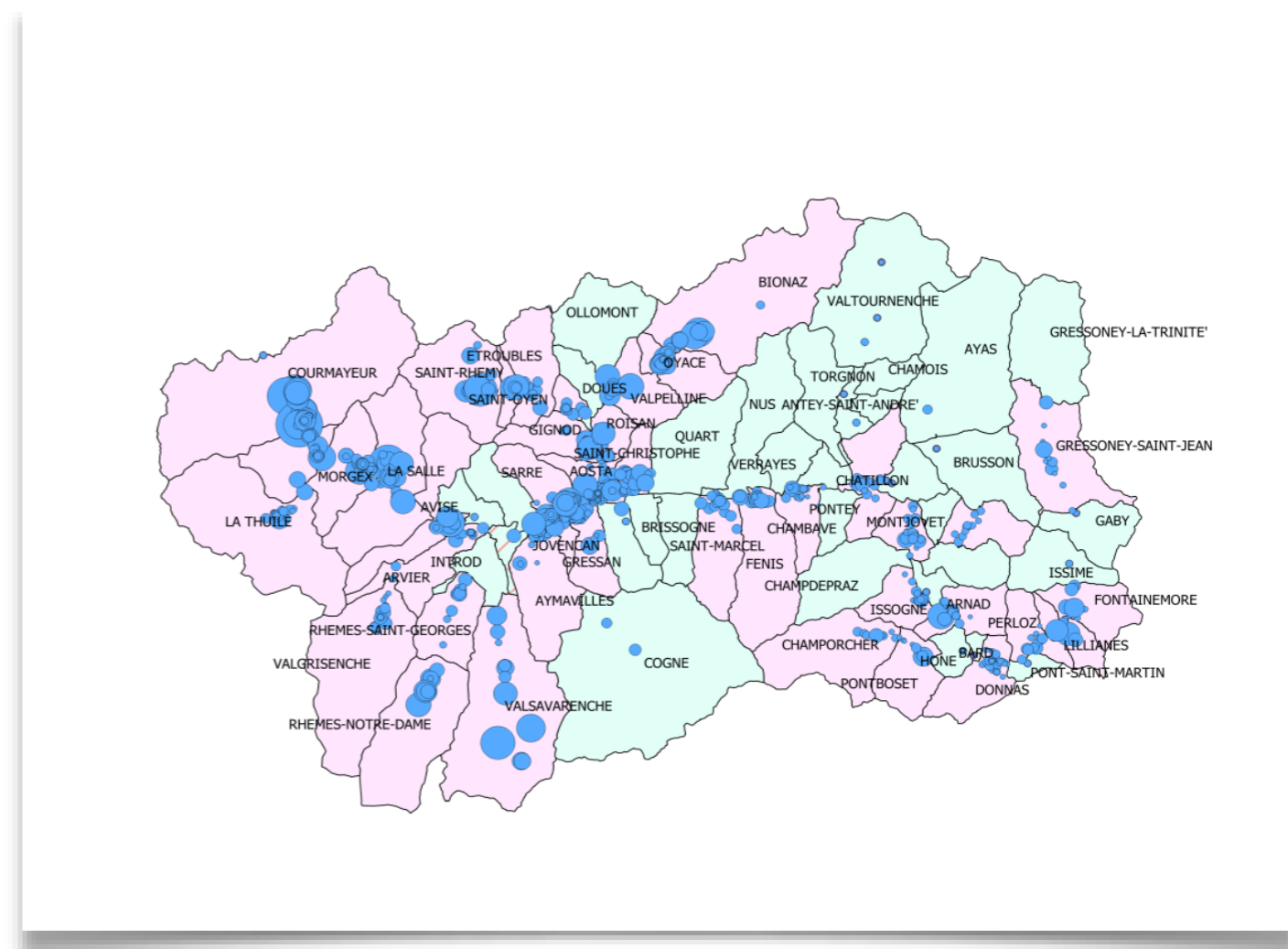
Gli stessi cambiamenti climatici, associati a un aumento dell'esposizione a concentrazioni di inquinanti nell'aria come sopra illustrato, sembrano associarsi a una maggiore probabilità di contrarre infezioni da virus che hanno come bersaglio l'apparato respiratorio. Una delle ipotesi più probabili per spiegare questa correlazione prende in considerazione lo stato infiammatorio persistente più o meno grave dell'apparato respiratorio dei soggetti che risiedono nelle aree maggiormente colpite dall'inquinamento atmosferico, soggetti che diventano di conseguenza più vulnerabili alle infezioni respiratorie. Un altro aspetto interessante riguarda il fatto che proprio sulle stesse particelle atmosferiche aerodisperse che compongono il PM 2.5 è stata rilevata la presenza di genoma virale riconducibile a SARS-CoV 2. Sebbene non risulti ancora chiaro se il particolato atmosferico possa in qualche modo fungere da veicolo per la diffusione del virus, la ricerca della presenza di SARS-CoV 2 in diverse tipologie di matrici ambientali ha portato l'attenzione sull'importanza di questo tipo di monitoraggio. Nasce così la virologia ambientale che si propone come obiettivo quello di ricavare dall'ambiente informazioni utili ad individuare ed auspicabilmente prevenire e/o controllare l'andamento di eventuali epidemie nella popolazione. L'integrazione tra sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica e sorveglianza ambientale può consentire di intercettare precocemente e seguire la circolazione di virus nei territori, approfondire la conoscenza delle relazioni tra soggetti sintomatici e asintomatici, contribuire alla conoscenza sulla circolazione di "variants of concern" (VoC) supportando i processi decisionali basati sull'analisi di rischio, definiti a livello normativo. In questo contesto ha preso il via nel 2020 il progetto di sorveglianza epidemiologica di Sars-Cov-2 nelle acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia) che coinvolge una rete di strutture territoriali coordinate dal punto di vista tecnico-scientifico dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. In ambito virologico, la sorveglianza ambientale sulle acque reflue (*Wastewater Based Epidemiology, WBE*) si basa sul principio che i virus vengono escreti dai soggetti infetti in quantità rilevanti, mediante le feci e i fluidi corporei, per periodi più o meno lunghi, raggiungendo gli impianti di depurazione attraverso la rete fognaria. Le acque reflue in ingresso ai depuratori costituiscono pertanto importanti punti di osservazione sulla circolazione di virus e altri patogeni nella popolazione. È così possibile intercettare i virus che circolano in una determinata comunità, sia che originino da casi sintomatici sia da individui con infezioni asintomatiche o subcliniche, con la possibilità di controllare aggregati di popolazione più o meno estesi mediante un'apposita strategia di campionamento basata sulla conoscenza delle reti fognarie. Nel caso del monitoraggio della presenza di SARS-CoV 2, incrociando i dati relativi alla carica virale rilevata nei campioni con i dati riguardanti il numero di positivi in un determinato territorio, è stato osservato che l'eventuale aumento della quantità di genoma virale nelle acque reflue generalmente anticipa la crescita della curva dei positivi. L'idea alla base del progetto SARI è quindi quella di utilizzare il monitoraggio ambientale come sistema di allerta precoce della presenza di nuovi focolai di infezione nella popolazione. Un ulteriore sviluppo del progetto a livello nazionale riguarda il sequenziamento dello stesso materiale genetico rilevato nelle acque reflue in modo da individuare non solo la presenza generica del virus ma in modo più preciso la variante preponderante in quel momento. Il sistema messo a punto per SARS-CoV 2 può essere utilizzato per la ricerca di molti altri tipi di virus (es. virus enterici) nelle acque reflue configurandosi a maggior ragione come un importante strumento nella prevenzione e tutela della salute pubblica.

Per quanto riguarda l'individuazione degli impatti dei cambiamenti climatici sull'ecologia delle specie, la fenologia è l'indicatore ideale anche per la forte influenza che le variazioni del clima hanno su fenomeni come la comparsa delle foglie, la fioritura e l'ingiallimento autunnale. Oltre a testimoniare gli impatti dei cambiamenti climatici influisce sui principali processi ecosistemici (ciclo del carbonio, dell'acqua e dei nutrienti, ripartizione dell'energia, interazione ecologiche), sui *feedbacks* al sistema climatico e sulla salute umana (dispersione di allergeni). Variazioni nella fenologia vegetale determinano una variazione del calendario pollinico e aumento della concentrazione di polline in aria, causa di allergie specifiche. In Valle d'Aosta è presente da tempo un'attività di sorveglianza della qualità dell'aria volta a misurare e a monitorare la concentrazione atmosferica delle spore fungine e dei principali pollini.

**Medicina di montagna.** I cambiamenti climatici potrebbero, come effetto collaterale sulla società, favorire un incremento del flusso turistico legato alla ricerca di condizioni di maggior "benessere climatico" e lo spostamento di fasce di popolazione (es. anziani) in zone di montagna, con conseguente aumento della domanda locale di assistenza sanitaria. Tutto ciò, oltre a comportare un maggior carico sulle strutture sanitarie per patologie legate alla quota (ipossia, mal di montagna, ecc.) e alla pratica della montagna (infortuni, incidenti, ecc.), conduce alla necessità di nuove valutazioni sulle patologie croniche alle medie/alte quote in ragione dell'evoluzione climatica attesa. La mobilità di più soggetti a quote elevate comporta, inoltre, un aumento dell'esposizione personale a radiazione solare UV e alle basse temperature. Come noto, un'esposizione non controllata e prolungata a radiazione solare UV è fattore di rischio per alcuni tumori maligni della pelle, quali i melanomi.

**Concentrazione di attività di radon 222 negli edifici.** Il radon ( $Rn^{222}$ ) è un gas radioattivo naturale prodotto dal decadimento del radio 226, a sua volta generato dal decadimento dell'uranio 238. Essendo il radio e l'uranio presenti, in misura diversa, nelle rocce, nei terreni e nei materiali da costruzione derivati, l'emanazione di radon avviene in modo diffuso su tutto il territorio, ma con concentrazioni molto differenti a seconda delle caratteristiche geo-litologiche locali. In aria libera, il radon si disperde in atmosfera e non raggiunge mai concentrazioni elevate, mentre negli ambienti chiusi (indoor) il gas tende ad accumularsi, in misura dipendente, oltre che dal potenziale di emanazione del terreno, dall'isolamento dell'edificio e dai suoi servizi rispetto al suolo e al sottosuolo, dal piano del locale rispetto al terreno e dalle modalità di ventilazione e di ricambio d'aria. Si evidenzia quindi anche una dipendenza dai fattori climatici. Le concentrazioni di radon in aria sono espresse come numero di decadimenti radioattivi di nuclei di radon 222 al secondo per  $m^3$  di aria ambiente, e misurate in Becquerel/ $m^3$ , dove 1 Becquerel (Bq) indica 1 decadimento radioattivo (in questo caso di  $Rn^{222}$ ) al secondo.

