

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

## BULLETIN OFFICIEL DE LA RÉGION AUTONOME VALLÉE D'AOSTE



Aosta, 16 marzo 2004

Aoste, le 16 mars 2004

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:  
Presidenza della Regione  
Servizio legislativo e osservatorio  
Bollettino Ufficiale, Piazza Deffeyes, 1 - 11100 Aosta  
Tel. (0165) 273305 - Fax 273869  
E-mail: bur@regione.vda.it  
Direttore responsabile: Dott. Paolo Ferrazzin.

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION:  
Présidence de la Région  
Service législatif et observatoire  
Bulletin Officiel, 1, place Deffeyes - 11100 Aoste  
Tél. (0165) 273305 - Fax 273869  
E-mail: bur@regione.vda.it  
Directeur responsable: M. Paolo Ferrazzin.

### AVVISO AGLI ABBONATI

Le informazioni e le modalità di abbonamento per l'anno 2004 al Bollettino Ufficiale sono riportati nell'ultima pagina.

### AVIS AUX ABONNÉS

Les informations et les conditions d'abonnement pour l'année 2004 au Bulletin Officiel sont indiquées à la dernière page.

### SOMMARIO

INDICE CRONOLOGICO da pag. 2 a pag. 2  
INDICE SISTEMATICO da pag. 2 a pag. 2

### PARTE SECONDA

Atti vari..... pag. 3

### SOMMAIRE

INDEX CHRONOLOGIQUE de la page 2 à la page 2  
INDEX SYSTÉMATIQUE de la page 2 à la page 2

### DEUXIÈME PARTIE

Actes divers (Délibérations...) ..... page 3

**INDICE CRONOLOGICO**

**PARTE SECONDA**

**ATTI VARI**

**CONSIGLIO REGIONALE**

**Deliberazione 20 febbraio 2003, n. 3047/XI.**

**Approvazione della Relazione sanitaria e sociale 2001 ai sensi dell'articolo 4 della L.R. n. 5/2000.**

pag. 3

**INDICE SISTEMATICO**

**ASSISTENZA SANITARIA E OSPEDALIERA**

**Deliberazione 20 febbraio 2003, n. 3047/XI.**

**Approvazione della Relazione sanitaria e sociale 2001 ai sensi dell'articolo 4 della L.R. n. 5/2000.**

pag. 3

**ASSISTENZA SOCIALE**

**Deliberazione 20 febbraio 2003, n. 3047/XI.**

**Approvazione della Relazione sanitaria e sociale 2001 ai sensi dell'articolo 4 della L.R. n. 5/2000.**

pag. 3

**INDEX CHRONOLOGIQUE**

**DEUXIÈME PARTIE**

**ACTES DIVERS**

**CONSEIL RÉGIONAL**

**Délibération n° 3047/XI du 20 février 2003,**

**portant approbation du rapport 2001 en matière de santé et d'aide sociale, aux termes de l'art. 4 de la LR n° 5/2000.**

page 3

**INDEX SYSTÉMATIQUE**

**ASSISTENCE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE**

**Délibération n° 3047/XI du 20 février 2003,**

**portant approbation du rapport 2001 en matière de santé et d'aide sociale, aux termes de l'art. 4 de la LR n° 5/2000.**

page 3

**AIDE SOCIALE**

**Délibération n° 3047/XI du 20 février 2003,**

**portant approbation du rapport 2001 en matière de santé et d'aide sociale, aux termes de l'art. 4 de la LR n° 5/2000.**

page 3

TESTO UFFICIALE  
TEXTE OFFICIEL

**PARTE SECONDA**

**ATTI VARI**

**CONSIGLIO REGIONALE**

**Deliberazione 20 febbraio 2003, n. 3047/XI.**

**Approvazione della Relazione sanitaria e sociale 2001 ai  
sensi dell'articolo 4 della L.R. n. 5/2000.**

Omissis

**IL CONSIGLIO REGIONALE**

Omissis

delibera

di approvare l'allegata Relazione sanitaria e sociale  
2001 ai sensi dell'articolo 4 della L.R. 5/2000.

\_\_\_\_\_

**DEUXIÈME PARTIE**

**ACTES DIVERS**

**CONSEIL RÉGIONAL**

**Délibération n° 3047/XI du 20 février 2003,**

**portant approbation du rapport 2001 en matière de san-  
té et d'aide sociale, aux termes de l'art. 4 de la LR  
n° 5/2000.**

Omissis

**LE CONSEIL RÉGIONAL**

Omissis

arrête

aux termes de l'art. 4 de la Lr n° 5/2000, est approuvé le  
rapport 2001 en matière de santé et d'aide sociale annexé à  
la présente délibération.

\_\_\_\_\_

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA  
ASSESSORATO DELLA SANITÀ, SALUTE E POLITICHE SOCIALI

OSSERVATORIO REGIONALE EPIDEMIOLOGICO E PER LE POLITICHE SOCIALI

RELAZIONE SANITARIA E SOCIALE 2001

INDICE

INTRODUCTION

*SALUTE E SANITÀ*

MATERIALI E METODI

L'indagine ISTAT

Il campione della Valle d'Aosta

Elaborazioni ed analisi statistica dei dati

LE CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA VALLE D'AOSTA

Livello di istruzione

Condizione professionale

Classe occupazionale

Stato civile

Tipologia familiare

Giudizio sulle risorse economiche

Osservazioni conclusive

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

Alcol

Fumo di sigaretta

Attività fisica

Obesità

Sottopeso

Controllo del peso

Osservazioni conclusive

LA SALUTE E LA MALATTIA

Salute percepita

Attività limitata per malattia

Malattie croniche

Consumo di farmaci

Disabilità

Prevenzione

Osservazioni conclusive

IL CITTADINO E I SERVIZI

Visite, accertamenti ed altri servizi

Medicine non convenzionali

Osservazioni conclusive

CONCLUSIONI

*POLITICHE SOCIALI*

PREMESSA

IL CONTESTO DELLE POLITICHE

Quadro demografico

Caratteristiche della famiglia valdostana

Costituzione della famiglia

Fecondità  
Donne e lavoro

## LA DISTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI E LA SPESA SOCIO ASSISTENZIALE

### LE POLITICHE FAMILIARI IN VALLE D'AOSTA

Iniziative e servizi sanitari per la famiglia  
«Il Percorso nascita» e gli interventi di sostegno alla genitorialità  
Il sostegno alle coppie in difficoltà  
Politiche per le famiglie con bambini fino a 3 anni  
Il sostegno economico per crescere i più piccoli  
I servizi socio educativi per la prima infanzia  
Politiche per famiglie con bambini e adolescenti anche in situazioni di difficoltà  
I contributi economici per il pagamento delle rette in collegi, convitti e per le colonie estive  
«Il Pangolo», un Consultorio per adolescenti  
Il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (A.D.E.)  
L'affidamento familiare e il sostegno alla genitorialità  
Le Comunità per minori  
Osservatorio Regionale per l'infanzia e l'adolescenza  
Politiche a favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie  
I contributi economici  
I servizi per le persone disabili e l'inserimento occupazionale  
Interventi per contrastare lo stato di povertà e l'esclusione sociale  
I dati sulla povertà e l'esclusione sociale in Valle d'Aosta  
Gli interventi a favore degli extracomunitari  
Sostegno al lavoro domestico  
Facilitazioni per l'accesso all'abitazione  
I mutui regionali per l'acquisto della prima casa  
Gli alloggi di edilizia residenziale pubblica  
Il Fondo regionale per l'abitazione  
L'emergenza abitativa

## INTRODUCTION

L'édition 2001 du rapport socio-sanitaire repose sur deux principes: d'une part, les objectifs et les choix politiques de planification sanitaire et sociale doivent tenir compte du type et de la fréquence des besoins de la population en matière de santé et d'aide sociale et, d'autre part, toute sélection opérée doit nécessairement viser à résoudre les problèmes en utilisant aux mieux les ressources disponibles.

Et si nous voulons pouvoir répondre à ces exigences, il est indispensable que nous disposions de renseignements pertinents, qui nous les décrivent de la façon la plus détaillée possible. En dépit de tous nos efforts, les systèmes d'information et les statistiques ne parviennent pas toujours à nous fournir des données d'une qualité suffisante : c'est pourquoi nos sources sont mentionnées au fur et à mesure du texte, afin que le lecteur puisse en évaluer l'intérêt et le poids dans le processus de prise de décision.

De par l'abondance des renseignements qu'il renferme, le rapport 2001 représente un patrimoine d'information de la plus haute importance tant pour les citoyens que pour les administrateurs.

Toutes ces informations documentées sont autant de sources de réflexion et contribueront, dans un avenir proche, à étayer, à définir et à améliorer le scénario valdôtain, puisqu'elles permettront à chacun de mieux comprendre les décisions qui seront prises et que ces dernières correspondront ainsi davantage aux besoins ressentis par la population.

Tel était notre objectif lorsque nous avons entrepris ce travail. Nous avons tenté d'enrichir cette édition par rapport à la précédente et, dans la mesure du possible, de favoriser une évaluation simultanée des données à caractère social et de celles qui concernent la santé, en choisissant de baser toutes nos analyses sur la même entité, la famille.

C'est en effet la famille, telle que la définit la loi régionale – c'est-à-dire la cellule de base de la société et le berceau de ses valeurs – qui a servi d'étalon tant pour les enquêtes de l'ISTAT sur les conditions de santé et le recours aux services sanitaires en 2000, que pour les études menées dans le domaine des politiques et des activités d'ordre social.

Comme nous l'avions annoncé dans le rapport consacré aux années 1999-2000, l'édition 2001 sera la dernière qui abordera les différents problèmes du point de vue général, dans la mesure où il complète l'analyse – entreprise dans le précédent rapport – des besoins en matière de santé et d'assistance sociale qui ont servi de fondement aux choix exposés dans le plan socio-sanitaire régional 2002-2004.

A partir de l'année prochaine, nous nous attacherons à effectuer des analyses thématiques approfondies, dans les divers domaines de la santé et du bien-être social posant problème dans notre région. Nous entendons ainsi enrichir d'année en année le patrimoine de connaissances utiles à la programmation socio-sanitaire régionale. A l'échéance du plan en vigueur, une nouvelle analyse générale sera réalisée, qui rendra compte de l'évolution accomplie.

Qu'ils soient généraux ou thématiques, les rapports annuels constituent un outil d'information qui, au-delà de leur aspect strictement institutionnel, peuvent contribuer à faciliter la lecture et l'interprétation de la situation sanitaire et sociale de la Vallée d'Aoste. Et j'oserais dire que cette démarche est chose indispensable pour quiconque exerce un mandat public, à quelque niveau que ce soit.

Car chaque organe qui légifère, qui délibère, qui gère, qui programme ou qui contrôle est tenu de faire le maximum afin de préserver la santé et le bien-être général, ces biens dont tous doivent pouvoir disposer, et cela implique notamment qu'il faut combler le fossé des inégalités.

L'assessore,  
Roberto VICQUÉRY

## INTRODUZIONE

L'edizione 2001 della Relazione Sanitaria e Sociale si basa sull'assunto che gli obiettivi e le scelte politiche di programmazione socio-sanitaria regionale vadano selezionati in relazione alla tipologia e alla frequenza dei bisogni di salute e di assistenza sociale espressi dalla popolazione e che la selezione debba necessariamente rapportarsi alla possibilità di porvi rimedio attraverso il migliore utilizzo delle risorse disponibili.

I bisogni di salute e di assistenza sociale possono essere soddisfatti nella misura in cui siano disponibili informazioni pertinenti a descriverne tutte le caratteristiche con il maggiore grado di completezza ed accuratezza possibile. Nostro malgrado però, non sempre i sistemi informativi statistici esistenti sono in grado di fornire informazioni con tali requisiti di qualità, pertanto il lettore sarà di volta in volta informato sulla qualità dell'informazione ricevuta al fine di valutarne il valore d'uso in termini di supporto alle scelte di pianificazione.

L'insieme dei dati della Relazione 2001 rappresenta un patrimonio informativo di grande rilievo per gli amministratori ed i cittadini.

Tutte le informazioni documentate costituiscono spunti utili di riflessione e concorreranno, in un prossimo futuro, a supportare, definire e a modificare in senso positivo lo scenario valdostano della salute, della sanità e delle politiche sociali, rendendo le scelte più trasparenti e sicuramente più vicine ai bisogni espressi.

Con questo obiettivo abbiamo lavorato ad un'edizione più ricca di contenuti rispetto a quella precedente cercando, per quanto possibile, di favorire una valutazione congiunta tra i dati sociali e quelli relativi allo stato di salute utilizzando come comune entità di analisi la famiglia.

Tanto le informazioni tratte dall'Indagine ISTAT sulle «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2000» che quelle relative alle politiche e alle attività in campo sociale hanno avuto come osservatorio privilegiato la famiglia, definita dalla legge regionale come l'entità primaria della società e dei valori che la qualificano.

Sotto il profilo editoriale, già annunciato nell'edizione 1999-2000, la Relazione 2001 sarà l'ultima con caratteristiche di generalità dei temi trattati, in quanto completa, rispetto all'edizione precedente, l'analisi dei bisogni di salute e di assistenza che hanno supportato le scelte contenute nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Un'altra edizione con le stesse caratteristiche e con finalità di confronto temporale sugli argomenti trattati verrà proposta alla fine del periodo di validità del Piano vigente.

Dalla prossima edizione l'impegno sarà quello di condurre analisi tematiche di approfondimento di singole aree di criticità regionale, sia in tema di salute che di benessere sociale, per arricchire di anno in anno il patrimonio conoscitivo di informazioni utili alla programmazione socio sanitaria regionale.

Le Relazioni annuali, a prescindere dalla loro natura generale o tematica, sono uno strumento di conoscenza che, al di là del

profilo strettamente istituzionale, possono contribuire ad agevolare la lettura e l'interpretazione della situazione sanitaria e sociale della Valle d'Aosta; una lettura ed un'interpretazione che considero irrinunciabili per tutti coloro che hanno pubbliche responsabilità a livello centrale e locale.

Ogni sede in cui si legifera, si delibera, si amministra, si programma e si controlla è tenuta infatti ad impegnarsi nel perseguimento della salute e del benessere generale quale bene comune raggiungibile, anche promuovendo il superamento delle disuguaglianze.

L'Assessore  
VICQUÉRY

## **SALUTE E SANITÀ**

### **MATERIALI E METODI**

In questo capitolo verranno fornite alcune informazioni metodologiche sull'indagine ISTAT utilizzata; si argomenterà della robustezza delle stime ottenute dal campione di famiglie valdostane intervistate, della rappresentatività e delle caratteristiche di quest'ultimo rispetto la popolazione regionale e, per ultime, verranno fornite alcune informazioni sull'elaborazione e sull'analisi statistica dei dati.

La finalità di questo capitolo è perciò quella di documentare quanto più possibile il rigore e la trasparenza degli strumenti e dei metodi utilizzati. Per ulteriori informazioni si rimanda alla pubblicazione ufficiale consultabile anche sul sito Internet dell'ISTAT<sup>1</sup>.

#### **L'INDAGINE ISTAT**

L'indagine sulle «*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2000*» viene ripetuta dall'ISTAT con cadenza quinquennale e si inserisce nel sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato dall'ente statistico nazionale nel 1993<sup>2</sup>.

Le indagini tematiche sulla salute realizzate mediante interviste (HIS – Health Interview Survey) sono ormai largamente diffuse nei Paesi dell'Unione Europea, la quale sta promuovendo azioni che consentano la comparabilità delle informazioni utili alla programmazione di politiche sanitarie. Queste indagini documentano i comportamenti relativi alla salute al fine di confrontarli con le caratteristiche demografiche e socio economiche della popolazione e con l'utilizzo che viene fatto dei servizi sanitari, consentendo di ottenere un insieme di informazioni altrimenti non reperibili da fonti amministrative già esistenti.

Le informazioni disponibili delineano uno scenario molto ampio che contempla aspetti come lo stato di salute, la presenza di disabilità, gli stili di vita, la prevenzione, il ricorso a farmaci o a terapie non convenzionali.

Per soddisfare i bisogni informativi del territorio e consentire alle regioni di disporre di stime utili a supportare la programmazione sanitaria, questa edizione 1999/2000 dell'indagine ISTAT è stata condotta su un campione molto più ampio di quelli solitamente in uso in altre indagini, grazie al contributo del Fondo Sanitario Nazionale su mandato della Conferenza Stato Regioni.

Per contenere l'effetto stagionale dei fenomeni, le interviste sono state somministrate con cadenza trimestrale (a marzo, giugno, settembre e dicembre); in totale sono state intervistate 52.300 famiglie italiane per un totale di 140.000 individui che ne facevano parte e le stime fornite sono quindi quelle relative alla media dei quattro trimestri.

Trattandosi di un'indagine molto ampia, i risultati vengono presentati dall'ISTAT in quattro volumi, ciascuno dei quali privilegia un ambito dell'indagine. Gli ambiti sono:

- «Condizioni di salute della popolazione»;
- «Fattori di rischio e tutela della salute»;
- «Gravidanza, parto ed allattamento»;
- «Ricorso ai servizi sanitari».

La presente Relazione sanitaria e sociale commenterà i risultati della Valle d'Aosta relativamente a tutti gli ambiti ad eccezione di quello sulla gravidanza, parto ed allattamento ancora non disponibili.

## IL CAMPIONE DELLA VALLE D'AOSTA

Trattandosi di un'indagine sulle famiglie, la popolazione di interesse è costituita sia dalle famiglie residenti in Italia sia dagli individui che le compongono. L'unità di indagine è la «famiglia di fatto», quella cioè composta da un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione o affettivi.

Il periodo di riferimento è di dodici mesi: da luglio 1999 a giugno 2000.

Gli ambiti rispetto ai quali è possibile confrontare le stime dei parametri di popolazione sono:

- l'intero territorio nazionale;
- le cinque ripartizioni geografiche dell'Italia (Nord Occidentale, Nord Orientale, Centrale, Meridionale, Insulare);
- le regioni o province autonome;
- le tipologie di comuni, ottenute in base a sei classi socio economiche e demografiche che distinguono tra comuni metropolitani o gravitanti intorno ad aree metropolitane e, per i comuni non metropolitani, quattro classi di ampiezza per numerosità della popolazione residente.

Il campionamento utilizzato nell'indagine è di tipo stratificato.

L'obiettivo della stratificazione è quello di formare gruppi (strati) di unità (famiglie o individui) relativamente alle variabili che si intendono osservare che siano il più possibile omogenei all'interno di ciascun strato e il più possibile eterogenei tra di loro. Il guadagno, in termini statistici, è un aumento di precisione delle stime e quindi una riduzione dell'errore campionario a parità di numerosità campionaria stabilita.

Poiché il campionamento è stato eseguito stratificando sia i comuni che le famiglie e dato che non tutti i comuni possedevano una dimensione demografica sufficiente a rappresentare tutte le variabili, i comuni più piccoli, come ad esempio quelli presenti in Valle d'Aosta, hanno visto aumentata la quota di campionamento ad essi originariamente destinata al fine di consentire anche in questi casi una probabilità di accadimento dell'evento oggetto di osservazione diversa da zero. Tipicamente, se si vuole osservare un dato fenomeno mediante un'indagine a campione, quanto più è piccolo il campione, quanto più è bassa la probabilità di osservare quel dato fenomeno; per innalzare tale probabilità è necessario ampliare il campione ed osservare più soggetti che ne fanno parte.

La soglia minima utilizzata nell'indagine è quella dei 2.000 abitanti in un Comune, in quanto costituisce la dimensione demografica suggerita dagli organismi internazionali per identificare uno stile di vita tipico dei piccoli centri.

Sulla base di ciò la Valle d'Aosta, in proporzione alle altre regioni e a parità di errore campionario accettato, ha realizzato un tasso di campionamento di 23,14 x 1.000 abitanti che è stato, in assoluto, il valore più alto (1,76 il Piemonte, 6,72 il Trentino Alto Adige, 14,50 il Molise che è il secondo valore più elevato).

Su 74 comuni valdostani sono entrati a fare parte del campione 35.

Su 52.900 famiglie residenti in Valle d'Aosta sono entrate a fare parte del campione 1.224 per un totale di 2.802 interviste.

Il peso relativo di ciascuna intervista è stato riproporzionato all'interno della base dati regionale.

La selezione delle famiglie scelte ad entrare a fare parte del campione è stata effettuata dalla lista anagrafica di ciascun Comune, senza reinserimento della famiglia estratta e con probabilità uguali. Nel caso di individui intervistati il requisito minimo di età è stato di 15 anni.

In merito ad alcune caratteristiche motivazionali del campione valdostano, si segnala che:

- l'11,7% si è detto «molto interessato», il 66,6% ha mostrato una disponibilità «buona» all'intervista, il 12,7% ha dato una disponibilità appena «sufficiente», mentre una disponibilità «scarsa» ha riguardato il 6,3% delle interviste. Nel 2,8% dei casi non è stata indicata la disponibilità;
- nel 95,8% dei casi è stato possibile compilare il questionario mentre nel 4,2% dei casi si è registrata una mancata compilazione;
- la compilazione del questionario è avvenuta per il 42,8% dei casi mediante intervista alla persona, per il 34,2% personal-



mente dal componente la famiglia, per il 13,7% dei casi dopo intervista ad un familiare e nel 5,1% dei casi direttamente da un familiare;

- nei casi di mancata compilazione questo è accaduto nell'1,1% per rifiuto esplicito, nello 0,9 per assenza del rispondente e per il 2,2% dei casi si ignora la motivazione.

### ELABORAZIONE ED ANALISI STATISTICA DEI DATI

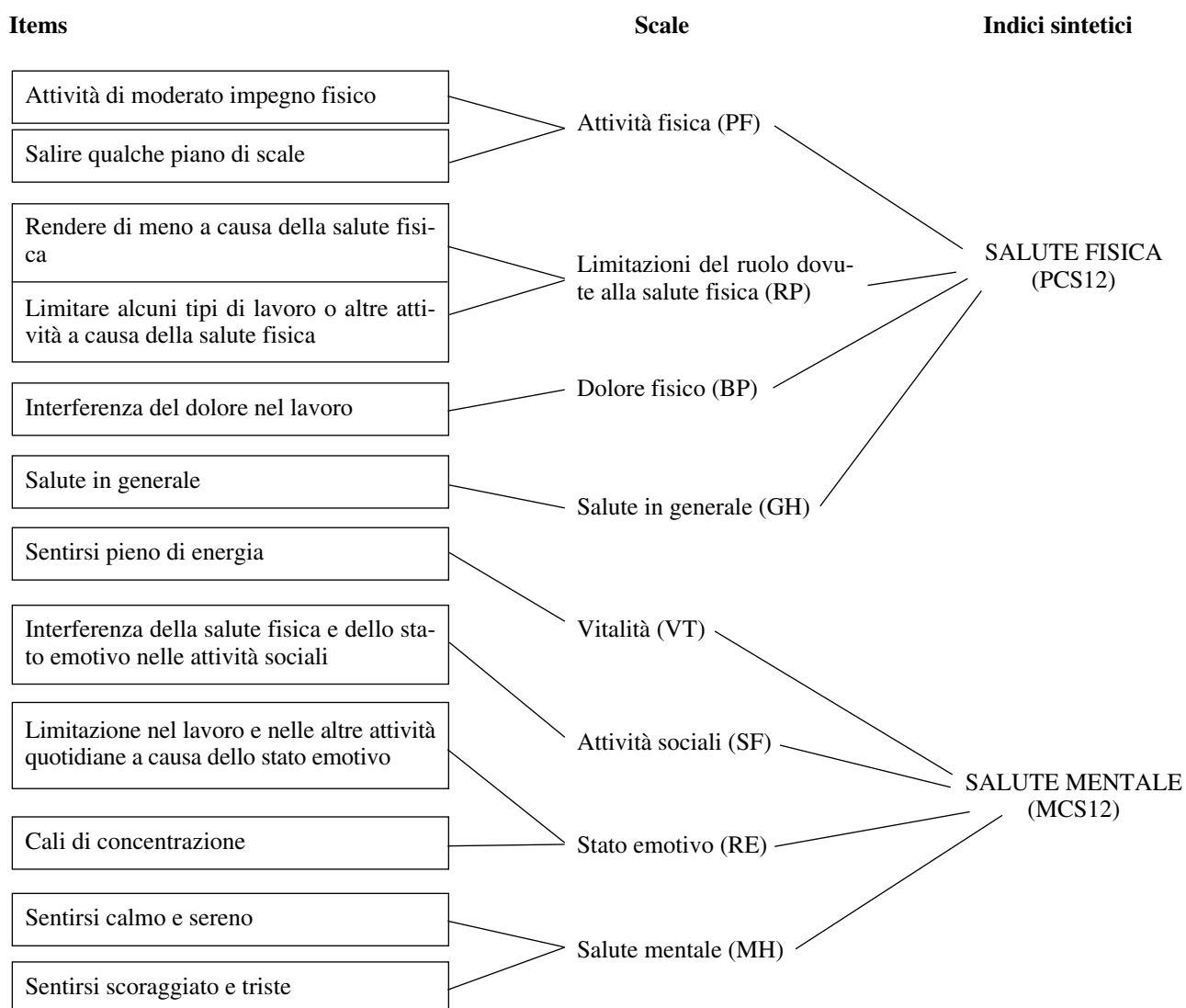
L'analisi dei dati ha riguardato numerose dimensioni di salute solitamente esplorate da questo tipo di indagini: i determinanti della salute, la salute e la malattia, il cittadino e i servizi.

Le scale di misura utilizzate sono quelle usuali dell'indagine HIS (Health Interview Survey) con l'aggiunta di due nuove scale introdotte da questa specifica indagine, una per la salute percepita e una per la disabilità; di esse si da conto di seguito.

### LE SCALE DI MISURA

Per quanto attiene la salute percepita i dati sono stati raccolti mediante un questionario multidimensionale validato che ha la finalità di indagare la percezione delle condizioni psico fisiche delle persone. È articolato in forma complessa con 12 variabili e 8 dimensioni (attività fisica, limitazione di ruolo dovuta alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale) che hanno consentito la costruzione di due indici dello stato di salute: uno riguardante la sfera fisica, l'altro quella mentale la cui distribuzione varia tra 0 e 100 (Figura 1).

**Figura 1. Modello teorico dell'SF-12**



La disabilità è una condizione complessa, difficilmente descrivibile con classificazioni.

Nel caso dell'indagine sulla salute, l'ISTAT ha utilizzato la classificazione ICDH (International Classification of Disease, Disability and Handicap) che distingue tra menomazione, disabilità ed handicap stabilendo una relazione tra questi 3 concetti:

- per menomazione si è inteso una qualsiasi perturbazione mentale o fisica del funzionamento del corpo, che comporta perdite o anomalie anatomiche, psicologiche o fisiologiche ( a livello di un tessuto, di un organo, di un sistema funzionale o di una singola funzione del corpo);
- per disabilità si è inteso una riduzione o perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente alla menomazione;
- per handicap si è inteso lo svantaggio vissuto a cause della presenza di menomazioni o disabilità ed esprime quindi le conseguenze sociali o ambientali della disabilità o della menomazione.

In merito alla distinzione tra menomazione, disabilità ed handicap per ognuna di esse sono stati formulati dei quesiti finalizzati a valutare i diversi gradi di autonomia che quindi risultano riportati dai soggetti e per questo autopercepiti e condizionati da differenze cliniche, sociali, o culturali in senso ampio. In generale viene definita disabile la persona che, escludendo limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate da ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali o altro).

In relazione alla sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state acquisite quattro tipologie di disabilità: confinamento (a letto, su sedia o nella propria abitazione), difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione.

Poiché nella valutazione delle disabilità è stata inclusa la scala ADL che valuta il grado di autonomia nello svolgimento di attività quotidiane, tale strumento impone l'esclusione dall'osservazione dei bambini con età inferiore ai 6 anni che non vengono quindi conteggiati tra i disabili. Sono esclusi inoltre dalla valutazione delle disabilità gli ospiti in strutture residenziali (tipo microcomunità o RSA).

Accanto alle disabilità l'indagine rileva alcune specifici tipi di invalidità: invalidità di tipo motorio<sup>3</sup>, insufficienza mentale<sup>4</sup>, cecità<sup>5</sup>, sordomutismo<sup>6</sup> e sordità<sup>7</sup> che non costituiscono dimensioni sovrapponibili alle corrispondenti tipologie di disabilità, ma che consentono di prevedere una valutazione anche sui bambini con meno di 6 anni.

Mentre la disabilità comporta la riduzione dell'autonomia nello svolgere principali funzioni conseguente a deficit o a menomazioni da malattia, l'invalidità è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza.

In futuro la classificazione ICDH verrà superata da quella recentemente presentata dall'OMS e denominata ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), che rivoluziona l'ottica di osservazione in quanto si accentra non sul problema fisico o psichico, ma su come le persone disabili vivono con una certa condizione fisica o psichica nel loro ambiente abituale e su come sia possibile intervenire per migliorare la qualità della loro vita nelle attività quotidiane. L'ICF, in altre parole, fornisce un meccanismo del tutto innovativo per documentare l'impatto che ha l'ambiente fisico sulle attività quotidiane della persona disabile.

## **LE MISURE, LE ANALISI E LE INTERPRETAZIONI**

Allo scopo di identificare problemi di salute la Relazione ha esaminato ogni singola dimensione di salute alla ricerca di differenze tra la situazione della Valle d'Aosta e quella di altre regioni e tra diversi gruppi di popolazioni all'interno della regione.

### **Confronti esterni alla Valle d'Aosta**

Per la Valle d'Aosta l'analisi statistica dei dati ha confrontato, quando disponibile, lo stato di salute con alcune aree geografiche «esterne» di riferimento, scelte o per vicinanza geografica ed amministrativa (Piemonte), o per statuto regionale e affinità morfologiche e sociali (Trentino Alto Adige). Tutti i valori sono stati confrontati sempre anche con il valore medio nazionale (Italia).

In questo caso le stime standardizzate sono state confrontate per una unica classe di età (> 15 anni) distinta in base al sesso.

### **Confronti interni alla Valle d'Aosta**

Per descrivere le differenze di salute e ricorso ai servizi si è scelto di analizzare gli eventi, oltre che in base al *sex*, anche per:

1. fascia di età (0 -14, 15 - 64, > 65 e, per tutti i confronti, > 15);
2. la dimensione del Comune di residenza.

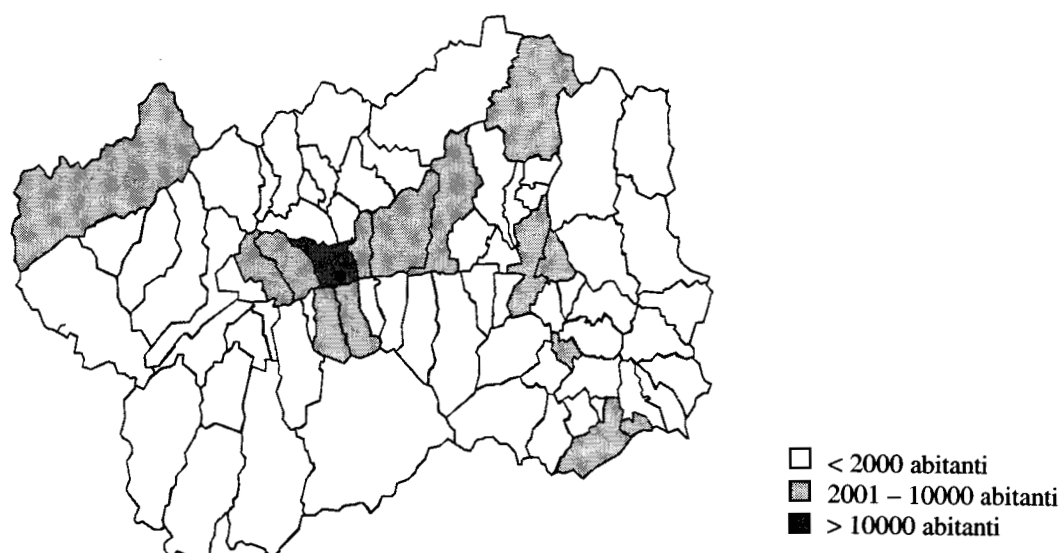
Delle quattro classi individuate dall'ISTAT, la Valle d'Aosta, per dimensioni delle popolazioni comunali ha contribuito con tre classi:

- comuni aventi fino a 2000 abitanti;
- comuni con 2001 - 10000 abitanti;
- comuni con 10001 - 50000 abitanti.

Nessun comune valdostano supera infatti i 50000 abitanti che costituisce la quarta classe prevista dall'ISTAT. Alla terza classe appartiene solo il capoluogo, nella seconda classe troviamo 14 comuni, pari al 19% del totale, mentre la prima classe è la più numerosa, con 59 comuni, che equivalgono all'80% del totale.

Il più piccolo comune è LA MAGDELEINE che conta appena 91 abitanti (Figura 2).

**Figura 2. I comuni della Valle d'Aosta per classi di numerosità degli abitanti.**



Inoltre sono state esaminate le seguenti caratteristiche sociali:

3. Il livello di istruzione.

È la variabile tra le più predittive per la salute in quanto spesso si riscontra per le classi più istruite un evidente effetto protettivo e, per contro, un effetto contrario nelle classi con titolo di studio più basso.

L'analisi è stata condotta su tre classi di istruzione aggregate:

- post laurea, laurea, diploma universitario e diploma;
- licenza professionale e media inferiore;
- licenza elementare e nessun titolo di studio.

4. Lo stato civile.

L'analisi è stata condotta sulle seguenti classi:

- coniugato/a;
- altra condizione (separati, divorziati, vedovi, celibi e nubili).

#### 5. *L'attività professionale*

L'analisi è stata condotta sulle seguenti classi:

- non manuale;
- manuale;
- autonoma;
- non altrimenti classificata.

#### 6. *Il giudizio sulle risorse economiche.*

L'analisi è stata condotta sulle seguenti classi aggregate:

- ottime/adequate;
- scarse/assolutamente insufficienti.

#### **Le misure**

La distribuzione della maggior parte delle condizioni rilevate dall'indagine ISTAT sulla salute sono condizionate dalla struttura per età della popolazione.

È logico aspettarsi un maggiore ricorso ai servizi sanitari o una maggiore frequenza di patologie nelle aree geografiche con un'elevata proporzione di anziani sul totale.

La distribuzione per età nelle regioni italiane e nelle diverse classi sociali e nei comuni della Valle d'Aosta è molto variabile.

Questo fenomeno è sicuramente interessante a livello di sanità pubblica per la programmazione sanitaria, ma potrebbe essere fuorviante quando si voglia confrontare popolazioni con una diversa composizione per età. Infatti, la Valle d'Aosta nel 2000 aveva un percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale del 18,2%, meno del Piemonte (18,8) e più del Trentino Alto Adige (16,0%) e della media nazionale (17,7).

Per rendere possibile il confronto epidemiologico tra popolazioni con diversa composizione per età l'indagine ha applicato la standardizzazione diretta delle prevalenze usando una popolazione arbitraria di riferimento, definita «standard» costituita dalla popolazione italiana residente in media nel periodo di osservazione dell'indagine.

La standardizzazione diretta consente così di calcolare una prevalenza corretta per l'età che in ciascuna regione riflette il numero di eventi attesi nel caso la regione da confrontare avesse avuto la stessa composizione per età della popolazione standard. Solo in questo modo è possibile concentrare l'attenzione esclusivamente sulle componenti epidemiologiche del fenomeno oggetto di studio.

Nel caso dei confronti interni è stato utilizzato il rapporto standardizzato di prevalenze (PRR).

Il PRR è il rapporto tra il numero di eventi osservati in una popolazione e il numero di eventi attesi nella stessa popolazione se su questa agissero le medesime frequenze, con la medesima distribuzione per età, che agiscono in un gruppo assunto come riferimento. Nelle tabelle il valore di PRR = 1 contraddistingue il gruppo di riferimento.

Valori superiori o inferiori ad 1 indicano una maggiore o minore probabilità di avere la condizione in studio.

La stima delle frequenze delle unità della popolazione che presentano una certa caratteristica è ottenuta ponderando con i pesi finali le unità campionarie che presentano la caratteristica in oggetto. La stima va però valutata congiuntamente all'errore campionario associato.

Al fine di permettere una valutazione della variabilità campionaria di tutte le stime d'interesse (prevalenze e PRR) si è scelto di descrivere le stime unitamente ai rispettivi intervalli di confidenza<sup>8</sup>.

L'ampiezza di tale intervallo, e quindi la precisione della stima puntuale ottenuta, dipende direttamente dall'errore campionario della stima stessa, per cui maggiore è l'errore maggiore è l'incertezza legata alla stima.

In generale, quando si vogliono confrontare due stime si devono tenere in considerazione i rispettivi intervalli di confidenza: le due stime si possono considerare significativamente differenti dal punto di vista statistico se gli intervalli non risultano sovrapposti.

In caso contrario la conclusione deve essere che, nonostante la diversità, la statistica non consente di affermare che i due fenomeni siano differenti.

#### Note

- <sup>1</sup> [www.Istat.it](http://www.Istat.it) e poi seguire il percorso: Società/Sanità e previdenza/Archivio/Le condizioni di salute della popolazione. Anni 1999-2000.
- <sup>2</sup> Una parte dei risultati preliminari è stata pubblicata nella Relazione sanitaria e sociale 1999-2000.
- <sup>3</sup> Grave limitazione o impedimento delle capacità di movimento di uno o più parti del corpo per mancanza o perdita di uno o più arti.
- <sup>4</sup> Insufficienze mentali congenite (downismo, microcefalia, ecc.), perinatali (incompatibilità del gruppo sanguigno materno/fetale, ecc..) o acquisite (meningiti, encefaliti, tumori ecc..); la frenasteria o l'oligofrenia (difetti permanenti dell'intelligenza).
- <sup>5</sup> Parziale o totale assenza della vista sino a meno di un ventesimo con eventuale correzione.
- <sup>6</sup> Incapacità o grave difficoltà nell'esprimersi tramite linguaggio.
- <sup>7</sup> Parziale o completa mancanza delle capacità di udito anche se corretta da apparecchi acustici.
- <sup>8</sup> L'intervallo di confidenza di una stima definisce l'insieme dei valori all'interno dei quali, con un certo livello di probabilità, o di «fiducia» (generalmente 95%) è compreso il valore vero del parametro stimato.

## LE CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA VALLE D'AOSTA

Sono numerose le evidenze scientifiche in cui si dimostra che le persone che godono di una posizione sociale privilegiata, che hanno un titolo di studio elevato, un lavoro di prestigio e ben remunerato, vivono più a lungo di chi occupa nella società una posizione cui competono minori privilegi.

Attraverso l'analisi delle differenze e delle diseguaglianze di salute è possibile dimostrare come lo stato di salute di una popolazione possa essere migliorato proprio in ragione del fatto che alcuni gruppi sociali hanno dimostrato di poterlo fare.

L'interesse per le diseguaglianze è quindi prima di tutto un interesse per la ricerca di riserve di salute a cui è ancora possibile attingere in una popolazione.

Le persone, i gruppi e le aree geografiche meno avvantaggiate presentano un rischio maggiore di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità ed una maggiore propensione ad adottare stili di vita dannosi per la salute. Le cause sono complesse e risiedono nelle condizioni di vita e di lavoro della popolazione, nella dotazione di risorse materiali, nelle relazioni sociali, negli stili di vita e nell'accesso ai servizi.

Le politiche regionali hanno il compito di contrastare le diseguaglianze e di sostenere e rafforzare la capacità delle persone di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico. In altre parole, il loro ruolo è quello di migliorare la salute dei gruppi di popolazione meno sani, riducendo le differenze rispetto ai gruppi maggiormente favoriti.

A seguito dei programmi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale: D.Lgs 502/92, D.Lgs 517/93, D.Lgs 229/99 e, per ultimo, il DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, è diventato un obiettivo importante quello di confrontare le diseguaglianze di salute e di accesso ai servizi tra regioni e, all'interno di queste, tra gruppi sociali diversi, per valutarne gli esiti e ribadire l'importanza della qualità e dell'equità nel servizio sanitario.

La politica della Valle d'Aosta ha da sempre riconosciuto il diritto alla salute e all'equità di accesso ai servizi sanitari con leggi e azioni a favore delle fasce deboli (che saranno riprese anche nella parte delle Politiche sociali della presente Relazione).

Anche a livello di ricerca scientifica l'impegno della Valle d'Aosta a lavorare per ridurre ed eliminare quanto possibile le barriere sociali alla salute e ai servizi si è recentemente tradotto nella promozione di due progetti di ricerca, finanziati dal Ministero della Salute (ex art. 12 comma 2, lett. B del D.Lgs 502/92) sulle diseguaglianze socio economiche nella salute e sull'impatto che il sistema sanitario locale ha sull'equità nella salute e sull'accesso all'assistenza.

In questo capitolo si documentano le caratteristiche socio-demografiche della popolazione valdostana utili per la ricerca di queste disuguaglianze.

### LIVELLO DI ISTRUZIONE

Considerando solo l'influenza diretta che l'istruzione può avere sulla salute, una maggiore scolarità garantisce una maggiore attenzione alla salute e all'adozione di sani stili di vita, un migliore e più efficace ricorso all'assistenza sanitaria.

Da tutto ciò deriva spesso anche un migliore, più appropriato ed efficace ricorso ai servizi e quindi una migliore salute.

Gli uomini appartengono per il<sup>3</sup>:

- 31,3% alla classe post laurea, laurea, diploma universitario e diploma di scuola media superiore;
- 43,2% alla classe licenza professionale e media inferiore;
- 25,5% alla classe licenza elementare e nessun titolo di studio.

Le donne appartengono per il<sup>3</sup>:

- 29,7% alla classe post laurea, laurea, diploma universitario e diploma di scuola media superiore;
- 37,2% alla classe licenza professionale e media inferiore;
- 33,1% alla classe licenza elementare e nessun titolo di studio.

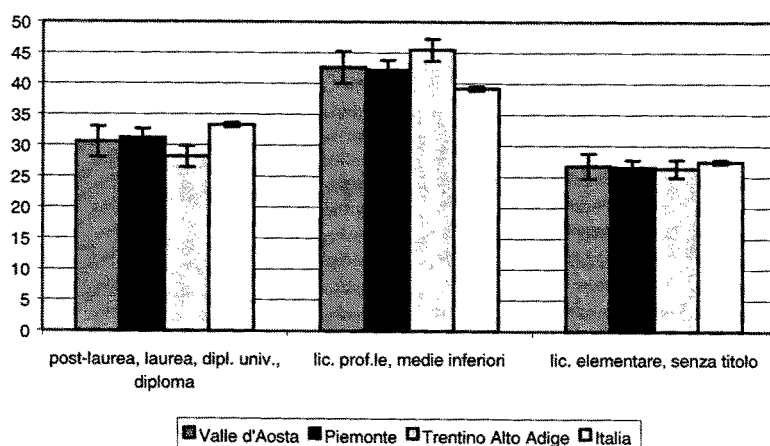
Dall'analisi per fascia di età si deduce che la maggiore prevalenza di bassa istruzione nelle donne è attribuibile alla maggiore presenza di anziani. Infatti a parità di età tra gli adulti le differenze non sono significative (Tabella 1).

**Tabella 1. Livello di istruzione in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000**

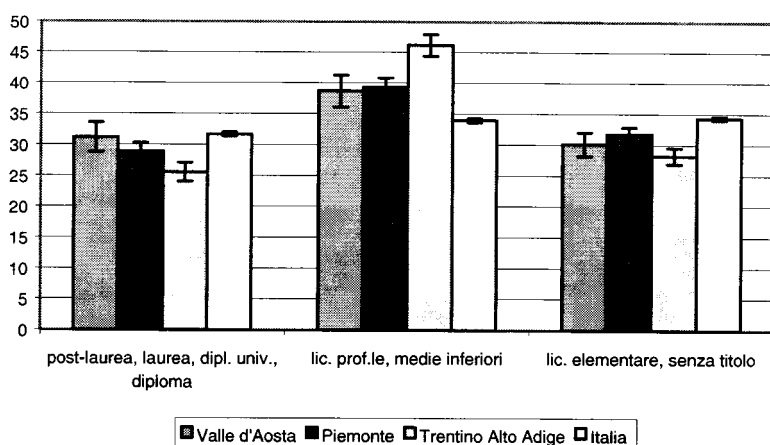
Uomini				Donne			
Livello di istruzione	0-14	15-64	65 >	Livello di istruzione	0-14	15-64	65 >
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	—	35,0 (32,1-38,0)	13,5 (8,8-18,1)	post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	—	37,7 (34,6-40,8)	5,0 (2,5-7,5)
lic. prof.le, medie inferiori	6,2 (2,7-9,6)	49,1 (45,9-52,2)	15,5 (10,6-20,4)	lic. prof.le, medie inferiori	4,2 (1,2-7,1)	43,7 (40,6-46,9)	16,5 (12,3-20,6)
lic. elementare, senza titolo	52,5 (45,3-59,7)	15,9 (13,6-18,2)	71,1 (64,9-77,2)	lic. elementare, senza titolo	54,5 (47,0-61,9)	18,6 (16,1-21,1)	78,6 (73,9-83,2)
non altrimenti classificato	41,4 (34,2-48,5)			non altrimenti classificato	41,4 (34,0-48,7)		

In Valle d'Aosta il livello di istruzione nei due sessi è comparabile a quello delle altre regioni praticamente per tutti i livelli considerati (Figura 1 e 1a).

**Figura 1. Il livello di istruzione in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Uomini**



**Figura 1a. Il livello di istruzione in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia.. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Donne**



## CONDIZIONE PROFESSIONALE

Essere occupati significa essere dentro un sistema sociale che spesso avvantaggia chi ne appartiene rispetto chi ne è escluso, anche in termini di salute e ricorso ai servizi.

L'analisi sulla condizione professionale è stata condotta sulle seguenti classi:

- occupato/a;
- casalinga/o, ritirato/a dal lavoro;
- altra condizione (che rappresenta prevalentemente studenti e persone in cerca di occupazione).

In Valle d'Aosta la classe più rappresentata tra gli uomini è quella degli occupati, mentre tra le donne la condizione più frequente è quella della casalinga o quella della ritirata dal lavoro. Questo vale soprattutto per la fascia di età adulta.

Gli uomini sono risultati appartenere per il <sup>3</sup>:

- 60,5% alla classe degli occupati
- 28,1% alla classe dei casalinghi o dei ritirati dal lavoro
- 11,4% ad «altra occupazione»

Mentre le donne sono risultate appartenere per il <sup>3</sup>:

- 40,7% alla classe degli occupati
- 45,2% alla classe delle casalinghe o delle ritirate dal lavoro
- 14,1% ad «altra occupazione».

La condizione professionale, analizzata per fascia di età e sesso viene descritta di seguito. (Tabella 2).

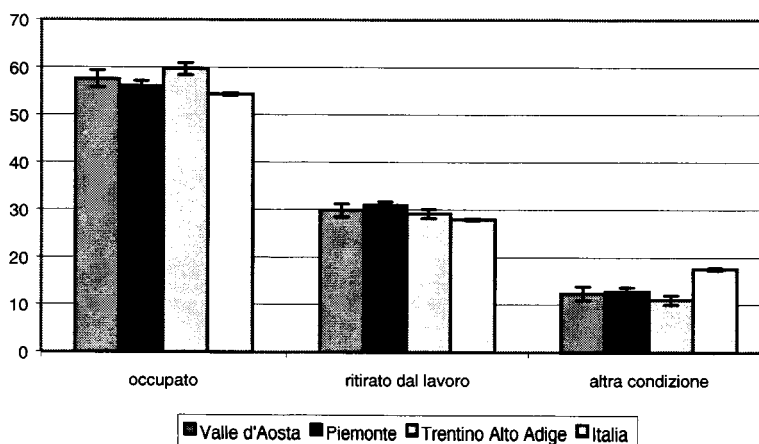
**Tabella 2. La condizione professionale in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini			Donne		
Condizione professionale	15-64	65 >	Condizione professionale	15-64	65 >
occupato	72,6 (69,9-75,4)	2,8 (0,6-5,1)	occupato	53,3 (50,1-56,5)	1,4 (0,1-2,7)
ritirato dal lavoro	14,4 (12,2-16,6)	93,2 (89,8-96,6)	casalinga, ritirato dal lavoro	30,5 (27,5-33,4)	91,1 (87,9-94,3)
altra condizione	13,0 (10,9-15,1)	4,0 (1,3-6,6)	altra condizione	16,2 (13,9-18,6)	7,5 (4,6-10,5)

### La Valle d'Aosta a confronto

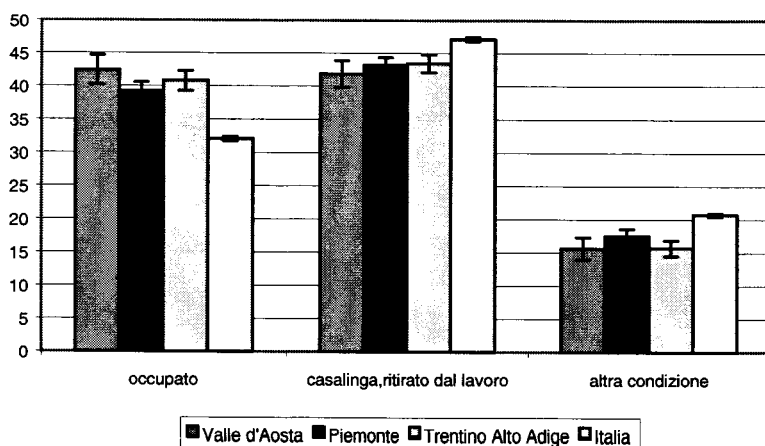
In modo simile alle altre regioni del nord d'Italia, la Valle d'Aosta presenta una prevalenza di occupati più elevata della media italiana in entrambi i sessi, con particolare evidenza tra le donne, che mostrano un'alta partecipazione al mercato del lavoro.

**Figura 2. La condizione professionale in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Uomini**





**Figura 2a. La condizione professionale in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno2000 – Donne**



### CLASSE OCCUPAZIONALE<sup>1</sup>

Appartenere ad una classe sociale elevata significa reddito, status, controllo delle condizioni di vita e di lavoro. Questa situazione influisce in modo positivo tanto sullo stato di salute, e sul suo mantenimento, che sull'uso appropriato ed efficace dei servizi. Generalmente lo è in misura ancora maggiore se l'appartenenza alla classe elevata è una acquisizione generazionale.

L'analisi è stata condotta sulle seguenti classi<sup>2</sup>:

- borghesia;
- classe media impiegatizia;
- piccola borghesia;
- classe operaia.

Gli uomini sono risultati appartenere per il<sup>3</sup>:

- 14,2% alla borghesia;
- 21,7% alla classe media impiegatizia;
- 18,0% alla piccola borghesia;
- 37,4% alla classe operaia.

Mentre le donne sono risultate appartenere per il<sup>3</sup>:

- 7,4% alla borghesia;
- 26,6% alla classe media impiegatizia;
- 18,5% alla piccola borghesia;
- 22,5% alla classe operaia.

In Valle d'Aosta la classe più rappresentata tra gli uomini è la classe operaia, mentre tra le donne la classe impiegatizia.

La distribuzione per sesso conferma la maggiore presenza di uomini nelle professioni operaie e di donne in quelle impiegatizie. Tra le posizioni professionali di direzione sono più rappresentati gli uomini mentre rimane una quota significativa di oc-

cupati che non trova classificazione in una posizione sociale precisa, soprattutto tra le donne, a testimonianza di una difficoltà di classificazione forse a causa della diffusione del lavoro precario. (Tabella 3)

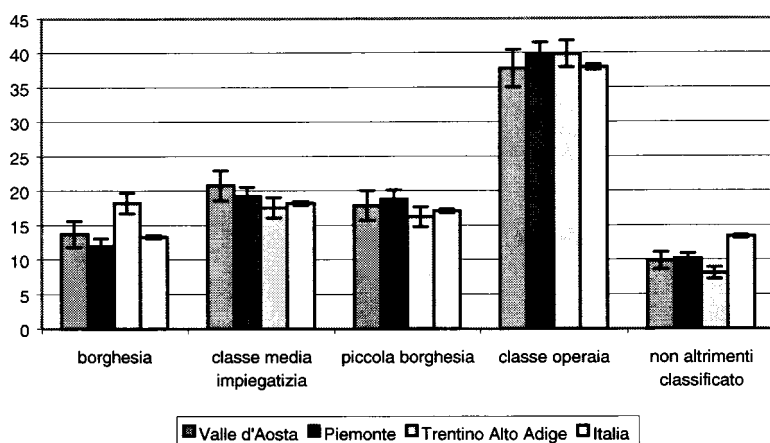
**Tabella 3. La classe occupazionale in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza– Anno 2000.**

Uomini		Donne	
Classe occupazionale	15-64	Classe occupazionale	15-64
borghesia	14,6 (12,4-16,8)	borghesia	8,4 (6,6-10,1)
classe media impiegatizia	23,9 (21,3-26,6)	classe media impiegatizia	31,7 (28,7-34,6)
piccola borghesia	16,6 (14,3-18,9)	piccola borghesia	14,5 (12,3-16,8)
classe operaia	34,8 (31,8-37,7)	classe operaia	23,5 (20,8-26,2)
Non altrimenti classificato	10,1 (8,3-12,0)	Non altrimenti classificato	22,0 (19,3-24,6)

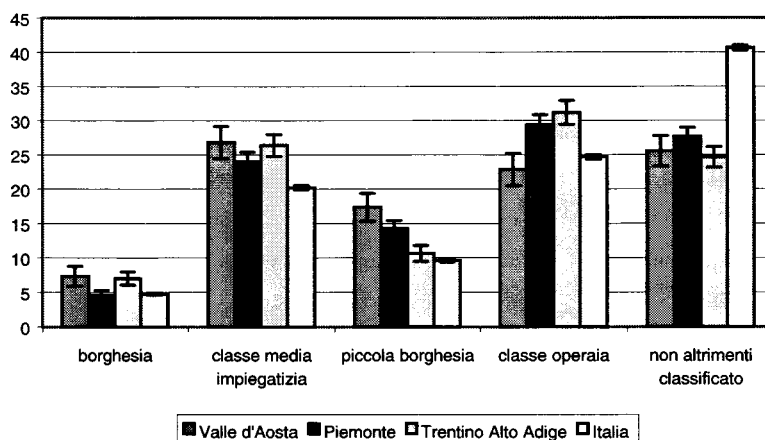
### La Valle d'Aosta a confronto

Dal confronto tra le classi occupazionali in Valle d'Aosta e quelle nelle altre regioni è interessante notare la maggiore prevalenza di donne di classe borghese in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige, una minore prevalenza di donne di classe operaia ed una maggiore presenza nelle professioni autonome piccolo borghesi. Le differenze tra gli uomini non sono significative.

**Figura 3. La classe occupazionale in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Anno 2000. Prevalenze standardizzate per età per 100 – Uomini**



**Figura 3a. La classe occupazionale in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Anno 2000. Prevalenze standardizzate per età per 100 – Donne**



## STATO CIVILE

L'essere in una condizione di celibato, nubilitato, separazione, divorzio o vedovanza produce differenze solitamente sfavorevoli nelle condizioni di salute e nell'accesso ai servizi. La spiegazione non è ovviamente da attribuire allo stato civile per sé, bensì alle caratteristiche soggettive che hanno precluso a molte persone il matrimonio o la prosecuzione di una vita matrimoniale e che spesso sono riconducibili allo stato di salute medesimo, alle risorse economiche, al livello di istruzione e, più in generale, alle condizioni di svantaggio sociale.

La mancanza di un sostegno coniugale in molti casi priva le persone, soprattutto l'uomo, di una risorsa utile per promuovere e proteggere la propria salute. In Valle d'Aosta ci sono più celibi che nubili e più vedove che vedovi. La differenza dei celibi riguarda soprattutto gli adulti, a testimonianza di una qualche difficoltà degli uomini di montagna di costruirsi una famiglia. Mentre la maggior prevalenza di vedove è la conseguenza della sovramortalità maschile. (Tabella 4).

Gli uomini infatti appartengono per il<sup>3</sup>:

- 55,8% alla classe dei coniugati
- 34,2% alla classe dei celibi,
- 7,0% alla classe dei separati o divorziati
- 3,0% alla classe dei vedovi.

Mentre le donne appartengono per il<sup>3</sup>:

- 53,6% alla classe delle coniugate
- 23,3% alla classe delle nubili
- 6,1% alla classe delle separate o divorziate
- 17,0% alla classe delle vedove.

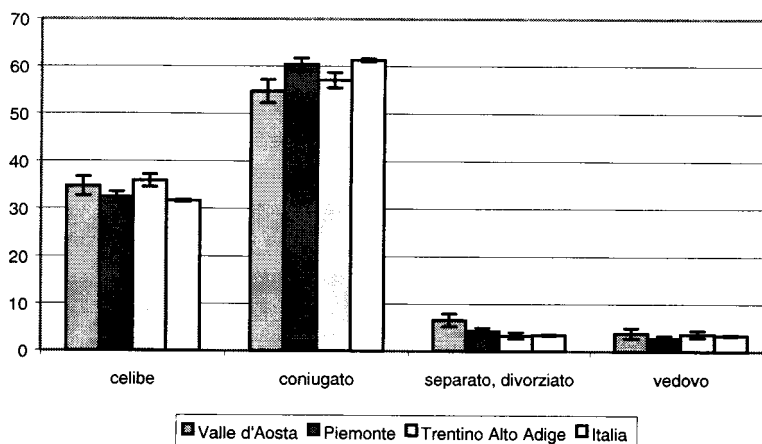
**Tabella 4. Lo stato civile in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini			Donne		
Stato civile	15-64	65 >	Stato civile	15-64	65 >
celibe	39,4 (36,4-42,5)	8,8 (5,0-12,7)	nubile	28,8 (25,9-31,7)	6,2 (3,5-8,9)
coniugato	51,9 (48,8-55,0)	74,9 (69,0-80,8)	coniugata	58,9 (55,8-62,1)	36,8 (31,4-42,3)
separato, divorziato	7,8 (6,1-9,5)	3,3 (0,9-5,7)	separata, divorziata	6,9 (5,3-8,6)	3,4 (1,4-5,5)
vedovo	0,9 (0,3-1,5)	13,0 (8,4-17,6)	vedova	5,3 (3,9-6,8)	53,6 (48,0-59,2)

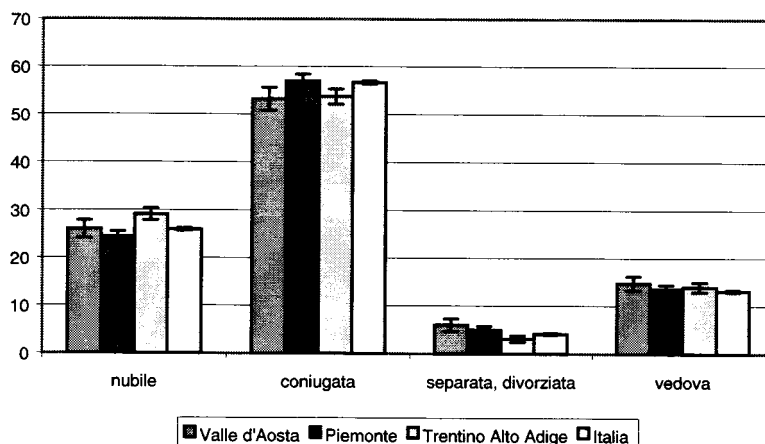
In Valle d'Aosta la prevalenza di coniugati tra gli uomini è significativamente inferiore al Piemonte e all'Italia, mentre è comparabile al Trentino Alto Adige. La regione registra un eccesso significativo in tutti i confronti per le condizioni di separato e divorziato e un lieve eccesso di celibi rispetto all'Italia.

Anche tra le donne valdostane la prevalenza di coniugate è più bassa della media italiana simile a quella registrata per il Trentino Alto Adige. Una modesta eccedenza è presente, come per gli uomini, nelle separate, divorziate e vedove. Non si notano differenze di rilievo tra le nubili valdostane e quelle delle altre regioni (Figura 4 e 4a).

**Figura 4. Lo stato civile in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100 Anno 2000 – Uomini**



**Figura 4a. dello stato civile in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000- Donne**



### TIPOLOGIA FAMILIARE

La composizione della famiglia crea dei rischi ed offre delle opportunità per la salute della persona e per il ricorso ai servizi sanitari.

Gli uomini sono risultati appartenere ad una tipologia familiare rappresentata per il<sup>3</sup>:

- 52,6% dalla coppia con figli;
- 22,4% dalla coppia senza figli;
- 6,1% da quella monogenitoriale;
- 16,0% da quella composta da una persona sola.

Il 2,9% non ha fornito risposta.

Mentre le donne sono risultate appartenere ad una tipologia familiare rappresentata per il<sup>3</sup>:

- 48,2% dalla coppia con figli;
- 21,2% dalla coppia senza figli;
- 7,9% da quella monogenitoriale;
- 20,2% da quella composta da una persona sola.

Il 2,5% non ha fornito risposta.

La Tabella 5 ripartisce i dati per età e sesso che sono condizionati da quanto precedentemente descritto in merito allo stato civile. Circa il 7% dei minori vive in una famiglia monogenitoriale. Tra gli adulti non ci sono eccessi di genere se non un lieve eccesso di maschi tra le persone sole come già osservato per lo stato civile. Tra gli anziani si riconferma lo svantaggio delle donne che vivono sole.

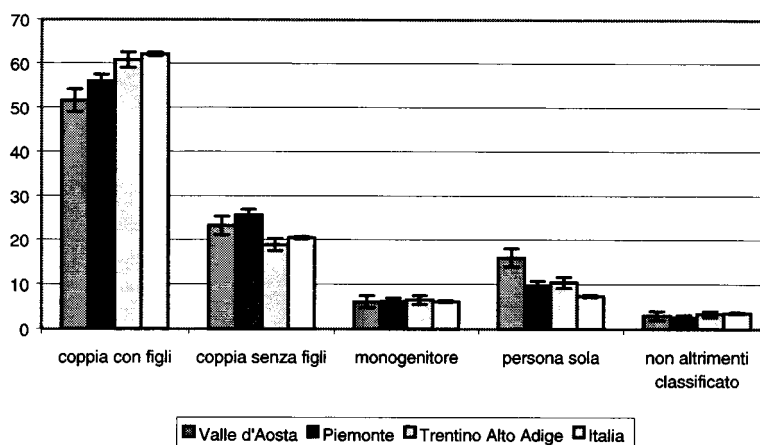
**Tabella 5. La tipologia familiare in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000**

Uomini				Donne			
Tipologia familiare	0-14	15-64	65 >	Tipologia familiare	0-14	15-64	65 >
coppia con figli	92,6 (88,7-96,4)	59,8 (56,8-62,9)	18,3 (13,1-23,6)	coppia con figli	91,3 (87,0-95,5)	60,7 (57,6-63,8)	9,2 (5,9-12,4)
coppia senza figli		15,0 (12,7-17,2)	58,2 (51,5-64,9)	coppia senza figli		17,9 (15,5-20,4)	31,4 (26,1-36,6)
monogenitore	5,6 (2,2-8,9)	7,2 (5,6-8,8)	0,9 (0-2,2)	monogenitore	6,1 (2,5-9,6)	8,0 (6,3-9,8)	7,5 (4,5-10,4)
persona sola		15,9 (13,6-18,1)	16,80 (11,7-21,9)	persona sola		11,3 (9,3-13,3)	48,1 (42,5-53,7)
non altrimenti classificato	1,9 (0-3,8)	2,2 (1,3-3,1)	5,8 (2,6-9,0)	non altrimenti classificato	2,0 (0-4,0)	2,0 (1,1-2,9)	3,9 (1,7-6,1)

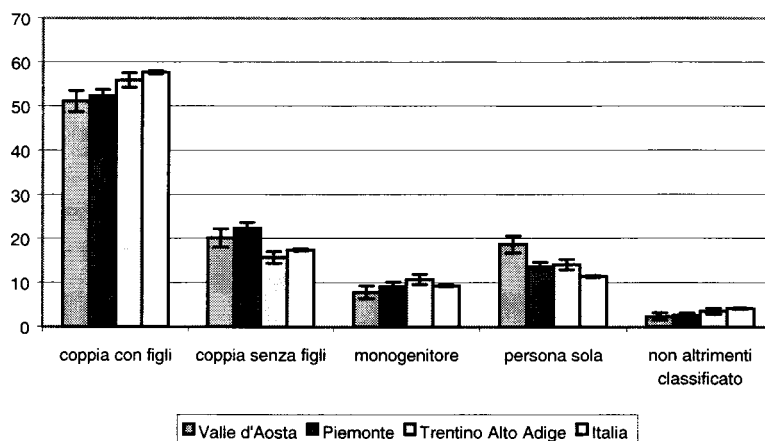
In relazione alle altre aree geografiche utilizzate per il confronto, in Valle d'Aosta la percentuale di tipologia familiare di coppia con figli, tra gli uomini e tra le donne è risultata la più bassa tra tutte quelle messe a confronto. La Valle d'Aosta registra inoltre la più alta prevalenza di persone sole.

Le coppie senza figli e le famiglie monogenitoriali non assumono caratteristiche di particolare diversità con le altre aree a confronto. (Figura 5 e 5a).

**Figura 5. La tipologia familiare in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia.. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Uomini**



**Figura 5a. La tipologia familiare in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Donne**



### GIUDIZIO SULLE RISORSE ECONOMICHE

La valutazione delle risorse economiche di cui una famiglia dispone è il principale fattore di propensione o di inibizione al consumo di beni e servizi, inclusi quelli di natura sanitaria. Frequentemente inoltre, chi valuta negativamente le proprie risorse ha profili di salute sfavorevoli rispetto a chi le ritiene adeguate ai propri bisogni.

L'analisi del giudizio sulle risorse economiche è stato condotto su due classi:

- ottime / adeguate;
- scarse / assolutamente insufficienti.

In Valle d'Aosta l'80% degli uomini e il 78,4% delle donne, vivono in famiglie che hanno dichiarato ottime o adeguate le proprie risorse economiche.

Per contro, a lamentare scarsità di risorse sono il 20% degli uomini e il 21,6% delle donne.

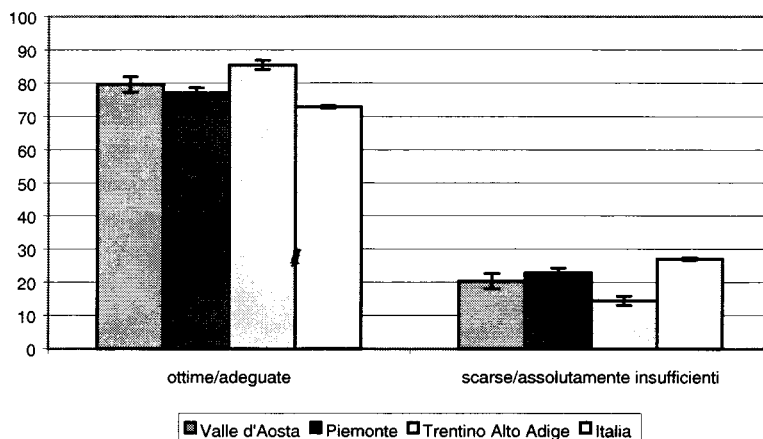
Trattandosi di una variabile che descrive le condizioni familiari, dall'analisi per età non si notano differenze significative tra le diverse classi di età nei due sessi (Tabella 6).

**Tabella 6. Il giudizio sulle risorse economiche in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

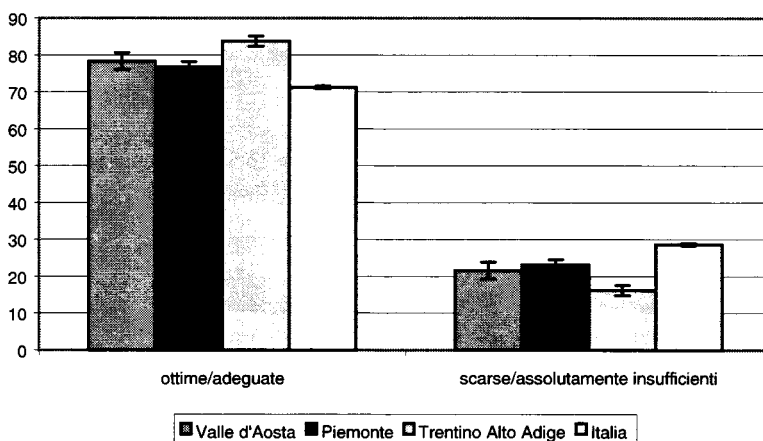
Uomini				Donne			
Giudizio sulle risorse economiche	0-14	15-64	65 >	Giudizio sulle risorse economiche	0-14	15-64	65 >
ottime/adequate	82,4 (76,8-87,9)	81,3 (78,8-83,7)	74,3 (68,3-80,2)	ottime/adequate	80,4 (74,4-86,3)	78,8 (76,2-81,4)	77,3 (72,6-82,0)
scarse/assolutamente insufficienti	17,6 (12,1-23,2)	18,7 (16,3-21,2)	25,7 (19,8-31,7)	scarse/assolutamente insufficienti	19,6 (13,7-25,6)	21,2 (18,6-23,8)	22,7 (18,0-27,4)

Rapportando alla Valle d'Aosta le percentuali di giudizio negativo sulle proprie risorse delle altre aree geografiche a confronto gli uomini e le donne valdostane sono risultati i più soddisfatti dopo quelli del Trentino Alto Adige (Figura 6 e 6a).

**Figura 6. Il giudizio sulle proprie risorse economiche in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Uomini**



**Figura 6a. Il giudizio sulle proprie risorse economiche in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. Anno 2000 – Donne**



### OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

La struttura socio economica della popolazione valdostana che viene descritta dall'indagine non può che confermare immagini note di questa società, che presenta: una scolarità in linea con le altre regioni del nord, una partecipazione al mercato del lavoro più favorevole soprattutto per le donne (che si trovano in posizioni professionali più avvantaggiate) ed una soddisfazione per le risorse economiche disponibili più favorevole.

Viceversa, la situazione demografica, dei legami e delle risorse familiari è meno favorevole, con un'alta prevalenza di persone sole (singoli tra gli uomini adulti e vedove tra le donne anziane) ed una proporzione significativa di famiglie separate con minori dipendenti.

Il profilo di salute che ci si può attendere da questa società è quindi favorevole per quanto riguarda la struttura socio-economica e sfavorevole per quanto riguarda la struttura demografica.



## Note

- <sup>1</sup> Per gli occupati si fa riferimento all'occupazione attuale. Per i ritirati dal lavoro e le casalinghe si fa riferimento all'ultima attività lavorativa.
- <sup>2</sup> Le classi sono così formate.
- borghesia = dirigenti, direttivi, quadri, imprenditori, liberi professionisti
- classe media impiegatizia = impiegati ed intermedi
- piccola borghesia = lavoratori in proprio, soci di cooperative di produzione di beni e/o prestazioni di servizi, coadiuvanti
- classe operaia = capi operai, operai subalterni ed assimilati, apprendisti, lavoranti a domicilio per conto d'impese.
- <sup>3</sup> Le percentuali sono riferite alla popolazione con età superiore a 15 anni.

## I DETERMINANTI DELLA SALUTE

Nella Relazione Sanitaria e Sociale 1999 - 2000, quando si è parlato di alcuni determinanti dello stato di salute, tra gli altri, sono stati riportati anche alcuni risultati preliminari dell'indagine ISTAT sulla salute 2000, relativi a soli due trimestri di rilevazione. In questa sezione si commentano i dati definitivi e li si pone in relazione con variabili in studio non prese in esame nella precedente Relazione. Queste variabili possono contribuire a descrivere meglio se, e in quale misura, in Valle d'Aosta l'attitudine ad adottare stili di vita dannosi per la salute sia condizionata, oltre che dall'essere uomo o donna, anche dall'età, dalla dimensione del comune di residenza, dal livello di istruzione, dallo stato civile, dall'attività professionale o, infine, dal giudizio sulle risorse economiche.

### ALCOL

Nonostante la quantità complessiva di alcol sia diminuita in Italia negli ultimi venti anni, la propensione a farne un uso eccessivo rimane ancora elevata, soprattutto in alcune regioni tra le quali la Valle d'Aosta.

L'impatto dell'alcol sulla salute può essere misurato attraverso la mortalità e la morbosità per alcune patologie correlate al suo consumo.

Nel caso della mortalità, la Valle d'Aosta registra degli eccessi soprattutto maschili ed in età inferiore ai 65 anni, per cause legate all'alcol. I tumori attribuibili all'alcol su cui la Valle d'Aosta registra frequenze elevate di mortalità principalmente a carico degli uomini, sono quelli del cavo orale, del labbro, della lingua, della faringe, del fegato.

Nel caso della morbosità, le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono un valido strumento di analisi, pur con alcune limitazioni. Da una recente analisi sulle cause di ricovero in Valle d'Aosta tra il 1997 e il 1999<sup>1</sup> i tassi di ospedalizzazione per malattie epatiche alcoliche sono risultati superiori a quelli del Piemonte di oltre tre volte e mezza negli uomini e di oltre quattro volte nelle donne.

All'interno della Valle d'Aosta si registrano per le malattie epatiche alcoliche degli eccessi di ospedalizzazione negli uomini della comunità montana Monte Rosa, pari al 54% rispetto la media regionale. Inoltre i celibi risultano avere un rischio superiore al 100% rispetto i coniugati di essere ricoverati per queste cause. L'incidenza di nuovi casi vede inoltre la comunità montana del Grand Combin produrre un numero di nuovi ricoveri per questa causa due volte e mezza superiore alla media regionale.

Nelle donne gli eccessi di ospedalizzazione per malattie epatiche alcoliche si concentrano nel distretto 4 e, in particolare, nella comunità montana di Evançon dove il rischio di ricovero è superiore a quello del resto della Valle del 62%. Per tutte le valdostane la condizione di vedovanza sembra esporle a ricoveri per malattie dovute all'alcol in misura superiore del 52% rispetto al resto delle donne.

Le malattie epatiche croniche e la cirrosi hanno un rischio superiore di ricovero tra i celibi e le nubili della comunità montana di Evançon.

Tra i danni provocati dall'alcol sulla salute sono anche da annoverare alcuni tra quelli prodotti dai traumatismi per incidenti stradali o sul lavoro, per essi una stima attendibile risulta ancora più difficile perché non sempre la condizione di bevitore viene riportata e riconosciuta come concausa.

È opportuno inoltre ricordare che oltre agli indicatori di salute, vi sono una serie di eventi di notevole rilevanza in termini

di effetti sul sistema produttivo, sulle famiglie, sul contesto economico, sociale e relazionale entro cui i soggetti con elevati consumi di alcol partecipano e che si protraggono per anni. Il CENSIS<sup>2</sup> stima un costo annuo in Italia di 6,5 miliardi di Euro che corrisponderebbero a circa 15 milioni di Euro per la Valle d'Aosta tra spese per prestazioni sanitarie agli alcolisti, costi da assenze dal lavoro, da diminuita produttività, da perdita del lavoro per invalidità, di assistenza da diminuita produttività, di assistenza da parte dei familiari, da incidenti provocati da alcolisti, da perdita di produzione per malattia o mortalità delle vittime degli incidenti provocati da alcolisti.

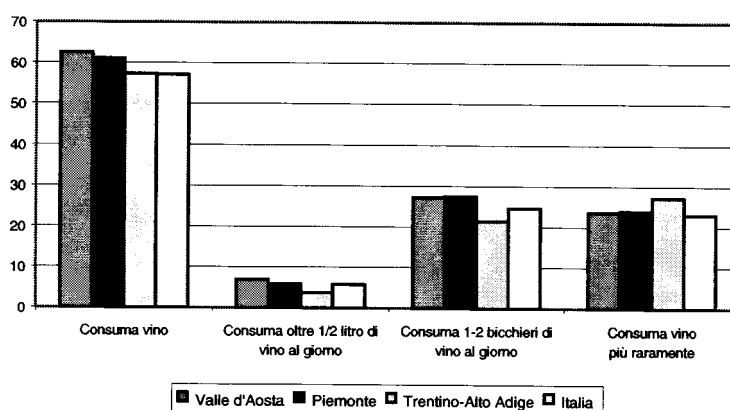
### La Valle d'Aosta a confronto

Nei dati che seguono viene fornito unicamente il confronto tra la Valle d'Aosta e le altre aree geografiche poiché il tema dell'alcol non è stato affrontato dall'indagine ISTAT sulle «Condizioni di salute e ricorso ai servizi» 2000. I dati che seguono si riferiscono alle indagini Multiscopo ISTAT 1999-2000.

La figura mostra come le dichiarazioni sul generico consumo di vino siano di poco più frequenti in Valle d'Aosta rispetto alle altre aree a confronto: il 62,5% contro il 61,1% del Piemonte, il 57,3% del Trentino Alto Adige e dell'Italia (57,1%).

Queste differenze si mantengono per i consumi più elevati (maggiore di mezzo litro al giorno) (Figura 1).

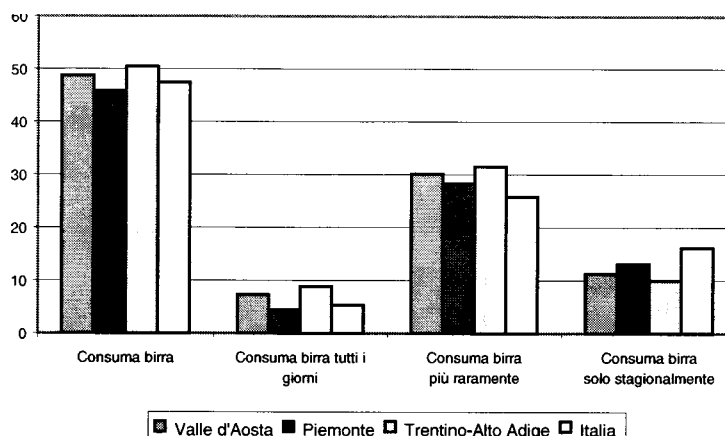
**Figura 1. Consumo di vino annuo in persone di 14 anni e più in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Anno 2000. Prevalenze standardizzate per età per 100. Uomini e Donne.**



Sempre elevati, ma denotanti una diversa «cultura» del bere, sono i consumi di birra.

La Valle d'Aosta, nel generico consumo di birra, con una percentuale di consumatori del 48,8% rimane seconda solo al Trentino Alto Adige, anche quando il consumo diventa giornaliero (Figura 2).

**Figura 2. Consumo di birra annuo in persone di 14 anni e più in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Anno 2000. Prevalenze standardizzate per età per 100.**



## FUMO DI SIGARETTA

Il fumo di sigaretta è il principale responsabile di numerosi tumori, di malattie circolatorie e respiratorie. Fumare in gravidanza comporta un rischio elevato di basso peso alla nascita e un ritardo di crescita intrauterina nel bambino.

I danni per la salute non si manifestano solo per via diretta: sempre più prove scientifiche dimostrano un ruolo importante del fumo passivo nella genesi di numerose patologie.

L'importanza della lotta al fumo di sigaretta è legata oltre che alla diffusione e alla gravità delle sue conseguenze, anche alla considerazione che si tratta di uno dei pochi fattori di rischio teoricamente eliminabili e che è documentato come la sospensione dal fumo sia in grado di riportare alcuni rischi ad esso correlati a livelli uguali a quelli di soggetti non fumatori in un arco di 15 anni.

Gli effetti del fumo si traducono in un elevato numero di decessi, ricoveri e di disabilità evitabili che comportano costi elevati per la società; una loro riduzione favorirebbe risparmi considerevoli e una maggiore capacità di risorse per la sanità e l'assistenza.

Nel 2000 i valdostani uomini con più di 15 anni si sono dichiarati per il<sup>3</sup>

- 24,2% fumatore < 20 sigarette al giorno;
- 4,2% grande fumatore (più di 20 sigarette al giorno);
- 26,4% ex fumatori.

Il 45,2% non fuma.

Nello stesso anno in Valle d'Aosta le donne con più di 15 anni si sono dichiarate per il<sup>3</sup>:

- 17,3% fumatrici < 20 sigarette al giorno;
- 1,3% grandi fumatrici (più di 20 sigarette al giorno);
- 15,6% ex fumatrici.

Il 65,8% non fuma.

L'analisi per età mostra che tra gli uomini l'abitudine al fumo è andata diminuendo con le generazioni più giovani (5 su 10 tra gli adulti contro 7 su 10 tra gli anziani), mentre tra le donne è andata aumentando (4 su 10 tra le adulte contro 2 su 10 tra le anziane).

La proporzione di persone fumatrici che hanno smesso di fumare è più alta tra gli anziani (circa 3 su 4), che tra gli adulti (circa 2 su 5).

**Tabella 1. Abitudine al fumo in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini			Donne		
Fumo	15-64	65 >	Fumo	15-64	65 >
non fuma	47,4 (44,3-50,6)	34,3 (27,9-40,8)	non fuma	61,3 (58,2-64,4)	80,0 (75,5-84,5)
fumava	22,1 (19,5-24,7)	47,2 (40,3-54,0)	fumava	15,9 (13,52-18,17)	14,6 (10,6-18,6)
fuma <=20	25,9 (23,2-28,6)	16,2 (11,2-21,2)	fuma <=20	21,3 (18,7-23,9)	5,0 (2,6-7,5)
fuma >20	4,6 (3,3-5,9)	2,3 (0,3-4,4)	fuma >20	1,6 (0,8-2,4)	0,4 (0-1,0)

### La Valle d'Aosta a confronto

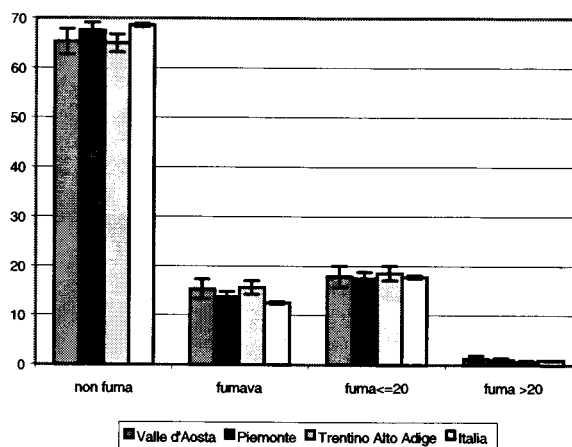
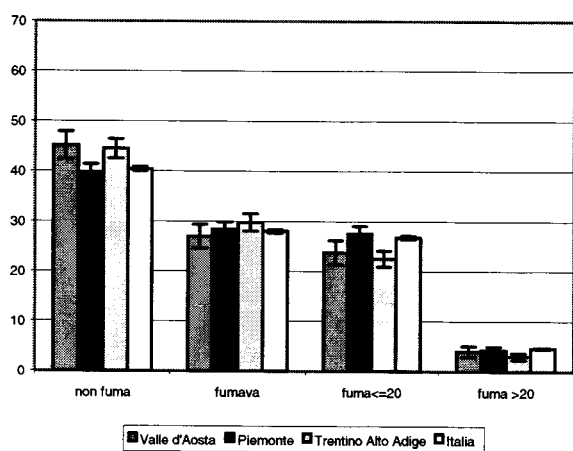
A confronto con le altre regioni e con l'Italia, la Valle d'Aosta per gli uomini registra le prevalenze più basse di ex fumatori, mentre ancora basse, e simili a quelle del Trentino Alto Adige, sono le prevalenze di modesti fumatori (< 20 sigarette al giorno). Non si rilevano differenze per la Valle d'Aosta tra i forti fumatori uomini.

Prevalenze del tutto analoghe a quelle delle altre regioni si registrano nelle valdostane che fumano meno di 20 sigarette al giorno e nelle forti fumatrici. La prevalenza di ex fumatrici, paragonabile a quella del Trentino Alto Adige, sembra la più elevata (Figura 3).

**Figura 3. Abitudine al fumo in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

Uomini

Donne



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

A discriminare maggiormente e significativamente l'abitudine al fumo sembra essere per entrambi i sessi il giudizio sulle risorse economiche: a fumare di più sono i valdostani e le valdostane che ritengono scarse o assolutamente insufficienti le proprie risorse economiche (PRR = 1,3 negli uomini e PRR = 1,5 nelle donne).

Ad essere più esposti all'abitudine al fumo sono le classi di istruzione medio basse per gli uomini, con percentuali eccedenti intorno al 40% rispetto al livello di istruzione più elevato. Tra le donne l'istruzione non presenta differenze significative.

Le donne non coniugate sembrano fumare più del 50% rispetto alle coniugate, mentre gli uomini non coniugati mostrano una protezione del 20%.

I lavoratori valdostani che svolgono attività manuali risultano fumare un terzo in più delle altre classi di attività professionale (PRR = 1,3) (Tabella 2).

**Tabella 2. Abitudine al fumo nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) – Uomini e Donne.**

	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,0)
<2000	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,2)
<b>ISTRUZIONE</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,3 (1,1-1,5)	1,4 (1,1-1,7)	1,2 (0,9-1,5)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,0-1,5)	1,4 (1,1-1,9)	1,1 (0,8-1,5)
<b>STATO CIVILE</b>			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-0,9)	1,5 (1,2-1,9)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	1,3 (1,1-1,5)	1,3 (1,1-1,5)	1,1 (0,8-1,4)
autonoma	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,7-1,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,2-1,6)	1,3 (1,1-1,5)	1,5 (1,2-1,9)

### ATTIVITÀ FISICA

È ormai ampiamente documentata l'efficacia che una costante attività fisica, anche se di lieve intensità, ha nel proteggere le persone di ogni età verso patologie ad elevata incidenza nella popolazione.

Praticare attività fisica aerobica, anche moderata, per 30 minuti al giorno e per cinque giorni alla settimana, protegge le persone di ogni età dall'insorgenza di patologie quali: le malattie cardiovascolari, il diabete, le osteoartriti, l'osteoporosi e il tumore del colon. Dati promettenti, anche se non ancora decisivi sul piano dell'evidenza scientifica, mostrano inoltre un effetto protettivo dell'esercizio fisico anche nei confronti di altre sedi tumorali come l'endometrio, la prostata, l'ovaio, il testicolo e la mammella.

Nella popolazione anziana è riferita l'efficacia nei casi di:

- malattie cerebrovascolari, in quanto contribuisce alla riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari in generale e, nello specifico, di coronopatie e ipertensione arteriosa;
- diabete, in quanto produce un abbassamento del rischio di insorgenza del diabete mellito non insulino dipendente;
- osteoartiti, in quanto previene le artriti in età avanzata ed ha effetti coadiuvanti della terapia;
- cadute, in quanto l'esercizio fisico è risultato che riduca il rischio di cadute negli anziani prevenendo in modo particolare le fratture del femore, mantenendo una condizione di maggiore autosufficienza;
- qualità della vita: l'attività fisica ritarda il declino funzionale, favorisce la socializzazione e scongiura l'isolamento sociale che è causa e aggravante di numerose patologie.

Nei bambini e negli adolescenti la pratica di un'attività sportiva migliora lo sviluppo muscoloscheletrico, mentre negli adulti mantiene la densità ossea riducendo il rischio di fratture e di patologie a carico dello scheletro e dei muscoli.

Dedicarsi ad uno sport o fare semplicemente dell'esercizio fisico all'aperto, anche insieme ad altre persone, migliora l'umore, riduce i sintomi di depressione e di ansietà prodotti dai ritmi di vita quotidiani e allontana le malattie ad essi correlate. Per contro, la mancanza di attività fisica abituale favorisce l'aumento di peso e in alcuni casi anche l'obesità, considerata essa stessa un fattore di rischio per numerose patologie.

Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, nel 2000 gli uomini hanno dichiarato nel 78% dei casi di praticare qualche forma di attività fisica; di questi<sup>3</sup>:

- il 33% lo fa in modo regolare;
- il 25% lo fa in modo leggero;
- il 19% pratica un'attività fisica intensiva.

Il 22% non pratica alcuna attività.

Per quanto riguarda le donne il 74% ha dichiarato di praticare qualche forma di attività fisica; di queste<sup>3</sup>:

- il 29% lo fa in modo regolare;
- il 33% lo fa in modo leggero;
- l'11% pratica un'attività fisica intensiva.

Il 26% non pratica alcuna attività.

L'analisi per età mostra come sia ancora alta la proporzione di adulti e anziani, soprattutto donne, che non svolgono attività fisica (4 su 10 donne anziane). Tra le donne la situazione sembra sia migliorata con le nuove generazioni che presentano una più alta prevalenza di esercizio fisico regolare rispetto alle anziane (Tabella 3).