I livelli di concentrazione rilevati, per lo più inferiori ai valori di riferimento, mostrano tuttavia una grande variabilità da zona a zona del territorio regionale. La misura delle concentrazioni di radon nelle abitazioni è il metodo più diretto per la stima dell'esposizione della popolazione. Lo svolgimento di programmi di monitoraggio condotti in modo sistematico sul territorio permette di identificare le aree potenzialmente soggette a maggior presenza di radon, anche in correlazione con le locali caratteristiche geo-litologiche dei terreni. L'informazione così acquisita è preliminare per l'eventuale messa in opera di azioni e di strategie per la riduzione dell'esposizione e del rischio conseguente. Nella mappa sotto riportata (prodotta da Arpa VdA) sono indicati con dei cerchi azzurri tutti i punti di misura in abitazione. La superficie di ogni cerchio è proporzionale alla concentrazione media annuale rilevata. Sono evidenziati in rosa i 41 comuni per i quali sono già disponibili i dati di almeno 6 misure in abitazione.



Il radon e i suoi prodotti di decadimento emettono radiazioni ionizzanti (radiazioni alfa) che possono danneggiare il DNA. Se questi danni non vengono riparati, inducono la trasformazione tumorale delle cellule. Secondo uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità, il radon è responsabile del 10 per cento dei tumori del polmone che si registrano in Italia. Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che il rischio di tumore del polmone aumenta in modo proporzionale all'aumentare della concentrazione di radon e all'aumentare della durata di esposizione.



## ANALISI DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SOCIALI, SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO-EDUCATIVE

L'accesso ai servizi e alle prestazioni sociali è organizzato sulla base di procedure formalizzate e su un processo di valutazione multi professionale del bisogno ad opera dei differenti professionisti coinvolti nei vari ambiti di intervento. I dati relativi ai servizi erogati, in funzione delle richieste pervenute, rappresentano un indicatore indiretto del bisogno presente sul territorio e per il quale è disponibile un'offerta istituzionale organizzata; il bisogno sociale complessivo, dunque, non può considerarsi totalmente rappresentato dal bisogno espresso nel contesto sopra descritto, ma richiede ulteriori approfondimenti che vengono svolti anche con il coinvolgimento di altri soggetti territoriali, pubblici e privati, al fine di valutare le ulteriori necessità e fragilità presenti nella popolazione e che non riescono ancora ad essere portate all'attenzione dei servizi pubblici.

I dati che seguono si riferiscono ai servizi per: la prima infanzia, i minori, i disabili, gli anziani non autosufficienti, il contrasto all'emarginazione sociale e alla violenza di genere. Per tutti è stato utilizzato l'ultimo anno disponibile o l'ultimo riferimento temporale non ancora alterato dall'evento pandemico.

### SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E PER I MINORI

Il sistema dei servizi per la prima infanzia è costituito dai nidi d'infanzia, nidi aziendali, spazi gioco, servizi educativi in contesto domiciliare di tate familiare e centri per bambini e famiglie, per un totale di 60 servizi e 1.022 posti autorizzati. Nell'anno 2019 i posti disponibili sono stati ridotti rispetto al 2018 (1.022 vs 1.044) in seguito a valutazioni degli enti titolari in ordine alla sostenibilità e ai bisogni dei rispettivi cittadini. Nonostante ciò l'indice di dotazione potenziale, che rapporta i posti ai bambini da 0 a 2 anni è aumentato per effetto congiunto della riduzione della popolazione e delle nascite.

Per quanto riguarda il 2020 le tabelle che seguono dettagliano, rispettivamente, la tipologia e il numero di servizi per ambito distrettuale e, successivamente, la popolazione 0-2 anni per distretto con relativo indice di dotazione in relazione ai posti disponibili. La Valle d'Aosta ha quindi raggiunto e superato gli Obiettivi previsti dalla Conferenza di Lisbona 2000, del 33% di copertura di servizi per la fascia 0-2 anni nel territorio, e si assesta attualmente intorno al 39,1% di copertura dei servizi.

Anno 2020	Numero di servizi per singola tipologia				Totale servizi per Distretto
	Asilo Nido	Nido Aziendale	Tata familiare	Spazio gioco (Garderie)	
Distretto 1	6	0	6	1	13
Distretto 2	12	3	11	2	28
Distretto 3	5	0	1	3	9
Distretto 4	4	0	2	4	10
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>60</b>

Anno 2020	Numero di posti per singola tipologia						Totale posti per Distretto	Indice di dotazione per Distretto
	Popolazione e 0-2 anni v.a.	Popolazione e 0-2 anni %	Asilo Nido	Nido Aziendale	Tata famigliare	Spazio gioco (Garderie)		
Distretto 1	514	19,6	154	0	24	18	196	38,1
Distretto 2	1353	51,7	409	52	44	28	533	39,4
Distretto 3	310	11,9	123	0	4	19	146	47,1
Distretto 4	439	16,8	105	0	8	34	147	33,5
<b>Totale</b>	<b>2616</b>	<b>100,0</b>	<b>791</b>	<b>52</b>	<b>80</b>	<b>99</b>	<b>1.022</b>	<b>39,1</b>

Il costo unitario ottimale mensile di riferimento per gli Enti locali titolari dei servizi socio-educativi è pari a Euro 900,00 per i nidi d'infanzia e i nidi aziendali/interaziendali ed Euro 450,00 per gli spazi gioco per undici mesi all'anno computati sul posto occupato a tempo pieno per i posti finanziabili.

La retta a carico delle famiglie è calcolata sulla base dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) e la parte restante è finanziata dai trasferimenti regionali che sono stati nel 2018 Euro 4.842.411 e nel 2019 Euro 4.889.227,37.

Nei servizi all'infanzia è data la priorità di accesso ai bambini con disabilità. In media, dal 2017 al 2019 sono stati accolti nei servizi circa 10 bambini, con educatori di sostegno individualizzati, in genere con un rapporto numerico di 1 a 1, completamente finanziati dalla Regione, per un massimo di circa Euro 300.000 complessivi all'anno. Nel 2019 la spesa è stata di Euro 193.944,37 per 7 bambini disabili (27.706 Euro in media a bambino). Il diritto all'educatore di sostegno individualizzato è subordinato alla certificazione da parte dell'équipe socio sanitaria competente. Le attività sono programmate nel Piano educativo individualizzato (P.E.I.) nelle aree di sviluppo compromesse mentre, per le aree di sviluppo non compromesse, il bambino segue le attività dei coetanei. È prevista inoltre l'adozione delle indicazioni previste dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento versione bambini e adolescenti. (International Classification of Functioning, Disability and Health I.C.F.-CY).

Al fine di incentivare una continuità educativa minima utile alla crescita sociale e personale dei bambini in un ambiente extra familiare, per il triennio 2018 - 2020 e per il tramite voucher diretto alle famiglie dei bambini iscritti ai nidi d'infanzia pubblici e privati, ai nidi aziendali e al servizio di tata familiare, è stata prevista un'ulteriore misura finanziata dal Fondo Sociale Europeo (FSE) che abbatta la quota a carico delle famiglie fino ad un massimo mensile di 100 euro, aumentato a 200 euro a decorrere dal 1° gennaio 2020 qualora il bambino o la bambina sia iscritto al servizio per almeno 30 ore settimanali. Detta misura vale circa Euro 1.900.000 nel triennio 2017-2019, prorogato fino al 31 maggio 2020. Terminata tale misura, le famiglie potranno sostituire il voucher del FSE con il bonus INPS che finanzia quasi completamente il costo dei servizi prima infanzia.

A parziale rimborso della spesa sostenuta per l'utilizzo del servizio di tata familiare, la legge regionale 23 luglio 2010, n. 23, art. 7, prevede un contributo (voucher) alle famiglie dei minori residenti nel territorio



regionale determinato sulla base dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE). Nell'anno 2020 questa misura ha totalizzato un importo pari a Euro 296.352,38 inferiore di quasi il 42% a quella equivalente nel 2019 (Euro 510.565,19) per effetto della sospensione dei servizi in presenza di tata familiare dovuta all'emergenza epidemiologica da COVID-19<sup>62</sup>.

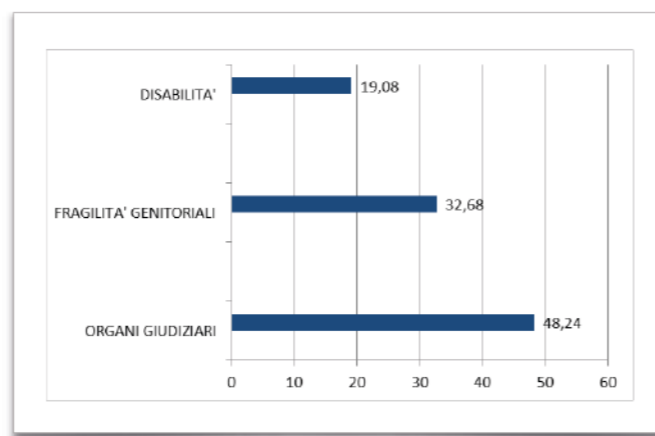
Al fine di perseguire un bilanciamento tra la tutela della sicurezza e della salute degli operatori, dei bambini accolti e il diritto dei minori a ricevere servizi di qualità, nella fase di emergenza sanitaria da Covid-19 sono state emanate specifiche misure di precauzione e sicurezza che hanno riguardato: ingressi scaglionati, triage, esclusione degli assembramenti, garanzia di distanziamento sia per i bambini, sia per tutto il personale (per quanto possibile in questa fascia di età), rigoroso rispetto della sanificazione dei locali e dei giochi, individuazione dei gruppi sezione con due bolle da 6 bambini, composti sempre dagli stessi bambini e dalla stessa figura educativa, divieto di ingresso delle famiglie nei aree dedicate ai bambini. Un'altra azione determinante a contrasto del contagio è stata la riduzione del rapporto numerico che è passato da 1 educatore ogni 8 bambini a 1 educatore ogni 6 bambini. Dagli incontri di coordinamento pedagogico è emerso che tutti i servizi hanno rilevato una diminuzione delle assenze dei bambini e degli operatori per malattia, rispetto agli anni precedenti al Covid-19. Tale decremento può essere imputato a diversi fattori, tra cui in primis la maggiore attenzione alla salute dei bambini da parte delle famiglie, dei pediatri e degli operatori dei servizi, nonché alla rimodulazione del rapporto numerico che ha permesso un maggiore controllo del gruppo, affinché si limitasse lo scambio di giochi e oggetti portati alla bocca da parte dei bambini e un minor numero di scambi interpersonali.

A seguito delle restrizioni messe in atto per fronteggiare la pandemia, per i servizi di nido e spazi gioco è previsto il rimborso per le spese incompressibili e per la riprogettazione dei servizi, di ogni posto occupato e finanziabile, sino a un massimo del 100% del costo unitario ottimale.