**Tabella 3. Attività fisica in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini				Donne			
Attività fisica	0-14	15-64	65 >	Attività fisica	0-14	15-64	65 >
non fa attività fisica	3,4 (0-6,9)	19,1 (16,7-21,6)	32,6 (26,3-39,0)	non fa attività fisica	5,4 (1,0-9,8)	21,0 (18,4-23,6)	40,8 (35,2-46,3)
fa attività fisica leggera	3,7 (0,1-7,3)	24,3 (21,6-26,9)	29,1 (22,9-35,3)	fa attività fisica leggera	15,5 (8,4-22,6)	33,2 (30,2-36,2)	35,6 (30,2-40,9)
fa attività fisica regolare	28,5 (20,0-37,0)	33,2 (30,3-36,1)	34,8 (28,3-41,2)	fa attività fisica regolare	35,3 (26,0-44,6)	31,7 (28,7-34,6)	21,5 (16,8-26,1)
fa attività fisica intensiva	64,4 (55,4-73,5)	23,4 (20,8-26,1)	3,5 (1,0-6,1)	fa attività fisica intensiva	43,8 (34,1-53,5)	14,2 (11,9-16,4)	2,2 (0,6-3,9)

### La Valle d'Aosta a confronto

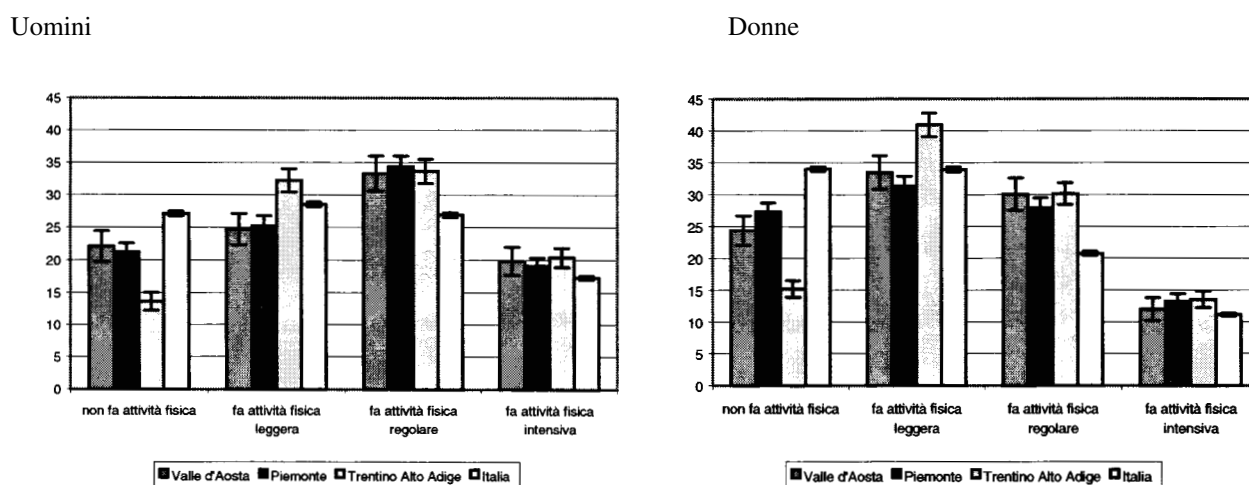
La regolarità con la quale si pratica l'attività fisica assume in Valle d'Aosta frequenze più elevate della media nazionale in entrambi i sessi e in linea con quella delle altre regioni del nord.

Rispetto alla pratica di attività fisica leggera la Valle d'Aosta ha complessivamente una frequenza simile alle altre regioni ed inferiore a quella del Trentino Alto Adige.

La prevalenza di coloro che non praticano alcuna attività fisica in Valle d'Aosta è simile a quella del Piemonte, per entrambi i sessi, ed inferiore alla media nazionale, ma superiore alle prevalenze del Trentino Alto Adige per entrambi i sessi.

Uomini e donne valdostane non differiscono dalle altre aree a confronto nelle prevalenze di attività fisica intensiva. (Figura 4).

**Figura 4. Attività fisica in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Il rischio di sedentarietà accomuna i valdostani uomini e donne con basso livello di istruzione con percentuali superiori del 20% in entrambi i sessi, ma superiori negli uomini (PRR = 1,3). Lo stesso accade ai lavoratori manuali e autonomi in entrambi i sessi.

Modesti eccessi di rischio si registrano inoltre nei valdostani di entrambi i sessi che vivono in comuni di medie e piccole dimensioni rispetto ai residenti in AOSTA.

**Tabella 4. Attività fisica nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) – Uomini e Donne.**

	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,1 (1,0-1,2)	1,3 (1,0-1,6)	1,1 (1,0-1,3)
<2000	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,1-1,7)	1,2 (1,0-1,3)
<b>ISTRUZIONE</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (1,0-1,3)	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,0-1,7)	1,3 (1,1-1,5)
<b>STATO CIVILE</b>			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,0-1,4)	1,1 (1,0-1,3)
autonoma	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,6)	1,1 (1,0-1,3)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,9-1,1)



## OBESITÀ

La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un grave problema di sanità pubblica perché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico degenerative.

Le prove dell'azione dannosa, o protettiva, delle abitudini alimentari correlate a malattie tumorali o cardiovascolari sono ormai consistenti e hanno dato luogo a raccomandazioni alimentari ad uso pratico.

L'indice di massa corporea, o *body mass index* (BMI) è un indicatore che mette in correlazione il peso con l'altezza e quando supera o eguaglia il valore indice di 30 denota una condizione di obesità.

In Valle d'Aosta nel 2000 l'8% degli uomini e il 6,7% delle donne è risultato obeso<sup>3</sup>.

La frequenza di soggetti con eccessi ponderali aumenta all'aumentare dell'età, soprattutto tra le donne (Tabella 5).

**Tabella 5. Obesità in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

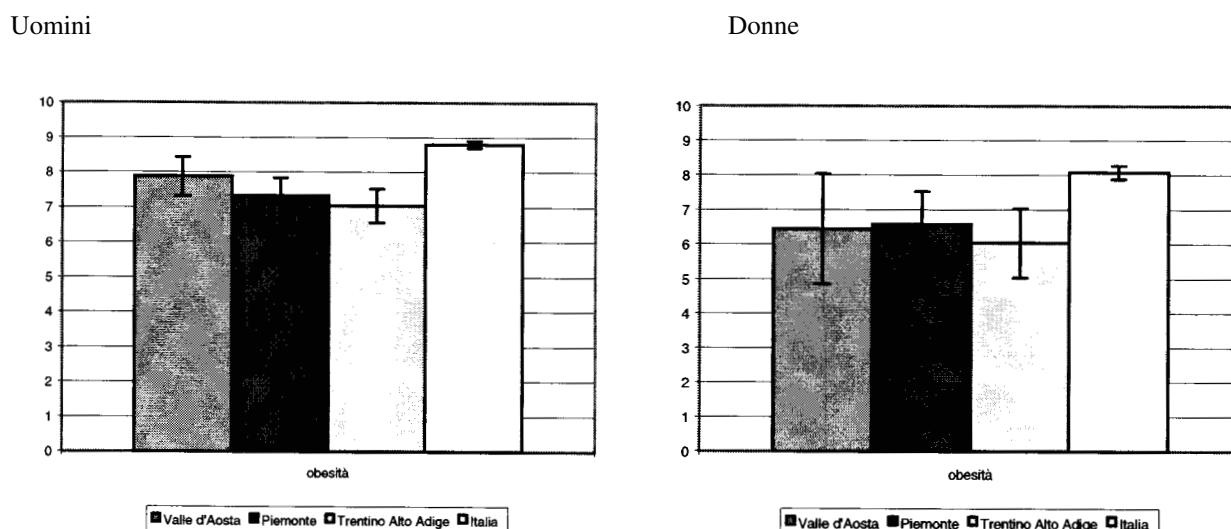
Uomini			Donne		
	15-64	65 >		15-64	65 >
Obesità	7,7 (6,1-9,4)	9,6 (5,6-13,6)	Obesità	5,4 (4,0-6,9)	10,8 (7,3-14,3)

### La Valle d'Aosta a confronto

Confrontando queste frequenze con quelle delle altre aree geografiche, gli uomini valdostani obesi sono risultati modestamente più numerosi in Valle d'Aosta che non in Piemonte o in Trentino Alto Adige, significativamente inferiori alla media nazionale.

La percentuale di donne obese è in linea con quella delle altre regioni ed è inferiore a quella media nazionale (Figura 5)

**Figura 5. Obesità in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

L'obesità sembra avere nell'istruzione individuale il più forte determinante per entrambi i sessi.

I valdostani con il più basso livello di istruzione sono due volte e mezza più obesi dei corregionali più istruiti (PRR = 2,5) mentre le valdostane il triplo (PRR = 3,1).

Per quanto riguarda il rischio di obesità, questo raddoppia in modo non significativo se l'attività è manuale.

Per entrambi i sessi il non essere coniugato riduce di circa il 20% il rischio di obesità (Tabella 6).

**Tabella 6. Obesità nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) – Uomini e Donne**

	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (0,8-1,7)	1,1 (0,7-1,7)	1,2 (0,7-2,1)
<2000	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,2)	1,2 (0,7-2,0)
<b>ISTRUZIONE</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,4 (0,9-2,1)	1,1 (0,7-1,8)	1,9 (0,9-4,0)
lic. elementare, senza titolo	2,6 (1,7-4,1)	2,5 (1,4-4,4)	3,1 (1,4-6,6)
<b>STATO CIVILE</b>			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,5-1,2)	0,7 (0,5-1,2)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
non manuale	1,0	*	1,0
manuale	2,1 (1,4-3,0)	*	1,2 (0,6-2,2)
autonoma	1,8 (1,2-2,8)	*	2,0 (1,1-3,5)
non altrimenti classificato	1,5 (0,9-2,5)	*	1,5 (0,8-2,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,3)	1,2 (0,7-1,9)

\* La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

## SOTTOPESO

La condizione di sottopeso, anche se molto meno frequente, rappresenta un indicatore di disagio associabile a condizioni di salute sfavorevoli.

In Valle d'Aosta questa condizione è una caratteristica maggiormente femminile poiché si sono dichiarate sottopeso l'8% delle donne contro lo 0,8% degli uomini<sup>3</sup>.

L'analisi per età dimostra come siano le donne di tutte le età a vivere questa condizione (Tabella7).

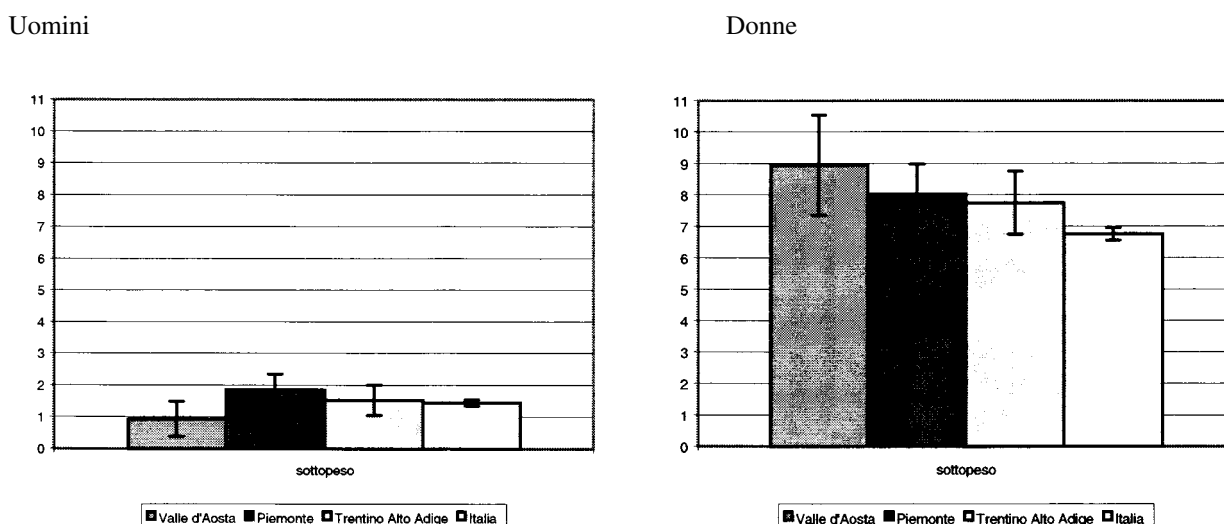
**Tabella 7. Il sottopeso in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini				Donne			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Sottopeso	77,6 (71,5-83,6)	1,1 (0,4-1,7)		Sottopeso	81,4 (75,6-87,2)	9,3 (7,5-11,2)	5,5 (2,9-8,0)

### La Valle d'Aosta a confronto

A confronto con le altre regioni e l'Italia i dati relativi alla percentuale di valdostane in sottopeso sono in assoluto più elevati, ma solo con il confronto con l'Italia la differenza è stata significativa (Figura 6).

**Figura 6. Sottopeso in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Nei valdostani uomini e donne il risiedere in un comune di piccole dimensioni sembra quasi dimezzare (PRR = 0,6), rispetto a chi vive ad AOSTA, il rischio di essere sottopeso.

Hanno meno probabilità di essere sottopeso, anche se con differenze non sempre significative, i valdostani uomini e donne che hanno un livello di istruzione basso e che svolgono professioni manuali e autonome o che giudicano scarse le proprie risorse economiche (Tabella 8).

**Tabella 8. Sottopeso nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) – Uomini e Donne**

	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (0,8-1,7)	1,9 (0,5-8,2)	1,1 (0,8-1,7)
<2000	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,1-3,8)	0,6 (0,4-1,0)
<b>ISTRUZIONE</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,4-1,0)	1,4 (0,3-7,0)	0,7 (0,5-1,0)
lic. elementare, senza titolo	0,6 (0,3-1,1)	0,8 (0,1-11,2)	0,6 (0,3-1,1)
<b>STATO CIVILE</b>			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,6-1,5)	1,2 (0,2-7,7)	1,0 (0,7-1,5)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	0,6 (0,4-1,0)	0,3 (0-2,0)	0,8 (0,5-1,3)
autonoma	0,6 (0,3-1,1)	0,6 (0,1-4,9)	0,7 (0,3-1,3)
non altrimenti classificato	1,2 (0,7-2,0)	0,4 (0-5,4)	1,1 (0,7-1,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	0,8 (0,5-1,3)	0,8 (0,1-4,2)	0,8 (0,5-1,2)

### CONTROLLO DEL PESO

Il controllo del peso non sembra essere un problema molto sentito in Valle d'Aosta, particolarmente tra gli uomini: nel corso di un anno dichiarano di controllarlo raramente o mai il 66% degli uomini contro il 44% delle donne.

A controllarlo frequentemente nell'arco dell'anno sono l'8,5% degli uomini e l'11,5 delle donne<sup>3</sup>.

L'analisi per età conferma la scarsa attenzione al proprio peso degli uomini a tutte le età (Tabella 9).

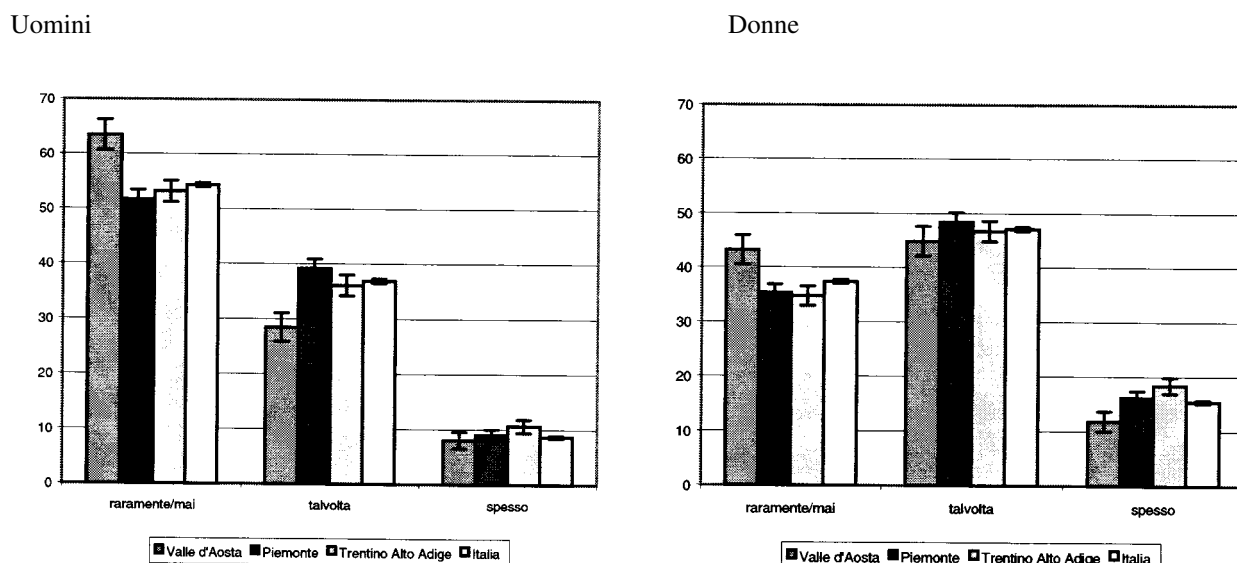
**Tabella 9. Il controllo del peso in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini				Donne			
Controllo del peso	0-14	15-64	65 >	Controllo del peso	0-14	15-64	65 >
raramente/mai	54,2 (47,0-61,4)	62,6 (59,5-65,6)	66,2 (59,8-72,6)	raramente/mai	48,9 (41,5-56,4)	39,5 (36,3-42,6)	59,8 (54,3-65,3)
talvolta	39,0 (31,9-46,0)	27,8 (25,0-30,5)	31,1 (24,8-37,4)	talvolta	46,0 (38,5-53,4)	46,8 (43,6-50,0)	35,8 (30,4-41,2)
spesso	6,9 (3,2-10,5)	9,7 (7,9-11,5)	2,7 (0,5-5,0)	spesso	5,1 (1,8-8,4)	13,7 (11,6-15,9)	4,5 (2,1-6,8)

### La Valle d'Aosta a confronto

Confrontando le prevalenze standardizzate della Valle d'Aosta con quelle delle altre regioni, si conferma il disinteresse dei valdostani, uomini e donne, che registrano la più alta frequenza tra coloro che dichiarano di controllare raramente o mai il proprio peso (Figura 7)

**Figura 7. Controllo del peso in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Una maggiore propensione a non controllare il peso caratterizza gli uomini e le donne valdostane che vivono nei comuni piccoli (PRR = 1,4) che hanno un livello di istruzione basso (PRR = 1,4).

Una minore propensione al controllo del peso sembra caratterizzare anche chi non è sposato (PRR = 1,1), i lavoratori manuali (PRR = 1,3) e autonomi (PRR = 1,3) (Tabella 10).

**Tabella 10. Il controllo del peso nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) – Uomini e Donne**

	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,3)
<2000	1,4 (1,2-1,5)	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,5)
<b>ISTRUZIONE</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,3)
lic. elementare, senza titolo	1,4 (1,2-1,6)	1,4 (1,2-1,6)	1,4 (1,1-1,7)
<b>STATO CIVILE</b>			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
autonoma	1,3 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
non altrimenti classificato	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (1,0-1,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,1-1,3)	1,0 (0,9-1,2)

#### OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

La distribuzione dei principali fattori comportamentali di rischio per la salute non sembra penalizzare particolarmente le Valle d'Aosta rispetto alle altre regioni, nemmeno nel caso del consumo di alcol che presenta modesti eccessi come per il consumo di vino.

Viceversa, sono le differenze interne alla regione che richiamano l'attenzione sull'importanza di questi fattori di rischio, soprattutto per alcuni gruppi di popolazione che sono particolarmente esposti.

Intanto, la prevalenza complessiva di questi comportamenti pericolosi per la salute continua ad essere molto elevata. In ordine di importanza, l'esperienza del fumo ha toccato 1 uomo su 2 e 1 donna su 3, la sedentarietà interessa 1 uomo su 5 e 1 donna su 4, l'obesità 1 adulto su 15 e 1 anziano su 10, il forte consumo di vino 1 persona su 15.

L'attenzione alla prevenzione di questi comportamenti che avranno sicuramente un impatto importante sulla salute, non può prescindere dalla diversa distribuzione che presentano nella popolazione.

Con l'eccezione del sottopeso, che interessa soprattutto le persone di sesso femminile, istruite e di alta posizione sociale, tutti gli altri comportamenti pericolosi per la salute hanno una correlazione stretta e significativa con la povertà di risorse economiche (fumo, non controllo del peso), con la bassa istruzione (fumo maschile, sedentarietà, obesità, non controllo del peso), con le professioni manuali e del lavoro autonomo (fumo, sedentarietà, obesità).

È necessario che le azioni di promozione della salute previste dal Piano Socio Sanitario Regionale si misurino con queste differenze che rivelano le aree di maggiore potenzialità preventiva.

#### Note

- <sup>1</sup> «Causes d'hospitalisation en Vallée d'Aoste – Cause di ricovero in Valle d'Aosta» a cura dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali dell'Assessorato della sanità, Salute e Politiche sociali.
- <sup>2</sup> vedi Osservatorio Permanente su Giovani e l'Alcol. [www.alcol.net/statistiche/tab\\_36.html](http://www.alcol.net/statistiche/tab_36.html)
- <sup>3</sup> Le percentuali sono riferite alla popolazione con età superiore a 15 anni.

## LA SALUTE E LA MALATTIA

La salute percepita è evidentemente cosa diversa dalla salute «oggettiva» che si misura con la presenza di malattie diagnostiche; entrambe queste dimensioni vengono documentate in questo capitolo così come sono state riferite nell'indagine ISTAT.

Il capitolo descrive quanto hanno riferito nel 2000 del proprio stato di salute fisico e psichico i valdostani, quali le cronicità e le disabilità, alcune tra le motivazioni che hanno causato inattività temporanee per problemi di salute, il ricorso ad alcuni farmaci e la propensione ad effettuare esami diagnostici a scopo di prevenzione. In tutte questi scenari, oltre al confronto esterno con altre regioni o con la media nazionale, si indaga su come ed in quale misura alcune variabili individuali come lo stato civile, il livello di istruzione, l'attività professionale e il giudizio sulle proprie risorse economiche, oppure il fatto di risiedere in comuni di diversa ampiezza, possano condizionare gli eventi in studio.

### SALUTE PERCEPITA

L'importanza di studiare il giudizio sullo stato di salute consiste nel fatto che tale percezione non è condizionata unicamente dalla presenza o dall'assenza di malattia, quanto dalla condizione di benessere che la persona avverte in relazione alla capacità dell'ambiente in cui vive di dare risposte adeguate non solo ai bisogni di salute, ma anche a quelli più generali di qualità di vita e di relazione.

La salute percepita è stata analizzata con tre modalità: nel primo caso sintetizzando la risposta che le persone hanno dato alla domanda «come va la salute in generale», negli altri due casi riportando i valori delle medie degli indicatori di stato fisico e psichico ricavate dalle domande della scala SF12.<sup>1</sup>

Alla domanda «come va la salute in generale» hanno risposto male o molto male il 7,3% degli uomini valdostani e il 13% delle donne.

Nonostante il giudizio diventi meno benevolo con il passare degli anni, i valdostani in generale sentono di stare bene in salute. Le donne accusano più problemi degli uomini specie in età avanzata.

Sia l'indicatore di stato fisico che l'indicatore di stato psichico presentano punteggi più favorevoli per gli uomini; in entrambi i sessi i punteggi peggiorano sensibilmente con l'età (Tabella 1).

**Tabella 1. Giudizi sulla salute in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso. Prevalenze grezze per 100, intervalli di confidenza e punteggi medi. Anno 2000.**

Uomini				Donne			
Salute percepita*	0-14	15-64	65 >	Salute percepita*	0-14	15-64	65 >
bene-molto bene	98,1 (96,0-100,0)	96,7 (95,4-98,0)	61,5 (51,5-71,5)	bene-molto bene	98,1 (95,9-100,0)	95,3 (93,6-96,9)	41,2 (32,3-50,0)
male-molto male	1,9 (0-4,0)	3,3 (2,0-4,6)	38,5 (28,5-48,5)	male-molto male	1,9 (0-4,1)	4,8 (3,1-6,4)	58,8 (50,0-67,7)
Salute fisica**				Salute fisica**			
Indice medio	55,9	52,5	50,2	Indice medio	54,0	50,2	47,2
Salute psichica**				Salute psichica**			
Indice medio	54,6	53,2	45,3	Indice medio	56,3	52,2	41,3

\* Prevalenze grezze per 100    \*\* Punteggio medio

### La Valle d'Aosta a confronto

Parlando di salute in generale, la percentuale di uomini valdostani con più di 15 anni che ha dichiarato di stare male o molto male è simile a quella del Piemonte e alla media nazionale; mentre nelle donne valdostane la stessa percentuale è ancora simile a quella del Piemonte, ma è inferiore a quella della media nazionale. Per entrambi i sessi la prevalenza per questa variabile è superiore a quella dichiarata in Trentino Alto Adige.

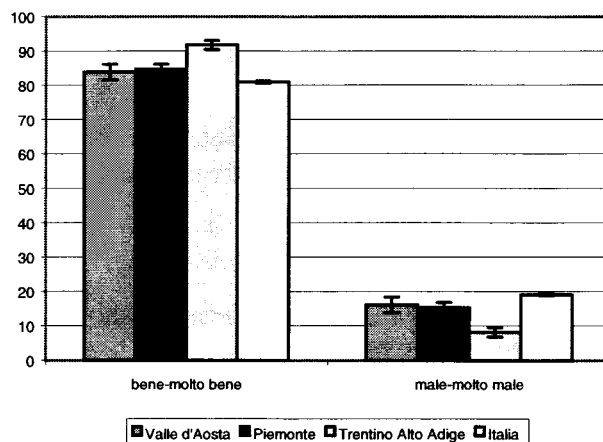
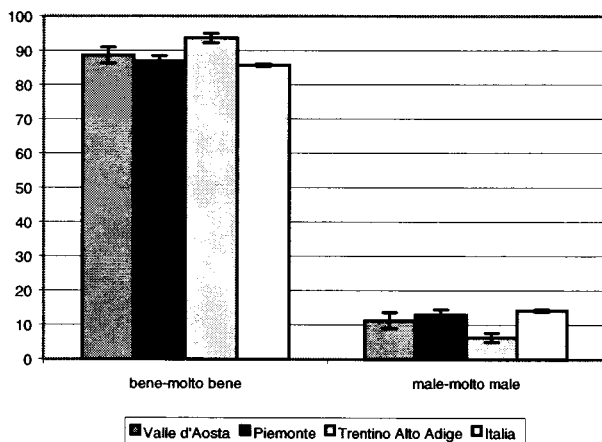
Rispetto al benessere fisico e psichico, valutati in base alla proporzione di rispondenti che cadevano nel primo (<25%) e ultimo quartile (>75%), non si osservano variazioni di interesse tra la Valle d'Aosta e le altre regioni a confronto (Figura 1).

**Figura 1. Giudizi sulla propria salute in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 - Prevalenze standardizzate per età per 100.**

### SALUTE PERCEPITA

Uomini

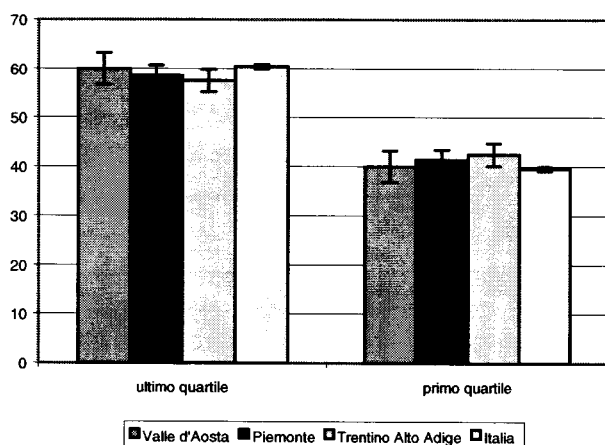
Donne



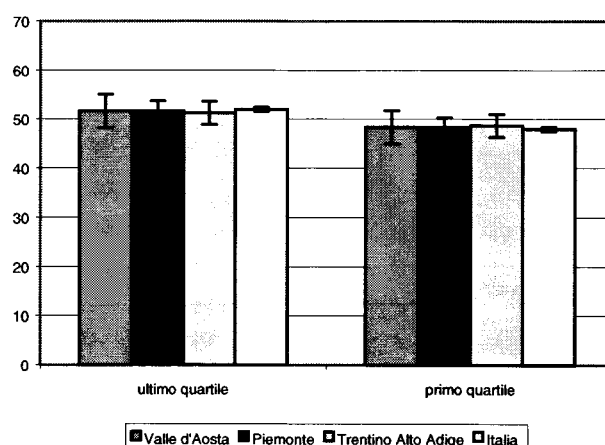


## SALUTE FISICA

Uomini

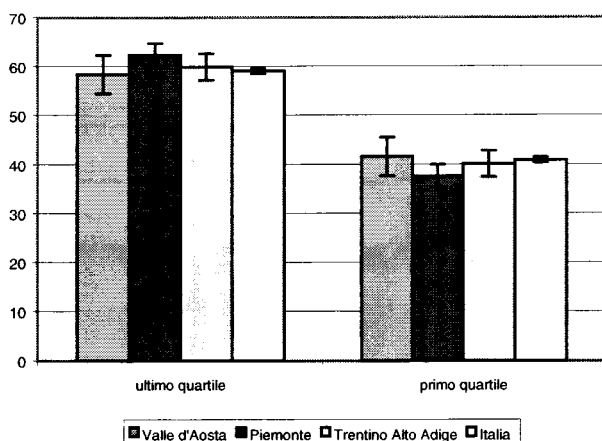


Donne

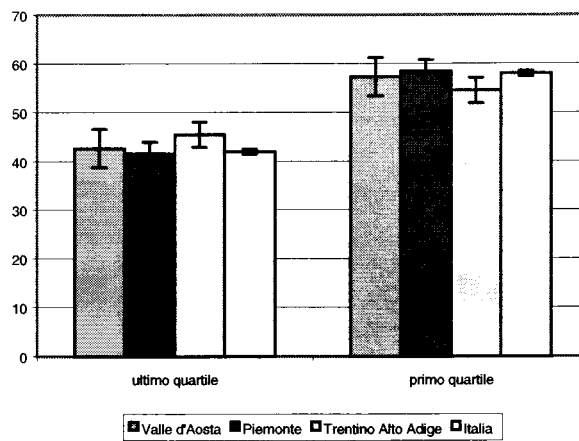


## SALUTE PSICHICA

Uomini



Donne



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Il giudizio sullo stato di salute è sensibilmente correlato alla posizione sociale.

In generale, chi vive nei comuni piccoli ha un rischio inferiore di giudicare male la propria condizione di salute generale, e quella psichica in particolare, rispetto a chi vive ad AOSTA.

Risultano discriminanti i bassi livelli di istruzione, in modo particolare per la salute in generale e per quella fisica, con percentuali di valutazioni negative per entrambi i sessi superiori del 50% nella salute in generale e del 20% in quella fisica. Analogamente, incidono sulla salute fisica le professioni manuali ed autonome con eccessi del 10% al pari della povertà di risorse.

La salute psichica è inoltre condizionata dal giudizio negativo sulle proprie risorse: si sentono peggio gli uomini valdostani che ritengono scarse o assolutamente insufficienti le proprie risorse economiche, con un percentuale superiore rispetto a chi ne è soddisfatto del 30%. (Tabella 2)

**Tabella 2. Giudizi sulla propria salute nel 2000 in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	SALUTE PERCEPITA			SALUTE FISICA**			SALUTE PSICHICA**		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,3-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,7-1,1)	0,8 (0,7-0,9)
<2000	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,4-1,0)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (1,0-1,2)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,8)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,4 (1,1-1,9)	1,4 (0,7-3,0)	*	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,8-1,0)	0,8 (0,6-1,0)	1,0 (0,8-1,2)
lic. elementare, senza titolo	1,5 (1,1-1,9)	1,6 (0,8-3,4)	*	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,0-1,6)	1,2 (1,0-1,4)	0,9 (0,7-1,0)	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,1)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,2 (1,0-1,5)	*	*	1,0 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (0,9-1,3)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	*	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuale	*	*	*	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,3)	1,1 (1,0-1,2)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,8-1,1)
autonoma	*	*	*	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,4)	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-1,0)	0,7 (0,5-0,9)	0,9 (0,7-1,0)
non altrimenti classificato	*	*	*	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (0,8-1,8)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,1)	1,2 (0,8-2,0)	0,9 0,7-1,0
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	*	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
scarse/assolutamente insufficienti	*	*	*	1,1 (1,0-1,1)	1,1 (1,1-1,2)	1,1 (0,9-1,2)	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,6)	*

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

\*\* Rischio di trovarsi nel primo percentile di valutazione (sfavorevole)

## ATTIVITÀ LIMITATA PER MALATTIA

Nell'esplorare ulteriormente lo stato di salute si documenta la frequenza con cui si sono presentati, nel corso delle quattro settimane che hanno preceduto l'intervista, alcuni problemi di salute che hanno costretto le persone interessate ad una riduzione dell'attività abituale.

I problemi di salute scelti dall'ISTAT per esplorare questo fenomeno sono: la presenza di malattie recenti e le fratture o le ferite riportate nelle ultime quattro settimane che hanno preceduto l'intervista.

In Valle d'Aosta hanno dichiarato una limitazione nell'attività il 9% degli uomini e il 13,3% delle donne.

Nell'analisi per fasce di età non si rilevano differenze sostanziali tra i giovani, e tra gli adulti, mentre tra gli anziani le donne hanno lamentato un poco di più degli uomini le malattie recenti come causa di limitazione all'attività abituale. (Tabella 3)

**Tabella 3. Attività limitata per problemi di salute in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000**

Uomini				Donne			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Malattie recenti	27,8 (21,3-34,3)	19,5 (17,1-22,0)	29,2 (23,0-35,4)	Malattie recenti	24,2 (17,8-30,6)	23,8 (21,1-26,5)	40,5 (35,0-46,0)
Fratture e ferite	2,2 (0,1-4,3)	2,9 (1,9-4,0)	2,3 (0,3-4,4)	Fratture e ferite	3,9 (1,0-6,7)	3,2 (2,1-4,3)	2,6 (0,8-4,4)
Attività limitate	15,3 (10,1-20,5)	7,9 (6,2-9,6)	14,2 (9,4-18,9)	Attività limitate	13,9 (8,8-19,1)	11,5 (9,5-13,6)	19,1 (14,7-23,5)

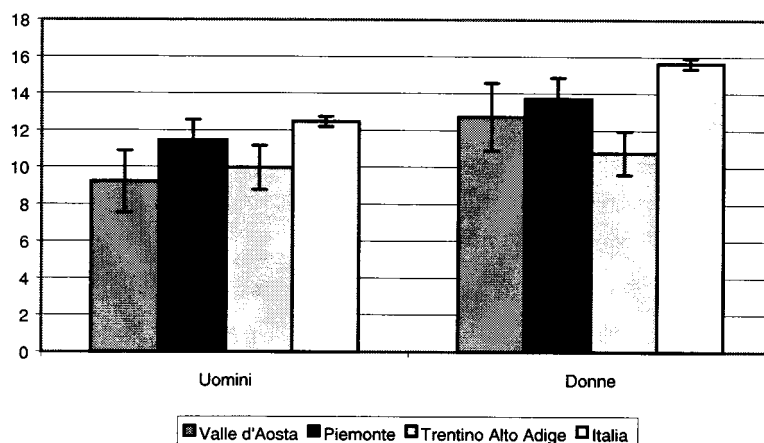
### La Valle d'Aosta a confronto

Rispetto alle altre aree geografiche a confronto la riduzione dell'attività per problemi di salute interessa i valdostani in misura inferiore a quanto accade alle altre regioni del nord e in Italia in generale.

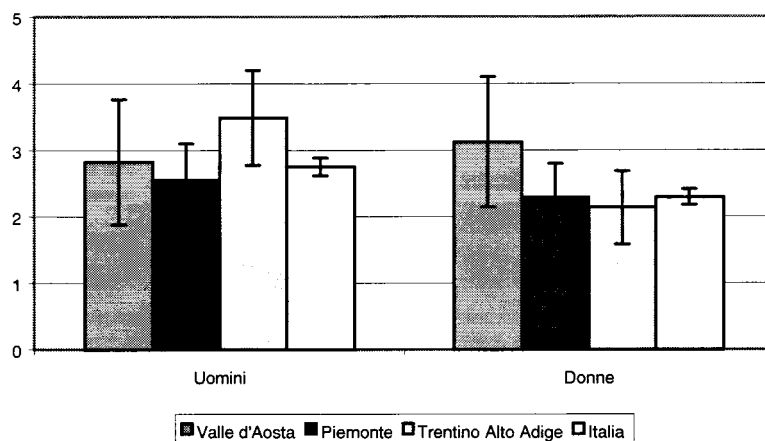
Entrambi i sessi riferiscono la percentuale più bassa in assoluto di malattie recenti, mentre le valdostane presentano una prevalenza leggermente superiore per fratture e ferite (Figura 2).

**Figura 2. Attività limitata per problemi di salute in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

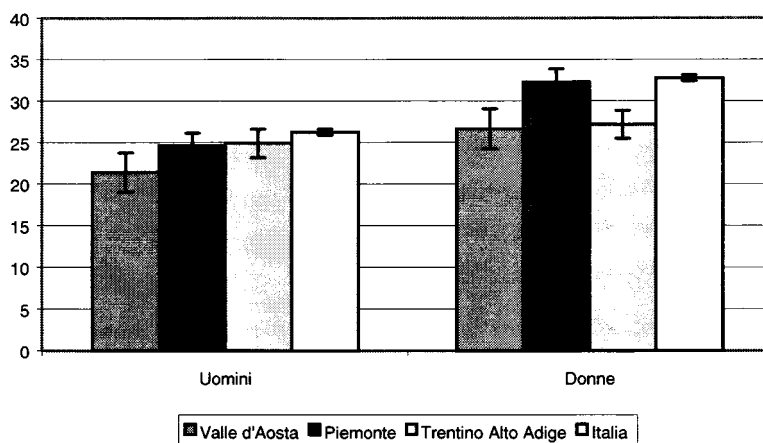
### ATTIVITÀ LIMITATA



### FRATTURE E FERITE



### MALATTIE RECENTI



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Anche in questo caso sembra essere principalmente il giudizio negativo sulle proprie risorse ad influire maggiormente sulla presenza di problemi di salute che causano limitazioni all'attività abituale e, in misura inferiore, lo svolgere un'attività manuale o autonoma.

I più esposti alla limitazione di attività sembrano essere inoltre i livelli di istruzione medio bassi (Tabella 4).

**Tabella 4. Attività limitate per problemi di salute in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	ATTIVITÀ LIMITATE			FRATTURE E FERITE			MALATTIE RECENTI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,7 (0,5-1,0)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,5-1,0)	0,5 (0,3-1,0)	0,9 (0,4-2,2)	0,4 (0,2-0,8)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,7-1,3)	0,9 (0,8-1,2)
<2000	1,1 (0,9-1,5)	1,1 (0,7-1,7)	1,1 (0,8-1,6)	1,0 (0,6-1,7)	1,6 (0,7-3,6)	0,8 (0,4-1,5)	1,0 (0,9-1,2)	1,1 (0,8-1,4)	0,9 (0,8-1,2)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,6 (1,2-2,2)	2,1 (1,3-3,6)	1,3 (0,9-2,0)	1,2 (0,7-2,1)	1,7 (0,7-3,7)	0,9 (0,4-2,0)	1,0 (0,9-1,3)	1,2 (0,9-1,6)	0,9 (0,7-1,1)
lic. elementare, senza titolo	1,4 (1,0-2,0)	1,6 (0,9-3,0)	1,2 (0,7-1,9)	0,9 (0,4-1,8)	0,8 (0,3-2,7)	0,8 (0,3-2,2)	1,1 (0,9-1,4)	1,3 (0,9-1,8)	0,9 (0,7-1,2)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,9 (0,7-1,2)	0,6 (0,4-0,9)	1,2 (0,9-1,6)	1,2 (0,7-2,0)	0,7 (0,3-1,7)	1,7 (0,9-3,3)	0,9 (0,7-1,0)	0,7 (0,5-0,9)	0,9 (0,8-1,2)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuale	1,2 (0,9-1,5)	1,4 (0,9-2,2)	1,1 (0,7-1,6)	1,4 (0,8-2,4)	1,9 (0,8-4,5)	1,1 (0,5-2,4)	1,2 (1,0-1,4)	1,4 (1,1-1,9)	1,0 (0,8-1,3)
autonoma	1,2 (0,8-1,6)	1,6 (0,9-2,6)	0,9 (0,6-1,4)	1,5 (0,1-2,9)	1,7 (0,6-4,7)	1,3 (0,6-3,0)	1,0 (0,8-1,2)	1,3 (0,9-1,8)	0,8 (0,6-1,1)
non altrimenti classificato	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,3-2,7)	0,8 (0,5-1,2)	0,4 (0,1-1,1)	1,3 (0,2-7,0)	0,2 (0-0,8)	1,2 (0,9-1,5)	1,4 (0,8-2,4)	0,9 (0,7-1,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (1,3-2,0)	1,6 (1,1-2,4)	1,7 (1,3-2,3)	1,3 (0,8-2,2)	1,9 (0,9-3,8)	0,9 (0,4-2,0)	1,4 (1,2-1,6)	1,5 (1,2-1,9)	1,3 (1,1-1,6)

## MALATTIE CRONICHE

Le informazioni sulla frequenza e sulla distribuzione di malattie croniche in una popolazione, oltre ad identificare gruppi ad alto rischio, possono utilmente supportare le decisioni in materia di programmazione sanitaria regionale poiché consentono di fare previsioni sul carico assistenziale necessario a fronteggiare con il servizio pubblico queste malattie che, più di quelle acute, determinano la domanda di salute ed incidono fortemente sulla spesa sanitaria regionale.

Gli uomini e le donne con più di 15 anni che dichiarano di avere avuto diagnosticata almeno una malattia cronica sono il 21,1% tra gli uomini e il 29,4% tra le donne.

Le donne sono maggiormente colpite da cronicità degli uomini in età anziana (Tabella 5)

**Tabella 5. Almeno una malattia cronica in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000**

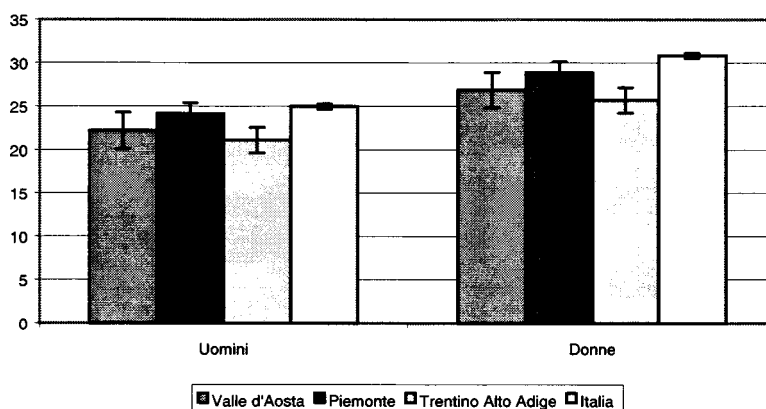
Uomini				Donne			
Malattie croniche	0-14	15-64	65 >	Malattie croniche	0-14	15-64	65 >
Almeno una malattia cronica	1,2 (0-2,8)	14,2 (12,0-16,4)	54,4 (47,6-61,2)	Almeno una malattia cronica	0,3 (0-1,2)	17,4 (15,0-19,9)	67,0 (61,7-72,3)

### La Valle d'Aosta a confronto

La Valle d'Aosta non si differenzia dal resto delle regioni italiane per la presenza di almeno 1 malattia cronica: tanto le donne quanto gli uomini presentano percentuali simili alle altre regioni e inferiori alla media nazionale (Figura 3).

**Figura 3. Almeno una malattia cronica in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

### ALMENO UNA MALATTIA CRONICA



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Il livello di istruzione medio e basso sembra influenzare leggermente il rischio di avere almeno una malattia cronica, mentre il giudizio non favorevole sulle risorse economiche risulta il fattore di rischio più importante (aumento del 30% del rischio); viceversa il risiedere in comuni medi e piccoli sembra proteggere dal medesimo rischio (Tabella 5).

**Tabella 6. Almeno una malattia cronica in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	*
2001-10000	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	*
<2000	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-1,0)	*
<b>ISTRUZIONE</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (0,8-1,4)	1,3 (1,0-1,7)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (0,9-1,4)	1,3 (0,9-1,7)	1,0 (0,8-1,4)
<b>STATO CIVILE</b>			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,1 (0,9-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	1,1 (0,9-1,2)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>			
non manuale	1,0	*	1,0
manuale	1,0 (0,9-1,2)		1,0 (0,9-1,2)
autonoma	1,0 (0,9-1,2)	*	0,9 (0,8-1,1)
non altrimenti classificato	1,0 (0,8-1,2)	*	0,8 (0,7-1,0)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,6)	1,3 (1,2-1,5)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

Di seguito vengono presentati i dati relativi ad un insieme di malattie croniche selezionate, per gravità e frequenza, diagnosticate da un medico alla popolazione valdostana e da questa riferite.

L'elenco delle malattie croniche è numeroso e include circa trenta patologie di diversa gravità e impegno assistenziale.

È opportuno ricordare che trattandosi di malattie autoriferite, anche se diagnosticate da un medico, è possibile che vengano sottoriferite portando ad una sottostima della percentuale «vera» di malattia.

Gli intervistati possono, ad esempio, essere reticenti nel fornire informazioni attinenti certi problemi di salute o non disporre delle conoscenze necessarie per riferire o riconoscere i loro sintomi o le loro malattie; per questa ragione la frequenza delle malattie croniche può risentire fortemente della distorsione dovuta alla bassa istruzione, oltre che ad atteggiamenti ipocondriaci.

Tra le patologie note per essere a maggiore rischio di sottostima si elenca: l'ipertensione, la cirrosi, i tumori.

In generale le donne sono più colpite degli uomini da: cataratta, malattie della tiroide, lombosciatalgie, osteoporosi, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cefalee ed emicranie ricorrenti, vene varicose, artrosi e artriti.

Negli uomini prevalgono invece rispetto alle donne: infarto del miocardio, ernie addominali, ulcera gastrica o duodenale, disturbi cardiologici.

Analizzando la presenza di cronicità nelle diverse fasce di età, fino a 14 anni sono i maschi i più colpiti e le malattie che prevalgono sono le malattie allergiche e l'asma bronchiale.

Nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni le donne accusano con maggiore frequenza più malattie croniche degli uomini, in modo significativo per quelle che riguardano: le vene varicose, le malattie della tiroide, le calcolosi del fegato e delle vie biliari, le cefalee e le emicranie, oltre ovviamente l'osteoporosi.

Tra gli anziani ultrasessantacinquenni ad incidere maggiormente sulle donne sono, in modo statisticamente significativo rispetto agli uomini, in particolare: l'ipertensione, le vene varicose, le malattie della tiroide, le artrosi e le artriti, le lombosciatalgie, l'osteoporosi.

I valdostani uomini oltre i 65 anni sono invece significativamente colpiti da bronchite cronica e ulcera gastrica o duodenale e, ovviamente, da ipertrofia della prostata. (Tabella 6).

**Tabella 7. Malattie croniche in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000**

Uomini				Donne			
Malattie croniche	0-14	15-64	65 >	Malattie croniche	0-14	15-64	65 >
Malattie allergiche	15,3 (10,1-20,5)	8,1 (6,4-9,8)	3,6 (1,1-6,2)	Malattie allergiche	12,8 (7,8-17,8)	10,1 (8,2-12,0)	3,8 (1,6-5,9)
Diabete	0,5 (0-1,5)	1,0 (0,4-1,6)	9,6 (5,6-13,6)	Diabete	*	0,9 (0,3-1,5)	7,4 (4,4-10,3)
Cataratta	*	0,3 (0-0,6)	9,4 (5,4-13,3)	Cataratta	*	0,6 (0,1-1,0)	13,4 (9,6-17,3)
Ipertensione	*	7,2 (5,6-8,8)	21,4 (15,8-27,0)	Ipertensione	*	6,8 (5,2-8,4)	31,9 (26,6-37,2)
Infarto del miocardio	*	0,8 (0,2-1,4)	4,2 (1,5-6,1)	Infarto del miocardio	*	0,3 (0-0,6)	2,4 (0,7-4,1)
Angina pectoris	*	0,3 (0-0,7)	3,1 (0,7-5,4)	Angina pectoris	*	0,2 (0-0,4)	3,3 (1,3-5,3)
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	*	0,3 (0-0,7)	2,4 (0,3-4,5)	Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	*	0,6 (0,1-1,1)	3,0 (1,1-4,9)
Vene varicose, varicocele	*	2,3 (1,4-3,3)	8,7 (4,9-12,5)	Vene varicose, varicocele	*	7,4 (5,8-9,1)	17,9 (13,6-22,2)
Emorroidi	2,0 (0-4,1)	2,8 (1,7-3,8)	6,5 (3,1-9,8)	Emorroidi	*	3,09 (2,0-4,2)	7,74 (4,7-10,8)



Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	0,3 (0-1,2)	1,9 (1,0-2,7)	14,8 (10,0-19,6)
Asma bronchiale	5,7 (2,3-9,0)	1,3 (0,6-2,1)	10,3 (6,2-14,5)
Malattie della pelle	1,4 (0-3,0)	2,3 (1,4-3,2)	2,2 (0,2-4,2)
Malattie della tiroide	0,9 (0-2,2)	1,0 (0,4-1,6)	2,0 (0,1-3,8)
Artrosi, artriti	*	8,9 (7,1-10,6)	34,8 (28,3-41,3)
Lombosciatalgia	0,5 (0-1,5)	5,9 (4,4-7,4)	8,5 (4,7-12,3)
Osteoporosi	*	0,7 (0,2-1,2)	6,1 (2,8-9,3)
Ernia addominale	0,5 (0-1,6)	1,4 (0,6-2,1)	6,2 (2,9-9,5)
Ulcera gastrica o duodenale	*	1,9 (1,1-2,8)	7,8 (4,3-11,7)
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	*	1,3 (0,6-2,1)	3,2 (0,8-5,7)
Cirrosi epatica	*	0,1 (0-0,3)	*
Calcolosi renale	*	1,0 (0,4-1,6)	2,9 (0,6-5,2)
Ipertrofia della prostata	*	1,4 (0,7-2,2)	18,1 (12,9-23,3)
Tumore maligno (escluso linfoma e leucemia)	*	0,8 (0,3-1,4)	1,4 (0-3,0)
Cefalea o emicrania ricorrente	0,3 (0-1,2)	1,6 (0,9-2,4)	3,0 (0,7-5,3)
Disturbi cardiologici	*	2,2 (1,3-3,1)	13,8 (9,1-18,4)

Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	0,3 (0-1,2)	2,2 (1,3-3,1)	9,3 (6,0-12,6)
Asma bronchiale	2,3 (0,1-4,5)	2,5 (1,5-3,5)	5,3 (2,8-7,9)
Malattie della pelle	2,0 (0-4,0)	3,0 (1,9-4,1)	2,5 (0,7-4,2)
Malattie della tiroide	0,4 (0-1,3)	4,7 (3,3-6,0)	7,5 (4,5-10,4)
Artrosi, artriti	*	11,8 (9,8-13,9)	56,3 (50,7-61,9)
Lombosciatalgia	*	7,2 (5,6-8,9)	16,9 (12,7-21,1)
Osteoporosi	*	4,4 (3,1-5,7)	25,9 (21,0-30,9)
Ernia addominale	*	0,3 (0-0,7)	3,6 (1,5-5,7)
Ulcera gastrica o duodenale	*	0,7 (0,2-1,2)	1,9 (0,4-3,5)
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	*	3,0 (1,9-4,1)	7,8 4,8-10,9
Cirrosi epatica	*	*	0,9 (0-2,0)
Calcolosi renale	*	1,6 (0,8-2,4)	1,5 (0,1-2,9)
Tumore maligno (escluso linfoma e leucemia)	*	1,0 (0,4-1,7)	2,2 (0,6-3,9)
Cefalea o emicrania ricorrente	1,0 (0-2,6)	6,0 (4,5-7,5)	5,8 (3,2-8,5)
Disturbi cardiologici	*	1,6 (0,8-2,4)	13,0 (9,2-16,8)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

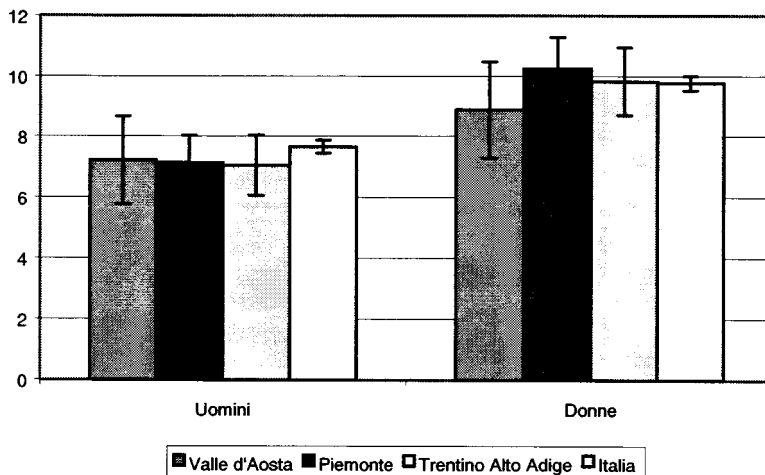
### La Valle d'Aosta a confronto

Rispetto alle altre regioni a confronto, la popolazione della Valle d'Aosta presenta prevalenze inferiori per diabete e iper-

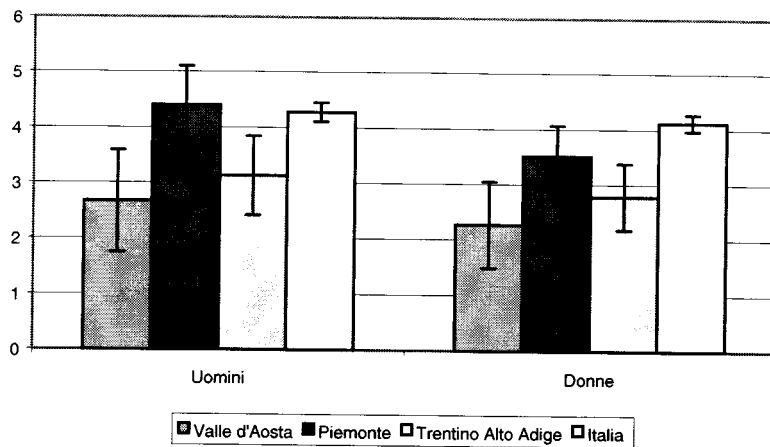
tensione per entrambi i sessi (in entrambi i sessi l'ipertensione arteriosa ha una prevalenza uguale a quella del Trentino Alto Adige). (Figura 4).

**Figura 4. Malattie croniche in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

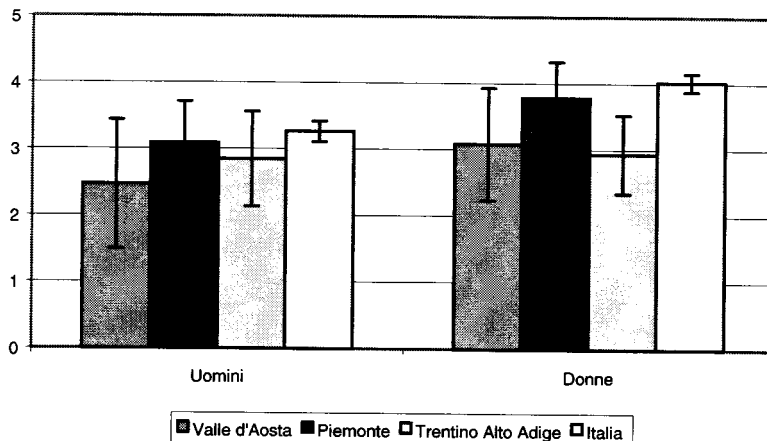
*MALATTIE ALLERGICHE*



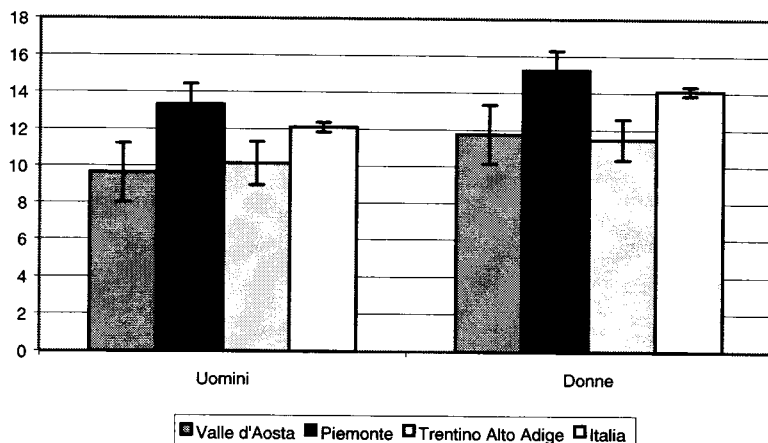
*DIABETE*



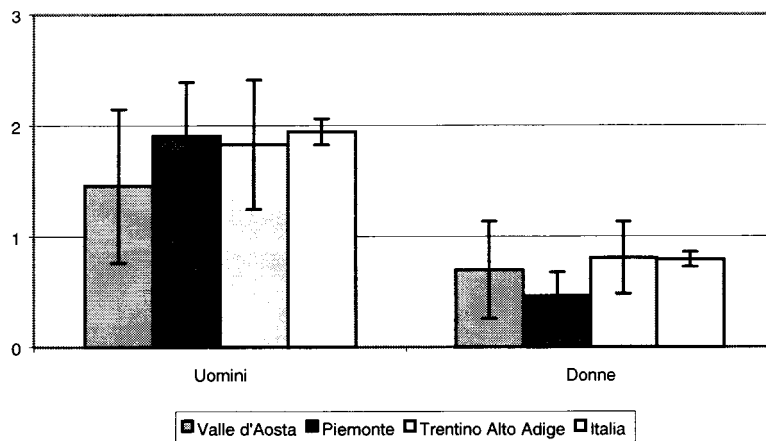
*CATARATTA*



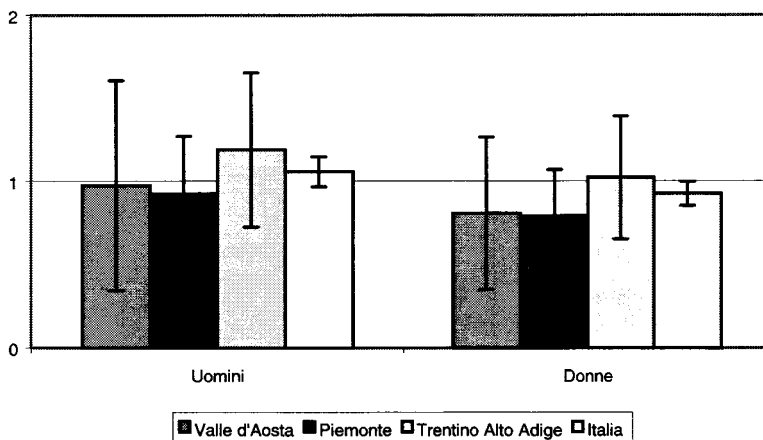
*IPERTENSIONE*



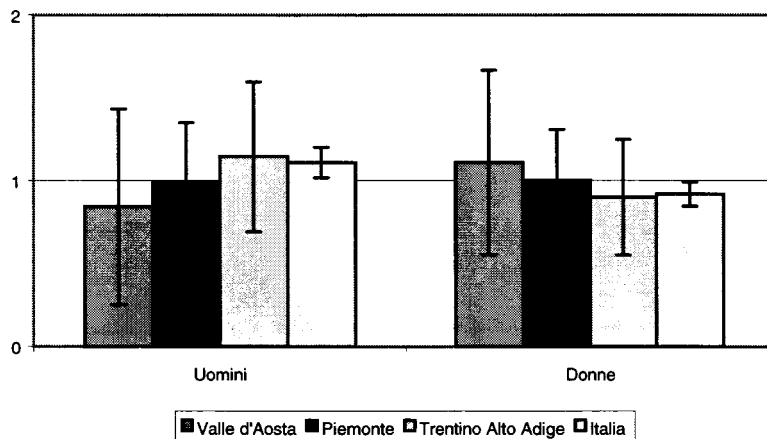
*INFARTO DEL MIOCARDIO*



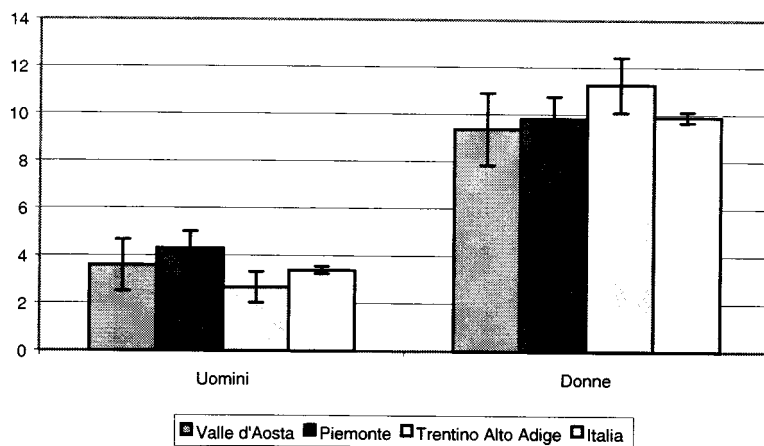
*ANGINA PECTORIS*



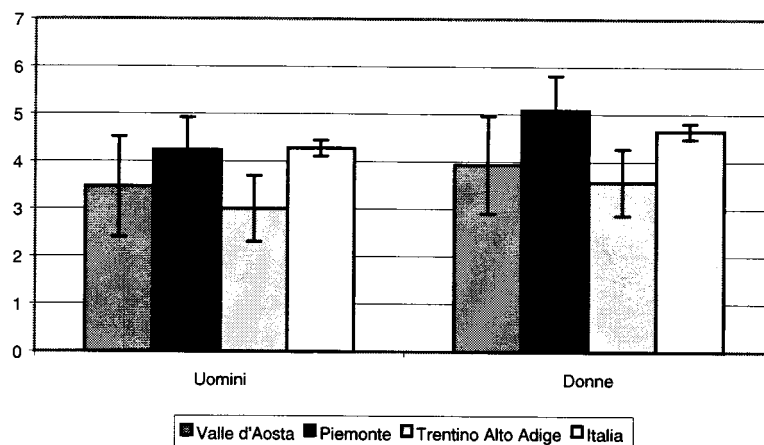
*TROMBOSI, EMBOLIA, EMORRAGIA CEREBRALE*



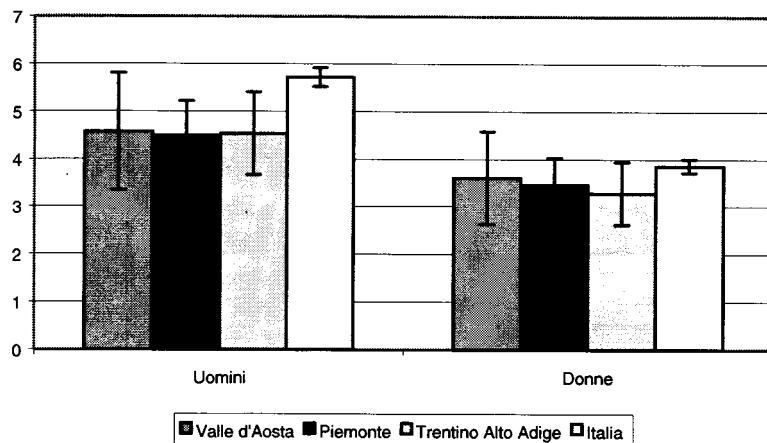
*VENE VARICOSE, VARICOCELE*



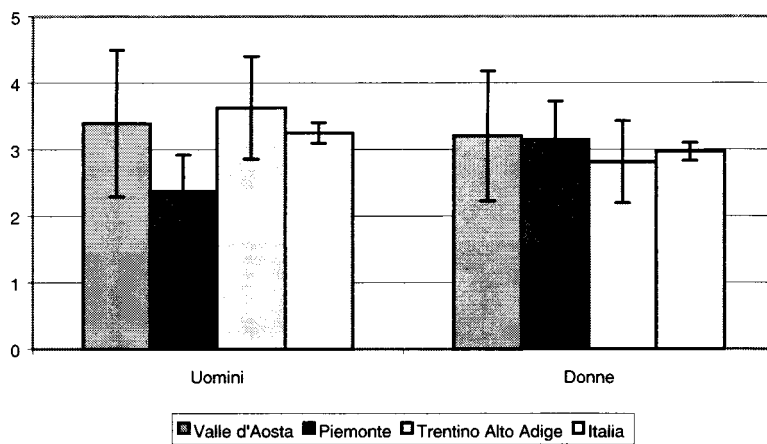
*EMORROIDI*



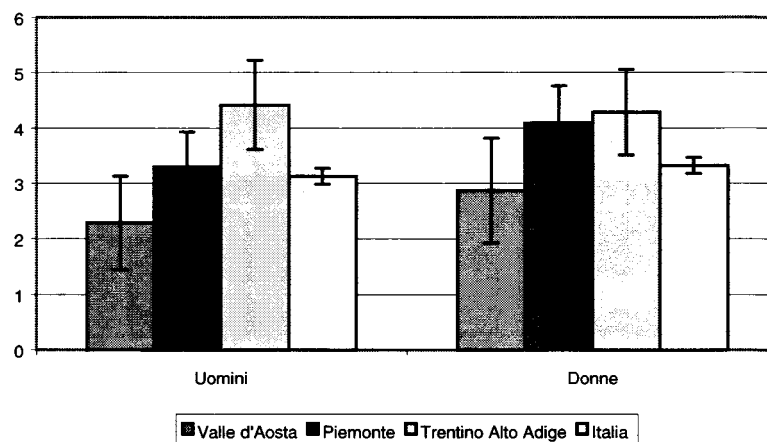
**BRONCHITE CRONICA ED ENFISEMA**



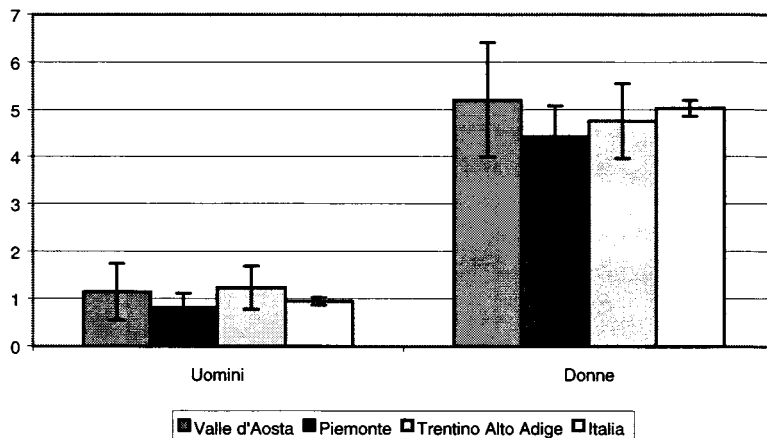
**ASMA BRONCHIALE**



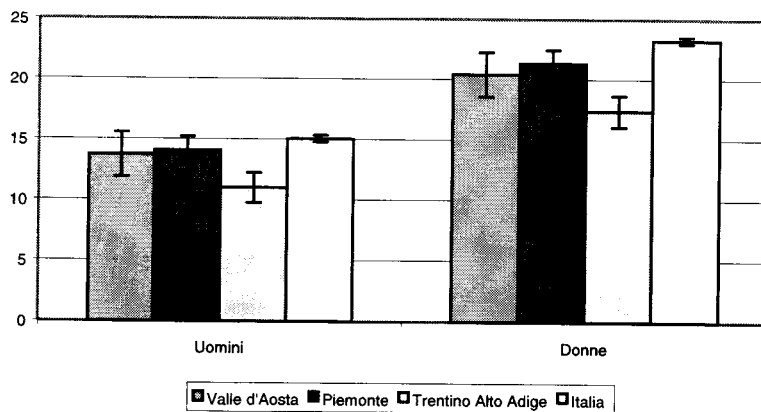
**MALATTIE DELLA PELLE, PSORIASI, VITILIGINE**



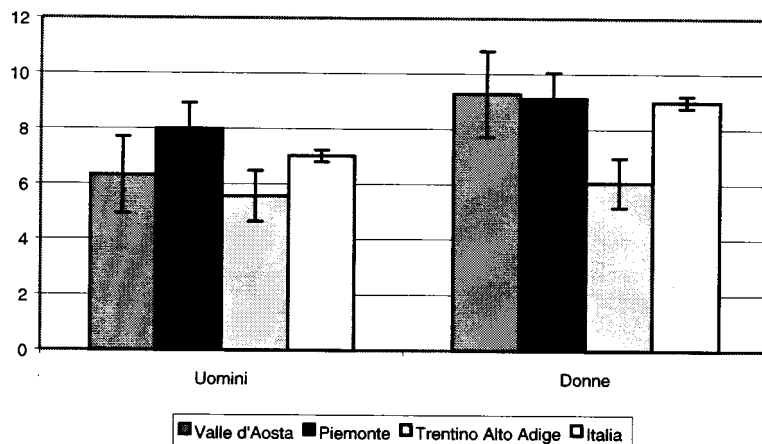
MALATTIE DELLA TIROIDE



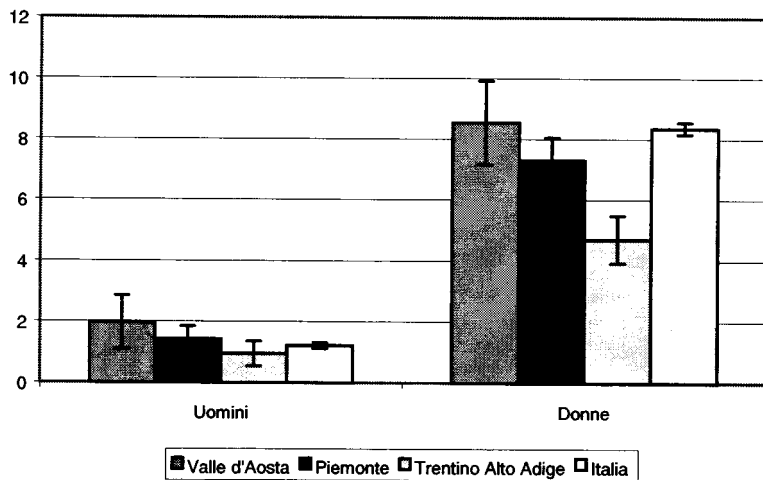
ARTROSI, ARTRITI



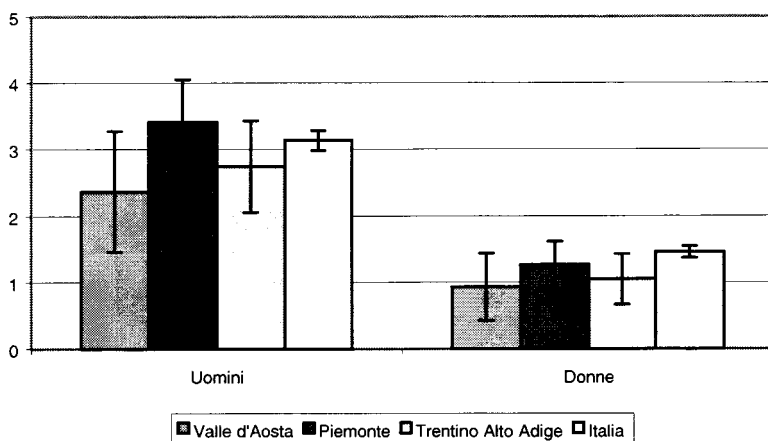
LOMBOSCIATALGIA



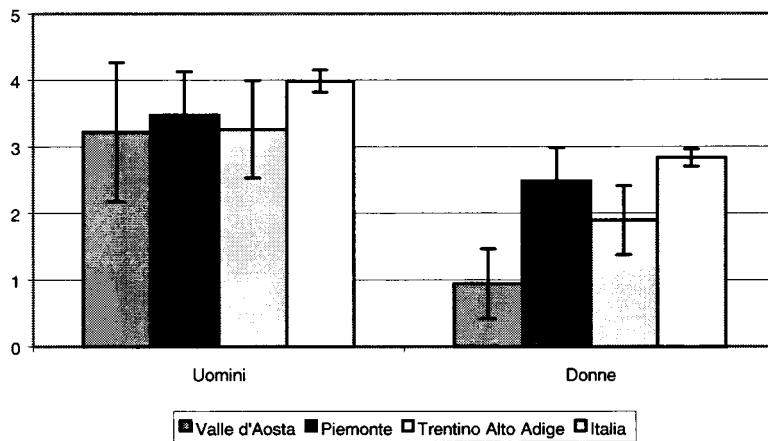
*OSTEOPOROSI*



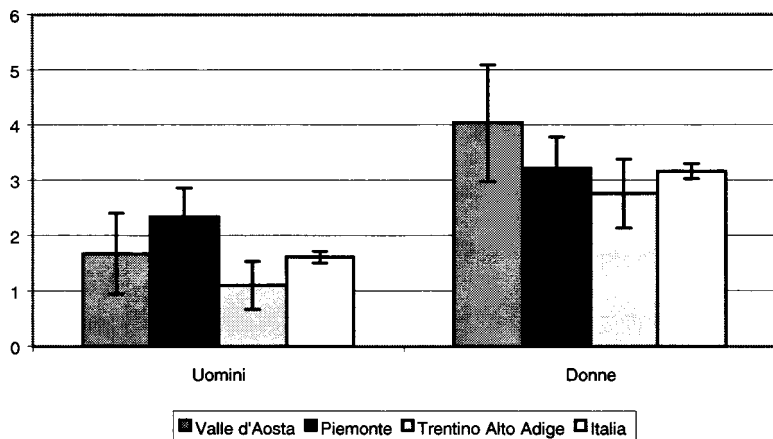
*ERNIA ADDOMINALE*



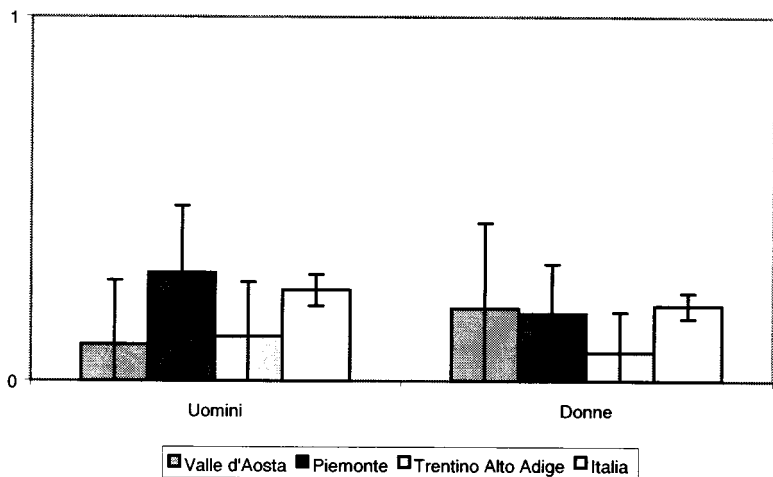
*ULCERA GASTRICA O DUODENALE*



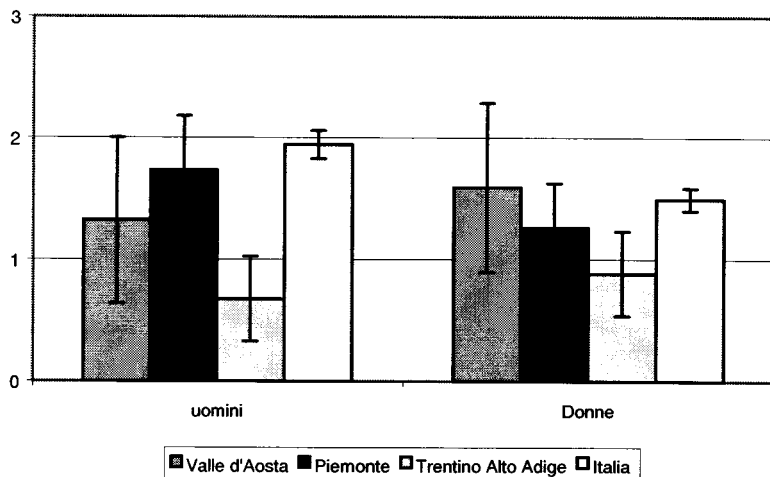
**CALCOLOSI DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI**



**CIRROSI EPATICA**

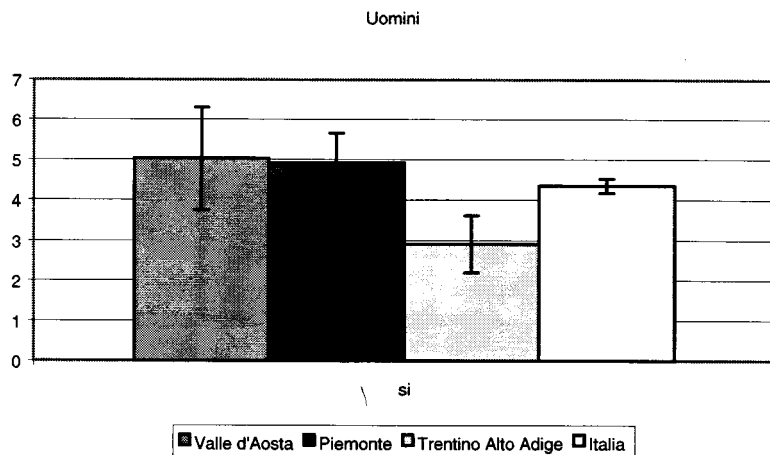


**CALCOLOSI RENALE**

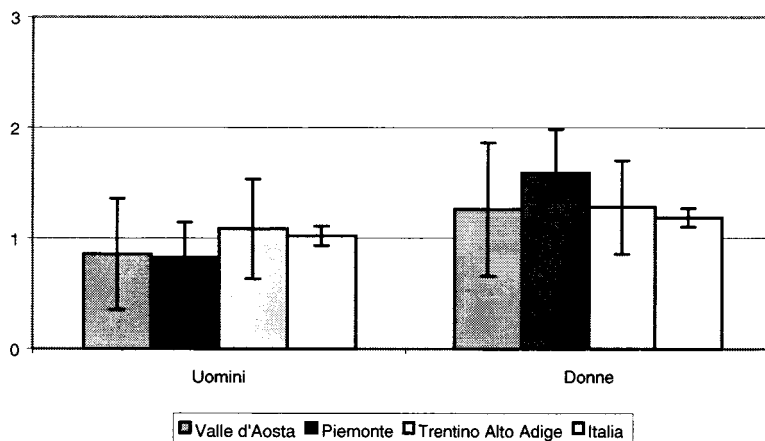




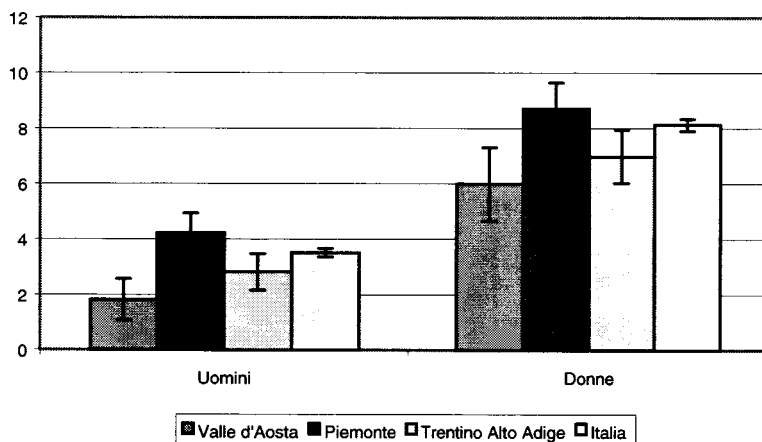
**IPERTROFIA DELLA PROSTATA**



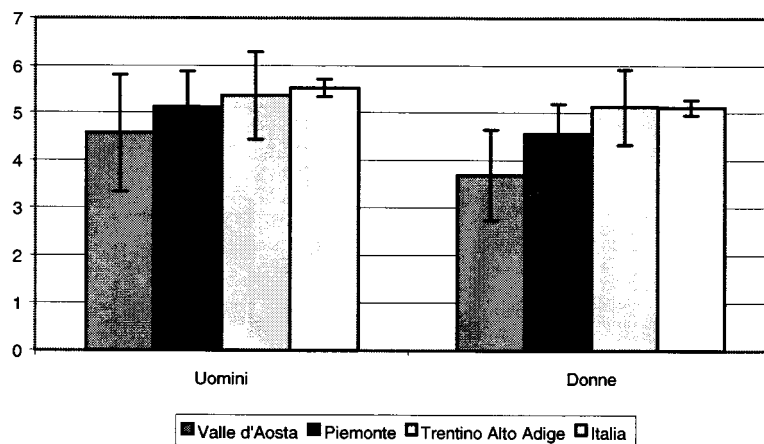
**TUMORE MALIGNO (ESCLUSO LINFOMA E LEUCEMIA)**



**CEFALEA O EMICRANIA RICORRENTE**



## DISTURBI CARDIOLOGICI



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Fatte salve alcune generalizzazioni, si rileva una ridotta variabilità sociale, anche a causa della bassa frequenza delle osservazioni. Tuttavia, con l'eccezione di alcune patologie che sono note essere associate con un'alta posizione sociale (allergie), la gran parte della malattie croniche presenta una prevalenza crescente con l'abbassarsi del titolo di studio, con la condizione di non coniugato e con l'insufficienza delle risorse economiche (Tabella 7).

La relazione con il lavoro manuale ed autonomo è meno evidente a causa dell'effetto del cosiddetto «lavoratore sano», per il quale il lavoratore malato tende ad allontanarsi dal lavoro.