### SERVIZI PER I MINORI

I servizi per minori consistono in: prese in carico del servizio sociale professionale (anche integrato con i servizi sanitari), assistenza in strutture residenziali dedicate, Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (ADE) e affidamenti familiari.

Per quanto riguarda le prese in carico delle famiglie con figli minori seguite dai servizi socio sanitari, il grafico che segue, riferito all'ultimo anno disponibile, illustra come quasi la metà delle problematiche prevalenti riguardano situazioni che coinvolgono anche gli organi giudiziari (48,24%) con una prevalenza sul totale in costante aumento negli ultimi anni, mentre il 32,68% delle problematiche in carico riguardano famiglie in cui si riscontrano delle fragilità genitoriali che influiscono negativamente sulla relazione tra genitori e figli. Il restante 19,8% riguarda la disabilità come problematica prevalente della famiglia con un minore presa in carico dai servizi.



<sup>62</sup> Nel 2020, a seguito dell'emergenza sanitaria ancora in corso i servizi educativi in contesto domiciliare di tata familiare hanno chiuso dal 4 marzo al 14 luglio 2020, gli altri servizi dal 4 marzo al mese di settembre 2020.

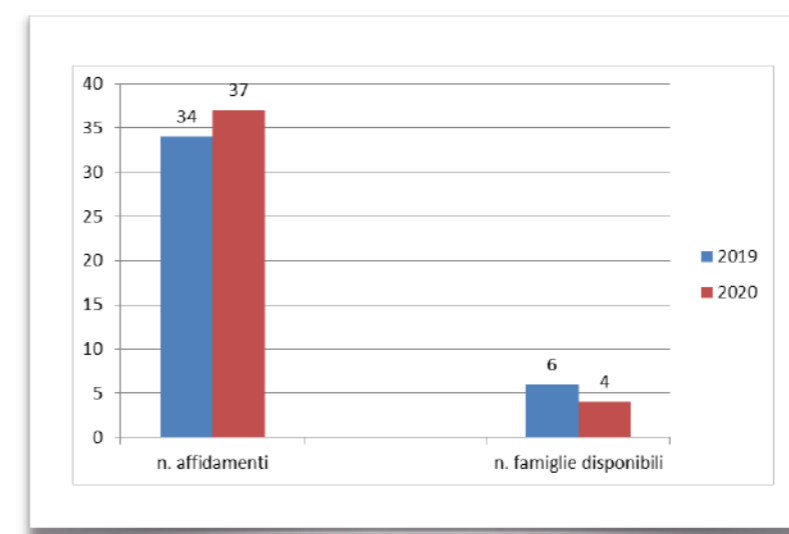
Con attenzione all'assistenza residenziale per minori in difficoltà, nel biennio 2019-2020 i servizi residenziali regionali ed extra regionali hanno accolto 146 minori, di cui 45 stranieri (30,8%) non accompagnati. Oltre alle difficoltà di questi ultimi, afferenti all'inclusione sociale, al trauma del percorso migratorio e all'apprendimento di nuove regole sociali nonché della lingua italiana, le problematiche prevalenti nei minori ospiti delle strutture riguardano difficoltà affettivo-relazionali (precarità degli affetti o difficoltà a relazionarsi con i pari) e/o della sfera comportamentale (deficit della condotta o difficoltà genitoriali nella gestione del minore). Sempre più emergono situazioni di minori con un quadro psicopatologico grave che hanno richiesto un'integrazione socio sanitaria importante per far fronte globalmente alle problematiche presentate.

Si rileva nel periodo di riferimento un aumento degli inserimenti in comunità extra regionali sia per quanto riguarda minori in strutture socio-educative, sia per ciò che concerne nuclei genitori-bambino in strutture educative e terapeutiche che offrono un sostegno volto a sviluppare un equilibrio tra l'esercizio della responsabilità genitoriali e le esigenze di cura e tutela del bambino.

L'analisi afferente al servizio di Assistenza Domiciliare Educativa per minori (ADE), all'interno della presa in carico dei servizi socio sanitari, vede confermare il trend degli anni passati con una media di circa 200 minori che annualmente usufruiscono del servizio. Anche il servizio di incontri protetti si rileva costante, con una media annua di 50 minori in carico.

Come per gli ospiti dei servizi residenziali, si registra aumento di minori seguiti dai servizi specialistici con diagnosi complesse – quali ad esempio comportamenti autolesivi e ritiro sociale – per i quali la collaborazione tra servizi sanitari e tra questi e le istituzioni scolastiche risulta fondamentale per la buona riuscita del progetto.

Con attenzione agli affidamenti (intra familiari ed etero familiari) il trend si è mantenuto costante ed esiguo come rappresentato nel seguente grafico.



Per quanto riguarda l'impatto dell'emergenza epidemiologica sui minori e sulle loro famiglie, la pandemia da COVID-19 ha comportato la sospensione di una serie di agenzie educative (in primis, la scuola di ogni ordine e grado, così come i nidi e le scuole per l'infanzia) che riuscivano a garantire il giusto grado di protezione e stimolo, oltre che di routine predefinite, soprattutto per quei minori appartenenti a famiglie a rischio di vulnerabilità o con problematiche educative. Lo svantaggio sociale di tali famiglie si è reso maggiormente evidente anche per le difficoltà legate alla didattica on line, sia per mancanza della giusta strumentazione (assenza di PC, di connessione internet sufficiente) sia per la complessità nell'assicurare il monitoraggio e sostegno dell'attività scolastica, causando così frustrazione e disinvestimento. Non trascurabile è anche un altro fattore di protezione garantito dalla frequenza scolastica e cioè quello dell'accesso alla mensa scolastica per i minori appartenenti alle famiglie in difficoltà economica.

L'emergenza ha necessariamente rimodulato l'operato sia dei servizi sociali e dei servizi educativi/residenziali per minori. Si rileva come i sostegni garantiti, quali video chiamate e contatti telefonici hanno permesso il monitoraggio delle situazioni ma, se inizialmente le famiglie hanno collaborato positivamente ed hanno compreso le limitazioni derivanti dalla situazione emergenziale in atto, successivamente sono emerse le fatiche tipiche del perdurare della pandemia (pandemic fatigue) anche da parte dei nuclei più resilienti, rendendo maggiormente difficoltosa la continuità della presa in carico. Da rilevare infine anche la convivenza forzata, come da misure di contenimento legate all'emergenza, ha costituito un "detonatore" rispetto alle situazioni caratterizzate già da conflittualità familiare, anche esponendo i minori a potenziali contesti di pregiudizio.

In questa fase emergenziale, si è reso ancora più necessario operare in collaborazione e sinergia con Amministrazioni pubbliche e agenzie del territorio per poter supportare adeguatamente le famiglie in difficoltà, collaborazioni che è auspicabile strutturare e mantenere nel tempo.

## SERVIZI PER LA DISABILITÀ

Dietro a ogni definizione si cela un diritto di accesso a misure e servizi riconosciuti dalla legge in risposta a un bisogno specifico. Invalido, handicappato, disabile e, talvolta, anche non autosufficiente, si usano spesso come sinonimi, ma hanno origine da definizioni normative specifiche, con conseguenti accessi a diritti esigibili (provvidenze, servizi, benefici ecc.) previo formale accertamento. Ancora oggi la disabilità è riferita a (in)capacità funzionali estrinseche attraverso atti e comportamenti che, nel senso comune, sono essenziali alla vita quotidiana. Di conseguenza, con il termine "handicap" si è intesa una condizione di svantaggio, vissuta in una certa persona, a seguito di una menomazione che ne limita o ne impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo atteso in relazione all'età, al genere e ai fattori socio-culturali.

La Legge n.104/1992 si basa su questa definizione di disabilità come handicap e i dati della tabella che segue si riferiscono alle certificazioni riconosciute nel 2019 dalla commissione regionale competente in materia di riconoscimenti di situazione di handicap e di handicap grave. È rappresentata anche l'evoluzione dal 2017 al 2020 con una diminuzione complessiva delle certificazioni di quasi il 5%, pari a 216 persone

verosimilmente da attribuire non ad una minore incidenza quanto alle misure per il distanziamento (lockdown) che nell'anno della pandemia hanno portato alla sospensione dei lavori delle commissioni per l'accertamento dell'invaldità e disabilità.

	Riconoscimenti in base alla legge n. 104/92		
	Handicap	Handicap grave	Totale
<b>Anno 2017</b>	2.427	1.970	4.397
<i>in %</i>	55,2%	44,8%	100,0
<b>Anno 2020</b>	2.395	1.786	4.181
<i>in %</i>	57,3%	42,7%	100,0

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha contrapposto, nella pratica corrente, un nuovo concetto di classificazione denominato International Classification of Functionality (ICF) quale strumento standard per misurare il funzionamento (residuo quando è il caso), la salute e la disabilità. L'ICF non è più una classificazione delle malattie, ma diventa una classificazione delle componenti della salute e della funzionalità in relazione all'ambiente e al contesto in cui la persona vive sia essa normodotata o portatrice di una limitazione, temporale o permanente. La disabilità non è più una condizione legata al portatore, ma diventa la valutazione dell'interazione tra la condizione di salute di una qualsiasi persona (anche normodotata) e un ambiente sfavorevole che, di fatto, ne ostacola, o ne impedisce, la sua piena ed effettiva partecipazione. Si tratta di una definizione rivoluzionaria perché invece di attribuire una data condizione al soggetto che ne è portatore, trasferisce l'attenzione sulla relazione con l'ambiente complessivo che lo accoglie.

È su questo principio che nel 2018, con deliberazione della Giunta regionale n.75, viene istituita l'Unità di Valutazione Multidimensionale della Disabilità (UVMDi) competente per tutto il territorio regionale e deputata alla valutazione del funzionamento delle persone adulte con disabilità e alla conseguente elaborazione del loro Progetto di Vita, utilizzando, come struttura concettuale di riferimento, la Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF). La deliberazione ha inoltre previsto l'istituzione della figura del case manager, ruolo ricoperto prioritariamente da un educatore professionale. Nel 2019 la deliberazione della Giunta regionale n.170 ha poi approvato il modello organizzativo e di funzionamento dell'UVMDi, la cui attività è al momento a regime.<sup>63</sup>

Dal 2018 al 2020 i Progetti di Vita elaborati per persone adulte con disabilità sono stati 60, con rivalutazioni programmate annualmente o ogni due anni. La priorità di accesso è garantita ai ragazzi in uscita dal percorso scolastico e, a seguito dei criteri di accesso stabiliti, le persone in attesa di presa in carico da parte dell'UVMDi al 31 dicembre 2020 risultavano essere 10.