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).-**

	MALATTIE ALLERGICHE			DIABETE			CATARATTA		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,6-1,1)	0,5 (0,3-0,9)	1,1 (0,7-1,7)	0,5 (0,3-1,0)	0,8 (0,3-1,8)	0,4 (0,1-0,9)	0,7 (0,4-1,1)	0,7 (0,3-1,8)	0,7 (0,3-1,3)
<2000	0,7 (0,5-1,0)	0,6 (0,4-0,9)	0,9 (0,6-1,4)	0,5 (0,3-1,0)	0,6 (0,3-1,5)	0,5 (0,2-1,2)	0,6 (0,4-1,0)	0,5 (0,2-1,3)	0,6 (0,3-1,2)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,6-1,0)	*	0,8 (0,5-1,1)	1,0 (0,4-2,4)	0,7 (0,3-2,3)	1,9 (0,4-9,5)	2,8 (0,9-8,9)	5,6 (0,9-36,5)	1,4 (0,3-6,0)
lic. elementare, senza titolo	0,4 (0,2-0,7)	*	0,6 (0,3-1,2)	1,1 (0,5-2,4)	0,9 (0,4-2,4)	1,8 (0,4-8,6)	2,2 (0,7-6,5)	2,8 (0,4-17,6)	1,4 (0,4-5,5)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,1 (0,8-1,5)	1,3 (0,8-2,1)	1,0 (0,7-1,5)	1,1 (0,7-1,9)	1,3 (0,6-2,7)	1,4 (0,6-2,9)	1,3 (0,8-2,0)	1,7 (0,7-3,8)	0,9 (0,5-1,7)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuale	0,6 (0,5-0,9)	0,4 (0,2-0,7)	1,0 (0,6-1,5)	1,5 (0,8-2,9)	1,0 (0,4-2,3)	2,3 (0,8-6,4)	1,1 (0,6-2,1)	*	0,7 (0,3-1,6)
autonoma	0,7 (0,5-1,0)	0,5 (0,3-1,0)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,5-2,2)	1,2 (0,5-3,1)	0,9 (0,3-2,8)	1,1 (0,6-2,1)	*	0,8 (0,4-1,6)
non altrimenti classificato	0,6 (0,4-0,9)	1,6 (0,9-3,1)	0,3 (0,2-0,7)	1,1 (0,5-2,6)	5,2 (1,0-26,4)	1,2 (0,4-3,5)	1,1 (0,5-2,2)	*	0,7 (0,3-1,4)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,7-1,4)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,7-1,6)	1,2 (0,7-2,1)	0,7 (0,3-1,8)	1,7 (0,8-3,5)	1,4 (0,8-2,2)	1,9 (0,9-4,2)	1,1 (0,6-2,1)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	IPERTENSIONE			INFARTO DEL MIOCARDIO			ANGINA PECTORIS		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,6-1,0)	*	1,0 (0,7-1,4)	0,4 (0,1-1,0)	0,6 (0,2-1,9)	0,2 (0-1,2)	1,1 (0,4-3,0)	3,2 (0,6-18,5)	0,6 (0,2-2,2)
<2000	0,8 (0,6-1,0)	*	0,9 (0,7-1,2)	0,4 (0,2-1,0)	0,8 (0,3-2,3)	0,1 (0-1,0)	0,6 (0,2-1,8)	2,0 (0,3-12,3)	0,2 (0-1,2)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (0,8-1,6)	1,0 (0,6-1,6)	1,4 (0,8-2,5)	2,2 (0,6-8,3)	2,5 (0,5-12,5)	2,4 (0,3-22,4)	1,3 (0,3-6,5)	1,4 (0,2-11,4)	1,3 (0,1-16,5)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (0,9-1,7)	0,9 (0,6-1,4)	1,6 (0,9-2,8)	1,1 (0,3-4,3)	1,6 (0,3-7,7)	0,9 (0,1-9,2)	1,6 (0,3-7,3)	1,6 (0,2-11,3)	1,7 (0,1-20,6)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,7-1,3)	0,9 (0,4-2,1)	0,3 (0,1-1,5)	7,5 (1,2-47,4)	0,9 (0,4-2,2)	0,6 (0,1-3,1)	1,2 (0,3-4,5)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuale	1,2 (0,9-1,6)	*	1,2 (0,8-1,7)	1,3 (0,5-3,2)	*	0,2 (0-2,8)	5,9 (0,9-37,4)	*	2,8 (0,4-20,6)
autonoma	0,9 (0,7-1,2)	*	0,8 (0,5-1,2)	0,5 (0,1-1,8)	*	0,6 (0,1-3,1)	4,8 (0,7-32,5)	*	1,4 (0,2-11,9)
non altrimenti classificato	0,9 (0,7-1,3)	*	0,8 (0,6-1,2)	0,5 (0,1-2,2)	*	0,6 (0,1-2,9)	4,4 (0,6-32,3)	*	2,0 (0,3-14,8)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (0,8-1,8)	1,3 (0,9-1,7)	1,5 (0,7-3,5)	1,6 (0,6-4,4)	1,5 (0,4-5,9)	1,3 (0,5-3,3)	1,4 (0,4-5,6)	1,3 (0,4-4,5)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	TROMBOSI, EMBOLIA, EMORRAGIE CEREBRALI			VENE VARICOSE E VARICOCELE			EMORROIDI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,1 (0,4-2,9)	*	*	1,0 (0,7-1,5)	1,0 (0,5-2,0)	1,1 (0,7-1,6)	0,8 (0,5-1,3)	1,7 (0,8-3,5)	0,5 (0,3-0,9)
<2000	0,9 (0,4-2,4)	*	*	1,1 (0,7-1,5)	0,9 (0,5-1,9)	1,1 (0,8-1,7)	0,4 (0,3-0,8)	0,6 (0,3-1,5)	0,4 (0,2-0,8)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	*	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	*	*	*	1,3 (0,8-1,9)	0,7 (0,3-1,6)	1,6 (0,9-2,8)	1,1 (0,7-1,9)	1,0 (0,5-1,9)	1,3 (0,6-3,0)
lic. elementare, senza titolo	*	*	*	1,2 (0,8-1,9)	0,6 (0,3-1,3)	1,5 (0,8-2,7)	0,7 (0,4-1,3)	0,4 (0,2-1,0)	1,1 (0,5-2,7)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,7 (0,3-1,7)	0,4 (0,1-2,3)	0,9 (0,3-2,7)	1,1 (0,8-1,4)	0,8 (0,4-1,6)	1,0 (0,7-1,4)	0,6 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,5)	0,5 (0,3-1,0)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuale	0,8 (0,3-2,1)	*	1,2 (0,4-3,9)	1,0 (0,7-1,5)	0,8 (0,4-1,7)	1,3 (0,8-2,1)	0,9 (0,6-1,5)	*	1,0 (0,50,-2,0)
autonoma	0,5 (0,2-1,6)	*	0,6 (0,1-2,3)	1,3 (0,9-1,9)	1,0 (0,4-2,2)	1,3 (0,8-2,1)	0,5 (0,3-1,0)	*	0,4 (0,2-1,1)
non altrimenti classificato	0,2 (0-1,2)	*	0,2 (0-1,3)	1,7 (1,1-2,6)		1,4 (0,9-2,3)	1,3 (0,7-2,2)	*	1,2 (0,6-2,3)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,6 (0,7-3,7)	2,6 (0,7-10,4)	1,1 (0,3-3,4)	1,2 (0,8-1,6)	0,7 (0,3-1,6)	1,3 (0,9-1,9)	1,5 (0,9-2,2)	1,1 (0,5-2,2)	1,7 (1,0-3,0)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	BRONCHITE CRONICA ED ENFISEMA			ASMA BRONCHIALE			MALATTIE DELLA PELLE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,5-1,4)	0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,4-1,9)	0,8 (0,5-1,3)	0,4 (0,2-1,0)	1,3 (0,6-2,8)	0,6 (0,3-1,0)	0,3 (0,1-0,8)	0,8 (0,4-1,7)
<2000	1,0 (0,6-1,5)	0,7 (0,3-1,3)	1,6 (0,8-3,0)	0,6 (0,4-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	1,0 (0,4-2,1)	0,5 (0,3-1,0)	0,5 (0,2-1,1)	0,6 (0,2-1,3)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,5-1,7)	1,1 (0,4-2,8)	0,8 (0,3-1,9)	1,1 (0,6-2,1)	0,8 (0,3-1,9)	1,6 (0,6-3,9)	0,9 (0,5-1,6)	0,6 (0,3-1,3)	1,4 (0,6-3,2)
lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,6-2,0)	1,5 (0,6-3,4)	0,8 (0,3-2,0)	1,1 (0,5-2,2)	0,9 (0,4-2,2)	1,4 (0,5-4,1)	0,5 (0,2-1,1)	0,2 (0,1-0,9)	1,0 (0,3-2,8)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,8 (0,5-1,2)	0,6 (0,3-1,2)	1,3 (0,7-2,5)	0,7 (0,4-1,1)	0,3 (0,1-0,7)	1,7 (0,8-3,4)	1,3 (0,8-2,3)	1,6 (0,7-3,6)	1,2 (0,6-2,5)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
manuale	1,8 (1,1-3,0)	*	1,7 (0,7-4,1)	2,5 (1,3-4,8)	*	1,9 (0,8-4,7)	0,6 (0,3-1,2)	0,4 (0,1-1,0)	1,1 (0,5-2,3)
autonoma	1,2 (0,7-2,2)	*	1,5 (0,6-3,6)	1,9 (0,9-3,9)	*	1,9 (0,7-4,7)	0,5 (0,2-1,1)	0,3 (0,1-1,2)	0,7 (0,3-2,0)
non altrimenti classificato	1,1 (0,6-2,2)	*	1,6 (0,7-3,7)	1,7 (0,8-3,8)	*	1,3 (0,5-3,4)	0,3 (0,1-0,9)	0,3 (0-2,6)	0,4 (0,1-1,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,8 (1,2-2,6)	2,1 (1,2-3,6)	1,6 (0,9-2,8)	1,5 (0,9-2,5)	1,4 (0,7-2,8)	1,6 (0,8-3,1)	1,0 (0,6-1,9)	0,5 (0,2-1,8)	1,5 (0,7-3,0)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	MALATTIE DELLA TIROIDE			ARTROSI, ARTRITI			LOMBOSCIATALGIA		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,9 (0,6-1,6)	1,1 (0,3-4,0)	0,9 (0,5-1,6)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,6-1,1)	0,7 (0,5-0,8)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (0,6-1,6)	0,9 (0,6-1,3)
<2000	0,8 (0,5-1,4)	1,1 (0,3-3,9)	0,8 (0,5-1,5)	0,8 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,4-1,3)	0,6 (0,4-1,0)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,4 (0,8-2,6)	0,6 (0,1-2,2)	1,8 (0,9-3,6)	1,5 (1,1-2,0)	1,2 (0,8-1,8)	1,6 (1,1-2,4)	1,3 (0,9-1,9)	1,3 (0,8-2,3)	1,3 (0,8-2,1)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (0,6-2,3)	0,7 (0,2-2,7)	1,3 (0,6-2,8)	1,4 (1,1-1,8)	1,3 (0,9-1,9)	1,4 (0,9-2,0)	1,0 (0,6-1,5)	1,0 (0,5-1,9)	0,9 (0,5-1,5)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,8 (0,5-1,3)	0,6 (0,2-2,4)	0,8 (0,5-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,4)	0,7 (0,4-1,2)	1,2 (0,8-1,7)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuale	0,8 (0,5-1,5)	*	0,9 (0,5-1,6)	1,0 (0,8-1,2)	1,2 (0,9-1,6)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,7-1,4)	*	0,9 (0,6-1,5)
autonoma	0,8 (0,4-1,5)	*	0,8 (0,4-1,6)	1,0 (0,8-1,3)	1,2 (0,8-1,8)	0,9 (0,7-1,1)	0,7 (0,5-1,1)	*	0,7 (0,5-1,2)
non altrimenti classificato	1,3 (0,7-2,4)	*	0,8 (0,4-1,5)	1,0 (0,8-1,3)	0,8 (0,2-3,9)	0,7 (0,6-0,9)	1,1 (0,7-1,7)	*	1,0 (0,6-1,5)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (0,8-2,1)	0,6 (0,1-2,9)	1,5 (0,9-2,4)	1,3 (1,2-1,6)	1,3 (1,0-1,8)	1,4 (1,2-1,6)	1,7 (1,3-2,2)	1,3 (0,8-2,2)	1,9 (1,4-2,7)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	OSTEOPOROSI			ERNIA ADDOMINALE			ULCERA GASTRICA O DUODENALE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,9 (0,6-1,2)	0,5 (0,2-1,4)	0,9 (0,6-1,3)	1,8 (0,8-3,9)	1,2 (0,5-3,2)	3,9 (0,7-21,8)	1,6 (0,8-3,2)	1,4 (0,6-3,0)	2,9 (0,6-13,2)
<2000	0,6 (0,4-0,8)	0,1 (0-0,7)	0,6 (0,4-0,9)	1,5 (0,7-3,4)	1,1 (0,4-2,8)	2,9 (0,5-16,4)	1,1 (0,5-2,2)	1,0 (0,5-2,4)	1,3 (0,2-7,0)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	3,2 (1,5-6,8)	4,0 (0,6-29,7)	2,4 (1,1-5,4)	1,6 (0,5-5,1)	1,2 (0,4-4,0)	*	1,8 (0,7-4,5)	1,2 (0,4-3,3)	7,4 (0,6-93,2)
lic. elementare, senza titolo	2,6 (1,3-5,6)	3,7 (0,5-26,7)	1,9 (0,9-4,3)	1,8 (0,6-5,5)	1,6 (0,5-5,0)	*	2,1 (0,8-5,6)	2,6 (0,9-7,1)	2,5 (0,2-38,4)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,6 (1,2-2,2)	1,2 (0,5-3,1)	1,2 (0,8-1,7)	1,1 (0,6-2,1)	0,7 (0,2-1,7)	5,7 (1,0-32,2)	0,9 (0,5-1,7)	1,1 (0,5-2,2)	1,5 (0,4-5,0)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	*	*	1,0	*	1,0
manuale	1,2 (0,7-1,8)	*	1,0 (0,6-1,6)	2,6 (1,0-6,4)	*	*	1,1 (0,6-2,2)	*	0,1 (0-2,1)
autonoma	0,8 (0,5-1,3)	*	0,6 (0,4-1,0)	2,5 (1,0-6,5)	*	*	1,0 (0,5-2,1)	*	0,8 (0,2-3,1)
non altrimenti classificato	2,1 (1,4-3,3)	*	1,1 (0,7-1,7)	0,6 (0,1-2,8)	*	*	0,3 (0,1-1,2)	*	0,4 (0,1-2,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,7 (1,3-2,3)	3,5 (1,5-8,4)	1,5 (1,1-2,1)	0,7 (0,3-1,5)	0,7 (0,2-1,9)	0,9 (0,2-3,3)	1,4 (0,8-2,6)	*	0,7 (0,2-3,2)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione



**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	CALCOLOSI DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI			CIRROSI EPATICA			CALCOLOSI RENALE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	*	*	*	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,6 (0,4-1,1)	0,6 (0,2-1,9)	0,6 (0,3-1,1)	*	*	*	1,2 (0,6-2,8)	1,0 (0,4-3,1)	1,6 (0,5-5,4)
<2000	0,6 (0,3-1,0)	0,8 (0,3-2,3)	0,5 (0,3-1,0)	*	*	*	0,9 (0,4-2,2)	0,4 (0,1-1,6)	1,9 (0,6-6,1)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	*	*	*	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	2,1 (1,1-4,3)	0,9 (0,3-2,5)	4,3 (1,4-12,9)	*	*	*	3,4 (1,1-10,5)	2,8 (0,6-12,4)	4,9 (0,9-27,2)
lic. elementare, senza titolo	1,4 (0,7-3,1)	0,4 (0,1-1,5)	3,1 (1,0-10,0)	*	*	*	3,2 (0,9-11,3)	1,4 (0,3-7,8)	6,9 (1,1-44,5)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,9 (0,6-1,5)	0,1 (0-0,9)	1,3 (0,7-2,2)	4,4 (0,5-37,3)	*	1,3 (0,1-16,0)	1,1 (0,6-2,2)	0,9 (0,3-2,7)	1,8 (0,7-4,7)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	*	*	*	1,0		1,0
manuale	1,2 (0,7-2,1)	*	1,5 (0,8-3,0)	*	*	*	1,6 (0,7-3,4)		1,8 (0,7-5,2)
autonoma	0,7 (0,3-1,4)	*	0,8 (0,4-1,8)	*	*	*	0,5 (0,2-1,7)		0,2 (0-2,1)
non altrimenti classificato	1,0 (0,5-2,1)	*	0,8 (0,3-1,7)	*	*	*	1,0 (0,3-3,1)		1,1 (0,3-3,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,3 (0,8-2,2)	0,8 (0,2-2,4)	1,6 (0,9-2,8)	8,4 (1,0-71,1)	*	*	0,7 (0,3-1,6)	0,6 (0,1-2,5)	0,7 (0,2-2,2)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 8. Malattie croniche in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	IPERTROFIA DELLA PROSTATA			TUMORE MALIGNO (escluso linfoma e leucemia)			CEFALEA O EMICRANIA RICORRENTE			DISTURBI CARDIOLOGICI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>												
10001-50000	—	1,0	—	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
2001-10000		1,0		0,6	0,3	0,9	0,8	0,3	0,9	*	*	0,6
		(0,5-1,9)		(0,3-1,4)	(0,1-1,4)	(0,3-2,5)	(0,5-1,2)	(0,1-1,0)	(0,5-1,5)			(0,3-1,1)
<2000		0,9		0,3	0,3	0,3	0,7	0,7	0,8	*	*	0,5
		(0,5-1,7)		(0,1-0,9)	(0,1-1,4)	(0,1-1,3)	(0,5-1,2)	(0,3-1,6)	(0,5-1,4)			(0,3-0,9)
<b>ISTRUZIONE</b>												
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma		1,0		1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori		0,7		0,5	*	0,8	1,6	*	1,6	1,2	0,9	1,5
		(0,3-1,5)		(0,2-1,3)		(0,2-2,4)	(1,0-2,7)		(0,9-2,7)	(0,7-2,2)	(0,4-2,1)	(0,6-3,5)
lic. elementare, senza titolo		0,6		0,5	*	0,3	0,8	*	0,7	1,0	1,4	0,7
		(0,3-1,1)		(0,2-1,3)		(0,1-1,0)	(0,4-1,5)		(0,4-1,5)	(0,5-1,8)	(0,6-3,3)	(0,3-1,7)
<b>STATO CIVILE</b>												
coniugato/a		1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione		0,8		1,5	1,2	1,5	0,6	0,5	0,7	1,0	0,8	1,5
		(0,5-1,5)		(0,7-3,2)	(0,3-4,4)	(0,6-4,3)	(0,4-1,0)	(0,2-1,5)	(0,4-1,1)	(0,7-1,5)	(0,4-1,6)	(0,8-2,6)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>												
non manuale		*		1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuale		*		0,3	*	0,1	1,0	*	1,0	1,6	*	0,9
				(0,1-0,9)		(0-1,1)	(0,6-1,6)		(0,5-1,8)	(1,0-2,8)		(0,4-2,0)
autonoma		*		0,4	*	0,3	1,0	*	0,9	1,3	*	0,9
				(0,2-1,3)		(0,1-1,3)	(0,5-1,7)		(0,5-1,8)	(0,8-2,4)		(0,5-1,9)
non altrimenti classificato		*		0,6	*	0,5	1,8	*	1,3	1,5	*	1,0
				(0,2-1,8)		(0,2-1,6)	(1,0-3,1)		(0,7-2,3)	(0,8-2,7)		(0,5-2,0)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>												
ottime/ adeguate		1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
scarse/assolutamente insufficienti		1,6		0,8	0,7	0,9	1,3	2,2	1,0	*	*	1,3
		(1,0-2,7)		(0,3-2,1)	(0,1-3,4)	(0,3-2,8)	(0,8-2,0)	(1,0-5,1)	(0,6-1,7)			(0,7-2,3)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

## CONSUMO DI FARMACI

La propensione al consumo di alcuni farmaci da parte della popolazione costituisce un ulteriore indicatore indiretto di malattie o di problemi legati alla percezione del proprio stato di salute, soprattutto per quei problemi di salute che non sono rappresentati da una voce nosologica.

La possibilità di studiare il consumo di farmaci attraverso i principi attivi e collegare questi consumi ai dati di morbosità disponibili, consente all'epidemiologia di documentare i bisogni di salute di una popolazione e stimare i carichi assistenziali che ne derivano, offrendo un importante ruolo di supporto alle scelte di programmazione sanitaria.

Di seguito si riportano i dati del 2000 relativi alla propensione al consumo di alcuni farmaci da parte dei valdostani.

Sono stati considerati i seguenti farmaci:

- antinevralgici;
- tranquillanti;
- sonniferi.

Il consumo di antinevralgici stima indirettamente la frequenza nella popolazione di sintomatologie dolorose derivanti da piccoli mali come il mal di denti, l'emicrania e le nevralgie in generale, che possono alterare la qualità del benessere percepito.

I tranquillanti appartengono alla categoria dei farmaci antistress e documentarne il ricorso consente di stimare, seppure molto indirettamente, la condizione di tensione emotiva presente nella popolazione.

Al pari dei tranquillanti anche i sonniferi appartengono alla categoria di farmaci antistress e vengono impiegati per favorire il riposo notturno in persone il cui un'alterazione del benessere psichico ha compromesso il naturale ritmo del sonno e della veglia.

In generale in Valle d'Aosta i consumi di antinevralgici, tranquillanti e sonniferi sono modesti.

Nella popolazione con più di 15 anni hanno dichiarato di fare uso di antinevralgici il 4,5% degli uomini e il 12,6% delle donne. I tranquillanti vengono usati dal 2,4% degli uomini e dal 5,8% delle donne. I sonniferi dall'1,3% degli uomini e dal 3,5% delle donne.

In età adulta le donne fanno ricorso in misura circa due volte e mezza superiore agli uomini per gli antinevralgici e i sonniferi, in misura quasi doppia per i tranquillanti. Anche se con meno evidenza il maggiore ricorso a questi farmaci tra le donne si conferma anche in età anziana (Tabella 8).

**Tabella 9. Consumo di farmaci in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini			Donne		
Consumo di farmaci	15-64	65 >	Consumo di farmaci	15-64	65 >
Antinevralgici	3,3 (2,1-4,4)	10,7 (6,3-15,1)	Antinevralgici	9,3 (7,2-11,4)	22,4 (17,3-27,5)
Tranquillanti	1,7 (0,9-2,5)	5,6 (2,4-8,7)	Tranquillanti	3,7 (2,5-5,0)	12,7 (8,8-16,5)
Sonniferi	0,7 (0,2-1,3)	4,1 (1,4-6,9)	Sonniferi	2,3 (1,3-3,3)	7,6 (4,5-10,6)

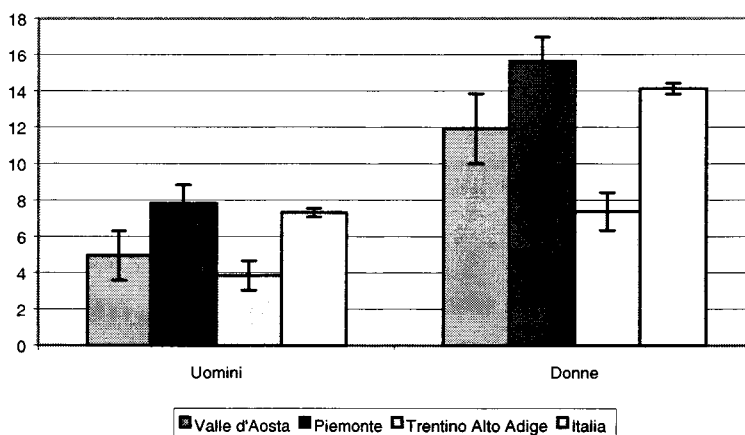
### La Valle d'Aosta a confronto

Rispetto alle aree geografiche a confronto la percentuale di utilizzo di antinevralgici in Valle d'Aosta è risultata inferiore per entrambi i sessi sia a quella del Piemonte sia che a quella della media nazionale ed analoga a quella del Trentino Alto Adige.

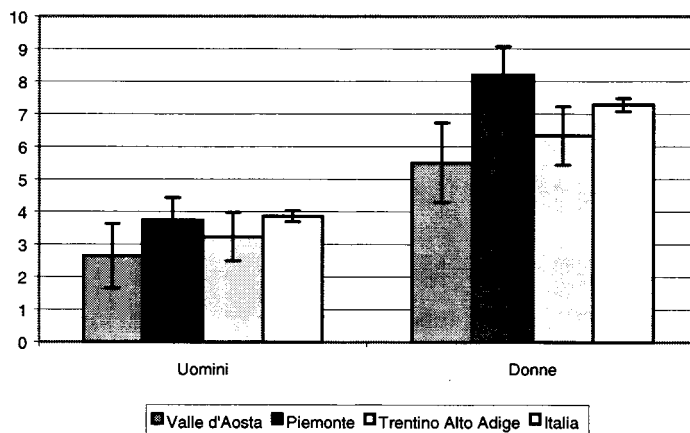
I valdostani sono inoltre la popolazione che tra quelle confrontate fa in assoluto il minore ricorso a farmaci tranquillanti, mentre il ricorso ai sonniferi è in linea con quello medio nazionale e piemontese, inferiore a quello del Trentino Alto Adige per entrambi i sessi (Figura 5).

**Figura 5. Consumo di farmaci in persone con più di 15 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

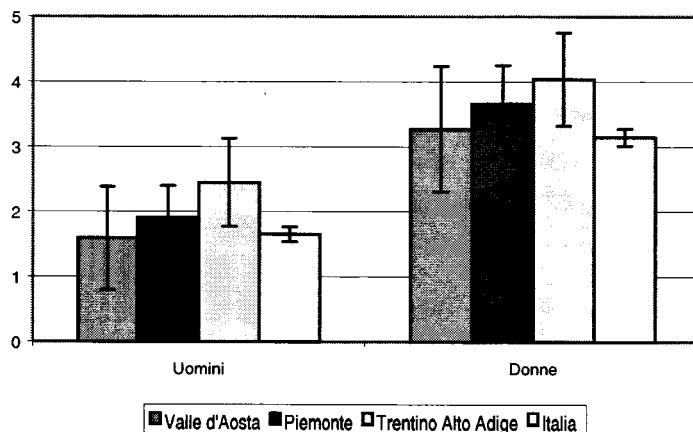
*ANTINEVRALGICI*



*TRANQUILLANTI*



*SONNIFERI*



### Le differenze sociali

Le persone che vivono ad AOSTA hanno una maggiore propensione ad utilizzare antinevralgici e tranquillanti. Per entrambi i sessi in Valle d'Aosta i titoli di studio medio bassi e le attività manuali ed autonome (tra gli uomini) ricorrono maggiormente agli antinevralgici. I non coniugati fanno un uso superiore di sonniferi rispetto ai coniugati.

Sia per gli antinevralgici che per i tranquillanti, l'insoddisfazione delle risorse gioca un ruolo significativo.

**Tabella 10. Consumo di farmaci in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	ANTINEVRALGICI			TRANQUILLANTI			SONNIFERI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,7 (0,5-0,9)	0,8 (0,4-1,5)	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,5-1,1)	0,5 (0,2-1,3)	0,8 (0,5-1,3)	1,0 (0,6-1,9)	0,5 (0,1-1,6)	1,4 (0,7-2,9)
<2000	0,7 (0,5-0,9)	0,8 (0,4-1,4)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,3-1,4)	0,6 (0,3-1,0)	0,7 (0,4-1,3)	0,3 (0,1-1,2)	1,0 (0,5-2,1)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	*
lic. prof.le, medie inferiori	2,1 (1,3-3,3)	1,8 (0,7-4,5)	2,0 (1,2-3,5)	1,4 (0,8-2,6)	1,9 (0,7-5,1)	1,1 (0,5-2,3)	*	*	*
lic. elementare, senza titolo	2,1 (1,3-3,5)	3,40 (1,3-8,8)	1,6 (0,9-2,9)	1,0 (0,5-1,8)	0,8 (0,3-2,4)	0,9 (0,4-1,9)	*	*	*
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,1 (0,8-1,5)	*	1,2 (0,9-1,7)	1,4 (0,9-2,0)	1,2 (0,6-2,7)	1,3 (0,8-2,1)	2,1 (1,2-3,6)	1,6 (0,6-4,6)	2,3 (1,2-4,3)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuale	1,4 (0,9-2,0)	2,5 (1,2-5,6)	1,1 (0,7-1,9)	1,0 (0,6-1,8)	*	0,9 (0,4-1,8)	1,3 (0,6-2,7)	*	1,0 (0,4-2,5)
autonoma	1,6 (1,1-2,4)	2,5 (1,1-6,0)	1,2 (0,7-2,0)	1,5 (0,9-2,6)	*	1,6 (0,8-2,9)	1,7 (0,8-3,6)	*	1,7 (0,8-3,8)
non altrimenti classificato	2,3 (1,5-3,6)	4,5 (1,2-16,8)	1,4 (0,9-2,2)	1,8 (1,0-3,3)	*	1,1 (0,6-2,2)	1,9 (0,9-4,2)	*	1,1 (0,5-2,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,7 (1,3-2,3)	*	1,5 (1,1-2,1)	1,8 (1,2-2,7)	1,7 (0,8-3,7)	1,8 (1,2-2,9)	*	*	1,5 (0,8-2,8)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

## DISABILITÀ

Le difficoltà di condurre una stima attendibile sul numero e sulle tipologie di disabilità in Italia da fonti nazionali, sono legate al fatto che la definizione di disabilità non è universale, ma cambia a seconda della rilevazione statistica e di chi la effettua; la precisione della rilevazione dipende dal tipo di disabilità, ed è molto più difficile rilevare le disabilità mentali rispetto a quelle fisiche.

I dati dell'indagine che seguono, seppure presentando queste criticità, sono al momento l'unico riferimento confrontabile su scala nazionale e un punto di partenza per altri dati che potranno in futuro essere resi disponibili dall'unione di varie fonti informative con caratteristiche di maggiore attendibilità.

Come noto la disabilità può assumere diverse forme, alcune di queste sono state scelte dall'ISTAT come esemplificative di corrispondenti limitazioni al benessere generale e sono:

- il confinamento;
- la difficoltà di movimento;
- le difficoltà sensoriali.

Per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su sedia o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici. Coloro che sono risultati confinati hanno risposto (direttamente o tramite un familiare) solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento.

Nelle difficoltà di movimento vengono classificati tutti i casi in cui le persone hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza avere bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da sole una rampa di scale senza fermarsi e non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà sensoriali rientrano in quelle cosiddette «della comunicazione», che includono le limitazioni nel sentire (nel senso di non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici), nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza) e le difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

In Valle d'Aosta si sono dichiarati diversamente disabili il 3,0% degli uomini e il 5,5% delle donne con più di 15 anni. Come ovunque, anche nella nostra regione la disabilità aumenta al crescere dell'età.

Le donne con più di 65 anni risultano maggiormente interessate degli uomini dalla disabilità in generale e dalle sue diverse forme in particolare, anche se le differenze non sono mai significative a causa della bassa numerosità del campione.

Per entrambi i sessi le difficoltà sensoriali sembrano influire, in proporzione, in misura minore (Tabella 10).

**Tabella 11. Disabilità in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000**

Uomini	15-64	65 >	Donne	15-64	65 >
Disabilità	0,7 (0,2-1,2)	14,0 (9,3-18,7)	Disabilità	0,7 (0,2-1,2)	20,6 (16,1-25,2)
Confinamento	0,2 (0-0,5)	6,1 (2,9-9,4)	Confinamento	0,1 (0-0,4)	10,0 (6,6-13,4)
Difficoltà di movimento	0,3 (0-0,7)	8,9 (5,1-12,8)	Difficoltà di movimento	0,3 (0-0,7)	11,2 (7,7-14,8)
Difficoltà sensoriali	0,2 (0-0,4)	2,9 (0,6-5,1)	Difficoltà sensoriali	0,2 (0-0,5)	3,9 (1,7-6,0)

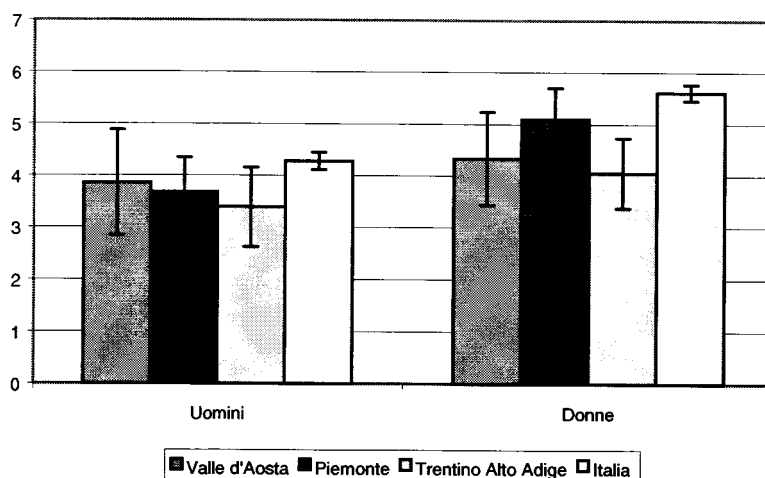
### La Valle d'Aosta a confronto

Sulle disabilità la Valle d'Aosta non assume valori di interesse rispetto alle altre regioni, salvo una minore prevalenza delle donne rispetto alla media italiana.

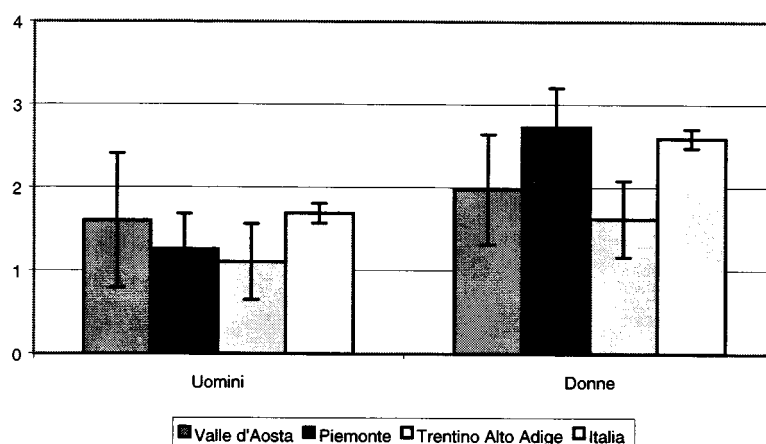
Nel confronto tra le singole forme di disabilità gli uomini valdostani hanno prevalenze di poco superiori nelle difficoltà di movimento, mentre le donne non sembrano assumere differenze rilevanti dal resto delle regioni (Figura 6).

**Figura 6. Le disabilità in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

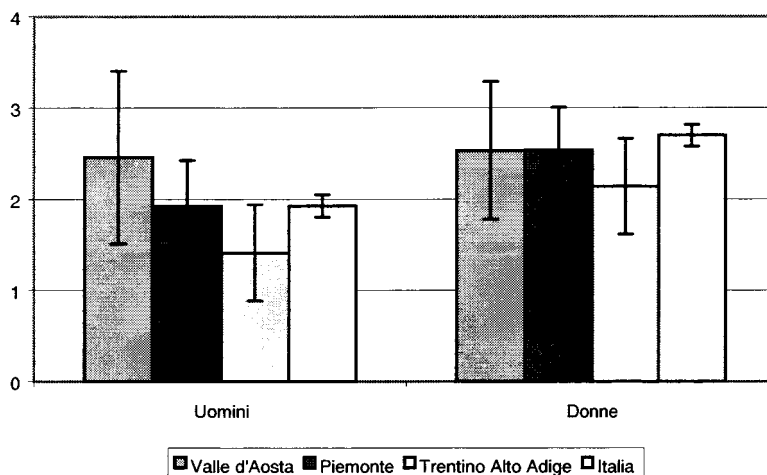
#### DISABILITÀ



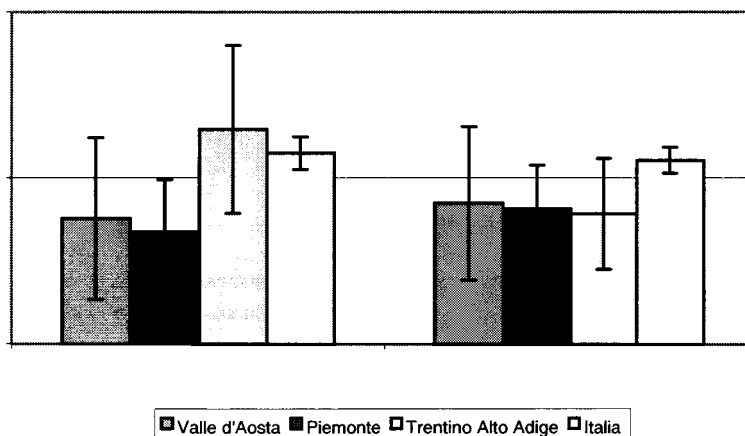
#### CONFINAMENTO



### DIFFICOLTÀ DI MOVIMENTO



### DIFFICOLTÀ SENSORIALI



### Le differenze sociali

Il non essere coniugato espone maggiormente al rischio di disabilità, soprattutto quella da confinamento. Lo stato civile, da non confondere come causa di disabilità, in questo caso ne è piuttosto l'effetto dimostrato.

Anche l'insoddisfazione delle proprie risorse economiche è discriminante rispetto alla disabilità: ne risentono maggiormente le difficoltà di movimento tra gli uomini.

Hanno inoltre un rischio maggiore di vivere la disabilità coloro che hanno una storia di lavoro manuale rispetto a chi svolge un lavoro non manuale, soprattutto per il confinamento e per le difficoltà di movimento.

La disabilità infine, sembra meno presente in entrambi i sessi e in nelle sue diverse forme nei comuni di medie e piccole dimensioni, forse anche a causa dell'effetto attrattivo che il capoluogo ha nei confronti di chi ha problemi di salute che richiedono assistenza e servizi. (Tabella 11).



**Tabella 12. Le disabilità in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	DISABILITÀ			CONFINAMENTO		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>						
10001-50000	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	*	*	0,7 (0,4-1,1)	0,7 (0,4-1,3)	0,6 (0,2-1,9)	0,6 (0,3-1,4)
<2000	*	*	0,8 (0,5-1,3)	0,4 (0,2-0,8)	0,1 (0-0,9)	0,5 (0,2-1,0)
<b>ISTRUZIONE</b>						
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	1,0	1,0	*
lic. prof.le, medie inferiori	1,3 (0,6-3,0)	*	1,2 (0,3-5,2)	2,1 (0,5-8,9)	3,3 (0,6-16,6)	*
lic. elementare, senza titolo	1,6 (0,7-3,4)	*	2,2 (0,6-8,1)	1,9 (0,5-7,4)	0,9 (0,2-4,7)	*
<b>STATO CIVILE</b>						
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,5 (1,0-2,2)	1,6 (0,9-2,7)	1,4 (0,8-2,2)	2,5 (1,3-5,0)	2,2 (0,8-6,3)	2,7 (0,9-7,9)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>						
non manuale	*	*	1,0	1,0	*	1,0
manuale	*	*	2,2 (1,0-4,7)	3,2 (1,1-9,9)	*	4,1 (0,9-18,0)
autonoma	*	*	1,7 (0,8-3,8)	2,4 (0,7-7,6)	*	2,6 (0,6-11,4)
non altrimenti classificato	*	*	1,8 (0,8-3,8)	2,9 (0,9-9,5)	*	2,7 (0,6-11,6)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
ottime/adequate	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*
scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (0,8-1,6)	1,4 (0,8-2,3)	*	1,6 (0,9-2,8)	2,1 (0,8-5,7)	*

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 12. Le disabilità in Valle d'Aosta per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua)**

	DIFFICOLTÀ DI MOVIMENTO			DIFFICOLTÀ SENSORIALI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>						
10001-50000	*	*	1,0	1,0	*	1,0
2001-10000	*	*	0,4 (0,2-1,1)	0,8 (0,3-2,1)	*	0,4 (0,1-1,5)
<2000	*	*	1,3 (0,7-2,4)	0,5 (0,2-1,3)	*	0,1 (0-0,6)
<b>ISTRUZIONE</b>						
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (0,4-2,9)	1,1 (0,4-3,3)	1,8 (0,2-14,3)	1,0 (0,1-7,8)	0,6 (0-13,0)	*
lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,4-2,5)	0,6 (0,2-1,5)	2,4 (0,4-17,0)	1,5 (0,2-9,9)	1,4 (0,1-19,1)	*
<b>STATO CIVILE</b>						
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
altra condizione	1,4 (0,9-2,5)	1,6 (0,7-3,4)	1,6 (0,7-3,6)	0,8 (0,4-1,9)	2,4 (0,5-10,2)	*
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>						
non manuale	1,0	*	1,0	*	*	*
manuale	2,6 (1,1-6,2)	*	3,2 (1,0-10,3)	*	*	*
autonoma	2,3 (0,9-5,5)	*	2,8 (0,9-8,7)	*	*	*
non altrimenti classificato	1,4 (0,5-3,7)	*	1,4 (0,4-4,9)	*	*	*
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	*	1,0	*
scarse/assolutamente insufficienti	1,5 (0,9-2,4)	2,8 (1,3-5,9)	0,8 (0,4-1,8)	*	0,6 (0,1-2,8)	*

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

## PREVENZIONE

Di seguito si esplora l'attitudine che la popolazione valdostana ha dimostrato nel conoscere la propria salute e le azioni necessarie a mantenerla ricorrendo, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, ad una serie di controlli diagnostici preventivi

utili ad allontanare il rischio di malattie particolarmente gravi o invalidanti quali le malattie cardio e cerebrovascolari, il diabete e le sue complicanze e i tumori femminili della cervice uterina e della mammella.

Si documenta il ricorso ad esami effettuati nei 12 mesi che hanno preceduto l'intervista per la diagnosi dei livelli di:

- colesterolo;
- glicemia;
- pressione arteriosa.

e di test diagnostici effettuati spontaneamente e in assenza di sintomi per il tumore della cervice uterina e della mammella, quali:

- pap test;
- mammografia.

Il Pap test è tra gli esami diagnostici dimostrati efficaci nel ridurre, attraverso una diagnosi precoce ed un trattamento diagnostico valido, gli stadi gravi di malattia e la mortalità per tumore della cervice. Nelle percentuali qui documentate sono considerati sia i Pap test effettuati dalle donne partecipanti al progetto di screening per i tumori femminili in Valle d'Aosta, sia quelli in occasione di un controllo spontaneo.

Nonostante il dibattito in corso, la mammografia è tuttora considerata il migliore test per effettuare la diagnosi di tumore della mammella prima della comparsa dei sintomi o dei segni clinici della malattia. Anche in questo caso, la percentuale di donne che ha eseguito una mammografia include sia le partecipanti allo screening per i tumori femminili in Valle d'Aosta sia quelle che, autonomamente hanno eseguito il medesimo controllo preventivo.

Si documenta infine il ricorso a due vaccini:

- antinfluenzale;
- antitetanico.

Nel controllo del colesterolo, della glicemia e della pressione arteriosa le donne sono risultate più attente degli uomini, con percentuali di ricorso ai test rispettivamente del: 46,5%, 46,2%, 52,5% contro le percentuali negli uomini che sono, rispettivamente del: 43,3%, 43,7%, 49,7%.

Molto buone nelle donne le percentuali di ricorso al Pap test (71,3%) e buone anche quelle alla mammografia (45,5%).

Sui vaccini, invece, mentre le donne valdostane sono più propense a quello antinfluenzale (16,3% contro l'11,9 negli uomini), gli uomini sono ricorrono maggiormente al vaccino antitetanico: 52,6% contro il 33,8% delle donne, probabilmente anche a fronte di una diversa esposizione al rischio nei due sessi.

L'analisi per le fasce di adulta conferma sostanzialmente quanto riferito in generale, anche se le differenze non sono statisticamente significative.

Tra gli anziani ultrasessantacinquenni si assiste ad una inversione di tendenza. A questa età sono gli uomini, più delle donne, a fare ricorso agli esami per il controllo del colesterolo, della glicemia, e pressione arteriosa, anche se non in misura rilevante. Non si assistono differenze di rilievo sul ricorso ai vaccini.

Per il test di screening di tumori femminili le differenze di età riguardano il Pap test che risulta utilizzato con frequenza doppia tra le donne adulte (Tabella 12).

**Tabella 13. La prevenzione in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini			Donne		
Prevenzione	15-64	65 >	Prevenzione	15-64	65 >
Controllo colesterolo	39,0 (35,9-42,1)	64,3 (57,6-70,9)	Controllo colesterolo	43,0 (39,8-46,2)	57,6 (52,0-63,3)
Controllo glicemia	39,4 (36,3-42,5)	64,5 (57,9-71,2)	Controllo glicemia	43,2 (39,9-46,4)	55,8 (50,2-61,5)
Controllo pressione	45,4 (42,2-48,6)	70,5 (64,2-76,9)	Controllo pressione	48,1 (44,9-51,4)	66,5 (61,1-71,9)
Vaccinazione antinfluenzale	5,5 (4,0-6,9)	42,8 (36,0-49,5)	Vaccinazione antinfluenzale	7,1 (5,5-8,7)	45,5 (39,9-51,1)
Vaccinazione antitetanica	59,3 (55,8-62,7)	18,6 (12,5-24,8)	Vaccinazione antitetanica	37,4 (33,8-40,9)	21,4 (15,7-27,1)
			Pap Test	82,9 (80,3-85,5)	40,5 (35,0-46,0)
			Mammografia	45,5 (42,1-48,9)	45,6 (40,0-51,2)

### La Valle d'Aosta a confronto

Nel confronto con le altre aree geografiche, la Valle d'Aosta non si discosta molto dalle altre regioni nel controllo del colesterolo e della glicemia.

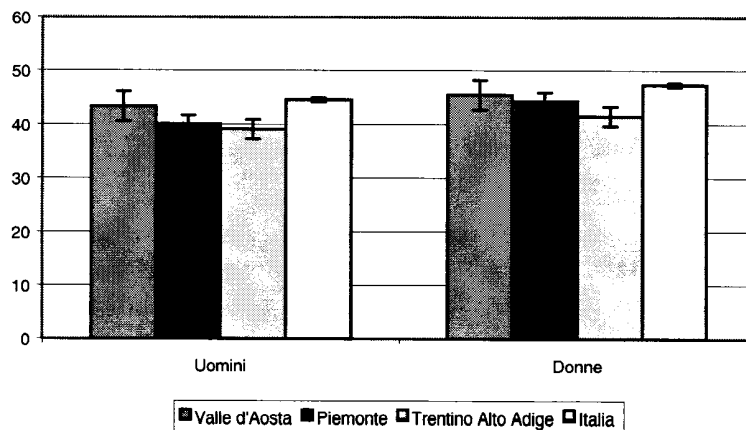
Le donne valdostane controllano la pressione arteriosa meno di tutte le altre aree geografiche, mentre ricorrono al Pap test e alla mammografia, in proporzione la più elevata insieme alle donne trentine.

Le vaccinazioni contro l'influenza sono risultate negli uomini e nelle donne valdostane superiori a quelle del Trentino Alto Adige, inferiori al Piemonte e alla media nazionale negli uomini, in linea con le altre regioni nelle donne.

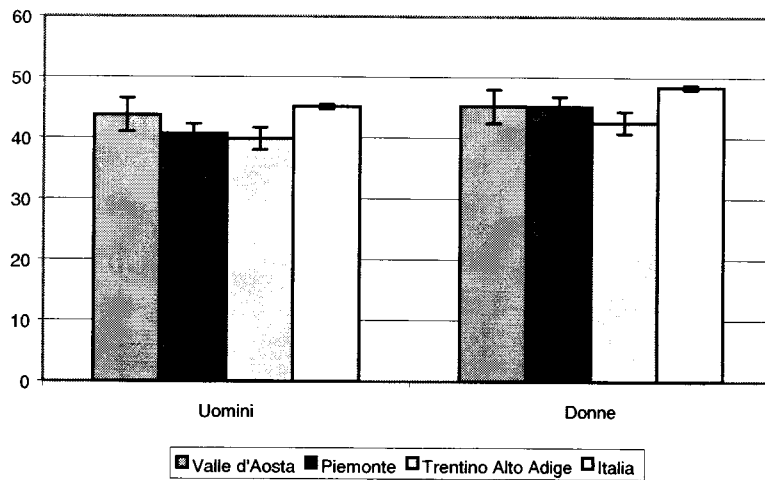
Le percentuali di vaccinati contro il tetano in Valle d'Aosta sono risultate in linea tra gli uomini mentre tra le donne sono le più basse in assoluto (Figura7).

**Figura 7. La prevenzione in persone con più di 15 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.**

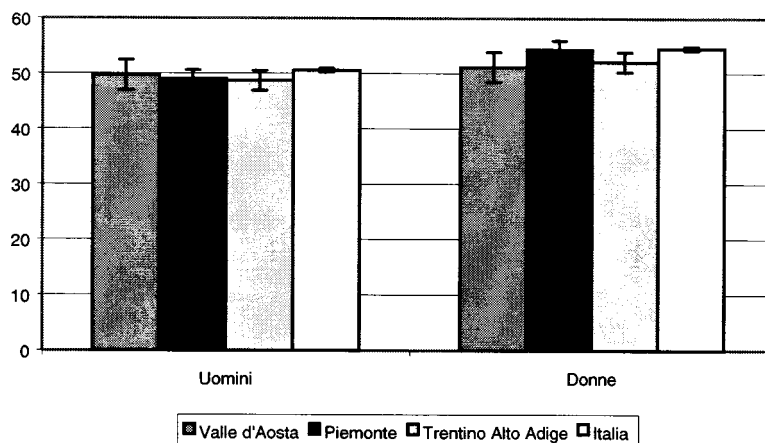
### CONTROLLO COLESTEROLO



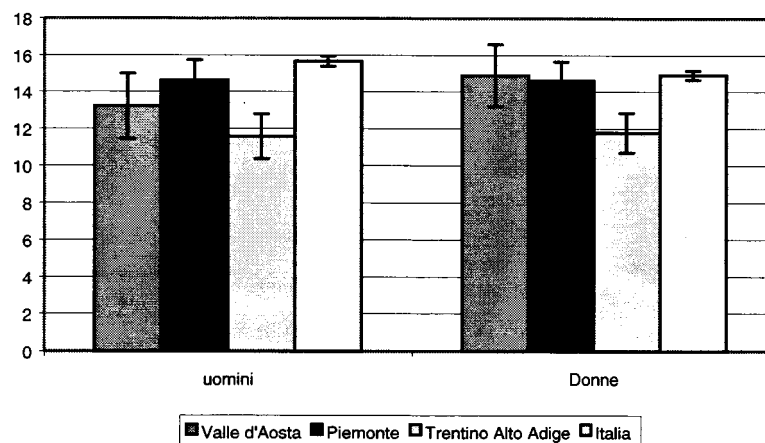
### CONTROLLO GLICEMIA



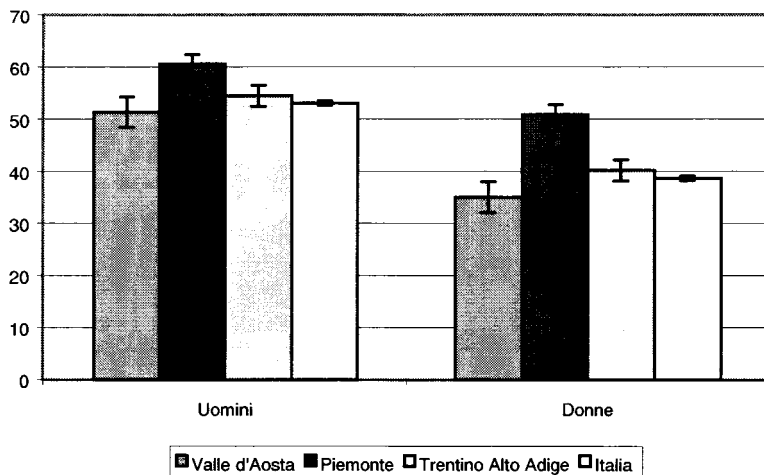
### CONTROLLO PRESSIONE ARTERIOSA



### VACCINAZIONE ANTIFLUENZALE

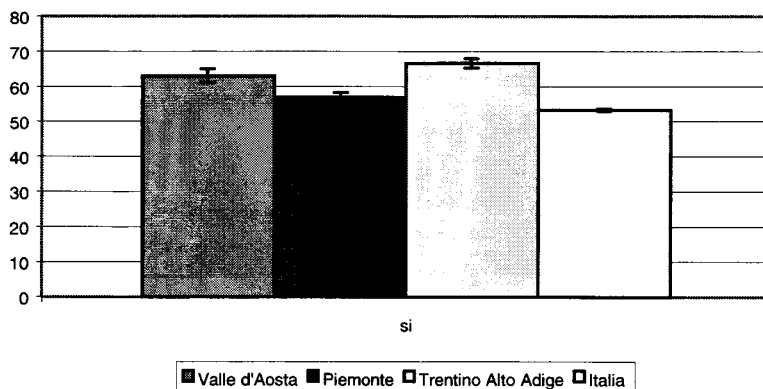


VACCINAZIONE ANTITETANICA



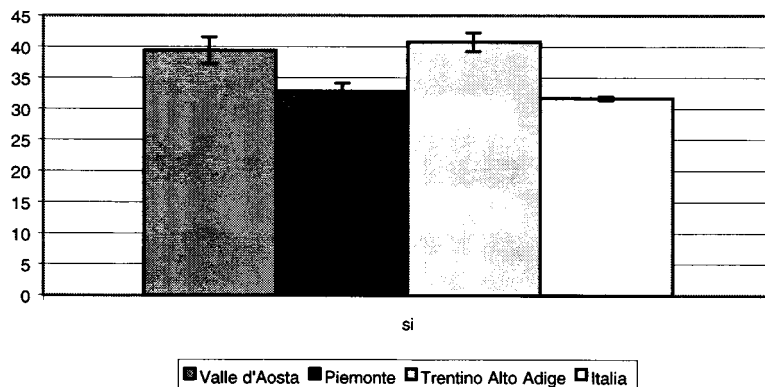
PAP TEST

Donne



MAMMOGRAFIA

Donne



## Le differenze sociali

L'attitudine preventiva è fortemente segnata dalla posizione sociale.

Le persone meno istruite, che fanno professioni manuali e autonome, e le persone sole, manifestano una minore propensione a controllare la propria salute e ad eseguire la vaccinazione antinfluenzale, mentre utilizzano di più la vaccinazione antitetanica a ragione della storia professionale.

Anche la residenza in comuni piccoli è associata a questa difficoltà a controllare la propria salute, mentre risulta più alto l'utilizzo dell'antitetanica, anche in questo caso a causa della differente attività professionale prevalente. (Tabella 13).

**Tabella 14. La prevenzione in persone con più di 15 anni per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	CONTROLLO COLESTEROLO			CONTROLLO GLICEMIA			CONTROLLO PRESSIONE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-1,0)
<2000	0,8 (0,7-0,8)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,8-1,0)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,0)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)
lic. elementare, senza titolo	0,7 (0,7-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,6-0,9)	0,7 (0,7-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,8 (0,6-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-1,0)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)	*	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuale	0,9 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)	0,8 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)
autonoma	0,8 (0,7-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,6-0,9)	0,9 (0,8-1,1)
non altrimenti classificato	0,6 (0,6-0,7)	0,8 (0,5-1,2)	0,7 (0,5-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,5-1,2)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,6 (0,4-1,0)	0,8 (0,6-0,9)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,1)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 14. La prevenzione in persone con più di 15 anni per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza nel 2000 – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE			VACCINAZIONE ANTITETANICA			PAP TEST			MAMMOGRAFIA		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>												
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	—	—	1,0	—	—	1,0
2001-10000	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,7-1,4)	1,2 (0,9-1,7)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,1-1,4)	1,4 (1,2-1,8)			0,9 (0,9-1,0)			0,9 (0,8-1,0)
<2000	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,7-1,3)	1,2 (1,0-1,6)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,0-1,4)	1,5 (1,2-1,9)			1,0 (0,9-1,0)			0,8 (0,7-0,9)
<b>ISTRUZIONE</b>												
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0			1,0			1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,6-1,1)	*	*	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,1-1,4)	1,0 (0,8-1,3)			1,0 (0,9-1,0)			1,2 (1,0-1,3)
lic. elementare, senza titolo	0,8 (0,6-1,0)	*	*	1,2 (1,0-1,5)	1,3 (1,1-1,6)	1,1 (0,8-1,6)			0,9 (0,9-1,0)			1,0 (0,9-1,2)
<b>STATO CIVILE</b>												
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			1,0			1,0
altra condizione	0,8 (0,7-1,0)	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,2)	1,4 (1,1-1,7)			0,9 (0,8-1,0)			0,9 (0,8-1,1)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>												
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0			1,0			1,0
manuale	1,0 (0,8-1,3)	*	1,4 (1,0-1,9)	1,3 (1,2-1,5)	*	1,5 (1,2-1,9)			0,9 (0,9-1,0)			1,0 (0,9-1,2)
autonoma	1,0 (0,8-1,3)	*	1,1 (0,8-1,6)	1,2 (1,0-1,4)	*	1,2 (0,9-1,7)			0,8 (0,8-0,9)			0,9 (0,8-1,1)
non altrimenti classificato	1,0 (0,8-1,3)	*	1,1 (0,8-1,5)	1,0 (0,8-1,1)	*	0,9 (0,7-1,2)			0,9 (0,9-1,0)			0,9 (0,8-1,1)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>												
ottime/ade-guate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			1,0			1,0
scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,7-1,1)	0,7 (0,5-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)	1,2 (1,0-1,4)			0,9 (0,9-1,0)			1,1 (1,0-1,2)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione



## OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il profilo di morbosità che emerge da questi dati è molto articolato perché interessa diverse dimensioni della salute: quella soggettiva, quella più obiettiva e cronica, quella obiettiva e sintomatologica che si esprime con i farmaci, quella funzionale della disabilità permanente e quella temporanea della limitazione di attività, fino a quella delle attitudini salutiste che si manifestano con i comportamenti preventivi.

Il quadro osservato dà la misura dei problemi di salute, soprattutto della loro rilevanza che è di grande interesse per il programmatore sanitario. Si pensi alle disabilità, che interessano 1 anziano su 6 ed 1 anziana su 5 (prevalenze che per altro sono sottostimate trattandosi di popolazioni intervistate non istituzionalizzate).

La differenza tra la Valle d'Aosta e il resto dell'Italia non sono particolarmente impressionanti: in generale la Valle d'Aosta ha un profilo migliore della media italiana ed in linea con il resto delle regioni del nord, soprattutto nell'inabilità temporanea, nella morbosità cronica, in quella sintomatologica legata al consumo di farmaci traccianti e nella propensione alla prevenzione, soprattutto agli screening.

Ancora una volta si misurano importanti differenze sociali nella salute.

Le dimensioni più colpite dalla bassa istruzione, da storie professionali di lavoro manuale o autonomo e, in qualche caso, dalla residenza fuori AOSTA, dalla condizione di «singolo», e dall'insoddisfazione economica, sono: la salute percepita (soprattutto quella fisica), l'inabilità temporanea, le malattie croniche, il dolore e lo stress (espresso nel consumo di antinevralgici e tranquillanti) e la propensione alla prevenzione.

La dimensione della disabilità è meno influenzata da queste disuguaglianze; su queste pesa probabilmente la limitazione del campione alla popolazione non istituzionalizzata. Viceversa, la dimensione della salute psichica è più sfavorevolmente influenzata da un'alta istruzione, da un lavoro non manuale e dalla residenza ad AOSTA.

Anche in questo caso il profilo di salute fornisce preziose informazioni sui gruppi ad alto rischio che meritano più attenzione nella pianificazione sanitaria.

### Note

<sup>1</sup> vedi capitolo «Materiali e metodi» della presente Relazione

## IL CITTADINO E I SERVIZI

In questo capitolo si documenta il ricorso della popolazione valdostana ad alcuni specifici ambiti dell'offerta sanitaria pubblica e privata nell'anno 2000.

La trattazione non è volutamente esaustiva poiché l'obiettivo di questa parte della Relazione è quello di cogliere evoluzioni, caratteristiche e nuovi atteggiamenti nel ricorso ai servizi, utili ad indirizzare alcuni aspetti della politica di governo sanitario regionale.

Le modalità con cui la popolazione ricorre a specifici ambiti dell'assistenza possono essere infatti interpretati sia come la conseguenza a bisogni di salute, sia come l'espressione di nuovi bisogni a cui l'offerta pubblica regionale deve valutare la possibilità di dare una risposta.

L'ambito generale del ricorso alle visite mediche ed agli accertamenti diagnostici nelle ultime quattro settimane che hanno preceduto l'intervista è un indicatore molto generale dello stato di salute: è evidente infatti che precarie condizioni di salute determinano un maggiore ricorso ad essi.

Visite ed accertamenti offrono quindi il quadro generale del collegamento esistente tra perdita di salute e ricorso ai servizi.

Sono stati selezionati tra i tanti servizi presi in considerazione dall'indagine quelli che potevano ulteriormente descrivere le condizioni di salute della popolazione e quelli che, per la frequenza o per le modalità al ricorso, potevano essere di particolare interesse per la programmazione regionale.

Sul ricorso ai servizi privati si è analizzato in generale il ricorso a visite ed accertamenti ed in particolare alle prestazioni riabilitative. Il ricorso privato per queste prestazioni può avere motivazioni diverse, riassumibili in:

- mancata o scarsa fiducia nel servizio pubblico;

- mancanza di offerta pubblica;
- libera scelta del cittadino di ottenere tempestivamente una prestazione.

Anche su questo aspetto si è cercato di documentare l'atteggiamento dei valdostani.

Sulla riabilitazione in particolare si è voluto conoscere la componente di ricorso al privato in Valle d'Aosta data la particolare rilevanza che le prestazioni riabilitative assumono per la popolazione anziana soprattutto in riferimento all'equità e all'eguaglianza del diritto alla prestazione<sup>1</sup>.

La riabilitazione infatti rappresenta un poco ovunque un lato critico dell'offerta sanitaria pubblica. I recenti documenti di programmazione sanitaria nazionale e il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 in particolare, lasciano ampio spazio al mercato privato proprio in riferimento a questa categoria di prestazioni. Il DPCM 22 novembre 2001, emanato per definire le prestazioni da includere nei Livelli Essenziali di Assistenza, inserisce le prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale tra quelle «parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche condizioni cliniche».

È stato scelto inoltre di documentare il ricorso ai consultori familiari in Valle d'Aosta per consentire una valutazione su di un investimento fatto molti anni fa, e con ampio anticipo sulle altre regioni, su questa tipologia di strutture territoriali: i consultori valdostani sono distribuiti capillarmente in tutte le vallate con la finalità di raggiungere il cittadino nel luogo più vicino a quello dove egli risiede e lavora, con un servizio multi assistenziale di grande valore assistenziale. Una rete di servizi che si conferma ancora oggi di grande importanza e che rappresenta un riferimento importante per il cittadino in un territorio piccolo e montano come il nostro.

Per ultimo si è documentato il ricorso alle medicine non convenzionali.

La prima considerazione che emerge osservando i dati nazionali sull'utilizzo delle medicine non convenzionali nei tre anni precedenti l'intervista è che il loro uso sta rapidamente crescendo, soprattutto da parte della popolazione con posizione sociale elevata. Chiedendo alle persone di esprimere un giudizio sull'opportunità di farvi ricorso, la maggior parte non sa rispondere.

È evidente quindi che ancora prima della valutazione di merito su queste medicine occorra affrontare un problema di informazione corretta e soprattutto rivolta a tutti i settori della popolazione.

Tra le medicine non convenzionali la cura di sintomatologie dolorose è il principale motivo addotto da quanti hanno fatto ricorso ad agopuntura e trattamenti manuali, mentre il ricorso all'omeopatia non sembra essere associato ad una specifica patologia quanto al «miglioramento della qualità di vita in generale».

Nonostante si tratti di prestazioni escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, la Valle d'Aosta, che autofinanzia totalmente dal 1994 il proprio sistema sanitario regionale, ha ritenuto di includerle tra i livelli assistenziali regionali.

Le medicine non convenzionali sono state previste non tanto con un ruolo sostitutivo alla medicina tradizionale, ma con funzioni di complementarità ad essa, al fine di arricchire e diversificare l'offerta sanitaria e soprattutto consentire al cittadino di scegliere liberamente le prestazioni che ritiene maggiormente conformi al suo essere e al suo vivere la malattia o il bisogno di salute.

Nonostante per queste medicine non vi sia ancora né una legge a regolamentazione nazionale né prove evidenti di efficacia, il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 ha previsto delle sperimentazioni di agopuntura ed omeopatia per la soluzione di alcuni problemi clinici specifici. Lo si è fatto perché i cittadini possano esercitare il loro diritto di scelta terapeutica in maniera consapevole, in riferimento a criteri di efficacia, di rispetto della persona, di ridotta invasività e di equità di accesso rispetto la medicina tradizionale, ma lo si è fatto anche per interpretare un bisogno e una richiesta di offerta pubblica da parte della popolazione valdostana che oggi, per avere queste prestazioni, si rivolge al mercato privato sostenendone totalmente la spesa.

## **VISITE, ACCERTAMENTI ED ALTRI SERVIZI**

In Valle d'Aosta tra le persone con età superiore a 15 anni sono le donne a fare maggiormente ricorso a visite, accertamenti e servizi riabilitativi rispetto agli uomini.

Dichiarano di fare ricorso alle visite mediche il 28% delle donne contro il 19% degli uomini.

Le donne ricorrono inoltre più degli uomini agli accertamenti diagnostici (14% contro 9%), ma gli uomini che ne fanno ricorso si rivolgono in misura superiore alle strutture private (24,6% contro 13,7% delle donne).

Alla riabilitazione privata ricorrono ancora una volta in misura superiore le donne nella misura del 57,5% contro il 45,4% degli uomini, così come più elevata è la frequentazione da parte delle donne dei consultori familiari (3,1% contro 0,5% negli uomini).

L'analisi per età conferma tra gli adulti il maggiore ricorso a visite ed accertamenti da parte delle donne, con un uso più frequente delle strutture private per gli accertamenti tra gli uomini.

Tra gli anziani le differenze sono dello stesso segno, ma non sono significative.

Tra i giovani non si osservano differenze (Tabella 1).

**Tabella 1. Visite mediche ed accertamenti presso strutture pubbliche o private in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini				Donne			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Visite mediche	31,9 (25,2-38,7)	16,9 (14,6-19,2)	29,5 (23,3-35,7)	Visite mediche	35,7 (28,6-42,9)	25,9 (23,1-28,7)	35,2 (29,9-40,6)
- di cui da specialista privato		51,8 (44,2-59,4)	28,3 (17,0-39,5)	- di cui da specialista privato		50,6 (44,3-56,8)	28,3 (19,7-36,8)
Accertamenti diagnostici	6,3 (2,8-9,8)	8,4 (6,7-10,1)	17,3 (12,2-22,5)	Accertamenti diagnostici	5,3 (2,0-8,6)	13,6 (11,4-15,8)	16,5 (12,3-20,7)
- di cui presso struttura privata		28,5 (18,8-38,3)	15,6 (3,7-27,5)	- di cui presso struttura privata		16,5 (10,1-22,9)	6,6 (0-13,4)
Riabilitazione presso struttura privata		48,5 (32,1-65,0)	30,1 (0-63,6)	Riabilitazione presso struttura privata		66,0 (49,0-83,1)	36,4 (9,0-63,9)
Consultorio familiare	6,1 (2,6-9,5)	0,5 (0,1-1,0)	0,9 (0-2,2)	Consultorio familiare	9,9 (5,4-14,3)	3,2 (2,1-4,4)	3,0 (1,1-4,9)

### La Valle d'Aosta a confronto

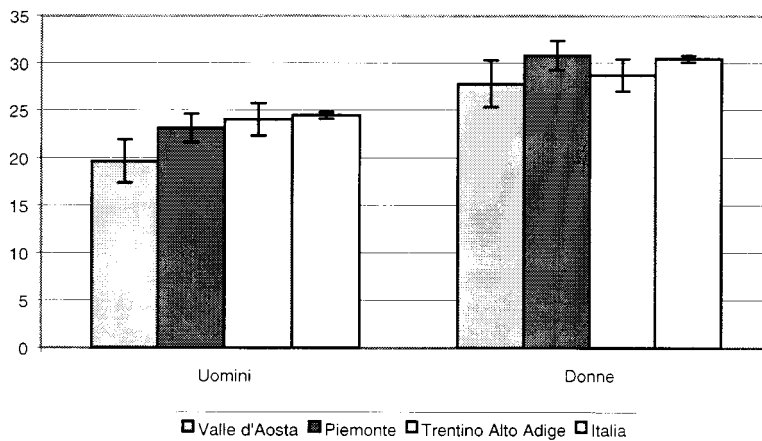
Confrontando le prevalenze della Valle d'Aosta con quelle delle altre regioni, gli uomini e le donne valdostane risultano ricorrere con frequenze più elevate in assoluto al consultorio familiare, a conferma del valore e dell'utilità che la popolazione valdostana assegna a questi servizi territoriali.

In assoluto più bassa è la frequenza al ricorso in Valle d'Aosta alle visite mediche, particolarmente tra gli uomini, che invece registrano la più alta frequenza al ricorso a visite specialistiche e accertamenti diagnostici presso strutture private, anche nel confronto con le altre regioni.

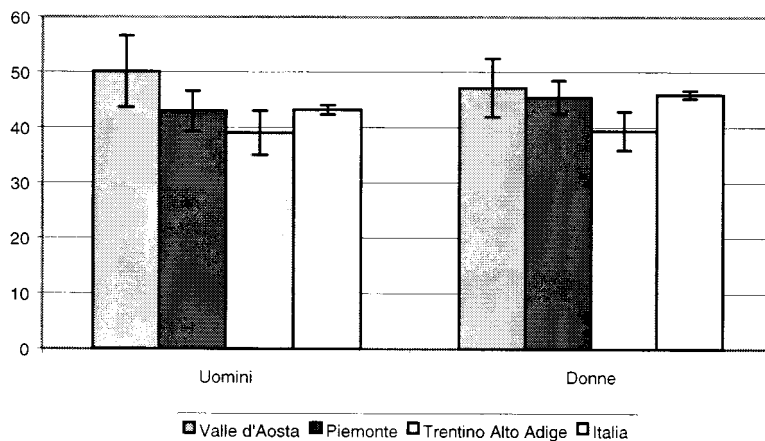
Nel ricorso al privato le donne valdostane registrano le frequenze più elevate per le prestazioni riabilitative tra tutte le regioni a confronto, uguagliando il valore medio nazionale (Figura 1).

**Figura 1. Visite mediche ed accertamenti presso strutture pubbliche o private effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista da persone di 14 anni e più in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100**

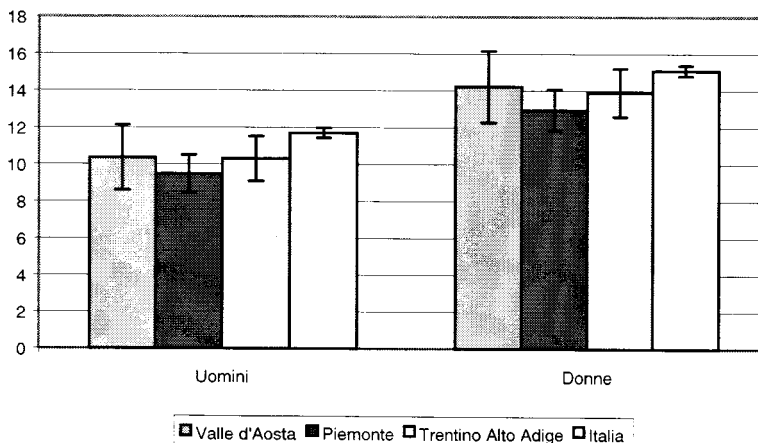
*VISITE MEDICHE*



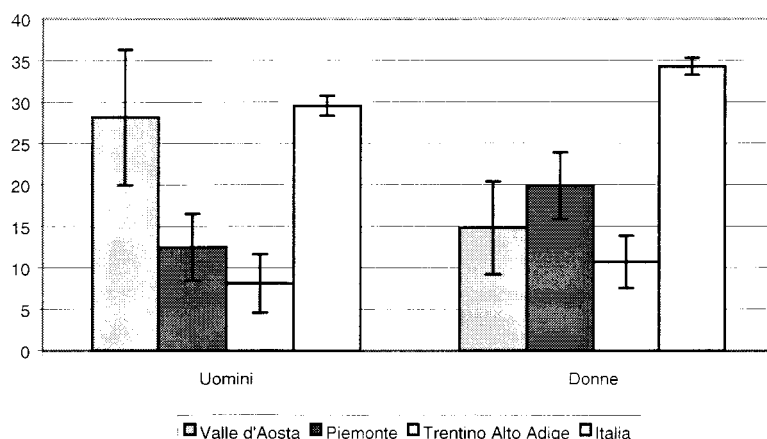
*VISITE MEDICHE DA SPECIALISTA PRIVATO*



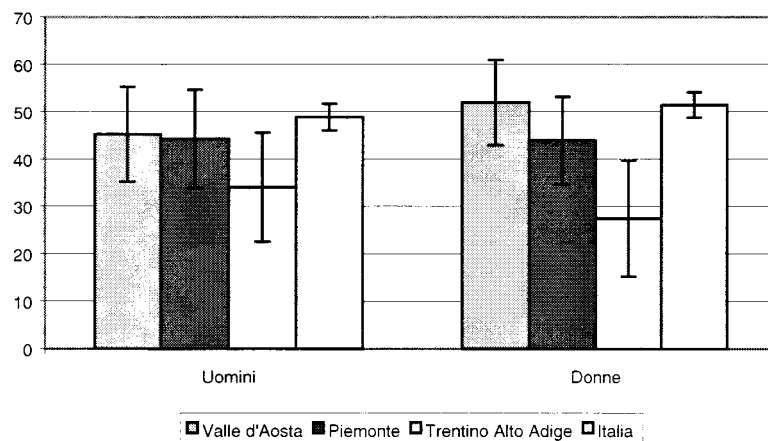
*ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI*



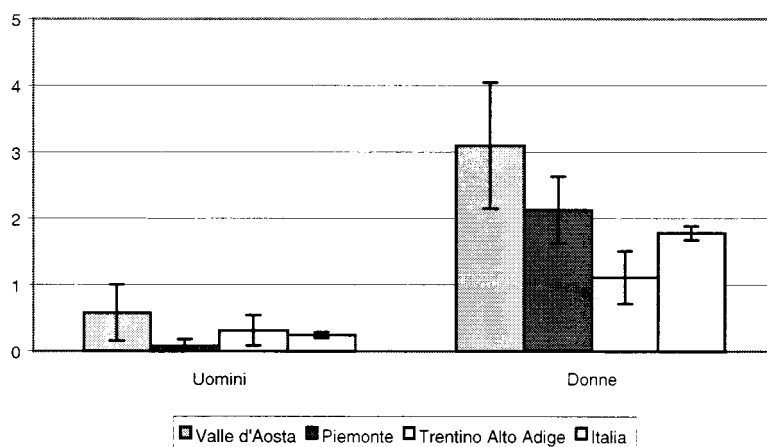
**ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO STRUTTURA PRIVATA**



**RIABILITAZIONE PRESSO STRUTTURA PRIVATA**



**CONSULTORIO FAMILIARE**



**Le differenze sociali in Valle d'Aosta**

In genere, quando la numerosità campionaria ha reso possibile l'analisi, si nota come ai livelli di istruzione più bassi corrispondono minori ricorsi ai servizi.

Si evidenziano lievi eccessi di ricorso a visite ed accertamenti nei comuni medi (nelle donne si evidenzia un eccesso di ricorso ad accertamenti diagnostici in strutture private pari al 50%).

Interessante risulta il ricorso ai consultori. Si rivolgono maggiormente a queste strutture i residenti nei comuni piccoli (fino al 30% in più) e chi giudica negativamente le proprie risorse (Tabella 2).

**Tabella 2. Visite mediche ed accertamenti presso strutture pubbliche o private effettuati nelle 4 settimane precedenti l'intervista in Valle d'Aosta, per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	VISITE MEDICHE			VISITE MEDICHE DA SPECIALISTA PRIVATO			ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,1 (1,0-1,4)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,9-1,4)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,6-1,2)	*	1,1 (0,9-1,5)	1,1 (0,7-1,6)	1,2 (0,9-1,7)
<2000	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,8-1,5)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-0,9)	0,9 (0,7-1,3)	*	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,6-1,4)	1,1 (0,8-1,5)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,6-1,2)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,0)	1,0 (0,7-1,5)	0,7 (0,5-1,0)
lic. elementare, senza titolo	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,6-1,2)	1,1 (0,8-1,4)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,5-1,2)	0,5 (0,3-0,7)	0,7 (0,5-0,9)	0,6 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,0)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,6-1,0)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,6-1,4)	1,1 (0,8-1,5)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuale	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,7-1,2)	1,1 (0,9-1,4)	0,8 (0,6-1,0)	0,7 (0,5-1,0)	0,8 (0,6-1,1)	1,1 (0,9-1,5)	1,4 (0,9-2,0)	1,1 (0,7-1,5)
autonoma	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,7-1,3)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,8-1,3)	1,3 (0,9-1,8)	0,8 (0,5-1,1)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (0,6-1,7)	0,8 (0,6-1,3)
non altrimenti classificato	0,9 (0,7-1,1)	0,5 (0,3-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,2)	0,8 (0,4-1,8)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,7-1,3)	0,7 (0,2-2,3)	0,8 (0,6-1,2)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (0,9-1,5)	1,1 (0,9-1,4)	0,9 (0,7-1,1)	0,6 (0,4-1,0)	1,1 (0,8-1,4)	1,3 (1,0-1,6)	1,1 (0,8-1,7)	1,4 (1,0-1,8)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 2. Visite mediche ed accertamenti presso strutture pubbliche o private effettuati nelle 4 settimane precedenti l'intervista in Valle d'Aosta, per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua).**

	ACCERTAMENTI DIAGN. IN STRUTTURA PRIVATA			RIABILITAZIONE IN STRUTTURA PRIVATA			CONSULTORIO FAMILIARE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
2001-10000	0,6 (0,4-1,1)	*	1,5 (0,6-3,8)	1,1 (0,8-1,6)	*	1,1 (0,6-2,1)	2,1 (0,9-5,1)	*	1,5 (0,6-3,7)
<2000	0,7 (0,4-1,3)	*	1,2 (0,4-3,4)	0,7 (0,4-1,1)		0,8 (0,4-1,7)	3,0 (1,3-7,0)	*	2,9 (1,2-6,8)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	*	1,0	*	1,0	1,0	*	*	*
lic. prof.le, medie inferiori	0,8 (0,4-1,4)	*	0,4 (0,1-1,2)	*	0,9 (0,4-2,1)	0,9 (0,5-1,9)	*	*	*
lic. elementare, senza titolo	1,1 (0,5-2,2)	*	0,6 (0,2-1,8)	*	0,8 (0,2-2,9)	0,7 (0,3-1,7)	*	*	*
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	2,2 (1,3-3,8)	2,1 (1,1-4,2)	*	0,9 (0,7-1,3)	0,9 (0,5-2,0)	0,9 (0,5-1,6)	0,8 (0,4-1,5)	0,3 (0-1,6)	1,0 (0,5-1,9)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuale	1,0 (0,6-1,8)	*	0,8 (0,3-2,0)	0,7 (0,5-1,0)	*	0,9 (0,2-3,9)	0,5 (0,2-1,1)	*	0,4 (0,2-1,1)
autonoma	1,4 (0,7-2,7)	*	1,1 (0,4-3,1)	0,9 (0,5-1,7)	*	0,1 (0-12,7)	1,4 (0,7-2,8)	*	1,3 (0,6-2,8)
non altrimenti classificato	1,1 (0,5-2,4)	*	0,6 (0,2-1,9)	0,8 (0,5-1,4)	*	0,8 (0,4-1,8)	0,4 (0,1-1,4)	*	0,3 (0,1-1,0)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	0,4 (0,2-0,9)	0,3 (0,1-1,3)	0,5 (0,2-1,2)	0,7 (0,4-1,0)	0,4 (0,1-1,4)	0,6 (0,3-1,3)	1,4 (0,7-2,6)	2,8 (0,6-12,5)	1,2 (0,6-2,4)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

## MEDICINE NON CONVENZIONALI

Il ricorso alle medicine non convenzionali è stato analizzato per:

- omeopatia;
- agopuntura;
- fitoterapia;
- trattamenti manuali.

Omeopatia, agopuntura e fitoterapia sono ambiti della medicina non convenzionale praticati già da tempo in Valle d'Aosta con ricorso a specialisti privati.

Il ricorso ai trattamenti manuali nella nostra regione vede, oltre ad alcune figure professionali come gli osteopati e i chiropratici anche i «rabeilleurs», figure della tradizione culturale valdostana a cui la popolazione si rivolge con fiducia per il trattamento manuale e la cura di piccole patologie a carico del sistema osteo muscolare.

In Valle d'Aosta il ricorso alla medicina non convenzionale è stato chiesto in riferimento agli ultimi dodici mesi e fino ai tre anni precedenti ed è risultato in tutte le forme qui considerate un fenomeno in maggioranza femminile anche se, nel confronto con le altre regioni, anche gli uomini valdostani risultano più propensi al ricorso dei loro pari.

Tra le persone con più di 15 anni che vivono in Valle d'Aosta, hanno dichiarato di usare medicine non convenzionali il 25% degli uomini e il 33% delle donne.

All'agopuntura ha fatto ricorso il 6,3% degli uomini e l'8,3% delle donne.

All'omeopatia si sono rivolti il 9,4% degli uomini e il 19,2% delle donne.

Alla fitoterapia ha fatto ricorso l'8,5% degli uomini e il 14,4% delle donne.

Infine hanno fatto ricorso a trattamenti manuali il 14,8% degli uomini e il 15,6% delle donne.

Anche l'analisi per fascia d'età mostra un ricorso maggiore delle donne alle medicine non convenzionali, soprattutto tra le donne adulte e per l'omeopatia e la fitoterapia.

Solo per i trattamenti manuali uomini e donne non sembrano assumere comportamenti molto diversi tra di loro (Tabella 3).

**Tabella 3. Medicine non convenzionali in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.**

Uomini				Donne			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Medicina alternativa	15,8 (10,5-21,1)	26,1 (23,3-28,8)	20,3 (14,8-25,8)	Medicina alternativa	16,9 (11,3-22,5)	36,8 (33,7-39,9)	21,4 (16,8-26,0)
Agopuntura	0,4 (0-1,2)	6,7 (5,1-8,2)	4,5 (1,7-7,3)	Agopuntura	1,5 (0-3,3)	8,7 (6,9-10,4)	7,4 (4,4-10,3)
Omeopatia	12,0 (7,3-16,7)	10,6 (8,6-12,5)	3,9 (1,2-6,5)	Omeopatia	13,0 (8,0-18,0)	22,9 (20,3-25,6)	7,5 (4,6-10,5)
Fitoterapia	5,1 (1,9-8,2)	8,5 (6,8-10,2)	8,7 (4,9-12,5)	Fitoterapia	8,1 (4,0-12,1)	15,4 (13,1-17,7)	11,3 (7,7-14,9)
Trattamenti manuali	3,2 (0,6-5,7)	15,9 (13,6-18,2)	9,7 (5,7-13,7)	Trattamenti manuali	2,4 (0,1-4,6)	18,1 (15,6-20,5)	8,1 (5,0-11,2)



### La Valle d'Aosta a confronto

In Valle d'Aosta il ricorso alle medicine non convenzionali risulta in assoluto il più elevato da parte degli uomini, mentre le donne valdostane condividono questo eccesso al ricorso con le donne trentine, ciò a conferma del riconoscimento che la popolazione valdostana assegna alle proprietà terapeutiche di queste discipline non convenzionali per la medicina ufficiale.

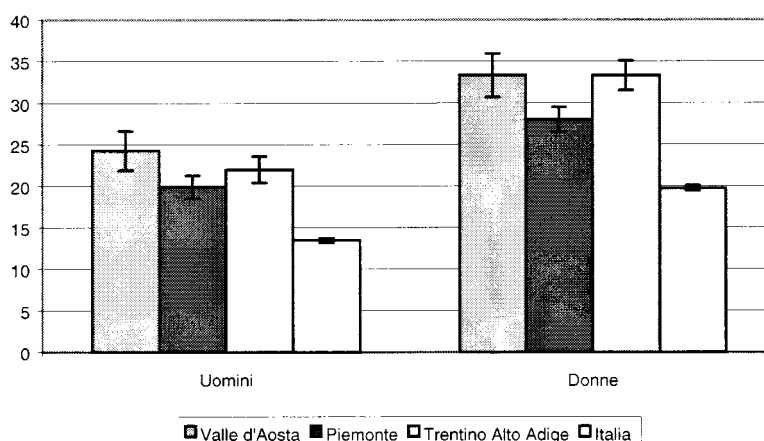
Sia per l'agopuntura che per i trattamenti manuali i valdostani di entrambi i sessi risultano essere i maggiori utilizzatori.

Solo per l'omeopatia e per la fitoterapia questa supremazia al ricorso è condivisa nel primo caso dalle donne con le loro pari trentine, mentre nel secondo caso dagli uomini valdostani con quelli trentini.

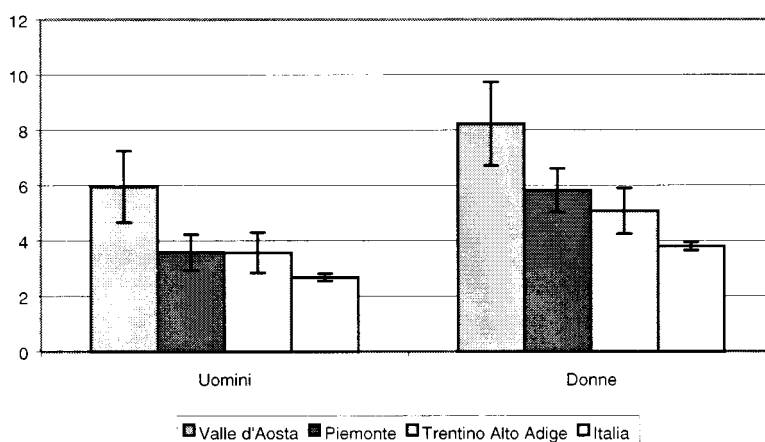
Tutti questi ricorsi risultano in Valle d'Aosta superiori in misura considerevole rispetto la media nazionale (Figura 2).

**Figura 2. Ricorsi alle medicine non convenzionali nei 3 anni precedenti l'intervista da persone di 14 anni e più in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100 –**

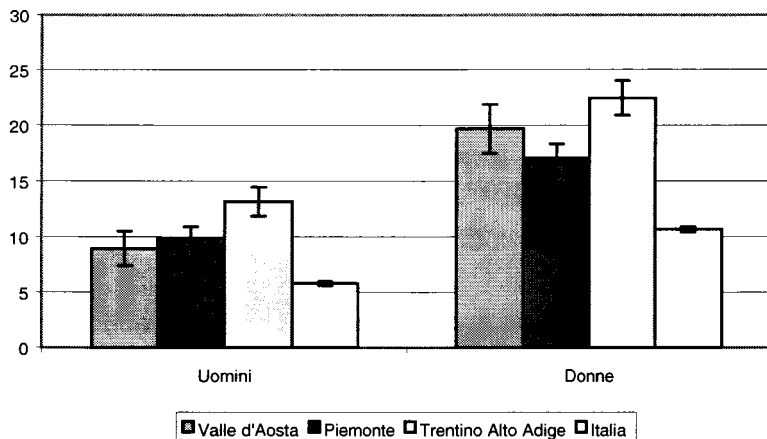
#### MEDICINE NON CONVENZIONALI



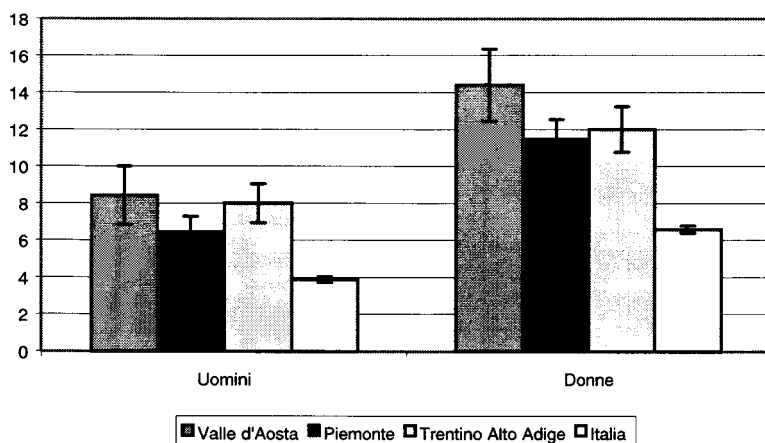
#### AGOPUNTURA



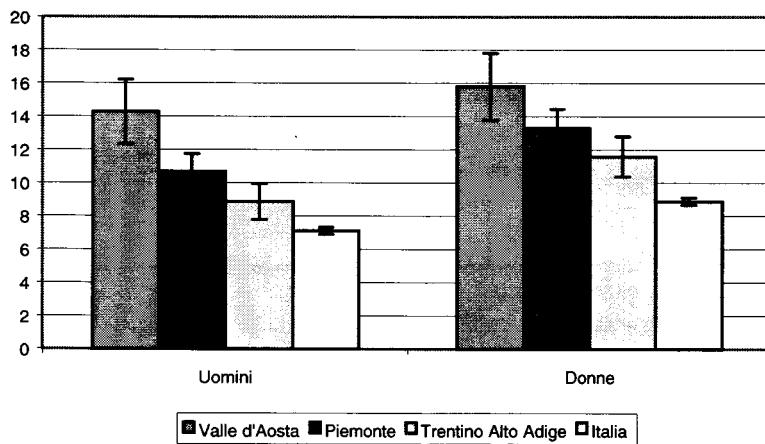
OMEOPATIA



FITOTERAPIA



TRATTAMENTI MANUALI



### Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Tutte le variabili sociali considerate, per entrambi i sessi, sembrano discriminare in modo significativo il ricorso alle medicine non convenzionali.

Si rileva infatti come al momento attuale, in Valle d'Aosta, le medicine non convenzionali siano appannaggio pressoché esclusivo delle classi con elevata istruzione, con storie lavorative non manuali nel caso delle donne, in condizioni familiari di «singole», nelle persone soddisfatte delle proprie risorse economiche e che risiedono in comuni di media grandezza (Tabella 4)

**Tabella 4. Medicine alternative in Valle d'Aosta, per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR).**

	MEDICINA NON CONVENZIONALE			AGOPUNTURA			OMEOPATIA		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (1,0-1,4)	1,6 (1,2-2,1)	1,0 (0,8-1,2)	1,5 (1,0-2,1)	1,5 (0,9-2,7)	1,4 (0,9-2,2)	1,1 (0,9-1,4)	1,4 (0,9-2,1)	1,0 (0,7-1,3)
<2000	1,3 (1,1-1,6)	1,6 (1,2-2,0)	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (0,8-1,7)	1,2 (0,6-2,2)	1,2 (0,7-1,9)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,5-1,4)	1,1 (0,8-1,4)
<b>ISTRUZIONE</b>									
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,8)	0,9 (0,6-1,2)	0,6 (0,4-1,0)	1,1 (0,7-1,6)	0,5 (0,4-0,6)	0,4 (0,3-0,6)	0,6 (0,4-0,7)
lic. elementare, senza titolo	0,5 (0,4-0,6)	0,5 (0,3-0,7)	0,5 (0,4-0,7)	0,6 (0,4-0,9)	0,5 (0,2-1,0)	0,6 (0,4-1,2)	0,3 (0,2-0,5)	0,3 (0,2-0,6)	0,3 (0,2-0,5)
<b>STATO CIVILE</b>									
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,9-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,7-1,7)	1,2 (0,8-1,8)	1,2 (1,0-1,4)	0,9 (0,6-1,4)	1,4 (1,1-1,8)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>									
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuale	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,7 (0,5-1,0)	0,6 (0,4-1,0)	0,9 (0,5-1,4)	0,5 (0,4-0,6)	*	0,5 (0,3-0,7)
autonoma	0,6 (0,5-0,7)	0,5 (0,4-0,7)	0,7 (0,5-0,8)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,3-1,1)	0,6 (0,3-1,0)	0,5 (0,4-0,7)	*	0,5 (0,4-0,7)
non altrimenti classificato	0,7 (0,6-0,8)	0,6 (0,3-1,0)	0,6 (0,5-0,8)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,2-2,8)	0,7 (0,4-1,2)	0,7 (0,5-0,9)	*	0,5 (0,4-0,7)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>									
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	0,7 (0,6-0,9)	0,6 (0,4-0,8)	0,8 (0,7-1,0)	0,8 (0,5-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	1,0 (0,6-1,6)	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,3-1,0)	0,9 (0,7-1,2)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

**Tabella 4. Medicine alternative in Valle d'Aosta, per istruzione, stato civile, attività professionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza – Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) (continua.)**

	FITOTERAPIA			TRATTAMENTI MANUALI		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>AMPIEZZA COMUNE</b>						
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,5 (1,1-2,0)	1,9 (1,1-3,1)	1,4 (1,0-2,0)	1,3 (1,0-1,6)	1,5 (1,0-2,3)	1,1 (0,8-1,5)
<2000	1,3 (1,0-1,8)	1,5 (0,9-2,5)	1,3 (0,9-1,9)	1,7 (1,3-2,2)	2,0 (1,3-2,9)	1,6 (1,1-2,2)
<b>ISTRUZIONE</b>						
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,6 (0,5-0,8)	0,7 (0,5-1,1)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,5-0,9)	0,7 (0,6-1,0)
lic. elementare, senza titolo	0,5 (0,3-0,7)	0,4 (0,2-0,8)	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,4-0,7)	0,5 (0,3-0,7)	0,5 (0,3-0,8)
<b>STATO CIVILE</b>						
coniugato/a	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,2 (1,0-1,6)	0,9 (0,6-1,3)	1,6 (1,2-2,1)	1,0 (0,8-1,3)	0,8 (0,6-1,1)	1,3 (1,0-1,7)
<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE</b>						
non manuale	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuale	0,5 (0,4-0,7)	0,7 (0,4-1,1)	0,5 (0,3-0,7)	0,6 (0,5-0,8)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,5-1,0)
autonoma	0,6 (0,5-0,9)	0,8 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,9)	0,5 (0,4-0,7)	0,4 (0,3-0,7)	0,6 (0,4-0,9)
non altrimenti classificato	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,2-1,9)	0,6 (0,4-0,8)	0,5 (0,4-0,7)	0,3 (0,1-0,8)	0,6 (0,4-0,8)
<b>GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE</b>						
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,6-1,6)	0,8 (0,6-1,2)	0,6 (0,4-0,7)	0,5 (0,3-0,8)	0,6 (0,4-0,9)

\* la numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

#### OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il quadro che emerge dall'analisi del ricorso ai servizi sanitari è molto stimolante.

Se si considera l'uso della medicina territoriale di base e specialistica si ottengono immagini che sono in linea con la mor-

bosità. Dove ci sono più problemi di salute (donne, anziani, bassa istruzione, lavoro manuale e autonomo, condizioni di non coniugato) c'è più ricorso ai servizi. Lo stesso quadro era stato descritto dai ricoveri ospedalieri nella precedente pubblicazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali. Dunque il servizio sanitario regionale sembra rispondere con un'attenzione adeguata alle differenze di bisogno?

L'utilizzo del privato riguarda soprattutto gli accertamenti diagnostici da parte degli uomini adulti come se fossero le categorie che hanno più difficoltà a conciliare i loro tempi di lavoro con il tempo necessario per l'accesso alle strutture sanitarie; infatti il lavoro autonomo è quello che fa più ricorso alla struttura privata.

Viceversa, il ricorso alla medicina non convenzionale segue un altro profilo epidemiologico, più simile a quello descritto dall'indice di salute psichica: sono le classi medie, più istruite, quelle che manifestano maggiore disagio psichico e maggiore sensibilità all'uso di forme più personalizzate e meno invasive di medicina e di cura a farne maggiormente uso.

È probabile che questo maggiore ricorso spieghi la migliore condizione fisica di questa categoria o la peggiore condizione psichica.

Tutti questi fenomeni sono probabilmente correlati ad una variabile latente culturale che corrisponde al modo con cui si percepiscono e si definiscono i problemi di salute in questo gruppo di popolazione.

Rimane quindi materia di studio la natura di questo fenomeno, i suoi determinanti e delle sue probabilità di propagazione ad altri gruppi sociali nel futuro.

---

#### Note

- <sup>1</sup> Una pubblicazione interamente dedicata agli anziani in Valle d'Aosta (edizione 2002) tratta con maggiori dettagli questi aspetti tra la popolazione ultrasessantacinquenne nella nostra regione.

## CONCLUSIONI

Il profilo epidemiologico della popolazione valdostana progettato in questa Relazione riguarda il 2000. Esso ha a che fare con la posizione di partenza delle azioni sanitarie decise dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002 – 2004. A quel tempo queste informazioni non erano ancora tutte disponibili, ma si può sottolineare che gran parte delle scelte del Piano si rivolgono a priorità identificate come tali da questa Relazione.

Il profilo appena descritto semmai, introduce nuovi elementi con cui dovranno misurarsi le azioni attuative future e, in particolare, il tema delle disuguaglianze nella salute che attraversa tutte le diverse aree della salute considerata: dagli stili di vita, alla salute soggettiva ed obiettiva, al ricorso ai servizi.

Si tratta di un tema che coinvolge tutti i livelli di organizzazione e di erogazione della prevenzione e dell'assistenza affinché si interrogino su dove e come possano intervenire sui processi di loro competenza, sia per attenuare gli effetti sfavorevoli dello svantaggio sociale, sia per evitare di aggravarli con le proprie barriere amministrative e tecniche dell'accesso a soluzioni più efficaci e sicure.

Infine, il quadro descritto in questa Relazione deve essere considerato la linea di base su cui saranno misurati i risultati delle azioni successive al Piano Socio Sanitario Regionale. Una successiva indagine dovrà quindi essere pianificata per il 2005-2006, tempo utile per poter misurare i cambiamenti intervenuti.

A tal proposito è opportuno che la Conferenza delle Regioni si attivi fin da ora per programmare l'indagine sulla salute proposta dall'ISTAT in tutte le regioni, in modo che, utilizzando un insieme di indicatori comuni e un comune modello di indagine, si possa apportare le necessarie informazioni a questo processo di programmazione.

## **POLITICHE SOCIALI**

### **PREMESSA**

Dalle politiche sanitarie a quelle sociali il passaggio è breve e principalmente a valenza amministrativa poiché il bisogno trova spesso in sé una natura integrata, sociale e sanitaria.

Il riconoscimento della necessità di integrare i due approcci in un unico disegno politico è sentito da molto tempo anche se le difficoltà permangono a causa della diversa maturità delle due logiche di indirizzo governativo: più antica e consolidata quella sanitaria, più recente e meno istituzionalizzata quella sociale. La conseguenza per le politiche sociali è infatti tuttora la presenza di un forte pluralismo istituzionale tra le diverse regioni, una frammentazione di competenze, una diversità di interventi con singole prestazioni difficilmente omologabili che non ha reso possibile disporre di flussi informativi nazionali per il monitoraggio e la valutazione delle attività.

In questo scenario ancora non bene integrato in senso politico e funzionale la legge 328/2000, legge quadro sull'assistenza, e il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, hanno rappresentato un passo in avanti importante perché hanno avviato un processo di integrazione all'interno delle politiche sociali regionali.

La programmazione sociale va infatti intesa come processo a più attori, collocati a più livelli, che apportano competenze, idee e risorse ad una progettazione che necessariamente deve essere partecipata per ottenere una maggiore efficacia.

Per fare ciò è stato necessario definire obiettivi strategici e indirizzi generali indispensabili affinché tutti i soggetti chiamati a concorrere alla programmazione e alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali possano impegnarsi nell'attuazione della legge quadro sull'assistenza, da cui il Piano 2001-2003.

La realizzazione del sistema integrato di cui alla legge 328/2000 richiede principalmente l'avvio di un profondo cambiamento culturale che si sviluppa lungo una direttrice di riforma che può essere così delineata:

- da interventi categoriali a interventi rivolti alla persona e alle famiglie;
- da interventi prevalentemente economici ad un insieme integrato di trasferimenti economici e di servizi in rete;
- da interventi disomogenei a livello infra e interregionale a livelli essenziali (i futuri LIVEAS, Livelli Essenziali di Assistenza Sociale, assimilabili ai già esistenti LEA sanitari) su tutto il territorio nazionale;
- da prestazioni rigide, predefinite a prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti personalizzati;
- dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del diritto all'inserimento sociale;
- da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale.

Tutto ciò ha reso le politiche sociali, politiche universalistiche, rivolte alla generalità dei cittadini, senza alcun vincolo categoriale.

Si tratta di politiche finalizzate ad accompagnare e sostenere l'individuo e la famiglia durante tutto il percorso della vita e a sostenerne la fragilità, rispondendo ai bisogni che insorgono alle diverse età o alle diverse responsabilità familiari specie quando queste devono trovare una conciliazione con l'attività lavorativa. In altre parole politiche il cui fine è sostenere e promuovere le capacità individuali e le reti familiari.

Si intende in questo recuperare o costruire comunità locali amichevoli e solidali, favorendo gli interventi e qualificandoli e incoraggiando i cittadini ad averne fiducia e a farvi ricorso in modo consapevole ed appropriato.

Le politiche sociali tutelano il diritto a stare bene e promuovono la solidarietà sociale come valore principale di una società civile.

Il criterio di accesso al sistema integrato dei servizi è *la condizione di bisogno* e la differenziazione dei diritti e delle modalità di accesso è fondata unicamente sulla diversità dei bisogni.

La Valle d'Aosta ha adottato da tempo questa cultura affinché le politiche sociali siano realmente universalistiche ed accessibili a tutti i cittadini, adoperandosi affinché coloro che hanno più bisogno e perciò più titolo ad accedere al sistema non ven-

gano esclusi o non vengano ostacolati da barriere informative, culturali o economiche nell'accesso ai servizi e a quelli specificamente a loro dedicati.

Ciò ha anche comportato un nuovo ruolo assegnato ai comuni coinvolti in una condivisione di obiettivi e di verifica di risultati a fronte di risorse assegnate. Un passaggio importante e delicato che necessiterà di tempo e di accompagnamento al ruolo da parte dell'Ente Regione, ma la rivoluzione nel ruolo dei comuni è ormai avviata e il principio che sta alla base della rivoluzione è quello che sposta le competenze di gestione dei servizi dall'Ente Regione ai comuni medesimi ai quali viene assegnata la titolarità delle funzioni, comprendenti la programmazione e la realizzazione in ambito locale, l'erogazione di servizi e le prestazioni economiche.

Il primo Piano Nazionale Sociale 2001-2003 individua come obiettivi prioritari:

- la valorizzazione e il sostegno delle responsabilità familiari;
- il rafforzamento dei diritti dei minori;
- il potenziamento degli interventi a contrasto della povertà;
- il sostegno con servizi domiciliari delle persone non autosufficienti, in particolare gli anziani e i disabili.

In questa Relazione 2001 il contributo delle politiche sociali si è concentrato su due temi che hanno una valenza generale:

1. la famiglia;
2. la povertà e l'esclusione sociale.

La scelta è stata motivata dal fatto che tutti gli obiettivi prioritari del Piano hanno nella famiglia il riferimento primo, essendo questa il nucleo centrale di una società e delle sue disuguaglianze; e la povertà è stata scelta perché rappresenta l'elemento primo di tutte le disuguaglianze.

Disuguaglianze sociali, economiche e culturali producono esiti diversi nella salute, come si è visto nella prima parte della Relazione, ma anche di accesso ai diritti riconosciuti dalle politiche sociali.

In entrambe le parti che compongono la Relazione sanitaria e sociale 2001 l'unità di analisi è sempre la famiglia e le riflessioni sui dati di salute e su quelli al ricorso dei servizi, sanitari e sociali, possono offrire un primo spunto di riflessione con approccio «integrato».

## IL CONTESTO DELLE POLITICHE

### Quadro demografico

La distribuzione della popolazione sul territorio regionale non è omogenea: il 28,7% della popolazione si concentra nel capoluogo di AOSTA, unico comune ad avere un'ampiezza demografica che supera le 30.000 unità (34.642), percentuale che supera il 45% se si considera il capoluogo e i 9 comuni di cintura. Il resto della popolazione si distribuisce negli altri 64 comuni che costituiscono la regione, dei quali più della metà non raggiungono le 1000 unità e la cui ampiezza massima non supera le 5000.

Suddivisa per classi di età, il 12% della popolazione regionale è costituito da persone di età inferiore ai 14 anni (14.508), il 69% da persone tra i 14 ed i 64 anni (83.315) ed il restante 18,9% supera i 65 anni (22.764).

Confrontando questi dati con quelli relativi agli ultimi 4 Censimenti della popolazione effettuati dall'ISTAT, si nota come la percentuale di persone anziane sia quasi raddoppiata negli ultimi quarant'anni (9,9% nel 1961) e l'indice di vecchiaia sia passato dal 51,3 del 1961 al 156,9 del 2001, portando il rapporto di un anziano ogni due giovani del 1961 a quello attuale di tre anziani ogni due giovani.

Vengono di seguito riportati i dati relativi alla distribuzione della popolazione per classi di età e l'indice di vecchiaia nei 4 distretti della regione. (Tabella 1).

**Tabella 1. Distribuzione della popolazione per classi di età e indice di vecchiaia. Dati suddivisi per distretti – 2001.**

Distretti	0-13	%	14-64	%	>= 65	%	Totale	%	Indice di vecchiaia
1	2.436	13,5	12.613	69,5	3.091	17,0	18.140	15,0	126,9
2	7.358	11,7	43.463	69,0	12.195	19,3	63.016	52,3	165,7
3	1.988	12,1	11.455	69,3	3.080	18,6	16.523	13,7	154,9
4	2.726	11,9	15.784	69,0	4.398	19,1	22.908	19,0	161,3

Fonte: Servizio informativo della Regione Autonoma Valle d'Aosta

In sostanza, la popolazione valdostana è aumentata negli ultimi quarant'anni, passando dalle 100.959 unità del 1961 a più di 120.000 attuali, ed è soprattutto mutata nella sua composizione assistendo ad una crescente quota di anziani a fronte di una costante diminuzione della popolazione sotto i 14 anni (solo negli ultimi 10 anni si è scesi dal 13,2% del 1991 al 12% attuale).

### Caratteristiche della famiglia valdostana

In Valle d'Aosta risiedono 54.012 unità familiari.

L'analisi della situazione delle famiglie valdostane fa emergere le stesse dinamiche e tendenze che caratterizzano le convenienze familiari italiane. Infatti, dal 1991 al 2001, il numero delle famiglie valdostane è aumentato molto più di quanto sia aumentata la popolazione e, nello stesso arco di tempo, vi è stata una diminuzione del numero medio dei suoi componenti, che è passato dal 2,4 del 1991 all'attuale 2,2, portando la Valle d'Aosta ad essere, assieme alla Liguria, la regione italiana con la più ridotta ampiezza della famiglia, lontana cioè dal 2,7 della media nazionale. Inoltre, si registra una elevata nuclearizzazione della famiglia ed un aumento delle famiglie unipersonali. Il 61,2% delle famiglie valdostane è costituito da un solo nucleo, di queste solo l'1,5% dà origine a famiglie estese, e le famiglie multiple sono presenti solamente nello 0,4% del totale<sup>1</sup>.

Il dato più significativo, però, è la consistente presenza di famiglie formate da una sola persona (Tabella 2).

**Tabella 2. Distribuzione delle strutture familiari nelle regioni italiane.**

Regioni	Tipologia della famiglia							Numero medio componenti
	senza nucleo	una persona sola	un solo nucleo	senza altre persone	estesa	multipla	Totale	
Piemonte	27,2	25,0	72,1	69,2	2,9	0,7	100,0	2,4
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>38,4</b>	<b>35,9</b>	<b>61,2</b>	<b>59,7</b>	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>100,0</b>	<b>2,2</b>
Lombardia	23,6	22,1	75,9	72,4	3,4	0,5	100,0	2,6
Trentino-Alto-Adige	27,4	25,3	71,8	69,6	2,3	0,7	100,0	2,6
Veneto	27,4	21,5	74,0	69,3	4,7	2,2	100,0	2,7
Friuli-Venezia-Giulia	26,4	24,1	72,9	68,5	4,4	0,6	100,0	2,5
Liguria	34,7	32,9	64,4	60,2	4,2	0,9	100,0	2,2
Emilia-Romagna	25,1	22,7	73,5	67,6	5,9	1,5	100,0	2,5
Toscana	24,6	22,3	72,4	64,7	7,7	3,0	100,0	2,6
Umbria	21,8	20,5	74,8	66,6	8,2	3,4	100,0	2,8
Marche	22,5	20,3	74,8	68,2	6,7	2,6	100,0	2,7
Lazio	27,3	25,9	71,9	68,4	3,5	0,8	100,0	2,6
Abruzzo	19,9	18,3	79,0	74,7	4,3	1,1	100,0	2,8
Molise	25,2	23,5	74,0	70,1	3,9	0,8	100,0	2,7
Campania	20,7	18,6	77,4	73,3	4,1	1,9	100,0	3,1
Puglia	16,7	14,6	82,3	79,5	2,8	1,0	100,0	3,0
Basilicata	19,5	18,4	79,7	76,7	3,0	0,8	100,0	3,0
Calabria	17,1	15,0	82,3	78,8	3,5	0,7	100,0	3,1
Sicilia	19,8	18,3	79,7	77,1	2,6	0,5	100,0	2,9
Sardegna	21,8	19,3	77,0	72,9	4,2	1,1	100,0	3,0
Italia	23,6	21,7	75,2	71,1	4,1	1,2	100,0	2,7

Fonte: Istat, 1998

Confrontando la distribuzione delle strutture familiari in Valle d'Aosta con quella presente nelle altre regioni, si nota che la presenza di famiglie unipersonali è la più elevata, a scapito della struttura sia mononucleare che estesa. Infatti, dal 1991 ad og-



gi, la percentuale delle famiglie composte da una sola persona è salita dal 30,3% al 35,9%, mentre è diminuita la percentuale delle famiglie con un solo nucleo, sia nel caso delle famiglie neo-locali, nel 1991 erano il 62,1%, sia soprattutto delle famiglie estese, 4,1% nel 1991<sup>2</sup>. Ad essere aumentate sono soprattutto le famiglie unipersonali formate da ultrasessantenni; oggi, infatti, circa la metà delle 20.000 famiglie con una sola persona è composta da anziani. Sono quindi aumentati gli anziani che concludono la loro storia familiare e personale vivendo da soli dopo che i figli hanno formato una loro propria famiglia e/o dopo che il coniuge è deceduto.

Questo fenomeno non esclude un'intensa rete di relazioni familiari. La maggior parte dei valdostani coniugati dichiara di vedere o sentire telefonicamente i genitori se non tutti i giorni almeno qualche volta alla settimana<sup>3</sup> mentre gli anziani riconoscono nei figli, più precisamente nelle figlie e nelle nuore, coloro da cui ricevono il maggior aiuto in caso di necessità<sup>4</sup>.

A differenza del significativo mutamento riscontrato nella distribuzione delle strutture familiari, la tipologia delle famiglie nucleari non ha subito rilevanti mutamenti dal 1991 ad oggi. La situazione in Valle d'Aosta non è diversa da quella esistente nelle altre regioni italiane (Tabella 3). La lieve diminuzione, rispetto al 1991, delle coppie con figli (54,7%) va a favore di un pressoché pari incremento delle coppie senza figli (32% nel 1991), mentre il numero delle famiglie con un solo genitore è rimasto quasi invariato (13,3% nel 1991), anche se è aumentato il numero delle madri che vivono sole con i figli (nel 1991 erano il 10,6%). La maggior parte è costituita da vedovi/e (52,2%), anche se, negli ultimi 10 anni, si registra un incremento di coloro che vivono questa esperienza a seguito di separazioni e divorzi. La loro presenza è passata dal 44,6% del 1991 al 47,8% del 1998, conducendo la Valle d'Aosta ad essere una delle regioni italiane con il maggior numero di famiglie monogenitore non conseguenti ad una vedovanza. In Italia, queste ultime sono il 37,3% di tutti i nuclei monogenitore.

**Tabella 3. Nuclei familiari per tipologie e regione. Anno 1998 (media). (per 100 nuclei familiari)**

Regioni	coppie con figli	coppie senza figli	monogenitore maschio	monogenitore femmina	Totale
Piemonte	52,8	35,2	2,0	10,0	100,0
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>53,7</b>	<b>33,5</b>	<b>1,8</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>
Lombardia	60,2	28,8	2,0	9,1	100,0
Trentino-Alto-Adige	60,1	27,2	2,2	10,5	100,0
Veneto	62,1	27,2	1,6	9,0	100,0
Friuli-Venezia-Giulia	56,1	30,2	2,4	11,3	100,0
Liguria	49,1	36,9	3,0	10,9	100,0
Emilia-Romagna	55,7	33,6	1,5	9,3	100,0
Toscana	57,6	33,3	0,9	8,2	100,0
Umbria	60,9	31,3	1,4	6,4	100,0
Marche	60,8	29,2	1,7	8,3	100,0
Lazio	58,3	30,4	1,8	9,6	100,0
Abruzzo	62,1	28,1	1,6	8,2	100,0
Molise	60,4	29,9	1,8	7,9	100,0
Campania	69,4	19,0	2,1	9,5	100,0
Puglia	67,9	23,3	1,0	7,9	100,0
Basilicata	66,0	24,1	1,9	8,0	100,0
Calabria	67,6	23,7	1,1	7,7	100,0
Sicilia	66,5	23,2	1,6	8,7	100,0
Sardegna	68,1	17,9	2,2	11,8	100,0
Italia	61,2	28,0	1,7	9,1	100,0

Fonte: Istat, 1998

### Costituzione della famiglia

I giovani valdostani tra i 18 ed i 34 anni adottano un comportamento diverso rispetto ai loro coetanei delle altre regioni italiane per quanto riguarda la permanenza nella famiglia di origine.

Il 39,8%<sup>5</sup> dei figli non coniugati in età compresa tra i 18 ed i 34 anni vive con almeno un genitore. Il 29,8% dei giovani in questa fascia di età vive con i genitori in condizione di studente, mentre il 56,8% è occupato e continua la convivenza «perché si trova bene» ed è un modo per «mantenere la propria libertà». Suddivisi in fasce di età, il 77,2% dei giovani valdostani non coniugati tra i 18 ed i 24 anni ed il 22,7% di quelli tra i 25 ed i 34 anni vivono come figli nella famiglia dei genitori.

Confrontando queste percentuali con quelle rilevate dall'ISTAT in Italia e nelle ripartizioni geografiche in cui è suddivisa

(Tabella 4), emerge che i giovani valdostani tendono a lasciare la famiglia di origine prima dei loro coetanei che vivono in altre aree del Paese.

In Italia, l'età media al primo matrimonio è di 30,2<sup>e</sup> anni per i maschi e 27,4 per le femmine. L'età media alle prime nozze in Valle d'Aosta è leggermente superiore: 30,8 anni per gli uomini e 28,1 per le donne.

**Tabella 4. Giovani da 18 a 34 anni celibi e nubili che vivono con almeno un genitore per sesso, classe di età. Valle d'Aosta e ripartizioni geografiche. Anno 1998. (per 100 giovani dello stesso sesso e zona che vivono con almeno un genitore)**

Residenza	MASCHI			FEMMINE			MASCHI E FEMMINE		
	18-24	25-34	Totale	18-24	25-34	Totale	18-24	25-34	Totale
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>75,0</b>	<b>33,1</b>	<b>45,7</b>	<b>79,4</b>	<b>10,9</b>	<b>33,4</b>	<b>77,2</b>	<b>22,7</b>	<b>39,8</b>
Italia nord-occidentale	95,5	48,8	64,5	88,5	30,6	50,9	92,0	39,9	57,8
Italia nord-orientale	94,0	51,3	65,6	87,3	29,4	49,7	90,6	40,7	57,8
Italia centrale	96,4	51,9	67,9	89,2	31,5	51,6	92,8	41,7	59,8
Italia meridionale	95,7	52,5	70,0	85,2	28,8	51,5	90,5	40,6	60,7
Italia insulare	94,2	48,0	66,9	88,2	29,4	52,0	91,3	38,6	59,5
<b>Italia</b>	<b>95,3</b>	<b>50,7</b>	<b>67,0</b>	<b>87,5</b>	<b>30,0</b>	<b>51,1</b>	<b>91,4</b>	<b>40,4</b>	<b>59,1</b>

Fonte: Istat, 1998

In Valle d'Aosta, quindi, a differenza di quanto avviene nel resto dell'Italia, una elevata età al matrimonio non coincide con una prolungata permanenza dei giovani nella famiglia dei genitori.

Il tasso di nuzialità in Valle d'Aosta è di 4,4, inferiore a quello nazionale (4,8), ma in linea con quello del nord-ovest (4,5).

La maggior parte dei matrimoni vengono celebrati con rito religioso, mentre il 38,5% viene celebrato con rito civile. La percentuale di riti civili può essere letta in Valle d'Aosta come una tendenza alla secolarizzazione del matrimonio in considerazione del fatto che il rito civile è l'unica possibilità di contrarre matrimonio in caso di seconde nozze a seguito di un divorzio. I valdostani, infatti, e soprattutto le valdostane, si separano e divorziano di più ed in età più giovane rispetto a quanto avviene nelle altre regioni.

I tassi di separazione e di divorzio in Valle d'Aosta sono i più alti d'Italia, rispettivamente 1,8 e 1,3, e l'età media alla quale vengono vissute queste esperienze è la più bassa. Le donne si separano mediamente a 36,4 anni e divorziano a 39,8, mentre gli uomini si separano in media a 39,3 anni e divorziano a 41,8. Su 100 matrimoni celebrati, quasi la metà termina in una separazione (48,8%) e più di 1 su 4 (26,7%) si conclude con il divorzio. Poiché la maggior parte dei matrimoni civili vengono celebrati con sposi sopra i 35 anni (46,0%) e spose sopra i 30 (59,4%), e data la giovane età alla quale terminano le prime nozze, è ragionevole supporre che siano soprattutto le persone uscite da un'esperienza matrimoniale fallita a dare origine a nuove famiglie attraverso seconde nozze.

L'alta percentuale di separazioni e divorzi può dare spiegazione della diffusione di famiglie monogenitore non costituite da vedovi e di quelle unipersonali; infatti, sono molti i figli coinvolti nella separazione dei genitori. In Valle d'Aosta su 100 separazioni, il 74,5% coinvolge minorenni, che vengono affidati ad uno dei due genitori, quasi sempre la madre, creando una famiglia in cui è presente un solo genitore, mentre l'altro coniuge andrà, almeno all'inizio, ad aumentare il numero delle famiglie costituite da una persona sola.

L'uscita dei giovani dalla casa dei genitori e la fine di un matrimonio possono anche condurre a convivenze *more uxorio*. I dati rispetto alla diffusione di questo tipo di unione sono quelli del Censimento della Popolazione del 1991. Dieci anni fa il 4,1% delle coppie valdostane era formato da persone non coniugate, la più alta presenza di coppie di fatto registrata in Italia, e di queste ben il 45,8% era costituito da coppie con figli. Essendo ancora in corso l'analisi dei dati dell'ultimo censimento 2001, non è possibile sapere se questa percentuale è continuata a crescere, ma, dato il comportamento assunto dai valdostani nei confronti degli altri modi di formazione e dissoluzione della coppia e, come si vedrà nel prossimo paragrafo, l'elevata presenza di figli naturali, si può ipotizzare che queste unioni siano aumentate.

## Fecondità

A partire dagli anni ottanta, anche in Valle d'Aosta il tasso di fecondità è sceso sotto quello naturale di sostituzione (2,1 figli per donna), anche se dopo avere toccato il suo minimo nel 1993 (1,01 figli per donna), dal 1996 si è assestato sul valore di 1,2 figli. L'età media della donna al parto è costantemente aumentata, passando dai 26,8 anni del 1980 ai 30,2 del 1996. Il modello adottato dalle donne valdostane sembra essere quello di avere almeno un figlio e ad un'età più matura. Ad essere mutato è così il comportamento riproduttivo nei confronti della decisione di avere più di un figlio.

In precedenza si è visto che non si sono registrati significativi mutamenti nel numero delle coppie con figli, altrettanto non si può dire della composizione di questi nuclei. Confrontando i dati Tabella 5, che riporta la distribuzione percentuale del numero di figli per coppia, con quelli relativi al Censimento del 1991, si rileva un aumento del numero di coppie con un solo figlio (dieci anni fa erano il 51,3%) a scapito di una diminuzione delle coppie con 2, 3 o più figli (nel 1991 erano rispettivamente il 39,7% ed il 9%).

Le donne valdostane non rinunciano quindi alla maternità, ma la scelta prevalente è quella del figlio unico.

**Tabella 5. Coppie con figli per numero di figli, regione. Anno 1998 (media) (per 100 coppie con figli della stessa zona)**

REGIONI	1	2	3 +	Totale
Piemonte	54,2	39,7	6,1	100,0
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>58,4</b>	<b>36,0</b>	<b>5,6</b>	<b>100,0</b>
Lombardia	51,8	40,8	7,4	100,0
Trentino-Alto Adige	41,4	45,4	13,2	100,0
Veneto	52,7	38,0	9,3	100,0
Friuli-Venezia Giulia	60,0	34,7	5,3	100,0
Liguria	62,9	32,8	4,3	100,0
Emilia-Romagna	60,7	34,8	4,6	100,0
Toscana	56,5	38,5	4,9	100,0
Umbria	47,3	46,7	5,9	100,0
Marche	53,3	40,0	6,6	100,0
Lazio	41,9	48,5	9,6	100,0
Abruzzo	40,5	50,6	9,0	100,0
Molise	36,7	49,8	13,5	100,0
Campania	30,0	46,1	23,8	100,0
Puglia	32,6	48,0	19,4	100,0
Basilicata	28,9	51,1	20,0	100,0
Calabria	31,2	46,8	22,0	100,0
Sicilia	35,7	45,5	18,8	100,0
Sardegna	34,7	44,4	20,9	100,0
<b>Italia</b>	<b>45,2</b>	<b>42,7</b>	<b>12,1</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1998

Le nascite fuori dal matrimonio in Valle d'Aosta costituiscono una percentuale elevata rispetto a quella delle altre regioni italiane. Il numero dei figli naturali infatti è pari al 17,4% di tutti i nati vivi<sup>7</sup>, quasi il doppio rispetto alla media italiana (9%) e superiore a quelli di tutte le altre regioni, ad eccezione del Trentino-Alto-Adige (18,7%).

L'elevato numero di figli nati al di fuori del matrimonio induce ad ipotizzare una significativa presenza di coppie di fatto. Purtroppo, non essendo disponibili dati regionali relativi né alla diffusione e composizione di questo tipo di coppia, né alle condizioni in cui nascono e crescono i figli naturali, non è possibile tracciare un quadro di questi fenomeni. Non si conosce neppure se la nascita di un figlio in una coppia di fatto liberamente costituita o meno conduca alle nozze. In Valle d'Aosta, quindi, il matrimonio non sembra più essere considerato una pre-condizione necessaria alla decisione di mettere al mondo dei figli.

Un ultimo aspetto che merita attenzione è l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Il numero delle IVG in Valle d'Aosta (Tabella 6) è costantemente diminuito dal 1999 al 2001, anche se si evidenzia un lieve aumento nelle fasce di età 15-19 e, soprattutto, 25-29.

**Tabella 6. Interruzioni volontarie di gravidanza in Valle d'Aosta. Valori assoluti e classi di età.**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	n.r.	tot.
1999	14	55	60	80	64	30	3	0	306
2000	19	60	63	78	49	22	2	3	296
2001	19	47	75	62	54	20	1	1	279

Fonte: Amministrazione regionale – Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

Confrontando il tasso di IVG in Valle d'Aosta con quello registrato a livello nazionale e nelle ripartizioni geografiche in cui l'Italia è suddivisa (Tabella 7)<sup>8</sup> è possibile notare che il tasso valdostano è superiore sia a quello dell'Italia settentrionale che a quello registrato a livello nazionale, indicando un maggiore ricorso all'aborto da parte delle donne valdostane.

**Tabella 7. Tasso di abortività in Valle d'Aosta e ripartizioni geografiche 1999.**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tasso compl.
Valle d'Aosta	5,7	15,3	12,6	15,6	13,8	7,2	0,7	10,6
Italia settentrionale	8,1	15,9	14,2	12,3	10,4	4,6	0,4	9,7
Italia centrale	8,1	17,7	16,9	14,8	12,6	5,8	0,7	11,3
Italia meridionale	6,4	12,8	14,1	14,8	14,1	7,3	0,5	10,4
Italia insulare	5,8	10,5	10,7	10,8	9,7	4,5	0,5	7,8
Italia	7,3	14,7	14,3	13,2	11,6	5,4	0,5	9,9

Fonte: Amministrazione regionale – Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

Le caratteristiche delle donne valdostane che ricorrono all'interruzione volontaria della gravidanza sono in linea con quelle registrate a livello nazionale e nell'Italia settentrionale, specialmente il livello di istruzione medio-basso e lo stato civile nubile per il 48,7% e coniugate per il 38,4%. Rispetto allo stato civile, in Valle d'Aosta si registra una percentuale più elevata di separate e divorziate (rispettivamente 9,6% e 3% rispetto ad una media italiana del 3,9% e 1,4%), probabilmente legata all'elevato tasso di separazione e divorzio presente nella nostra regione.

Dai dati delle certificazioni emesse relative alle interruzioni volontarie di gravidanza (Tabella 8) si può notare come in Valle d'Aosta sia molto bassa la percentuale di certificazioni rilasciate dai consultori, sia rispetto a quella registrata nell'Italia settentrionale che rispetto a quella nazionale.

Nella nostra regione infatti, sono i medici a rilasciare più della metà dei certificati relativi all'interruzione volontaria della gravidanza, mentre a livello nazionale e nelle ripartizione geografiche italiane considerate, vi è una più omogenea distribuzione nel ricorso ai consultori, ai medici ed ai servizi ostetrico-ginecologici.

**Tabella 8. Interruzioni volontarie della gravidanza, per certificazione. Valle d'Aosta, Italia e ripartizioni geografiche. Anno 1999.**

	Consultorio	Medico	Servizio ostetrico gin.	Altra struttura
Valle d'Aosta	5,6	63,4	31,0	0,0
Italia settentrionale	37,5	37,4	23,2	2,0
Italia centrale	37,9	34,0	25,8	2,3
Italia meridionale	12,6	45,3	41,3	0,8
Italia insulare	15,1	34,7	48,3	1,8
Italia	28,7	38,6	31,0	1,7

Fonte: Amministrazione regionale – Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

## Donne e lavoro

La partecipazione delle donne al mercato del lavoro influenza notevolmente i tempi ed i modi di organizzazione della famiglia. È quasi sempre la donna, madre e moglie, a doversi farsi carico del lavoro familiare, conciliando i tempi che questo richiede con un eventuale lavoro extra-domestico.

Questa doppia presenza richiesta alle donne può avere dei condizionamenti sia sulla procreazione, sia sull'ingresso o sulla permanenza nel mercato del lavoro.

Le valdostane hanno una forte presenza nel mercato del lavoro. Il tasso di attività femminile è costantemente cresciuto negli ultimi dieci anni. Se nel 1991 era del 35,7%, oggi la Valle d'Aosta presenta il più alto tasso che si registra in Italia: 43,6%. Il 77,0% delle donne tra i 25 ed i 34 anni ed il 78,4% di quelle tra i 35 ed i 44 si dichiara attiva sul mercato del lavoro. In queste stesse fasce di età si registra il più alto tasso di occupazione, rispettivamente 71,8% e 73,3%, che rispetto all'intera popolazione femminile è pari al 40,2%.

Solo una piccola parte delle donne in età compresa tra i 25 ed i 44 anni non ha quindi un'occupazione, pur dichiarandosi attiva: questo perché la disoccupazione femminile, che ha un tasso del 7,8%, coinvolge soprattutto le giovani tra i 15 ed i 24 anni (19%). Va sottolineato che il tasso di attività di queste ultime è notevolmente diminuito negli ultimi anni, passando dal 26,2% del 1991 all'attuale 16,4% per la fascia tra i 15 ed i 19 anni e dal 73,7% al 61,1% per quella tra i 20 ed i 24; in quest'ultima fascia di età è inoltre quasi raddoppiato il numero delle studentesse, mostrando una tendenza a rimandare l'ingresso nel mercato del lavoro per proseguire gli studi.

La partecipazione delle donne valdostane al mercato del lavoro è forte soprattutto nelle fasce di età in cui maggiormente si intrecciano i ruoli di lavoratrice e di madre, evidenziando un probabile legame con il loro comportamento riproduttivo; come si è visto in precedenza, pur non rinunciando alla maternità, le donne scelgono sempre più spesso di avere un unico figlio.

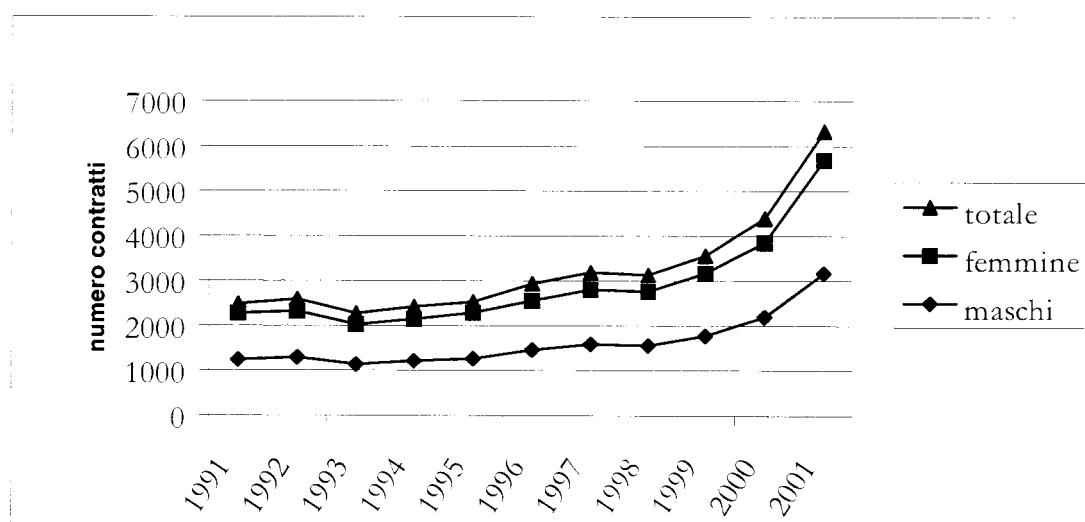
I dati sulle donne con figli minorenni inserite nel mercato del lavoro sono quelli relativi al Censimento del 1991. Le donne occupate che avevano figli di età inferiore ai 18 anni nel 1991 erano il 55,6%, percentuale che aumenta al 69,7% quando le donne costituivano l'unico genitore presente nel nucleo familiare. Già dieci anni fa quindi, erano molte le madri lavoratrici, ma si può supporre che oggi siano una percentuale ancora maggiore data la crescita, rispetto ad allora, sia del tasso di fecondità sia del tasso di attività femminile.

L'occupazione femminile è principalmente inserita nel settore del terziario (85,8%), soprattutto negli uffici e nelle attività legate al turismo, al commercio e ai servizi per le famiglie, ed è lavoro dipendente nel 78,7% dei casi.

I dati regionali sulla diffusione del lavoro a tempo parziale, modalità che permette di conciliare più agevolmente i tempi ed i ruoli legati alla doppia presenza, sono quelli relativi alle assunzioni ed alle trasformazioni dei contratti di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

La percentuale degli assunti con contratti di lavoro part-time in Valle d'Aosta è costantemente aumentata dal 1991 ad oggi (Figura 1). Il breve calo che si registra tra il 1992 al 1995 è dovuto ad una diminuzione del totale delle assunzioni. Infatti, la percentuale dei part-time sul totale degli assunti è cresciuta in quegli anni dal 6,6% del 1992 al 6,8% del 1995.

**Figura 1. Assunzioni con contratti part-time**



Elaborazione su dati dell'Ufficio regionale del Lavoro (non sono inclusi i dati relativi agli enti pubblici)

Sul totale delle assunzioni, i contratti a tempo parziale sono passati dal 5,9% del 1991 (20.975 assunti, 1.245 con contratto part-time) al 13,6% del 2001 (23.230 assunti, 3.170 con contratto part-time).

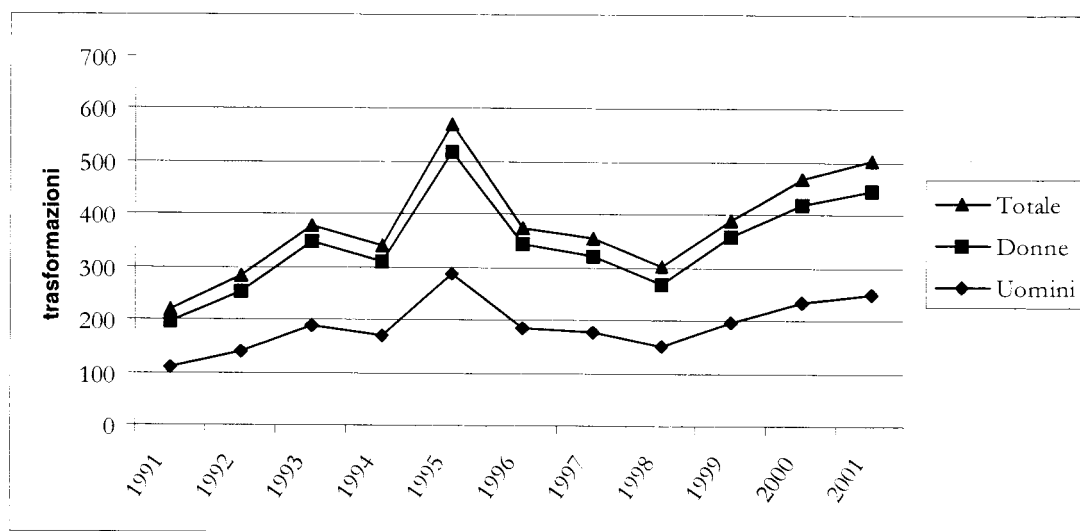
Il lavoro part-time caratterizza soprattutto il lavoro femminile, anche se si sta gradualmente diffondendo anche tra gli uomini.

ni. Nel 1991 sul totale dei nuovi assunti in Valle d'Aosta, il 14,4% delle donne e l'1,5% degli uomini ha stipulato un contratto di lavoro a tempo parziale. Nel 2001 le donne assunte a part-time sono state il 24,3%, mentre gli uomini sono stati il 5%.

Sul totale degli assunti a tempo parziale in Valle d'Aosta, più dei due terzi sono donne. Nonostante la percentuale sia scesa dall'83,7% del 1991 al 79,6% del 2001.

Le donne sono anche coloro le quali trasformano in maggior misura il loro contratto di lavoro da lavoro a tempo pieno a lavoro a tempo parziale (Figura 2).

**Figura 2. Trasformazione dei contratti di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.**



Elaborazione su dati dell'Ufficio regionale del Lavoro (non sono inclusi i dati relativi agli enti pubblici)

L'andamento della trasformazione dei contratti da tempo pieno a tempo parziale non ha seguito una crescita lineare come nel caso degli avviamenti al lavoro con contratti part-time.

Si rileva come la trasformazione dei contratti da parte delle donne segua l'andamento del totale delle trasformazioni: infatti, in media, dal 1991 al 2001, l'80,7% dei passaggi al part-time è femminile.

#### Note

- <sup>1</sup> Si riportano le diverse definizioni delle strutture (la struttura non si riferisce né al numero dei membri né a qualche attività predominante, ma al tipo di vincolo che lega i membri di una convivenza: vincoli di affinità e di consanguineità, di matrimonio e di discendenza) familiari:
  - *senza nucleo*: senza chiari rapporti né di sesso né di generazione. In essi vengono per lo più comprese sia le convivenze di fratelli o sorelle, o consanguinei senza vincoli di generazione che coloro che vivono soli.
  - *famiglia nucleare*: nuclei composti sia dai genitori con i figli, che da un solo genitore con figli che dalla coppia senza figli.
  - *famiglia estesa*: composta oltre che da una famiglia nucleare da parenti ascendenti, discendenti o collaterali.
  - *famiglia multipla*: più nuclei coniugali, più coppie con i loro figli.
- <sup>2</sup> «Censimento della popolazione e delle abitazioni.» ISTAT, 1991
- <sup>3</sup> «Aspetti della vita quotidiana» ISTAT, 1997
- <sup>4</sup> «Gli anziani della Valle d'Aosta» CENSIS, 1998
- <sup>5</sup> «Le strutture familiari» ISTAT, 1998
- <sup>6</sup> «Matrimoni, separazioni e divorzi» ISTAT, 1997
- <sup>7</sup> «Annuario statistico italiano», ISTAT, 2000
- <sup>8</sup> Non sono disponibili dati più recenti che permettano di effettuare confronti.

## LA DISTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI E LA SPESA SOCIO ASSISTENZIALE

In base alla normativa regionale, in campo socio-assistenziale la Giunta regionale provvede all'assegnazione e all'erogazione delle risorse finanziarie, svolge le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, esercita le funzioni e le competenze in materia di servizio sociale (ferme restando le competenze del Comune di AOSTA), di minori in difficoltà, di disabili, di prevenzione del disagio, di formazione ed aggiornamento degli operatori, di inserimento in strutture di accoglienza di adulti in situazione di disagio, di invalidi civili, di ciechi civili e sordomuti, di servizi per disabili psichici, di accessibilità ed ausili e prestazioni economiche. La Giunta regionale ha inoltre competenze relativamente alla definizione delle soglie di accesso alle prestazioni sociali agevolate ed alla determinazione dei criteri di partecipazione alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi da parte dei beneficiari e dei loro familiari.

L'amministrazione regionale esercita direttamente quindi, non solo le funzioni normative, amministrative e di coordinamento, ma anche quelle legate alla gestione ed al funzionamento di interventi in alcuni comparti socio-assistenziali.

Anche per quanto riguarda la spesa l'Amministrazione regionale svolge un ruolo fondamentale. Rispetto al meccanismo di finanziamento del settore socio-assistenziale, la Valle d'Aosta, dal 1994, si trova in «un regime di perfetta autonomia finanziaria», poiché l'intera spesa socio-assistenziale deve essere integralmente coperta mediante risorse proprie del bilancio regionale.

Il Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 istituisce, a partire dall'esercizio finanziario 2002, il Fondo regionale per le Politiche Sociali. Nel fondo sono confluiti tutti gli stanziamenti, spese correnti e spese di investimento, del bilancio pluriennale della Regione relativi ad interventi in materia di servizi sociali e socio-educativi, ad eccezione di quelli ricompresi nella finanza locale e di quelli concernenti le funzioni in materia di invalidità civile.

Nel 1995 (Legge regionale del 7 luglio 1995, n. 22, in attuazione del Decreto legislativo 22 aprile 1994, n. 320, art. 2), sono state trasferite alla Regione tutte le funzioni amministrative relative all'erogazione delle provvidenze economiche ed all'assistenza agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordomuti, ai sensi della legislazione statale di settore, compresa la legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Esaminando l'impegno complessivo di spesa regionale per le prestazioni economiche nel 2001<sup>1</sup> (Tabella 9) si nota come oltre la metà sia legato al pagamento delle provvidenze a favore degli invalidi. Nell'ambito della spesa che più da vicino è diretta a sostenere le responsabilità familiari, l'Amministrazione regionale ha impegnato la maggiore quantità di fondi a favore dei minori e dei disabili.

Nell'ambito dei minori ad assorbire la maggiore quota di spesa sono i contributi diretti a sostenere ed a garantire la loro cura ed educazione. Rispetto invece agli interventi assistenziali per le persone disabili, a costituire il grosso della spesa impegnata, sono i contributi per favorire il loro inserimento lavorativo e, come si vedrà in seguito, il forte impegno dell'Amministrazione regionale nella concessione di contributi a privati e agli enti locali per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per favorire la vita delle persone disabili.

**Tabella 9. Impegni di spesa regionale per prestazioni economiche. Anno 2001.**

Tipologie assistenziali	Impegno in lire	% sulla spesa impegnata
Disabili	6.571.964.299	11,2
Utenza mista (legge regionale 22/1993)	2.283.540.020	3,9
Materno-infantile	7.143.287.250	12,2
Famiglie di detenuti	48.000.000	0,1
Assistenza economica	712.912.770	1,2
Lavoro domestico	33.541.070	0,1
Extracomunitari	114.150.740	0,2
Invalidi	37.394.905.600	63,9
Altro	4.234.652.620	7,3
<b>TOTALE</b>	<b>58.536.954.369</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Amministrazione regionale – Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

La spesa regionale per l'erogazione di servizi (Tabella 10) è stata assorbita per la maggior parte dai trasferimenti agli enti locali per la gestione e gli investimenti nei servizi favore delle persone anziane ed inabili. Se alla spesa per questo tipo di servizi si sommano quelle destinate alla costruzione e ristrutturazione dei presidi residenziali socio-assistenziali e quelle per la gestione e l'adeguamento delle case di riposo convenzionate, la spesa complessiva relativa ai servizi per gli anziani ha coperto ol-

tre la metà della spesa per i servizi sociali. La grande quantità di finanziamenti che richiede la gestione di questi servizi è dovuta principalmente al consolidamento delle politiche in questo settore e alla sensibilizzazione ultra decennale che ha portato ad un'ampia gamma di servizi offerti, sia aperti che residenziali.

L'impegno di spesa da parte della politica regionale per la gestione dei servizi per i minori è stato per la maggior parte assorbito dai trasferimenti agli enti locali per l'investimento e la gestione degli asili nido, mentre una quota inferiore è stata destinata alla gestione delle due comunità per minori. La quota di spesa crescente per la gestione e l'investimento negli asili nido, che ha portato all'apertura di nuove strutture, rientra nel progetto di espansione e rafforzamento dei servizi per l'infanzia.

**Tabella 10. Impegno di spesa regionale per l'erogazione di servizi. Anno 2001**

Tipo di servizi	Impegni in lire	% sulla spesa impegnata
Asili nido	6.700.000.000	14,3
Servizi per anziani (inclusa l'A.D.I.)	27.000.000.000	57,6
Convenzione case di riposo private	6.700.000.000	14,3
Gestione strutture in convenzione	594.544.700	1,3
Riabilitazione equestre disabili	200.000.000	0,4
CSE e SEFO	334.425.250	0,7
Soggiorni estivi marini e colonie per adulti e minori disabili	100.000.000	0,2
Servizi alternativi all'asilo nido	400.000.000	0,9
Sistema di comunicazione per i servizi di affidamento	203.406.690	0,4
Progetti piano di intervento per l'attuazione della L.285/1997	64.059.060	0,1
Sviluppo di nuovi servizi nel campo dell'infanzia e dell'adolescenza	775.421.000	1,7
Assistenza Domiciliare Educativa	116.700.000	0,2
Convenzione con il Don Bosco	2.393.000.000	5,1
Comunità per minori e per adolescenti	1.305.482.000	2,8
<b>TOTALE</b>	<b>46.887.038.700</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Amministrazione regionale – Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

L'obiettivo di migliorare le politiche dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, contenuto nella legge regionale n. 44 del 1998 «Iniziativa a favore della famiglia» e ribadito dal Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 è oggetto di disposizioni e di finanziamenti statali legati alla legge del 28 agosto 1997, n. 285 «Disposizioni per la promozione dei diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza». Dall'entrata in vigore della legge 285/97, l'amministrazione regionale ha elaborato due piani di attuazione (1998 e 1999) ed approvato 19 progetti, 4 dei quali posti a carico del bilancio regionale in quanto raccordabili con la normativa regionale vigente in materia di servizi per la prima infanzia.

La Tabella 11, che contiene i livelli di spesa sostenuti dalle regioni italiane per gli interventi di *welfare*, evidenzia come dal 1997 al 2000 la Valle d'Aosta abbia sostenuto un livello di spesa pro capite superiore a quello registrato in tutte le altre regioni e quasi 5 volte superiore alla media italiana.

La Valle d'Aosta inoltre ha incrementato la spesa nell'ambito delle politiche sociali sia nel 1999 che nel 2000, a dimostrazione di un impegno costante nello sviluppo integrato degli interventi e dei servizi sociali, previsto dalla legge 328/2000 «Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali».

L'impegno per il miglioramento delle politiche sociali ha portato nel 1999 la Valle d'Aosta ad aderire alla «Rete Europea Interregionale sulle Politiche Sociali». L'obiettivo di questo progetto, al quale per l'Italia partecipano anche il Piemonte ed il Veneto, che coinvolge regioni e città della Spagna, della Finlandia, dell'Austria e della Svezia, è quello di creare un interscambio di esperienze ed elaborare «un modello d'insieme europeo applicabile alle diverse realtà locali».

All'interno della rete sono stati costituiti dei sottogruppi tematici per il settore degli anziani, dei disabili, dell'infanzia, dell'Alzheimer e dei giovani. La Valle d'Aosta è coordinatrice del sottogruppo dedicato alle politiche per i minori.

#### Note

<sup>1</sup> I valori degli impegni di spesa vengono espressi in vecchie lire poiché sono relativi al 2001. Legge regionale 23 ottobre 1995, n. 45 e legge regionale del 4 settembre 2001 «approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2002/2004». Legge regionale 16 aprile 1997, n. 13. La Regione è autonoma anche nel finanziamento del settore sanitario, poiché trattiene tutti i contributi sanitari dei propri residenti e la spesa sanitaria eccedente deve essere coperta dalle risorse del bilancio.



**Tabella 11. Il Welfare regionale: la spesa per l'assistenza nel periodo 1997-2000.**

REGIONI	1997			1998			1999			2000		
	Incidenza sul totale% delle spese	Spesa per l'assistenza mdl	Spesa per capite pro capite migliaia di £.	Incidenza sul totale% delle spese	Spesa per l'assistenza mdl	Spesa per capite pro capite migliaia di £.	Incidenza sul totale% delle spese	Spesa per l'assistenza mdl	Spesa per capite pro capite migliaia di £.	Incidenza sul totale% delle spese	Spesa per l'assistenza mdl	Spesa per capite pro capite migliaia di £.
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>5,8</b>	<b>108</b>	<b>905</b>	<b>5,2</b>	<b>102</b>	<b>851</b>	<b>5,3</b>	<b>109</b>	<b>912</b>	<b>5,5</b>	<b>117</b>	<b>977</b>
Bolzano	5,9	295	642	4,9	279	607	4,7	285	619	4,9	317	690
Trento	7,6	378	806	6,1	362	770	7,2	393	835	7,2	428	910
Friuli-Venezia-Giulia	2,2	135	114	2,4	154	130	2,8	187	158	3,5	263	222
Sicilia	1,1	295	58	0,8	202	40	0,6	160	31	0,8	214	42
Sardegna	3,9	365	220	3,6	343	206	3,6	341	205	3,8	352	212
Piemonte	0,9	97	23	1,3	152	35	1,6	193	45	1,8	223	52
Lombardia	1,9	378	42	1,4	347	38	1,1	285	32	1,9	482	53
Veneto	4,4	550	123	3,8	595	133	3,3	568	127	3,2	571	127
Liguria	0,9	49	30	0,9	50	31	0,8	52	32	0,9	58	35
Emilia-Romagna	3,4	388	98	0,4	49	12	0,7	106	27	1,3	187	47
Toscana	0,9	84	24	0,7	73	21	1	107	30	0,9	97	27
Umbria	0,9	18	22	0,9	23	28	0,8	22	26	0,8	21	25
Marche	1,9	86	59	1,5	78	54	1,5	85	59	1,7	91	62
Lazio	0,9	173	33	0,9	181	35	1	211	40	1,4	306	58
Abruzzo	0,6	27	21	0,6	32	26	0,5	27	21	0,7	40	31
Molise	1	15	46	0,9	15	47	1,2	22	68	1	18	55
Campania	0,6	93	16	0,6	115	20	0,5	103	18	2,1	513	89
Puglia	0,9	89	22	0,9	81	20	1	92	22	0,7	72	18
Basilicata	0,7	19	31	0,8	21	35	0,9	25	41	1,3	42	69
Calabria	1,1	116	56	0,7	79	38	0,7	74	35	1,2	131	63
<b>Totale</b>	<b>1,9</b>	<b>3.758</b>	<b>161</b>	<b>1,6</b>	<b>3.333</b>	<b>151</b>	<b>1,5</b>	<b>3.447</b>	<b>161</b>	<b>2</b>	<b>4.543</b>	<b>184</b>

Fonte: Osservatorio finanziario regionale, 2001

## LE POLITICHE FAMILIARI IN VALLE D'AOSTA

Lo sviluppo delle politiche dirette a garantire e a promuovere i diritti degli individui e a sostenere le responsabilità familiari, riveste una crescente importanza nell'ambito della programmazione delle politiche sociali.

I continui mutamenti che avvengono nei modi di formazione ed organizzazione della famiglia non consentono più di pensare ad essa in modo tradizionale con una rigida divisione dei ruoli tra i sessi ed una solidarietà estesa e prolungata tra le generazioni che consentiva una minore necessità di intervento da parte degli enti pubblici.

In quest'ottica che è stata approvata nel 1998, con anticipo su altre leggi regionali e statali, una legge regionale a sostegno delle responsabilità familiari (legge regionale 27 maggio 1998, n. 44 «Iniziative a favore della famiglia»), attuando e progettando interventi per offrire alle famiglie che vivono in Valle d'Aosta sostegni per affrontare le responsabilità quotidiane o particolari situazioni di bisogno; riconoscendo la necessità di programmare e valutare le politiche sociali nella loro interezza, incentrandole sulla famiglia e sui suoi bisogni ed evitando una parcellizzazione degli interventi nei diversi settori del bisogno sociale e socio-assistenziale.

Con questa legge si è voluto dare avvio ad una politica regionale a favore della famiglia che fosse diretta a tutte le famiglie residenti in Valle d'Aosta, prendendo coscienza dei mutamenti avvenuti nella nostra regione nei modi di formazione ed organizzazione della famiglia stessa. Infatti, all'art. 1 comma 1, la Regione riconosce i diritti ed il ruolo della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio. Peraltro, al comma 2 dello stesso articolo, si sancisce che la Regione, ai fini dell'applicazione della legge, riconosce come «formazione sociale primaria e soggetto di fondamentale interesse pubblico la famiglia comunque formata: fondata su legami socialmente assunti di convivenza anagrafica, di solidarietà, di mutuo aiuto, di responsabilità nella cura delle persone che la compongono e nell'educazione dei minori»<sup>1</sup>.

La legge regionale a favore della famiglia ha dato avvio alla promozione ed allo sviluppo di iniziative dirette al suo sostegno come soggetto sociale ed a garantire e promuovere i diritti di tutti i suoi membri nelle diverse fasi del ciclo della vita. A tal fine, gli interventi contenuti nella legge regionale sono andati ad integrare quelli già esistenti ed attuati nell'ambito delle politiche socio-sanitarie a favore dei minori, dei soggetti portatori di handicap e delle persone anziane ed inabili.

La legge regionale n. 44/1998 ha dato inoltre avvio al riconoscimento esplicito delle responsabilità familiari ed al sostegno che queste necessitano, identificando la famiglia e l'associazionismo familiare come soggetti unitari ed attivi nel campo delle politiche sociali.

La Valle d'Aosta infatti, con l'obiettivo di valorizzare le solidarietà interne della famiglia e delle reti parentali, è impegnata a contribuire fino all'80% per la realizzazione di progetti sperimentali formulati e gestiti direttamente dalle famiglie, organizzate anche in cooperative ed associazioni, relativi a servizi di natura assistenziale ed educativa. L'obiettivo è quello di realizzare una politica sociale nella quale la famiglia è considerata protagonista e soggetto sociale inserito nella comunità locale.

I principi contenuti nella legge regionale a favore della famiglia si inseriscono armoniosamente nelle disposizioni della legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».

La legge nazionale prevede infatti che il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali riconosca e sostenga il ruolo «peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale». La valorizzazione ed il sostegno delle responsabilità familiari sono obiettivi che l'insieme di interventi di politica sociale deve perseguire. Alle famiglie deve essere garantito un ruolo attivo nella formazione di interventi e progetti per l'offerta e la valutazione dei servizi. Sempre secondo la legge, compito degli interventi di politica sociale è, inoltre, il sostegno della cooperazione, del mutuo aiuto e dell'associazionismo delle famiglie.

La Regione ha quindi anticipato i principi contenuti nella legge quadro per l'assistenza nazionale, impegnandosi a valorizzare e sostenere le responsabilità familiari attraverso la promozione di una politica sociale per la famiglia simile a quella delineata dalla legge 328/2000.

Nell'ambito delle disposizioni contenute nella legge regionale sulla famiglia, nel novembre del 2001 ha avuto luogo la 1<sup>a</sup> Conferenza regionale sulla famiglia alla quale hanno partecipato esponenti delle collettività locali, dell'Azienda U.S.L., degli organismi del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e delle famiglie medesime. La Conferenza ha consentito di approfondire e valutare la situazione delle famiglie valdostane, di esaminare le politiche attuate nei confronti delle stesse e l'operato dei servizi sociali, non solo in relazione all'applicazione della legge regionale n. 44/1998, ma tenendo conto del quadro generale normativo ed operativo. La Conferenza è stato anche il momento in cui si sono potute avanzare proposte sulle politiche regionali familiari ed i conseguenti eventuali adeguamenti dei servizi, concordando sul fatto che la famiglia, comunque formata, è la prima comunità di base, cui è affidato il compito di generare ed educare i cittadini. Essendo questo il suo valore aggiunto, che travalica la questione dei rapporti personali tra i suoi membri, è compito della Pubblica Amministrazione favorire il consolidamento del nucleo familiare ed incentivarne i diritti e le funzioni sociali.

Dai lavori della Conferenza è inoltre emersa l'esigenza, raccolta dall'Amministrazione regionale, di sviluppare un maggiore impegno regionale rispetto all'azione di accompagnamento degli attori non istituzionali e degli enti locali, valorizzando l'operatività e le esperienze più significative che si sono concretizzate nell'ambito dei servizi seguendo un approccio «dal basso verso l'alto».

La Conferenza ha dimostrato anche che l'ambito familiare, con le sue molteplici implicazioni e funzioni sociali, affettive, culturali e di identificazione, in quanto patrimonio irrinunciabile della collettività, interessa le politiche pubbliche in generale: dunque non solo quelle sociali, ma anche quelle riguardanti l'istruzione, i trasporti e l'abitazione.

## **INIZIATIVE E SERVIZI SANITARI PER LA FAMIGLIA**

Le iniziative ed i servizi di carattere sanitario hanno lo scopo precipuo di:

- prevenire e conservare la salute dei singoli e della collettività ed offrire nel contempo alla famiglia il sostegno necessario per garantire tale obiettivo;
- di curare in presenza di malattia, ma anche di sostenere ed aiutare, al fine di garantire al malato ed alla sua famiglia una dignitosa qualità della vita;
- offrire, in presenza di esiti invalidanti di malattia, supporto per riacquistare o mantenere capacità residue tese all'autonomia per quanto possibile, e al mantenimento della persona nel proprio domicilio.

### **Il percorso «nascita» e gli interventi di sostegno alla genitorialità**

La legge regionale n. 44/1998 ha previsto l'attivazione del «*percorso nascita*», all'interno del quale sono attivati corsi di preparazione alla nascita, che forniscono indicazioni sull'allattamento, puerperio, alimentazione, depressione post-partum, manualità con il bambino e prime norme di puericoltura.

Nel 2001 i corsi di preparazione alla nascita tenuti dalle ostetriche hanno avuto luogo a livello territoriale ed hanno coinvolto 370 persone (donne e uomini), facendo registrare un incremento di partecipanti rispetto al 2000.

Particolare impegno è stato dedicato alle attività rivolte ai nuovi nati a seguito delle dimissioni precoci della madre e del bambino che implicano, nei primi giorni di vita, una presa in carico da parte dei servizi territoriali a sostegno della famiglia nel difficile momento del rientro al domicilio.

Per quanto concerne le attività vaccinali si è dato corso al progetto regionale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 254 del 5 febbraio 2001 nelle sue diverse fasi.

Sulla base del progetto del Decreto Ministeriale che aveva approvato il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva e del «Piano Nazionale Vaccini», in tutte le sedi preposte alla somministrazione dei vaccini raccomandati (obbligatori e facoltativi) si è applicato il calendario vaccinale programmando le sedute in modo da garantire la presenza sia del personale sanitario che di quello medico (pediatri consultoriali e medici di sanità pubblica).

Sempre con riferimento ai minori e alla prima infanzia sono state attivate numerose iniziative specifiche.

È stato effettuato il «Boel test», una metodica utilizzata per il controllo dello sviluppo generale e della funzione attentiva dei bambini tra il 7° e l'8° mese e mezzo.

I corsi sul massaggio infantile, quale mezzo privilegiato per comunicare con il proprio bambino, realizzati ad AOSTA e a DONNAS, hanno coinvolto genitori e bambini in piccoli gruppi per 4/5 incontri della durata di un'ora cadauno.

A seguito di segnalazione di casi di pediculosi in ambito scolastico si è lavorato per elaborare linee guida per la prevenzione, profilassi e cura della pediculosi del capo che sono state inviate a tutti gli operatori sanitari, alla Sovrintendente agli studi, ai dirigenti scolastici ed alle famiglie.

Nella tabella di seguito riportata vengono esposti numericamente gli interventi attuati nel 2001 dal personale sanitario (assistenti sanitarie volontarie, ostetriche, vigilatrici di infanzia).

**Tabella 12. Attività anno 2001.**

interventi diretti tipologia	n. di prestazioni	sede di erogazione		
		consultorio	strutture esterne	scuola
Preparazione al parto	228	228		
Massaggio infantile	241	241		
Boel test	725	725		
Consulenze	9.121	9.029	97	5
Sostegno all'allattamento	507	507		
Controllo dell'accrescimento	1.785	1.785		
Medicazione ombelico	186	186		
Educazione alimentare	699	699		
Controllo igienico e sanitario	125	125		
Tempi di reazione	84	84		
Indagine epidemiologica	717		104	613
Tine test	171	171		
Vaccinazioni	9.736	9.736		
<b>Totale</b>	<b>24.496</b>	<b>23.687</b>	<b>201</b>	<b>618</b>

Fonte: Azienda USL della Valle d'Aosta

### Il sostegno alle coppie in difficoltà

Il servizio di consulenza legale, erogato a livello distrettuale già nel 2000 con consulenti esterni all'Azienda U.S.L., a partire dal mese di luglio 2001 è stato svolto da un legale dipendente dell'Azienda e viene assicurato nei presidi di AOSTA e DONNAS, ove maggiore è stata anche in passato la richiesta di tale consulenza. Il servizio ha l'obiettivo di informare, proporre, consigliare ed indirizzare i cittadini verso le differenti opportunità giuridiche nell'ambito dei rapporti matrimoniali e di successione. Anche nel caso del servizio di assistenza legale sono soprattutto le donne a rivolgersi: nel periodo luglio-dicembre 2001, gli utenti sono stati 61, dei quali 13 uomini e 48 donne. Le richieste si sono concentrate nell'iter procedimentale per raggiungere la sentenza omologa di separazione consensuale o la sentenza di merito in caso di separazione giudiziale; i presupposti, l'entità e la modificabilità dell'assegno di mantenimento relativo al soggetto economicamente debole della coppia ed ai figli minori in caso di affidamento, la possibilità di cambio di residenza per il coniuge affidatario o di allontanamento dal domicilio domestico. Altri problemi hanno riguardato l'affidamento congiunto alternato dei minori, la comunione dei beni, i rapporti conflittuali tra genitori e nonni per l'educazione dei figli minori. Questo servizio, offerto nell'ambito dei consultori familiari, è risultato rispondente all'obiettivo di sostenere le famiglie, soprattutto nei momenti di crisi e difficoltà.

## POLITICHE PER LE FAMIGLIE CON BAMBINI FINO A 3 ANNI

### Il sostegno economico per crescere i più piccoli

L'interesse della Valle d'Aosta ad istituire nuove forme di sostegno alle responsabilità derivanti dalla crescita di un figlio in tenera età ha portato all'erogazione, sempre nell'ambito degli interventi diretti a promuovere e sostenere la famiglia, di una prestazione economica, *l'assegno post-natale*, che ha l'obiettivo di contribuire alle maggiori spese derivanti dalla nascita di un figlio. L'assegno, che è erogato a favore di minori residenti in Valle d'Aosta in età compresa tra 0 e 3 anni, 0-5 nel caso di adozione o affidamento familiare a terzi di durata almeno annuale disposto dal Tribunale per i minorenni, viene concesso per un periodo massimo di 3 annualità. Il contributo regionale viene erogato in un'unica soluzione annuale per i primi 3 anni di vita del bambino e/o per i primi 3 anni di permanenza del bambino nel nucleo familiare.

Con deliberazione n. 325 del 12 febbraio 2001, la Giunta regionale ha stabilito gli importi dell'assegno in L. 1.000.000 per il primo figlio, L. 1.500.000 per il secondo e L. 2.000.000 per il terzo. Per ogni figlio nato dopo il terzo vi è un ulteriore aumento dell'assegno di L. 500.000 all'anno<sup>2</sup>

Per accedere all'assegno post-natale, i nuclei familiari devono dimostrare di avere un reddito annuo lordo complessivo non superiore a quello stabilito dalla Giunta regionale sulla base del numero dei componenti del nucleo anagrafico.

Di seguito sono riportati i parametri di reddito fissati nella stessa deliberazione di cui sopra:

**Tabella 13. Limiti di reddito per accedere all'assegno post-natale.**

<b>Composizione del nucleo anagrafico</b>	<b>Reddito annuo lordo complessivo non superiore a:</b>	
nucleo composto da 2 persone	L. 52.410.000	Euro 27.067,51
nucleo composto da 3 persone	L. 57.227.000	Euro 29.555,28
nucleo composto da 4 persone	L. 62.044.000	Euro 32.043,05
nucleo composto da 5 persone	L. 66.863.000	Euro 34.531,86
nucleo composto da 6 persone	L. 71.682.000	Euro 37.020,66
nucleo composto da 7 persone	L. 78.104.000	Euro 40.337,35
nucleo composto da 8 persone	L. 82.992.000	Euro 42.825,64

Dal 2001 non possono ricevere l'assegno post-natale regionale per l'annualità i nuclei familiari che beneficiano dell'assegno di maternità statale erogato dai comuni; il contributo statale viene concesso, nel rispetto di parametri di reddito predefiniti, per i figli nati dopo il 1° luglio 1999 alle madri o, se assenti, ai padri che non beneficiano del trattamento previdenziale dell'indennità di maternità. Il contributo statale, erogato per un massimo di 5 mensilità, è di L. 200.000 mensili per i bambini nati dopo il 1° luglio 1999, L. 300.000 mensili per i parti successivi al 1° luglio 2000 e di L. 500.000 mensili per i parti successivi al 1° luglio 2001<sup>3</sup>.

Dal 2000 tale contributo viene erogato anche in caso di adozione o affidamento preadottivo per ogni figlio nato (per i parti gemellari è riconosciuto il diritto a percepire due assegni).

Nel 2001 sono state esaminate e liquidate tutte le domande la cui documentazione reddituale è pervenuta entro il termine del 31 luglio 2001 (in totale 2.393 di cui: 1540 bambini nati dal 24 giugno 1997 al 31 dicembre 1999 e 853 bambini nati nel 2000); i bambini ammessi per la prima volta nel 2001 a beneficiare di questo contributo sono stati 755, con un impegno di spesa di L. 4.477.244.000.

Un'altra prestazione economica prevista dalla legge a favore della famiglia è l'erogazione di un *contributo alle gestanti sole* che si trovano in situazione di disagio. L'intervento economico va ad inserirsi, previa domanda da parte dell'interessata, in un progetto personalizzato che deve essere elaborato dall'équipe multidisciplinare di zona. Il contributo può essere a carattere continuativo o «una tantum» ed è relativo al periodo della gravidanza e dei primi tre mesi di vita del bambino.

L'intervento regionale è pari alla differenza tra l'importo massimo del contributo, pari al reddito medio individuale mensile rilevato in Valle d'Aosta dall'ISTAT nell'anno precedente quello della richiesta (L. 1.736.057 nel 2000<sup>4</sup>), ed il reddito di cui è titolare la richiedente, che comprende tutte le entrate economiche. Nel 2001 è stato erogato un contributo ad una gestante sola.

### **I servizi socio educativi per la prima infanzia**

La legge regionale n. 44/1998 contiene l'impegno da parte della Regione a promuovere progetti, incentivare e sostenere iniziative promosse da enti locali, da associazioni di famiglie, dal privato sociale, nonché da singoli cittadini, relativi al potenziamento ed alla differenziazione dei servizi socio-educativi per la prima infanzia.

Al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni delle famiglie con bambini di età inferiore ai 3 anni l'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali ha commissionato una ricerca per conoscere le esigenze, la valutazione e le attese delle famiglie valdostane rispetto ai servizi per la prima infanzia esistenti e sui possibili servizi alternativi.

La ricerca, denominata «Projét Bébé, servizi all'infanzia ed all'occupazione femminile» e finanziata dal Fondo Sociale Europeo, sull'asse NOW (New Opportunities for Women), è stata effettuata nel 2000. I risultati hanno messo in luce come la famiglia, intesa anche in senso allargato, costituisca in Valle d'Aosta, come nel resto d'Italia, la sede privilegiata per l'educazione e la custodia dei bambini tra 0 e 3 anni. Nonostante il riconoscimento dell'importante ruolo educativo da parte dell'asilo nido, l'utilizzo dei servizi esterni alla famiglia è in prevalenza influenzato dal lavoro extra-domestico della madre e dall'assenza di altri familiari disponibili alla cura dei bambini. L'indagine inoltre ha messo in luce con chiarezza il ruolo che i nonni svolgono nella cura dei più piccoli, costituendo la risorsa primaria per le famiglie con bambini in tenera età.

Dall'indagine emerge comunque l'importante ruolo educativo riconosciuto all'asilo nido. Il fatto che le famiglie dichiarino di preferire le cure dei familiari dimostra il ruolo importante attribuito ai valori familiari. Tuttavia, i mutamenti che stanno avvenendo nei modi di formazione e di organizzazione della famiglia non consentono più di pensare ad una famiglia di tipo tradizionale alla quale possa essere affidata in via esclusiva la cura dei bambini. La massiccia presenza delle donne valdostane nel mercato del lavoro e l'allungamento dell'età pensionabile costituiscono cambiamenti che rendono necessaria l'offerta di servizi per l'educazione e la cura dei bambini anche in tenera età. Tali cambiamenti devono essere recepiti dal sistema delle politiche familiari sostenendo tutte le famiglie, anche quelle che per scelta educativa o per necessità familiari hanno bisogno di usufruire

di servizi che promuovano o agevolino la conciliazione tra responsabilità familiari e quelle di tipo lavorativo, considerando la necessità di garantire e promuovere i diritti dei bambini all'educazione ed alla socializzazione extra-familiare.

Tenendo conto sia del ruolo centrale della famiglia nell'educazione dei bambini fino a 3 anni di età sia della necessità di offrire servizi che ne consentano l'utilizzo con frequenze diversificate e fruizioni parziali o temporanee, la Valle d'Aosta ha programmato e avviato diverse iniziative per l'ampliamento dell'offerta di servizi socio-educativi per la prima infanzia. Tale offerta è inoltre orientata a dare risposte alle esigenze delle famiglie che vivono in aree della regione che, per motivi geo-territoriali demografici e socio-economici, non rendono ipotizzabile l'apertura di strutture di tipo tradizionale.

Fino al 1997 infatti, l'*asilo nido* è stato l'unico servizio previsto dalla normativa regionale (Piano socio-sanitario regionale 1997/1999) per i bambini nella fascia di età tra 0 e 3 anni.

Le modalità di gestione e di finanziamento di questo servizio sono disciplinate dalla legge regionale 15 dicembre 1994, n. 77 «Norme in materia di asili nido», come modificata dalla legge regionale del 27 gennaio 1999, n. 4. L'*asilo nido* è definito dalla legge come un servizio socio-educativo, aperto a tutti i bambini di età inferiore ai 3 anni il cui scopo fondamentale è quello di concorrere allo sviluppo della personalità tramite attività formative, educative e pedagogiche.

La competenza sulla gestione delle strutture appartiene agli Enti Locali; essi possono esercitarla in forma diretta o indiretta: in quest'ultimo caso la legge prevede che le convenzioni siano stipulate prioritariamente con cooperative sociali.

La legge regionale stabilisce che l'*asilo nido* può essere aperto 6 giorni alla settimana, di cui 5 con apertura anche pomeridiana; l'orario di apertura deve essere compreso tra le 7.30 e le 18.00. Un importante riconoscimento alle diverse esigenze che le famiglie possono avere nella fruizione di questo servizio è dato dalla normativa quando stabilisce che le famiglie possono modellare la fruizione del servizio in base alle proprie esigenze. La permanenza del bambino nell'*asilo nido* infatti, deve essere flessibile e concordata con la famiglia. La media su base annua di apertura degli asili nido valdostani è di 19 giorni al mese.

Le ammissioni agli asili nido e la formazione delle relative graduatorie sono gestite direttamente dagli enti gestori. La Giunta regionale tuttavia individua le situazioni problematiche che hanno priorità assoluta di ammissione in qualsiasi struttura presente nella regione. Le situazioni problematiche devono essere attestate dall'*équipe socio-sanitaria territoriale*. Hanno priorità di ammissione i bambini portatori di handicap sanitario, fisico o psichico, i bambini appartenenti ad una famiglia multi-problematica (con carenze affettive, educative, culturali, economiche e/o abitative) o monoparentale, i bambini con genitori con gravi inabilità psicofisiche e i bambini in affidamento.

Nel determinare le fasce di contribuzione, gli enti gestori devono tenere conto dell'ampiezza del nucleo familiare e della sua situazione socio-economica. Il reddito da considerare è quello complessivo dei genitori o di chi ne fa le veci, con un calcolo del 70% nel caso di lavoratori dipendenti.

È prevista una riduzione delle tariffe in caso di un'utilizzazione a tempo parziale.

Sono previste inoltre, riduzioni delle quote mensili, parziali o totali, nel caso in cui si verificano le situazioni problematiche di cui sopra. Ulteriori riduzioni derivano dalla presenza di alcune condizioni: quando due o più bambini dello stesso nucleo familiare frequentano lo stesso *asilo nido*, o asili nido regionali diversi, la quota mensile per ogni bambino iscritto oltre al primo viene dimezzata; una riduzione avviene anche in caso di malattia del bambino che abbia una durata superiore a cinque giorni e nel caso di chiusura temporanea della struttura da parte dell'ente gestore.

I nuclei familiari con bambini portatori di handicap pagano una quota fissa pari al 50% della tariffa intera e una quota variabile in base a i giorni di effettiva presenza.

È inoltre possibile iscrivere i bambini a tempo parziale, con inserimento o solo al mattino o solo pomeridiano. I bambini iscritti al primo anno di scuola materna, che ne attendono l'apertura, possono continuare a frequentare l'*asilo nido*, pagando una quota giornaliera di effettiva presenza. I nuclei familiari che si trovino in una situazione di «eccezionale necessità» possono portare al nido bambini di età inferiore ai 9 mesi: in questo caso è richiesto il parere vincolante del Servizio Socio-Sanitario regionale.

A partire dall'approvazione della legge regionale a favore della famiglia, gli investimenti della Regione hanno portato all'apertura di 5 nuovi asili nido e all'ampliamento o alla ristrutturazione di 4 strutture (è attualmente in ristrutturazione un *asilo nido* nel capoluogo, in via Brocherel, che potrà accogliere 50 bambini).

Con l'apertura delle nuove strutture alla fine del 2001 risultano funzionanti in Valle d'Aosta 11 asili nido: 4 gestiti direttamente dagli enti locali e 7 mediante convenzione con cooperative sociali.

Grazie anche all'ampliamento delle strutture esistenti, i posti disponibili sono passati dai 249 del 1998 agli attuali 401.

L'aumento del numero dei posti ha incrementato anche la capacità di copertura dell'utenza, che passa dal 7,9% del 1998, all'attuale 12%; una percentuale superiore alla media nazionale, che nel 2000 si è attestata al 7,4%, che a quella del Trentino-Alto-Adige che ha una capacità di copertura del 7,5% e a quella del Piemonte di 9,7%<sup>5</sup>

Il nuovo Piano Socio Sanitario 2002-2004 prevede l'incremento, da attuarsi mediante copertura pubblica, di un numero complessivo di 80 posti negli asili nido, dei quali 50 nella sopracitata nuova struttura di AOSTA e 30 nel distretto 4. Tale incremento porterebbe il numero dei posti disponibili a 470 e la previsione di copertura potenziale dell'utenza arriverebbe al 14,7%.

Come previsto dalla legge sulla famiglia, l'offerta di servizi per la prima infanzia è stata diversificata nella nostra regione attivando servizi più flessibili, che hanno l'obiettivo di soddisfare le esigenze delle famiglie residenti in Valle d'Aosta con bambini di età inferiore ai 3 anni.

Con la deliberazione n. 3148 del 18 settembre 2000 la Giunta regionale, in applicazione dell'art. 6 della l.r. 44/1998, ha approvato gli standard qualitativi ed organizzativi dei servizi per l'infanzia alternativi all'asilo nido.

Tra i servizi alternativi all'asilo nido, il *servizio di garderie* è un servizio socio-educativo per bambini da 9 mesi a 3 anni, la cui finalità è quella di fornire opportunità educative, di socializzazione e comunicazione ai bambini, offrendo risposte differenziate e flessibili in base alle esigenze delle famiglie. A differenza dell'asilo nido, i bambini possono frequentare la struttura per non più di 5 ore consecutive al giorno; per contro il personale deve avere gli stessi titoli previsti per l'accesso all'asilo nido.

Lo «spazio gioco» è un altro servizio socio-educativo alternativo all'asilo nido, eventualmente collegato ad altri servizi per l'infanzia, che accoglie bambini fino ai 3 anni purché accompagnati da adulti. Infatti, lo «spazio gioco» è uno spazio adeguatamente attrezzato e protetto nel quale ricevono una risposta le esigenze ludiche e di socializzazione dei bambini e vengono favorite le relazioni tra i bambini e gli adulti, oltre che le occasioni di socializzazione, di scambio e di confronto tra le famiglie.

Un servizio la cui localizzazione viene individuata soprattutto nei piccoli comuni, anche se può essere avviato in qualsiasi area del territorio regionale, è quello denominato «Tata familiare». Il servizio, disciplinato dalla deliberazione della Giunta regionale del 23 settembre 2002, n. 3470, è rivolto ai bambini dai 3 mesi ai 3 anni. Le Tate devono avere un'età minima di 21 anni ed essere in possesso di uno specifico attestato di qualifica professionale che dà titolo per l'iscrizione nell'apposito registro regionale. Sono accoglibili dall'operatore, al suo domicilio o a casa di coloro che richiedono il servizio, un numero massimo di 4 bambini contemporaneamente e per un numero di ore continuative che va da un minimo di 2 ad un massimo di 10.

Nel 2002, al termine del primo corso di formazione finanziato dal Fondo Sociale Europeo, hanno iniziato la loro attività le prime 9 Tate familiari.

In definitiva quindi, l'impegno dell'Amministrazione regionale nel promuovere servizi per i bambini fino ai 3 anni sembra poter condurre ad una differenziazione dell'offerta che risponda maggiormente ai bisogni delle famiglie, nel rispetto delle esigenze educative dei bambini.

## **POLITICHE PER FAMIGLIE CON BAMBINI E ADOLESCENTI ANCHE IN SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ**

La Valle d'Aosta, sotto l'impulso degli orientamenti indicati nella legislazione nazionale, ha recepito e condiviso lo spirito di profondo cambiamento nell'approccio alle politiche familiari. In tal senso, il Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 ha evidenziato l'importanza strategica dei servizi di tipo educativo domiciliari e territoriali in grado di incidere maggiormente sul disagio a livello preventivo, dei servizi di sostegno alle famiglie e dei servizi rivolti ai minori e alle loro famiglie.

Sul territorio regionale gli Enti Locali hanno attivato diffusamente servizi socio-assistenziali ed educativi per bambini ed adolescenti quali: trasporto e refezione in ambito scolastico, centri estivi e soggiorni di vacanza. Accanto ai servizi appena citati sono presenti interventi e servizi in favore di minori e famiglie in difficoltà quali il servizio di assistenza domiciliare educativa, affidamento familiare e comunità per minori.

### **I contributi economici per il pagamento delle rette in collegi, convitti e per le colonie estive**

L'amministrazione regionale interviene a favore delle famiglie che includono figli minori erogando *concorsi finanziari al pagamento delle rette* per l'ospitalità dei minori stessi durante l'anno scolastico in collegi e convitti presenti sul territorio valdostano. I contributi per il pagamento delle rette sono previsti quando il minore è ospite degli istituti o dei collegi in regime convittuale, semiconvittuale o esterno per frequentare la scuola elementare, media inferiore o media superiore. I contributi hanno carattere mensile. La misura del contributo regionale avviene in base ad una percentuale di intervento stabilita annualmente dalla Giunta regionale in base al reddito del nucleo familiare ed al numero dei figli che sono a carico del nucleo stesso. La percentuale di intervento cresce proporzionalmente all'aumentare del numero dei figli a carico ed inversamente all'aumentare del reddito del nucleo.

Per l'anno scolastico 2001-2002, con deliberazione n. 2667 del 23 luglio 2001, la Giunta regionale ha stabilito 12 fasce di reddito. Ai nuclei familiari che hanno un reddito complessivo inferiore a L. 13.625.400 l'Amministrazione regionale ha erogato un contributo pari al 100% delle rette, indipendentemente dal numero dei figli a carico. Il reddito massimo che ha permesso di accedere al contributo regionale è stato di L. 77.347.600; nella fascia di reddito più alta la percentuale di contribuzione è stata del 20% per i nuclei con un solo figlio a carico, mentre la percentuale di contribuzione è stata del 70% per i nuclei che includono 3 figli a carico e dell'80% con 4 figli a carico. Sono state interamente a carico dell'Amministrazione regionale le rette per i nuclei familiari con 5 figli a carico che rientravano nei parametri di reddito stabiliti.

Nel 2001 sono stati 558 i minori ospiti negli istituti ubicati in Valle (Istituto Gervasone, Istituto S. Giuseppe, Convitto regionale F. Chabod e Istituto Don Bosco), per i quali la Regione ha contribuito nel pagamento delle rette con un impegno di spesa di L. 1.006.982.890.

Sempre nell'ambito degli interventi regionali a favore dei minori, e a sostegno delle loro famiglie, l'Amministrazione regionale eroga dei *contributi per il pagamento di soggiorni estivi* (marini, montani e lacustri). Il contributo equivale anche in questo caso ad una percentuale di intervento stabilita annualmente dalla Giunta regionale sulla base del reddito annuale del nucleo e del numero dei figli a carico.

Nel 2001, con deliberazione. 1615 del 14 maggio 2001, la Giunta regionale ha fissato 8 fasce di reddito. Il reddito massimo che ha consentito di accedere al contributo è stato di L. 79.733.600. La fascia più bassa comprendeva i redditi fino a L. 16.733.600, per i quali la Regione ha sostenuto interamente i costi del soggiorno estivo effettuato dal minore. Come per i contributi finanziari per il pagamento delle rette in collegi e convitti è prevista una maggiore partecipazione economica a favore delle famiglie numerose, finanziando interamente, sempre nei parametri di reddito stabiliti, le spese per i soggiorni estivi delle famiglie che includono 5 figli a carico. Nel 2001, la Regione ha contribuito all'ospitalità in colonie estive di 371 minori, impegnando una spesa complessiva pari a L. 444.669.920.

## **Il «Pangolo», un Consultorio per adolescenti**

Il consultorio per adolescenti «Pangolo», ubicato nel capoluogo, è un servizio che consiste in uno spazio specificamente dedicato agli adolescenti, differenziato dai presidi socio-sanitari distrettuali. Il servizio, gestito dall'Azienda USL regionale è stato attivato perseguendo l'obiettivo di diffondere e migliorare l'informazione e l'educazione riguardanti la sessualità e la procreazione responsabile. Questo servizio, nel quale opera personale qualificato che ascolta e si prende carico dei problemi che vengono manifestati dagli adolescenti, vuole essere, tra l'altro, una concreta risposta nell'ambito della prevenzione e dell'obiettivo di diminuire il tasso di abortività tra le giovani.

Nell'ambito del consultorio sono state svolte attività in collaborazione con le strutture territoriali di consulenza, di promozione e di divulgazione, di attività diretta all'utenza attraverso il servizio ostetrico-ginecologico, andrologico, psicologico e sociale; sono stati inoltre attuati progetti specifici richiesti dalle scuole (Liceo Scientifico di AOSTA, Scuole Medie Einaudi e Saint-Roch, Istituto per geometri), e dalle parrocchie (Porossan, ROISAN e GIGNOD).

Il consultorio, come emerge dai dati relativi all'utenza, è frequentato prevalentemente da ragazze (nel 2001 sono state 89, contro 13 maschi).

Il servizio offre attività di consulenza sia telefonica che tramite l'accesso diretto. Quest'ultimo viene utilizzato prevalentemente dai ragazzi, singoli o in gruppo, mentre sono i genitori a rivolgersi al servizio telefonico per chiedere consulenze rispetto ai loro dubbi o alle loro difficoltà nella crescita dei figli in età adolescenziale.

Per la gestione del consultorio per gli adolescenti l'Amministrazione regionale ha impegnato una somma di Euro 115.169,89.

Tra gli obiettivi della legge regionale a favore della famiglia legati al sostegno della preadolescenza e dell'adolescenza è contemplata la promozione, da parte della Regione, dell'integrazione tra le attività della scuola e dell'Azienda U.S.L. nelle attività di prevenzione e di informazione nel campo della salute e della sessualità. In questo ambito nell'anno scolastico 2000/2001, sono stati organizzati per gli studenti delle classi di terza media corsi di educazione sessuale. L'attività è stata svolta in 10 scuole della regione ed ha coinvolto 19 classi. Gli incontri, in totale 7 per classe, hanno previsto anche l'intervento dei genitori.

## **Il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa (A.D.E.)**

Il servizio di A.D.E. si inserisce nel panorama dei servizi alla persona come supporto alle famiglie e ai minori in condizione di difficoltà socio-culturale non cronicizzata.

Il servizio si colloca nell'ambito della prevenzione del disagio e si pone l'obiettivo principale di mantenere il minore nel



proprio ambiente familiare e sociale offrendo alla famiglia un supporto temporaneo. Attraverso la promozione di processi di autonomizzazione del nucleo preso in carico, della ricerca delle risorse interne ad esso e presenti sul territorio e della loro organizzazione, l'A.D.E. intende favorire il rafforzamento delle figure genitoriali ed il miglioramento della qualità delle relazioni.

I destinatari del servizio sono minori di ambo i sessi di età compresa tra 0 e 15 anni e le loro famiglie. Il servizio è svolto da educatori operanti in integrazione con le équipes socio-sanitarie territoriali.

Per il perseguimento degli obiettivi previsti (mantenimento del minore in famiglia, attivazione di risorse e potenzialità presenti nella famiglia e sul territorio, costruzione di una rete di legami tra famiglia di origine ed ambiente circostante, prevenzione dei rischi di cronicizzazione) risulta centrale la collaborazione attiva con il «soggetto famiglia».

Il servizio è stato istituito gradualmente sul territorio regionale: nel 1993 era presente nel distretto 2 (nella città di AOSTA e Cintura), nel 1997 anche nel distretto 1 (Alta Valle) e nel 2000 anche nei distretti 3 e 4 (Media e Bassa Valle). Per l'anno 2002 è prevista l'estensione del servizio nelle zone ancora scoperte (distretto 2: territorio della Comunità Montana Grand Combin e parte della Comunità Monte Emilius).

La rispondenza al servizio è cresciuta gradatamente negli anni, evidenziando la validità della sua presenza sul territorio dove si è integrato sempre più con gli altri servizi. È inoltre proseguita l'attività del lavoro di rete che ha visto una costante interazione con gli Enti Locali e il privato sociale.

Il servizio di A.D.E ha anche lavorato con gruppi di ragazzi sviluppando e realizzando alcune attività; particolare rilievo ha avuto l'iniziativa denominata «Soggiorno Educativo» svolta in Liguria e destinata ad un gruppo di minori in carico al servizio.

### **L'affidamento familiare e il sostegno alla genitorialità**

Nella realtà valdostana sono presenti problematiche minorili e situazioni particolari che necessitano di interventi di supporto alla genitorialità ed alla crescita dei bambini.

I bisogni sono riferiti a tutte le fasce d'età ed a tutti i ceti sociali anche se prevalentemente appartenenti a quelle più deboli e possono riferirsi a necessità molto diverse tra loro che vanno dal sostegno per brevi periodi, alla presa in carico globale della situazione del bambino per tempi più lunghi.

Gli interventi di accoglienza e/o di affido attuati sino ad ora costituiscono una valida risposta alle esigenze descritte, ma risultano comunque insufficienti al bisogno in termini quantitativi e qualitativi. A livello di tipologie di bisogni si evidenzia la necessità di poter disporre di risorse maggiormente diversificate.

Ai minori residenti in uno dei comuni della Valle d'Aosta in affidamento familiare la Regione eroga un contributo mensile la cui entità viene annualmente stabilita dalla Giunta regionale. L'obiettivo legato al sostegno economico è quello di assicurare ai minori il mantenimento, l'educazione e l'istruzione.

Tale contributo viene erogato, previa domanda da parte della famiglia affidataria, tenendo in considerazione l'eventuale reddito annuo lordo del minore. La misura del contributo viene differenziata sulla base delle caratteristiche dell'affidamento che può essere a parenti o a terzi e di natura residenziale, a tempo parziale, diurno, notturno o saltuario. L'Amministrazione regionale contribuisce inoltre, con interventi economici straordinari, alle spese sanitarie per i minori in affidamento familiare, non rimborsabili, o solo parzialmente rimborsabili, dall'Azienda U.S.L.

Nel 2001<sup>6</sup> l'importo del contributo regionale per l'affidamento dei minori a parenti è stato di L. 751.870 in caso di affidamento residenziale e a L. 375.910 mensili per l'affidamento a tempo parziale. Quando l'affidamento è avvenuto in maniera saltuaria la misura è stata di L. 25.100 giornaliera. Per l'affidamento del minore a terze persone il contributo regionale è stato di L. 1.002.540 mensili se di natura residenziale, di L. 501.250 se a tempo parziale e di L. 33.390 giornaliera se saltuario.

Nello stesso anno i minori in affidamento familiare a parenti o a terzi sono stati 37, per i quali la Regione ha contribuito al loro mantenimento con un impegno totale di spesa di L. 337.027.030.

Sono inoltre presenti sul territorio interventi di sostegno ed accoglienza in favore dei minori e delle loro famiglie che non presentano le caratteristiche tipiche dell'affidamento, effettuati dal volontariato e dal privato sociale.

Esiste comunque un bisogno non soddisfatto di ulteriori risorse familiari d'appoggio in favore di situazioni conosciute e seguite dai servizi territoriali e per alcuni casi già interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

L'Amministrazione regionale, tenendo conto di questo bisogno, ha approvato il progetto denominato «Progetto Affido» (DGR n. 2386 02.07.2001) finanziato con i fondi della Legge 28 agosto 1997 n. 285 e attivo dal giugno 2002. Gli obiettivi del

progetto, di durata biennale, sono la sensibilizzazione della comunità locale relativamente alla situazione dei minori in condizione di disagio al fine di reperire disponibilità familiari da offrire agli stessi ed alle loro famiglie e la costituzione di un servizio affidi organizzato che sostenga nel tempo le esperienze avviate.

### **Le Comunità per minori**

Recependo il contenuto della legge 28 marzo 2001 n. 149 «Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184» recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori, nonché al titolo VIII del libro I del codice civile», la Valle d'Aosta, accanto agli altri interventi di tutela in favore dei minori in gravi difficoltà, ha previsto anche la presenza di strutture di accoglienza denominate «Comunità per minori».