<sup>63</sup> L'UVMDi è composta da un assistente sociale con ruolo di coordinatore, un educatore professionale con ruolo di Coordinatore dei case manager, Coordinatore vicario, case manager e con compiti di segreteria, psicologi e riabilitatori. Le sedute operative si svolgono generalmente due volte alla settimana.



L'UVMDi ha avviato nel 2018 l'attività di mappatura delle strutture, dei servizi, delle attività regionali e delle iniziative promosse e gestite dalle associazioni di volontariato in favore della disabilità che ammontano a 35 circa. La mappatura è costantemente aggiornata perché possa costituire una risorsa non solo nell'elaborazione dei progetti individuali ma anche nell'attività di altri servizi (Servizio Sociale, operatori scolastici, ecc...) Dall'attività di mappatura e monitoraggio emerge l'esiguità dei posti disponibili a fronte delle richieste e la mancanza di servizi e strumenti indispensabili per la costruzione di progetti personalizzati quali l'educativa territoriale, i tirocini di inclusione e i centri diurni con finalità a prevalenza socio assistenziale e socio sanitaria per poter rispondere in maniera adeguata e congrua ai bisogni delle famiglie e delle persone. A ciò si aggiunge che la fruibilità dei servizi è condizionata dal servizio trasporto regionale dedicato che presenta delle criticità in particolare ai residenti in zone decentrate rispetto al capoluogo e ai comuni della *plaine*.

Alle persone con disabilità sono offerti: servizi semiresidenziali (diurni), servizi residenziali in strutture dedicate e laboratori occupazionali e contributi economici alla vita indipendente.

Attualmente i servizi semi residenziali per le persone con disabilità sono costituiti da: 6 centri diurni a carattere socio-educativo e socio assistenziale, di cui 4 Centri Educativi Assistenziali (CEA) gestiti direttamente dall'Amministrazione Regionale e 2 affidati a soggetti del Terzo Settore, a cui si aggiunge un 1 centro diurno agricolo. Le giornate di apertura variano tra i 237 e i 247 giorni per anno. Il tasso di utilizzo<sup>64</sup> dei CEA varia tra l'82,8% della struttura di Quart all'86,3% della struttura di Hone. Dal 2014 al 2020 il numero di frequentanti i CEA è passato da 59 a 72 segnando un aumento del 22%. La tabella che segue documenta la fruizione di questa tipologia di servizi. Nel 2020 la situazione rimane immutata con la sola eccezione del CEA di Châtillon che aumenta di un posto e, quindi, di 1 frequentante, la sua capacità ricettiva.

Servizi semi residenziali	2020			
	Posti	Frequentanti		
		Handicap	Handicap grave	Totale
CEA di Aosta	18	0	18	18
CEA di Quart	21	1	20	21
CEA di Châtillon	16	1	15	16
CEA di Hone	17	0	17	17
Centro agricolo	27	5	22	27
Centro diurno*	15	1	14	15
Servizio M. persone autistiche	8	0	8	8
Servizio O. autismo	40	2	18	20
<b>Totale</b>	<b>162</b>	<b>10</b>	<b>132</b>	<b>142</b>

\*Chiuso nel 2020

<sup>64</sup> Il tasso di utilizzo è calcolato come rapporto tra le giornate frequentate e le giornate di apertura frequentabili \* 100.

Dei 142 frequentanti i servizi semi residenziali nel 2020 la classe di età maggiormente rappresentata è quella da 30 a 64 anni con 96 utenti (66,6%), segue la classe tra 18 e 29 anni con 42 persone frequentanti i servizi semiresidenziali (29,8%) mentre sono solo 3 i frequentanti con età fino a 17 anni (3,6%) e nessuno con età superiore a 65 anni. Le domande di inserimento sono state tutte accolte nel 2020 e non vi sono liste di attesa.

In armonia con le direttrici del documento programmatico 2011 – 2013, in particolare con la direttrice n. 7 "Tutelare la fragilità della persona", nelle strutture diurne denominate C.E.A. (Centri Educativi Assistenziali), strutture per persone adulte con disabilità psichica, operanti sul territorio regionale (Aosta, Gressan, Châtillon e Hône) nel corso degli anni, si è cercato di lavorare tenendo presente come quadro di riferimento la centralità della persona disabile e della sua famiglia. Sono stati garantiti percorsi e interventi differenziati, secondo il Progetto Educativo Individualizzato del soggetto frequentante il servizio in modo da garantire il massimo sviluppo delle potenzialità e cercando di contrastare i processi di involuzione. Alla centralità della persona si accompagna quella della sua famiglia che rappresenta il più importante agente educativo con il quale le istituzioni e gli operatori cercano di costruire un rapporto di collaborazione per la buona riuscita degli interventi messi in atto.

Con attenzione ai servizi residenziali per le persone disabili, si contano 3 strutture di cui 1 casa famiglia, 1 comunità protetta e 1 gruppo appartamento. Ad oggi non è prevista la possibilità di inserimenti temporanei e di sollievo all'interno delle strutture residenziali se non mediante ricorso privato.

La tabella che segue descrive la fruibilità di questo servizio nel 2020. Ad eccezione di 2 ospiti aventi una età compresa tra 18 e 29 anni e l'altro avente più di 65 anni, la rimanente quota, pari a 29 persone, ha un'età compresa tra 30 e 64 anni. Di tutti gli ospiti quasi l'84% ha un riconoscimento di handicap grave.

Servizi residenziali	2020		
	Frequentanti		
	Handicap	Handicap grave	Totale
Casa famiglia	0	6	6
Comunità protetta	1	13	14
Gruppo appartamento	4	7	11
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>31</b>

Con attenzione all'erogazione di contributi economici finalizzati al mantenimento a domicilio delle persone disabili, si rileva negli ultimi anni un numero minore di beneficiari del "Servizio di assistenza alla vita indipendente" in quanto fino all'anno 2012 il numero di utenti si era attestato fra le 30 e le 40 persone all'anno, mentre nel 2017 hanno ottenuto dei contributi sul costo relativo all'assunzione di assistenti personali 25 persone, pari ad un contributo pubblico totale di 193.241,31 Euro, e nel 2018 il suddetto contributo è stato erogato a 24 persone per una spesa complessiva da parte dell'Amministrazione pari a 180.592,27 Euro.

Per quanto riguarda le annualità 2019 e 2020 la situazione dei contributi erogati per “l’assistenza alla vita indipendente”, per le persone con disabilità gravissima e SLA e per l’acquisto di ausili e attrezzature, abbattimento barriere e mutui acquisto auto è rappresentata nella tabella che segue.

ANNO		2019			2020		
		Utenti	Totale utenti	Euro	Utenti	Totale utenti	Euro
	Contributo vita indipendente	21	21	174.226,11	23	23	187.542,98
	Contributo gravissimi e SLA	assistente personale	22	624.777	28	59	693.210,82
		care giver	19		31		
	Contributo per acquisto ausili, attrezzature, abbattimento barriere, mutuo auto	ausili, attrezzature, barriere	54	273.009	57	118	501.663,21
		mutuo auto	62		61		
			116				

### SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER GLI ANZIANI

La popolazione di età superiore ai 65 anni in Valle d’Aosta rappresenta quasi un quarto della popolazione totale (24,2% corrispondente a 30.389 persone) anche se la pandemia da Sars-Cov 2 ha avuto, specie nella prime fasi, un forte impatto sulla mortalità delle persone anziane<sup>65</sup>. All’aumento dell’età della popolazione si associa un incremento delle patologie croniche che, specie in età avanzata, diventano condizioni di multi cronicità, con una complessità crescente dei bisogni assistenziali e sanitari. Queste situazioni vedono sempre più di frequente le famiglie richiedere forme diversificate di aiuto, per tutta la durata del percorso di vita dell’anziano e la possibilità di accedere ad una rete di servizi territoriali articolata e coordinata. Tale rete di aiuto e di servizi deve comportare la massima integrazione possibile tra tutti gli operatori coinvolti e, in particolare quelli sanitari e sociali.

In merito all’offerta dei servizi destinati alla popolazione anziana la pandemia ha messo in evidenza le criticità del modello di offerta ad essi rivolto; sia nell’ambito dei servizi residenziali e semi residenziali, sia nell’ambito della rete dei servizi domiciliari.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, è emersa in maniera più evidente rispetto al passato, la necessità di prevedere delle strutture a maggiore valenza sanitaria in grado di rispondere ai bisogni sempre più complessi e della popolazione, in particolare con una presenza più significativa di medici di medicina generale e infermieri, e caratteristiche strutturali adeguate. Negli ultimi anni, inoltre, sono aumentate le richieste di inserimento in strutture protette di persone, a volte anche molto giovani, con bisogni sanitari rilevanti ma con bisogni e capacità relazionali generalmente inconciliabili con il contesto delle micro comunità. Attualmente le persone tali bisogni sanitari inserite nelle strutture residenziali per anziani sono 32.

<sup>65</sup> L’UVMDi Dall’inizio della pandemia, in Valle d’Aosta, le persone con età uguale o superiore a 65 anni decedute per Covid sul totale dei deceduti per questa malattia sono state 453 su 473, che equivale al 95%.

A seguito di un’analisi dei bisogni assistenziali graduati per intensità, condotto nel 2020, è risultato uno scenario regionale di dotazioni di strutture residenziali per anziani, ripartito per distretto, sede della struttura, posti disponibili, tipo di assistenza, classificazione<sup>66</sup> e assistenza erogata classificata in base alla codifica ministeriale sintetizzato dalla tabella che segue.

Si precisa, a tal riguardo, che la denominazione “Microcomunità”, attribuita nella nostra regione alle strutture per anziani, non trova riscontro a livello di classificazione nazionale in quanto tali strutture, in Valle d’Aosta, hanno da sempre assunto una valenza socio assistenziale mentre, a livello nazionale, sono state classificate secondo una valenza socio sanitaria e sanitaria che prevede 4 livelli definiti dal Decreto LEA del 2017<sup>67</sup> e, ai quali, si è cercato di ricondurre, quanto più possibile, per finalità di riordino funzionale ed organizzativo, le 37 strutture residenziali per anziani esistenti (pubbliche e private) in base al bisogno assistenziale richiesto che, nel tempo, è molto cambiato e a cui si sono aggiunte forme di assistenza quali quelle delle Unità di Assistenza Prolungate (UAP) e dei Nuclei Residenziali Temporaneo per Demenze (NRTD).