Le due Comunità per minori site nella città di AOSTA (*Petit Foyer* per minori da 0 a 12 anni e *Maison d'Accueil* per minori da 13 a 18 anni) sono strutture cui fa riferimento il bacino di utenza dell'intero territorio regionale e sono destinate ad accogliere ed ospitare minori in stato di abbandono temporaneo o definitivo, nell'attesa di un rientro in famiglia d'origine o di altra collocazione stabile. Le comunità sono strutture a carattere residenziale e/o semiresidenziale con funzioni prevalentemente socio-assistenziali ed educative, integrative o sostitutive della famiglia e offrono ai minori accolti prestazioni di carattere educativo e stimolo psicologico, di accudimento ed igiene personale, di accompagnamento scolastico e sanitario.

Le strutture sono gestite con appalto triennale da cooperative ed al loro interno opera personale educativo e un coordinatore.

La Comunità *Petit Foyer* ha la disponibilità di 7 posti a carattere residenziale, di 1 posto diurno e offre la possibilità di svolgere 3 visite protette. La Comunità *Maison d'Accueil* ha la disponibilità per 6 posti residenziali e 2 posti diurni.

Gli inserimenti nelle Comunità regionali sono di regola disposti dall'Autorità Giudiziaria e vengono realizzati attraverso progetti individuali attuati in integrazione con gli operatori socio-sanitari territoriali.

I minori accolti nelle Comunità per minori nell'anno 2001 sono stati: 8 per il *Petit Foyer* e 7 per la *Maison d'Accueil*.

Nel caso in cui i minori non possano essere ospitati nelle comunità presenti sul territorio valdostano perché il Tribunale per i Minorenni di TORINO ne ha disposto l'inserimento in strutture fuori dalla Valle d'Aosta, l'Amministrazione regionale è tenuta a sostenere le spese delle loro ospitalità.

Nel corso del 2001 sono stati 16 i minori per i quali il Tribunale dei Minorenni di TORINO ha disposto l'allontanamento dalla Valle d'Aosta, con un impegno di spesa da parte della Regione di L. 709.229.040.

### **L'OSSERVATORIO REGIONALE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

La legge 23 dicembre 1997, n. 451 promuove e finanzia l'avvio di Osservatori regionali. A seguito di ciò e con deliberazione n. 1074 del 2 aprile 1999, la Giunta regionale ha approvato il progetto di attuazione dell'Osservatorio regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza consapevole dell'importanza di disporre di un sistema organizzato di dati sulla condizione dei minori in Valle d'Aosta che consentisse di orientare, progettare e valutare interventi e servizi sul territorio più pertinenti ai loro bisogni reali.

Gli indicatori costruiti a partire dai dati, che permettono di evidenziare la condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dei minori, sono stati definiti attraverso la condivisione delle differenti fonti di dati dell'Osservatorio medesimo. È stata inoltre effettuata una analisi dei flussi informativi approvata dalla Giunta regionale con deliberazione n. 3586 del 30 settembre 2002. Dall'analisi delle fonti è risultato che vi è un forte sviluppo di sistemi informativi di raccolta e rielaborazione di dati (attualmente raccolti prevalentemente in forma cartacea), a livello di Amministrazione regionale, di Enti Locali e di privati. Il flusso informativo relativo all'Osservatorio regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza verrà implementato integrandosi con altri sistemi in fase di realizzazione ed in particolare con il datawarehouse dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali. Nel primo semestre del 2003 saranno disponibili gli indicatori relativi agli aspetti demografici ed alla distribuzione dei servizi e degli interventi rivolti ai minori; altri indicatori saranno successivamente disponibili, in relazione all'implementazione dei flussi informativi.

Con le fonti esterne dell'Osservatorio (U.S.L. ed Enti Locali) si procederà con la definizione di specifiche convenzioni relative al flusso dei dati. Questi aspetti sopra delineati potranno contribuire alla definizione degli orientamenti rispetto all'attuazione della Legge 285/97 in Valle d'Aosta.

Per l'anno 2002 l'obiettivo dell'Osservatorio è stato quello di realizzare la «mappatura» dei servizi esistenti nel territorio regionale sia pubblici che privati rivolti ai minori.

Operativamente è stato realizzato un archivio informatizzato nel quale sono stati inseriti i dati cartacei dei servizi, sulla base della scheda di raccolta dati elaborati dal Centro Nazionale di documentazione e di analisi dell'infanzia e dell'adolescenza di FIRENZE e relativi ai servizi per adolescenti in Valle d'Aosta. È prevista inoltre la definizione e la pubblicazione nel sito web dell'Amministrazione regionale della «mappatura» dei servizi rivolti ai minori, oltre ad una banca dati relativa alla Legge 285/97.

La consultazione della «mappa» permetterà di raccogliere i dati sui servizi esistenti in Valle d'Aosta per: ente titolare, ente gestore, Comune, Comunità Montana, età dei minori, tipologia di servizio, aree di intervento, nome del servizio, tipologia di finanziamento, numero e tipologia di risorse umane impiegate nel settore, ore di servizio offerto, modalità di accesso ai servizi.

Come definito nella deliberazione della Giunta regionale n. 3514 del 17 ottobre 2000, con la quale sono state approvate le modalità ed i tempi di attuazione dell'Osservatorio, a partire dal mese di ottobre 2002 l'Osservatorio è entrato nella terza fase attuativa (denominata «generalizzazione»). Entro la conclusione del progetto (ottobre 2003) saranno realizzate le attività previste.

## **POLITICHE A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE LORO FAMIGLIE**

### **I contributi economici**

La legislazione regionale prevede norme di assistenza economica a favore di soggetti non autosufficienti residenti in Valle d'Aosta. Gli interventi hanno l'obiettivo di sostenerne il reddito, sostenere il nucleo familiare di appartenenza ed evitarne l'istituzionalizzazione.

Le prestazioni economiche prevedono la copertura totale o una partecipazione finanziaria regionale al costo dell'acquisto di alcuni beni e servizi che non sono erogati dall'Amministrazione regionale o dagli Enti Locali.

L'erogazione dei contributi non esclude dall'accesso ai servizi di cura pubblici, ma intende garantire un reddito ai soggetti non autosufficienti quando si rivolgono ai servizi privati per integrarla.

La legge regionale 3 maggio 1993, n. 22 «Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infette da HIV e affette da AIDS» (modificata dalla legge regionale n. 38/2001 «Legge finanziaria per l'anno 2002 e per il triennio 2002/2004»), prevede l'intervento finanziario della Regione per il pagamento di rette per l'ospitalità in strutture assistenziali e socio-riabilitative private e la concessione di contributi a privati per interventi assistenziali domiciliari alternativi all'istituzionalizzazione.

Possono beneficiare degli interventi previsti da questa legge i cittadini italiani, stranieri e apolidi residenti in uno dei comuni della Valle d'Aosta, nonché i profughi, i rimpatriati ed i rifugiati aventi titolo all'assistenza secondo le leggi dello Stato. Per le persone anziane il grado di non autosufficienza deve essere certificato dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) competente per territorio, mentre per le persone disabili, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infette da HIV e affette da AIDS la non autosufficienza, totale o temporanea, deve essere comprovata da certificazione medica aggiornata rilasciata da competente settore dell'Azienda USL (psichiatria, SERT o altri) avente in carico l'utente, oppure da una certificazione, rilasciata dalla commissione medica di cui alla L. 104/1992, o dalle commissioni mediche di cui alla legge regionale 11/1999, che attestino la patologia da cui è affetto o il tipo di disabilità e la conseguente non autosufficienza.

Dal 2001 possono accedere alle prestazioni economiche anche i malati terminali.

Le provvidenze economiche della legge regionale 22/1993 sono concesse su richiesta dell'interessato o dell'eventuale tutore o curatore in caso di effettivo stato di bisogno. Quest'ultimo deve essere certificato dai servizi socio-sanitari competenti in relazione alle condizioni psico-fisiche ed alla situazione familiare e socio-ambientale del soggetto richiedente.

Per accedere alle provvidenze i richiedenti devono trovarsi in una situazione di bisogno determinato da almeno una delle situazioni previste dalla legge regionale: insufficienza del reddito familiare dei richiedenti in relazione alle esigenze minimo vitali di tutti i suoi componenti allorché non vi siano persone tenute per legge a provvedervi; incapacità totale o parziale del richiedente a provvedere autonomamente a sé stesso o del nucleo familiare che non è in grado di assicurargli l'assistenza necessaria; sottoposizione del richiedente a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria che impongono o rendano necessari interventi assistenziali o socio-riabilitativi.

La Giunta regionale individua i criteri e le modalità relativi all'erogazione delle provvidenze economiche previste dalla legge regionale 22/1993 disposte dal Dirigente del Servizio organizzazione e amministrazione delle attività socio-assistenziali dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Le provvidenze economiche erogate sono dirette al pagamento di rette per l'ospitalità in strutture protette assistenziali e so-

cio-riabilitative private, sia in regime diurno che residenziale. L'Amministrazione regionale assume le spese o eroga contributi a favore di soggetti che concordano con i competenti servizi socio-sanitari progetti complessivi preventivi all'inserimento in struttura, con l'eccezione dei soggetti per i quali prosegue un intervento già definito ed approvato con provvedimento dirigenziale.

L'assunzione di spese o l'erogazione dei contributi hanno luogo per un periodo di tempo determinato dai competenti servizi socio-sanitari e possono essere ripetute nel tempo solo se il progetto complessivo mantiene la sua validità. L'entità della spesa o del contributo a carico del bilancio regionale è determinata sulla base dell'ammontare della retta richiesta dalla struttura ospitante, dedotto il reddito netto dell'interessato, unito all'eventuale contribuzione a carico dei familiari.

L'Amministrazione regionale eroga inoltre contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione, consistenti nel ricorso all'assistenza domiciliare privata regolarmente retribuita ed assicurata ad integrazione d'interventi di assistenza domiciliare pubblica.

Dal 2002 l'entità dei contributi nel caso in cui il richiedente si rivolga al mercato privato è pari alla differenza tra la somma dei redditi netti dell'interessato, compresa la quota contributiva a carico dei componenti la famiglia anagrafica, ed il costo del servizio alla persona, determinato in misura massima in Euro 2.065,90 mensili (pari a Euro 2,83 orari) rapportati a 24 ore di assistenza giornaliera su 365 giorni annui.

La quota oraria, fermo restando il limite massimo mensile precedentemente citato, può essere incrementata fino al 20% (Euro 3,40 orari) se l'attuazione del progetto alternativo all'istituzionalizzazione è da realizzarsi in zone rurali e di montagna.

Viene in ogni caso garantito al richiedente un reddito mensile pari al doppio del minimo vitale.

Nel caso in cui gli interventi assistenziali domiciliari siano prestati da familiari con un costo di conseguenza non quantificabile, l'entità del contributo è determinata tenendo conto dei redditi netti dell'interessato compresa l'eventuale quota contributiva a carico della famiglia anagrafica, in modo da garantire al richiedente un reddito mensile pari al doppio del minimo vitale.

L'impegno dell'Amministrazione regionale nel favorire la domiciliarizzazione dell'assistenza in caso di non autosufficienza è dimostrato anche dal fatto che le prestazioni di assistenza domiciliare pubblica, attivata territorialmente a favore delle persone anziane, handicappate, alcooldipendenti, infette da HIV e affette da AIDS e malate terminali, per le quali è stato predisposto ed approvato un progetto globale di interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione ai sensi della legge regionale 22/1993, non comportano oneri a carico degli utenti.

Nel 2001 sono state 70 le richieste accettate per ricevere i contributi alternativi all'istituzionalizzazione, con un impegno di spesa regionale di L. 596.000.000.

A sostegno delle famiglie che includono soggetti in difficoltà, la legge regionale per la famiglia prevede un intervento economico da parte della Regione che consiste nell'erogazione di un *assegno di cura mensile* di importo massimo fino al 100% della pensione sociale (L. 543.650 nel 2001) e per un periodo non superiore ad un anno. Condizione necessaria per richiedere l'assegno a sostegno della cura di soggetti in difficoltà è che un membro del nucleo familiare rinunci temporaneamente o in parte alla propria attività lavorativa. La rinuncia deve essere motivata da ragioni di cura nei confronti di familiari non autosufficienti o con grave inabilità temporanea, oppure per la cura di familiari con problemi gravi dell'età evolutiva o tossico e/o alcooldipendenti cronici, certificati dal competente servizio pubblico.

L'assegno di cura, come stabilito dalla delibera applicativa della legge per la famiglia del 1998 viene corrisposto in misura pari all'80% dell'importo mensile del reddito perduto, ma non può superare l'importo mensile della pensione sociale. Il contributo economico viene erogato a bimestri posticipati.

Per accedere al contributo il nucleo familiare del richiedente deve avere un reddito annuo lordo onnicomprensivo che non superi il doppio del minimo vitale. I limiti di reddito per accedere all'assegno di cura sono stabiliti in base al numero dei componenti il nucleo familiare. Il tetto di reddito annuo lordo onnicomprensivo fissato a titolo di esempio per la concessione dell'assegno di cura ad un nucleo composto da tre persone è di L. 37.416.000.

Nel 2001 sono stati erogati due contributi a soggetti in difficoltà.

Sono state 5 nel 2001 i «voucher per servizi» erogati a favore di soggetti portatori di handicap grave certificato o di anziani ultra sessantacinquenni dichiarati non autosufficienti dall'U.V.G.

Anche questa prestazione economica è stata introdotta dalla legge a favore della famiglia.

Il voucher è annuale e deve essere speso per servizi pubblici e/o privati a pagamento finalizzati a migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti.

Il contributo, che è cumulabile con altri interventi economico-assistenziali, ha un importo massimo di L. 1.000.000.

Per accedere al contributo i soggetti aventi diritto alla prestazione devono rientrare nei parametri di reddito fissati dalla Giunta regionale. L'ammontare del contributo è stabilito in base al reddito totale annuo ed al numero dei componenti il nucleo familiare. Il limite massimo di reddito che permette di accedere al contributo è di L. 44.448.261.

La domanda per il contributo, presentata alla struttura regionale competente, deve contenere anche l'indicazione della cifra necessaria e la finalità della spesa.

Perseguendo l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone disabili la Regione eroga contributi agli enti pubblici ed a privati per favorire l'abbattimento delle barriere architettoniche.

La legge regionale del 12 gennaio 1999, n. 3 «Norme per favorire la vita di relazione delle persone disabili», abrogando le precedenti norme in materia, ha provveduto a disciplinare meglio e in maniera più omogenea gli interventi atti a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visibilità degli edifici pubblici e privati e dei luoghi e delle strutture aperte al pubblico, al fine di garantire la vita di relazione e la partecipazione alle attività sociali delle persone disabili. Nella tabella che segue è riportato l'andamento di fondi assegnati per favorire la vita di relazione delle persone disabili dal 1997 al 2002.

**Tabella 14. Fondi assegnati dalla L.R. 42/1995 ora abrogata e sostituita con l.r. 12.01.1999 n. 3 recante « Norme per favorire la vita di relazione delle persone disabili»**

*(Gli importi sono stati mantenuti anche in lire per consentirne la lettura)*

	FONDI ASSEGNATI IN BASE ALLA L.R. 42/1995 ABROGATA E SOSTITUITA CON L.R. 3/1999 AI SOGGETTI PRIVATI E AGLI ENTI PRIVATI AVENTI DIRITTO	FONDI ASSEGNATI IN BASE ALLA L.R. 42/1995 ABROGATA E SOSTITUITA CON L.R. 3/1999 AGLI ENTI PUBBLICI	FONDI ASSEGNATI A SOGGETTI PRIVATI, ENTI PRIVATI E ENTI PUBBLICI
ANNO	Importi	Fino alla % del	Importi
<b>1996</b>	254.001.870	90%	1.287.531.100
<b>1997</b>	778.382.900	100% * 93,24% **	4.257.243.000 3.000.000.000
<b>1998</b>	1.048.472.490	90%	1.801.310.950
<b>1999</b>	535.429.630	78%	1.792.187.890
<b>2000</b>	1.765.515.200	70%	1.554.644.277
<b>2001</b>	1.274.797.160	80%	725.202.840
<b>2002</b>	1.594.703.626 (823.595,69 Euro)	70%	403.139.759 (208.204,31 Euro)
<b>Totale</b>	<b>7.251.302.876</b> (3.744.985,40 Euro)		<b>14.821.259.816</b> (7.654.541,89 Euro)
			<b>22.072.562.692</b> (11.399.527,28 Euro)

\*1° piano straordinario \*\* 2° piano straordinario

Nel corso degli anni vi è stato un incremento di domande da parte di persone disabili che, al fine di evitare l'istituzionalizzazione in strutture pubbliche o private, hanno richiesto l'adeguamento della propria abitazione con l'obiettivo di proseguire la loro vita in ambito familiare, utilizzando gli interventi integrativi previsti dalla rete dei servizi esistenti sul territorio (assistenza domiciliare, trasporti, ecc.).

Anche l'incremento delle domande di adeguamento delle strutture da parte degli enti privati (alberghi, ristoranti, musei) ha consentito alle persone disabili di soggiornare, accedere e visitare luoghi prima inaccessibili, migliorando la loro vita di relazione.

I contributi sono erogati ai Comuni per interventi di eliminazione delle barriere architettoniche destinati a persone portatrici di handicap consistente, in una menomazione e in una disabilità funzionale permanente, dalle quali discendono obiettive difficoltà alla mobilità o alla vita di relazione, certificate da apposite commissioni mediche, ovvero da un medico di sanità pubblica per le persone ultrasessantacinquenni e per le persone appartenenti alle seguenti categorie protette: invalidi del lavoro, invalidi per servizio, invalidi di guerra, invalidi civili di guerra oltre che agli enti privati e le imprese individuali aventi sede legale in Valle d'Aosta e, per ultimo, agli enti pubblici.

I contributi erogati dall'Amministrazione regionale sono integrativi o meglio, dati i lunghi tempi di erogazione e la scarsa entità dei finanziamenti statali, sostitutivi dei fondi che lo Stato eroga ai sensi della Legge 13/1989 a tutte le Regioni. Nella tabella 15 si effettua un confronto tra fondi regionali e fondi statali.

**Tabella 15. Confronto tra Fondi erogati da leggi regionali (42/1995, ora abrogata e sostituita con 3/1999) e Fondi erogati da leggi statali (13/1989)**

*(Gli importi sono stati mantenuti anche in lire per consentirne la lettura)*

ANNO	FONDI RICHIESTI ALLA REGIONE DAI COMUNI DA RIPARTIRE TRA I SOGGETTI PRIVATI E GLI ENTI PRIVATI AVENTI DIRITTO	FONDI EROGATI DALLA REGIONE PER I SOGGETTI PRIVATI E GLI ENTI PRIVATI IN BASE ALLA L. R. 42/1995 ABROGATA E SOSTITUITA CON L.R.. 3/1999	FONDI RICHIESTI ALLO STATO IN BASE ALLA LEGGE 13/1989 PER I PRIVATI	FONDI EROGATI DALLO STATO AI SENSI DELLA L. 13/1989
<b>1996</b>	254.001.870	254.001.870	75.943.000	42.689.000
<b>1997</b>	778.382.900	778.382.900	64.739.100	16.193.200
<b>1998</b>	1.048.472.490	1.048.472.490	108.792.129	14.033.300
<b>1999</b>	535.429.630	535.429.630	65.922.230	24.154.480
<b>2000</b>	1.765.515.200	1.765.515.200	61.282.125	24.335.800
<b>2001</b>	1.274.797.160	1.274.797.160	37.140.380	0
<b>2002</b>	1.594.703.626 <i>(823.595,69 Euro)</i>	1.594.703.626 <i>(823.595,69 Euro)</i>	16.125.080 <i>(8.327,91 Euro)</i>	0
<b>TOTALI</b>	<b>7.251.302.876</b> <b><i>(3.744.985,40 Euro)</i></b>	<b>7.251.302.876</b> <b><i>(3.744.985,40 Euro)</i></b>	<b>429.944.044</b> <b><i>(222.047,57 Euro)</i></b>	<b>121.405.780</b> <b><i>(62.700,85 Euro)</i></b>

A differenza della legge statale, la legge regionale, inoltre, concede contributi anche agli ultrasessantacinquenni per interventi non ammissibili dalla Legge 13/1989, per l'acquisto di strumenti di adattamento degli autoveicoli, per la concessione di interessi sulla spesa globale del mutuo per l'acquisto dei mezzi necessari alla locomozione e per contributi sino al 15% della spesa sostenuta per l'acquisto di autoveicoli da parte di disabili non titolari di patente di guida.

Altri destinatari ammissibili sono gli enti privati aperti al pubblico, per i quali l'Amministrazione regionale interviene con un contributo sino al 75% della spesa massima ammissibile.

Nel corso degli anni (dal 1996 al 2002) sono stati resi accessibili 19 esercizi pubblici (hôtel, bar, ristoranti), 2 colonie montane, 1 campeggio, 1 negozio di parrucchiere, 2 sedi di associazioni, 2 sedi ecclesiastiche, 1 locale museo a FÉNIS ed 1 casa di riposo a DONNAS.

Il progetto «Per un mondo tuttotondo» comprende un programma di interventi coordinati per l'accessibilità ambientale della Valle d'Aosta in collaborazione con il Centro Studi Prisma di BELLUNO che si articola in tre settori:

- la formazione e educazione dei progettisti
- l'informazione alle popolazioni
- la supervisione e la consulenza.

Nel corso dell'anno 2001 si sono svolti gli incontri di formazione ed educazione dei 34 progettisti liberi professionisti (architetti, ingegneri, geometri e medici igienisti) che hanno partecipato alle 84 ore di formazione articolate su tre livelli in 14 giornate a partire dal 23 marzo sino al 16 giugno.

A fronte dei 34 posti disponibili vi sono state circa 90 richieste di partecipazione, che hanno evidenziato il bisogno di formazione da parte dei destinatari in materia di accessibilità e barriere architettoniche. Il corso è stato seguito dai partecipanti con assiduità, interesse ed entusiasmo, rilevati anche dai questionari di fine incontri, nei quali si certifica la qualità e l'alto livello di un corso che ha consentito un buon arricchimento professionale ed un migliore approccio al problema dell'accessibilità.

A fine corso è stato rilevato il bisogno di coinvolgere e formare anche i tecnici comunali nell'ottica di collaborare e operare tutti insieme con lo stesso grado di preparazione e la stessa sensibilizzazione al problema dell'accessibilità.

Gli interventi previsti per l'informazione alla popolazione sono molteplici e hanno l'obiettivo di informare e sensibilizzare sulle problematiche dell'accessibilità e delle persone disabili, partendo dalle scuole sino a comprendere globalmente tutta la popolazione.

Gli interventi indirizzati alle scuole sono studiati per contribuire ad educare gli alunni delle istituzioni scolastiche ad avere un rapporto corretto con la disabilità e le persone disabili. A tale scopo sono previsti incontri di animazione teatrale per le scuole materne ed elementari e seminari teorico-pratici per le scuole medie superiori. Sono 11 le istituzioni scolastiche che hanno aderito al progetto, 18 sezioni di scuola materna, 12 classi elementari e 1 classe terza di scuola superiore.

Per gli interventi destinati all'intera popolazione è stato ideato e prodotto uno spot di 30 secondi che riprende e pubblicizza il progetto globale «Per un mondo tuttotondo» con l'obiettivo di sensibilizzare più persone possibili, secondo i criteri scientifici dell'informazione integrata.

L'attività di supervisione è stata effettuata da esperti ed architetti del Centro Studi Prisma e ha riguardato i progetti presentati all'ufficio accessibilità. L'attività di consulenza ha invece comportato lo studio di una nuova riorganizzazione del lavoro, differenziando le mansioni e le responsabilità, proponendo nuove modalità di raccolta, verifica e valutazione dei progetti al fine del rilascio dell'attestazione di congruità di cui alla legge regionale 3/1999 in materia di barriere architettoniche.

### **I servizi per le persone disabili e l'inserimento occupazionale**

Attualmente esistono in Valle d'Aosta due tipologie di servizi diurni rivolti a persone disabili, i Centri Educativi Assistenziali (CEA ex Centri Socio Educativi CSE) e le Strutture Educative di Formazione e Orientamento (SEFO).

*Le SEFO* sono strutture collocate in alcune istituzioni scolastiche e sono frequentate da ragazzi che hanno assolto l'obbligo scolastico, ma che, sulla base di un progetto individuale redatto dall'équipe competente per territorio, necessitano di un percorso aggiuntivo per rafforzare capacità e competenze e costruire percorsi di orientamento. In seguito alla nuova normativa sull'obbligo formativo, tali strutture sono ad esaurimento. Fino al 2001 erano presenti sul territorio 4 SEFO con 12 utenti iscritti, attualmente ne esiste una presso la sede di una Scuola Media del capoluogo con 3 utenti iscritti.

*I CEA* sono strutture con obiettivi socio-assistenziali rivolte a persone con disabilità psico-fisica a cui si può accedere dopo il compimento della maggiore età. Attualmente sono presenti 4 CEA, distribuiti sull'asse centrale della Valle, che ospitano in totale 54 utenti.

Entrambi i servizi realizzano interventi diversificati sulla base delle esigenze dell'utente. In particolare sono attivati dei progetti di educativa territoriale con l'obiettivo di potenziare l'autonomia sociale dei soggetti e di coinvolgimento del territorio.

Tutti gli interventi realizzati si sono articolati in base all'obiettivo primario dell'integrazione sociale, che è stato perseguito tenendo conto dei diversi livelli di gravità e delle diverse tipologie di handicap delle persone prese in carico e con la costante attenzione ai bisogni dei singoli.

Nel 1998 è stata avviata all'interno dei CEA una raccolta di dati relativa ai carichi di lavoro sostenuti dal personale, con l'obiettivo di conoscere con maggiore precisione la tipologia e la distribuzione delle attività svolte in tali servizi. L'analisi dei dati ha evidenziato un'articolazione del lavoro complessa e un forte carico assistenziale sostenuto dal personale educativo; per-

tanto, nell'autunno dello stesso anno è stata avviata nei CEA una sperimentazione per l'assunzione di personale con qualifica di Assistente Domiciliare (Adest), che ha poi permesso l'assunzione in ruolo di sei operatori con questa qualifica. Tale assunzione ha permesso:

- di offrire all'utenza più grave interventi adeguati, indispensabili per l'integrazione degli stessi nei gruppi di appartenenza e rispetto alle iniziative che i servizi organizzano con il territorio;
- di incrementare le attività occupazionali e gli interventi di educativa territoriale progettati e condotti da educatori professionali;
- di attivare nuove prese in carico grazie alla diversificazione dell'offerta;
- di razionalizzare l'impiego del personale.

Anche gli interventi condotti nell'ambito della Scuola da parte del personale educativo in servizio nelle SEFO sono da collocare nella ricerca di integrazione e di collaborazione, in questo caso con le varie istituzioni scolastiche. Sono inoltre stati avviati interventi occupazionali con l'obiettivo di dare all'utenza nuovi strumenti per la costruzione di percorsi di orientamento.

Le iniziative organizzate sul territorio in collaborazione con Comuni, aziende ed agenzie locali, hanno promosso l'immagine positiva delle persone con handicap ed hanno soprattutto permesso di costruire legami significativi con le comunità locali. Alcuni esempi di attività condotte in collaborazione sono quelli relativi a:

- manutenzione e ripristino di aree verdi;
- organizzazione di mostre/laboratorio;
- partecipazione attraverso la realizzazione di attività occupazionali al riciclo della carta raccolta in alcune sedi dell'USL;
- collaborazione in refezioni e mense scolastiche.

La revisione organizzativa dei servizi ha raggiunto il duplice obiettivo di:

- formalizzare le buone prassi consolidate nel tempo nei servizi diurni, relative ai rapporti con le famiglie e con le équipes, all'organizzazione interna delle strutture, al coordinamento dei servizi. Tali aspetti, inerenti l'organizzazione, sono stati recepiti a livello amministrativo con la deliberazione della Giunta regionale n. 3237 del 25 settembre 2000 «Modalità di accesso e funzionamento dei Centri socio-educativi per persone disabili gestiti dall'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta», nel cui allegato sono descritte e regolate le prassi sopra descritte e la vendita dei prodotti;
- dare visibilità alle capacità e alle acquisizioni degli utenti, attraverso la vendita dei prodotti da loro realizzati nei laboratori. La vendita dei prodotti realizzati nei laboratori dei CEA e delle SEFO è stata regolamentata e resa possibile anche in quanto, in accordo con l'Assessorato alle Finanze è stato introdotto un articolo nella L.R. n. 37 del 21.08.00 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative aventi riflessi del bilancio, rideterminazione di autorizzazioni di spesa per gli anni 2000, 2001 e 2002 e prima variazione al bilancio di previsione 2000 e del triennio 2000/2002 – Art. 2) che ha autorizzato la vendita al pubblico dei manufatti e il reinvestimento del ricavato nell'acquisto di materie prime.

La sistematizzazione dell'assetto organizzativo ha stimolato il personale educativo a riflessioni sulla progettazione ed attuazione dell'attività quotidiana e ne è scaturita la differenziazione, a partire dai progetti educativi degli anni 2000/2001, dei gruppi di lavoro degli utenti in relazione alle autonomie e potenzialità, per rispondere equamente sia ai bisogni assistenziali che a quelli educativi.

Da tale cambiamento, in linea con le esigenze di tipo educativo-pedagogico rilevate anche in ambito formativo è derivata una maggiore attenzione nell'individuazione delle varie iniziative proposte all'utenza.

Per quanto riguarda il lavoro con le famiglie, oltre ai colloqui individuali, alle riunioni assembleari ed alle occasioni informali di socializzazione, hanno preso avvio nel 2001 periodici incontri tra i referenti (eletti dalle famiglie stesse all'interno di ogni servizio), i responsabili dei singoli servizi e gli uffici centrali del Servizio Sociale.

Tali incontri rispondono all'obiettivo di:

- creare maggiore vicinanza tra amministrazione e utenza attraverso occasioni di conoscenza reciproca, dando continuità al rapporto;



- favorire la costruzione di situazioni per la realizzazione di lavori in comune che favoriscano la propositività delle famiglie stesse.

Gli scambi con le famiglie, in quanto favoriscono il crearsi di un rapporto di fiducia, rispondono indirettamente anche all'esigenza di sostenerle ed accompagnarle in un percorso di consapevolezza rispetto alla complessità delle situazioni che si trovano a gestire, sia da un punto di vista emotivo ed affettivo, sia da un punto di vista pratico ed organizzativo (attraverso per esempio il coinvolgimento delle altre figure professionali utili per la costruzione di una rete di aiuti).

A sostegno delle professionalità impiegate nei servizi, per supportare la formazione di base e garantire un costante aggiornamento agli operatori coinvolti nella relazione di aiuto, sono stati costantemente forniti interventi formativi e aggiornamenti professionali.

Va sottolineata a tal riguardo l'attenzione posta a differenziare gli interventi formativi specifici per le singole professionalità da quelli cosiddetti «di servizio» volti a consolidare la condivisione di comuni obiettivi.

Oltre alle attività cosiddette «routinarie», che caratterizzano la programmazione dei servizi diurni (attività volte al mantenimento e potenziamento delle autonomie sociali, gite, uscite sul territorio, collaborazioni con scuole, oratori, artigiani, piccole aziende, comuni, biblioteche ecc.), hanno assunto particolare importanza in relazione all'obiettivo di integrazione e di costruzione di collaborazioni, la realizzazione e la partecipazione a giornate di studio e a convegni, i contatti con altre regioni e con Paesi esteri, le visite di studio e i tirocini in accordo con l'università. In particolare si evidenziano le seguenti attività:

- (1998) «Durante l'adolescenza» giornata di studio organizzata in collaborazione con l'Associazione Girotondo, nella quale è stato trattato il tema della sessualità in relazione all'adolescenza e alla disabilità;
- (1999) «Sono quindi suono» giornata di studio organizzata in collaborazione con l'Associazione Girotondo, nella quale si è riflettuto sull'utilizzo della musica e della musicoterapia con particolare riferimento ai percorsi individualizzati di studenti disabili;
- (2000) «E poi... percorsi integrati di orientamento per le persone disabili» giornata di studio organizzata in collaborazione con l'Associazione Girotondo e l'Assessorato Istruzione e Cultura; che ha preso in considerazione le possibilità esistenti sul territorio valdostano di integrazione lavorativa per persone disabili;
- (2000) KARAWANE 2000, ossia iniziativa di scambio a livello europeo per la promozione delle persone disabili e per lo scambio tra le istituzioni che operano nel settore;
- (2001) «Tra Scuola e Lavoro. Percorsi misti integrati nel Progetto di vita delle persone disabili»: giornata di studio organizzata in collaborazione con l'Associazione Girotondo e l'Assessorato Istruzione e Cultura;
- (2001) prosecuzione degli scambi avviati nell'ambito di KARAWANE 2000;
- (2001) scambio di visite con operatori e amministratori provenienti da ALBERTVILLE (Francia);
- (2001) visita ai servizi per disabili della cittadina di SION (Svizzera) e partecipazione all'iniziativa realizzata per le persone disabili nell'ambito dell'Espace Mont Blanc;
- (2001) visita ai laboratori occupazionali della città di MODENA;
- (2001) scambio inerente la metodologia di Globalità dei Linguaggi con un Centro per persone disabili di MAPPANO (Piemonte).

Con deliberazione della Giunta regionale n. 2878 del 6 agosto 2002 «Approvazione della costituzione di un gruppo di lavoro presso l'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali per l'individuazione di un sistema integrato di servizi diurni a favore delle persone con disabilità psico-fisica», si è avviato un ripensamento sull'offerta generale di servizi per la disabilità attualmente esistenti nella nostra regione.

Tra i servizi complementari rivolti alle persone disabili è stato ideato, organizzato ed istituito il «*Servizio di accompagnamento, integrazione ed assistenza ai disabili*», destinato a disabili psichici, fisici con handicap di particolare gravità di cui all'art. 3 della legge 104/92.

La finalità del servizio è di fornire l'accompagnamento ad ore del soggetto disabile fuori dalla propria abitazione per favorire l'integrazione sociale in altri ambiti e per consentire al medesimo la partecipazione ad eventi culturali. In casi eccezionali l'assistenza medesima è fornita ad ore nell'abitazione del disabile in caso di assenza temporanea dei familiari per situazioni di

emergenza, motivi personali, visite mediche, ed altro, oltre a quando non è fornita, né è fornibile, dal servizio di assistenza dei servizi domiciliari degli Enti Locali.

Il servizio di accompagnamento è stato istituito a gennaio del 2000 e finanziato con la compartecipazione dello Stato a seguito dell'approvazione da parte del Ministero competente di apposito progetto biennale presentato dalla Regione, ai sensi della legge 162/1998.

In prima istanza è stato erogato solo nell'Alta Valle ed ad Aosta e dintorni, a condizione che gli utenti avessero compiuto la maggiore età.

Nell'anno 2001 tale progetto è stato rivisto e rimodulato in funzione dell'utenza e del territorio: decidendo di erogarlo anche ai minori disabili, estendendolo anche nelle valli laterali e nella Bassa Valle. Il progetto avrebbe dovuto concludersi a fine aprile 2001, ma in considerazione del buon riscontro da parte della nuova utenza e di quella già richiedente, dopo appropriate verifiche sul grado di soddisfazione degli utenti, è stato deciso di prorogarlo. Nel frattempo il servizio ha visto aumentare il numero di ore e gli utenti: dagli 8 utenti dell'anno 2000 si è passati a circa 31 utenti a luglio 2002, e dalle 480 ore utilizzate per tutto l'anno 2000 si è passati a 1600 ore nell'anno 2001, mentre nel primo semestre dell'anno 2002 sono già state usufruite 1442 ore. L'incremento della richiesta del servizio da parte delle famiglie dei ragazzi disabili, ed in particolare di quelli minorenni, ha confermato l'utilità di usufruire di questa iniziativa. Le richieste hanno riguardato soprattutto lo svolgimento di attività di animazione in casa e di sostegno alla socializzazione con passeggiate, visite a biblioteche ludoteche, mostre, grandi magazzini e negozi.

La Commissione di valutazione e verifica dei progetti sperimentali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dopo aver esaminato la relazione sull'andamento del servizio nel corso degli anni, si è espressa favorevolmente ed il progetto di accompagnamento, integrazione ed assistenza ai disabili è stato prorogato sino a fine dicembre 2003.

Le modalità operative che intercorrono con la cooperativa che gestisce il servizio in convenzione e con le famiglie degli utenti che richiedono il servizio sono le seguenti:

- incontro tra la famiglia che manifesta il proprio bisogno ed il responsabile della cooperativa, scambi di informazioni, sondaggio delle aspettative della famiglia, prima definizione degli obiettivi dell'intervento, compilazione del calendario delle prestazioni;
- ulteriore e più approfondita ricerca da parte del responsabile di altre informazioni presso uffici regionali, assistenti sociali ed équipe territoriale competente e compilazione del progetto individuale (movente, obiettivi e successivamente valutazione);
- sulla base degli elementi acquisiti, scelta dell'operatore a cui verranno fornite tutte le informazioni;
- conoscenza da parte dell'operatore del disabile e della sua famiglia, inizio prestazioni, compilazione quotidiana del diario, costante comunicazione tra operatore e responsabile;
- possibile incontro a metà percorso tra famiglia, responsabile e operatore;
- incontro conclusivo tra équipe competenti, responsabile, operatore e familiari per valutazione.

Le attività sono progettate in relazione agli obiettivi e con particolare riguardo alle esigenze ed alla tipologia del singolo, che possono essere l'integrazione sociale e la partecipazione ad eventi culturali; pur non escludendo prestazioni di carattere assistenziale, ma anche con spunti di carattere educativo quali:

- le passeggiate a piedi o con altri mezzi nel centro abitato e dintorni;
- l'accompagnamento al cinema, in biblioteca, in chiesa, a teatro, ai concerti, alle mostre e alle fiere;
- l'organizzazione di feste e incontri con amici e parenti;
- l'accompagnamento presso negozi, mercati, ecc. per acquisti;
- l'ascolto di musica e lettura di giornali;
- i giochi da tavolo, attività manuali.

Nell'assistenza domiciliare presso il domicilio del disabile l'operatore presterà soprattutto aiuto nelle attività relative a:

- igiene personale;
- nutrimento;
- intrattenimento personale, ascolto, dialogo.

L'Amministrazione regionale organizza a favore delle persone disabili anche *attività di rieducazione equestre*.

Si tratta di un'attività che mira a consentire ai soggetti disabili di trarre benefici e miglioramenti delle proprie capacità latenti per il raggiungimento di una propria autonomia a mezzo del cavallo. La rieducazione equestre, così intesa, è da considerarsi un'esperienza corporea e psicologica articolata che consente alla persona disabile di acquisire delle variazioni posturali e toniche significative dal punto di vista fisioterapico e nello stesso tempo di essere partecipi di esperienze emotive importanti derivanti dal rapporto animale-uomo, beneficiando altresì di tutte le implicazioni positive di tipo psicologico che ne derivano.

La rieducazione equestre trova indicazioni in campo neurologico soprattutto per le paralisi cerebrali infantili, dove l'andatura del cavallo favorisce il riequilibrio tonico posturale della muscolatura danneggiata, con una utile simmetrizzazione del carico attraverso una esperienza piacevole e motivante.

In campo psichiatrico, attraverso modalità rieducative, un'ampia letteratura la considera utile nel favorire sia recuperi cognitivi (ad esempio relativi alla organizzazione spaziale e alla lateralizzazione), sia esperienze emotive in cui il rapporto con il cavallo addestrato e con l'educatore può aiutare il contenimento dei comportamenti aggressivi e, alternativamente, l'apertura in caso di atteggiamenti psicotici o inibiti. Sono inoltre riferiti risultati positivi nelle persone cieche o affette da sclerosi multipla, non in fase acuta.

L'attività in questione si svolge nel Comune di SAINT-CHRISTOPHE ed è gestita in convenzione da operatori esperti dell'Associazione Valdostana di riabilitazione equestre di NUS. È indirizzata a circa 34 utenti disabili di minore e maggiore età, ammessi rispettivamente previa visita di un neuropsichiatra infantile e di un medico dell'Azienda U.S.L. che accerta l'assenza di controindicazioni all'attività in questione. Gli utenti versano una quota annuale di ammissione al corso, comprensiva di assicurazione e quota associativa.

L'iscrizione è da effettuarsi presso la sede dell'AVRES di NUS che dispone, su valutazione del medico competente, delle ore necessarie per ciascun utente.

Al termine di ciascun intervento viene rilasciato un documento attestante il livello di autonomia raggiunto e gli obiettivi conseguiti.

L'impegno concreto in tale attività ha consentito ad alcuni ragazzi di partecipare ai Campionati italiani assoluti per disabili raggiungendo risultati ragguardevoli, e ad uno di essi, in particolare, di guadagnarsi un posto ai campionati europei del 2002.

La Regione ha gestito direttamente l'organizzazione di *soggiorni estivi marini* presso la struttura di LIGNANO SABBIA D'ORO, in Friuli-Venezia-Giulia, destinati a disabili fisici e psichici di età compresa tra i 18 e i 55 anni inseriti nei centri socio-educativi ed a quelli esterni alle strutture medesime.

Gli obiettivi che il servizio si pone sono i seguenti:

- il recupero psicofisico in un ambiente adeguato di assoluta tranquillità in una struttura accessibile e adatta alle esigenze delle persone disabili, dotata di tutti i comfort necessari;
- l'integrazione sociale del soggetto disabile in vari ambiti per consentire al medesimo la partecipazione ad attività di animazione e coinvolgimento di gruppo ed attività ricreative e culturali anche esterne alla struttura residenziale.

I soggiorni si svolgono generalmente in turni di 15 giorni ciascuno.

Ogni utente è tenuto a versare una quota, stabilita annualmente dalla Regione, calcolata in base ai redditi ed ai carichi familiari.

Sono effettuati degli incontri finalizzati alla conoscenza degli utenti da parte degli operatori che gestiranno in convenzione il soggiorno. L'assistenza ai disabili per l'intero periodo di soggiorno degli ospiti è garantita da personale esperto.

L'Amministrazione regionale si fa inoltre carico di redigere le relazioni degli utenti contenenti una sintesi delle autonomie personali, abitudini e capacità relazionali di ciascuno di essi, oltre ad un certificato medico con le terapie farmacologiche che ne necessitano.

Le attività svolte durante il primo periodo sono finalizzate alla conoscenza dell'utente da parte dell'assistente di riferimento e successivamente sono mirate alla socializzazione con gli altri utenti e allo svolgimento delle attività in comune.

La giornata tipo comprende varie occupazioni e iniziative da svolgersi sia all'interno della struttura che nell'ambiente circostante: si organizzano uscite in spiaggia, gite in barca, visite a parchi e zoo e passeggiate in città. Sono inoltre previste serate di intrattenimento e animazione che prevedono, fra l'altro, ascolto di musica, canti, gare a premi, giochi di società e visione di film.

Al termine del soggiorno estivo marino dei soggetti disabili l'Amministrazione regionale verifica l'efficacia del servizio, che deve rispondere ai seguenti obiettivi:

- qualità dell'assistenza fornita alle persone disabili da parte degli operatori preposti;
- capacità di integrazione sociale dei disabili nell'ambiente circostante tenuto conto delle esigenze di ognuno di essi;
- soddisfacimento dei bisogni assistenziali espressi dalle famiglie;
- rispondenza alle aspettative globali delle famiglie in rapporto al servizio proposto;
- qualità offerta dalla struttura (vitto, alloggio).

Per favorire l'inserimento lavorativo delle persone disabili la Valle d'Aosta, in base alla legge regionale 54/1981, concede contributi alle aziende e a cooperative per l'assunzione di soggetti disabili con invalidità superiore al 67%. In totale i soggetti inseriti allo stato attuale in cooperative sociali sono 22.

Inoltre nell'ottobre del 2001 è stato attivato un *centro occupazionale agricolo* destinato all'inserimento lavorativo delle persone disabili con handicap psichico o malattie mentali. Nel corso del primo anno di attività sono state inserite 12 persone disabili con handicap psichico.

A favore delle persone portatrici di handicap, oltre alle agevolazioni nell'utilizzo dei trasporti pubblici, viene offerto un *servizio di trasporto agevolato*. La legge regionale 1° settembre 1997, n. 29 «Norme in materia di servizi di trasporto pubblico di linea», definisce come servizi di trasporto agevolato quelli generalmente effettuati su prenotazione sia su automezzi attrezzati, sia su autovetture ordinarie, sia su piccoli autobus riservati esclusivamente alle persone disabili.

## **INTERVENTI PER CONTRASTARE LO STATO DI POVERTÀ E L'ESCLUSIONE SOCIALE**

La legge regionale a favore della famiglia include tra i suoi obiettivi il sostegno delle famiglie in situazione di povertà.

L'impegno ad agire per contrastare le cause di ordine economico e/o sociale che portano gli individui e le famiglie a vivere in condizione di povertà e di esclusione sociale è stato riaffermato dal recente Piano socio-sanitario regionale 2002-2004. Uno degli obiettivi trasversali del Piano è infatti quello di favorire i progetti di autonomia personale dei soggetti in stato di esclusione sociale, attraverso l'erogazione di un sussidio economico minimo vitale vincolato ad un progetto di reinserimento sociale elaborato per i beneficiari.

Poiché nella predisposizione e nell'attuazione degli interventi di politica sociale è importante conoscere la situazione sociale sulla quale andranno ad agire le politiche, con deliberazione della Giunta regionale n. 2318 del 24 giugno 2002, è stata istituita la *Commissione regionale sullo stato della povertà e dell'esclusione sociale*, che ha tra i suoi obiettivi l'analisi critica e la valutazione delle forme e dell'impatto degli interventi di assistenza regionali e la promozione della ricerca nel settore della povertà e dell'esclusione sociale. A far parte della Commissione regionale, presieduta dalla Prof.ssa Chiara SARACENO, che fino a dicembre 2001 è stata presidente della Commissione nazionale di indagine sull'esclusione sociale, sono stati chiamati a far parte gli organismi del terzo settore maggiormente impegnati nell'area della povertà e dell'esclusione e sociale, a riconoscimento dell'importante ruolo svolto dal terzo settore nell'ambito delle politiche familiari e sociali.

In Valle d'Aosta sono comunque già presenti delle misure di assistenza economica dirette al sostegno degli individui ed ai nuclei familiari che si trovano a vivere in situazioni di povertà ed esclusione sociale. Tali prestazioni sono tese a rimuovere le cause di ordine economico che possono indurre situazioni di emarginazione negli ambienti di vita, di studio e di lavoro.

Le competenze in materia di assistenza economica sono svolte fino ad oggi dall'Amministrazione regionale; l'attuale gestione diretta degli interventi da parte dell'Ente è finalizzata a garantire un'applicazione uniforme sull'intero territorio regionale.

Le *misure regionali di assistenza economica* legate alla lotta alla povertà ed all'esclusione sociale sono disciplinate dalla

legge regionale 27 maggio 1994, n. 19 «Norme in materia di assistenza economica», nella quale vengono individuati i soggetti che hanno diritto a richiedere le prestazioni ed i requisiti necessari per accedervi.

La residenza in uno dei comuni della regione è un requisito necessario per beneficiare di ogni tipologia di prestazione. I contributi regionali previsti da questa legge possono essere di triplice natura:

- integrativi al minimo vitale;
- a carattere straordinario;
- per prestazioni sanitarie.

La norma definisce coloro ai quali è riconosciuto il diritto di richiedere l'assistenza economica. Destinatari della legge sono i cittadini italiani o stranieri, i profughi, i rifugiati ed i rimpatriati residenti in uno dei comuni della Valle d'Aosta. Possono richiedere questa tipologia di assistenza anche i cittadini italiani e stranieri dimoranti temporaneamente in uno dei comuni della Regione, ma per beneficiarne devono trovarsi in una situazione di bisogno tale da rendere gli interventi non differibili e da non consentirne l'indirizzo ai servizi socio-assistenziali del territorio di appartenenza.

Le domande per accedere ai contributi previsti dalla legge regionale n. 19/1994 sono valutate da una Commissione nominata dalla Giunta regionale e composta da due funzionari dell'Assessorato competente in materia di assistenza economica e da un rappresentante degli Enti Locali.

La prima prestazione economica istituita e disciplinata dalla legge regionale sull'assistenza economica è stata quella tesa a *garantire il minimo vitale*.

Questa tipologia di prestazione è particolarmente importante per gli individui e le famiglie residenti in Valle d'Aosta, poiché riconosce loro il diritto ad un reddito nel caso in cui vengano a trovarsi in una situazione di forte disagio economico.

A livello nazionale, la misura del reddito minimo di inserimento è stata introdotta nel 1998 solamente a titolo sperimentale in alcuni comuni italiani, tra i quali non figura nessun comune valdostano.

I limiti di reddito fissati dalla Giunta regionale per beneficiarne sono la base per il calcolo per l'accesso ad alcuni servizi sociali.

Il reddito ed il numero dei componenti il nucleo familiare costituiscono gli indicatori principali per accedere a questa tipologia di sussidio.

I contributi regionali tesi a garantire un minimo vitale sono rivolti sia ai singoli che ai nuclei familiari sprovvisti di reddito o che non dispongono di «risorse finanziarie sufficienti a garantire il soddisfacimento dei bisogni fondamentali». Per accedere ai contributi gli individui ed i nuclei familiari devono avere un reddito annuo lordo onnicomprensivo inferiore a quello stabilito annualmente dalla Giunta regionale. La quota base mensile che viene considerata necessaria a garantire minimo vitale è differenziata a seconda della condizione abitativa.

Nel 2001<sup>7</sup> la quota base mensile con un'abitazione di proprietà è stata fissata in L. 439.570; se l'abitazione è in affitto la quota base è stata fissata di L. 732.420.

L'erogazione del contributo avviene assegnando una percentuale della quota base ad ogni componente del nucleo familiare. Alla persona che vive sola è destinata una somma pari al 120% dell'entità del minimo vitale (L. 527.420 per abitazione in proprietà e L. 1.002.540 per abitazione in affitto); per i nuclei familiari al capo famiglia compete il 100% della misura; il 75% al secondo componente; il 50% per il terzo ed il quarto ed il 20% per ogni ulteriore membro.

In base alla normativa regionale sono esclusi dalle prestazioni economiche tese a garantire il minimo vitale gli ospiti delle case di riposo o microcomunità, in quanto già ricevono sostegno sotto forma di servizi e di mantenimento e gli individui o i nuclei familiari per i quali esistono persone tenute agli alimenti ed in grado di provvedere ai loro bisogni ai sensi dell'articolo 433 e seguenti del Codice Civile.

L'ammontare del contributo regionale è dato dalla differenza tra il minimo vitale, misura rivalutata annualmente, ed il reddito annuo lordo del nucleo familiare richiedente.

La legge regionale 19/1994 istituisce anche un intervento di assistenza economica della Regione quando gli individui e/o i nuclei familiari si trovino a dover affrontare *situazioni straordinarie e occasionali di grave bisogno*.

Lo stato di bisogno per questo tipo di prestazione non si limita all'insufficienza del reddito, che può essere anche superiore al minimo vitale, ma sono tenute in considerazione anche le condizioni psicofisiche, la situazione ambientale e socio-familiare dei destinatari degli interventi. La situazione di bisogno deve essere certificata da una relazione del Servizio Sociale regionale.

L'assistenza economica è prevista anche per *prestazioni sanitarie*. L'Amministrazione regionale interviene nel limite massimo dell'80% nel rimborso di spese sanitarie.

Per accedere all'intervento regionale, gli individui o i nuclei familiari devono essere sottoposti a trattamenti di estrema gravità ed eccezionalità. Non sono considerati ammissibili di contributo i trattamenti non riconosciuti scientificamente e le prestazioni per le quali è prevista un'erogazione, a qualunque titolo, da parte del Servizio Sanitario regionale. La Commissione determina l'entità del contributo regionale anche in base alla situazione economica del richiedente.

Nel 2001 sono state soddisfatte 608 domande, con un impegno complessivo di spesa di L. 700.899.710.

Nonostante le prestazioni di assistenza economica disciplinate dalla legge regionale 19/1994 si presentino come contributi universali, intendendo con ciò quelle prestazioni dirette a sostegno a tutti gli individui e/o i nuclei familiari residenti in Valle d'Aosta, l'attenzione della Valle d'Aosta alla tutela ed al sostegno dei minori e nello specifico a prevenire e/o sostenere le situazioni di disagio nelle quali possono venire a trovarsi i soggetti di età inferiore ai 18 anni, ha portato al mantenimento dell'art. 8 della legge regionale 17/1984, che prevede l'erogazione di *prestazioni economiche «straordinarie» a favore dei nuclei familiari in cui sono presenti minori*.

La prestazione straordinaria può essere a carattere annuale o «una tantum». La situazione di disagio deve essere certificata dal nucleo familiare tramite la documentazione attestante la situazione economica ed una relazione del servizio sociale regionale attestante le condizioni psicofisiche o ambientali e socio-familiari nelle quali vive il minore. L'erogazione del contributo avviene tramite provvedimento dirigenziale.

Nel 2001 sono stati 32 i minori assistiti mediante interventi economici straordinari per un importo di spesa pari a L. 71.079.060.

### **I dati sulla povertà e l'esclusione sociale in Valle d'Aosta**

Con l'obiettivo di tracciare un quadro del livello di povertà ed esclusione sociale in Valle d'Aosta e permettere un monitoraggio delle politiche regionali in materia, con deliberazione della Giunta regionale n. 2317 del 24 giugno 2002, è stato affidato un incarico per la costruzione di un archivio informatico dell'assistenza.

Al momento è possibile presentare alcuni dati resi disponibili dalla Caritas Diocesana, dal Banco Alimentare della Valle d'Aosta e dal Centro comunale di Assistenza Notturna, ricordando che è stata istituita un'apposita Commissione regionale che ha il compito di tracciare un quadro più esaustivo della diffusione di questi fenomeni nella nostra regione ed esprimere valutazioni e pareri di carattere scientifico.

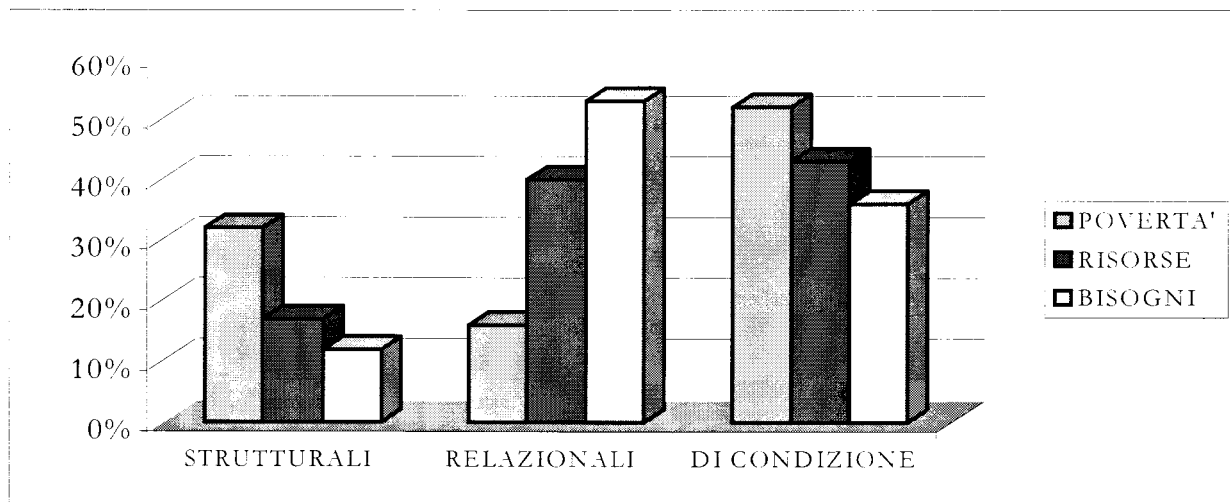
L'Osservatorio Permanente delle Risorse e delle Povertà della Caritas Diocesana ha condotto una indagine tra le parrocchie della Diocesi di AOSTA, intitolata «Lo sguardo della Diocesi sui poveri», con l'obiettivo di delineare un quadro della percezione della povertà e delle risorse disponibili a livello parrocchiale in quest'area di bisogno. I risultati contenuti nel rapporto di sintesi dell'indagine non costituiscono un quadro statistico e sociologico della diffusione della povertà nella nostra regione, poiché manca l'oggettività negli strumenti e negli indicatori utilizzati, ma sono utile per delineare una prima rappresentazione della percezione delle parrocchie valdostane del fenomeno della povertà.

La comunità diocesana valdostana individua nelle povertà legate alle difficoltà familiari, soprattutto in presenza di situazioni di crisi della coppia, le forme di povertà più problematiche ed al primo posto per intensità.

Seguono le povertà legate alle dipendenze, sia da droga sia, in maggior misura, da alcool, e quelle a seguito delle malattie.

Al fine di sintetizzare le informazioni tratte dai questionari, l'Osservatorio permanente delle Risorse e delle Povertà ha aggregato le risposte che hanno lo stesso significato considerando 3 livelli di analisi<sup>8</sup> rispetto alle povertà, alle risorse ed ai bisogni individuati dalle parrocchie. Viene di seguito riportato un grafico riassuntivo dei risultati emersi:

**Figura 3. Confronto povertà-risorse-bisogni.**



*Osservatorio Permanente delle risorse e delle povertà, «Lo sguardo della diocesi sui poveri», 2002*

Dall'indagine è emerso che il livello relazionale si configura come il più problematico poiché risulta essere quello nel quale sono presenti il maggior numero di bisogni non ancora soddisfatti, nonostante emerga una buona risposta di risorse presenti; è quindi importante tenere in considerazione questo risultato, poiché le povertà relazionali sembrano addensarsi nell'area della famiglia (separazioni, conflitti e crisi, ruoli parentali anormali...).

Infine va segnalato come il peso delle povertà di condizione prevalga sulle altre tipologie di povertà. Come viene spiegato da coloro che hanno steso il rapporto, le povertà legate all'area familiare sono rilevate al primo posto per intensità, mentre il peso delle povertà per condizione è quantitativamente superiore alle altre tipologie di povertà individuate dalle parrocchie.

Altre informazioni particolarmente interessanti contenute nel rapporto Caritas per comprendere il fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale in Valle d'Aosta sono quelle relative ai dati di attività del servizio «Tavola Amica» nel periodo compreso tra il 12 giugno 2000 ed il 31 agosto 2001. Dai dati presentati nel rapporto risulta che tra i 282 utenti del servizio, nell'arco di tempo preso in considerazione, il 67% sono stati stranieri; mentre dei 93 utenti italiani il 55% proveniva da zone esterne alla nostra regione ed il restante 45% dai comuni valdostani.

Prendendo in considerazione le informazioni sulla distribuzione dei buoni pasto, emerge un dato molto interessante: più dell'80% dei buoni pasto erogati sia dalla Caritas che dal Comune di AOSTA, sono utilizzati da italiani. La maggiore assiduità a frequentare il servizio da parte degli italiani diventa più chiara se si considera il numero medio di buoni pasto consumati nell'anno preso in considerazione dagli utenti: in media 61 buoni dalla componente italiana e 5 da quella straniera. Gli stranieri, quindi, non hanno in media utilizzato tutti i buoni (12) a loro disposizione ai sensi dell'art. 3 del regolamento comunale del Comune di AOSTA per l'erogazione dei servizi assistenziali urgenti ed immediati. La «Tavola Amica» risulta quindi frequentata da un maggior numero di stranieri, ma questi ultimi si dimostrano frequentatori saltuari, mentre i residenti nella nostra regione, e soprattutto nel Comune di AOSTA, sono coloro che consumano più sovente il pasto presso questo servizio.

Collegando i dati del rapporto della Caritas Diocesana a quelli forniti dal Banco Alimentare della Valle d'Aosta nell'ambito della Commissione regionale sullo stato della povertà e dell'esclusione sociale, il quadro viene sostanzialmente confermato. Il Banco Alimentare distribuisce alimenti a favore degli individui e dei nuclei familiari che si trovano in situazioni di disagio economico e, come accade per il servizio «Tavola Amica», risulta che ad essere assistiti in modo continuativo con distribuzione di alimenti in media ogni due settimane, sono in maggior misura utenti italiani. Infatti, dei 294 utenti assistiti in modo continuativo a settembre 2002, sono solo 49 gli stranieri.

Rilevante è l'elevato numero di minori che beneficiano degli alimenti distribuiti e che quindi sono coinvolti in forme di povertà. Infatti sono 84 i minori, 47 in età prescolare e 37 in quella scolare, che si affidano agli alimenti del Banco Alimentare. Al contrario sono relativamente pochi gli anziani (12) che sono assistiti da questo servizio, forse a seguito della diffusione su tutto il territorio regionale del servizio di distribuzione di pasti a domicilio, nell'ambito più ampio del servizio di assistenza domiciliare, a favore delle persone anziane.

Da questi dati, seppure non esaustivi, riportati in questa sede al solo scopo di dare una prima idea del fenomeno della po-

vertà nella nostra regione, emerge un quadro secondo il quale in Valle d'Aosta sono numerose le persone, in gran parte italiane, che si rivolgono ai servizi di assistenza per la soddisfazione di bisogni alimentari.

In merito ai dati relativi all'attività del dormitorio pubblico nel triennio 1999/2001, resa disponibile dal Comune di AOSTA e da una cooperativa sociale, si rileva che il centro mette a disposizione 14 posti letto. Ciascun utente può usufruire del posto letto fino a 7 notti, con una eventuale proroga per particolari situazioni fino a 38 notti (fino a 180 notti e oltre per gli italiani). Il primo dato emerso dal monitoraggio del servizio è una diminuzione media su base annua dell'occupazione dei posti letto: in media 10,1 del 1999 all'8,8 del 2001. Il maggior numero di presenze si rileva nei mesi di marzo, aprile, maggio ed ottobre, mentre subiscono una flessione nei mesi di luglio e agosto. Questo dato è spiegato dagli operatori dal fatto che nel periodo estivo la nostra regione offre la massima possibilità occupazionale, che molto spesso prevede la residenzialità nel luogo di lavoro, per cui coloro che vengono da fuori Valle usufruiscono del servizio di accoglienza notturna nei mesi primaverili durante la ricerca di una occupazione.

Le persone che accedono al servizio sono in maggioranza straniere (79,8% contro il 20,2% di italiani). Se si prende in considerazione il pernottamento medio, che è di 12,5 giorni, si rileva, però, che gli italiani pernottano al centro mediamente 17,8 giorni contro gli 11,2 degli stranieri.

Sono quindi generalmente gli stranieri ad utilizzare il servizio per il periodo pari alla settimana più il mese di proroga (38 notti) e più in generale ad usarlo per un periodo medio-lungo, mentre gli italiani lo utilizzano per periodi molto lunghi, anche se è basso il numero delle persone che lo fanno.

### **Gli interventi a favore degli extracomunitari**

La legge regionale 51/1995 prevede l'erogazione di contributi per la realizzazione di interventi a favore delle persone extracomunitarie presenti sul territorio regionale.

Nel corso del 2001 sono stati impegnati a questo scopo L. 417.000.000, dei quali L. 302.849.260 fondi statali e L. 114.150.740 di stanziamento regionale. Questi fondi, erogati al Comune di AOSTA, al quale sono affidate le competenze per la realizzazione e gestione delle politiche a favore di cittadini extracomunitari nella regione, sono utilizzati per il funzionamento del «Centro Comunale Immigrati Extracomunitari» (di seguito CCIE), gestito da una cooperativa sociale.

Il centro svolge un importante ruolo di sostegno a favore delle persone straniere, sia attraverso prestazioni prettamente assistenziali sia, in misura più significativa, di sostegno in percorsi di inserimento sociale e lavorativo. Il CCIE offre alle persone immigrate possibilità di socializzazione e di incontro e collabora con vari enti pubblici e privati e con privati cittadini.

Nell'anno 2001 si sono presentati al CCIE 1.120 utenti stranieri, dei quali 256 per la prima volta e 864 che già conoscevano il servizio. Si sono evidenziate due tipologie di domande: una prettamente assistenziale e una, più cospicua, di sostegno in percorsi di inserimento già avviati.

Poiché il fenomeno dell'immigrazione nella nostra regione ha assunto negli ultimi anni nuove connotazioni (è stata infatti superata la fase di emergenza nella quale era necessario rispondere ai bisogni primari di accoglienza degli stranieri) si è sentita la necessità di lavorare maggiormente sugli aspetti legati all'inserimento sociale. Per questo motivo l'Amministrazione regionale ha investito soprattutto sulla *mediazione interculturale*, considerata come un'attività facilitante l'integrazione degli stranieri nella realtà locale, a partire dai bambini e dalle loro famiglie.

La deliberazione di Giunta regionale n. 1161 del 12 aprile 1999 «Approvazione del Piano regionale di attuazione della legge 28 agosto 1997, n. 285 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza)» prevede, tra i quattro progetti di interesse regionale, il progetto «Interventi in favore dei minori stranieri per l'integrazione interculturale». Tale progetto, in seguito denominato «Cavanh» (D.G.R. n. 1200 del 17 aprile 2000), si è concretizzato, grazie al concorso di un finanziamento del Fondo Sociale Europeo, nella realizzazione di un corso di formazione per mediatori interculturali della durata complessiva di 450 ore e rivolto a 15 stranieri. Lo stesso progetto ha inoltre consentito di sperimentare l'utilizzo di tali figure professionali nella realtà regionale: scuole, servizi socio sanitari e socio educativi, realtà della formazione professionale.

A seguito della positiva sperimentazione dell'attività dei mediatori, la Giunta regionale, con propria deliberazione n. 483 del 18 febbraio 2002, ha approvato un accordo di collaborazione sottoscritto tra: l'Assessorato regionale della Sanità, Salute e Politiche Sociali, l'Assessorato regionale dell'Istruzione e della Cultura, l'Azienda U.S.L., il C.E.L.V.A., il Comune di AOSTA, l'I.R.R.E., il Consorzio di Cooperative Sociali Trait d'Union, per la realizzazione del Progetto «Cavanh - fase 2».

Tale accordo, in continuità con il Progetto Cavanh, conferma un gruppo interistituzionale che ha il compito di coordinare le attività di monitoraggio, di consolidamento, di informazione e di formazione connesse alla mediazione interculturale in Valle d'Aosta.



La Valle d'Aosta ha inoltre sottoscritto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali un apposito Accordo di programma, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 221 del 28 gennaio 2002, in materia di politiche migratorie a seguito del quale il Ministero ha trasferito un finanziamento specifico di Euro 36.345,28 la cui destinazione si è deciso congiuntamente che sia l'area di intervento della mediazione interculturale; a seguito di ciò le imprese private, gli enti pubblici e gli organismi del Terzo settore avranno a disposizione dei *voucher* per progetti che prevedono l'utilizzo di mediatori interculturali.

Per regolamentare la materia la Giunta regionale ha infine approvato una direttiva sulle attività di mediazione interculturale (D.G.R. n. 2671. del 22 luglio 2002) con la quale si è definita la figura professionale del mediatore, i requisiti formativi, gli standard organizzativi e di costo dei servizi di mediazione. La stessa direttiva ha inoltre istituito un elenco aperto, con funzioni conoscitive, dei mediatori interculturali operanti in Valle d'Aosta gestito dal Servizio Organizzazione e Amministrazione Attività Socio Assistenziali della Direzione Politiche Sociali, servizio competente in tema di politiche migratorie.

## IL SOSTEGNO AL LAVORO DOMESTICO

Nella legge regionale «Interventi a favore della famiglia», la Regione riconosce l'importanza del lavoro familiare domestico.

Quest'ultimo viene definito dalla legge come lavoro di cura non retribuito derivante da responsabilità familiari; deve essere svolto all'interno del nucleo e della rete familiare per l'organizzazione della vita familiare, per la cura e per l'educazione dei figli e dei minori o per la cura ed il sostegno dei membri della famiglia non autosufficienti.

La Valle d'Aosta, riconoscendo il lavoro familiare domestico come attività costruttiva per il benessere della famiglia, si impegna a tutelare chi svolge il lavoro familiare domestico in modo diretto ed esclusivo; è stato perciò stabilito che questa attività, per essere tutelata, debba essere incompatibile con il lavoro dipendente, autonomo o professionale ed debba essere svolta da un solo soggetto all'interno del nucleo familiare.

A tal fine la Regione ha istituito l'*Albo regionale delle persone casalinghe*.

L'iscrizione è volontaria e può essere effettuata da coloro che rispondono ai requisiti dettati dalla legge regionale. È richiesta la residenza in Valle d'Aosta da almeno 3 anni o l'essere coniugato o convivente da almeno 1 anno con una persona che abbia i requisiti di residenza richiesti. L'età deve essere superiore ai 18 anni e le persone che intendono iscriversi non devono avere copertura assicurativa per l'attività lavorativa in corso o un trattamento pensionistico diretto o indiretto. Il lavoro familiare domestico deve essere svolto da almeno un anno all'interno della propria famiglia.

Alla fine del 2001 sono state 1.481 le persone iscritte all'albo regionale delle persone casalinghe.

Alle persone che sono iscritte all'Albo la Regione eroga un indennizzo nel caso di infortunio domestico o di ricovero ospedaliero.

L'*indennizzo in caso di infortunio domestico* è di L. 35.000 giornaliera (elevata a Euro 18,98 nel 2002). La domanda deve essere presentata al servizio competente entro 10 giorni dall'infortunio e, per avere diritto al contributo, l'incidente domestico deve aver causato un'inabilità temporanea assoluta certificata dal medico. Il contributo copre un periodo di infortunio non superiore ai sei mesi e viene liquidato in un'unica soluzione.

Per ricevere l'*indennità di degenza ospedaliera* deve essere presentata una domanda entro 6 mesi dalla dimissione dall'ospedale. Il contributo viene erogato nella misura prevista dall'articolo 213, comma primo, del DPR 30 giugno 1965, n. 1124. La misura viene triennialmente aggiornata come stabilito dall'articolo 234 della stesso DPR. Nel caso di ricovero superiore ai 90 giorni, anche non continuativi, l'importo dell'indennità giornaliera viene elevato come previsto dal comma secondo del DPR 1124. L'indennità viene attribuita per un periodo non superiore ai sei mesi in un anno solare. In caso di decesso, se il richiedente aveva inoltrato correttamente e nei tempi la domanda, il contributo viene erogato agli eredi.

Nel 2001 sono state erogati 5 indennizzi per infortunio domestico e 24 indennità di ricovero ospedaliero, con un impegno di spesa regionale di L. 33.541.070.

Dal 1999 lo Stato ha istituito presso l'INAIL (legge 3 dicembre 1999, n. 493 «Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici») l'assicurazione obbligatoria per la tutela dal rischio infortunistico per invalidità permanente derivante dal lavoro svolto in ambito domestico.

Sono soggette all'obbligo di iscrizione all'assicurazione le persone in età compresa tra i 18 ed i 65 anni che svolgono in via esclusiva attività di lavoro in ambito domestico. Per infortuni in ambito domestico che comportino un'inabilità permanente da

lavoro non inferiore al 33% viene erogata una rendita per inabilità permanente, esente ai fini fiscali. Il premio assicurativo è pari a Euro 12,91 annue ed è a carico dello Stato nel caso in cui l'individuo abbia un reddito personale lordo inferiore a Euro 4.648,10 annui o appartenga ad un nucleo familiare il cui reddito complessivo lordo annuo sia inferiore a Euro 9.296,20.

In Valle d'Aosta le persone casalinghe iscritte all'Albo regionale, che ne facciano volontariamente richiesta, hanno diritto ad accedere ai fondi pensione previsti dalla legge regionale 26 giugno 1997, n. 22 «Interventi per promuovere e sostenere i fondi pensione a base territoriale regionale», anche se attualmente il fondo non è ancora stato attivato.

Nel 1997 è stato istituito, a livello nazionale, presso l'INPS il «Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori non retribuiti derivanti da responsabilità familiari» (D.L. 16 settembre 1996, n. 565). Al fondo nazionale possono iscriversi, su base volontaria, tutti coloro che svolgono, senza vincoli di subordinazione, lavoro non retribuito derivante da responsabilità familiari. Il lavoro domestico deve essere svolto in forma esclusiva. Possono iscriversi anche coloro che percepiscono la pensione di reversibilità.

Le persone che si iscrivono al Fondo nazionale possono scegliere il contributo che intendono versare, il quale non può essere inferiore a Euro 25,82. Le persone iscritte hanno diritto alla pensione di vecchiaia e di inabilità. La pensione di vecchiaia può essere richiesta a partire da 57 anni di età a condizione che siano stati versati 5 anni di contributi e viene pagata solo se si è raggiunto un livello minimo pari all'importo dell'assegno sociale; in caso contrario viene liquidata a 65 anni. Cinque anni di contributi al Fondo sono anche necessari per l'erogazione della pensione di inabilità a coloro che hanno l'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa.

## **FACILITAZIONI PER L'ACCESSO ALL'ABITAZIONE**

### **I mutui regionali per l'acquisto della prima casa**

La legge regionale 28 dicembre 1984, n. 76 «Costituzione di fondi di rotazione per la ripresa dell'industria edilizia» autorizza la costituzione di un Fondo regionale per la promozione di iniziative dirette a favorire la ripresa dell'industria edilizia mediante la concessione di mutui.

La Giunta regionale approva periodicamente regolamenti che disciplinano i criteri e le modalità per l'applicazione della legge. Il regolamento n. 1 del 27 maggio 2002, fissa i requisiti per l'accesso e le modalità per la concessione di mutui regionali ad interesse agevolato a favore delle persone fisiche.

La Giunta regionale stabilisce inoltre che l'intervento regionale è concesso per l'acquisto, la costruzione ed il recupero, con eventuale ampliamento, di immobili da adibire a prima abitazione del richiedente e del suo nucleo familiare. Per accedere ai mutui regionali, le abitazioni non possono superare i mq 120, esclusi i locali accessori non residenziali. Se il nucleo familiare è composto da più di quattro persone, il limite è maggiorato di mq 15 per ogni componente eccedente le quattro unità.

Possono richiedere il finanziamento regionale sia i singoli che i nuclei familiari. In quest'ultimo caso, l'importo massimo dei mutui è superiore.

Il regolamento approvato nel 2002, all'art. 3, precisa che costituiscono il nucleo familiare convenzionale del richiedente tutti i soggetti che compongono la famiglia anagrafica alla data di presentazione della domanda di mutuo, anche se non legati da vincolo di parentela.

Fino al 2001 erano considerati facenti parte del nucleo familiare del richiedente il coniuge e, se inseriti nella famiglia anagrafica, i figli. Il nuovo regolamento invece contiene una definizione di famiglia meno rigida rispetto alla precedente applicando per la concessione dei mutui regionali un concetto di famiglia simile a quello contenuto nella legge regionale 44/1998.

I soggetti richiedenti il mutuo devono essere maggiorenni e non sono concessi i finanziamenti alle persone anziane ultra sessantacinquenni.

Il regolamento approvato nel 2002 inoltre, aumenta l'importo dei finanziamenti concessi dall'Amministrazione regionale: per l'acquisto e la nuova costruzione della prima casa, la Valle d'Aosta concede un finanziamento massimo di Euro 57.000,00 alle persone singole (precedentemente erano concessi al massimo L. 100.000.000), mentre per i nuclei familiari l'importo è stabilito in Euro 68.000,00 (nel regolamento del 1997 erano stabiliti L. 120.000.000). Per il recupero di abitazioni sono concessi fino a Euro 63.000,00 ai singoli (in precedenza L. 110.000.000) e Euro 74.000,00 ai nuclei familiari, (in precedenza L. 130.000.000).

I richiedenti devono avere la cittadinanza italiana o di uno stato appartenente all'Unione europea e la residenza di almeno 5

anni, anche non consecutivi, in uno o più comuni della Valle d'Aosta. Ai cittadini extracomunitari è riconosciuto il diritto ad accedere ai finanziamenti per acquistare la prima casa in Valle d'Aosta solo se esistono tali condizioni di reciprocità in convenzioni o trattati internazionali.

Nel regolamento sono fissati i limiti di reddito che consentono di accedere ai finanziamenti regionali. I mutui sono concessi a soggetti che hanno un reddito personale non inferiore a Euro 5.000 annui. Per l'accesso ai mutui regionali il reddito imponibile del nucleo familiare del richiedente non può comunque essere inferiore a Euro 10.000,00 e non può superare, tenendo conto delle riduzioni previste, Euro 34.000,00. Dal reddito del nucleo familiare viene detratta una somma pari a Euro 1.700 per ogni componente del nucleo che risulta a carico del richiedente ed i redditi da lavoro dipendente vengono considerati nella misura del 60%.

Il reddito del nucleo familiare non è solamente il criterio oggettivo che consente di richiedere il mutuo, ma anche la misura per stabilire il tasso di interesse, che varia dal 30% (del tasso di riferimento determinato per il settore del credito fondiario edilizio) per i redditi più bassi, al 70% (del tasso di riferimento determinato per il settore del credito fondiario edilizio) per quelli più alti.

L'esame delle domande e la formulazione delle relative graduatorie viene effettuata da una Commissione appositamente costituita. Le graduatorie vengono formate con l'attribuzione di punteggi, sulla base delle caratteristiche dei richiedenti e dei loro nuclei familiari. Sono privilegiate nell'assegnazione dei finanziamenti le famiglie numerose e le persone sottoposte a provvedimento di sfratto esecutivo e l'acquisto dell'alloggio occupato in locazione. Il nuovo regolamento ha introdotto l'assegnazione di un alto punteggio a favore delle coppie che hanno contratto matrimonio nel biennio precedente la presentazione della domanda di mutuo. L'intervento teso ad aiutare le giovani coppie sposate ad acquistare la loro prima abitazione è in coerenza con gli obiettivi che la Valle d'Aosta si è impegnata a perseguire nella legge regionale a favore della famiglia, tra i quali è espressamente prevista la promozione e l'agevolazione da parte dell'Amministrazione regionale per la formazione di nuove famiglie.

L'Amministrazione regionale stanziava mediamente L. 30.000.000.000 l'anno per l'attivazione di mutui. Nel 2001 l'impegno di spesa è stato di pari importo. Il numero delle domande per accedere al mutuo regionale per l'acquisto della prima casa è costantemente cresciuto negli ultimi cinque anni, passando dalle circa 700 del 1995 a più di 1100 del 2000. Le domande che vengono soddisfatte in base all'ammontare del finanziamento disposto dalla Regione sono mediamente 290 all'anno.

L'80% circa delle richieste è relativo all'acquisto, il 12% al recupero ed il restante 8% alla costruzione.

L'Amministrazione regionale concede anche mutui per la costruzione della prima casa a cooperative edilizie. A partire dal 1995 i finanziamenti regionali per l'attivazione dei mutui sono stati di L. 6.800.000.000. La concessione dei mutui è diretta alla costruzione di 68 alloggi.

### **Gli alloggi di edilizia residenziale pubblica**

Sul territorio regionale esistono 1.716 alloggi di edilizia residenziale pubblica, di questi 1.395 sono ubicati nel comune di AOSTA. La maggior parte degli alloggi sono di proprietà dell'Azienda regionale per l'edilizia residenziale (istituita con legge regionale del 9 settembre 1999, n. 30), alcuni sono di proprietà dei comuni e solo in minima parte dell'Amministrazione regionale.

La legge regionale 4 settembre 1995, n. 39 (come modificata dalla legge regionale 26 maggio 1998, n. 35) disciplina l'assegnazione, la determinazione dei canoni e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica. L'assegnazione degli alloggi avviene mediante pubblico concorso indetto dagli enti pubblici.

Possono accedere all'edilizia residenziale pubblica i cittadini italiani o appartenenti ad uno stato dell'Unione europea ed i cittadini extracomunitari. A questi ultimi è richiesto di essere iscritti nelle liste degli uffici regionali del lavoro oppure di svolgere in Italia un'attività lavorativa autorizzata.

Tutti coloro che intendono accedere agli alloggi di edilizia residenziale devono avere la residenza anagrafica continuativa, o l'attività lavorativa principale, da almeno 2 anni nel comune o in uno dei comuni compresi nell'ambito territoriale cui si riferisce il bando di concorso.

Coloro che sono in possesso della residenza anagrafica nella regione da almeno 5 anni possono accedere all'assegnazione purché svolgano un'attività lavorativa stabile nel comune, o nel territorio, cui si riferisce il bando di concorso. Tutti i soggetti non devono essere titolari di diritti di proprietà, usufrutto, uso ed abitazione.

Per accedere agli alloggi pubblici il reddito annuo complessivo del nucleo familiare non deve superare i limiti fissati dall'Amministrazione regionale. I limiti di reddito vigenti variano in base alla composizione del nucleo familiare e sono com-

presi tra L. 21.903.000 per le famiglie fino a due componenti e i L. 35.407.000 per le famiglie con cinque o più componenti (D.G.R. n. 4339 del 19.11.2001). I redditi da lavoro dipendente vengono calcolati nella misura del 60%.

Sono considerati facenti parte del nucleo familiare del concorrente all'assegnazione dell'alloggio, se con lui conviventi, il coniuge, i figli e gli affiliati. Se la convivenza ha avuto inizio 2 anni prima dell'emanazione del bando di concorso, sono considerati componenti del nucleo familiare il convivente *more uxorio* e gli ascendenti ed i discendenti diversi dai figli.

Tra le categorie di utenza stabilite per l'accesso agli alloggi di edilizia residenziale pubblica vi è quella denominata famiglie di nuova formazione, cioè quelle in cui i coniugi hanno contratto matrimonio da meno di quattro anni dalla data di scadenza del bando di concorso oppure quella in cui i futuri coniugi abbiano effettuato le pubblicazioni di matrimonio. Rientrano nella categoria delle famiglie di nuova formazione anche i soggetti singoli che convivano da almeno due anni con un minore. La condizione temporale non è richiesta se il minore è figlio, legittimo, naturale riconosciuto o adottivo del richiedente.

Le graduatorie per l'assegnazione degli alloggi sono predisposte da un'apposita Commissione nominata con decreto del Presidente della Regione, tra i quali figura un esperto di problemi sociali. La formazione delle graduatorie avviene in base alla somma dei punteggi assegnati ad ogni richiedente in base a caratteristiche soggettive ed oggettive. Tra le condizioni soggettive il punteggio più alto viene assegnato ai nuclei familiari in cui è presente un invalido con una riduzione della capacità lavorativa superiore all'80%. Danno origine a punteggio anche la presenza di invalidi dal 67% all'80%, la carenza di reddito, la presenza di più di 5 persone nel nucleo familiare, la convivenza con un minore da più di 2 anni e l'anzianità di residenza in Valle d'Aosta da oltre 5 anni.

I punteggi maggiori vengono assegnati in base a condizioni oggettive. La situazione di sfratto è quella che determina l'attribuzione del punteggio più alto. Il rilascio di un'abitazione di servizio a causa di pensionamento o trasferimento del richiedente sono considerate situazioni che danno origine ad un alto punteggio come quando il richiedente, a seguito di sentenza di rilascio dell'abitazione o di sentenza di separazione dal coniuge, coabita da almeno 2 anni con uno o più nuclei familiari, comunque formati da non meno di 2 persone.

Nella legge regionale inoltre si dispone che, in caso di parità di punteggio, l'alloggio venga assegnato al richiedente più anziano di età. Le persone anziane quindi sono escluse dall'erogazione dei mutui regionali per la prima casa, ma sono privilegiate nell'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

La legge regionale dispone inoltre che l'ente gestore, per determinare il canone di locazione, si debba basare sul reddito complessivo del nucleo familiare, e sul valore locativo degli alloggi.

### **Il Fondo regionale per l'abitazione**

La legge regionale 26 maggio 1998, n. 36 istituisce il Fondo regionale per l'abitazione. I contributi sono concessi dal 1999.

In base alla legge regionale la dotazione finanziaria del Fondo è costituita ogni anno dal versamento di quote da parte di enti diversi. La partecipazione della Regione al fondo è pari a L. 100.000.000 (circa Euro 52.000) annui. Vi è inoltre:

- una quota dei canoni degli alloggi di edilizia residenziale pubblica versata dagli enti gestori, non inferiore al 40% della somma stanziata dalla Regione.
- una quota versata dai comuni, relativa alla riscossione dell'ICI per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica, pari al 40% del contributo regionale.
- una quota messa a disposizione degli enti locali pari al 20% del contributo regionale.

Con deliberazione n. 671 dell'8 marzo 1999, la Giunta regionale ha approvato le modalità ed i criteri per l'attribuzione dei contributi. Possono richiedere i contributi del Fondo gli assegnatari degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, gli aspiranti assegnatari collocati nelle graduatorie definitive e le famiglie di nuova formazione (come definite dalla legge regionale che regola l'edilizia residenziale).

I contributi sono concessi agli assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica che hanno segnalato all'ente gestore l'impossibilità di pagare regolarmente il canone di locazione e/o le spese per i servizi accessori. L'impossibilità deve derivare dalla perdita totale o dalla riduzione di almeno il 40% del reddito per un periodo superiore a 3 mesi consecutivi. La perdita del reddito può essere conseguente a disoccupazione, mobilità, cassa integrazione, infortunio o grave malattia, ricovero in strutture ospedaliere o riabilitative, servizio di leva o detenzione di uno o più membri del nucleo familiare. La perdita può essere, inoltre, conseguente al decesso, divorzio, separazione legale, abbandono del tetto familiare da parte di un componente membro del nucleo familiare e percettore di reddito.

Agli assegnatari che rientrano nelle fasce di reddito più basse, i contributi sono concessi anche nel caso in cui l'ammontare annuo delle spese per i servizi accessori, ad esempio il riscaldamento, siano superiori rispettivamente al 5% ed al 10% del reddito annuo complessivo del nucleo familiare.

A tutti gli assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica che sono soggetti a mobilità abitativa, vengono concessi contributi per le spese di trasloco.

Agli aspiranti assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica, inseriti nelle graduatorie definitive, vengono assegnati i contributi per il pagamento del canone di locazione e per il pagamento dei servizi accessori. L'erogazione regionale è limitata al periodo in cui resta in vigore la graduatoria definitiva. Gli aspiranti assegnatari, per accedere al Fondo, devono trovarsi nelle stesse condizioni previste per l'erogazione dei contributi agli assegnatari.

Le famiglie di nuova formazione possono accedere ai contributi del Fondo regionale quando si trovano impossibilitate a far fronte al regolare pagamento dell'affitto e/o delle spese accessorie; impossibilità che deve derivare dalla mancanza o dalla riduzione di almeno il 30% del reddito.

Le famiglie di nuova formazione possono accedere ai contributi del Fondo regionale solo per i primi 5 anni dalla data di presentazione, presso la struttura regionale competente in materia di edilizia residenziale pubblica, della documentazione attestante la costituzione della nuova famiglia.

Tutti i contributi sono diretti a coprire le spese in base all'ammontare della perdita del reddito. I contributi non sono concessi a coloro i quali abbiano ricevuto provvidenze assistenziali, dall'USL, dai comuni o dai servizi sociali regionali, dirette esclusivamente alla copertura integrale degli oneri derivanti da canoni di locazione e servizi accessori.

La Giunta regionale ha, inoltre, disposto che il 20% della disponibilità del Fondo regionale sia mensilmente riservato ai soggetti appartenenti alla categoria delle famiglie di nuova formazione.

Nel 2001, hanno avuto accesso ai contributi del Fondo regionale per l'abitazione 88 soggetti, con un impegno di spesa regionale di Euro 82.646,24.

I contributi regionali del Fondo per l'abitazione sono alternativi a quelli erogati dallo Stato (Legge 9 dicembre 1998, n. 431 «Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo», istituisce, all'articolo 11), nell'ambito del Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione. Le risorse statali assegnate al Fondo sono ripartite tra le regioni e le Province Autonome di TRENTO e BOLZANO.

La legge regionale 3 gennaio 2000, n. 1 «Legge finanziaria per gli anni 2000/2002», stabilisce che i fondi statali attribuiti alla Valle d'Aosta siano gestiti direttamente dall'Amministrazione regionale. La gestione regionale avviene in base alle modalità previste per il funzionamento del Fondo regionale. La Giunta regionale, con deliberazione del 14 giugno 2001, n. 1640, ha indetto il bando pubblico di concorso per l'anno 2001 per la partecipazione al Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione, mentre per l'anno 2002 il bando di concorso è stato approvato con deliberazione n. 2305 del 24.06.2002.

Come previsto dalla legge nazionale i destinatari dei contributi sono tutti coloro che sono affittuari di un alloggio e necessitano di un contributo per il pagamento del canone di affitto.

I possibili beneficiari sono suddivisi in due fasce, determinate in base alla situazione reddituale del nucleo familiare.

Nella prima fascia sono inseriti coloro che dispongono di un reddito annuo lordo imponibile complessivo dell'intero nucleo familiare non superiore alla somma di due pensioni minime INPS. Inoltre il canone annuo di locazione deve incidere almeno per il 14% sul reddito familiare. Al reddito percepito dal nucleo familiare viene detratto un milione per ogni figlio a carico. Il reddito diminuito serve solo a consentire al nucleo l'inserimento nelle fasce reddituali per l'accesso al contributo. Nella prima fascia si prescinde dalla tipologia dei redditi e dalla composizione del nucleo familiare.

Nella seconda fascia rientrano coloro che dispongono di un reddito annuo lordo imponibile dell'intero nucleo familiare non superiore al limite stabilito per l'accesso agli alloggi di edilizia residenziale pubblica. L'incidenza sul reddito del canone di locazione deve essere superiore al 24%. Ai fini del calcolo del reddito familiare, il reddito da lavoro dipendente o pensione viene considerato nella misura del 60%. Sul reddito determinato viene operata la diminuzione di un milione per ogni figlio a carico.

Non hanno diritto di ricevere i contributi del Fondo statale i nuclei familiari nei quali sia presente un componente titolare di diritti di proprietà, comproprietà, usufrutto, uso o abitazione su di un alloggio adeguato alle esigenze del nucleo stesso, sia sul territorio regionale che in qualsiasi altra località. L'accesso ai contributi è negato anche nel caso in cui il contratto di locazione sia stipulato tra parenti ed affini entro il secondo grado oppure tra coniugi non separati legalmente o, se separati, conviventi.

L'assegnazione dei contributi avviene da parte della struttura regionale competente in materia di edilizia residenziale pubblica, a seguito dell'emanazione di bandi di concorso pubblici che vengono emanati annualmente.

La formazione delle graduatorie, una per ogni fascia di utenza, avviene in base alla somma dei punteggi spettanti ai richiedenti in base al reddito e all'incidenza del canone su di esso: più alta è l'incidenza del canone sul reddito, più alto è il punteggio, minore è il reddito al netto del canone di affitto e ripartito tra i componenti del nucleo familiare e maggiore è il punteggio attribuito.

Il contributo massimo che viene assegnato ai nuclei familiari che rientrano nella prima fascia è di L. 6.000.000 (Euro 3.098,74). Per coloro che fanno parte della seconda fascia, il contributo non può superare L. 4.500.000 (Euro 2.324,06).

Per i nuclei familiari che si trovano in particolari condizioni di debolezza sociale possono essere stabiliti nei bandi di concorso limiti di reddito per l'accesso ai contributi superiori al 25% di quelli fissati per la prima e la seconda fascia, oppure può essere incrementato della stessa entità l'ammontare del contributo massimo.

Tra le condizioni individuate dall'Amministrazione regionale è compresa la presenza nel nucleo familiare di anziani conviventi ultra sessantacinquenni o disabili il cui grado di invalidità viene stabilito in ogni bando. Nel bando di concorso del 2001 la percentuale di invalidità era pari al 70%. Lo stesso bando stabiliva che per tutti nuclei familiari che si trovavano in particolari condizioni il contributo da assegnare era incrementato del 25%. Inoltre nel 2001 i contributi sono stati assegnati dando priorità ai richiedenti che, oltre ad avere i requisiti richiesti, erano sottoposti a provvedimento di sfratto e avevano stipulato un nuovo contratto di locazione.

I richiedenti il contributo del Fondo regionale che non hanno ricevuto i contributi possono accedere al Fondo nazionale.

Complessivamente, per gli anni 1999, 2000 e 2001, lo Stato ha trasferito alla Valle d'Aosta L. 2.023.613.000.

Al primo bando di concorso regionale del 2000, per accedere ai contributi del Fondo nazionale sono state presentate 379 domande. Ne sono state finanziate 297, delle quali 192 relative alla prima fascia e 105 alla seconda.

Nel 2001 sono state finanziate 331 domande per accedere ai contributi del Fondo nazionale, delle quali 236 relative alla prima fascia e 95 alla seconda ed i fondi trasferiti dallo Stato sono stati pari a L. 658.000.000.

La Valle d'Aosta per l'anno 2001 ha integrato la somma trasferita dallo Stato con fondi propri per l'importo di Euro 117.017,34, determinando una disponibilità finanziaria per l'anno 2001 pari a Euro 456.845,98.

### **L'emergenza abitativa**

La legge regionale che disciplina l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, all'articolo 23 (Come modificato dall'articolo 2 della legge regionale 30 aprile 1999, n. 8) prevede la riserva di alloggi per situazioni di emergenza abitativa.

La riserva degli alloggi è disposta dal Presidente della Regione, anche su proposta della struttura regionale competente in materia di servizi sociali, del sindaco del comune interessato, dell'ente proprietario o dell'ente gestore.

Possono essere utilizzati per le situazioni di emergenza abitativa solo gli alloggi di risulta, occupati, cioè almeno una volta. Nel caso di alloggi di nuova costruzione o recuperati destinati alle graduatorie, possono essere utilizzati soltanto quelli riservati per i profughi o per le forze dell'ordine e non assegnabili per carenza di soggetti aventi titolo.

La riserva degli alloggi, disciplinata in via generale dall'art. 23 della legge regionale 39/95, è disposta per far fronte a specifiche e documentate situazioni di emergenza abitativa, per sgombero di unità abitative da recuperare, per consentire l'attuazione di programmi di mobilità dell'utenza ed infine per l'assegnazione di alloggi a soggetti portatori di handicap sensoriale e/o motorio che si trovano in situazioni di disagio abitativo o di emergenza abitativa.

In particolare la Giunta regionale ha definito, con propria deliberazione n. 5004 del 24.12.2001, le modalità di presentazione delle domande e i criteri di priorità per l'assegnazione degli alloggi riservati in concorrenza tra i soggetti che si trovino in specifiche e documentate situazioni di emergenza abitativa e soggetti portatori di handicap sensoriale e/o motorio che si trovino in situazioni di disagio abitativo o di emergenza abitativa. In questi ultimi casi le condizioni oggettive che determinano nello specifico la situazione di emergenza abitativa sono state, nel rispetto delle disposizioni di legge, definite con la predetta deliberazione e riguardano:

- nuclei che a seguito dell'esecuzione di sentenza di sfratto e/o altra sentenza di rilascio dell'abitazione fruiscono di sistema-

zione alloggiativa precaria (anche in alberghi, residences, camere ammobiliate, ecc.), con redditi inferiori a quelli previsti dalla normativa regionale per conseguire l'assegnazione di un alloggio di edilizia residenziale pubblica. La condizione di emergenza abitativa sussiste nei confronti di nuclei socialmente deboli o con problematiche sociali rilevanti, da rilevarsi a cura dell'assistente sociale competente.

Ricadono in detta condizione anche i soggetti residenti in un comune della regione senza fissa dimora;

- nuclei con la presenza di portatori di handicap sensoriale e/o motorio, che si trovino in situazioni di sistemazione abitativa precaria come sopra descritta o di disagio abitativo, da rilevasi da parte degli organi competenti, e che dispongano di redditi inferiori a quelli previsti dalla normativa regionale per conseguire l'assegnazione di un alloggio di edilizia residenziale pubblica.

Alle condizioni oggettive si aggiungono le condizioni soggettive che influiscono unicamente per l'attribuzione di un punteggio e di conseguenza l'inserimento in una graduatoria dei casi di emergenza abitativa sulla base della quale, tenuto conto della composizione del nucleo familiare del soggetto, sono riservati gli alloggi disponibili.

Le condizioni soggettive sono riferite alle condizioni sociali e sanitarie che comportano una riduzione della capacità lavorativa: maggiore è il grado di invalidità del soggetto, maggiore è il punteggio assegnato. La presenza di soggetti tossicodipendenti, alcooldipendenti, ex-detentuti, soggetti con problemi psichiatrici o malati di AIDS è considerata una condizione soggettiva in base alla quale è attribuito un punteggio discrezionale che va dai 2 agli 8 punti; mentre se nel nucleo vi sono minori fino a 14 di età il punteggio varia a seconda del numero di essi e ancora se il soggetto richiedente è singolo con minori a carico gli viene riconosciuto un ulteriore punteggio.

Per accedere all'assegnazione degli alloggi riservati i richiedenti in situazioni di emergenza abitativa devono avere i requisiti richiesti per l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Se i soggetti sono privi dei requisiti necessari l'assegnazione ha carattere provvisorio per la durata massima di 2 anni.

Nel 2001 sono stati assegnati 10 alloggi per sopperire a situazioni di emergenza abitativa.

La maggior parte degli alloggi assegnati attraverso la procedura di emergenza sono ubicati nel comune di AOSTA (anche se spesso i richiedenti risiedono in altri comuni della regione) poiché è il comune con il maggior numero di alloggi.

#### Note

- <sup>1</sup> In Italia sono 10 le regioni che hanno approvato, dal 1989 ad oggi, una legge regionale a favore della famiglia; tra queste solo la legge valdostana ha l'obiettivo di riconoscere e sostenere tutte le famiglie che vivono sul suo territorio, indipendentemente dal tipo di legame sul quale la famiglia è stata fondata.
- <sup>2</sup> Con deliberazione del 18 marzo 2002, n. 941, la Giunta regionale ha stabilito che dal 1° gennaio 2002 l'importo dell'assegno post natale è di Euro 516,46 all'anno per il 1° figlio, Euro 774,69 all'anno per il 2°, Euro 1.032,91 all'anno per il 3°. Per ogni figlio nato dopo il terzo, vi è un ulteriore aumento di Euro 258,23 all'anno.
- <sup>3</sup> Euro 265,20 per quelli successivi al 1° gennaio 2002.
- <sup>4</sup> L'ISTAT non ha ancora diffuso il dato per il 2001, resta vigente quello del 2000.
- <sup>5</sup> Istituto degli Innocenti di FIRENZE, 2000.
- <sup>6</sup> Per l'anno 2002 la Giunta regionale, con deliberazione dell'11 febbraio 2002, n. 387, ha stabilito la misura dei contributi per l'affidamento a parenti in: Euro 398,79 se residenziale; Euro 199,38 se a tempo parziale e Euro 13,31 se saltuario. In caso di affidamento a terzi l'importo è pari rispettivamente a: Euro 513,75; Euro 265,86 e Euro 17,71.
- <sup>7</sup> Relativamente al 2002, con deliberazione del 29 marzo 2002, n. 1154, la Giunta regionale ha stabilito che la quota base mensile con abitazione di proprietà è di Euro 233,15, mentre di Euro 388,48 con abitazione in affitto.
- <sup>8</sup> LIVELLO STRUTTURALE: comprende le aree della casa, del lavoro e dei servizi e la mera indigenza; questo livello è oggetto principalmente delle politiche delle amministrazioni comunali e regionali.  
LIVELLO RELAZIONALE: comprende l'area che riguarda la famiglia, il rapporto di coppia, la condizione giovanile e degli anziani, le reti di vicinato, l'organizzazione del tempo libero; questo livello di analisi viene messo in relazione con le politiche sociali, le organizzazioni di volontariato, le organizzazioni religiose.  
LIVELLO DI CONDIZIONE: sono stati qui inseriti i gruppi specifici interessati da dipendenze, immigrazione, prostituzione, patologie croniche e mentali, analfabetismo e abbandoni scolastici ecc.....; questo livello è in relazione con politiche sociali e sanitarie. [«Lo sguardo della Diocesi sui poveri», pp. 30].

### **L'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali**

L'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali è un ufficio dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche sociali. È stato istituito con la legge regionale n. 5 del 25 gennaio 2000 che all'art. 5 recita:

«(Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali)

1. Nell'ambito della struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali opera l'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali con il compito di:

- a) produrre dati descrittivi sulla salute e sui bisogni di assistenza sociale della popolazione della regione, individuando indicatori utili ad identificare i problemi emergenti;
- b) individuare, sperimentare e applicare indicatori di qualità e di appropriatezza dei servizi sanitari e sociali a livello regionale;
- c) elaborare linee-guida relative alla qualità dei servizi;
- d) progettare, attivare, gestire e controllare i flussi informativi relativi alla domanda e al consumo di prestazioni;
- e) elaborare studi e ricerche su fasce di popolazione ai fini della rilevazione delle condizioni sociali, di vita e dello stato di salute;
- f) fornire ogni elemento utile alla programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale anche ai fini della elaborazione del piano socio-sanitario e della valutazione dei risultati;
- g) svolgere analisi mirate su specifici fenomeni sociali;
- h) fornire elementi di conoscenza metodica delle impostazioni e delle modificazioni che intervengono nell'organizzazione dei servizi pubblici e dei soggetti erogatori privati lucrativi e non lucrativi;
- i) collaborare all'elaborazione della relazione annuale sanitaria e sociale;
- j) collaborare con le strutture competenti in materia di tutela dell'ambiente nell'individuazione dei fattori di rischio per la salute derivanti da attività umane e produttive in relazione allo stato dell'ambiente.

2. L'organizzazione ed il funzionamento dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali sono definiti nell'ambito dell'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di organizzazione dell'Amministrazione regionale.

3. Il responsabile dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali risponde del trattamento dei dati personali posseduti e, nell'esercizio dell'attività di informazione, deve garantire la tutela delle persone fisiche e giuridiche rispetto al trattamento dei dati personali, ferma restando, in rapporto ai compiti esercitati, la responsabilità dei dirigenti delle strutture in cui si articola la struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali ai fini di quanto previsto dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) come modificata, da ultimo, dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 282.»

Dal 2000 ad oggi l'Osservatorio ha predisposto un proprio Piano di attività pluriennale ed ha individuato dei referenti esterni presso l'Azienda USL e l'ARPA regionale.

Sono state già pubblicate:

- Relazione sanitaria 1998
- Relazione Sanitaria e Sociale 1999 – 2000
- Cause di ricovero in Valle d'Aosta



RÉGION AUTONOME VALLÉE D'AOSTE  
ASSESSORAT DE LA SANTÉ, DU BIEN-ETRE ET DES POLITIQUES SOCIALES

OBSERVATOIRE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DES POLITIQUES SOCIALES

RAPPORT EN MATIERE DE SANTÉ ET D'AIDE SOCIALE 2001

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

*SANTÉ ET BIEN-ÊTRE*

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête ISTAT  
Le panel de la Vallée d'Aoste  
Le traitement et l'analyse statistique des données

LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA VALLÉE D'AOSTE

Le niveau d'instruction  
La situation professionnelle  
La catégorie professionnelle  
L'état civil  
Le type de famille  
L'appréciation des ressources économiques  
Conclusions

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'alcool  
Le tabagisme  
L'activité physique  
l'obésité  
Le sous-poids  
Le contrôle du poids  
Conclusions

LA SANTÉ ET LA MALADIE

L'appréciation de la santé  
L'activité réduite pour cause de maladie  
Les maladies chroniques  
La consommation de médicaments  
Le handicap  
La prévention  
Conclusions

LE CITOYEN ET LES SERVICES

Les visites, les examens et les autres services  
Les médecines non conventionnelles  
Conclusions

CONCLUSIONS

*POLITIQUES SOCIALES*

INTRODUCTION

LE CONTEXTE DES POLITIQUES

Le cadre démographique  
Les caractéristiques de la famille valdôtaine  
La constitution de la famille

La fécondité  
Les femmes et le travail

## LA DISTRIBUTION DES FONCTIONS ET LA DÉPENSE RELATIVE À L'ASSISTANCE SOCIALE

### LES POLITIQUES FAMILIALES EN VALLÉE D'AOSTE

Les initiatives et les services sanitaires pour la famille  
Le « parcours naissance » et les interventions d'aide aux parents  
L'aide aux couples en difficulté  
Les politiques en faveur des familles ayant des enfants âgés de 3 ans au plus  
Les aides économiques en faveur des enfants en bas âge  
Les services socio-éducatifs pour la petite enfance  
Les politiques pour les familles avec des enfants et des adolescents, en difficulté ou non  
Les aides économiques pour le paiement des pensions dans les collèges et les internats et pour les séjours dans les colonies de vacances  
Le « Pangolo », un centre de planification pour les adolescents  
Le service d'aide éducative à domicile (ADE)  
Le placement familial et le soutien des parents  
La communauté pour mineurs  
L'observatoire régional de l'enfance et l'adolescence  
Les politiques en faveur des personnes non autonomes et de leurs familles  
Les aides économiques  
Les services pour les personnes handicapées et l'insertion professionnelle  
Les mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale  
Les données relatives à la pauvreté et à l'exclusion sociale en Vallée d'Aoste.  
Les mesures en faveur des extracommunautaires  
Le soutien du travail ménager  
Les aides pour l'accès au logement  
Les emprunts régionaux destinés à l'achat de la résidence principale  
Les logements sociaux  
Le fonds régional pour le logement  
Les urgences en matière de logement

---

## **SANTÉ ET BIEN-ÊTRE**

### **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Ce chapitre, qui fournit des informations méthodologiques sur l'enquête ISTAT utilisée, argumente de la solidité des estimations obtenues sur la base du panel de familles valdôtaines interviewées, de la représentativité et des caractéristiques de ce panel par rapport à la population régionale et donne également des renseignements sur le traitement et l'analyse statistique des données.

Le but de ce chapitre est de documenter autant que possible la rigueur et la transparence des outils et des méthodes utilisées. Pour tout renseignement complémentaire, il est fait référence à la publication officielle, disponible également sur le site Internet de l'ISTAT<sup>1</sup>.

### **L'ENQUÊTE ISTAT**

L'enquête sur les conditions de santé et le recours aux services sanitaires est effectuée par l'ISTAT tous les cinq ans et s'inscrit dans le cadre du système des enquêtes multi-objectifs sur les familles mis en place en 1993<sup>2</sup>.

Les enquêtes thématiques réalisées au moyen d'interviews (HIS – Health Interview Survey) sont désormais largement répandues dans les Pays de l'Union européenne, laquelle lance des actions permettant de comparer les informations utiles aux fins de la planification des politiques sanitaires. Ces enquêtes documentent les comportements relatifs à la santé dans le but de les comparer avec les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population et avec le recours aux services sanitaires, ce qui permet d'obtenir un ensemble d'informations qui ne pourraient être fournies par les sources d'ordre administratif existantes.

Les informations disponibles tracent un cadre très vaste qui prend en compte des volets tels que l'état de santé, les handicaps, les styles de vie, la prévention, le recours aux médicaments ou aux thérapies non conventionnels.

Pour satisfaire les besoins en informations du territoire et permettre aux régions de disposer d'estimations utiles aux fins de la planification sanitaire, l'édition 1999/2000 de l'enquête ISTAT a été menée sur un panel beaucoup plus vaste que celui normalement utilisé lors d'autres enquêtes, et ce, grâce au concours du Fonds sanitaire national, sur mandat de la Conférence État-Régions.

Pour limiter le caractère saisonnier des phénomènes, les interviews ont été réalisées tous les trois mois (en mars, en juin, en septembre et en décembre) ; 52 300 familles italiennes ont été interviewées, soit un total de 140 000 individus, et les estimations fournies se rapportent à la moyenne des quatre trimestres.

S'agissant d'une enquête très vaste, les résultats sont présentés par l'ISTAT en quatre volumes, dont chacun privilégie un des secteurs suivants :

- Conditions de santé de la population ;
- Facteurs de risque et protection de la santé ;
- Grossesse, accouchement et allaitement ;
- Recours aux services sanitaires.

Le présent rapport en matière de santé et d'aide sociale commente les résultats relatifs à la Vallée d'Aoste pour ce qui est desdits secteurs, exception faite de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, étant donné que les résultats y afférents ne sont pas encore disponibles.

## LE PANEL DE LA VALLÉE D'AOSTE

Étant donné qu'il s'agit d'une enquête sur les familles, la population concernée est représentée tant par les familles résidant en Italie que par les individus qui les composent. L'unité d'enquête est la « famille de fait », à savoir celle composée d'un ensemble de personnes vivant sous le même toit et unies par les liens du mariage, de la parenté, de l'alliance, de l'adoption ou par des liens affectifs.

La période prise en compte est de douze mois et va de juillet 1999 à juin 2000.

Les zones par rapport auxquelles il est possible de comparer les estimations des paramètres de la population sont :

- l'ensemble du territoire national ;
- les cinq zones de répartition géographique (Nord-Ouest, Nord-Est, Centre, Sud, et îles) ;
- les régions ou les provinces autonomes ;
- les types de communes, obtenus sur la base de six classes socio-économiques et démographiques permettant de distinguer les communes métropolitaines ou situées à proximité d'une métropole et sur la base de quatre classes tenant compte du nombre de résidents, pour les communes non métropolitaines.

L'échantillonnage utilisé dans cette enquête est de type stratifié.

L'objectif de la stratification est de former des groupes (strates) d'unités (familles ou individus) relativement aux variables que l'on entend observer, unités qui doivent être le plus homogènes possible à l'intérieur de chaque groupe et le plus hétérogènes possible entre elles. Le résultat, en termes statistiques, est une plus grande précision des estimations et donc une réduction de l'erreur à égalité de nombre d'éléments composant le panel.

Puisque l'échantillonnage a été effectué en stratifiant tant les communes que les familles et que les communes n'avaient pas toutes une dimension démographique suffisante pour représenter toutes les variables, les communes les plus petites, comme par exemple les communes valdôtaines, ont vu augmenter la part d'échantillonnage qui leur était destinée afin que la probabilité que le phénomène faisant l'objet de l'observation se produise ne soit pas égale à zéro. En effet, si l'on veut observer un phénomène donné dans le cadre d'une enquête comportant un panel, plus le panel est réduit et moins il existe de possibilités que le phénomène en cause se produise ; pour augmenter ces possibilités, il faut élargir le panel et observer davantage de sujets en faisant partie.

Le seuil utilisé dans l'enquête en cause est de 2 000 habitants d'une même commune, car ce chiffre représente la dimension démographique que les organismes internationaux ont suggérée pour qu'il soit possible d'établir le style de vie typique des petits centres.

Sur ces bases, la Vallée d'Aoste a enregistré, par rapport aux autres régions et à erreur d'échantillonnage égale, un taux de sondage de 23,14/1 000 habitants, soit, en absolu, le plus élevé en Italie (1,76 au Piémont ; 6,72 au Trentin-Haut-Adige ; 14,50 au Molise, taux le plus important après celui de notre région).

Les communes valdôtaines prises en compte ont été 35 sur 74.

Sur 52 900 ménages résidant en Vallée d'Aoste, 1 224 ont été insérés dans le panel et ont fait l'objet d'un total de 2 802 interviews.

L'importance de chaque interview a été pondérée dans le cadre de la base de données régionale.

La sélection des ménages à insérer dans le panel a été effectuée sur la base du fichier de la population de chaque commune, avec élimination dudit fichier des ménages tirés au fur et à mesure, ce qui a permis de garantir d'égales probabilités de choix.

Les individus interviewés devaient être âgés d'au moins 15 ans.

En ce qui concerne le degré de motivation du panel valdôtain, il importe de signaler ce qui suit :

- 11,7% des personnes consultées se sont dites « très intéressées » par l'interview ; 66,6% « assez intéressées » ; 12,7% « à peine intéressées » ; 6,3% « faiblement intéressées » et 2,8% d'entre elles n'ont pas fourni d'indication sur leur intérêt ;
- 95,8% des questionnaires ont pu être remplis, alors que 4,2% ne l'ont pas été ;
- les questionnaires ont été remplis comme suit : 42,8% lors d'une interview ; 34,2% directement par l'enquêté ; 13,7% après l'interview d'un membre du ménage et 5,1% directement par un membre du ménage ;
- lorsque les questionnaires n'ont pas été remplis, cela a été dû à un refus explicite (1,1% des cas), à l'absence de l'intéressé (0,9%) ou à un autre motif qui n'a pas été indiqué (2,2%).

## **LE TRAITEMENT ET L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES**

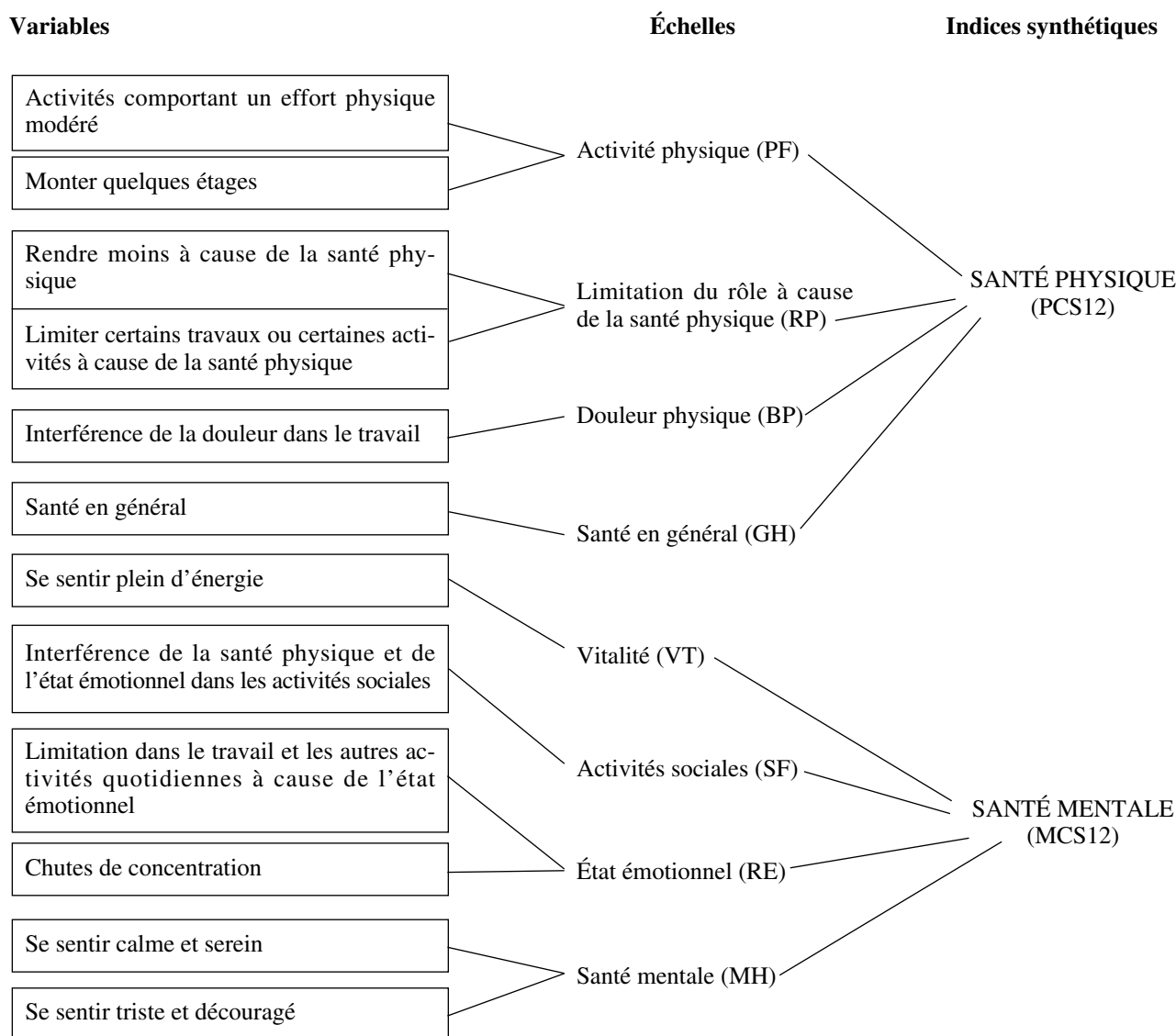
L'analyse des données a porté sur de nombreux volets tenant à la santé normalement explorés lors de ce type d'enquête : les déterminants de santé, la santé et la maladie, le citoyen et les services.

Les échelles de mesure sont issues de l'enquête HIS (*Health Interview Survey*), sauf deux échelles introduites par la présente enquête, concernant respectivement l'appréciation de la santé.

## **LES ÉCHELLES DE MESURE**

Pour ce qui est de l'appréciation de la santé, les données ont été collectées par le biais d'un questionnaire à plusieurs volets visant à explorer la manière dont les personnes perçoivent leur propre condition psychophysique. Ce questionnaire s'articule autour de 12 variables relevant de 8 domaines de santé (activité physique, réduction de l'activité du fait de l'état de santé physique, état émotionnel, douleur physique, sentiment de l'état de santé général, vitalité, activités sociales et santé mentale) ayant permis de formuler deux indices de l'état de santé – l'un tenant à la sphère physique, l'autre à la sphère mentale – variables de 0 à 100 (figure 1).

### Graphique 1. Modèle théorique



Le handicap est une condition complexe, difficilement reductible à une classification.

Pour son enquête sur la santé, l'ISTAT a adopté la Classification internationale des handicaps (CIH) qui distingue déficience, incapacité et désavantage, en établissant une relation entre ces trois concepts :

- l'on entend par déficience toute perturbation mentale ou physique dans le fonctionnement du corps, comportant des pertes ou des anomalies anatomiques, psychologiques ou physiologiques au niveau d'un tissu, d'un organe, d'un appareil ou d'une fonction ;
- l'on entend par incapacité toute réduction ou perte de capacité fonctionnelle ou opérationnelle provoquée par une déficience ;
- l'on entend par désavantage les conséquences sociales ou environnementales des déficiences ou incapacités.

Quant aux déficiences, incapacités et désavantages, chaque catégorie de handicap a fait l'objet d'une série de questions visant à apprécier les divers degrés d'autonomie sur la base de la perception des intéressés, perception conditionnée par les différences cliniques, sociales ou culturelles au sens le plus large.

En général, est considérée comme handicapée toute personne qui, exception faite des problèmes temporaires, déclare ren-

contrer les plus grandes difficultés dans l'accomplissement d'au moins l'une des fonctions faisant l'objet de chaque question et ce, malgré l'aide éventuelle d'appareils sanitaires (prothèses, canne, lunettes ou autres).

Pour ce qui est de l'autonomie fonctionnelle, quatre types de handicap ont été retenus : confinement (dans un lit, un fauteuil ou une habitation) ; difficultés de mouvement ; difficultés dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ; difficultés de communication.

L'appréciation des handicaps ayant été menée selon l'échelle ADL, qui évalue le degré d'autonomie dans l'accomplissement des actes quotidiens, les enfants âgés de moins de six ans ont été exclus du panel, de même que les hôtes des établissements d'hébergement et de soins tels les microcommunautés.

L'enquête enregistre par ailleurs certains types spécifiques d'invalidité (invalidité motrice<sup>3</sup>, déficience mentale<sup>4</sup>, cécité<sup>5</sup>, surdités<sup>6</sup> et surdités<sup>7</sup>) qui ne sauraient correspondre à des catégories de handicap, mais qui pourraient être évalués chez les enfants de moins de six ans.

Alors que le handicap comporte la réduction de l'autonomie de l'individu dans l'accomplissement des principales fonctions, suite à une déficience provoquée par la maladie, l'invalidité est une déficience qui intéresse un organe et n'influe pas sur l'évaluation globale de l'autonomie.

À l'avenir, la classification CIH sera remplacée par celle que l'OMS a récemment proposée, dénommée CIH-2, soit la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, qui bouleverse l'optique de l'observation dans la mesure où elle est axée non pas sur un problème physique ou psychique, mais sur la manière dont les personnes handicapées vivent dans leur milieu et sur les interventions susceptibles d'améliorer la qualité de la vie de celles-ci. La CIH-2 offre ainsi un dispositif tout à fait innovant pour documenter l'impact du milieu physique sur les activités quotidiennes d'une personne handicapée.

## LES MESURES, LES ANALYSES ET LES INTERPRÉTATIONS

Aux fins de l'identification des problèmes de santé, chaque domaine de santé a été examiné en vue de la détection des différences entre la situation de la Vallée d'Aoste et celle des autres régions et entre la situation des divers groupes de la population sur le territoire régional.

### Comparaison des données avec d'autres réalités

Dans la mesure du possible, l'état de santé de la population valdôtaine a été comparé avec celui des habitants d'autres aires géographiques choisies en fonction soit de leur proximité géographique ou administrative (Piémont), soit de leur affinité institutionnelle ou morphologique et sociale (Trentin-Haut-Adige). Toutes les données ont été comparées avec les valeurs moyennes nationales (Italie).

En cette occurrence, la comparaison a été effectuée uniquement pour une certaine classe d'âge (> 15 ans), répartie selon le sexe.

### Comparaison des données au sein de la Vallée d'Aoste

Aux fins de la description des différences en matière de santé et de recours aux services en la matière, il a été décidé d'analyser les faits non seulement en fonction du sexe mais aussi selon :

1. *La tranche d'âge* (0 – 14, 15 – 64, > 65 et, pour toutes les comparaisons, > 15) ;
2. *Les dimensions de la commune de résidence.*

Les communes de la Vallée d'Aoste ont été rangées dans trois des quatre catégories prévues par l'ISTAT :

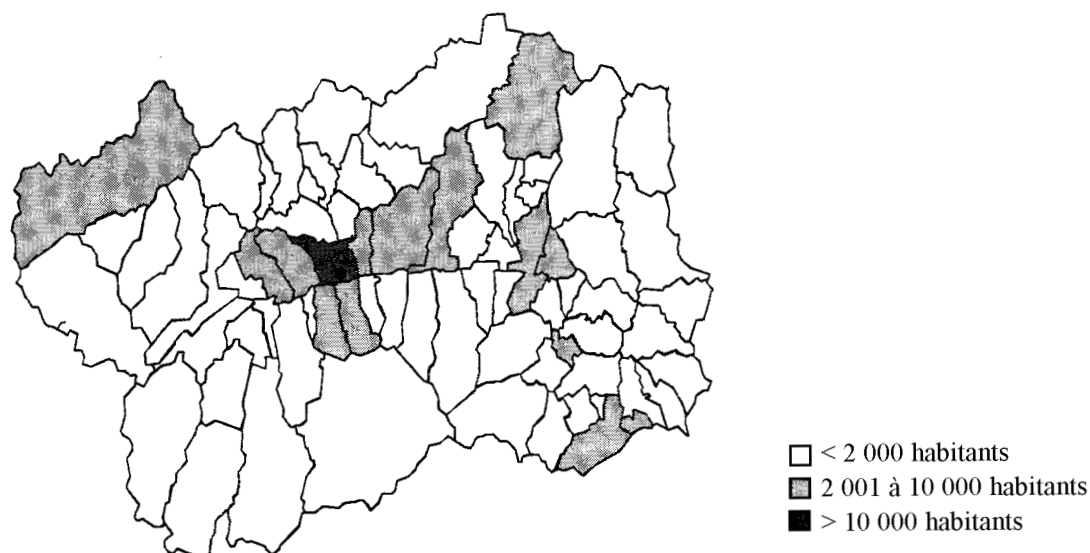
- les communes comptant 2 000 habitants au plus ;
- les communes comptant de 2 001 à 10 000 habitants ;
- les communes comptant de 10 001 à 50 000 habitants.

Aucune commune valdôtaine ne compte en effet plus de 50 000 habitants, ce qui la rangerait dans la quatrième catégorie prévue par l'ISTAT. Seul le chef-lieu valdôtain s'insère dans la troisième catégorie, tandis que 14 communes, soit 19% du

nombre total de communes de la région, trouvent place dans la deuxième catégorie. La majorité (80%) des communes valdôtaines, soit 59, sont classées en première catégorie.

La plus petite des communes est LA MAGDELEINE, qui ne compte que 91 habitants (voir graphique 2).

### Graphique 2. Les communes de la Vallée d'Aoste, par nombre d'habitants



D'autre part, les caractéristiques sociales suivantes ont été prises en considération :

#### 3. Le niveau d'instruction.

C'est la variable la plus influente en matière de santé, dans la mesure où l'on observe souvent un effet protecteur de l'éducation chez les catégories les plus instruites de la population et l'effet inverse chez les catégories dont le niveau d'instruction est le plus bas.

Cette analyse a été effectuée sur trois catégories dont le niveau d'instruction est homogène :

- post-universitaire, licence, diplôme universitaire et diplôme ;
- brevet professionnel et diplôme de fin d'études secondaires ;
- certificat d'études primaires ou aucun titre d'études.

#### 4. L'état civil.

L'analyse a été effectuée sur les catégories suivantes :

- personnes mariées ;
- autres (personnes séparées, divorcées, veufs ou veuves, célibataires)

#### 5. L'activité professionnelle.

L'analyse a été effectuée sur les catégories suivantes :

- non manuelle ;
- manuelle ;

- autonome ;
- sans classification.

#### 6. *L'appréciation des ressources économiques.*

L'analyse a été effectuée sur la base des catégories suivantes :

- excellentes / adéquates ;
- faibles / absolument insuffisantes.

#### **Les mesures**

La distribution de la plupart des conditions détectées par l'enquête sur la santé de l'ISTAT est conditionnée par la répartition de la population par tranches d'âge.

Il est logique que la forte proportion de personnes âgées détermine une demande majeure en matière de services sanitaires ou une fréquence accrue de certaines pathologies sur un territoire donné.

La répartition de la population par tranches d'âge varie considérablement selon les régions d'Italie, selon les catégories sociales et selon les communes de la Vallée d'Aoste.

Il s'agit là d'un phénomène sans aucun doute fort intéressant pour ce qui est de la programmation en matière de santé publique, mais qui pourrait s'avérer trompeur si l'on décidait de comparer cette population avec d'autres, dont la répartition par tranches d'âge est différente. De fait, en 2000, la Vallée d'Aoste comptait 18,2% de personnes âgées de plus de 65 ans, c'est-à-dire une proportion inférieure à celle du Piémont (18,8%) mais supérieure à celle du Trentin-Haut-Adige (16,0%) et à la moyenne nationale (17,7%).

Afin de pouvoir comparer la situation épidémiologique des populations dont la composition par âge est différente, l'enquête a standardisé les situations les plus fréquentes et s'est constitué une population arbitraire de référence ou « population standard », à partir de la moyenne de la population italienne résidante au moment du déroulement de l'enquête.

Grâce à cette standardisation directe, il est possible de calculer correctement pour chaque région l'incidence d'un certain nombre d'événements en fonction de l'âge, comme si la composition de la population de la région en question était identique à celle de la population standard. C'est là la seule méthode qui permette de concentrer l'attention exclusivement sur les composantes épidémiologiques du phénomène que l'on souhaite étudier.

Pour les comparaisons internes, il est fait référence au rapport standardisé de prévalence (PRR).

Le PRR est le rapport entre le nombre d'événements observés sur une population donnée et le nombre d'événements attendus pour cette même population si celle-ci connaissait les mêmes fréquences et la même répartition par âge que le groupe de référence.

Dans les tableaux, un PRR égal à 1 est attribué au groupe de référence. Une valeur supérieure ou inférieure à 1 dénote une probabilité accrue ou moindre de rencontrer la condition étudiée.

L'estimation de la fréquence des unités de population qui présentent une caractéristique donnée résulte de la pondération des unités du panel qui présentent ladite caractéristique avec le poids final. Mais l'estimation doit également tenir compte de la marge d'erreur inhérente à l'échantillon.

Pour pouvoir évaluer la variabilité au niveau du panel de toutes les estimations présentant un intérêt, (taux d'incidence et PRR), nous avons choisi d'assortir les estimations de leur intervalle de confiance<sup>8</sup>.

L'ampleur de cet intervalle et, par conséquent, la précision de l'estimation obtenue dépend directement de la marge d'erreur liée à l'estimation elle-même, ce qui signifie que plus la marge d'erreur est importante, moins l'estimation est fiable.

En général, lorsque l'on désire comparer deux estimations, il convient de prendre en considération leurs intervalles de confiance respectifs : l'on peut considérer que les deux estimations présentent des différences significatives du point de vue statistique si les deux intervalles ne sont pas superposables.

Dans le cas contraire, il faut en conclure que malgré la diversité apparente, les statistiques ne permettent pas d'affirmer que ces deux phénomènes sont différents.



## Notes

- <sup>1</sup> [www.Istat.it](http://www.Istat.it) puis suivre ce parcours : Società/Sanità e previdenza/Archivio/Le condizioni di salute della popolazione. Anni 1999-2000.
- <sup>2</sup> Une partie des résultats préliminaires a été publiée dans le rapport en matière de santé et d'aide sociale 1999-2000.
- <sup>3</sup> Grave limitation ou empêchement de la motricité d'une ou plusieurs parties du corps dû à l'absence ou la perte d'un ou de plusieurs membres.
- <sup>4</sup> Insuffisances mentales congénitales (trisomie 21, microcéphalie, etc.), périnatales (incompatibilité des groupes sanguins maternel/foetal) ou acquises (méningites, encéphalites, tumeurs, etc.) ; phrénasthénie ou oligophrénie (défauts permanents de l'intelligence).
- <sup>5</sup> Absence de la vue, totale ou partielle, jusqu'à moins d'un vingtième avec éventuelle correction.
- <sup>6</sup> Incapacité ou graves difficultés d'expression verbale.
- <sup>7</sup> Défaut partiel ou total d'audition, même avec correction par des appareils acoustiques.
- <sup>8</sup> L'intervalle de confiance d'une estimation est l'ensemble des valeurs parmi lesquelles se situe, avec un certain taux de probabilité – ou de « confiance » – (95% en général), la valeur réelle du paramètre estimé.

## LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA VALLÉE D'AOSTE

Nombreux sont les documents scientifiques démontrant que les personnes qui occupent une position sociale privilégiée, qui possèdent un titre d'étude d'un niveau élevé et qui exercent un métier prestigieux et bien rémunéré vivent plus longtemps que celles dont la position dans la société est moins favorable.

Grâce à l'analyse des différences et des inégalités en matière de santé, l'on peut démontrer que l'état de santé d'une population donnée peut être amélioré, précisément parce que l'amélioration de l'état de santé de certains groupes sociaux a prouvé que la chose était possible.

S'intéresser aux inégalités équivaut donc avant tout à se préoccuper de la réserve de santé dont une population donnée peut encore disposer.

Les personnes et les groupes moins avantagés ou qui résident dans les zones géographiques plus défavorisées courent davantage de risques de mourir, de tomber malades et de devenir handicapés ; ils ont aussi plus tendance à adopter un style de vie qui nuit à leur santé. Les raisons de cet état de choses sont complexes et sont inhérentes aux conditions de vie et de travail de la population, aux ressources matérielles disponibles, aux relations sociales, au style de vie et à l'accès aux services.

Les politiques régionales ont pour objectif de contrer ces inégalités et d'aider ces personnes à adopter un comportement sain, en améliorant les conditions d'accès aux services et en encourageant une évolution culturelle et économique. Autrement dit, leur rôle est d'améliorer la santé des groupes de population qui connaissent le plus de problèmes dans ce domaine en réduisant l'écart qui les sépare des groupes les plus favorisés.

Suite aux programmes de réorganisation du Service Sanitaire National (décrets législatifs n° 502/1992, n° 517/1993 et n° 229/1999 et, enfin, décret du Président du Conseil des Ministres du 29 novembre 2001 sur les niveaux d'assistance essentiels), la comparaison des inégalités en matière de santé et d'accès aux services entre les régions et à l'intérieur de ces dernières, entre différents groupes, est devenu un objectif important, car les résultats de ces études sont évalués et reflètent l'importance de la qualité des services et du fait que tous les citoyens soient traités sur un pied d'égalité.

Depuis toujours, la Vallée d'Aoste a reconnu le droit à la santé de tous ses résidants sans distinction, et le législateur régional s'est employé, par l'adoption de lois et de mesures, à garantir aux catégories défavorisées l'accès à tous les services sanitaires (voir la section « Politiques sociales » de ce rapport).

De même, notre Région a investi dans la recherche scientifique afin de contribuer à réduire et, dans la mesure du possible, à éliminer les barrières sociales en matière de santé et d'accès aux services et cet engagement s'est traduit par la promotion de deux projets de recherche, financés par le Ministère de la santé (au sens de la lettre b du 2<sup>e</sup> alinéa de l'art. 12 du décret législatif n° 502/1992), qui ont trait à l'impact sur la santé des inégalités socio-économiques et aux retombées en matière de santé et d'accès à l'assistance du système sanitaire local.

Ce chapitre traite des caractéristiques socio-démographiques de la population valdôtaine qui permettent de détecter ces inégalités.

## LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Compte tenu du fait que l'instruction peut influencer directement sur les conditions de santé, une scolarité plus poussée est le gage d'une attention plus soutenue en matière de santé, du choix d'un style de vie plus sain et d'un recours plus efficace à l'assistance sanitaire.

Ce qui se traduit souvent par le fait que les intéressés ont recours aux services sanitaires de façon plus appropriée et plus efficace, et partant, jouissent d'une meilleure santé.

Les hommes se répartissent comme suit dans les trois catégories d'instruction<sup>3</sup>:

- 31,3% possèdent un titre post-universitaire, une maîtrise, un diplôme universitaire ou un diplôme de fin d'études secondaires du deuxième degré ;
- 43,2% sont titulaires d'un brevet professionnel ou d'un diplôme de fin d'études secondaires du premier degré ;
- 25,5% sont titulaires d'un certificat d'études primaires ou dépourvus de tout titre d'études.

Les femmes se répartissent comme suit dans les trois catégories d'instruction<sup>3</sup>:

- 29,7% possèdent un titre post-universitaire, une maîtrise, un diplôme universitaire ou un diplôme de fin d'études secondaires du deuxième degré ;
- 37,2% sont titulaires d'un brevet professionnel ou d'un diplôme de fin d'études secondaires du premier degré ;
- 33,1% sont titulaires d'un certificat d'études primaires ou dépourvues de tout titre d'études.

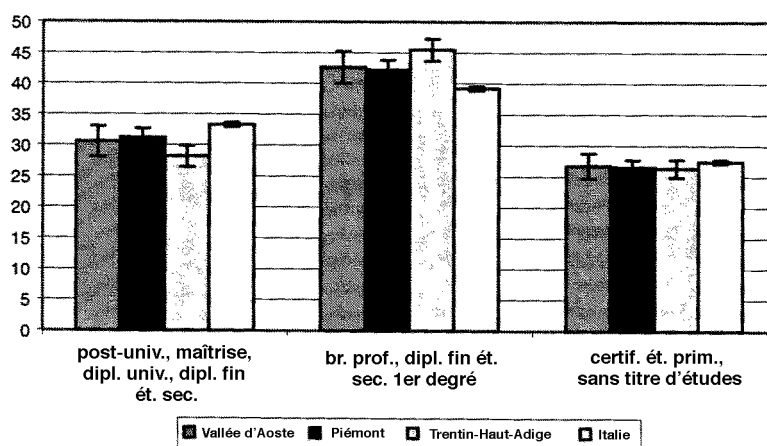
Il ressort de l'analyse par tranche d'âge que le pourcentage accru de femmes dans la catégorie dont le niveau d'instruction est le plus bas est essentiellement dû au fait qu'il y a davantage de femmes que d'hommes âgés. En effet, à âge égal, les différences entre adultes ne sont pas significatives (Tableau 1).

**Tableau 1. Niveau d'instruction en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

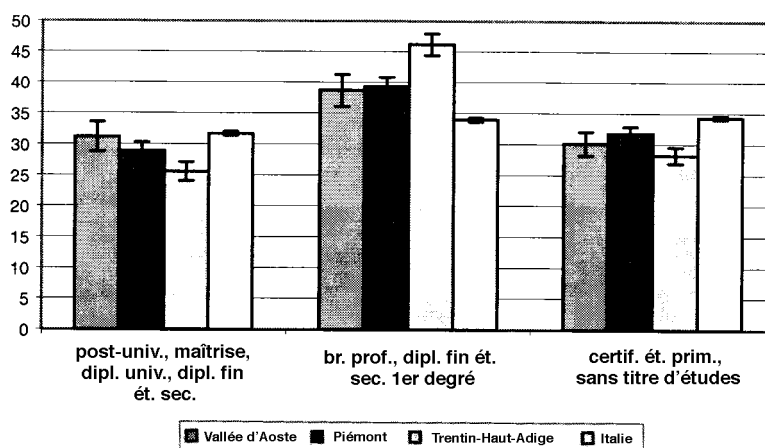
Hommes				Femmes			
Niveau d'instruction	0-14	15-64	65 >	Niveau d'instruction	0-14	15-64	65 >
post-univ., maîtrise, dipl. univ., dipl. fin ét. sec. 2 <sup>e</sup> degré	—	35,0 (32,1-38,0)	13,5 (8,8-18,1)	post-univ., maîtrise, dipl. univ., dipl. fin ét. sec. 2 <sup>e</sup> degré	—	37,7 (34,6-40,8)	5,0 (2,5-7,5)
br. prof., dipl. fin ét. sec. 1 <sup>er</sup> degré	6,2 (2,7-9,6)	49,1 (45,9-52,2)	15,5 (10,6-20,4)	br. prof., dipl. fin ét. sec. 1 <sup>er</sup> degré	4,2 (1,2-7,1)	43,7 (40,6-46,9)	16,5 (12,3-20,6)
certif. ét. prim., sans titre d'études	52,5 (45,3-59,7)	15,9 (13,6-18,2)	71,1 (64,9-77,2)	certif. ét. prim., sans titre d'études	54,5 (47,0-61,9)	18,6 (16,1-21,1)	78,6 (73,9-83,2)
inclassables	41,4 (34,2-48,5)			inclassables	41,4 (34,0-48,7)		

En Vallée d'Aoste, le niveau d'instruction de la population des deux sexes est comparable à celui des autres régions dans pratiquement toutes les catégories considérées (Graphiques 1 et 1a).

**Graphique 1. Le niveau d'instruction en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Hommes**



**Graphique 1a. Le niveau d'instruction en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Femmes**



## LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Avoir un emploi signifie faire partie intégrante d'un système social qui a souvent tendance à favoriser ses membres plutôt que ceux qui en sont exclus, y compris en termes de santé et d'accès aux services.

L'analyse de la situation professionnelle a été effectuée sur les classes suivantes :

- titulaire d'un emploi ;
- homme/femme au foyer, retraité-e;
- autre (c'est-à-dire essentiellement étudiants et demandeurs d'emploi).

En Vallée d'Aoste, la classe la plus importante pour les hommes est celle des titulaires d'un emploi, tandis que les femmes, elles se rangent plus fréquemment dans la catégorie des personnes au foyer ou des retraitées, surtout pour ce qui est de la tranche d'âge adulte.

Les hommes se répartissent comme suit <sup>3</sup>:

- 60,5% sont titulaires d'un emploi ;
- 28,1% sont au foyer ou retraités ;
- 11,4% relèvent d'une autre catégorie.

Les femmes se répartissent comme suit <sup>3</sup> :

- 40,7% sont titulaires d'un emploi ;
- 45,2% sont au foyer ou retraitées ;
- 14,1% relèvent d'une autre catégorie.

Passons maintenant à l'analyse de la situation professionnelle par tranche d'âge et par sexe (Tableau 2).

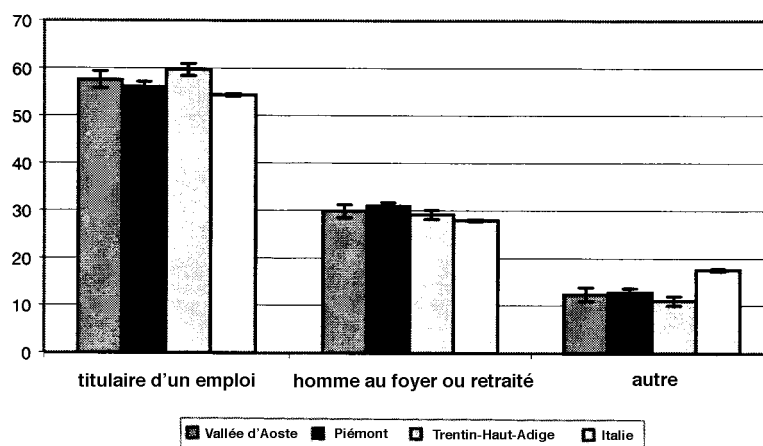
**Tableau 2 . La situation professionnelle en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes			Femmes		
Situation professionnelle	15-64	65 >	Situation professionnelle	15-64	65 >
titulaire d'un emploi	72,6 (69,9-75,4)	2,8 (0,6-5,1)	titulaire d'un emploi	53,3 (50,1-56,5)	1,4 (0,1-2,7)
retraité	14,4 (12,2-16,6)	93,2 (89,8-96,6)	retraité	30,5 (27,5-33,4)	91,1 (87,9-94,3)
autre	13,0 (10,9-15,1)	4,0 (1,3-6,6)	autre	16,2 (13,9-18,6)	7,5 (4,6-10,5)

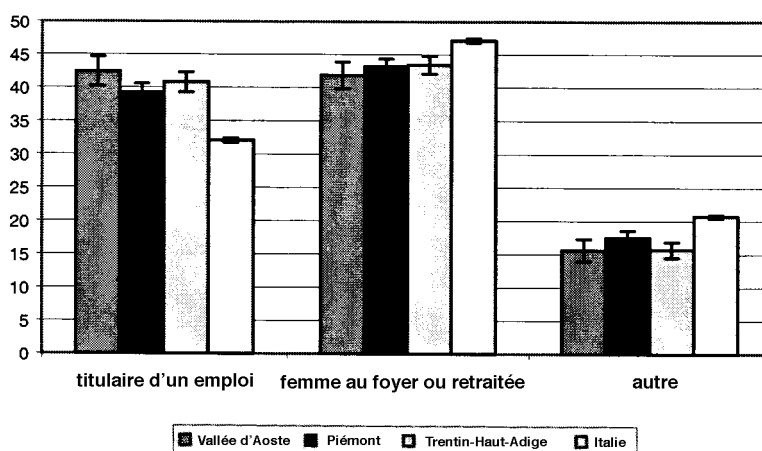
### Comparaison

Tout comme dans les autres régions du Nord de l'Italie, en Vallée d'Aoste le nombre des travailleurs des deux sexes est plus important que la moyenne de l'Italie, et les femmes sont notamment très actives sur le marché du travail.

**Graphique 2. La situation professionnelle en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Hommes**



**Graphique 2a. La situation professionnelle en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Femmes**



### LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE <sup>1</sup>

Appartenir à une classe sociale élevée est synonyme de revenus, statut, contrôle des conditions de vie et de travail. Cette situation influence favorablement tant l'état de santé que le maintien de ce dernier, aussi bien que l'utilisation appropriée et efficace des services. Généralement, l'influence est encore accrue si la famille appartient depuis plusieurs générations à cette classe sociale élevée.

L'analyse a été effectuée sur les classes suivantes<sup>2</sup> :

- bourgeoisie ;
- classe moyenne/employés ;
- petite bourgeoisie ;
- classe ouvrière.

Les hommes se répartissent comme suit <sup>3</sup>:

- 14,2% relèvent de la bourgeoisie ;
- 21,7% relèvent de la classe moyenne/employés ;
- 18,0% relèvent de la petite bourgeoisie ;
- 37,4% relèvent de la classe ouvrière.

Les femmes se répartissent comme suit <sup>3</sup>:

- 7,4% relèvent de la bourgeoisie ;
- 26,6% relèvent de la classe moyenne/employées ;
- 18,5% relèvent de la petite bourgeoisie ;
- 22,5% relèvent de la classe ouvrière.

En Vallée d'Aoste, les hommes relèvent pour l'essentiel de la classe ouvrière, tandis que les femmes relèvent surtout de la classe moyenne/employées.

La répartition par sexe confirme une présence plus massive des hommes dans le cadre des professions ouvrières et des femmes dans la classe moyenne/employées. La représentativité des hommes est plus importante au niveau des dirigeants, tandis qu'une proportion importante de travailleurs ne peut être classifiée dans une catégorie précise, les femmes notamment. Cette difficulté est peut-être due à la diffusion du travail précaire. (Tableau 3)

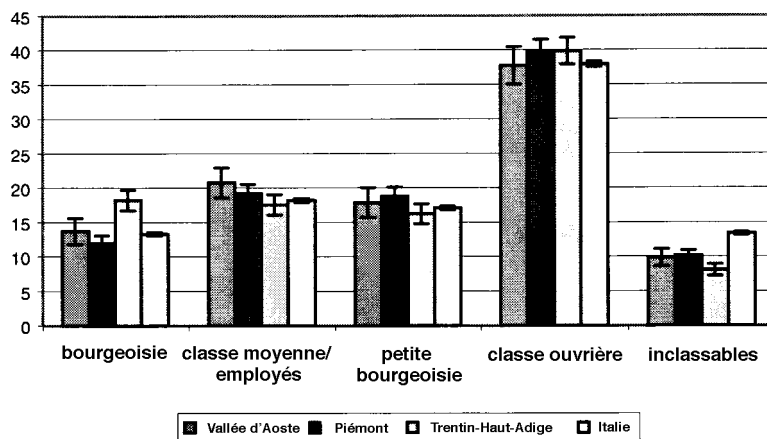
**Tableau 3. La catégorie professionnelle en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000.**

Hommes		Femmes	
Catégorie professionnelle	15-64	Catégorie professionnelle	15-64
bourgeoisie	14,6 (12,4-16,8)	bourgeoisie	8,4 (6,6-10,1)
classe moyenne/employés	23,9 (21,3-26,6)	classe moyenne/employées	31,7 (28,7-34,6)
petite bourgeoisie	16,6 (14,3-18,9)	petite bourgeoisie	14,5 (12,3-16,8)
classe ouvrière	34,8 (31,8-37,7)	classe ouvrière	23,5 (20,8-26,2)
inclassables	10,1 (8,3-12,0)	inclassables	22,0 (19,3-24,6)

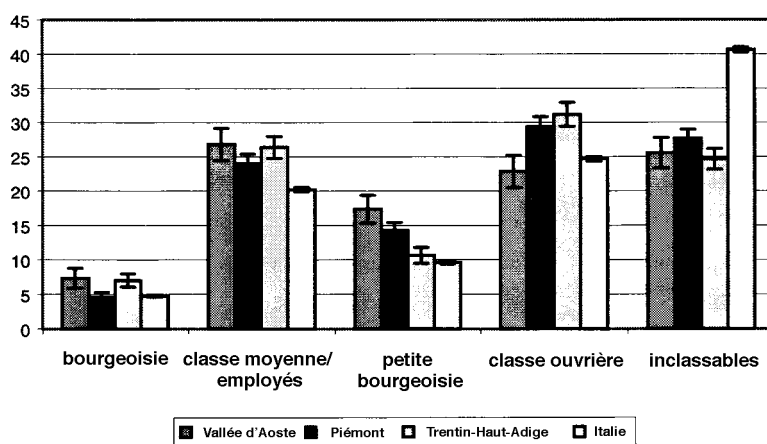
### Comparaison

La comparaison entre les catégories professionnelles de la Vallée d'Aoste et celles des autres régions fait ressortir un certain nombre de faits intéressants en ce qui concerne les femmes, tels qu'une forte présence de celles-ci dans la catégorie « bourgeoisie » en Vallée d'Aoste et au Trentin-Haut-Adige, une présence réduite dans la classe ouvrière et une présence prédominante dans la catégorie des professions autonomes et de la petite bourgeoisie. En ce qui concerne les hommes, il n'y a pas de différences significatives.

**Graphique 3. La catégorie professionnelle en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Hommes**



**Graphique 3a. La catégorie professionnelle en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Femmes**



## L'ÉTAT CIVIL

Le fait d'être célibataire, séparé, divorcé ou veuf engendre des différences généralement négatives pour les conditions de santé et d'accès aux services. L'état civil en lui-même ne saurait bien évidemment être tenu pour responsable de ce fait et reflète simplement les caractéristiques subjectives qui ont interdit à beaucoup de personnes le mariage ou la poursuite de celui-ci, et qui sont souvent liées aux conditions de santé, aux ressources économiques, au niveau d'instruction et, d'une façon plus générale, à une situation sociale défavorisée.

Dans bien des cas, et surtout pour ce qui est des hommes, l'absence de soutien conjugal prive l'intéressé d'une ressource utile à la protection et au soin de sa santé. Il y a en Vallée d'Aoste plus d'hommes célibataires que de femmes et plus de veuves que de veufs. Pour ce qui est des célibataires, la différence est surtout sensible chez les individus adultes, ce qui témoigne de la difficulté qu'éprouvent les montagnards à fonder une famille. Quant aux personnes qui ont perdu leur conjoint, la différence entre hommes et femmes s'explique par le taux supérieur de la mortalité masculine (Tableau 4).

Les hommes se répartissent comme suit <sup>3</sup>:

- 55,8% sont mariés ;
- 34,2% sont célibataires ;
- 7,0% sont séparés ou divorcés ;
- 3,0% sont veufs.

Les femmes, elles, se répartissent comme suit <sup>3</sup>:

- 53,6% sont mariées ;
- 23,3% sont célibataires ;
- 6,1% sont séparées ou divorcées ;
- 17,0% sont veuves.

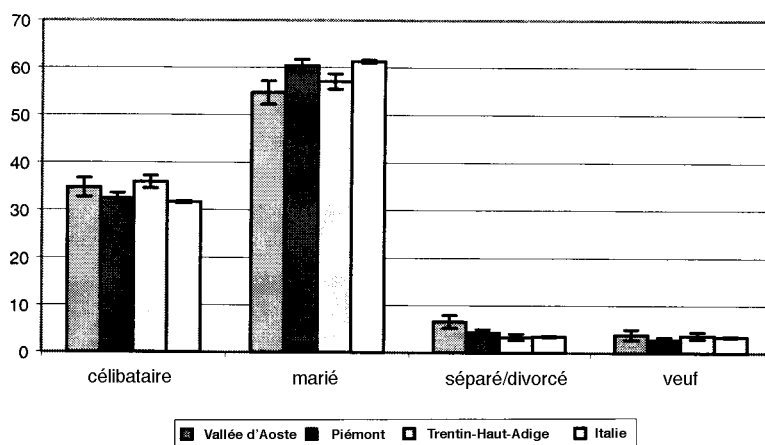
**Tableau 4. L'état civil en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000.**

Hommes			Femmes		
État civil	15-64	65 >	État civil	15-64	65 >
Célibataire	39,4 (36,4-42,5)	8,8 (5,0-12,7)	Célibataire	28,8 (25,9-31,7)	6,2 (3,5-8,9)
Marié	51,9 (48,8-55,0)	74,9 (69,0-80,8)	Mariée	58,9 (55,8-62,1)	36,8 (31,4-42,3)
Séparé ou divorcé	7,8 (6,1-9,5)	3,3 (0,9-5,7)	Séparée ou divorcée	6,9 (5,3-8,6)	3,4 (1,4-5,5)
Veuf	0,9 (0,3-1,5)	13,0 (8,4-17,6)	Veuve	5,3 (3,9-6,8)	53,6 (48,0-59,2)

En Vallée d'Aoste, le pourcentage d'hommes mariés est nettement inférieur à celui du Piémont et de l'ensemble de l'Italie, mais il est comparable à celui du Trentin-Haut-Adige. La région enregistre un excédent significatif par rapport à toutes les autres régions et à l'ensemble de l'Italie pour ce qui est de la proportion de personnes séparées ou divorcées et l'on y relève un nombre de célibataires légèrement supérieur à la moyenne italienne.

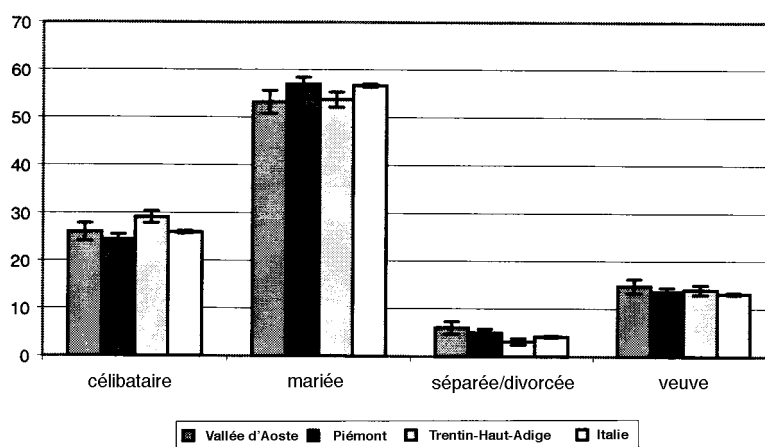
Pour ce qui est des femmes, le pourcentage de Valdôtaines mariées est inférieur à la moyenne italienne et similaire aux chiffres du Trentin-Haut-Adige. Comme chez les hommes, l'on remarque un taux légèrement supérieur de personnes séparées, divorcées ou veuves. En ce qui concerne les célibataires, il n'y a pas de différence entre les Valdôtaines et les femmes des autres régions (Graphiques 4 et 4a).

**Graphique 4. L'état civil en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Hommes**





**Graphique 4a. L'état civil en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Femmes**



### LE TYPE DE FAMILLE

La composition de la famille est source de risques et d'opportunités pour ce qui est de la santé de chaque personne et de son accès aux services sanitaires.

En ce qui concerne les hommes, ils se répartissent dans les catégories suivantes <sup>3</sup>:

- 52,6% : couple avec enfants ;
- 22,4% : couple sans enfants ;
- 6,1% : famille monoparentale ;
- 16,0% : personne seule.

2,9% des hommes interrogés n'ont pas répondu à cette question.

En ce qui concerne les femmes, elles se répartissent dans les catégories suivantes <sup>3</sup>:

- 48,2% : couple avec enfants ;
- 21,2% : couple sans enfants ;
- 7,9% : famille monoparentale ;
- 20,2% : personne seule.

2,5% des femmes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

Le Tableau 5 présente une répartition par âge et par sexe de ces données qui sont conditionnées par la description précédente de l'état civil. Près de 7% des mineurs vivent dans une famille monoparentale. En ce qui concerne les adultes, l'on n'observe pas de différences excessives, si l'on excepte un nombre légèrement plus élevé d'hommes vivant seuls, comme il ressortait déjà des chiffres de l'état civil. Pour ce qui est des personnes âgées, les chiffres relatifs aux femmes vivant seules se trouvent confirmés.

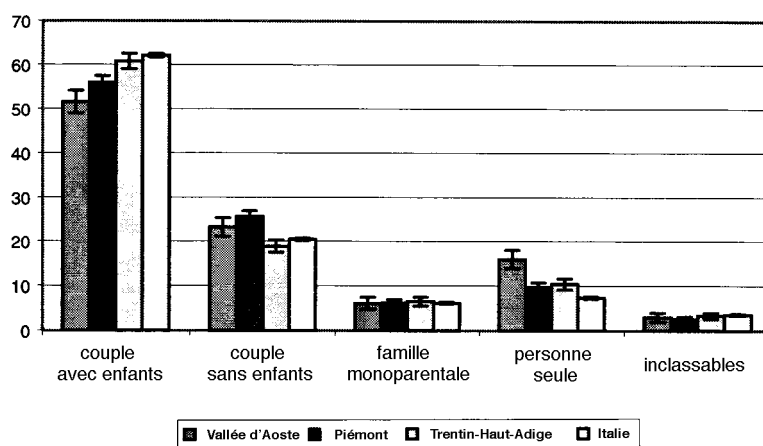
**Tableau 5. Le type de famille en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000.**

Hommes				Femmes			
Type de famille	0-14	15-64	65 >	Type de famille	0-14	15-64	65 >
couple avec enfants	92,6 (88,7-96,4)	59,8 (56,8-62,9)	18,3 (13,1-23,6)	couple avec enfants	91,3 (87,0-95,5)	60,7 (57,6-63,8)	9,2 (5,9-12,4)
couple sans enfants		15,0 (12,7-17,2)	58,2 (51,5-64,9)	couple sans enfants		17,9 (15,5-20,4)	31,4 (26,1-36,6)
famille monoparentale	5,6 (2,2-8,9)	7,2 (5,6-8,8)	0,9 (0-2,2)	famille monoparentale	6,1 (2,5-9,6)	8,0 (6,3-9,8)	7,5 (4,5-10,4)
personne seule		15,9 (13,6-18,1)	16,80 (11,7-21,9)	personne seule		11,3 (9,3-13,3)	48,1 (42,5-53,7)
inclassables	1,9 (0-3,8)	2,2 (1,3-3,1)	5,8 (2,6-9,0)	inclassables	2,0 (0-4,0)	2,0 (1,1-2,9)	3,9 (1,7-6,1)

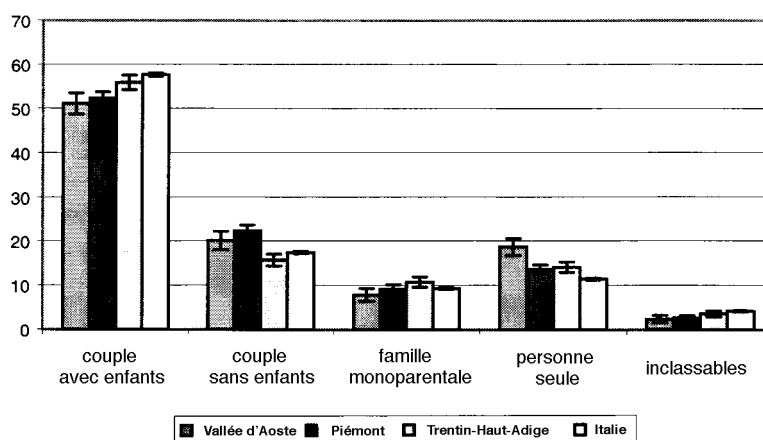
Par rapport à toutes les autres réalités géographiques utilisées pour établir des comparaisons, l'on peut constater que c'est en Vallée d'Aoste que le couple avec enfants obtient les valeurs les plus basses, tant chez les hommes que chez les femmes ; c'est également dans notre région que la proportion de personnes seules est la plus élevée.

Quant aux couples sans enfants et aux familles monoparentales, les résultats obtenus ici ne diffèrent pas particulièrement de ceux des autres réalités utilisées pour établir des comparaisons. (Graphiques 5 et 5a).

**Graphique 5. Le type de famille en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Hommes**



**Graphique 5a. Le type de famille en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Femmes**



### L'APPRÉCIATION DES RESSOURCES ÉCONOMIQUES

Les ressources économiques dont une famille peut disposer donnent la mesure des possibilités de consommation de cette dernière en matière de biens et de services, y compris dans le domaine sanitaire. D'autre part, les personnes qui considèrent leurs propres ressources de manière négative ont fréquemment un profil sanitaire moins favorable que celles qui considèrent convenant à leurs besoins.

L'analyse de l'appréciation des ressources économiques a été effectuée sur la base des catégories suivantes :

- excellentes / adéquates
- faibles / absolument insuffisantes.

En Vallée d'Aoste, 80% des hommes et 78,4% des femmes vivent dans des familles qui ont déclaré qu'elles considèrent leurs ressources économiques comme excellentes ou adéquates.

En revanche, 20% des hommes et 21,6% des femmes jugent leurs ressources faibles ou absolument insuffisantes.

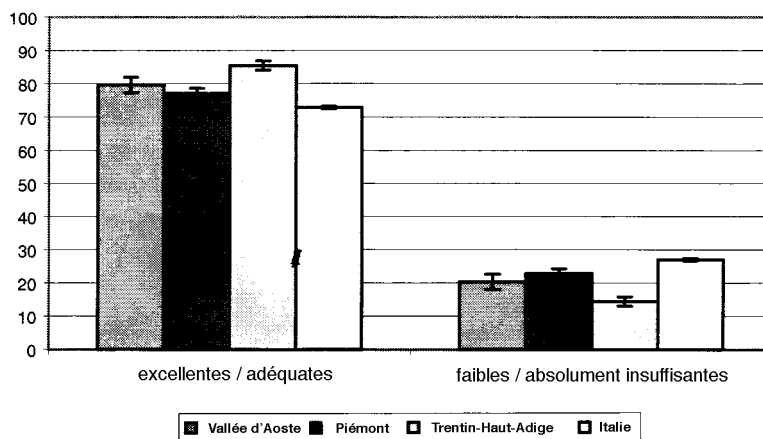
Etant donné que cette variable se réfère aux conditions familiales, l'analyse par âge ne met en évidence aucune différence significative entre les trois différentes classes d'âge pour l'un ou l'autre sexe (Tableau 6).

**Tableau 6 . L'appréciation des ressources économiques en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000.**

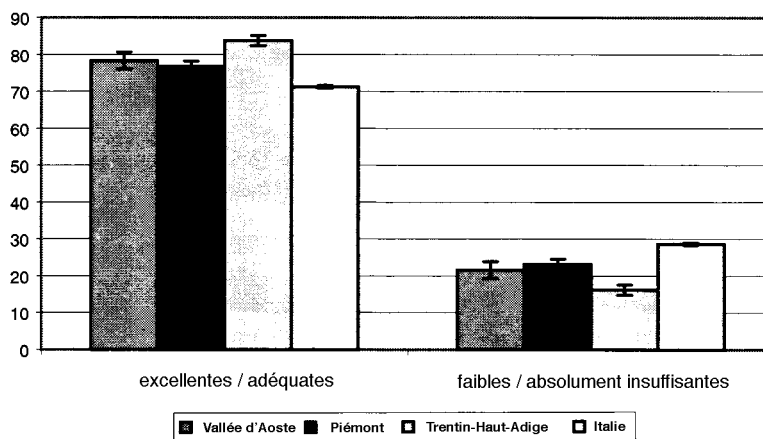
Hommes				Femmes			
Appréc. ressources écon.	0-14	15-64	65 >	Appréc. ressources écon.	0-14	15-64	65 >
excellentes, adéquates	82,4 (76,8-87,9)	81,3 (78,8-83,7)	74,3 (68,3-80,2)	excellentes, adéquates	80,4 (74,4-86,3)	78,8 (76,2-81,4)	77,3 (72,6-82,0)
faibles absol. insuffisantes	17,6 (12,1-23,2)	18,7 (16,3-21,2)	25,7 (19,8-31,7)	faibles absol. insuffisantes	19,6 (13,7-25,6)	21,2 (18,6-23,8)	22,7 (18,0-27,4)

Si l'on compare les pourcentages afférents à la partie de la population qui a une opinion négative de ses propres ressources, les hommes et les femmes de la Vallée d'Aoste sont, après ceux du Trentin Haut Adige, ceux qui sont les plus satisfaits de leur situation (Graphiques 6 et 6a).

**Graphique 6. L'appréciation des ressources économiques en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Hommes**



**Graphique 6a. L'appréciation des ressources économiques en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Année 2000 – Femmes**



## CONCLUSIONS

Telle qu'elle résulte de l'enquête, la structure socio-économique de la population valdôtaine ne peut que confirmer l'image déjà connue de cette société : une scolarité similaire à celle des autres régions du Nord de l'Italie, une participation au marché du travail plus intense – surtout pour les femmes, qui occupent des positions plus intéressantes du point de vue professionnel – et une certaine satisfaction due à une plus grande disponibilité de ressources économiques.

Pour ce qui est de la démographie, des liens et des ressources familiales, la situation est en revanche moins favorable : nombreuses sont les personnes seules (les hommes adultes célibataires et les femmes âgées), de même que les familles séparées avec des enfants à charge.

Du point de vue du profil de santé, cette société présente une situation favorable sous l'aspect socio-économique et négative sous l'aspect démographique.

## Notes

- <sup>1</sup> En ce qui concerne les personnes titulaires d'un emploi, il est fait référence à la situation actuelle. Pour ce qui est des retraités et des personnes au foyer il est fait référence au dernier emploi.
- <sup>2</sup> Les classes sont constituées comme suit :
- bourgeoisie = dirigeants, directeurs, cadres, entrepreneurs, professionnels exerçant en libéral ;
- classe moyenne/employés = employés et intermédiaires ;
- petite bourgeoisie = travailleurs autonomes, associés de coopératives de biens et services, collaborateurs ;
- classe ouvrière = ouvriers en chef, ouvriers subalternes ou assimilés, apprentis, travailleurs à domicile pour le compte d'une entreprise.
- <sup>3</sup> Les pourcentages se réfèrent à la population âgée de plus de 15 ans.

## LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Certains résultats préliminaires de l'enquête sur la santé en l'an 2000 réalisée par l'ISTAT – relatifs aux deux premiers trimestres de l'année – ont été insérés dans la partie relative aux déterminants de la santé du Rapport en matière de santé et d'aide sociale 1999-2000. Cette section commente les données définitives de l'enquête et les compare à des variables qui n'ont pas été prises en compte par le rapport précédent. Grâce à ces variables, il est possible de mieux expliquer si, et dans quelle mesure, l'aptitude des Valdôtains à adopter des styles de vie qui nuisent à leur santé est conditionnée non seulement par le fait d'être un homme ou une femme, mais aussi par l'âge, par les dimensions de la commune où ils résident, par leur niveau d'instruction, par leur état civil, par leur activité professionnelle ou, enfin, par le jugement qu'ils portent sur leurs ressources économiques.

### L'ALCOOL

Même si, en Italie, la consommation globale d'alcool a diminué durant les vingt dernières années, la propension à en consommer de façon excessive reste forte, surtout dans certaines régions, au nombre desquelles figure la Vallée d'Aoste.

L'impact de l'alcool sur la santé peut être mesuré par le biais des taux de mortalité et de morbidité liés à certaines maladies associées à sa consommation.

Pour ce qui est de la mortalité, la Vallée d'Aoste enregistre des pics qui sont surtout le fait de la population masculine âgée de moins de 65 ans. Les tumeurs malignes dues à l'abus d'alcool qui causent le plus de décès, principalement chez les hommes, sont celles de la bouche, des lèvres, de la langue, du pharynx et du foie.

Pour ce qui est de la morbidité, les fiches de sortie des hôpitaux (SDO) constituent, en raison des informations qu'elles renferment et malgré leurs limitations, un précieux outil d'information. La récente analyse des motifs d'hospitalisation en Vallée d'Aoste, réalisée entre 1997 et 1999<sup>1</sup>, met en lumière des taux d'hospitalisation pour maladies hépatiques dues à l'abus d'alcool qui dépassent ceux du Piémont de plus de trois fois et demie pour les hommes et de plus de quatre fois chez les femmes.

En Vallée d'Aoste, l'on enregistre, chez les hommes de la communauté de montagne Mont-Rose, des pics d'hospitalisation liée à des maladies hépatiques dues à l'abus d'alcool équivalant à 54% en plus de la moyenne régionale. Par ailleurs, les célibataires courent deux fois plus de risques d'être hospitalisés pour cette raison que les hommes mariés. Quant au pourcentage de nouveaux cas, il est deux fois et demie plus élevé dans la communauté de montagne Grand-Combin que dans le reste de la région.

En ce qui concerne les femmes, les pics d'hospitalisation liée à des maladies hépatiques dues à l'abus d'alcool sont concentrés dans le district 4 et notamment dans la communauté de montagne Évançon, où le risque d'hospitalisation est supérieur de 62% à celui du reste de la Vallée d'Aoste. Chez toutes les Valdôtaines, le veuvage semble accroître le pourcentage d'hospitalisation pour des maladies liées à l'abus d'alcool (52% de plus que chez le reste des femmes).

Le risque d'hospitalisation pour maladie hépatique chronique et pour cirrhose est plus élevé chez les célibataires des deux sexes de la communauté de montagne Évançon.

Il faut classer parmi les problèmes de santé causés par l'abus d'alcool certains traumatismes dus à des accidents de la route ou du travail, dont le nombre est très difficile à évaluer, parce que le fait que l'intéressé soit un buveur n'est pas toujours mentionné ni reconnu comme l'une des causes de l'accident.

Il convient d'autre part de rappeler que, le comportement des sujets qui consomment de grandes quantités d'alcool n'affecte

pas seulement les indicateurs de santé, mais aussi – et considérablement – le système de production, les familles, ainsi que le contexte économique et social, et ce, pendant des années. Le CENSIS<sup>2</sup> estime qu'ils coûtent à l'Italie 6,5 milliards d'euros par an, ce qui correspond à environ 15 millions d'euros par an pour la seule Vallée d'Aoste, toutes dépenses confondues (prestations sanitaires destinées aux alcooliques, coût découlant des absences du travail, baisse de productivité, perte d'emploi pour invalidité, assistance liée à la baisse de productivité, assistance par des membres de la famille, accidents causés par des alcooliques, perte de production due à la maladie ou la mort des victimes d'accidents causés par des alcooliques).

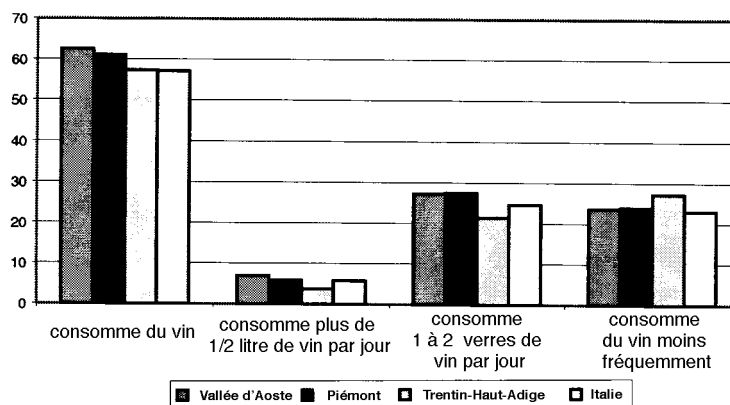
### Comparaisons

Les données qui suivent comparent uniquement la situation de la Vallée d'Aoste à celle des autres zones géographiques, puisque le problème de l'alcool n'a pas été pris en compte par l'enquête de l'ISTAT sur les conditions de santé et le recours aux services en l'an 2000. Les informations suivantes se réfèrent aux enquêtes *Multiscopo*, effectuées par l'ISTAT en 1999-2000.

Le graphique montre que les personnes qui déclarent consommer du vin sont un peu plus nombreuses en Vallée d'Aoste qu'ailleurs : 62,5%, contre 61,1% au Piémont, 57,3% au Trentin-Haut-Adige et 57,1% en Italie.

L'on retrouve ces mêmes écarts dans les données relatives aux catégories qui consomment davantage (plus d'un demi-litre par jour) (Graphique 1).

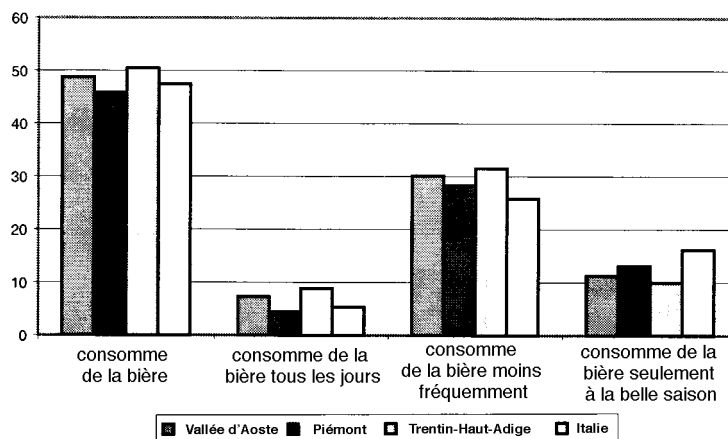
**Graphique 1. Consommation de vin par an et par personne (14 ans et plus) en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**



Autre consommation élevée, mais qui dénote une autre « culture » de la boisson, celle de la bière.

Avec 48,8% de consommateurs de bière, la Vallée d'Aoste se classe au deuxième rang, juste derrière le Trentin-Haut-Adige, même lorsque l'on parle de consommation quotidienne (Graphique 2).

**Graphique 2. Consommation de bière par an et par personne (14 ans et plus) en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**



## LE TABAGISME

La fumée de cigarettes est le principal responsable de nombreuses tumeurs, ainsi que de maladies circulatoires et respiratoires. La consommation de tabac pendant la grossesse comporte un fort risque de naissance d'un nourrisson de poids inférieur à la normale et de retard de la croissance intra-utérine de l'enfant.

L'impact sur la santé ne se manifeste pas seulement de façon directe : de plus en plus de preuves scientifiques démontrent l'importance du tabagisme passif dans l'origine de multiples maladies.

L'importance de la lutte contre le tabagisme ne tient pas seulement à la diffusion et à la gravité des conséquences de ce comportement, mais aussi au fait qu'il s'agit là d'un des rares facteurs de risque qu'il est théoriquement possible d'éliminer ; par ailleurs, il est prouvé que le fait d'arrêter de fumer peut, en l'espace de 15 ans, ramener le niveau de risque de l'intéressé à celui d'un non-fumeur.

Le tabagisme cause un grand nombre de décès, d'hospitalisations et de handicaps qu'il serait possible d'éviter et dont les coûts grèvent lourdement les comptes publics : si ceux-ci pouvaient être réduits, la société économiserait des sommes considérables qu'elle pourrait réinvestir dans la santé et l'assistance.

En 2000, les Valdôtains de plus de 15 ans ont déclaré relever des catégories suivantes<sup>3</sup> :

- 24,2% fumeur (moins de 20 cigarettes par jour)
- 4,2% grand fumeur (plus de 20 cigarettes par jour)
- 26,4% ancien fumeur
- 45,2% non fumeur

En 2000, les Valdôtaines de plus de 15 ans ont déclaré relever des catégories suivantes<sup>3</sup> :

- 17,3% fumeuse (20 cigarettes par jour)
- 1,3% grande fumeuse (plus de 20 cigarettes par jour)
- 15,6% ancienne fumeuse
- 65,8% non fumeuse

L'analyse par âge démontre que chez les hommes, l'habitude de fumer s'est moins enracinée dans les jeunes générations (5

adultes sur 10 fument, contre 7 hommes âgés sur 10), alors que c'est l'inverse chez les femmes (4 adultes sur 10 fument, contre 2 femmes âgées sur 10).

La proportion d'anciens fumeurs est plus importantes chez les personnes âgées (environ 3 sur 4) que chez les adultes (environ 2 sur 5).

**Tableau 1 . Le tabagisme en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

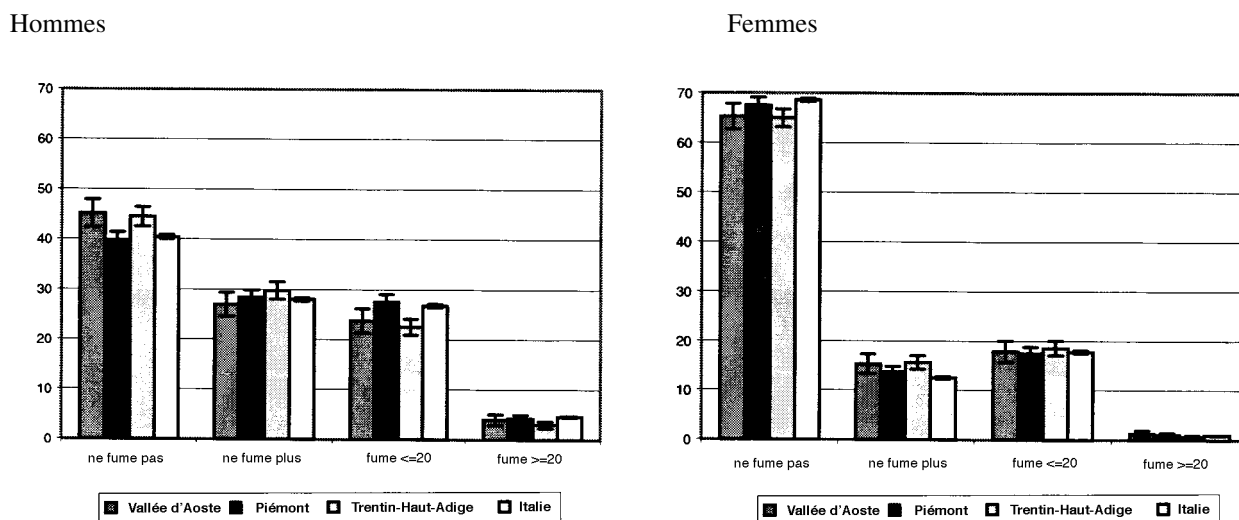
Hommes			Femmes		
Tabagisme	15-64	65 >	Tabagisme	15-64	65 >
ne fume pas	47,4 (44,3-50,6)	34,3 (27,9-40,8)	ne fume pas	61,3 (58,2-64,4)	80,0 (75,5-84,5)
ne fume plus	22,1 (19,5-24,7)	47,2 (40,3-54,0)	ne fume plus	15,9 (13,52-18,17)	14,6 (10,6-18,6)
fume <=20	25,9 (23,2-28,6)	16,2 (11,2-21,2)	fume <=20	21,3 (18,7-23,9)	5,0 (2,6-7,5)
fume >=20	4,6 (3,3-5,9)	2,3 (0,3-4,4)	fume >=20	1,6 (0,8-2,4)	0,4 (0-1,0)

### Comparaisons

Comparée aux autres régions d'Italie, la Vallée d'Aoste compte la plus faible proportion d'anciens fumeurs ; les chiffres relatifs aux fumeurs moyens (< 20 cigarettes par jour) restent relativement faibles et similaires à ceux du Trentin-Haut-Adige. Pas de différence en ce qui concerne les gros fumeurs.

Pour ce qui est des femmes, la Vallée d'Aoste suit une évolution tout à fait parallèle à celle des autres Régions en ce qui concerne la consommation moyenne et forte. Le pourcentage de femmes ayant cessé de fumer semble le plus élevé, comparable à celui du Trentin-Haut-Adige.

**Graphique 3. Le tabagisme en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**





### **Les différences sociales en Vallée d'Aoste**

En matière de tabagisme, le facteur discriminant semble être, pour les deux sexes, le jugement que chaque personne porte sur ses propres ressources économiques : ce sont les Valdôtains et les Valdôtaines qui considèrent que celles-ci sont faibles ou insuffisantes qui fument le plus (PRR = 1,3 pour les hommes et PRR = 1,5 chez les femmes).

Le tabagisme est plus répandu chez les hommes ayant un niveau d'instruction moyen ou bas, de l'ordre de 40% de plus que chez les hommes ayant un niveau d'instruction supérieur. Chez les femmes, on ne remarque pas de différences significatives.

Les femmes non mariées semblent fumer plus que les femmes mariées (50% de plus) tandis que l'on enregistre une marge de 20% chez les hommes non mariés.

Les travailleurs valdôtains qui effectuent des travaux manuels fument plus (un tiers de plus) que les autres catégories de travailleurs (PRR = 1,3) (Tableau 2).

**Tableau 2. Tabagisme en Vallée d'Aoste en 2000 : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence – Rapport standardisé de prévalence (PRR) – Hommes et femmes.**

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>			
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,0)
<2 000 hab.	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,2)
<b>INSTRUCTION</b>			
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,3 (1,1-1,5)	1,4 (1,1-1,7)	1,2 (0,9-1,5)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,2 (1,0-1,5)	1,4 (1,1-1,9)	1,1 (0,8-1,5)
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
marié/e	1,0	1,0	1,0
autre	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-0,9)	1,5 (1,2-1,9)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
non manuelle	1,0	1,0	1,0
manuelle	1,3 (1,1-1,5)	1,3 (1,1-1,5)	1,1 (0,8-1,4)
autonome	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,7-1,4)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>			
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,4 (1,2-1,6)	1,3 (1,1-1,5)	1,5 (1,2-1,9)

### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il est désormais amplement démontré qu'une activité physique constante, même de faible intensité, protège efficacement les personnes de tout âge contre les pathologies qui affectent le plus fréquemment la population.