Ambito	Struttura	N. posti	Tipo assistenza	Classificazione	Pubblico/ Privato
Distretto 1	La Thuile	11	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Pre Saint Didier	14	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Cogne	14	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Introd	23	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Saint Pierre	25	protetta	R2	PUB
	Sarre	19	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Aymaville	35	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	La Salle	42	protetta	Socio assistenziale	PRI
Distretto 2	Gressan	43	protetta	R2	PUB
	Fenis	24	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Gignod Variney	33	protetta	R3	PUB
	Casa famiglia Aosta	6	Casa famiglia	Socio assistenziale	PUB
	Centro Polivalente Aosta	15	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Centro Bellevue Aosta	22	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Centro V.le Europa Aosta	19	Casa famiglia	Socio assistenziale	PUB
	Roisan	24	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Doues	18	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Père Laurent 1	141	protetta	R2	PRI
	Bonne Maison Nus	6	Famigliare autosuff	Socio assistenziale	PRI
	La Grandze Saint Christophe	15	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	J B Festaz modulo1	42	Protetta	Socio assistenziale	PUB
	J B Festaz modulo1a	27	Protetta Plus	Socio assistenziale	PUB
	J B Festaz modulo 2	12	RSA	R2	PUB
	J B Festaz modulo 3	8	UAP	R1	PUB
J B Festaz modulo 4	10	NRTD	R2	PUB	

<sup>66</sup> Flusso ministeriale STS11

<sup>67</sup> I livelli stabiliti dal DPCM LEA del 2017 per l’assistenza residenziale territoriale prevedono:  
 - Prestazioni R1 riconducibili a nuclei speciali per pazienti in stato vegetativo  
 - Prestazioni R2 riconducibili al modello delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)  
 - Prestazioni R2 D Nuclei Speciali Alzheimer  
 - Prestazioni R3 “ Residenze Protette”

Ambito	Struttura	N. posti	Tipo assistenza	Classificazione	Pubblico/ Privato
Distretto 3	Valtourneneche	19	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Pontey	42	protetta	R2	PUB
	Chatillon modulo 1	30	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Chatillon modulo 2	5	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Saint Vincent	22	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Antey Saint André modulo 1	18	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Antey Saint André modulo 2	15	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
Distretto 4	Verrès	25	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Brusson	24	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Hone	36	Protetta plus	R2	PUB
	Perloz modulo 1	27	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Perloz modulo 2	18	Socio sanitaria	R2	PUB
	Challand Saint Anselme	17	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Challand Saint Victor	24	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Gaby	25	protetta	Socio assistenziale	PUB
	Gressoney	14	alberghiera	Socio assistenziale	PUB
	Donnas modulo 1	7	protetta	Socio assistenziale	PRI
	Donnas modulo 2	90	alberghiera	Socio assistenziale	PRI
	Donnas modulo 3	17	NRTD	R2	PRI
Montjovet	18	alberghiera	Socio assistenziale	PRI	
<b>Totale posti</b>		<b>1.143</b>			

Pertanto, al netto dei mutamenti resisi necessari per fronteggiare la pandemia da Covid 19, nel complesso sono presenti 37 strutture Residenziali per anziani, tra pubbliche e private, per un totale di 1.143 posti, di cui 1.108 posti per assistenza classificata come S09 (RSA per anziani), secondo i flussi ministeriali di cui al Modello STS11; 8 posti per assistenza S10 (RSA per disabili fisici) e 27 posti (Nucleo Residenziale Temporaneo per Demenze – NRTD), classificate come S11.

Ad oggi in Valle d'Aosta non vengono fatte distinzioni tra le strutture socio assistenziali e socio sanitarie, per quanto, quelle a maggiore prevalenza di assistenza sanitaria attualmente in sperimentazione per la raccolta dei flussi FAR da rendere al Ministero della Salute, siano classificate, ma non modificate con atto regionale rispetto alla natura socio assistenziale, come socio sanitarie (R1 – R2 – R3) da cui la necessità di una proposta di riordino capace di riconoscere la maggiore valenza sanitaria assistenziale che molte strutture hanno assunto nel tempo.

Inoltre, sulla base delle Strutture esistenti, si contano 5,3 posti ogni 1.000 residenti, ma se i posti disponibili vengono rapportati alla popolazione di età uguale o maggiore di 65 anni, sono disponibili 37,6 posti letto ogni 1.000 anziani, ovvero, prendendo in considerazione gli over75, che costituiscono la fascia della popolazione più esposta al rischio di non autosufficienza, l'offerta diventa di 73,5 posti ogni 1.000 residenti in questa fascia di età, dati che collocano la Valle d'Aosta, tra quelle con i più alti livelli di offerta specialmente tra le regioni del nord Italia. L'esperienza dei principali Paesi UE individua un parametro di offerta di 5-6 posti letto per 100 anziani (50-60 x 1.000) come standard di riferimento, dati che confermano l'elevata offerta presente in Valle d'Aosta.

Con attenzione ai trasferimenti finanziari da parte della Regione per i servizi per anziani, nel 2020 questi sono stati pari, complessivamente, ad Euro 17.106.770,12 di cui il 74,9%, pari a Euro 12.833.982,19 per i servizi residenziali, il 24,9%, pari a Euro 4.272.787,93 per il servizio di assistenza domiciliare (SAD) e un ulteriore 0,2%, pari a Euro 118.613,79 per il funzionamento delle segreterie dell'U.V.M.D.

Oltre a tali somme sono stati finanziati 118 posti privati accreditati per un importo pari a euro 2.968.000,00 per far fronte alle carenze di posti pubblici presenti nei distretti 2, 3 e 4 (Réfuge Père Laurent, Domus Pacis, Casa della Divina Provvidenza e Piccola casa della Divina Provvidenza) e 69 posti, di cui 27 di protetta plus, presso l'Azienda Pubblica di Sevizi alla Persona (A.P.S.P.) J.B. Festaz per ulteriori 1.890.000,00.

Con attenzione alla rete dei servizi erogati a domicilio e agli inserimenti a carattere semi residenziale, la pandemia ha messo in evidenza la necessità di potenziare la loro valenza fortemente preventiva rispetto all'istituzionalizzazione, implementandone la diffusione sul territorio e le potenzialità di risposta.

Accanto ai servizi pubblici o privati convenzionati, sono presenti numerose strutture private sottoposte al regime autorizzatorio secondo gli standard strutturali e organizzativi disposti dall'amministrazione regionale.

Nel 2020, a causa della pandemia e delle misure rese necessarie per il distanziamento sociale, tutte le Unités des communes valdôtaines hanno sospeso la frequenza dei centri diurni, che di fatto consistono nella permanenza diurna delle persone nelle Micro comunità.

In alternativa all'inserimento in struttura, qualora ne sussistano le condizioni, (la complessità nella gestione della persona collegata alle condizioni sanitarie che determinerebbero l'esigenza di collocazione in struttura) può essere attuato un progetto di assistenza domiciliare garantito da assistenti personali privati regolarmente assunti ed iscritti all'Elenco unico regionale degli assistenti personali.

Il progetto di assistenza privata domiciliare deve essere concordato preventivamente con i competenti servizi socio sanitari territoriali ed approvato dall'UVMD competente per territorio; in tal caso è possibile richiedere, ai sensi della LR. 23/2010, Art. 18 ("Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali"), la concessione di assegni di cura a sostegno della spesa sostenuta per la gestione del rapporto lavorativo con l'assistente personale. L'importo degli assegni di cura può essere al massimo di Euro 700,00 mensili, determinato considerando l'ISEE socio sanitario del beneficiario e quello ordinario dei figli ai quali è chiesta una partecipazione mensile di Euro 200 qualora il loro ISEE superi i 35.000 Euro annui.

Nella determinazione dell'importo degli assegni di cura si tiene conto, garantendolo, il minimo vitale di tutti i componenti il nucleo familiare del beneficiario, compresa l'assistente personale, se convivente e residente, assieme al beneficiario medesimo.

Sulle assistenti personali i dati forniti dal Centro per l'impiego indicano un totale di 1.198 assistenti personali occupati al 31 dicembre 2020 di cui 108 in possesso della certificazione di competenze, avviati al lavoro con il servizio incontro domanda offerta.

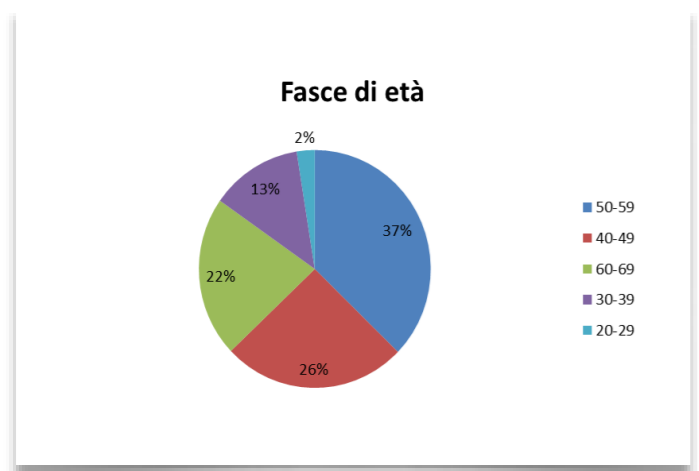
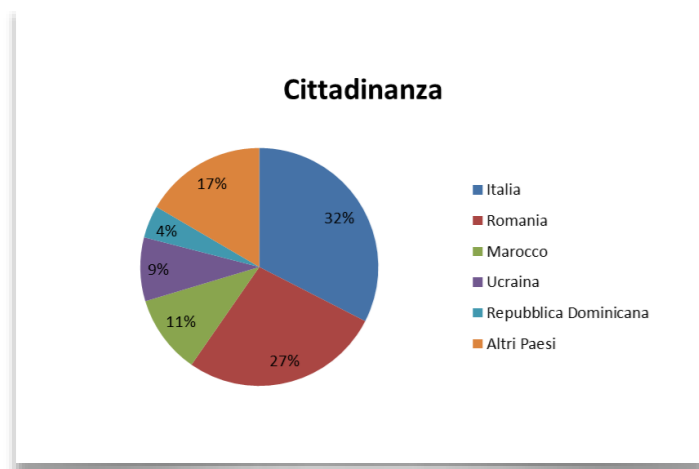


Dall'analisi dei dati relativi all'Elenco unico regionale Assistenti Personali risulta che dal 2011 al 2020 si sono iscritti 2.169 assistenti ma che al 31 dicembre 2020 il numero effettivo degli iscritti è inferiore di oltre il 40% e pari a 1.224, al netto delle 945 persone cancellate dall'apertura dell'Elenco, anche a seguito della ricognizione avvenuta tra il 2018 e il 2019 in ordine ai requisiti posseduti.

Dei 1.224 iscritti effettivi, un quarto (25,6%) pari a 313 assistenti personali, sono stati certificati su tutte le competenze relative al profilo professionale.