Une séance d'aérobic, même modérée, de 30 minutes par jour, cinq jours par semaine peut protéger un individu, quel que soit son âge, contre le développement des maladies cardiovasculaires, du diabète, des ostéoarthrites, de l'ostéoporose et du cancer du colon. Un certain nombre de données intéressantes, même si elles ne constituent pas encore des preuves scientifiques décisives, montrent par ailleurs l'effet protecteur de l'exercice physique pour les autres organes susceptibles de développer des tumeurs, tels que l'endomètre, la prostate, l'ovaire, le testicule et le sein.

Chez la population âgée, l'efficacité de l'exercice physique a été démontrée dans les domaines suivants :

- maladies cérébro-vasculaires (il contribue à réduire le risque de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires en général et plus précisément aux coronopathies et à l'hypertension artérielle) ;
- diabète (il contribue à réduire le risque de développement d'un diabète sucré ne requérant pas de traitement par insuline) ;
- ostéoarthrites (il prévient les arthrites des personnes âgées et complète les traitements) ;
- prévention des chutes (il a été prouvé que l'exercice physique aide à réduire le risque de chute chez les personnes âgées et, en permettant notamment de prévenir la fracture du fémur, il favorise l'autonomie de ces dernières) ;
- qualité de la vie (l'exercice physique contribue à retarder le déclin fonctionnel, favorise la socialisation et freine l'isolement social qui est l'un des facteurs aggravants de nombreuses pathologies).

Chez les enfants et les adolescents, la pratique d'une activité sportive améliore le développement des muscles et du squelette, tandis que chez les adultes il aide à préserver la densité osseuse, limitant ainsi les risques de fractures et de pathologies affectant le squelette et les muscles.

Faire du sport ou simplement de l'exercice physique en plein air, avec d'autres personnes éventuellement, améliore l'humeur, réduit les symptômes de dépression et d'anxiété dus aux rythmes de la vie quotidienne et écarte les maladies qui peuvent en découler. En revanche, l'absence d'une activité physique habituelle favorise la prise de poids et dans certains cas, l'obésité, qui est en elle-même considérée comme un facteur de risque pour de nombreuses pathologies.

Pour ce qui est des Valdôtains, en 2000, 78% d'entre eux ont déclaré qu'ils pratiquaient une forme d'activité physique, et parmi eux<sup>3</sup>,

- 33% font de l'exercice régulièrement ;
- 25% font de l'exercice de temps à autre ;
- 19% pratiquent un sport intensif.

22% ne pratiquent aucune activité physique.

Pour ce qui est des Valdôtaines, en 2000, 74% d'entre elles ont déclaré qu'elles pratiquaient une forme d'activité physique, et parmi elles<sup>3</sup>,

- 29% font de l'exercice régulièrement ;
- 33% font de l'exercice de temps à autre ;
- 11% pratiquent un sport intensif.

26% ne pratiquent aucune activité physique.

L'analyse par âge indique clairement qu'une forte proportion d'adultes et de personnes âgées, les femmes notamment, ne pratiquent aucune activité physique (4 femmes âgées sur 10). Il semble que la situation des femmes se soit améliorée avec les nouvelles générations, chez lesquelles l'on observe que la proportion de personnes qui font du sport régulièrement est plus importante que chez les personnes âgées (Tableau 3).

**Tableau 3 . L'exercice physique en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes				Femmes			
Exercice physique	0-14	15-64	65 >	Exercice physique	0-14	15-64	65 >
ne pratiquent aucune activité physique	3,4 (0-6,9)	19,1 (16,7-21,6)	32,6 (26,3-39,0)	ne pratiquent aucune activité physique	5,4 (1,0-9,8)	21,0 (18,4-23,6)	40,8 (35,2-46,3)
font de l'exercice de temps à autre	3,7 (0,1-7,3)	24,3 (21,6-26,9)	29,1 (22,9-35,3)	font de l'exercice de temps à autre	15,5 (8,4-22,6)	33,2 (30,2-36,2)	35,6 (30,2-40,9)
font de l'exercice régulièrement	28,5 (20,0-37,0)	33,2 (30,3-36,1)	34,8 (28,3-41,2)	font de l'exercice régulièrement	35,3 (26,0-44,6)	31,7 (28,7-34,6)	21,5 (16,8-26,1)
pratiquent un sport intensif	64,4 (55,4-73,5)	23,4 (20,8-26,1)	3,5 (1,0-6,1)	pratiquent un sport intensif	43,8 (34,1-53,5)	14,2 (11,9-16,4)	2,2 (0,6-3,9)

### Comparaisons

En Vallée d'Aoste, la population des deux sexes fait régulièrement de l'exercice physique avec une fréquence plus élevée que la moyenne nationale, mais comparable à celle des autres régions du Nord de l'Italie.

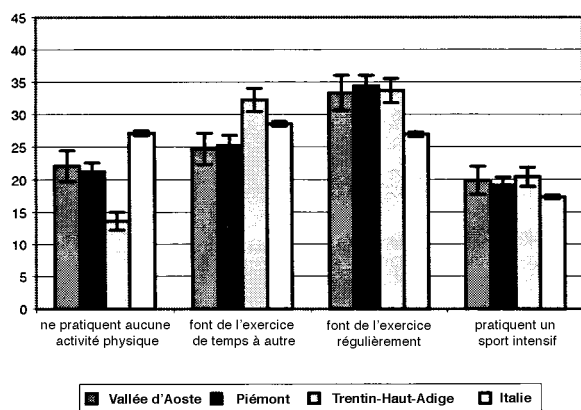
Pour ce qui est de l'exercice physique occasionnel, les chiffres de la Vallée sont globalement similaires à ceux des autres régions, mais inférieurs à ceux du Trentin-Haut-Adige.

La proportion des personnes des deux sexes qui ne pratiquent aucune activité physique est similaire à celle du Piémont, inférieure à la moyenne nationale, mais supérieure aux chiffres relatifs au Trentin-Haut-Adige.

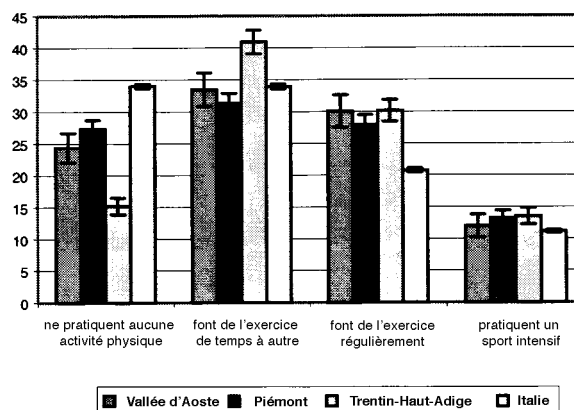
Pour ce qui est de la pratique intensive d'un sport, les pourcentages relatifs aux hommes et aux femmes de la Vallée d'Aoste ne s'écartent pas de ceux des autres régions (Graphique 4).

**Graphique 4. L'exercice physique en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**

Hommes



Femmes



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Le risque de sédentarité est commun aux Valdôtains des deux sexes dont l'instruction est de bas niveau : l'on relève des pourcentages supérieurs à 20%, un peu plus prononcés chez les hommes (PRR = 1,3). Même chose pour les travailleurs manuels et autonomes des deux sexes.

De légers pics de risque correspondent, par ailleurs, aux Valdôtains des deux sexes qui habitent dans des communes de petites et moyennes dimensions, par rapport à ceux qui résident à AOSTE.

**Tableau 4. L'exercice physique en Vallée d'Aoste en 2000 : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence – Rapport standardisé de prévalence (PRR) – Hommes et femmes.**

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>			
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,1 (1,0-1,2)	1,3 (1,0-1,6)	1,1 (1,0-1,3)
<2 000 hab.	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,1-1,7)	1,2 (1,0-1,3)
<b>INSTRUCTION</b>			
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,1 (1,0-1,3)	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,0-1,7)	1,3 (1,1-1,5)
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
marié/e	1,0	1,0	1,0
autre	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
non manuelle	1,0	1,0	1,0
manuelle	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,0-1,4)	1,1 (1,0-1,3)
autonome	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,6)	1,1 (1,0-1,3)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>			
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,9-1,1)

## L'OBÉSITÉ

Les mauvaises habitudes alimentaires et l'obésité représentent un grave problème de santé publique puisque, avec le manque d'activité physique, elles constituent l'un des principaux facteurs de risque pour bon nombre de maladies chroniques dégénératives.

La preuve de l'action nocive, ou protectrice, des habitudes alimentaires sur les cancers ou les maladies cardiovasculaires est désormais bien établie et a donné lieu à des recommandations pratiques d'ordre alimentaire.

L'indice de masse corporel ou *body mass index (BMI)* met en rapport le poids et la taille ; l'on parle d'obésité quand il est égal ou supérieur à 30.

En 2000, 8% des Valdôtains et 6,7% des Valdôtaines se trouvent en condition d'obésité<sup>3</sup>.

La fréquence des sujets en excès de poids augmente avec l'âge, surtout chez les femmes (Tableau 5)

**Tableau 5. L'obésité en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes			Femmes		
	15-64	65 >		15-64	65 >
Obésité	7,7 (6,1-9,4)	9,6 (5,6-13,6)	Obésité	5,4 (4,0-6,9)	10,8 (7,3-14,3)

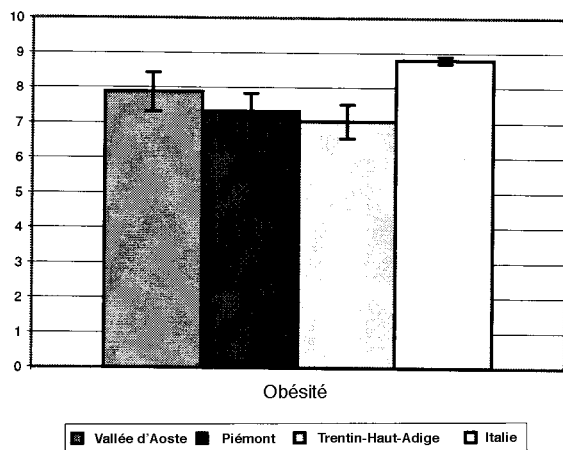
## Comparaisons

Si l'on compare ces chiffres à ceux des autres zones géographiques, l'on observe qu'il y a légèrement plus d'hommes obèses en Vallée d'Aoste qu'au Piémont ou au Trentin-Haut-Adige, deux régions qui se situent nettement au-dessous de la moyenne nationale.

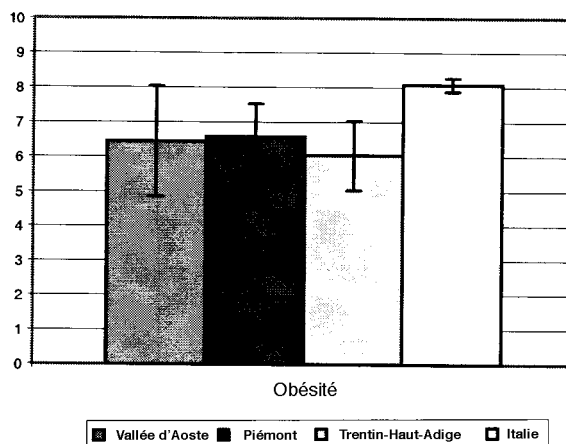
Le pourcentage de femmes obèses correspond à celui des autres régions et est inférieur à la moyenne nationale (Graphique 5).

**Graphique 5. L'obésité en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**

Hommes



Femmes



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Le facteur le plus déterminant de l'obésité semble être, pour les deux sexes, l'instruction individuelle.

Les Valdôtains dont le niveau d'instruction est le plus bas sont deux fois et demie plus obèses que ceux qui sont plus instruits (PRR = 2,5) et les Valdôtaines trois fois plus (PRR = 3,1).

Quant au risque d'obésité, il double en cas d'exercice d'une activité manuelle, fait non significatif.

Pour l'un comme pour l'autre sexe, le fait de ne pas être marié diminue de près de 20% le risque d'obésité (Tableau 6).

**Tableau 6. L'obésité en Vallée d'Aoste en 2000 : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence – Rapport standardisé de prévalence (PRR) – Hommes et femmes.**

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>			
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,2 (0,8-1,7)	1,1 (0,7-1,7)	1,2 (0,7-2,1)
<2 000 hab.	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,2)	1,2 (0,7-2,0)
<b>INSTRUCTION</b>			
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,0 (0,9-2,1)	1,0 (0,7-1,8)	1,0 (0,9-4,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	2,6 (1,7-4,1)	2,5 (1,4-4,4)	3,1 (1,4-6,6)
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
marié/e	1,0	1,0	1,0
autre	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,5-1,2)	0,7 (0,5-1,2)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
non manuelle	1,0	*	1,0
manuelle	2,1 (1,4-3,0)	*	1,2 (0,6-2,2)
autonome	1,8 (1,2-2,8)	*	2,0 (1,1-3,5)
inclassable	1,5 (0,9-2,5)	*	1,5 (0,8-2,7)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>			
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,3)	1,2 (0,7-1,9)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas.

## LE SOUS-POIDS

Les conditions de sous-poids, même si elles sont beaucoup moins fréquentes, représentent un indicateur de problèmes qui peut être associé à des conditions de santé défavorables.

En Vallée d'Aoste, cette condition est une caractéristique essentiellement féminine puisque 8% des femmes ont déclaré être en sous-poids contre 0,8% des hommes<sup>3</sup>.

L'analyse par âge démontre que cette condition affecte les femmes de tous les âges (Tableau 7).

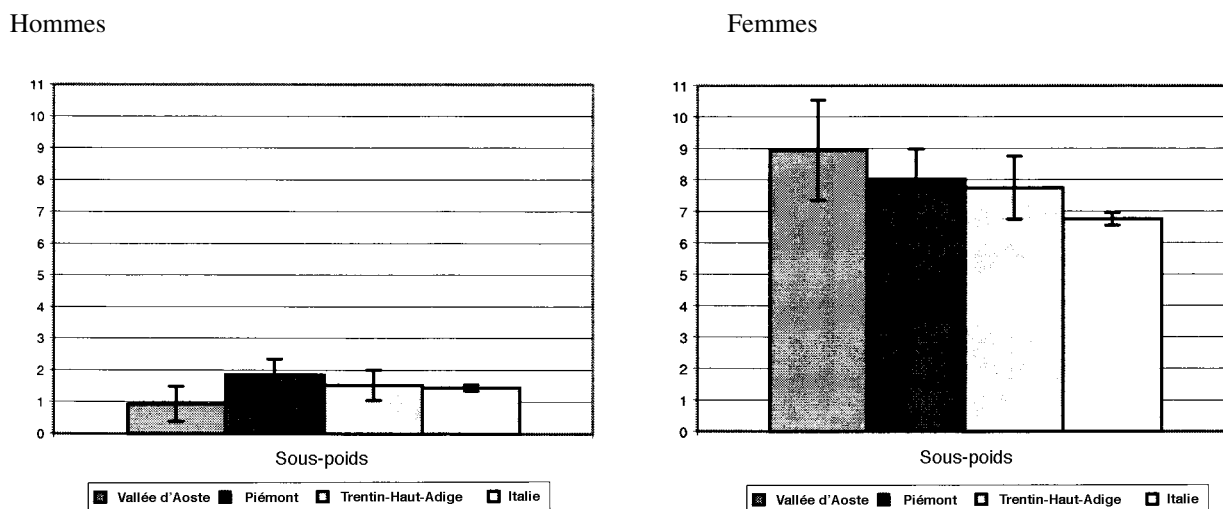
**Tableau 7. Le sous-poids en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes				Femmes			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Sous-poids	77,6 (71,5-83,6)	1,1 (0,4-1,7)		Sous-poids	81,4 (75,6-87,2)	9,3 (7,5-11,2)	5,5 (2,9-8,0)

## Comparaisons

Par rapport aux autres régions, les données relatives aux Valdôtaines en sous-poids sont les plus élevées en absolu, mais la comparaison n'est frappante que par rapport à l'ensemble de l'Italie (Graphique 6).

**Graphique 6. Le sous-poids en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**



## Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Chez les Valdôtains des deux sexes, le fait de résider dans une commune de petites dimensions plutôt qu'à AOSTE semble presque diviser par deux (PRR = 0,6) le risque d'être en sous-poids.

De même, cette probabilité est réduite chez les hommes et femmes de la Vallée d'Aoste dont le niveau d'instruction est bas et qui exercent une activité manuelle ou autonome ou qui considèrent qu'ils disposent de faibles ressources économiques (Graphique 8).



**Tableau 8. Le sous-poids en Vallée d'Aoste en 2000 : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence – Rapport standardisé de prévalence (PRR) – Hommes et femmes.**

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>			
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,2 (0,8-1,7)	1,9 (0,5-8,2)	1,1 (0,8-1,7)
<2 000 hab.	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,1-3,8)	0,6 (0,4-1,0)
<b>INSTRUCTION</b>			
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,7 (0,4-1,0)	1,4 (0,3-7,0)	0,7 (0,5-1,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	0,6 (0,3-1,1)	0,8 (0,1-11,2)	0,6 (0,3-1,1)
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
marié/e	1,0	1,0	1,0
autre	1,0 (0,6-1,5)	1,2 (0,2-7,7)	1,0 (0,7-1,5)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
non manuelle	1,0	1,0	1,0
manuelle	0,6 (0,4-1,0)	0,3 (0-2,0)	0,8 (0,5-1,3)
autonome	0,6 (0,3-1,1)	0,6 (0,1-4,9)	0,7 (0,3-1,3)
inclassable	1,2 (0,7-2,0)	0,4 (0-5,4)	1,1 (0,7-1,7)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>			
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	0,8 (0,5-1,3)	0,8 (0,1-4,2)	0,8 (0,5-1,2)

### LE CONTRÔLE DU POIDS

Le problème du contrôle du poids ne semble pas être fortement perçu en Vallée d'Aoste, notamment par les hommes : 66% de ceux-ci ont déclaré ne jamais le contrôler, ou rarement, en cours d'année, contre 44% des femmes.

En revanche 8,5% des hommes et 11,5% des femmes<sup>3</sup> contrôlent fréquemment leur poids en cours d'année.

L'analyse par âge confirme que les hommes de tous les âges ne prêtent que peu d'attention à leur poids (Tableau 9).

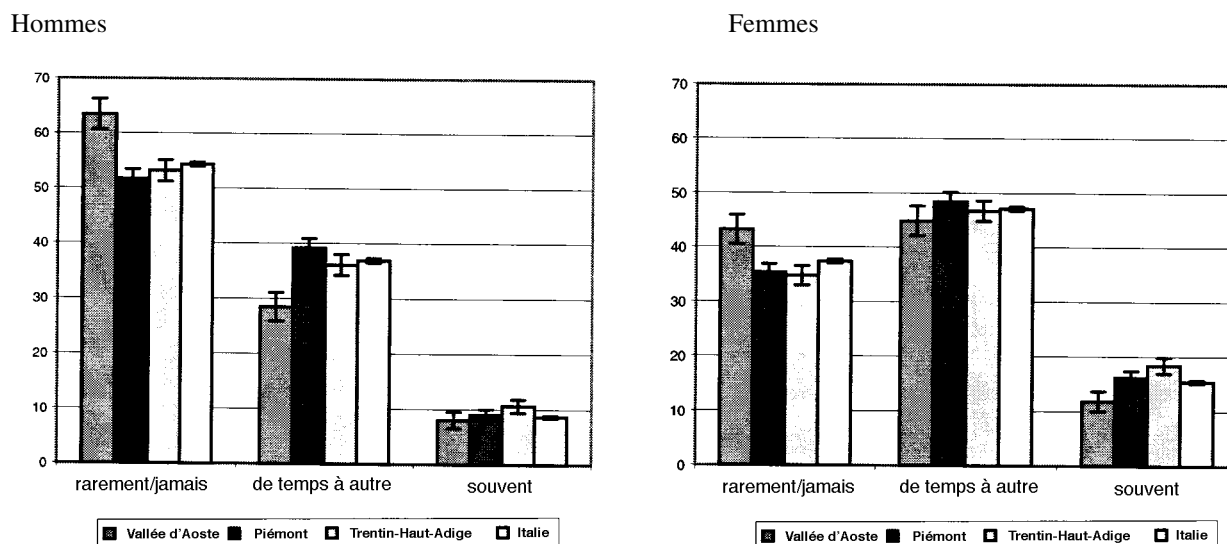
**Tableau 9. Le contrôle du poids en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentages et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes				Femmes			
Contrôle du poids	0-14	15-64	65 >	Contrôle du poids	0-14	15-64	65 >
rarement/jamais	54,2 (47,0-61,4)	62,6 (59,5-65,6)	66,2 (59,8-72,6)	rarement/jamais	48,9 (41,5-56,4)	39,5 (36,3-42,6)	59,8 (54,3-65,3)
de temps à autre	39,0 (31,9-46,0)	27,8 (25,0-30,5)	31,1 (24,8-37,4)	de temps à autre	46,0 (38,5-53,4)	46,8 (43,6-50,0)	35,8 (30,4-41,2)
souvent	6,9 (3,2-10,5)	9,7 (7,9-11,5)	2,7 (0,5-5,0)	souvent	5,1 (1,8-8,4)	13,7 (11,6-15,9)	4,5 (2,1-6,8)

### Comparaisons

Si l'on compare les prévalences standardisées de la Vallée d'Aoste à celles des autres régions, le désintérêt des Valdôtains, hommes et femmes, se confirme : de toutes les personnes qui déclarent ne contrôler leur propre poids que rarement ou jamais, ce sont eux qui sont les plus nombreux (Graphique 7).

**Graphique 7. Le contrôle du poids en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie. Année 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage. Hommes et femmes.**



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Les Valdôtains des deux sexes qui résident dans de petites communes (PRR = 1,4) et dont le niveau d'instruction est bas (PRR = 1,4) manifestent une plus grande propension à ne pas contrôler leur poids.

Cette tendance semble moindre chez les hommes et femmes de la Vallée d'Aoste qui ne sont pas mariés (PRR = 1,1), qui exercent une activité manuelle (PRR = 1,3) ou autonome (PRR = 1,3) (Tableau 10).

**Tableau 10. Le contrôle du poids en Vallée d'Aoste en 2000 : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence – Rapport standardisé de prévalence (PRR) – Hommes et femmes.**

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>			
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,3)
<2 000 hab.	1,4 (1,2-1,5)	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,5)
<b>INSTRUCTION</b>			
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,3)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,4 (1,2-1,6)	1,4 (1,2-1,6)	1,4 (1,1-1,7)
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
marié/e	1,0	1,0	1,0
autre	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
non manuelle	1,0	1,0	1,0
manuelle	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
autonome	1,3 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
inclassable	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (1,0-1,4)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>			
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,1-1,3)	1,0 (0,9-1,2)

## CONCLUSIONS

Au vu de la distribution des principaux comportements à risque pour la santé, la Vallée d'Aoste ne semble pas particulièrement pénalisée par rapport aux autres régions, y compris pour ce qui est de la consommation d'alcool qui, tout comme la consommation de vin, est légèrement excessive.

Ce sont en revanche les différences qui apparaissent à l'intérieur même de la région qui attirent l'attention sur ces facteurs de risque, surtout pour ce qui est de certains groupes de la population particulièrement exposés.

Il reste que la prévalence globale de ces comportements à risque demeure très élevée. Si on les classe par ordre d'importance, l'expérience du tabagisme a touché 1 homme sur 2 et 1 femme sur 3, la sédentarité affecte 1 homme sur 5 et 1 femme sur 4, l'obésité 1 adulte sur 15 et une personne âgée sur 10, et la consommation excessive de vin, 1 personne sur 15.

Il convient de réguler la prévention de ces comportements – qui ne manqueront pas d'avoir un impact sur la santé – en fonction de leur distribution dans la population.

Si l'on excepte le sous-poids – phénomène qui concerne surtout les personnes de sexe féminin, instruites et occupant une position sociale élevée, tous les autres comportements dangereux pour la santé sont étroitement et significativement liés au manque de ressources économiques (tabagisme, absence de contrôle du poids), au manque d'instruction (tabagisme masculin, sédentarité, obésité, absence de contrôle du poids), aux professions manuelles et au travail autonome (tabagisme, sédentarité, obésité).

Il est nécessaire que les actions de promotion de la santé prévues par le Plan socio-sanitaire régional soient conçues en fonction de ces différences qui dénotent les zones où la prévention doit être accentuée.

---

#### Notes

- <sup>1</sup> « Causes d'hospitalisation en Vallée d'Aoste – Cause di ricovero in Valle d'Aosta », par l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales.
- <sup>2</sup> Voir l'Observatoire permanent sur les jeunes et l'alcool. [www.alcol.net/statistiche/tab\\_36.html](http://www.alcol.net/statistiche/tab_36.html)
- <sup>3</sup> Les pourcentages se réfèrent à la population âgée de plus de 15 ans.

## LA SANTÉ ET LA MALADIE

Il est bien évident que chacun a de sa santé une perception qui n'a rien à voir avec son état de santé « objectif », lequel peut être apprécié en fonction de la présence de maladies diagnostiquées. Le présent chapitre se penche sur la première comme sur la seconde de ces notions, telles qu'elles émergent de l'enquête de l'ISTAT.

Les pages qui suivent rendent compte de l'état de santé physique et psychique des Valdôtains, tel que ceux-ci l'ont décrit en 2000, maladies chroniques et handicaps compris, et rapportent certaines des raisons qui ont obligé ces derniers à interrompre temporairement leurs activités pour des raisons de santé et à recourir à des médicaments, et indiquent également dans quelle mesure ils ont eu recours de façon préventive à des examens à visée diagnostique. Dans chacun de ces domaines, en sus de la comparaison avec d'autres régions ou avec la moyenne nationale, l'enquête a tenté de mesurer l'influence potentielle de certaines variables individuelles, comme l'état civil, le niveau d'instruction, l'activité professionnelle, la perception qu'a chacun de ses propres ressources économiques ou le fait de résider dans une commune de dimensions plus ou moins grandes.

### L'APPRÉCIATION DE LA SANTÉ

Il est important d'étudier l'appréciation qu'ont les différentes personnes de leur santé dans la mesure où ladite appréciation n'est pas conditionnée uniquement par la présence ou l'absence de maladies, mais également par la condition de bien-être ressentie par l'intéressé-e en fonction de la capacité du milieu dans lequel il/elle vit de répondre adéquatement à ses besoins en matière de santé et, plus généralement, à ses besoins en matière de qualité de la vie et de relations.

L'appréciation de la santé a été analysée selon les modalités suivantes : synthèse des réponses que les différentes personnes ont apportées à la question « Comment va la santé, en général ? » et établissement de la valeur des moyennes des indicateurs de santé physique et psychique à partir des questions de l'échelle SF12.<sup>1</sup>

À la question « Comment va la santé, en général ? », 7,3% des Valdôtains et 13% des Valdôtaines ont répondu « mal ou très mal ».

Même si leur opinion évolue et devient moins positive au fur et à mesure que passent les années, les Valdôtains ont généralement l'impression d'être en bonne santé. Les femmes font état de davantage de problèmes que les hommes, surtout à un âge extrême.

Les résultats de l'indicateur de santé physique comme de l'indicateur de santé psychique s'avèrent plus favorables aux hommes, mais pour l'un comme pour l'autre sexe, ils empirent avec l'âge (Tableau 1).

**Tableau 1 . Appréciation de la santé en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe. Prévalences brutes en pourcentage, intervalles de confiance et moyennes. Année 2000.**

Hommes				Femmes			
Appréciation santé*	0-14	15-64	65 >	Appréciation santé*	0-14	15-64	65 >
bien-très bien	98,1 (96,0-100,0)	96,7 (95,4-98,0)	61,5 (51,5-71,5)	bien-très bien	98,1 (95,9-100,0)	95,3 (93,6-96,9)	41,2 (32,3-50,0)
mal-très mal	1,9 (0-4,0)	3,3 (2,0-4,6)	38,5 (28,5-48,5)	mal-très mal	1,9 (0-4,1)	4,8 (3,1-6,4)	58,8 (50,0-67,7)
Santé physique**				Santé physique**			
Moyenne	55,9	52,5	50,2	Moyenne	54,0	50,2	47,2
Santé psychique**				Santé psychique**			
Moyenne	54,6	53,2	45,3	Moyenne	56,3	52,2	41,3

\* Prévalences brutes en pourcentage      \*\* Moyenne

### Comparaisons

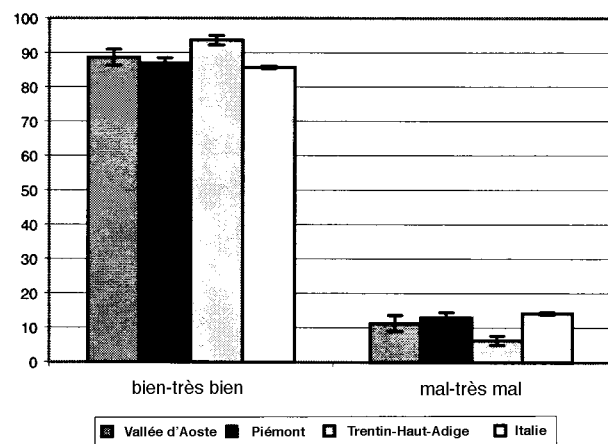
Pour ce qui est de santé en général, le pourcentage de Valdôtains de plus de 15 ans qui ont déclaré se sentir mal ou très mal est similaire à celui du Piémont et à la moyenne nationale ; en ce qui concerne les Valdôtaines ledit pourcentage est également similaire à celui du Piémont, mais reste inférieur à la moyenne nationale. Pour les deux sexes, la prévalence de cette variable est supérieure à celle relevée au Trentin-Haut-Adige.

En ce qui concerne le bien-être physique et psychique, qui ont été évalués d'après la proportion de réponses relevant du 1<sup>er</sup> (<25%) et du 3<sup>e</sup> quartile (>75%), l'on n'observe pas de variation digne d'intérêt entre la Vallée d'Aoste et les autres régions qui lui sont comparées (Graphique 1).

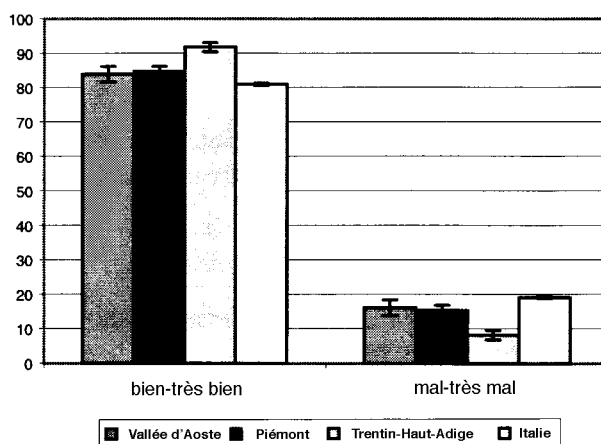
**Graphique 1. Appréciation de la santé personnelle en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

### APPRECIATION DE LA SANTÉ

Hommes

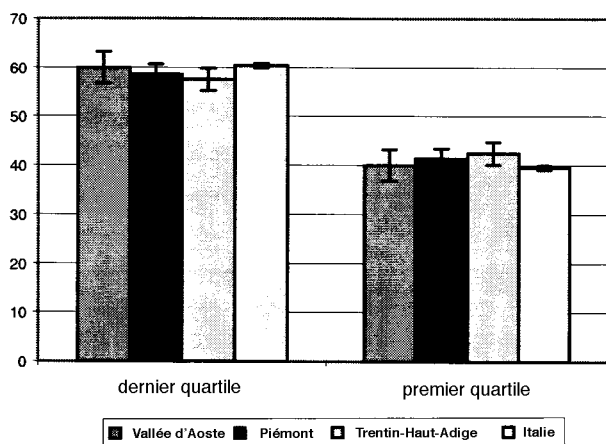


Femmes

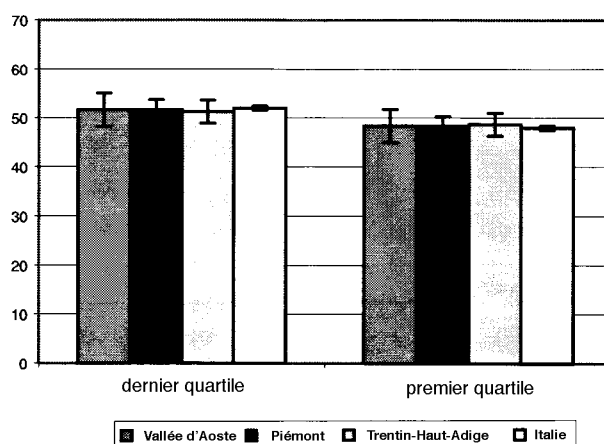


## SANTÉ PHYSIQUE

Hommes

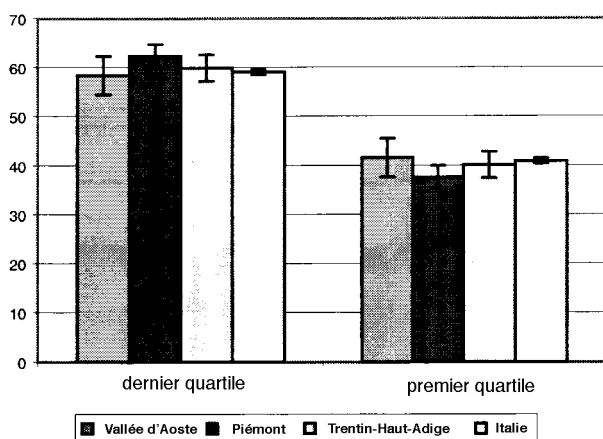


Femmes

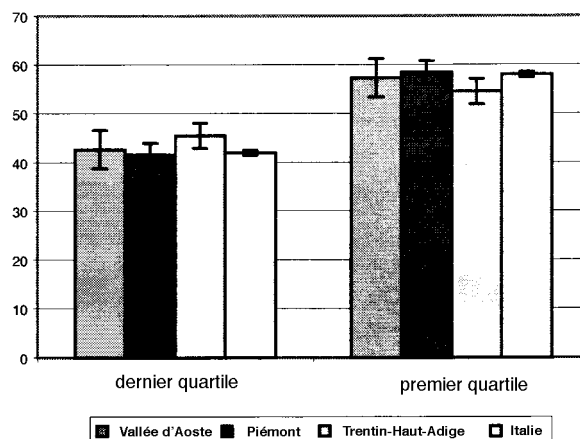


## SANTÉ PSYCHIQUE

Hommes



Femmes



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Le jugement porté sur l'état de santé est sensiblement lié à la position sociale.

D'une façon générale, les personnes qui vivent dans de petites communes risquent moins de porter un jugement négatif sur leur état de santé général, et notamment sur leur état de santé psychique, que celles qui habitent AOSTE.

Un niveau d'instruction bas constitue un facteur discriminant, notamment pour ce qui est de la santé en général et de la santé physique : la perception négative de l'état de santé se traduit pour les deux sexes par des pourcentages négatifs qui dépassent 50% pour ce qui est de la santé en général et 20% pour ce qui est de la santé physique. De même, le fait d'exercer un métier manuel ou une profession autonome influe sur la santé physique tout autant que le manque de ressources puisque l'on a relevé des pics de 10%.

La santé psychique est par ailleurs conditionnée par le jugement négatif que portent les personnes sur leurs propres ressources. Les Valdôtains qui considèrent qu'ils disposent de ressources économiques faibles ou insuffisantes se sentent en moins bonne santé que ceux qui sont satisfaits de leurs conditions : la différence est de 30% (Tableau 2).

**Tableau 2. Appréciation de santé personnelle en 2000 en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	APPRÉCIATION SANTÉ			SANTÉ PHYSIQUE**			SANTÉ PSYCHIQUE**		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,3-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,7-1,1)	0,8 (0,7-0,9)
<2000	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,4-1,0)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (1,0-1,2)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,8)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,4 (1,1-1,9)	1,4 (0,7-3,0)	*	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,8-1,0)	0,8 (0,6-1,0)	1,0 (0,8-1,2)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,5 (1,1-1,9)	1,6 (0,8-3,4)	*	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,0-1,6)	1,2 (1,0-1,4)	0,9 (0,7-1,0)	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,1)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,2 (1,0-1,5)	*	*	1,0 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (0,9-1,3)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	*	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuelle	*	*	*	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,3)	1,1 (1,0-1,2)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,8-1,1)
autonome	*	*	*	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,4)	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-1,0)	0,7 (0,5-0,9)	0,9 (0,7-1,0)
inclassable	*	*	*	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (0,8-1,8)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,1)	1,2 (0,8-2,0)	0,9 (0,7-1,0)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	*	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
faibles/absolument insuffisantes	*	*	*	1,1 (1,0-1,1)	1,1 (1,1-1,2)	1,1 (0,9-1,2)	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,6)	*

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

\*\* Risque de relever des premiers pourcentages d'évaluation (défavorables)

## L'ACTIVITÉ RÉDUITE POUR CAUSE DE MALADIE

Afin de mieux documenter l'état de santé, l'on a relevé la fréquence avec laquelle sont apparus au cours des quatre semaines précédant l'entrevue, un certain nombre de problèmes de santé qui ont contraint l'intéressé-e à réduire son activité habituelle.

Les problèmes de santé retenus par l'ISTAT sont : la présence de maladies récentes et les fractures ou blessures survenues au cours des quatre semaines précédant l'entrevue.

En Vallée d'Aoste, 9% des hommes et 13,3% des femmes ont déclaré avoir dû réduire leur activité.

L'analyse par tranche d'âge ne met pas en lumière de différences sensibles entre les jeunes, ni entre les adultes, mais parmi les personnes âgées, l'on remarque que les femmes se sont plaintes légèrement plus que les hommes de maladies récentes les ayant obligées à réduire leur activité (Tableau 3).

**Tableau 3. Activité réduite pour des raisons de santé en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe - Prévalences brutes en pourcentage et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes				Femmes			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Maladies récentes	27,8 (21,3-34,3)	19,5 (17,1-22,0)	29,2 (23,0-35,4)	Maladies récentes	24,2 (17,8-30,6)	23,8 (21,1-26,5)	40,5 (35,0-46,0)
Fractures et blessures	2,2 (0,1-4,3)	2,9 (1,9-4,0)	2,3 (0,3-4,4)	Fractures et blessures	3,9 (1,0-6,7)	3,2 (2,1-4,3)	2,6 (0,8-4,4)
Activité limitée	15,3 (10,1-20,5)	7,9 (6,2-9,6)	14,2 (9,4-18,9)	Activité limitée	13,9 (8,8-19,1)	11,5 (9,5-13,6)	19,1 (14,7-23,5)

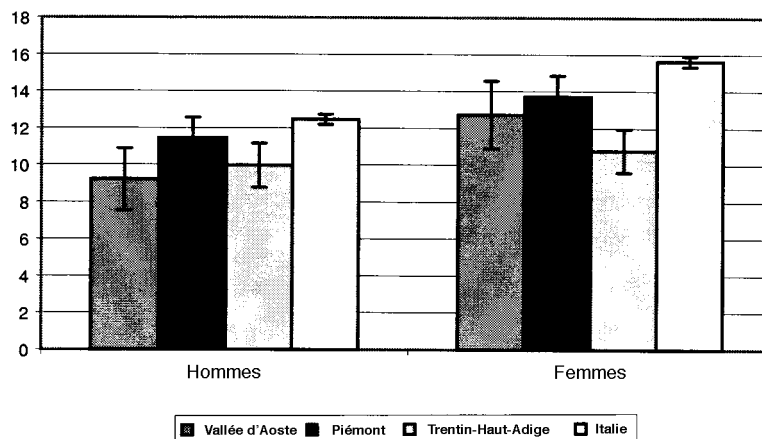
### Comparaisons

Il appert que moins de personnes ont dû réduire leurs activités en Vallée d'Aoste que dans les autres régions du Nord choisies pour établir une comparaison ou en Italie en général.

Pour ce qui est des maladies récentes, ce sont les Valdôtains des deux sexes qui enregistrent le pourcentage le plus faible, tandis que pour ce qui est des fractures et des blessures, les Valdôtaines présentent une légère prédominance (Graphique 2).

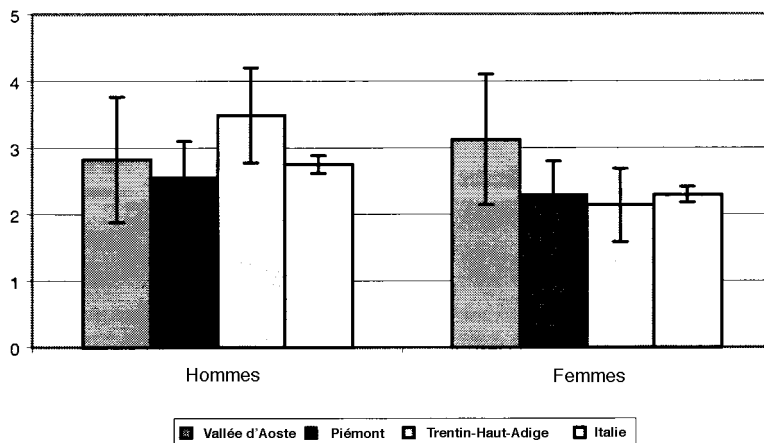
**Graphique 2. Activité réduite pour des raisons de santé en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

### ACTIVITÉ RÉDUITE

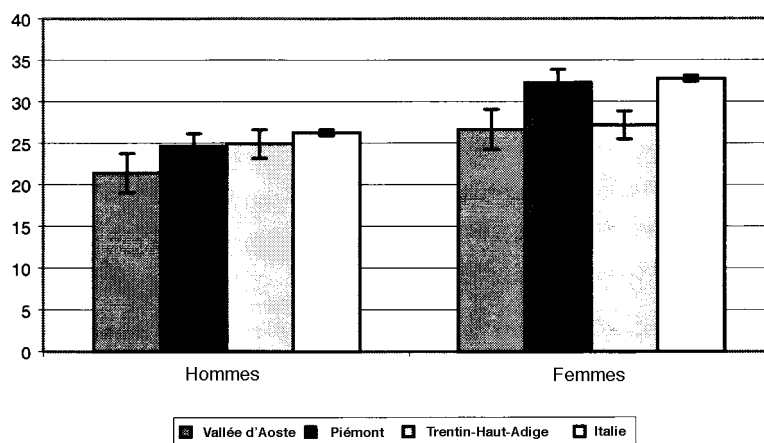




### FRACTURES ET BLESSURES



### MALADIES RÉCENTES



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Encore une fois, il semble qu'un lien existe entre le fait de porter un jugement négatif sur ses propres ressources économiques et la présence de problèmes de santé qui limitent l'activité habituelle ; le fait d'exercer une activité manuelle ou autonome joue également, mais dans une moindre mesure.

En outre, il semble que ce sont les personnes dont le niveau d'instruction est moyen ou bas qui sont les plus exposées au risque de réduction de l'activité (Tableau 4).

**Tableau 4. Activité réduite pour des raisons de santé en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	ACTIVITÉ RÉDUITE			FRACTURES ET BLESSURES			MALADIES RÉCENTES		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,7 (0,5-1,0)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,5-1,0)	0,5 (0,3-1,0)	0,9 (0,4-2,2)	0,4 (0,2-0,8)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,7-1,3)	0,9 (0,8-1,2)
<2000	1,1 (0,9-1,5)	1,1 (0,7-1,7)	1,1 (0,8-1,6)	1,0 (0,6-1,7)	1,6 (0,7-3,6)	0,8 (0,4-1,5)	1,0 (0,9-1,2)	1,1 (0,8-1,4)	0,9 (0,8-1,2)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,6 (1,2-2,2)	2,1 (1,3-3,6)	1,3 (0,9-2,0)	1,2 (0,7-2,1)	1,7 (0,7-3,7)	0,9 (0,4-2,0)	1,0 (0,9-1,3)	1,2 (0,9-1,6)	0,9 (0,7-1,1)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,4 (1,0-2,0)	1,6 (0,9-3,0)	1,2 (0,7-1,9)	0,9 (0,4-1,8)	0,8 (0,3-2,7)	0,8 (0,3-2,2)	1,1 (0,9-1,4)	1,3 (0,9-1,8)	0,9 (0,7-1,2)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,9 (0,7-1,2)	0,6 (0,4-0,9)	1,2 (0,9-1,6)	1,2 (0,7-2,0)	0,7 (0,3-1,7)	1,7 (0,9-3,3)	0,9 (0,7-1,0)	0,7 (0,5-0,9)	0,9 (0,8-1,2)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuelle	1,2 (0,9-1,5)	1,4 (0,9-2,2)	1,1 (0,7-1,6)	1,4 (0,8-2,4)	1,9 (0,8-4,5)	1,1 (0,5-2,4)	1,2 (1,0-1,4)	1,4 (1,1-1,9)	1,0 (0,8-1,3)
autonome	1,2 (0,8-1,6)	1,6 (0,9-2,6)	0,9 (0,6-1,4)	1,5 (0,1-2,9)	1,7 (0,6-4,7)	1,3 (0,6-3,0)	1,0 (0,8-1,2)	1,3 (0,9-1,8)	0,8 (0,6-1,1)
inclassable	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,3-2,7)	0,8 (0,5-1,2)	0,4 (0,1-1,1)	1,3 (0,2-7,0)	0,2 (0-0,8)	1,2 (0,9-1,5)	1,4 (0,8-2,4)	0,9 (0,7-1,2)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,6 (1,3-2,0)	1,6 (1,1-2,4)	1,7 (1,3-2,3)	1,3 (0,8-2,2)	1,9 (0,9-3,8)	0,9 (0,4-2,0)	1,4 (1,2-1,6)	1,5 (1,2-1,9)	1,3 (1,1-1,6)

## LES MALADIES CHRONIQUES

Les informations relatives à la fréquence et à la répartition des maladies chroniques au sein d'une population donnée servent non seulement à identifier les groupes à haut risque mais aussi à étayer les décisions en matière de programmation sanitaire régionale, puisqu'elles permettent de prévoir les besoins en matière d'assistance auxquels le service public devra faire face dans le cadre de ces maladies qui pèsent plus que les maladies aiguës sur la demande de service et les dépenses sanitaires d'une région.

En ce qui concerne les Valdôtains de plus de 15 ans, 21,1% des hommes et 29,4% des femmes ont déclaré qu'une maladie chronique leur avait été diagnostiquée.

À un âge avancé, les femmes sont plus atteintes que les hommes par les maladies chroniques (Tableau 5).

**Tableau 5. Personnes atteintes d'au moins une maladie chronique en Vallée d'Aoste, par tranche d'âge et par sexe - Prévalences brutes en pourcentage et intervalles de confiance – Année 2000**

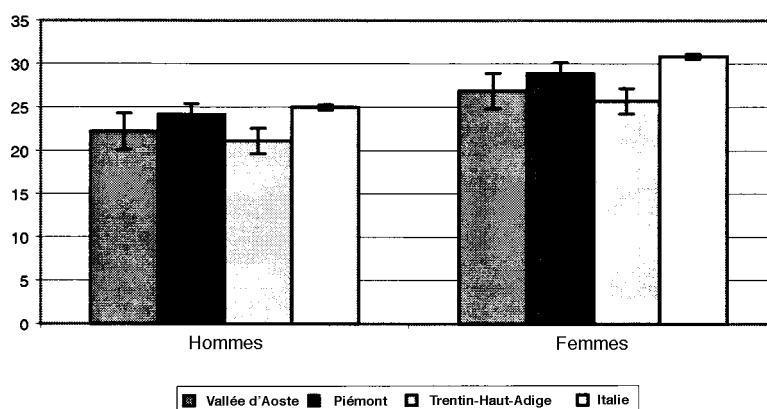
Hommes				Femmes			
Maladies chroniques	0-14	15-64	65 >	Maladies chroniques	0-14	15-64	65 >
Au moins une maladie chronique	1,2 (0-2,8)	14,2 (12,0-16,4)	54,4 (47,6-61,2)	Au moins une maladie chronique	0,3 (0-1,2)	17,4 (15,0-19,9)	67,0 (61,7-72,3)

### Comparaisons

La Vallée d'Aoste ne se différencie pas du reste des régions d'Italie pour ce qui est de la présence d'au moins une maladie chronique: les pourcentages relatifs tant aux femmes qu'aux hommes sont similaires à ceux des autres régions et à la moyenne nationale (Graphique 3).

**Graphique 3. Personnes atteintes d'au moins une maladie chronique en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

### AU MOINS UNE MALADIE CHRONIQUE



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Un niveau d'instruction moyen ou bas semble influencer légèrement sur le risque d'avoir au moins une maladie chronique, mais le facteur de risque le plus important est le fait de porter un jugement négatif sur ses propres ressources économiques (30% de risque en plus) ; en revanche, le fait de résider dans une commune de petites ou moyennes dimensions semble protéger de ce même risque (Tableau 5).

**Tableau 6. Personnes atteintes d'au moins une maladie chronique en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>			
10001-50000	1,0	1,0	*
2001-10000	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	*
<2000	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-1,0)	*
<b>INSTRUCTION</b>			
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (0,8-1,4)	1,3 (1,0-1,7)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,2 (0,9-1,4)	1,3 (0,9-1,7)	1,0 (0,8-1,4)
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
marié/e	1,0	1,0	1,0
autre	1,1 (0,9-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	1,1 (0,9-1,2)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
non manuelle	1,0	*	1,0
manuelle	1,0 (0,9-1,2)		1,0 (0,9-1,2)
autonome	1,0 (0,9-1,2)	*	0,9 (0,8-1,1)
inclassable	1,0 (0,8-1,2)	*	0,8 (0,7-1,0)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>			
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,6)	1,3 (1,2-1,5)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

Vous trouverez ci-après les données relatives à un ensemble de maladies chroniques sélectionnées, en fonction de leur gravité et de leur fréquence, diagnostiquées par un médecin chez des Valdôtains et indiquées par ceux-ci. La liste des maladies chroniques est longue et comprend une trentaine de pathologies dont la gravité est variable et peut nécessiter différents types d'assistance.

Il convient de rappeler qu'il s'agit là de déclarations effectuées par les intéressés eux-mêmes et que même si les maladies

en question ont été diagnostiquées par un médecin, il est possible que les personnes en question aient limité leurs déclarations et que la portée réelle des problèmes soit sous-estimée.

Les personnes interrogées peuvent par exemple, avoir quelques réticences à fournir des renseignements relatifs à certains de leurs problèmes de santé, ou ne pas disposer des connaissances nécessaires pour relater ou identifier leurs symptômes ou leurs maladies ; c'est pourquoi la fréquence des maladies chroniques peut être fortement affectée tant par un faible niveau d'instruction que par un comportement hypocondriaque.

Au nombre des pathologies qui sont le plus susceptible d'être sous-estimées figurent l'hypertension, la cyrrhose et les tumeurs.

En général, les femmes sont plus touchées que les hommes par les problèmes affectant la cataracte et la thyroïde, par la lombosciatalgie, l'ostéoporose, la formation de calculs du foie et des voies biliaires, les céphalées et les migraines chroniques, les varices veineuses, l'arthrose et l'arthrite.

Les hommes sont, quant à eux, plus sujets que les femmes aux risques suivants : infarctus du myocarde, hernies abdominales, ulcère gastrique ou duodénal, problèmes cardiologiques.

L'analyse de la chronicité des problèmes par tranche d'âge révèle que jusqu'à 14 ans, ce sont les hommes qui sont le plus durement frappés et qu'ils souffrent surtout d'allergies et d'asthme bronchiale.

En ce qui concerne la tranche d'âge qui va de 15 à 64 ans, les femmes font plus fréquemment état de maladies chroniques que les hommes, et surtout des troubles suivants : varices veineuses, maladies thyroïdiennes, calculs du foie et des voies biliaires, céphalées et migraines, en sus de l'ostéoporose, évidemment.

Quant aux personnes âgées de plus de 65 ans, les statistiques révèlent que les femmes souffrent beaucoup plus que les hommes d'hypertension, de varices veineuses, de maladies thyroïdiennes, d'arthrose et d'arthrite, de lombosciatalgie et d'ostéoporose.

Les problèmes des Valdôtains de plus de 65 ans relèvent en revanche surtout de la bronchite chronique, de l'ulcère gastrique ou duodénal et, bien entendu, de l'hypertrophie de la prostate (Tableau 6).

**Tableau 7. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe - Prévalences brutes en pourcentage et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes				Femmes			
Maladies chroniques	0-14	15-64	65 >	Maladies chroniques	0-14	15-64	65 >
Maladies allergiques	15,3 (10,1-20,5)	8,1 (6,4-9,8)	3,6 (1,1-6,2)	Maladies allergiques	12,8 (7,8-17,8)	10,1 (8,2-12,0)	3,8 (1,6-5,9)
Diabète	0,5 (0-1,5)	1,0 (0,4-1,6)	9,6 (5,6-13,6)	Diabète	*	0,9 (0,3-1,5)	7,4 (4,4-10,3)
Cataracte	*	0,3 (0-0,6)	9,4 (5,4-13,3)	Cataracte	*	0,6 (0,1-1,0)	13,4 (9,6-17,3)
Hypertension	*	7,2 (5,6-8,8)	21,4 (15,8-27,0)	Hypertension	*	6,8 (5,2-8,4)	31,9 (26,6-37,2)
Infarctus du myocarde	*	0,8 (0,2-1,4)	4,2 (1,5-6,1)	Infarctus du myocarde	*	0,3 (0-0,6)	2,4 (0,7-4,1)
Angine de poitrine	*	0,3 (0-0,7)	3,1 (0,7-5,4)	Angine de poitrine	*	0,2 (0-0,4)	3,3 (1,3-5,3)
Thrombose, embolie, hémorragie cérébrale	*	0,3 (0-0,7)	2,4 (0,3-4,5)	Thrombose, embolie, hémorragie cérébrale	*	0,6 (0,1-1,1)	3,0 (1,1-4,9)

Varices veineuses, varicocèle	*	2,3 (1,4-3,3)	8,7 (4,9-12,5)
Hémorroïdes	2,0 (0-4,1)	2,8 (1,7-3,8)	6,5 (3,1-9,8)
Bronchite cronique, emphysème, insuffisance respiratoire	0,3 (0-1,2)	1,9 (1,0-2,7)	14,8 (10,0-19,6)
Asthme bronchiale	5,7 (2,3-9,0)	1,3 (0,6-2,1)	10,3 (6,2-14,5)
Maladies de la peau	1,4 (0-3,0)	2,3 (1,4-3,2)	2,2 (0,2-4,2)
Maladies thyroïdiennes	0,9 (0-2,2)	1,0 (0,4-1,6)	2,0 (0,1-3,8)
Arthrose, arthrite	*	8,9 (7,1-10,6)	34,8 (28,3-41,3)
Lombosciatalgie	0,5 (0-1,5)	5,9 (4,4-7,4)	8,5 (4,7-12,3)
Ostéoporose	*	0,7 (0,2-1,2)	6,1 (2,8-9,3)
Hernie abdominale	0,5 (0-1,6)	1,4 (0,6-2,1)	6,2 (2,9-9,5)
Ulcère gastrique ou duodéal	*	1,9 (1,1-2,8)	7,8 (4,3-11,7)
Calculs du foie et des voies biliaires	*	1,3 (0,6-2,1)	3,2 (0,8-5,7)
Cirrhose du foie	*	0,1 (0-0,3)	*
Calculs rénaux	*	1,0 (0,4-1,6)	2,9 (0,6-5,2)
Hypertrophie de la prostate	*	1,4 (0,7-2,2)	18,1 (12,9-23,3)
Tumeur maligne (sauf lymphome et leucémie)	*	0,8 (0,3-1,4)	1,4 (0-3,0)
Céphalée ou migraine chronique	0,3 (0-1,2)	1,6 (0,9-2,4)	3,0 (0,7-5,3)

Varices veineuses, varicocèle	*	7,4 (5,8-9,1)	17,9 (13,6-22,2)
Hémorroïdes	*	3,09 (2,0-4,2)	7,74 (4,7-10,8)
Bronchite cronique, emphysème, insuffisance respiratoire	0,3 (0-1,2)	2,2 (1,3-3,1)	9,3 (6,0-12,6)
Asthme bronchiale	2,3 (0,1-4,5)	2,5 (1,5-3,5)	5,3 (2,8-7,9)
Maladies de la peau	2,0 (0-4,0)	3,0 (1,9-4,1)	2,5 (0,7-4,2)
Maladies thyroïdiennes	0,4 (0-1,3)	4,7 (3,3-6,0)	7,5 (4,5-10,4)
Arthrose, arthrite	*	11,8 (9,8-13,9)	56,3 (50,7-61,9)
Lombosciatalgie	*	7,2 (5,6-8,9)	16,9 (12,7-21,1)
Ostéoporose	*	4,4 (3,1-5,7)	25,9 (21,0-30,9)
Hernie abdominale	*	0,3 (0-0,7)	3,6 (1,5-5,7)
Ulcère gastrique ou duodéal	*	0,7 (0,2-1,2)	1,9 (0,4-3,5)
Calculs du foie et des voies biliaires	*	3,0 (1,9-4,1)	7,8 4,8-10,9
Cirrhose du foie	*	*	0,9 (0-2,0)
Calculs rénaux	*	1,6 (0,8-2,4)	1,5 (0,1-2,9)
Hypertrophie de la prostate	*	1,4 (0,7-2,2)	18,1 (12,9-23,3)
Tumeur maligne (sauf lymphome et leucémie)	*	1,0 (0,4-1,7)	2,2 (0,6-3,9)
Céphalée ou migraine chronique	1,0 (0-2,6)	6,0 (4,5-7,5)	5,8 (3,2-8,5)

Problèmes cardiologiques	*	2,2 (1,3-3,1)	13,8 (9,1-18,4)
-----------------------------	---	------------------	--------------------

Problèmes cardiologiques	*	1,6 (0,8-2,4)	13,0 (9,2-16,8)
-----------------------------	---	------------------	--------------------

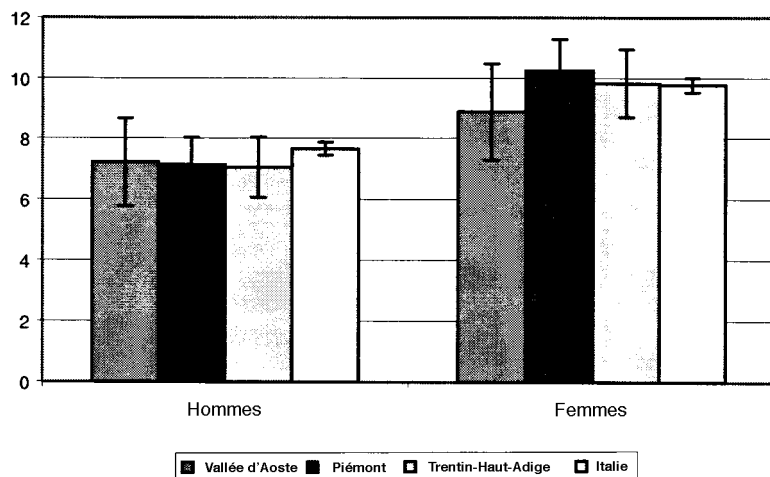
\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas.

### Comparaisons

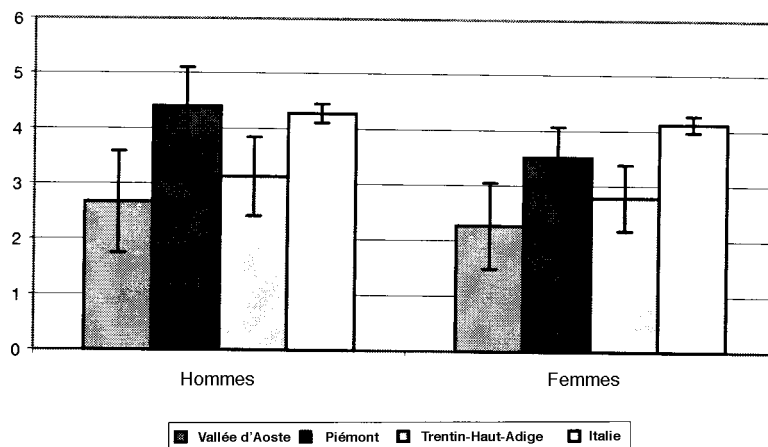
Par rapport aux autres régions, la Vallée d'Aoste présente des chiffres inférieurs en ce qui concerne le diabète et l'hypertension des deux sexes (les valeurs relatives à l'hypertension artérielle sont identiques à celles du Trentin-Haut-Adige) (Graphique 4).

**Graphique 4. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

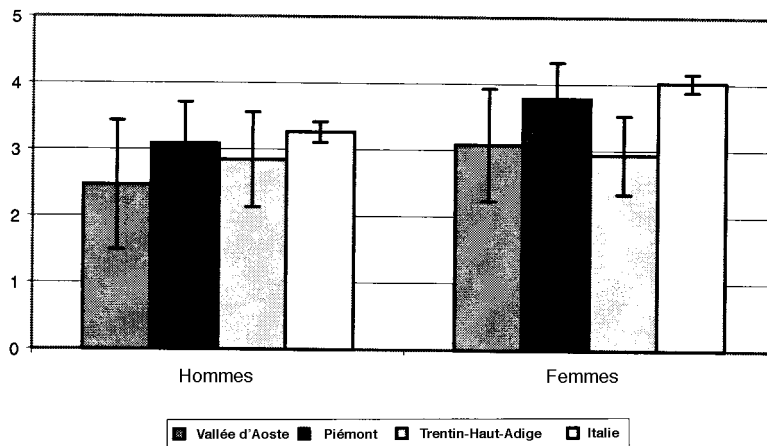
#### MALADIES ALLERGIQUES



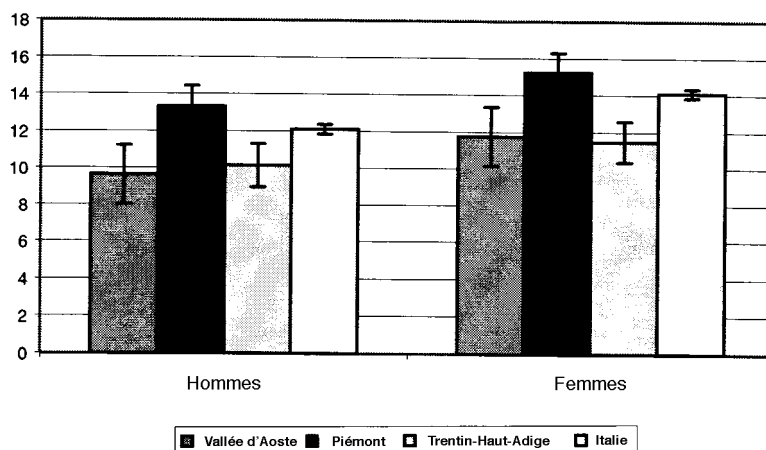
#### DIABÈTE



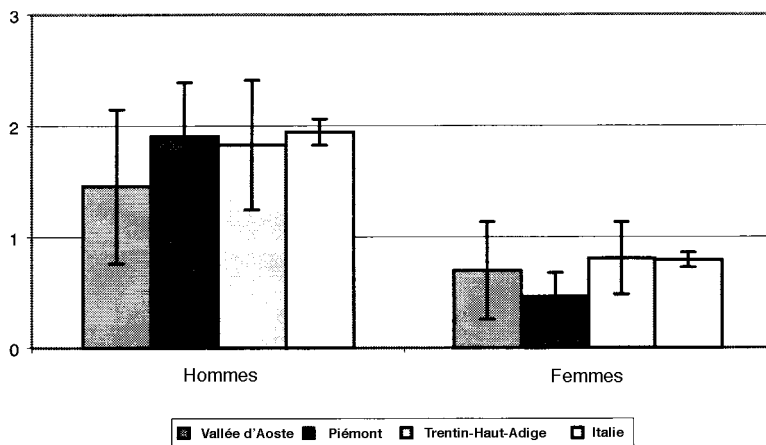
CATARACTE



HYPERTENSION

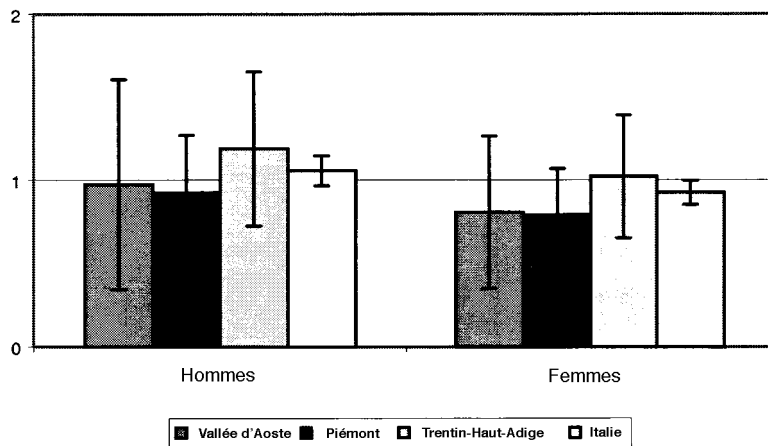


INFARCTUS DU MYOCARDE

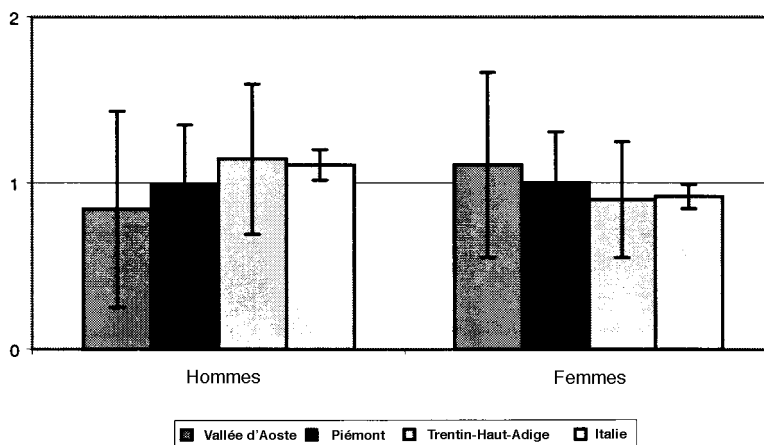




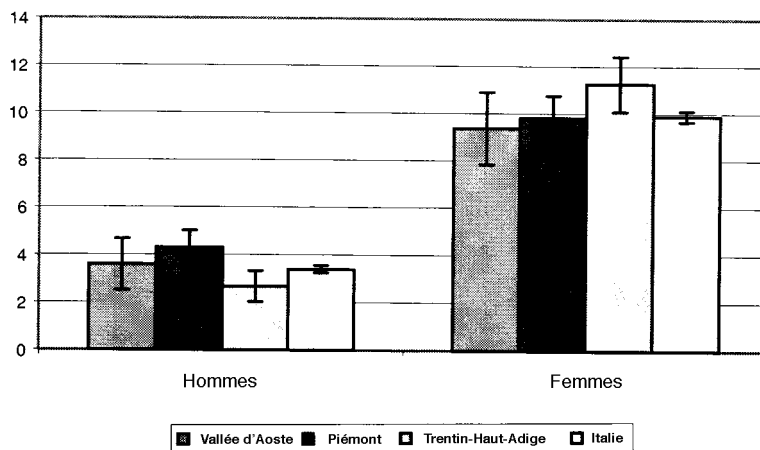
ANGINE DE POITRINE



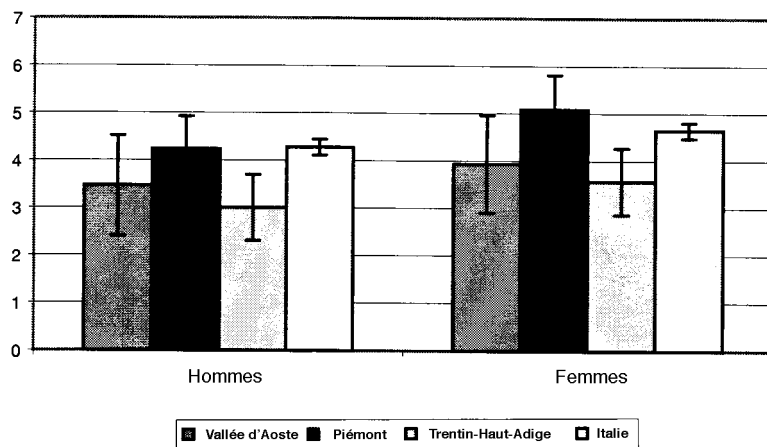
THROMBOSE, EMBOLIE, HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE



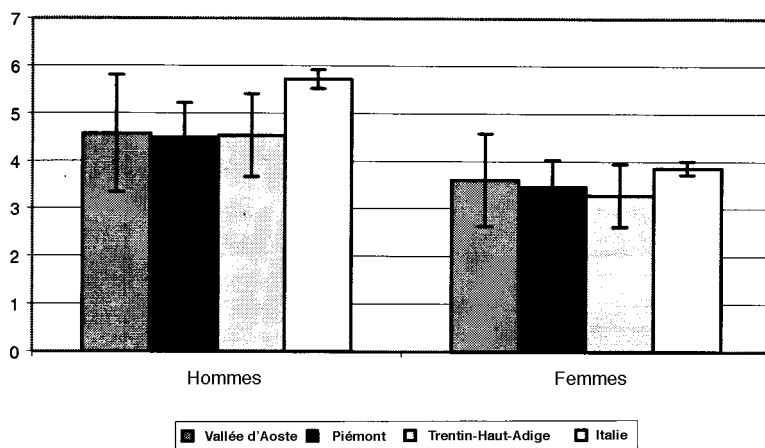
VARICES VEINEUSES, VARICOCÈLE



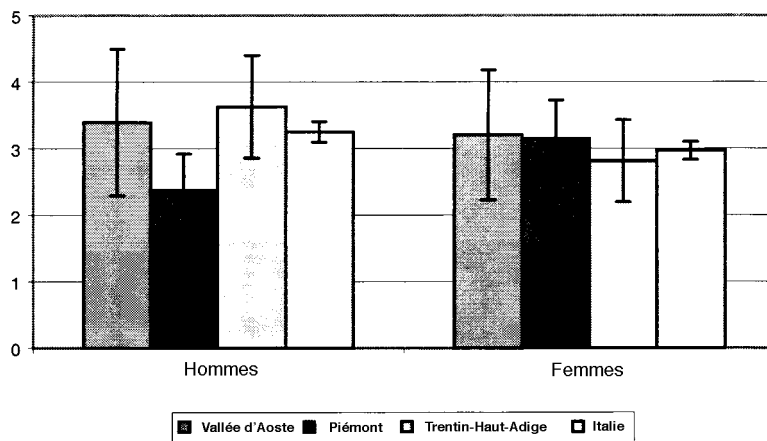
HÉMORROÏDES



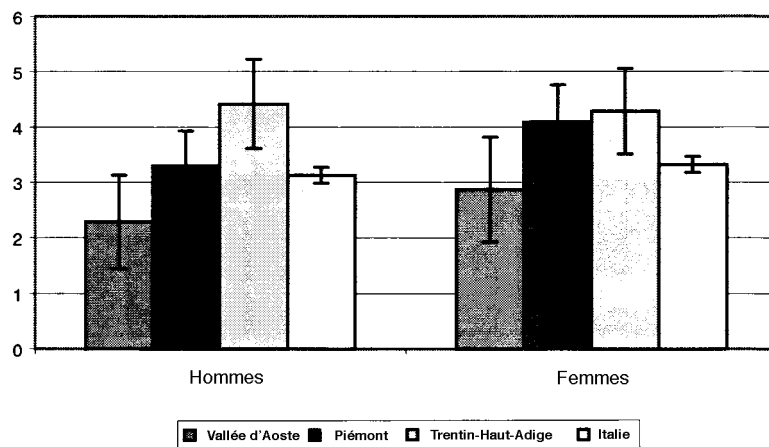
BRONCHITE CHRONIQUE ET EMPHYSÈME



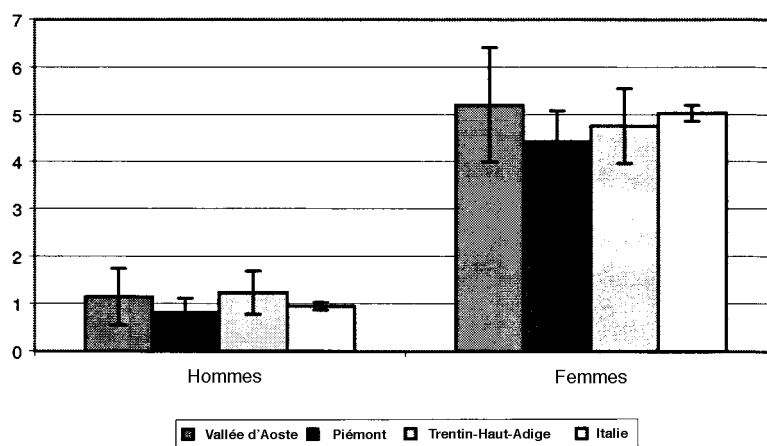
ASTHME BRONCHIALE



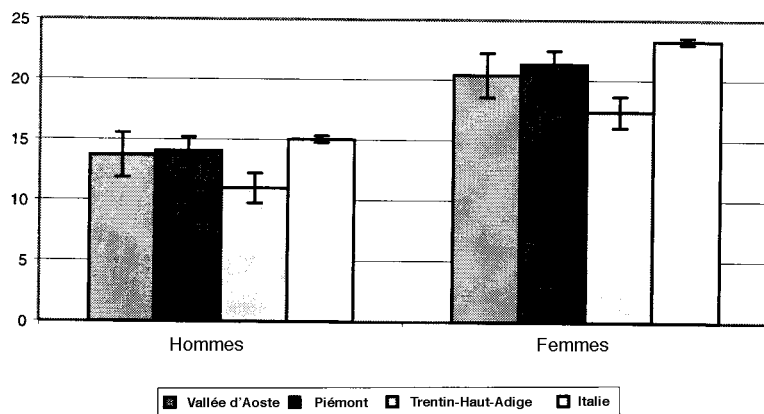
MALADIES DE LA PEAU, PSORIASIS, VITILIGO



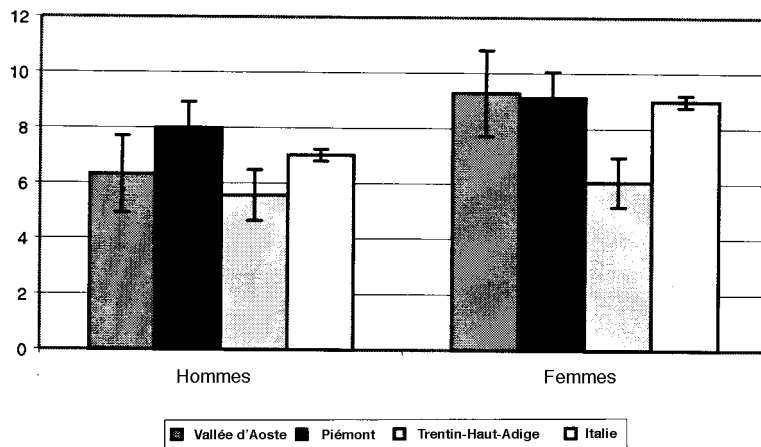
MALADIES THYROÏDIENNES



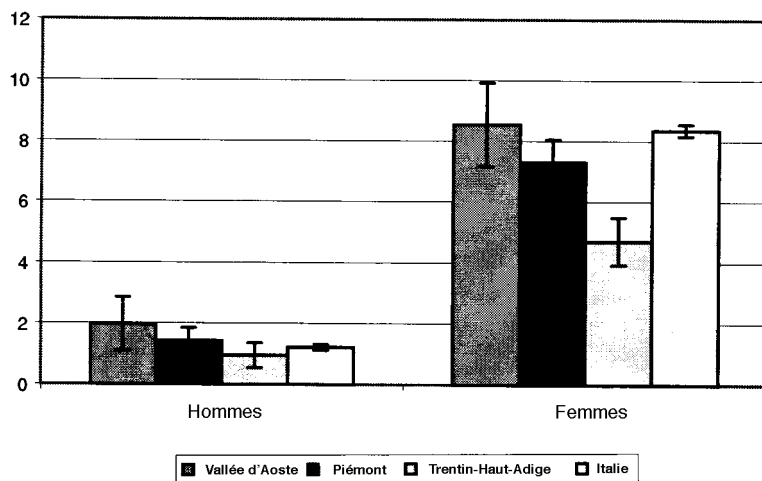
ARTHROSE, ARTHRITE



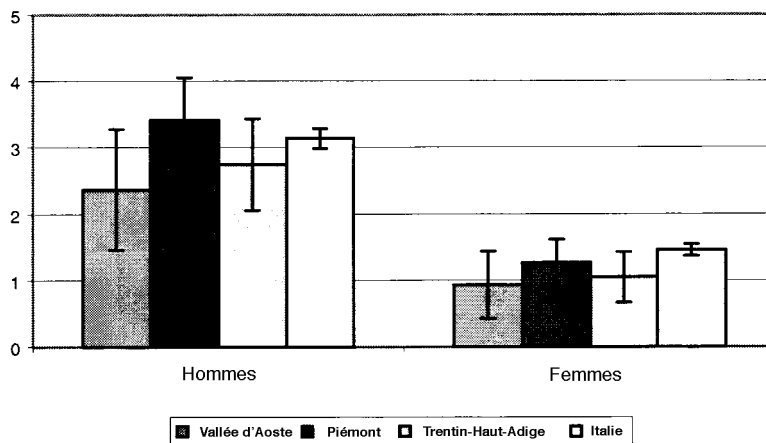
*LOMBOSCIATALGIE*



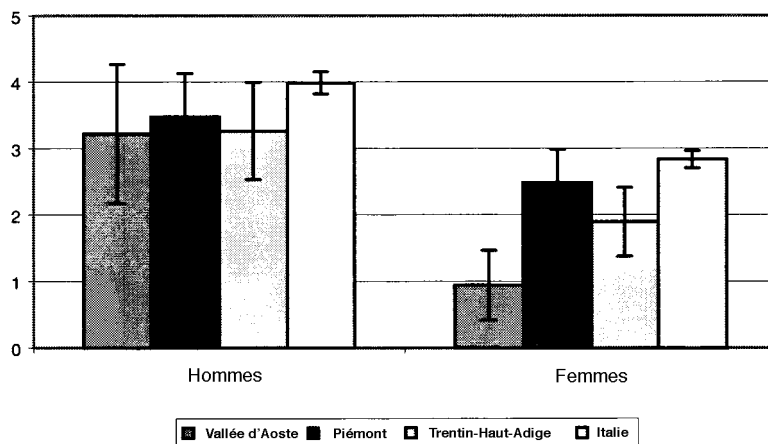
*OSTÉOPOROSE*



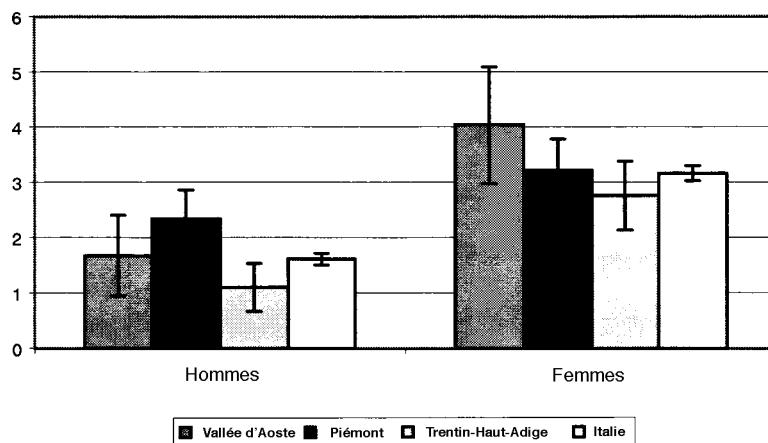
*HERNIE ABDOMINALE*



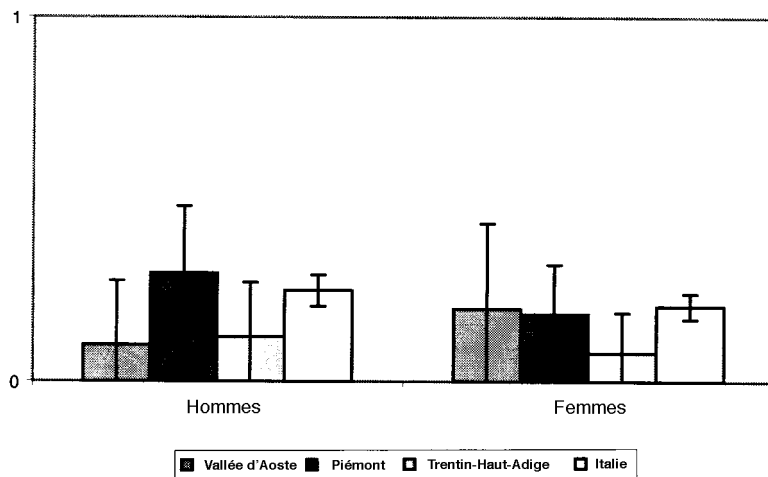
ULCÈRE GASTRIQUE OU DUODÉNAL



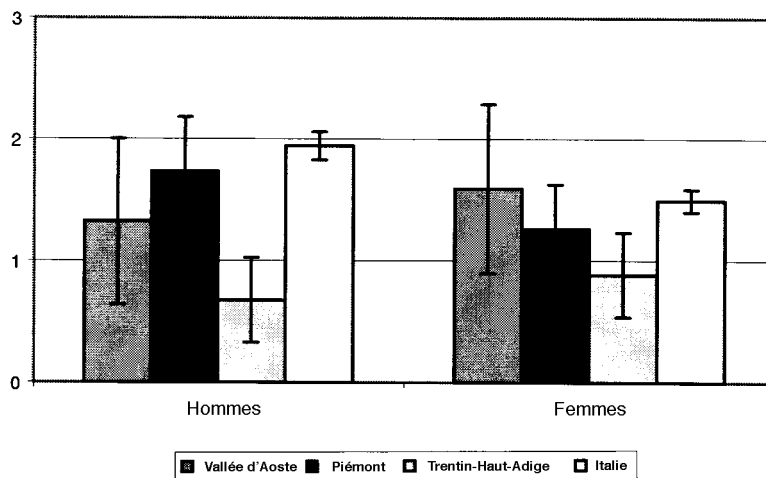
CALCULS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES



CIRRHOSE DU FOIE

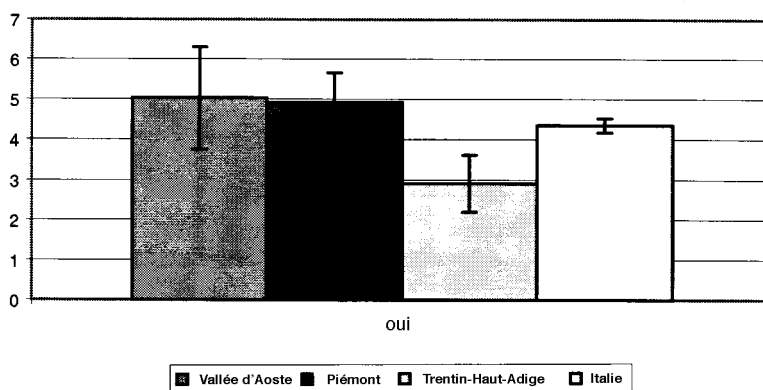


**CALCULS RÉNAUX**

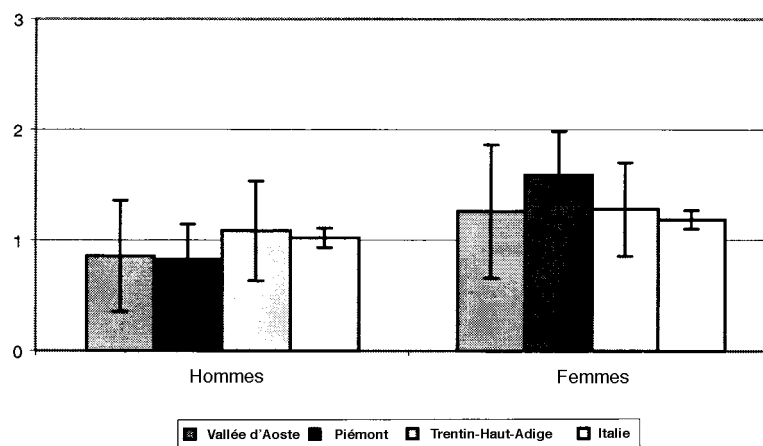


**HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE**

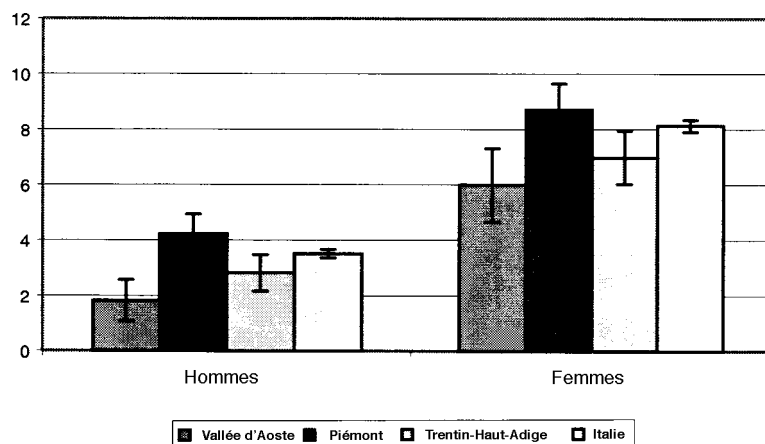
Hommes



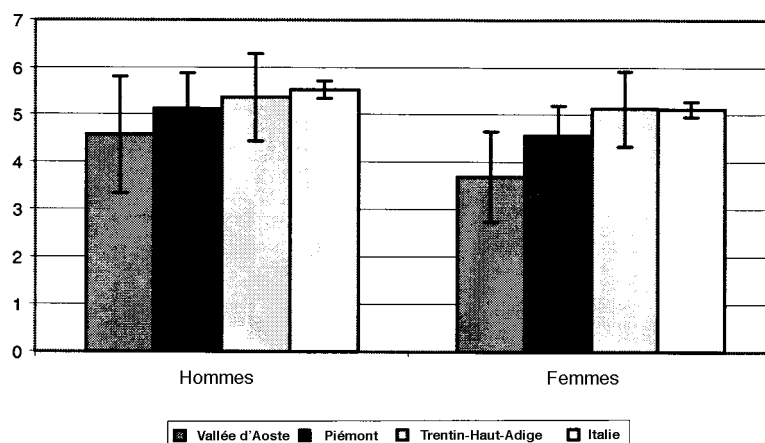
**TUMEUR MALIGNNE (SAUF LYMPHOME ET LEUCÉMIE)**



*CÉPHALÉE OU MIGRAINE CHRONIQUE*



*PROBLÈMES CARDIOLOGIQUES*



**Les différences sociales en Vallée d'Aoste**

Si l'on excepte certaines généralisations, l'on peut observer une faible variabilité sociale due, entre autres, à la faible fréquence des observations. Toutefois, à l'exception de certaines pathologies qui sont notoirement associées à une position sociale élevée (allergies), la plupart des maladies chroniques présentent une prévalence inversement proportionnelle à l'abaissement du niveau des titres d'études, liée au fait que les intéressés-es ne sont pas mariés et qu'ils/elles jugent insuffisantes leurs ressources économiques (Tableau 8).

Le lien avec le travail manuel et autonome est moins évident en raison de l'effet du « travailleur en bonne santé » : l'on a en effet observé qu'un travailleur malade a tendance à s'écarter du monde du travail.