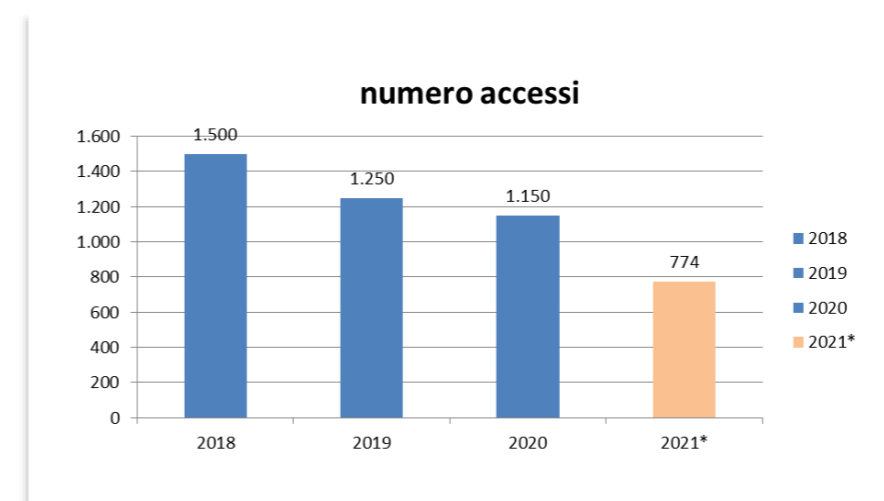
La formazione continua erogata agli iscritti effettivi all'Elenco al 31.12.2020 ha riguardato 966 persone. Per l'anno 2020 il monte ore di formazione continua complessivo è stato di 30 ore e i partecipanti sono stati 223 (tale formazione doveva svolgersi nel 2019 ma per problemi organizzativi è slittata all'inizio dell'anno successivo; per l'anno 2020, a causa della pandemia da Covid-19, si è deciso di sospendere il piano di formazione continua).

I corsi di formazione di base erogati al 31 dicembre 2020, compreso il corso articolato a moduli, sono stati 8 tra il 2012 e il 2013; 1 corso a moduli articolato negli anni 2015, 2016 e 2017; 2 corsi anno nel 2018 e 2 corsi anno nel 2019 (circa 50 persone che hanno concluso il percorso formativo ma sono ancora in attesa di esame finale, necessario per ottenere la certificazione di competenze e l'Attestato di Assistente personale) per un totale di circa 350 persone. Riguardo alla cittadinanza e all'età degli assistenti personali le figure che seguono forniscono una lettura di sintesi. L'età media è di 51,2 anni.

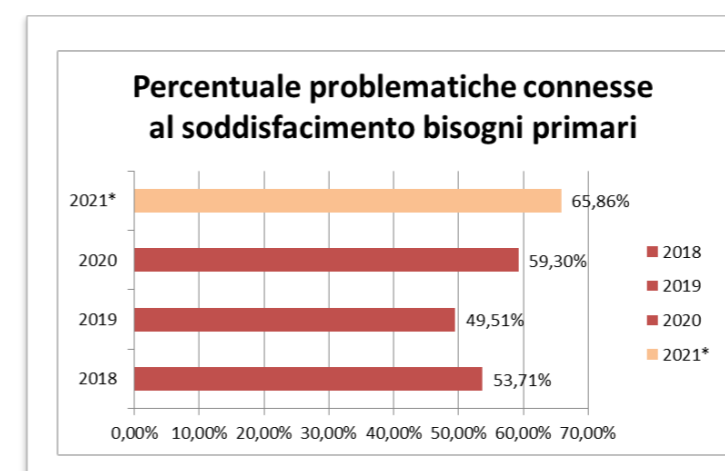


## EMARGINAZIONE SOCIALE E POVERTÀ

Dall'analisi dei dati degli ultimi tre anni dell'attività degli sportelli sociali si evince che il numero di nuclei che si rivolgono al servizio sociale di sportello negli anni 2019 e 2020 diminuisce rispetto agli anni precedenti, mentre si potrebbe osservare un aumento nell'anno 2021, se l'andamento dei primi mesi venisse confermato, in quanto nell'ambito del sistema di rilevazione sono già stati registrati 774 accessi\* alla data del 31 maggio 2021. La diminuzione degli accessi allo sportello sociale relativa al biennio 2019/2020 si ipotizza sia dovuta alle limitazioni imposte a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che, al fine di evitare la diffusione dei contagi, hanno temporaneamente definito la chiusura dell'accesso al pubblico degli sportelli sociali.

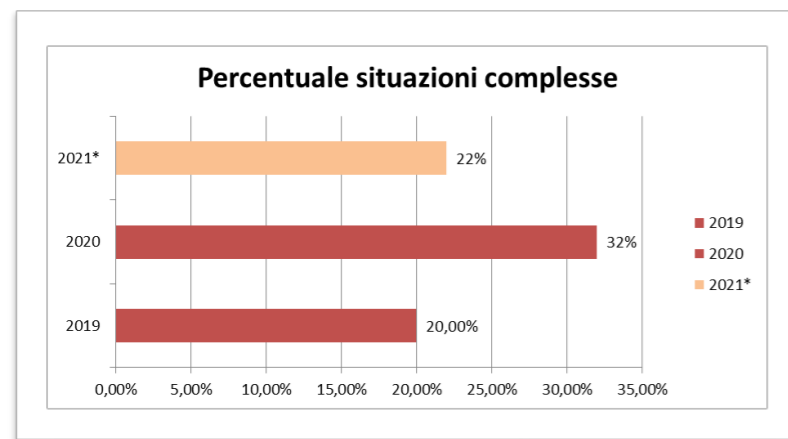


In merito alle problematiche riportate dai nuclei familiari nell'anno 2020, si registra un significativo aumento delle richieste di aiuto per fronteggiare le spese legate al soddisfacimento dei bisogni primari rispetto alla totalità delle problematiche registrate agli sportelli sociali, con un conseguente incremento delle problematiche relative a situazioni di disagio economico, abitativo e lavorativo. Tale tendenza è confermata dai dati registrati fino al 31 maggio 2021 che denota un continuo e notevole incremento delle suddette problematiche.





Inoltre, dall'anno 2019 aumenta anche la percentuale delle situazioni che a causa della presenza di situazioni multiproblematiche all'interno del nucleo familiare, necessitano di presa in carico multidisciplinare da parte dei servizi sociali e socio sanitari, come si evince dal grafico che segue. Anche in questo caso la tendenza viene confermata dai dati raccolti nei primi mesi dell'anno 2021\* (fino al 31 maggio 2021).



L'analisi dei dati dell'attività del servizio sociale sia operate presso gli sportelli sociali sia sul territorio (cartelle sociali attive, numero di pratiche assistenziali, numero di richieste di intervento da parte degli Organi Giudiziari, banca dati dell'attività degli sportelli sociali, ecc.) relativa all'ultimo triennio evidenzia nelle varie aree diverse tendenze quali:

- un aumento di carichi tecnico-professionali collegato agli interventi di contrasto alla povertà introdotti sia a livello nazionale che regionale. Infatti, sia inizialmente la L.R. 18/2015 "Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito" che successivamente le misure nazionali del Sostegno all'inclusione sociale (SIA) introdotta dal D.M. 166/2016, del Reddito di Inclusione (Rel) avviata con il D.lgs 147/2017 e del Reddito di cittadinanza prevedono una modalità di presa in carico che poggia su una forte integrazione tra operatori dei Centri per l'Impiego e Assistenti sociali per la definizione di progetti articolati da condividere con i beneficiari e il proprio nucleo familiare;
- un intensificarsi della complessità delle situazioni prese in carico, che vedono il crescente coinvolgimento di un numero maggiore e attori diversificati (operatori sociali, sanitari, legali, scuola, ecc.). Tale aspetto ha portato ad una maggiore attenzione all'attività di valutazione che permette una definizione dei progetti di presa in carico;
- un aumento delle situazioni che richiedono un pronto intervento sociale determinato anche dal fenomeno dell'immigrazione. L'arrivo, anche in Valle d'Aosta, dei contingenti inviati dal Ministero e il fatto che la regione sia una realtà di confine ha richiesto uno sforzo organizzativo per poter dare risposta a questo fenomeno, che risulta trasversale sulle aree di intervento.

L'erogazione dei contributi economici pubblici, negli ultimi anni, è stata sempre più condizionata dall'accettazione da parte del beneficiario di un percorso di attivazione finalizzato al reinserimento socio lavorativo. Il patto con il cittadino (più o meno formalizzato, a seconda dell'intervento) prevede che, a fronte dell'erogazione di un sostegno monetario, la persona effettui una restituzione in ore di attività, partecipi ad attività formative o a stage, svolga attività di volontariato sociale. La disponibilità delle persone a mettersi a disposizione degli altri o a investire su se stessi (per rientrare nel mondo del lavoro o per sentirsi nuovamente

"utili" per qualcuno o qualcosa) è positiva e mantiene inalterata la loro dignità, portando effetti positivi nella comunità di riferimento.

Con attenzione ai contributi erogati sulla base della legge regionale 23 luglio 2010, n. 23 "Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali", nel 2020 si riporta quanto segue.

Art. 13 (integrazione al minimo vitale)

23 domande totali	€ 33.943,94 totali	media € 1.475,82
20 domande 18-64 anni	€ 30.180,34 totali	media € 1.509,02
3 domande over 64 anni	€ 3.763,60 totali	media € 1.254,54

Art. 14 (contributi straordinari)

242 domande totali	€ 294.976,37 totali	media € 1.218,92
Importo minimo € 71,14	Importo massimo € 16.850,00	

Per quanto concerne il Reddito di cittadinanza i dati riferiti agli anni 2019 e 2020 riguardano:

1.656 domande accolte totali	L'importo medio del beneficio Rdc ammonta a € 446,90 quello della Pdc è pari a € 189,25.
------------------------------	---

Per quanto concerne infine le iniziative messe in campo dall'Emporio solidale (ex DGR 253/2016) nell'anno 2020 queste hanno riguardato:

208 domande totali	Presentazione fatta dai servizi sociali territoriali: non è ad accesso libero.
nazionalità	103 italiana (49,5%) 65 marocchina (31,25%) 10 albanese (4,8%) 6 ciascuno per rumena e tunisina (2,88% ciascuno) 2 ciascuno per malese e dominicana (0,96% ciascuno) 1 ciascuno per cubana, egiziana, macedone, ghanese, nigeriana, pakistana, palestinese, peruviana, senegalese, serba, ucraina, del Togo, del Gambia, del Barhein e del Bangladesh (0,05% ciascuno)
Nucleo familiare	60 persone sole (28,8%) 148 persone inserite in un nucleo familiare (71,2%)

Per quanto riguarda le domande presentate ai sensi della legge regionale 20 gennaio 2015, n.3 “Interventi e iniziative regionali per l’accesso al credito sociale e per il contrasto alla povertà e all’esclusione sociale. Abrogazione della legge regionale del 23 dicembre 2009, n.52 (Interventi regionali per l’accesso al credito sociale)”, nell’anno 2019 sono state presentate complessivamente sono state 206 e i finanziamenti sono stati erogati in parte nel mese di dicembre 2019 e in parte nell’anno 2020. Il totale dei finanziamenti erogati ammonta a euro 368.843,00.

Dall’analisi dei dati si rileva un aumento di domande presentate nel 2019 rispetto all’anno 2018 (206 domande nel 2019 a fronte di 69 domande nel 2018) pari ad un incremento del 3,9%.

In merito ai dati sopra rappresentati relativi ai destinatari dei contributi economici, si riporta la seguente sintesi:

- circa la metà dei richiedenti misure di contrasto alla povertà è residente in Aosta; la metà restante è suddivisa negli altri 72 Comuni della Regione e principalmente a Saint-Vincent/Châtillon e Verrès/Pont-Saint-Martin.
- almeno la metà dei richiedenti ha nazionalità italiana; nell’altra metà, la nazionalità più consistente è quella dei maghrebini (marocchini, tunisini), seguita dai rumeni. Sono presenti altre nazionalità, ma in numeri molto ridotti rispetto agli italiani.
- le persone che chiedono sostegno sono anche nuclei nuovi, mai conosciuti dai servizi e le problematiche più rilevanti, collegate tra loro in un circolo vizioso, riguardano la casa, il lavoro e le condizioni economiche.
- rilevante il numero di persone che vivono da sole rispetto a quelle che vivono in un nucleo familiare.
- il trend dei contributi relativi all’integrazione al minimo vitale (art. 13 LR 23/2010) registra una diminuzione nell’anno 2020 in relazione agli anni 2019 e 2018. Nel 2020 sono stati concessi, infatti, euro 33.943,94 mentre nel 2019 euro 111.030,33 e nel 2018 euro 213.797,01. Tale tendenza si ipotizza che sia correlata alle limitazioni di accesso ai servizi sociali conseguenti all’emergenza epidemiologica.
- il trend dei contributi straordinari erogati ai sensi dell’art. 14 della LR 23/2010 ha subito un aumento nell’anno 2019 rispetto all’anno precedente, ma una diminuzione nell’anno 2020 rispetto all’anno 2019. Nel 2020 sono stati concessi euro 295.076,37, nel 2019 euro 323.556,92 e nel 2018 euro 279.483,04.

L’emergenza sanitaria, inoltre, ha determinato l’aumento delle richieste di sostegno da parte della popolazione per il soddisfacimento dei bisogni primari e il servizio maggiormente sollecitato al fine di attivare percorsi di aiuto è stato il servizio sociale. In tale logica, nell’ambito dei tavoli territoriali avviati dal piano di zona, al fine di rispondere ai bisogni emergenti e potenziare la rete di distribuzione di generi alimentari attiva sul territorio regionale prima della pandemia, è stato necessario strutturare nuove collaborazioni con i soggetti del Terzo settore e gli Enti locali.

Nel mese di marzo 2020 è stato sperimentato un sistema centralizzato di distribuzione di generi alimentari, con la collaborazione non solo del servizio sociale, ma anche del Terzo settore (Croce Rossa Italiana, Banco alimentare, Volontari del soccorso, Slow Food, San Vincenzo de Paoli, Caritas parrocchiali, Carabinieri, Fondazione comunitaria) e dei partner progettuali dell’Emporio solidale, con l’obiettivo di sostenere tutti coloro che, in condizione di difficoltà economica, si rivolgevano ai vari enti e servizi territoriali. Tale sistema di distribuzione ha inoltre garantito il sostegno alle attività delle associazioni di volontariato che a seguito della pandemia avevano sospeso le proprie attività.

Questa nuova modalità operativa centralizzata ha permesso registrare e monitorare le richieste e i relativi bisogni della popolazione a partire dal mese di aprile/maggio 2020 (lockdown). Nell’estate del 2020 (giugno 2020), con la ripresa delle attività produttive, si è osservata una diminuzione delle richieste alimentari e la distribuzione dei generi alimentari è stata nuovamente gestita direttamente dai soggetti del Terzo settore attivi nei vari territori. Dal mese di giugno 2020 sono stati individuati dei punti di distribuzione su tutto il territorio regionale e si è avviato un processo capillare di costruzione di un sistema locale integrato in risposta ai bisogni primari, con la sistematizzazione delle reti di collaborazione tra il servizio sociale, gli Enti locali, il Terzo settore e i singoli cittadini. Negli ultimi mesi dell’anno 2020, con la ripresa dell’ondata pandemica, la richiesta di generi alimentari è nuovamente cresciuta come dai dati rappresentati nella tabella che segue.

TERRITORIO	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20
VALDIGNE-MONT BLANC	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale
GRAND PARADIS	50	24	31	18	0	23
AOSTA	289	81	74	56	41	30
MONT EMILIUS	35	16	19	17	24	22
GRAND COMBIN	9	3	4	4	4	4
MONT CERVIN	37	60	60	60	60	60
EVANCON	33	30	30	30	30	31
MONT ROSE/WALSER	35	25	25	25	20	20
<b>TOTALE</b>	<b>488</b>	<b>239</b>	<b>243</b>	<b>210</b>	<b>179</b>	<b>190</b>

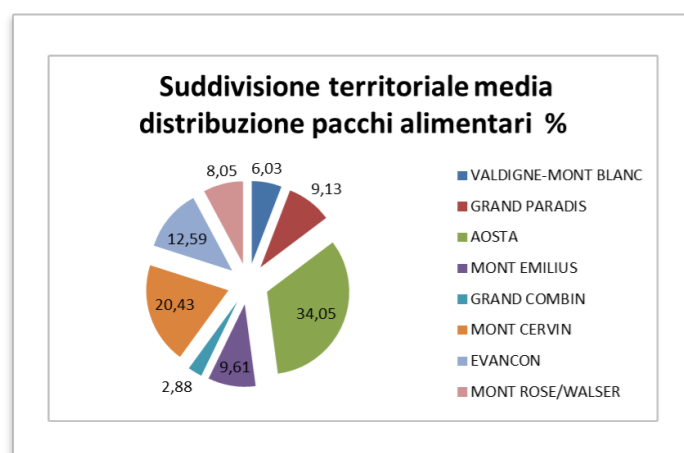
TERRITORIO	nov-20	dic-20	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21
VALDIGNE-MONT BLANC	11	15	18	16	19	21	23
GRAND PARADIS	23	27	29	27	29	31	34
AOSTA	84	91	86	111	104	126	117
MONT EMILIUS	23	23	27	31	32	45	50
GRAND COMBIN	5	5	11	10	10	19	21
MONT CERVIN	66	63	50	53	61	61	83
EVANCON	34	38	40	29	47	51	54
MONT ROSE/WALSER	21	12	15	25	26	27	29
<b>TOTALE</b>	<b>267</b>	<b>274</b>	<b>276</b>	<b>302</b>	<b>328</b>	<b>381</b>	<b>411</b>

Risulta evidente che i bisogni espressi dai cittadini e la conseguente richiesta di sostegno da parte dei medesimi si sviluppa parallelamente alle fasi della pandemia e si concentra nei mesi in cui l’emergenza sanitaria si intensifica. Di seguito si riportano i dati in percentuale relativi al periodo maggio 2020 – maggio 2021 suddivisi per territorio che evidenziano come a partire dall’anno 2020 la distribuzione dei pacchi alimentari si concentri in prevalenza in Aosta e nella media e Bassa Valle. La variabilità territoriale è anche determinata da eventuali interventi e azioni che i differenti Enti locali hanno attivato in sostegno delle rispettive comunità locali quali per esempio: buoni spesa, voucher, ecc.

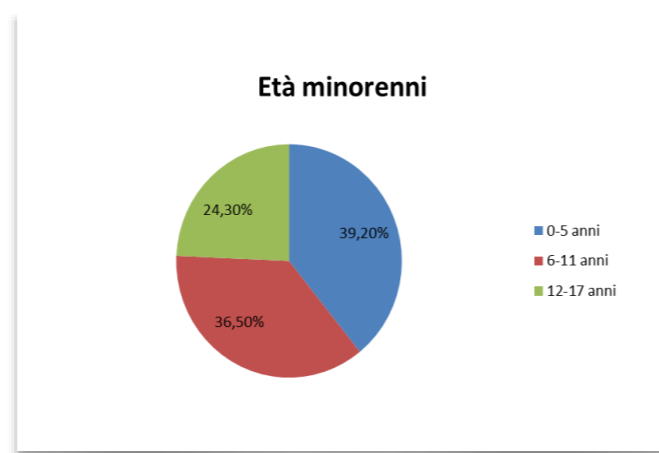
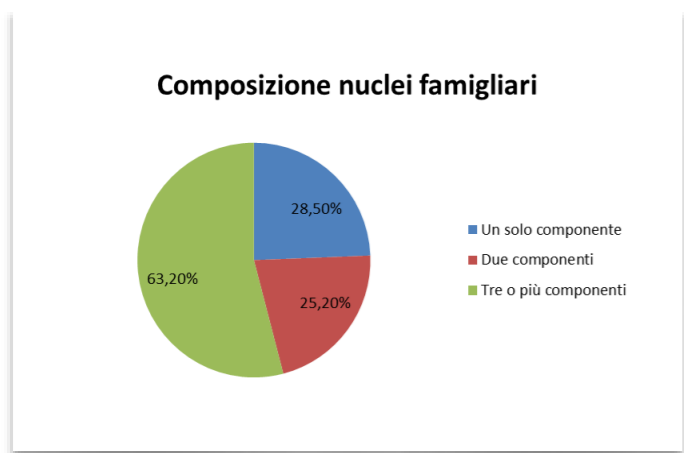
TERRITORIO	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20
VALDIGNE-MONT BLANC	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale	organizzazione locale
GRAND PARADIS	10,25%	10,04%	12,76%	8,57%	0,00%	12,11%
AOSTA	59,22%	33,89%	30,45%	26,67%	22,91%	15,79%
MONT EMILIUS	7,17%	6,69%	7,82%	8,10%	13,41%	11,58%
GRAND COMBIN	1,84%	1,26%	1,65%	1,90%	2,23%	2,11%
MONT CERVIN	7,58%	25,10%	24,69%	28,57%	33,52%	31,58%
EVANCON	6,76%	12,55%	12,35%	14,29%	16,76%	16,32%
MONT ROSE/WALSER	7,17%	10,46%	10,29%	11,90%	11,17%	10,53%
<b>TOTALE</b>	<b>100,00%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

TERRITORIO	nov-20	dic-20	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21
VALDIGNE-MONT BLANC	4,12%	5,47%	6,52%	5,30%	5,79%	5,51%	5,60%
GRAND PARADIS	8,61%	9,85%	10,51%	8,94%	8,84%	8,14%	8,27%
AOSTA	31,46%	33,21%	31,16%	36,75%	31,71%	33,07%	28,47%
MONT EMILIUS	8,61%	8,39%	9,78%	10,26%	9,76%	11,81%	12,17%
GRAND COMBIN	1,87%	1,82%	3,99%	3,31%	3,05%	4,99%	5,11%
MONT CERVIN	24,72%	22,99%	18,12%	17,55%	18,60%	16,01%	20,19%
EVANCON	12,73%	13,87%	14,49%	9,60%	14,33%	13,39%	13,14%
MONT ROSE/WALSER	7,87%	4,38%	5,43%	8,28%	7,93%	7,09%	7,06%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Sulla base della media dei pacchi alimentari distribuiti nel periodo indicato in tutti i territori, si presenta di seguito un grafico di sintesi che raffigura in percentuale la distribuzione media dei generi alimentari sul territorio regionale dal mese di maggio 2020 al mese di maggio 2021.

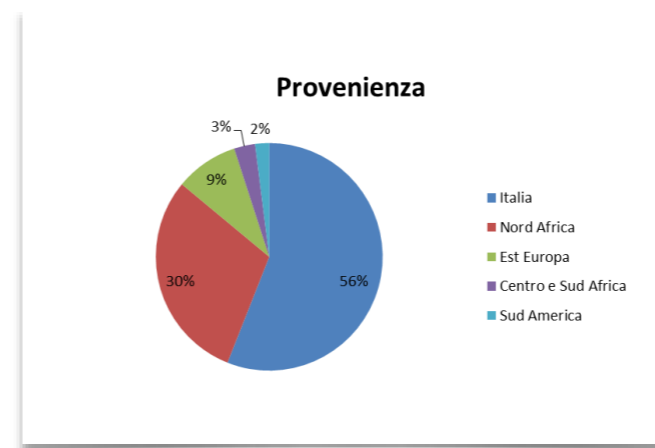


Nel mese di maggio 2021, anche in relazione all'aumento delle richieste di sostegno alimentare da parte dei nuclei famigliari, è stata avviata un'ulteriore attività di analisi dei dati relativi ai bisogni della popolazione al fine di organizzare interventi maggiormente strutturati. Nello specifico, sono state mappate alcune caratteristiche dei beneficiari degli interventi quali: la composizione del nucleo famigliare con specifica attenzione alla presenza di figli minori e soggetti disabili, le fasce di età dei soggetti minorenni, la provenienza. La mappatura avviata è ancora in corso di perfezionamento e approfondimento e di seguito



si presentano gli esiti di tale ricognizione. In relazione ai 411 pacchi distribuiti nel corso del mese di maggio 2021, i soggetti che ne hanno beneficiato sono circa 1.000 e la composizione dei nuclei famigliari è rappresentata nel grafico che segue. Nello specifico, si rileva che i componenti minorenni che hanno beneficiato del pacco alimentare sono stati 540 così suddivisi.

Per quanto riguarda la provenienza delle famiglie sostenute nel mese di maggio 2021 con il rifornimento di generi alimentari la situazione è la seguente.



Il perdurare della condizione di distanziamento sociale e della necessità di contenere l'interazione con le figure affettive ha determinato, inoltre, un aumento di sentimenti di isolamento sociale e di vissuti di solitudine, per cui si è avviata una collaborazione con gli Enti locali per sostenere le persone sole, finalizzata al sostegno emotivo, al monitoraggio della situazione e all'avvicinamento ad altri servizi socio sanitari.

### LE PROBLEMATICHE ABITATIVE

Le problematiche abitative investono in maniera importante i servizi sociali in quanto le prese in carico relative alle aree di povertà intercettano questa problematica.

I dati raccolti relativi al fenomeno riguardano:

- il numero di inserimenti effettuati presso le Strutture per nuclei privi di abitazione
- gli accompagnamenti ricerca casa per i nuclei che affrontano la problematica del cambio abitazione
- l'ammontare dei contributi economici erogati per spese legate alle spese riferite all'abitazione.

Nella tabella che segue vengono presentati i dati relativi agli inserimenti presso le strutture per nuclei privi di abitazione e gli interventi di accompagnamento per la ricerca di una casa.

ANNO	2019	2020
Inserimenti presso le Strutture per nuclei privi di abitazione	31	24
Accompagnamenti ricerca casa	21	20

Risulta inoltre significativo appare l'ammontare dei contributi economici erogati per spese legate alle spese riferite all'abitazione per l'ultimo triennio:

ANNO	2018	2019	2020
Contributo per le spese dell'abitazione	51.469,41	88.734,19	66.345,85



Dal confronto dei dati per le annualità 2019 e 2020 si coglie uno scarto in diminuzione motivato dalle conseguenze della pandemia da Covid-19. Infatti, in generale, i dati non contengono un trend di crescita in quanto la pandemia ha determinato il blocco degli sfratti, la sospensione degli inserimenti temporanei in struttura per evitare la diffusione del contagio.

## VIOLENZA DI GENERE

La situazione di emergenza sanitaria ha avuto significative ricadute sugli aspetti e sulle abitudini di vita sociale delle persone e delle famiglie, in quanto ha portato all'isolamento e alla drastica diminuzione dei contatti interpersonali e delle relazioni, alla convivenza forzata, alla restrizione della circolazione e ad una maggiore instabilità socio-economica. In un simile scenario, che ha amplificato sentimenti di solitudine, incertezza, timore e diffidenza nei confronti degli altri, il fenomeno della violenza di genere si è ulteriormente aggravato, determinando un aumento del numero stesso di episodi e talvolta anche una recrudescenza dell'escalation delle varie forme di violenza. I mesi di isolamento e di distanziamento sociale per molti hanno significato un maggior ricorso all'utilizzo delle nuove tecnologie e dei social media, diventati strumenti privilegiati di contatto e di scambio, ma talvolta anche ulteriori spazi in cui riversare violenza e aggressività. L'emergenza si è infine configurata come un'occasione per sperimentare servizi "a distanza" e modalità di lavoro più "flessibili e innovative" quali ad esempio le videochiamate e le riunioni sulle piattaforme online.

Specificatamente ai servizi deputi all'accoglienza e alla gestione delle donne vittime di violenza, al fine di meglio comprendere le ricadute che l'emergenza sanitaria ha avuto sull'operatività degli stessi, si fornisce di seguito un quadro relativo alla riorganizzazione e agli accessi riferito alla Casa Rifugio e al Centro antiviolenza.

Il Centro donne contro la violenza gestito dall'omonima associazione, ha fortemente rimodulato la propria attività, incrementando l'orario di apertura ed i canali di contatto. Il servizio di accoglienza e ascolto è stato potenziato attraverso l'attivazione di un numero telefonico attivo tutti i giorni dalle ore 8.00 alle ore 20.00 al quale era possibile telefonare e/o inviare messaggi anche attraverso l'applicativo whatsapp. Quando la normativa lo ha permesso, è stata anche ripristinata la possibilità di attivare, previo appuntamento, colloqui singoli presso la sede operativa. È rimasta inoltre sempre attiva la casella di posta elettronica dedicata, mentre il numero verde nazionale anti-violenza e *stalking* "1522", attivo tutti i giorni h 24, ha permesso una copertura totale delle richieste di aiuto. Durante la pandemia le attività di promozione, sensibilizzazione e informazione hanno avuto un ruolo strategico, in quanto hanno permesso di diffondere le informazioni di carattere organizzativo ed operativo, sensibilizzare l'opinione pubblica e continuare a mantenere alta l'attenzione sulla tematica. A tal proposito, il Centro antiviolenza ha potenziato la propria attività sui social media, ha revisionato il sito internet e avviato diverse collaborazioni con testate giornalistiche locali, televisioni locali ed emittenti radiofoniche.

Nella fase emergenziale la presa in carico, avvenuta principalmente con modalità a distanza, ha comportato preliminarmente la valutazione del rischio da parte delle operatrici al fine di delineare la situazione di pericolo e successivamente l'attivazione di interventi e/o collaborazioni utili ai progetti individualizzati. Specificatamente ai dati di accesso si rileva un significativo aumento nel corso dell'ultimo anno. Infatti se nel corso del biennio 2018-2019 gli accessi sono stati pressoché costanti, rispettivamente di 34 e 31 persone,

nel solo anno 2020 gli accessi sono raddoppiati, contandone 63 da cui si osserva un trend in aumento. Sicuramente l'attività di promozione svolta dal Centro donne contro la violenza, il notevole potenziamento dei canali di contatto e degli orari, nonché il consolidamento delle reti territoriali, sono tutti aspetti che hanno permesso di intercettare un importante numero di situazioni.

Rispetto alla Casa rifugio presente sul territorio regionale, gli inserimenti hanno continuato ad essere disposti dagli organi segnalanti secondo i flussi ordinari, ovvero il contatto telefonico al numero di reperibilità dedicato. Nel rispetto delle disposizioni previste dai decreti ministeriali a contrasto e a contenimento dell'emergenza sanitaria, sono state individuate ulteriori modalità organizzative e soluzioni alloggiative per assicurare l'isolamento cautelativo e preventivo e al contempo garantire l'accoglienza e la protezione delle donne vittime di violenza sole o con figli minori. Si rileva che nel corso dell'anno 2020 non è stato necessario avviare tali percorsi, in quanto il numero degli accessi ha permesso di utilizzare gli spazi interni della Struttura protetta, sebbene sia stata necessaria da parte del soggetto gestore una forte riorganizzazione dei locali e delle unità di personale. Durante la pandemia la struttura protetta ha sospeso le accoglienze di emergenza notturna, assicurando solo gli inserimenti delle donne sole o con figli minori vittime di violenza. L'attività assistenziale ed educativa relativa all'accompagnamento delle donne nelle azioni della vita quotidiana a supporto del percorso di autonomizzazione ha subito una considerevole diminuzione del numero degli interventi a causa delle forti ripercussioni delle limitazioni imposte dal *lockdown*. L'équipe multidisciplinare della casa rifugio ha lavorato in sinergia con il Centro antiviolenza e con i vari servizi territoriali.

In merito ai dati delle accoglienze si rileva una flessione in diminuzione come presentato nella tabella che segue.

ANNO	2018	2019	2020
Nuclei presi in carico	29	15	8

Tale decremento può imputarsi a diversi fattori, fra i quali ad esempio, l'interruzione dell'ospitalità in emergenza notturna, l'impatto degli interventi di prevenzione avviati negli ultimi anni la cui ricaduta ha permesso di interrompere e spezzare il ciclo della violenza già nelle prime fasi, nonché l'effetto delle attività di formazione, sensibilizzazione e di promozione indirizzate ai vari interlocutori territoriali, fra i quali ad esempio i servizi educativi, le istituzioni scolastiche, il Terzo settore e più in generale la società civile.

Fonti dei dati:

Nota socio-economica 2020 - Presidenza della Regione autonoma Valle d'Aosta  
Datawarehouse Sistar VdA.

Dati del Dipartimento regionale politiche sociali della Regione autonoma Valle d'Aosta