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR).-**

	MALADIES ALLERGIQUES			DIABÈTE			CATARACTE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,6-1,1)	0,5 (0,3-0,9)	1,1 (0,7-1,7)	0,5 (0,3-1,0)	0,8 (0,3-1,8)	0,4 (0,1-0,9)	0,7 (0,4-1,1)	0,7 (0,3-1,8)	0,7 (0,3-1,3)
<2000	0,7 (0,5-1,0)	0,6 (0,4-0,9)	0,9 (0,6-1,4)	0,5 (0,3-1,0)	0,6 (0,3-1,5)	0,5 (0,2-1,2)	0,6 (0,4-1,0)	0,5 (0,2-1,3)	0,6 (0,3-1,2)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,7 (0,6-1,0)	*	0,8 (0,5-1,1)	1,0 (0,4-2,4)	0,7 (0,3-2,3)	1,9 (0,4-9,5)	2,8 (0,9-8,9)	5,6 (0,9-36,5)	1,4 (0,3-6,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	0,4 (0,2-0,7)	*	0,6 (0,3-1,2)	1,1 (0,5-2,4)	0,9 (0,4-2,4)	1,8 (0,4-8,6)	2,2 (0,7-6,5)	2,8 (0,4-17,6)	1,4 (0,4-5,5)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,1 (0,8-1,5)	1,3 (0,8-2,1)	1,0 (0,7-1,5)	1,1 (0,7-1,9)	1,3 (0,6-2,7)	1,4 (0,6-2,9)	1,3 (0,8-2,0)	1,7 (0,7-3,8)	0,9 (0,5-1,7)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	0,6 (0,5-0,9)	0,4 (0,2-0,7)	1,0 (0,6-1,5)	1,5 (0,8-2,9)	1,0 (0,4-2,3)	2,3 (0,8-6,4)	1,1 (0,6-2,1)	*	0,7 (0,3-1,6)
autonome	0,7 (0,5-1,0)	0,5 (0,3-1,0)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,5-2,2)	1,2 (0,5-3,1)	0,9 (0,3-2,8)	1,1 (0,6-2,1)	*	0,8 (0,4-1,6)
inclassable	0,6 (0,4-0,9)	1,6 (0,9-3,1)	0,3 (0,2-0,7)	1,1 (0,5-2,6)	5,2 (1,0-26,4)	1,2 (0,4-3,5)	1,1 (0,5-2,2)	*	0,7 (0,3-1,4)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,0 (0,7-1,4)	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,7-1,6)	1,2 (0,7-2,1)	0,7 (0,3-1,8)	1,7 (0,8-3,5)	1,4 (0,8-2,2)	1,9 (0,9-4,2)	1,1 (0,6-2,1)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas



**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	HYPERTENSION			INFARCTUS DU MYOCARDE			ANGINE DE POITRINE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,6-1,0)	*	1,0 (0,7-1,4)	0,4 (0,1-1,0)	0,6 (0,2-1,9)	0,2 (0-1,2)	1,1 (0,4-3,0)	3,2 (0,6-18,5)	0,6 (0,2-2,2)
<2000	0,8 (0,6-1,0)	*	0,9 (0,7-1,2)	0,4 (0,2-1,0)	0,8 (0,3-2,3)	0,1 (0-1,0)	0,6 (0,2-1,8)	2,0 (0,3-12,3)	0,2 (0-1,2)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,1 (0,8-1,6)	1,0 (0,6-1,6)	1,4 (0,8-2,5)	2,2 (0,6-8,3)	2,5 (0,5-12,5)	2,4 (0,3-22,4)	1,3 (0,3-6,5)	1,4 (0,2-11,4)	1,3 (0,1-16,5)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,2 (0,9-1,7)	0,9 (0,6-1,4)	1,6 (0,9-2,8)	1,1 (0,3-4,3)	1,6 (0,3-7,7)	0,9 (0,1-9,2)	1,6 (0,3-7,3)	1,6 (0,2-11,3)	1,7 (0,1-20,6)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,7-1,3)	0,9 (0,4-2,1)	0,3 (0,1-1,5)	7,5 (1,2-47,4)	0,9 (0,4-2,2)	0,6 (0,1-3,1)	1,2 (0,3-4,5)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	1,2 (0,9-1,6)	*	1,2 (0,8-1,7)	1,3 (0,5-3,2)	*	0,2 (0-2,8)	5,9 (0,9-37,4)	*	2,8 (0,4-20,6)
autonome	0,9 (0,7-1,2)	*	0,8 (0,5-1,2)	0,5 (0,1-1,8)	*	0,6 (0,1-3,1)	4,8 (0,7-32,5)	*	1,4 (0,2-11,9)
inclassable	0,9 (0,7-1,3)	*	0,8 (0,6-1,2)	0,5 (0,1-2,2)	*	0,6 (0,1-2,9)	4,4 (0,6-32,3)	*	2,0 (0,3-14,8)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (0,8-1,8)	1,3 (0,9-1,7)	1,5 (0,7-3,5)	1,6 (0,6-4,4)	1,5 (0,4-5,9)	1,3 (0,5-3,3)	1,4 (0,4-5,6)	1,3 (0,4-4,5)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	THROMBOSE, EMBOLIE, HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE			VARICES VEINEUSES ET VARICOCÈLE			HÉMORROÏDES		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,1 (0,4-2,9)	*	*	1,0 (0,7-1,5)	1,0 (0,5-2,0)	1,1 (0,7-1,6)	0,8 (0,5-1,3)	1,7 (0,8-3,5)	0,5 (0,3-0,9)
<2000	0,9 (0,4-2,4)	*	*	1,1 (0,7-1,5)	0,9 (0,5-1,9)	1,1 (0,8-1,7)	0,4 (0,3-0,8)	0,6 (0,3-1,5)	0,4 (0,2-0,8)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	*	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	*	*	*	1,3 (0,8-1,9)	0,7 (0,3-1,6)	1,6 (0,9-2,8)	1,1 (0,7-1,9)	1,0 (0,5-1,9)	1,3 (0,6-3,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	*	*	*	1,2 (0,8-1,9)	0,6 (0,3-1,3)	1,5 (0,8-2,7)	0,7 (0,4-1,3)	0,4 (0,2-1,0)	1,1 (0,5-2,7)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,7 (0,3-1,7)	0,4 (0,1-2,3)	0,9 (0,3-2,7)	1,1 (0,8-1,4)	0,8 (0,4-1,6)	1,0 (0,7-1,4)	0,6 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,5)	0,5 (0,3-1,0)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	0,8 (0,3-2,1)	*	1,2 (0,4-3,9)	1,0 (0,7-1,5)	0,8 (0,4-1,7)	1,3 (0,8-2,1)	0,9 (0,6-1,5)	*	1,0 (0,50,-2,0)
autonome	0,5 (0,2-1,6)	*	0,6 (0,1-2,3)	1,3 (0,9-1,9)	1,0 (0,4-2,2)	1,3 (0,8-2,1)	0,5 (0,3-1,0)	*	0,4 (0,2-1,1)
inclassable	0,2 (0-1,2)	*	0,2 (0-1,3)	1,7 (1,1-2,6)		1,4 (0,9-2,3)	1,3 (0,7-2,2)	*	1,2 (0,6-2,3)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,6 (0,7-3,7)	2,6 (0,7-10,4)	1,1 (0,3-3,4)	1,2 (0,8-1,6)	0,7 (0,3-1,6)	1,3 (0,9-1,9)	1,5 (0,9-2,2)	1,1 (0,5-2,2)	1,7 (1,0-3,0)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	BRONCHITE CHRONIQUE ET EMPHYSÈME			ASTHME			MALADIES DE LA PEAU		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,8 (0,5-1,4)	0,9 (0,5-1,6)	0,9 (0,4-1,9)	0,8 (0,5-1,3)	0,4 (0,2-1,0)	1,3 (0,6-2,8)	0,6 (0,3-1,0)	0,3 (0,1-0,8)	0,8 (0,4-1,7)
<2000	1,0 (0,6-1,5)	0,7 (0,3-1,3)	1,6 (0,8-3,0)	0,6 (0,4-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	1,0 (0,4-2,1)	0,5 (0,3-1,0)	0,5 (0,2-1,1)	0,6 (0,2-1,3)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,9 (0,5-1,7)	1,1 (0,4-2,8)	0,8 (0,3-1,9)	1,1 (0,6-2,1)	0,8 (0,3-1,9)	1,6 (0,6-3,9)	0,9 (0,5-1,6)	0,6 (0,3-1,3)	1,4 (0,6-3,2)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,1 (0,6-2,0)	1,5 (0,6-3,4)	0,8 (0,3-2,0)	1,1 (0,5-2,2)	0,9 (0,4-2,2)	1,4 (0,5-4,1)	0,5 (0,2-1,1)	0,2 (0,1-0,9)	1,0 (0,3-2,8)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,8 (0,5-1,2)	0,6 (0,3-1,2)	1,3 (0,7-2,5)	0,7 (0,4-1,1)	0,3 (0,1-0,7)	1,7 (0,8-3,4)	1,3 (0,8-2,3)	1,6 (0,7-3,6)	1,2 (0,6-2,5)
<b>ACTIVITÉ PROFES- SIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
manuelle	1,8 (1,1-3,0)	*	1,7 (0,7-4,1)	2,5 (1,3-4,8)	*	1,9 (0,8-4,7)	0,6 (0,3-1,2)	0,4 (0,1-1,0)	1,1 (0,5-2,3)
autonome	1,2 (0,7-2,2)	*	1,5 (0,6-3,6)	1,9 (0,9-3,9)	*	1,9 (0,7-4,7)	0,5 (0,2-1,1)	0,3 (0,1-1,2)	0,7 (0,3-2,0)
inclassable	1,1 (0,6-2,2)	*	1,6 (0,7-3,7)	1,7 (0,8-3,8)	*	1,3 (0,5-3,4)	0,3 (0,1-0,9)	0,3 (0,2-0,6)	0,4 (0,1-1,2)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,8 (1,2-2,6)	2,1 (1,2-3,6)	1,6 (0,9-2,8)	1,5 (0,9-2,5)	1,4 (0,7-2,8)	1,6 (0,8-3,1)	1,0 (0,6-1,9)	0,5 (0,2-1,8)	1,5 (0,7-3,0)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	MALADIES THYROÏDIENNES			ARTHROSE, ARTHRITE			LOMBOSCIATALGIE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,9 (0,6-1,6)	1,1 (0,3-4,0)	0,9 (0,5-1,6)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,6-1,1)	0,7 (0,5-0,8)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (0,6-1,6)	0,9 (0,6-1,3)
<2000	0,8 (0,5-1,4)	1,1 (0,3-3,9)	0,8 (0,5-1,5)	0,8 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,4-1,3)	0,6 (0,4-1,0)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,4 (0,8-2,6)	0,6 (0,1-2,2)	1,8 (0,9-3,6)	1,5 (1,1-2,0)	1,2 (0,8-1,8)	1,6 (1,1-2,4)	1,3 (0,9-1,9)	1,3 (0,8-2,3)	1,3 (0,8-2,1)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,2 (0,6-2,3)	0,7 (0,2-2,7)	1,3 (0,6-2,8)	1,4 (1,1-1,8)	1,3 (0,9-1,9)	1,4 (0,9-2,0)	1,0 (0,6-1,5)	1,0 (0,5-1,9)	0,9 (0,5-1,5)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,8 (0,5-1,3)	0,6 (0,2-2,4)	0,8 (0,5-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,8-1,4)	0,7 (0,4-1,2)	1,2 (0,8-1,7)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	0,8 (0,5-1,5)	*	0,9 (0,5-1,6)	1,0 (0,8-1,2)	1,2 (0,9-1,6)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,7-1,4)	*	0,9 (0,6-1,5)
autonome	0,8 (0,4-1,5)	*	0,8 (0,4-1,6)	1,0 (0,8-1,3)	1,2 (0,8-1,8)	0,9 (0,7-1,1)	0,7 (0,5-1,1)	*	0,7 (0,5-1,2)
inclassable	1,3 (0,7-2,4)	*	0,8 (0,4-1,5)	1,0 (0,8-1,3)	0,8 (0,2-3,9)	0,7 (0,6-0,9)	1,1 (0,7-1,7)	*	1,0 (0,6-1,5)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,3 (0,8-2,1)	0,6 (0,1-2,9)	1,5 (0,9-2,4)	1,3 (1,2-1,6)	1,3 (1,0-1,8)	1,4 (1,2-1,6)	1,7 (1,3-2,2)	1,3 (0,8-2,2)	1,9 (1,4-2,7)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	OSTÉOPOROSE			HERNIE ABDOMINALE			ULCÈRE GASTRIQUE OU DUODÉNAL		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,9 (0,6-1,2)	0,5 (0,2-1,4)	0,9 (0,6-1,3)	1,8 (0,8-3,9)	1,2 (0,5-3,2)	3,9 (0,7-21,8)	1,6 (0,8-3,2)	1,4 (0,6-3,0)	2,9 (0,6-13,2)
<2000	0,6 (0,4-0,8)	0,1 (0-0,7)	0,6 (0,4-0,9)	1,5 (0,7-3,4)	1,1 (0,4-2,8)	2,9 (0,5-16,4)	1,1 (0,5-2,2)	1,0 (0,5-2,4)	1,3 (0,2-7,0)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	3,2 (1,5-6,8)	4,0 (0,6-29,7)	2,4 (1,1-5,4)	1,6 (0,5-5,1)	1,2 (0,4-4,0)	*	1,8 (0,7-4,5)	1,2 (0,4-3,3)	7,4 (0,6-93,2)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	2,6 (1,3-5,6)	3,7 (0,5-26,7)	1,9 (0,9-4,3)	1,8 (0,6-5,5)	1,6 (0,5-5,0)	*	2,1 (0,8-5,6)	2,6 (0,9-7,1)	2,5 (0,2-38,4)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,6 (1,2-2,2)	1,2 (0,5-3,1)	1,2 (0,8-1,7)	1,1 (0,6-2,1)	0,7 (0,2-1,7)	5,7 (1,0-32,2)	0,9 (0,5-1,7)	1,1 (0,5-2,2)	1,5 (0,4-5,0)
<b>ACTIVITÉ PROFES- SIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	*	*	1,0	*	1,0
manuelle	1,2 (0,7-1,8)	*	1,0 (0,6-1,6)	2,6 (1,0-6,4)	*	*	1,1 (0,6-2,2)	*	0,1 (0-2,1)
autonome	0,8 (0,5-1,3)	*	0,6 (0,4-1,0)	2,5 (1,0-6,5)	*	*	1,0 (0,5-2,1)	*	0,8 (0,2-3,1)
inclassable	2,1 (1,4-3,3)	*	1,1 (0,7-1,7)	0,6 (0,1-2,8)	*	*	0,3 (0,1-1,2)	*	0,4 (0,1-2,2)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,7 (1,3-2,3)	3,5 (1,5-8,4)	1,5 (1,1-2,1)	0,7 (0,3-1,5)	0,7 (0,2-1,9)	0,9 (0,2-3,3)	1,4 (0,8-2,6)	*	0,7 (0,2-3,2)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	CALCULS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES			CIRRHOSE DU FOIE			CALCULS RÉNAUX		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	*	*	*	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,6 (0,4-1,1)	0,6 (0,2-1,9)	0,6 (0,3-1,1)	*	*	*	1,2 (0,6-2,8)	1,0 (0,4-3,1)	1,6 (0,5-5,4)
<2000	0,6 (0,3-1,0)	0,8 (0,3-2,3)	0,5 (0,3-1,0)	*	*	*	0,9 (0,4-2,2)	0,4 (0,1-1,6)	1,9 (0,6-6,1)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	*	*	*	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	2,1 (1,1-4,3)	0,9 (0,3-2,5)	4,3 (1,4-12,9)	*	*	*	3,4 (1,1-10,5)	2,8 (0,6-12,4)	4,9 (0,9-27,2)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,4 (0,7-3,1)	0,4 (0,1-1,5)	3,1 (1,0-10,0)	*	*	*	3,2 (0,9-11,3)	1,4 (0,3-7,8)	6,9 (1,1-44,5)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,9 (0,6-1,5)	0,1 (0-0,9)	1,3 (0,7-2,2)	4,4 (0,5-37,3)	*	1,3 (0,1-16,0)	1,1 (0,6-2,2)	0,9 (0,3-2,7)	1,8 (0,7-4,7)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	*	*	*	1,0		1,0
manuelle	1,2 (0,7-2,1)	*	1,5 (0,8-3,0)	*	*	*	1,6 (0,7-3,4)		1,8 (0,7-5,2)
autonome	0,7 (0,3-1,4)	*	0,8 (0,4-1,8)	*	*	*	0,5 (0,2-1,7)		0,2 (0-2,1)
inclassable	1,0 (0,5-2,1)	*	0,8 (0,3-1,7)	*	*	*	1,0 (0,3-3,1)		1,1 (0,3-3,7)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,3 (0,8-2,2)	0,8 (0,2-2,4)	1,6 (0,9-2,8)	8,4 (1,0-71,1)	*	*	0,7 (0,3-1,6)	0,6 (0,1-2,5)	0,7 (0,2-2,2)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 8. Maladies chroniques en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE			TUMEUR MALIGNNE (sauf lymphome et leucémie)			CÉPHALÉE OU MIGRAINE CHRONIQUE			PROBLÈMES CARDIOLOGIQUES		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>												
10001-50000	—	1,0	—	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
2001-10000		1,0 (0,5-1,9)		0,6 (0,3-1,4)	0,3 (0,1-1,4)	0,9 (0,3-2,5)	0,8 (0,5-1,2)	0,3 (0,1-1,0)	0,9 (0,5-1,5)	*	*	0,6 (0,3-1,1)
<2000		0,9 (0,5-1,7)		0,3 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-1,4)	0,3 (0,1-1,3)	0,7 (0,5-1,2)	0,7 (0,3-1,6)	0,8 (0,5-1,4)	*	*	0,5 (0,3-0,9)
<b>INSTRUC-TION</b>												
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme		1,0		1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.		0,7 (0,3-1,5)		0,5 (0,2-1,3)	*	0,8 (0,2-2,4)	1,6 (1,0-2,7)	*	1,6 (0,9-2,7)	1,2 (0,7-2,2)	0,9 (0,4-2,1)	1,5 (0,6-3,5)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études		0,6 (0,3-1,1)		0,5 (0,2-1,3)	*	0,3 (0,1-1,0)	0,8 (0,4-1,5)	*	0,7 (0,4-1,5)	1,0 (0,5-1,8)	1,4 (0,6-3,3)	0,7 (0,3-1,7)
<b>ÉTAT CIVIL</b>												
marié/e		1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre		0,8 (0,5-1,5)		1,5 (0,7-3,2)	1,2 (0,3-4,4)	1,5 (0,6-4,3)	0,6 (0,4-1,0)	0,5 (0,2-1,5)	0,7 (0,4-1,1)	1,0 (0,7-1,5)	0,8 (0,4-1,6)	1,5 (0,8-2,6)
<b>ACTIVITÉ PROFES-SIONNELLE</b>												
non manuelle		*		1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuelle		*		0,3 (0,1-0,9)	*	0,1 (0-1,1)	1,0 (0,6-1,6)	*	1,0 (0,5-1,8)	1,6 (1,0-2,8)	*	0,9 (0,4-2,0)
autonome		*		0,4 (0,2-1,3)	*	0,3 (0,1-1,3)	1,0 (0,5-1,7)	*	0,9 (0,5-1,8)	1,3 (0,8-2,4)	*	0,9 (0,5-1,9)
inclassable		*		0,6 (0,2-1,8)	*	0,5 (0,2-1,6)	1,8 (1,0-3,1)	*	1,3 (0,7-2,3)	1,5 (0,8-2,7)	*	1,0 (0,5-2,0)
<b>APPRÉCIA-TION RES-SOURCES ÉCONOMI-QUES</b>												
excellentes/adéquates		1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
faibles/absolu-ment insuf-fisantes		1,6 (1,0-2,7)		0,8 (0,3-2,1)	0,7 (0,1-3,4)	0,9 (0,3-2,8)	1,3 (0,8-2,0)	2,2 (1,0-5,1)	1,0 (0,6-1,7)	*	*	1,3 (0,7-2,3)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

## LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

La propension à la consommation de certains médicaments par la population constitue un autre indicateur indirect des maladies ou des problèmes liés à la manière dont celle-ci perçoit son propre état de santé, surtout pour ce qui est des problèmes de santé dont aucune mention nosologique ne rend compte.

L'étude de la consommation de médicaments par le biais de leurs principes actifs et la mise en rapport de cette consommation avec les données disponibles en matière de morbidité permet à l'épidémiologie de documenter les besoins d'une population en matière de santé et d'évaluer la demande qui en dérivera, ce qui permet d'étayer les choix de programmation sanitaire.

Les données suivantes se réfèrent à la consommation de certains médicaments par la population de la Vallée d'Aoste en l'an 2000.

Les médicaments pris en considération sont :

- les antalgiques ;
- les tranquillisants ;
- les somnifères.

La consommation d'antalgiques donne une information indirecte sur la fréquence des symptomatologies douloureuses liées à de petits problèmes, tels que les rages de dents, les maux de tête et toutes les névralgies en général, qui sont susceptibles d'altérer la sensation de bien-être de la population.

Les tranquillisants relèvent de la catégorie des médicaments anti-stress et l'ampleur de leur utilisation permet d'apprécier, même très indirectement, la tension émotionnelle que ressent la population.

Les somnifères font également partie de la catégorie des médicaments anti-stress ; ils servent à aider le repos nocturne des personnes dont le bien-être psychique est altéré, ce qui compromet le rythme naturel de la veille et du sommeil.

En règle générale, la consommation d'antalgiques, de tranquillisants et de somnifères est modeste en Vallée d'Aoste.

En ce qui concerne la population de plus de 15 ans, 4,5% des hommes et 12,6% des femmes ont déclaré avoir recours à des antalgiques. Les tranquillisants sont utilisés par 2,4% des hommes et 5,8% des femmes et les somnifères par 1,3% des hommes et 3,5% des femmes.

Les femmes d'âge adulte utilisent environ deux fois et demie plus d'antalgiques et de somnifères que les hommes, et presque deux fois plus de tranquillisants. Cette tendance qu'ont les femmes à utiliser lesdits médicaments se confirme chez les personnes âgées, même si elle est moins évidente (Tableau 9).

**Tableau 9. Consommation de médicaments en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentage et intervalles de confiance – Année 2000.**

Hommes			Femmes		
Consommation de médicaments	15-64	65 >	Consommation de médicaments	15-64	65 >
Analgsiques	3,3 (2,1-4,4)	10,7 (6,3-15,1)	Analgsiques	9,3 (7,2-11,4)	22,4 (17,3-27,5)
Tranquillisants	1,7 (0,9-2,5)	5,6 (2,4-8,7)	Tranquillisants	3,7 (2,5-5,0)	12,7 (8,8-16,5)
Somnifères	0,7 (0,2-1,3)	4,1 (1,4-6,9)	Somnifères	2,3 (1,3-3,3)	7,6 (4,5-10,6)

### Comparaisons

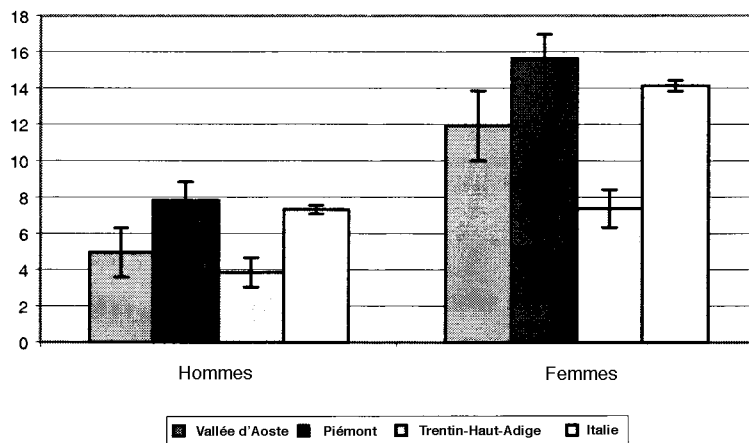
Par rapport aux autres régions géographiques considérées, la consommation d'antalgiques en Vallée d'Aoste est inférieure pour les deux sexes à celle du Piémont et à la moyenne nationale ; elle est analogue à celle du Trentin-Haut-Adige.



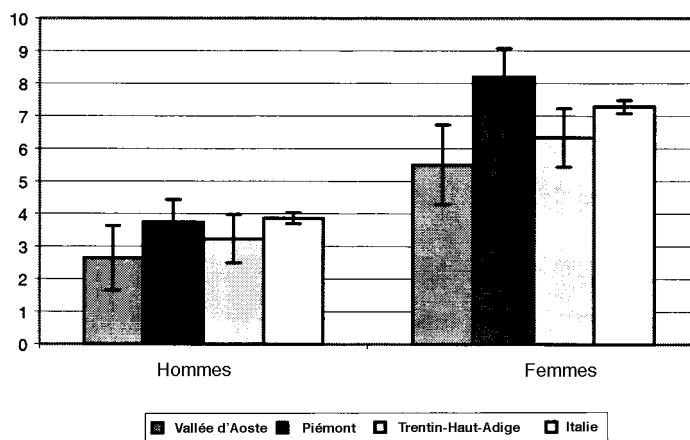
Par ailleurs, de toutes les populations considérées, les Valdôtaines et les Valdôtains sont ceux qui utilisent le moins de tranquillisants, tandis que leur consommation de somnifères reflète la moyenne nationale et les chiffres du Piémont, mais reste inférieure à celle du Trentin-Haut-Adige (Graphique 5).

**Graphique 5. Consommation de médicaments chez les personnes âgées de plus de 15 ans en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

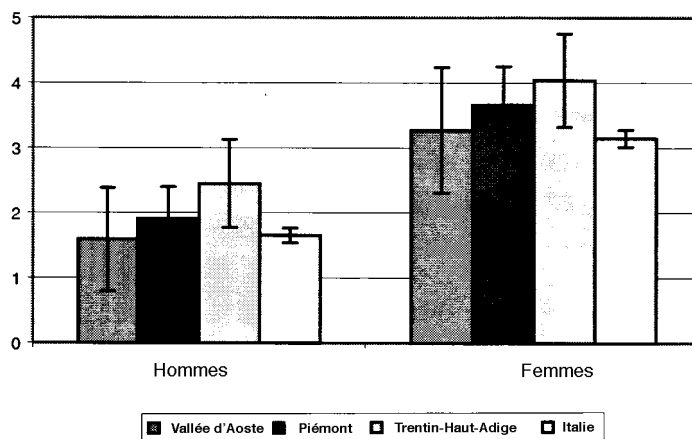
*ANTALGIQUES*



*TRANQUILLISANTS*



*SOMNIFÈRES*



### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Les personnes qui vivent à AOSTE ont davantage tendance à utiliser des analgésiques et des tranquillisants. En Vallée d'Aoste, ce sont les résidents des deux sexes dont le niveau d'études est moyen ou bas ou qui effectuent un travail manuel ou autonome (les hommes) qui utilisent le plus d'analgésiques. Les personnes qui ne sont pas mariées ont plus souvent recours aux somnifères que les personnes mariées.

Pour ce qui est de la consommation tant d'analgésiques que de tranquillisants, le fait que les intéressés ne sont pas satisfaits de leurs ressources économiques est un facteur de poids.

**Tableau 10. Consommation de médicaments en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	ANTALGIQUES			TRANQUILLISANTS			SOMNIFÈRES		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,7 (0,5-0,9)	0,8 (0,4-1,5)	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,5-1,1)	0,5 (0,2-1,3)	0,8 (0,5-1,3)	1,0 (0,6-1,9)	0,5 (0,1-1,6)	1,4 (0,7-2,9)
<2000	0,7 (0,5-0,9)	0,8 (0,4-1,4)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,3-1,4)	0,6 (0,3-1,0)	0,7 (0,4-1,3)	0,3 (0,1-1,2)	1,0 (0,5-2,1)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	*
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	2,1 (1,3-3,3)	1,8 (0,7-4,5)	2,0 (1,2-3,5)	1,4 (0,8-2,6)	1,9 (0,7-5,1)	1,1 (0,5-2,3)	*	*	*
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	2,1 (1,3-3,5)	3,40 (1,3-8,8)	1,6 (0,9-2,9)	1,0 (0,5-1,8)	0,8 (0,3-2,4)	0,9 (0,4-1,9)	*	*	*
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,1 (0,8-1,5)	*	1,2 (0,9-1,7)	1,4 (0,9-2,0)	1,2 (0,6-2,7)	1,3 (0,8-2,1)	2,1 (1,2-3,6)	1,6 (0,6-4,6)	2,3 (1,2-4,3)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	1,4 (0,9-2,0)	2,5 (1,2-5,6)	1,1 (0,7-1,9)	1,0 (0,6-1,8)	*	0,9 (0,4-1,8)	1,3 (0,6-2,7)	*	1,0 (0,4-2,5)
autonome	1,6 (1,1-2,4)	2,5 (1,1-6,0)	1,2 (0,7-2,0)	1,5 (0,9-2,6)	*	1,6 (0,8-2,9)	1,7 (0,8-3,6)	*	1,7 (0,8-3,8)
inclassable	2,3 (1,5-3,6)	4,5 (1,2-16,8)	1,4 (0,9-2,2)	1,8 (1,0-3,3)	*	1,1 (0,6-2,2)	1,9 (0,9-4,2)	*	1,1 (0,5-2,7)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>									
excellentes/adéquates	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	*	*	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,7 (1,3-2,3)	*	1,5 (1,1-2,1)	1,8 (1,2-2,7)	1,7 (0,8-3,7)	1,8 (1,2-2,9)	*	*	1,5 (0,8-2,8)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

## LE HANDICAP

Il est difficile d'élaborer une estimation fiable du nombre et des types de handicap en Italie à partir de sources nationales, parce qu'il n'existe pas de cette notion une définition unique mais bien une définition qui évolue en fonction de chaque étude statistique et du sujet qui effectue ladite étude ; la précision des résultats dépend du type de handicap et il est beaucoup plus difficile de relever la présence d'un handicap mental plutôt que d'un handicap physique.

Même si elles présentent le même inconvénient, les données ci-après sont à l'heure actuelle les seules dont nous disposons et qui soient comparables aux données nationales : c'est un point de départ, une base à laquelle pourront se référer les informations qui seront réunies à l'avenir à partir de différentes sources offrant de meilleures garanties de fiabilité.

Comme chacun sait, le handicap peut prendre différentes formes, dont certaines ont été retenues par l'ISTAT parce qu'elles ont été jugées emblématiques des diverses façons dont un handicap peut limiter le bien-être des personnes :

- le confinement ;
- les problèmes de mobilité ;
- les problèmes sensoriels.

L'on entend par confinement le fait qu'une personne soit obligée en permanence de garder le lit, d'être assise ou de rester à son domicile et ce, pour des raisons physiques ou psychiques. Les personnes confinées ont répondu (directement ou par le biais d'un proche) uniquement aux questions relatives à l'activité motrice qui étaient compatibles avec leur type de confinement.

L'on classe dans la catégorie des difficultés motrices toutes les personnes qui ont du mal à marcher (qui ne peuvent faire plus de quelques pas sans faire une pause), qui ne sont pas en mesure de monter ou descendre un escalier sans s'arrêter et qui ne parviennent pas à se pencher pour ramasser un objet à terre.

Les difficultés sensorielles rentrent dans ce que l'on appelle la sphère de la communication et comprennent les problèmes d'audition (ne pas parvenir à suivre un programme télévisé même en montant le son et malgré l'utilisation d'appareils acoustiques), de vue (ne pas reconnaître un ami à une distance d'un mètre) et d'élocution (ne pas pouvoir parler sans difficulté).

En Vallée d'Aoste, 3,0% des hommes et 5,5% des femmes de plus de 15 ans ont déclaré des incapacités de divers niveaux de sévérité. Et, comme partout, dans notre région les problèmes augmentent avec l'âge.

Les femmes de plus de 65 ans sont plus concernées que les hommes par les problèmes de handicap, tant d'une façon générale que pour ce qui est des divers types de problèmes, même si l'échantillon est trop réduit pour que puissent apparaître des différences significatives.

Les difficultés d'ordre sensoriel semblent moins importantes que les autres, pour l'un comme pour l'autre sexe (Tableau 11).

**Tableau 11. Handicap en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentage et intervalles de confiance – Année 2000**

Hommes			Femmes		
	15-64	65 >		15-64	65 >
Handicap	0,7 (0,2-1,2)	14,0 (9,3-18,7)	Handicap	0,7 (0,2-1,2)	20,6 (16,1-25,2)
Confinement	0,2 (0-0,5)	6,1 (2,9-9,4)	Confinement	0,1 (0-0,4)	10,0 (6,6-13,4)
Difficultés motrices	0,3 (0-0,7)	8,9 (5,1-12,8)	Difficultés motrices	0,3 (0-0,7)	11,2 (7,7-14,8)
Difficultés sensorielles	0,2 (0-0,4)	2,9 (0,6-5,1)	Difficultés sensorielles	0,2 (0-0,5)	3,9 (1,7-6,0)

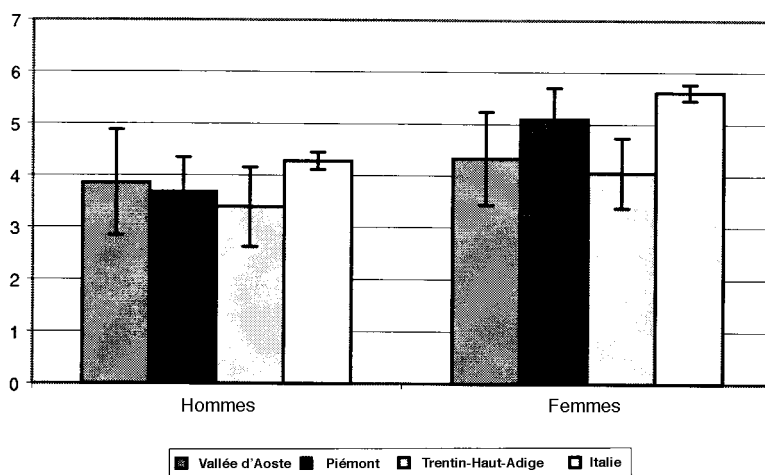
### Comparaisons

En matière de handicap, les données relatives à la Vallée d'Aoste ne se distinguent pas particulièrement de celles des autres régions, hormis le fait que les chiffres relatifs aux Valdôtains sont inférieurs à la moyenne italienne.

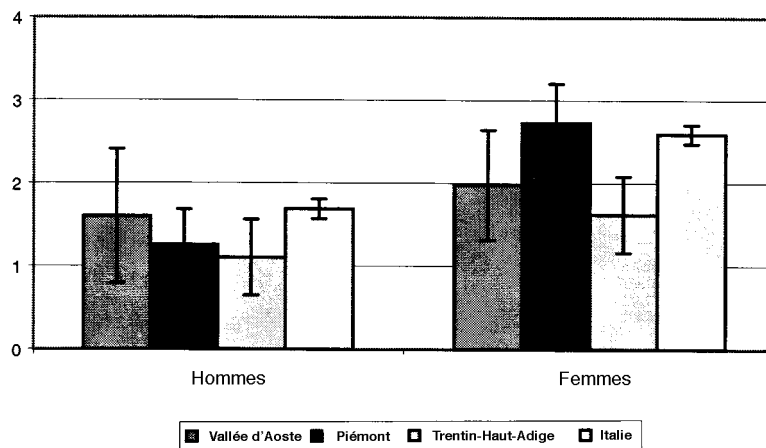
Quant aux comparaisons entre les différentes formes de handicap, les pourcentages relatifs aux Valdôtains sont à peine supérieurs aux autres pour ce qui est des difficultés motrices, alors que les résultats afférents aux Valdôtains ne semblent pas s'écarter de ceux des autres régions (Graphique 6).

**Graphique 6. Handicap en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 – Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

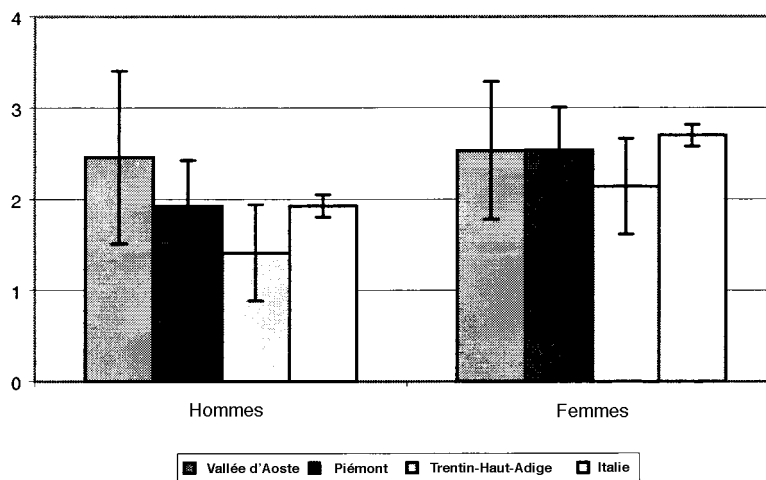
#### HANDICAP



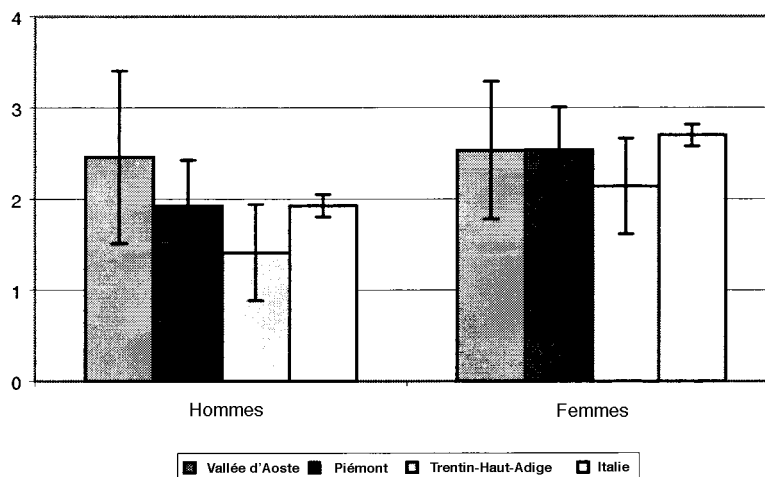
#### CONFINEMENT



### DIFFICULTÉS MOTRICES



### DIFFICULTÉS SENSORIELLES



#### Les différences sociales en Vallée d'Aoste

Les sujets qui ne sont pas mariés sont plus exposés que les autres aux risques de handicap, et surtout au confinement. L'état civil ne doit pas être confondu avec la cause du handicap et serait plutôt la démonstration de l'effet de ce dernier.

Le fait de n'être pas satisfait de ses propres ressources économiques est également un facteur discriminatoire en matière de handicap et ce sont les hommes qui en ressentent le plus les répercussions.

D'autre part, les personnes qui exercent ou ont exercé une profession manuelle risquent davantage que les autres de devoir faire face au handicap et notamment au confinement ou aux difficultés de mouvement.

Il semble, enfin, que les personnes des deux sexes connaissent moins de situations de handicap, de tous types, dans les petites et moyennes communes, mais cela est peut-être également dû au fait que les personnes qui rencontrent des problèmes de santé et ont besoin d'assistance et de services tendent à converger vers le chef-lieu régional. (Tableaux 12).

**Tableau 12. Handicap en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	HANDICAP			CONFINEMENT		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>						
10001-50000	*	*	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	*	*	0,7 (0,4-1,1)	0,7 (0,4-1,3)	0,6 (0,2-1,9)	0,6 (0,3-1,4)
<2000	*	*	0,8 (0,5-1,3)	0,4 (0,2-0,8)	0,1 (0-0,9)	0,5 (0,2-1,0)
<b>INSTRUCTION</b>						
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	*	1,0	1,0	1,0	*
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,3 (0,6-3,0)	*	1,2 (0,3-5,2)	2,1 (0,5-8,9)	3,3 (0,6-16,6)	*
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,6 (0,7-3,4)	*	2,2 (0,6-8,1)	1,9 (0,5-7,4)	0,9 (0,2-4,7)	*
<b>ÉTAT CIVIL</b>						
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,5 (1,0-2,2)	1,6 (0,9-2,7)	1,4 (0,8-2,2)	2,5 (1,3-5,0)	2,2 (0,8-6,3)	2,7 (0,9-7,9)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>						
non manuelle	*	*	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	*	*	2,2 (1,0-4,7)	3,2 (1,1-9,9)	*	4,1 (0,9-18,0)
autonome	*	*	1,7 (0,8-3,8)	2,4 (0,7-7,6)	*	2,6 (0,6-11,4)
inclassable	*	*	1,8 (0,8-3,8)	2,9 (0,9-9,5)	*	2,7 (0,6-11,6)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>						
excellentes/adéquates	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*
faibles/absolument insuffisantes	1,2 (0,8-1,6)	1,4 (0,8-2,3)	*	1,6 (0,9-2,8)	2,1 (0,8-5,7)	*

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 12. Handicap en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite)**

	DIFFICULTÉS MOTRICES			DIFFICULTÉS SENSORIELLES		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>						
10001-50000	*	*	1,0	1,0	*	1,0
2001-10000	*	*	0,4 (0,2-1,1)	0,8 (0,3-2,1)	*	0,4 (0,1-1,5)
<2000	*	*	1,3 (0,7-2,4)	0,5 (0,2-1,3)	*	0,1 (0-0,6)
<b>INSTRUCTION</b>						
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	1,1 (0,4-2,9)	1,1 (0,4-3,3)	1,8 (0,2-14,3)	1,0 (0,1-7,8)	0,6 (0-13,0)	*
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,0 (0,4-2,5)	0,6 (0,2-1,5)	2,4 (0,4-17,0)	1,5 (0,2-9,9)	1,4 (0,1-19,1)	*
<b>ÉTAT CIVIL</b>						
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*
autre	1,4 (0,9-2,5)	1,6 (0,7-3,4)	1,6 (0,7-3,6)	0,8 (0,4-1,9)	2,4 (0,5-10,2)	*
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>						
non manuelle	1,0	*	1,0	*	*	*
manuelle	2,6 (1,1-6,2)	*	3,2 (1,0-10,3)	*	*	*
autonome	2,3 (0,9-5,5)	*	2,8 (0,9-8,7)	*	*	*
inclassable	1,4 (0,5-3,7)	*	1,4 (0,4-4,9)	*	*	*
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>						
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	*	1,0	*
faibles/absolument insuffisantes	1,5 (0,9-2,4)	2,8 (1,3-5,9)	0,8 (0,4-1,8)	*	0,6 (0,1-2,8)	*

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

## LA PRÉVENTION

Nous allons maintenant étudier l'aptitude de la population valdôtaine à évaluer sa propre santé et à prendre les mesures nécessaires à la conservation de celle-ci en procédant, au cours des quatre semaines qui ont précédé l'interview, à une série de contrôles diagnostiques préventifs en vue d'écarter le risque de maladies particulièrement graves ou invalidantes telles que les maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, le diabète et ses complications et les cancers du sein et du col de l'utérus, chez la femme.

Ont également été pris en compte les examens effectués au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview en vue du diagnostic des problèmes suivants :

- cholestérol,
- glycémie,
- tension artérielle,

de même que les tests effectués spontanément et en l'absence de tout symptôme pour détecter un éventuel cancer du sein ou du col de l'utérus, tels que :

- le frottis de Pap,
- la mammographie.

Le frottis de Pap – ou test de Papanicolaou – est l'un des examens diagnostiques dont l'efficacité est démontrée et qui permet, grâce au dépistage précoce et à un traitement valable, de réduire la proportion de cas graves et la mortalité liée au cancer du col de l'utérus. Les pourcentages rapportés tiennent compte des tests effectués par les femmes qui entrent dans le programme valdôtain de dépistage des cancers féminins et des tests effectués spontanément.

Indépendamment du débat en cours, la mammographie demeure la meilleure méthode de détection du cancer du sein avant l'apparition de tout symptôme ou signe clinique. Ici encore, le pourcentage comprend les femmes qui ont effectué une mammographie dans le cadre du programme valdôtain de dépistage et celles qui ont effectué la même démarche d'elles-mêmes, à titre préventif.

Cette enquête a également recensé le recours à deux vaccins :

- anti-grippe ;
- antitétanique.

Pour ce qui est du contrôle du cholestérol, de la glycémie et de la tension artérielle, les femmes se sont avérées plus attentives que les hommes, puisque 46,5%, 46,2% et 52,5% d'entre elles ont effectué des tests, alors que les pourcentages obtenus par les hommes ont été respectivement de 43,3%, 43,7% et 49,7%.

Le pourcentage des femmes qui ont fait un frottis de Pap est également très bon (71,3%) de même que les résultats relatifs à la mammographie (45,5%).

En revanche, pour ce qui est des vaccins, l'on constate que si plus de Valdôtaines que de Valdôtains se sont fait vacciner contre la grippe (16,3% contre 11,9% des hommes), ce sont ces derniers qui ont eu le plus recours au vaccin antitétanique : 52,6% contre 33,8% pour les femmes, une donnée qui reflète probablement aussi le fait que les personnes de l'un et de l'autre sexe ne sont pas exposées aux mêmes risques.

L'analyse par tranche d'âge adulte confirme en substance les données générales présentées, même si les différences ne sont pas statistiquement significatives.

L'on observe une inversion de cette tendance chez les plus de 65 ans.. À cet âge-là, ce sont les hommes, un peu plus que les femmes, qui ont recours aux examens pour contrôler leur taux de cholestérol et de glycémie, de même que leur tension artérielle. Quant aux vaccins, il n'y a guère de différence notable

En ce qui concerne les tests de dépistage des cancers féminins, les différences d'âge concernent le test de Papanicolaou que les femmes d'âge adulte utilisent deux fois plus que les autres (Tableau 13).



**Tableau 13. La prévention en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe – Prévalences brutes en pourcentage et intervalles de confiance – Année 2000.**

Hommes			Femmes		
Prévention	15-64	65 >	Prévention	15-64	65 >
Contrôle cholestérol	39,0 (35,9-42,1)	64,3 (57,6-70,9)	Contrôle cholestérol	43,0 (39,8-46,2)	57,6 (52,0-63,3)
Contrôle glycémie	39,4 (36,3-42,5)	64,5 (57,9-71,2)	Contrôle glycémie	43,2 (39,9-46,4)	55,8 (50,2-61,5)
Contrôle tension	45,4 (42,2-48,6)	70,5 (64,2-76,9)	Contrôle tension	48,1 (44,9-51,4)	66,5 (61,1-71,9)
Vaccin anti-grippe	5,5 (4,0-6,9)	42,8 (36,0-49,5)	Vaccin anti-grippe	7,1 (5,5-8,7)	45,5 (39,9-51,1)
Vaccin antitétanique	59,3 (55,8-62,7)	18,6 (12,5-24,8)	Vaccin antitétanique	37,4 (33,8-40,9)	21,4 (15,7-27,1)
			Frottis de Pap	82,9 (80,3-85,5)	40,5 (35,0-46,0)
			Mammographie	45,5 (42,1-48,9)	45,6 (40,0-51,2)

### Comparaisons

La Vallée d'Aoste ne s'écarte guère des autres régions pour ce qui est du contrôle des taux de cholestérol et de glycémie.

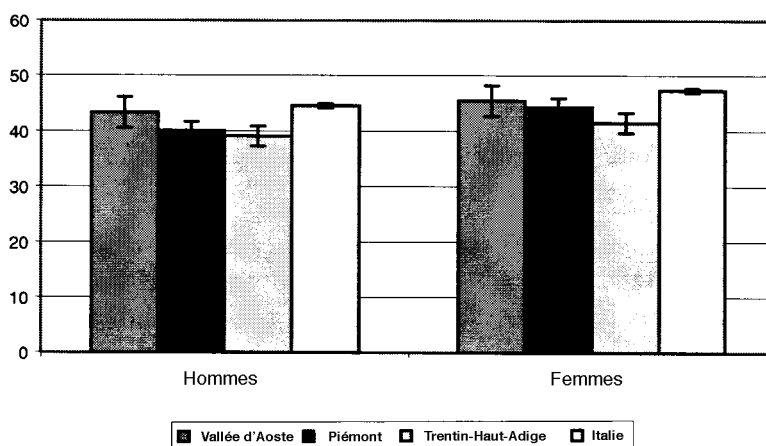
Les Valdôtaines contrôlent moins leur tension artérielle que les femmes de toutes les autres zones géographiques prises en compte, mais elles font le test de Papanicolaou et la mammographie plus souvent que les femmes du Trentin-Haut-Adige.

Davantage d'hommes et de femmes se font vacciner contre la grippe en Vallée d'Aoste qu'au Trentin-Haut-Adige, mais moins qu'au Piémont et moins que dans l'ensemble de Italie pour ce qui est des hommes, alors que les chiffres relatifs aux femmes sont similaires à ceux des autres régions.

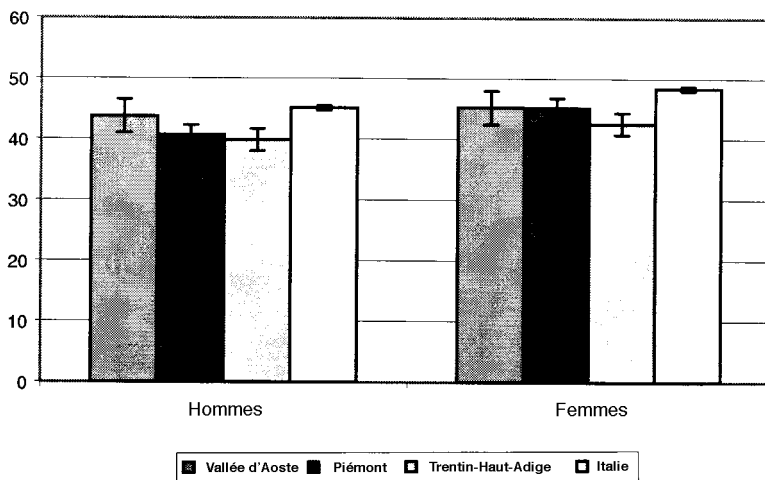
En ce qui concerne la vaccination contre le tétanos, la Vallée d'Aoste occupe une position similaire à celle des autres régions pour ce qui est des hommes tandis que les chiffres relatifs aux femmes sont les plus bas de tous (Graphique 7).

**Graphique 7. La prévention chez les plus de 15 ans en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie pour les deux sexes en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

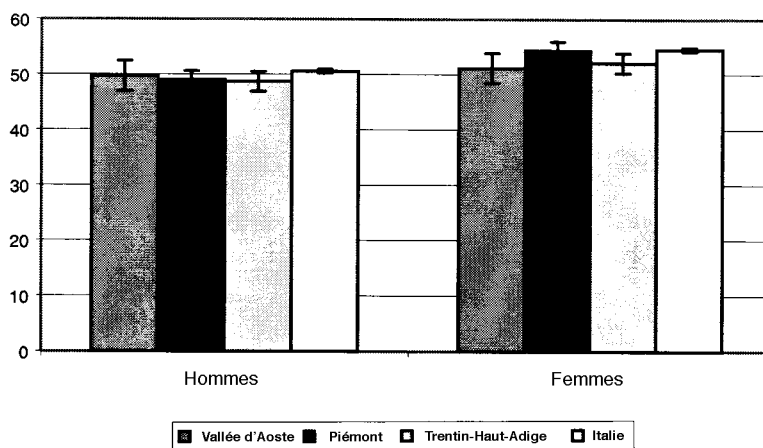
### CONTRÔLE CHOLESTÉROL



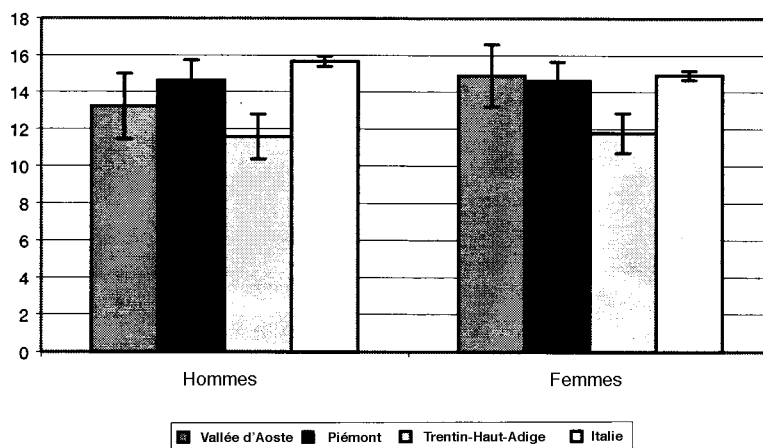
CONTRÔLE GLYCÉMIE



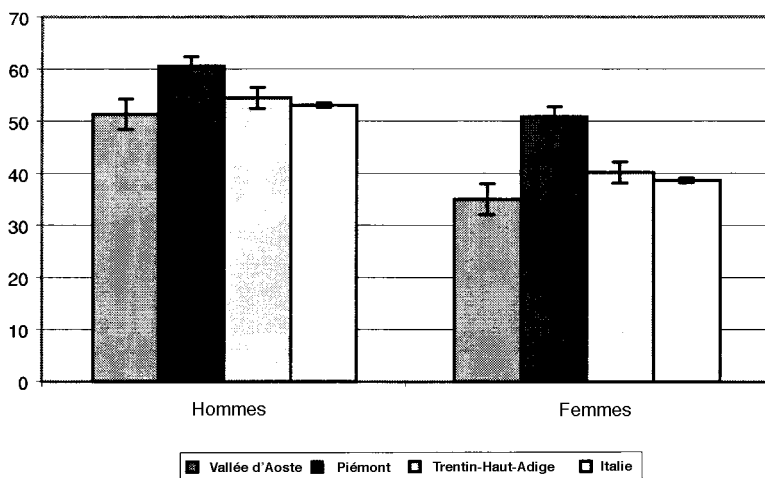
CONTRÔLE TENSION ARTÉRIELLE



VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

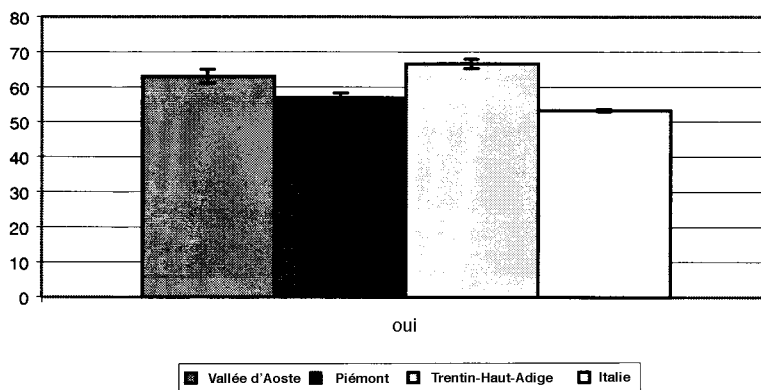


VACCINATION ANTITÉTANIQUE



TEST DE PAPANICOLAËOU

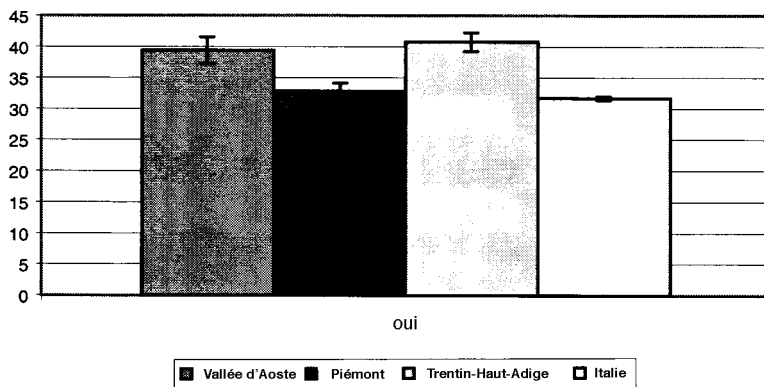
Femmes



oui

MAMMOGRAPHIE

Femmes



oui

### **Les différences sociales en Vallée d'Aoste**

L'orientation vers la prévention est une attitude fortement marquée par la position sociale.

Les personnes les moins instruites, qui exercent des professions manuelles et autonomes, de même que les personnes seules manifestent une propension moindre à contrôler leur état de santé et à se faire vacciner contre la grippe, tandis qu'elles ont davantage recours au vaccin antitétanique, et ce, pour des raisons liées à leur vie professionnelle.

Il en va de même pour les Valdôtains qui résident dans une petite commune : il ont plus de difficulté à tenir sous contrôle leur santé et ont une tendance accrue à se faire vacciner contre le tétanos, là encore, en raison de leur activités professionnelles (Tableau 14).

**Tableau 14. La prévention chez les plus de 15 ans en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 – Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	CONTRÔLE DU CHOLESTÉROL			CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE			CONTRÔLE DE LA TENSION		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2001-10000	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-1,0)
<2000	0,8 (0,7-0,8)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,8-1,0)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ. et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,0)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	0,7 (0,7-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,6-0,9)	0,7 (0,7-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,8 (0,6-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,7-1,0)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)	*	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuelle	0,9 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,8-0,9)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)	0,8 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)
autonome	0,8 (0,7-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,8 (0,6-0,9)	0,9 (0,8-1,1)
inclassable	0,6 (0,6-0,7)	0,8 (0,5-1,2)	0,7 (0,5-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,5-1,2)	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,8)	0,6 (0,4-1,0)	0,8 (0,6-0,9)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOM.</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,1)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 14. La prévention chez les plus de 15 ans en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence en 2000 – Rapport standardisé de prévalence (PRR) (suite).**

	VACCINATION ANTI-GRIPPE			VACCINATION ANTITÉTANIQUE			FROTTIS DE PAP			MAMMOGRAPHIE		
	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>												
10001-50000	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	—	—	1,0	—	—	1,0
2001-10000	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,7-1,4)	1,2 (0,9-1,7)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,1-1,4)	1,4 (1,2-1,8)			0,9 (0,9-1,0)			0,9 (0,8-1,0)
<2000	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,7-1,3)	1,2 (1,0-1,6)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,0-1,4)	1,5 (1,2-1,9)			1,0 (0,9-1,0)			0,8 (0,7-0,9)
<b>INSTRUC-TION</b>												
post-univ., maîtrise, dipl. univ. et dipl.	1,0	*	*	1,0	1,0	1,0			1,0			1,0
brevet prof.et dipl. fin d'études sec.	0,8 (0,6-1,1)	*	*	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,1-1,4)	1,0 (0,8-1,3)			1,0 (0,9-1,0)			1,2 (1,0-1,3)
certif. d'ét. prim. ou aucun titre d'études	0,8 (0,6-1,0)	*	*	1,2 (1,0-1,5)	1,3 (1,1-1,6)	1,1 (0,8-1,6)			0,9 (0,9-1,0)			1,0 (0,9-1,2)
<b>ÉTAT CIVIL</b>												
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			1,0			1,0
autre	0,8 (0,7-1,0)	0,8 (0,6-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,2)	1,4 (1,1-1,7)			0,9 (0,8-1,0)			0,9 (0,8-1,1)
<b>ACTIVITÉ PROFES-SIONNELLE</b>												
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0			1,0			1,0
manuelle	1,0 (0,8-1,3)	*	1,4 (1,0-1,9)	1,3 (1,2-1,5)	*	1,5 (1,2-1,9)			0,9 (0,9-1,0)			1,0 (0,9-1,2)
autonome	1,0 (0,8-1,3)	*	1,1 (0,8-1,6)	1,2 (1,0-1,4)	*	1,2 (0,9-1,7)			0,8 (0,8-0,9)			0,9 (0,8-1,1)
inclassable	1,0 (0,8-1,3)	*	1,1 (0,8-1,5)	1,0 (0,8-1,1)	*	0,9 (0,7-1,2)			0,9 (0,9-1,0)			0,9 (0,8-1,1)
<b>APPRÉCIA-TION RES-SOURCES ÉCONOMI-QUES</b>												
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			1,0			1,0
faibles/absolu-ment insuffi-santes	0,9 (0,7-1,1)	0,7 (0,5-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)	1,2 (1,0-1,4)			0,9 (0,9-1,0)			1,1 (1,0-1,2)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

## CONCLUSIONS

Il ressort de ces données un profil de morbidité très structuré parce qu'il reflète les différentes acceptions du terme « santé » : la notion subjective, la notion plus objective et chronique, la notion objective et symptomatologique, qui s'exprime par la consommation de médicaments, la notion fonctionnelle avec le handicap permanent et la notion temporaire liée à la limitation des activités, et jusqu'aux attitudes salutistes qui se manifestent par des comportements axés sur la prévention.

Le panorama observé nous donne la mesure des problèmes de santé, et surtout de leur envergure, ce qui présente un intérêt considérable pour la programmation sanitaire. Les handicaps, par exemple, concernent 1 homme âgé sur 6 et 1 femme âgée sur 5 (des prévalences qui sont par ailleurs sous-estimées dans la mesure où les populations interrogées ne sont pas institutionnalisées).

Les différences entre la Vallée d'Aoste et le reste de l'Italie ne sont pas particulièrement impressionnantes : en général, la Vallée d'Aoste présente un profil meilleur que la moyenne de l'Italie, correspond à celui des autres régions du Nord, surtout pour ce qui est des handicaps temporaires, de la morbidité chronique et symptomatologique liée à la consommation de certains médicaments et de la propension à la prévention, notamment pour ce qui est du dépistage.

Une fois encore, l'on constate que la santé reflète d'importantes différences sociales.

Les notions qui ressentent le plus d'un faible niveau d'instruction, de l'exercice d'une profession manuelle ou autonome et, dans certains cas, du fait de résider ailleurs qu'à AOSTE, d'être célibataire et insatisfait de sa propre situation économique, sont : la perception de la santé (surtout physique), le handicap temporaire, les maladies chroniques, la douleur et le stress (reliés par la consommation d'antalgiques et de tranquillisants) ainsi que les démarches liées à la prévention.

La notion de handicap subit moins l'influence de ces inégalités; ce qui est probablement dû au fait que l'échantillon ne prenait pas en considération la population institutionnalisée. Par contre, la notion de santé psychique se ressent de l'influence négative d'un haut niveau d'instruction, de l'exercice d'une profession qui n'est pas manuelle et du fait de résider à AOSTE.

Encore une fois, le profil de santé nous apporte de précieux renseignements sur les groupes qui courent le plus de risques et auxquels la programmation des interventions en matière de santé doit accorder le plus d'attention.

### Notes

<sup>1</sup> Voir le chapitre « Matériel et méthodes » du présent rapport.

## LE CITOYEN ET LES SERVICES

Ce chapitre rend compte de la manière dont la population valdôtaine a fait usage de certains services offerts par les structures sanitaires publiques et privées au cours de l'année 2000.

Nous avons délibérément choisi de traiter ce sujet de manière non exhaustive, puisque notre objectif est ici de saisir les évolutions, les caractéristiques et les nouvelles attitudes qui se développent dans ce domaine et qui pourraient contribuer à l'orientation de certains aspects de la politique régionale en matière de santé.

Les modalités selon lesquelles la population a recours à certains services d'assistance peuvent en effet être lues comme la conséquence de ses besoins en matière de santé, mais aussi comme l'expression de nouvelles exigences auxquelles les structures régionales doivent envisager de satisfaire.

D'une façon globale, le recours aux visites médicales et aux actes à visée diagnostique durant les quatre semaines qui ont précédé l'entrevue ne nous fournit que des indications très générales sur l'état de santé de la population : il est en effet bien évident que la fréquence est fonction de la précarité des conditions de santé.

Les visites et les examens offrent donc un cadre global de la connexion entre la perte de santé et le recours aux services.

Parmi les multiples services pris en considération par cette enquête, ont été sélectionnés ceux qui pouvaient contribuer à parfaire la description des conditions de santé de la population et ceux qui, en raison de la fréquence ou des modalités de recours, étaient susceptibles de présenter un intérêt particulier pour la programmation régionale.

Pour ce qui est du recours aux services du secteur privé, nous avons généralement analysé le recours à des visites, à des examens et en particulier à des prestations de rééducation. Le choix de se tourner vers le secteur privé peut être motivé par différentes raisons qu'il est possible de résumer ainsi :

- manque de confiance dans les services du secteur public ;
- absence de service public ;
- choix du citoyen d'obtenir rapidement la prestation requise.

Là encore, nous avons tenté de rendre compte de l'attitude des Valdôtains.

Pour ce qui est de la rééducation, notamment, nous avons essayé de comprendre combien de Valdôtains ont recours au secteur privé, étant donné l'importance de ce type de prestations pour les personnes âgées, notamment sous l'aspect de l'équité et de l'égalité des droits à ces prestations<sup>1</sup>.

Car un peu partout, la rééducation constitue l'un des maillons faibles de l'offre de santé publique. Les documents récents en matière de programmation nationale et, plus précisément, le Plan Sanitaire National 2002-2004, laissent une large marge au secteur privé, surtout pour ce qui est de ce genre de prestations. Le décret du Président du Conseil des Ministres du 22 novembre 2001 – qui définit les prestations devant être incluses dans le cadre des niveaux essentiels d'assistance (LEA) – classe les prestations de médecine physique et réhabilitation ambulatoire au nombre de celles qui sont partiellement exclues des LEA du fait qu'elles peuvent être fournies uniquement sur la base d'indications cliniques particulières.

D'autre part, il a été décidé de rendre compte de la fréquentation des centres de protection familiale en Vallée d'Aoste afin d'évaluer l'investissement fait sur ce type de structure territoriale il y a plusieurs années, avec une large avance par rapport aux autres régions : les centres de protection familiale valdôtains ont été mis en place dans toutes les vallées afin d'être à la portée de chaque citoyen, à un endroit proche des lieux où ce dernier vit et travaille, et de lui apporter un service d'assistance aux multiples facettes et d'une grande efficacité. Ce réseau confirme aujourd'hui son importance puisque les différents centres sont devenus pour les citoyens autant de points de repère sur ce petit territoire de montagne qu'est le nôtre.

Nous avons enfin décidé de donner un aperçu du recours aux médecines non conventionnelles.

La première considération qui ressort de l'étude des données nationales sur le recours aux médecines non conventionnelles durant les trois années qui ont précédé l'interview, est qu'elles progressent rapidement, surtout au sein de la population qui occupe une position sociale élevée. Toutefois, la plupart des personnes ne savent pas quoi répondre si on leur demande d'exprimer une opinion quant à l'opportunité de faire appel à ce type de prestation.

Il est donc bien évident qu'avant même de porter un jugement sur le mérite de ces médecines, il faut résoudre le problème de l'information : celle-ci doit être correcte et surtout s'adresser à toutes les couches de la population.

Les soins liés à une symptomatologie douloureuse sont la raison principale qui a poussé certaines personnes à se tourner vers les médecines non conventionnelles telles que l'acupuncture et les traitements manuels. En revanche le recours à l'homéopathie semble moins lié à une pathologie spécifique qu'à une amélioration de la qualité de la vie en général.

Bien qu'à l'échelon national ces prestations soient exclues des niveaux essentiels d'assistance, la Région Vallée d'Aoste, qui autofinance intégralement son système sanitaire depuis 1994, a décidé de les inclure, à l'échelon régional, dans le cadre des niveaux essentiels d'assistance.

Les médecines non conventionnelles n'ont pas été considérées comme une alternative à la médecine conventionnelle, mais bien comme un élément complémentaire de celle-ci, qui permet d'enrichir et de diversifier l'offre sanitaire et surtout qui permet au citoyen de choisir librement le type de prestations qui, selon lui, conviennent le mieux à sa façon d'être ou de vivre la maladie ou à ses besoins en matière de santé.

Même si ces médecines ne sont pas encore réglementées à l'échelon national et même si leur efficacité n'a pas encore été démontrée, le Plan socio-sanitaire régional 2002-2004 a prévu un programme expérimental d'acupuncture et d'homéopathie en vue de la solution de certains problèmes cliniques spécifiques. Cette démarche a été entreprise afin de permettre aux citoyens d'exercer leur droit de choisir consciemment le type de thérapie qu'ils préfèrent, du point de vue de l'efficacité, du respect de la personne, de l'invasivité et de l'égalité d'accès par rapport à la médecine conventionnelle, mais également afin de répondre à un besoin et à une demande d'offre publique émanant de la population valdôtaine qui, pour obtenir ces prestations, est aujourd'hui obligée de s'adresser au secteur privé et de supporter l'intégralité de la dépense y afférente.

## **LES VISITES, LES EXAMENS ET LES AUTRES SERVICES**

De tous les Valdôtains de plus de 15 ans, ce sont les femmes qui se soumettent le plus souvent à des visites ou à des examens et qui ont recours le plus souvent à des prestations de réhabilitation.



Selon leurs déclarations, 28% des femmes et 19% des hommes effectuent des visites médicales.

D'autre part, ce sont encore les femmes, plus que les hommes qui ont recours à des actes à visée diagnostique (14% contre 9%), mais, pour ce faire, les hommes s'adressent plus fréquemment à des structures privées (24,6%, contre 13,7% pour les femmes).

Pour ce qui est de la rééducation en structures privées, ce sont encore une fois les femmes qui priment, avec un taux de 57,5% face au 45,4% des hommes, et ce sont également elles qui fréquentent le plus les centres de protection familiale (3,1% contre 0,5% pour les hommes).

L'analyse par tranche d'âge confirme que chez les adultes, les femmes ont le plus souvent recours aux visites et aux actes à visée diagnostique, et que pour ces derniers, les hommes préfèrent les structures privées.

Chez les personnes âgées, l'on retrouve les mêmes différences, qui ne sont pas significatives.

Chez les jeunes, aucune différence n'apparaît (Tableau 1).

**Tableau 1. Visites médicales et actes à visée diagnostique effectués dans des structures publiques ou privées en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe. Prévalences brutes en pourcentage, intervalles de confiance et moyennes. Année 2000.**

Hommes				Femmes			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Visites médicales	31,9 (25,2-38,7)	16,9 (14,6-19,2)	29,5 (23,3-35,7)	Visites médicales	35,7 (28,6-42,9)	25,9 (23,1-28,7)	35,2 (29,9-40,6)
- dont : spécialiste secteur privé		51,8 (44,2-59,4)	28,3 (17,0-39,5)	- dont : spécialiste secteur privé		50,6 (44,3-56,8)	28,3 (19,7-36,8)
Actes à visée diagnostique	6,3 (2,8-9,8)	8,4 (6,7-10,1)	17,3 (12,2-22,5)	Actes à visée diagnostique	5,3 (2,0-8,6)	13,6 (11,4-15,8)	16,5 (12,3-20,7)
- dont : structure privée		28,5 (18,8-38,3)	15,6 (3,7-27,5)	- dont : structure privée		16,5 (10,1-22,9)	6,6 (0-13,4)
Rééducation en structure privée		48,5 (32,1-65,0)	30,1 (0-63,6)	Rééducation en structure privée		66,0 (49,0-83,1)	36,4 (9,0-63,9)
Centre de protection familiale	6,1 (2,6-9,5)	0,5 (0,1-1,0)	0,9 (0-2,2)	Centre de protection familiale	9,9 (5,4-14,3)	3,2 (2,1-4,4)	3,0 (1,1-4,9)

### Comparaisons

Si l'on compare les prévalences de la Vallée d'Aoste à celles des autres régions, il apparaît que la structure à laquelle tant les hommes que les femmes ont le plus souvent recours est, en absolu, le centre de protection familiale, ce qui confirme la valeur et l'utilité de ces services territoriaux pour la population valdôtaine.

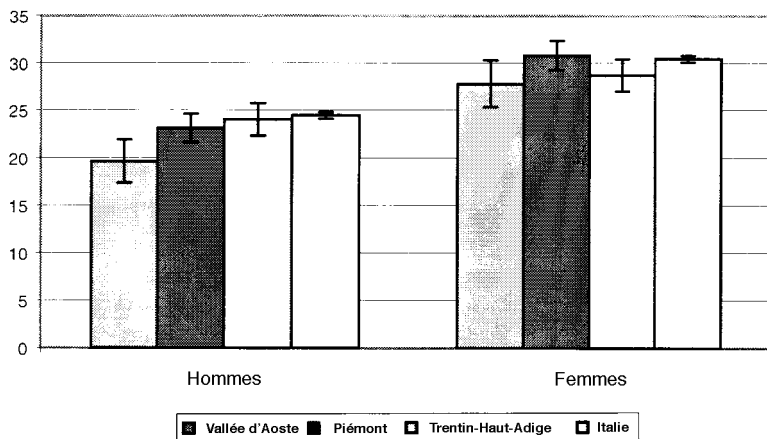
En Vallée d'Aoste, les chiffres les plus bas se réfèrent à la fréquence des visites médicales, surtout chez les hommes, alors que, par rapport aux autres régions, ce sont eux qui ont le plus souvent recours aux visites spécialisées et aux actes à visée diagnostique dans des structures privées.

Pour ce qui est du recours au secteur privé, c'est aux Valdôtaines que se rapportent les fréquences les plus élevées en matière

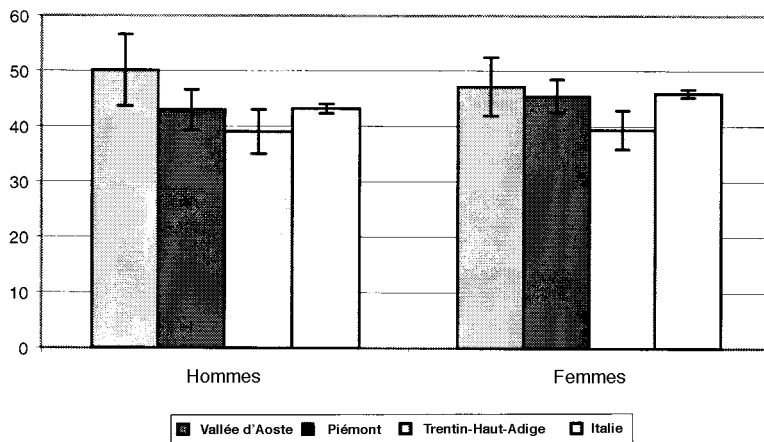
re de prestations de rééducation, toutes régions confondues, avec des chiffres qui correspondent à ceux de la moyenne nationale (Graphique 1).

**Graphique 1. Visites médicales et actes à visée diagnostique effectués durant les 4 semaines qui ont précédé l'entretien par des personnes de 14 ans et plus, dans des structures publiques ou privées, en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

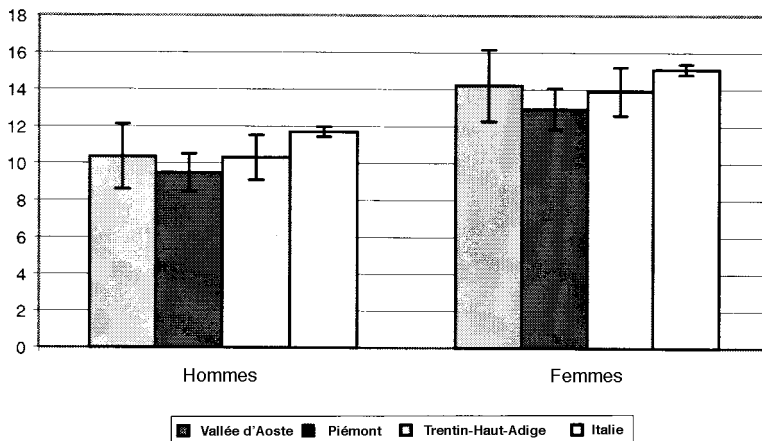
*VISITES MÉDICALES*



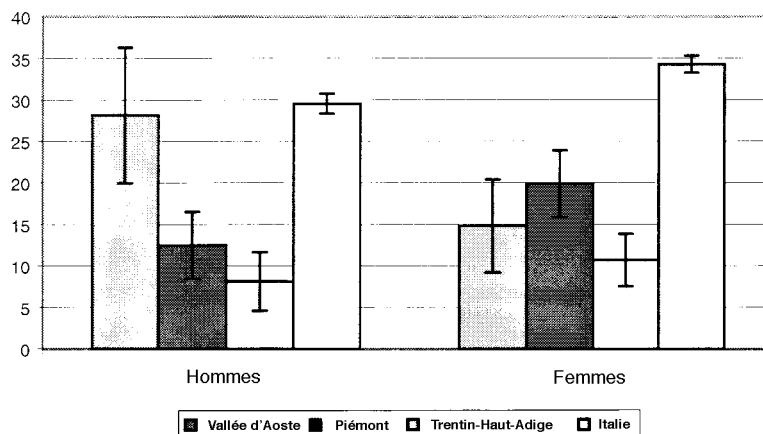
*VISITES MÉDICALES SPÉCIALISÉES – SECTEUR PRIVÉ*



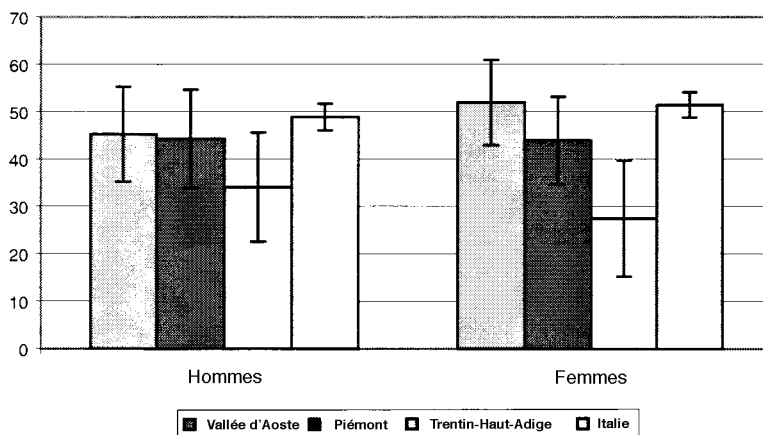
*ACTES A VISÉE DIAGNOSTIQUE*



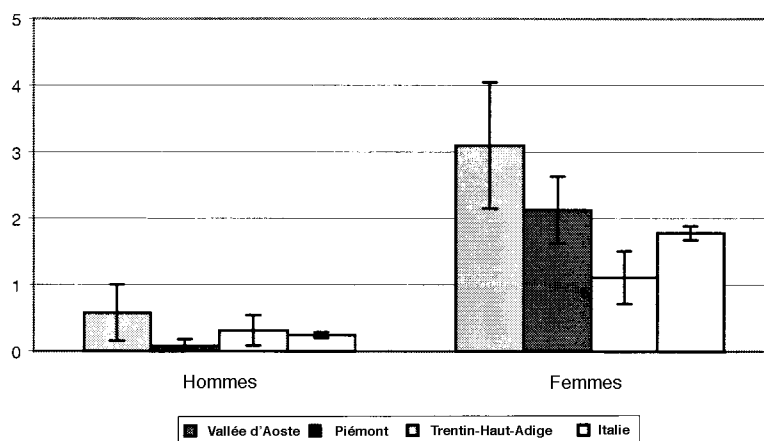
*ACTES A VISÉE DIAGNOSTIQUE – SECTEUR PRIVÉ*



*RÉÉDUCATION – SECTEUR PRIVÉ*



*CENTRE DE PROTECTION FAMILIALE*



**Les différences sociales en Vallée d'Aoste**

En général, lorsque l'ampleur de l'échantillon permet d'effectuer l'analyse, l'on voit nettement que les niveaux d'instruction les plus bas correspondent à une plus faible propension des citoyens à recourir aux services.

L'on observe un léger excès de recours aux visites et aux actes à visée diagnostique dans les communes de dimensions moyennes (et les femmes ont davantage tendance – 50% – à recourir à des actes à visée diagnostique dans des structures privées).

Les résultats relatifs aux centres de protection familiale sont intéressants. C'est à ces structures que s'adressent bon nombre de personnes résidant dans de petites communes (jusqu'à 30% de plus) où qui ont une opinion négative de leurs ressources économiques (Tableau 2).

**Tableau 2. Visites médicales et actes à visée diagnostique effectués durant les 4 semaines qui ont précédé l'entretien par des personnes de 14 ans et plus, dans des structures publiques ou privées, en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	VISITES MÉDICALES			VISITES MÉD. SPÉCIALISÉES – SECTEUR PRIVÉ			ACTES À VISÉE DIAGNOSTIQUE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,1 (1,0-1,4)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,9-1,4)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,6-1,2)	*	1,1 (0,9-1,5)	1,1 (0,7-1,6)	1,2 (0,9-1,7)
<2 000 hab.	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,8-1,5)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-0,9)	0,9 (0,7-1,3)	*	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,6-1,4)	1,1 (0,8-1,5)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,6-1,2)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,0)	1,0 (0,7-1,5)	0,7 (0,5-1,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,0 (0,8-1,2)	0,8 (0,6-1,2)	1,1 (0,8-1,4)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,5-1,2)	0,5 (0,3-0,7)	0,7 (0,5-0,9)	0,6 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,0)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	0,9 (0,8-1,1)	0,8 (0,6-1,0)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,6-1,4)	1,1 (0,8-1,5)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuelle	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,7-1,2)	1,1 (0,9-1,4)	0,8 (0,6-1,0)	0,7 (0,5-1,0)	0,8 (0,6-1,1)	1,1 (0,9-1,5)	1,4 (0,9-2,0)	1,1 (0,7-1,5)
autonome	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,7-1,3)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,8-1,3)	1,3 (0,9-1,8)	0,8 (0,5-1,1)	0,9 (0,7-1,3)	1,0 (0,6-1,7)	0,8 (0,6-1,3)
inclassable	0,9 (0,7-1,1)	0,5 (0,3-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,2)	0,8 (0,4-1,8)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,7-1,3)	0,7 (0,2-2,3)	0,8 (0,6-1,2)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (0,9-1,5)	1,1 (0,9-1,4)	0,9 (0,7-1,1)	0,6 (0,4-1,0)	1,1 (0,8-1,4)	1,3 (1,0-1,6)	1,1 (0,8-1,7)	1,4 (1,0-1,8)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 2. Visites médicales et actes à visée diagnostique effectués durant les 4 semaines qui ont précédé l'entretien par des personnes de 14 ans et plus, dans des structures publiques ou privées, en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence - Rapport standardisé de prévalence (PRR) – (suite).**

	EXAMENS EN STRUCTURE PRIVÉE			RÉÉDUCATION EN STRUCTURE PRIVÉE			CENTRE DE PROTECTION		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10 001-50 000 hab.	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
2 001-10 000 hab.	0,6 (0,4-1,1)	*	1,5 (0,6-3,8)	1,1 (0,8-1,6)	*	1,1 (0,6-2,1)	2,1 (0,9-5,1)	*	1,5 (0,6-3,7)
<2 000 hab.	0,7 (0,4-1,3)	*	1,2 (0,4-3,4)	0,7 (0,4-1,1)		0,8 (0,4-1,7)	3,0 (1,3-7,0)	*	2,9 (1,2-6,8)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	*	1,0	*	1,0	1,0	*	*	*
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,8 (0,4-1,4)	*	0,4 (0,1-1,2)	*	0,9 (0,4-2,1)	0,9 (0,5-1,9)	*	*	*
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	1,1 (0,5-2,2)	*	0,6 (0,2-1,8)	*	0,8 (0,2-2,9)	0,7 (0,3-1,7)	*	*	*
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	*	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	2,2 (1,3-3,8)	2,1 (1,1-4,2)	*	0,9 (0,7-1,3)	0,9 (0,5-2,0)	0,9 (0,5-1,6)	0,8 (0,4-1,5)	0,3 (0-1,6)	1,0 (0,5-1,9)
<b>ACTIVITÉ PROFES- SIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	1,0 (0,6-1,8)	*	0,8 (0,3-2,0)	0,7 (0,5-1,0)	*	0,9 (0,2-3,9)	0,5 (0,2-1,1)	*	0,4 (0,2-1,1)
autonome	1,4 (0,7-2,7)	*	1,1 (0,4-3,1)	0,9 (0,5-1,7)	*	0,1 (0-12,7)	1,4 (0,7-2,8)	*	1,3 (0,6-2,8)
inclassable	1,1 (0,5-2,4)	*	0,6 (0,2-1,9)	0,8 (0,5-1,4)	*	0,8 (0,4-1,8)	0,4 (0,1-1,4)	*	0,3 (0,1-1,0)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	0,4 (0,2-0,9)	0,3 (0,1-1,3)	0,5 (0,2-1,2)	0,7 (0,4-1,0)	0,4 (0,1-1,4)	0,6 (0,3-1,3)	1,4 (0,7-2,6)	2,8 (0,6-12,5)	1,2 (0,6-2,4)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

## LES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

Nous avons analysé le recours aux médecines non conventionnelles indiquées ci-après :

- homéopathie ;
- acupuncture ;
- phytothérapie ;
- traitements manuels.

Homéopathie, acupuncture et phytothérapie sont des branches de la médecine non conventionnelle que des spécialistes du secteur privé pratiquent, depuis longtemps déjà, en Vallée d'Aoste.

Dans notre région, le recours aux traitements manuels ne comprend pas seulement certains professionnels tels que les ostéopathes et les chiropraticiens, mais aussi les « rabeilleurs » – les rebouteux – figures de la tradition culturelle valdôtaine, auxquels la population s'adresse avec confiance pour le traitement manuel et le soin de pathologies mineures du système osseux et musculaire.

En Vallée d'Aoste, l'analyse du recours à la médecine non conventionnelle a porté sur les 12 mois et sur les trois années précédant l'interview et, sous toutes les formes prises en compte par ce rapport, il s'est avéré un phénomène essentiellement féminin, même si les Valdôtains sont plus portés à se tourner vers ce type de démarche que les hommes des autres régions.

Parmi les personnes de plus de 15 ans qui vivent en Vallée d'Aoste, 25% des hommes et 33% des femmes ont déclaré faire appel aux médecines non conventionnelles, résultats qui se décomposent comme suit :

En ce qui concerne l'acupuncture, 6,3% pour les hommes et 8,3% pour les femmes.

En ce qui concerne l'homéopathie, 9,4% pour les hommes et 19,2% pour les femmes.

En ce qui concerne la phytothérapie, 8,5% pour les hommes et 14,4% pour les femmes.

En ce qui concerne les traitements manuels, 14,8% pour les hommes et 15,6% pour les femmes.

L'analyse par tranche d'âge démontre que les femmes, et notamment les femmes adultes, ont davantage recours que les hommes à des médecines non conventionnelles, pour ce qui est de l'homéopathie et de la phytothérapie.

Il n'y a que pour les traitements manuels que les comportements des hommes et des femmes semblent assez proches (Tableau 3).

**Tableau 3. Médecines non conventionnelles en Vallée d'Aoste par tranche d'âge et par sexe. Prévalences brutes en pourcentage, intervalles de confiance et moyennes. Année 2000.**

Hommes				Femmes			
	0-14	15-64	65 >		0-14	15-64	65 >
Médecine alternative	15,8 (10,5-21,1)	26,1 (23,3-28,8)	20,3 (14,8-25,8)	Médecine alternative	16,9 (11,3-22,5)	36,8 (33,7-39,9)	21,4 (16,8-26,0)
Acupuncture	0,4 (0-1,2)	6,7 (5,1-8,2)	4,5 (1,7-7,3)	Acupuncture	1,5 (0-3,3)	8,7 (6,9-10,4)	7,4 (4,4-10,3)
Homéopathie	12,0 (7,3-16,7)	10,6 (8,6-12,5)	3,9 (1,2-6,5)	Homéopathie	13,0 (8,0-18,0)	22,9 (20,3-25,6)	7,5 (4,6-10,5)
Phytothérapie	5,1 (1,9-8,2)	8,5 (6,8-10,2)	8,7 (4,9-12,5)	Phytothérapie	8,1 (4,0-12,1)	15,4 (13,1-17,7)	11,3 (7,7-14,9)
Traitements manuels	3,2 (0,6-5,7)	15,9 (13,6-18,2)	9,7 (5,7-13,7)	Traitements manuels	2,4 (0,1-4,6)	18,1 (15,6-20,5)	8,1 (5,0-11,2)

### Comparaisons

Les Valdôtains sont les Italiens qui ont le plus souvent recours aux médecines non conventionnelles, alors que les Valdôtaines se trouvent à faire jeu égal avec les femmes du Trentin : il s'agit là d'une confirmation de la valeur que la population de la Vallée d'Aoste attache aux propriétés thérapeutiques de ces branches non conventionnelles de la médecine officielle.

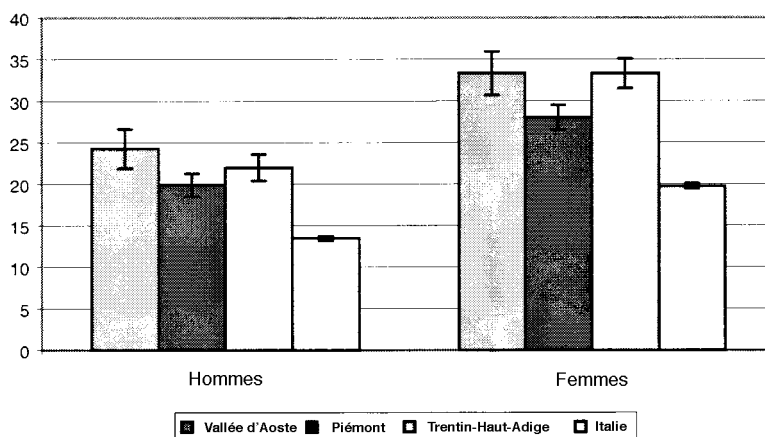
Pour ce qui est tant de l'acupuncture que des traitements manuels, les Valdôtains des deux sexes sont les principaux utilisateurs de ces méthodes.

Il n'y a guère qu'en ce qui concerne l'homéopathie et la phytothérapie que cette suprématie est partagée respectivement par les femmes et par les hommes du Trentin-Haut-Adige.

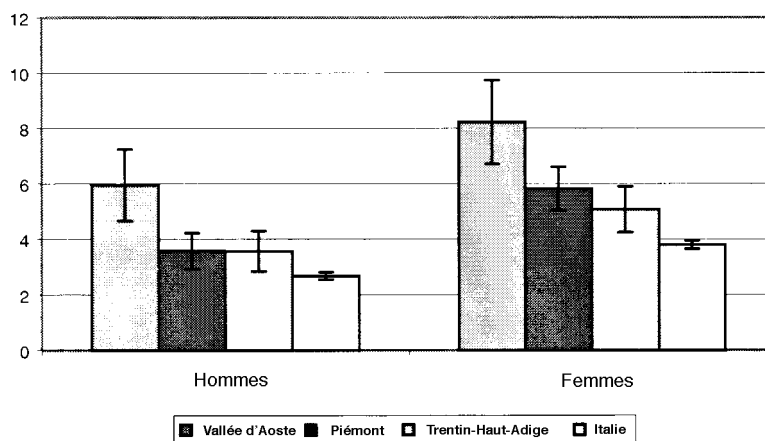
Il est toutefois clair qu'en Vallée d'Aoste, le nombre de personnes qui ont recours à ces types de médecine est considérablement supérieur à la moyenne nationale (Graphique 2).

**Graphique 2. Recours aux médecines non conventionnelles durant les 4 semaines qui ont précédé l'entretien par des personnes de 14 ans et plus en Vallée d'Aoste, au Piémont, au Trentin-Haut-Adige et en Italie en 2000 - Prévalences standardisées par âge, en pourcentage.**

#### MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

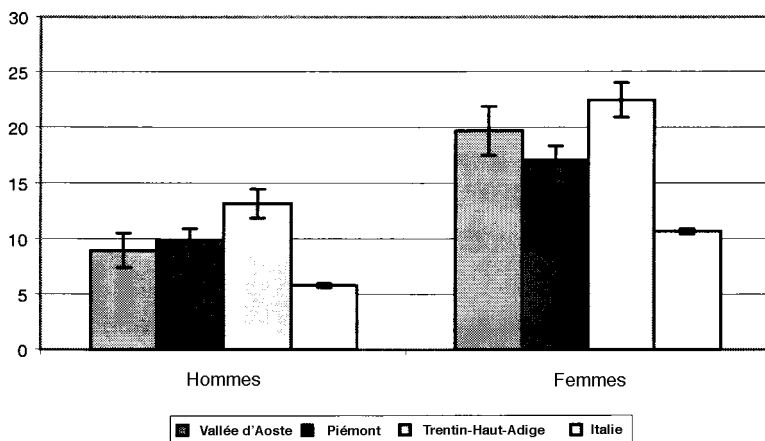


#### ACUPUNCTURE

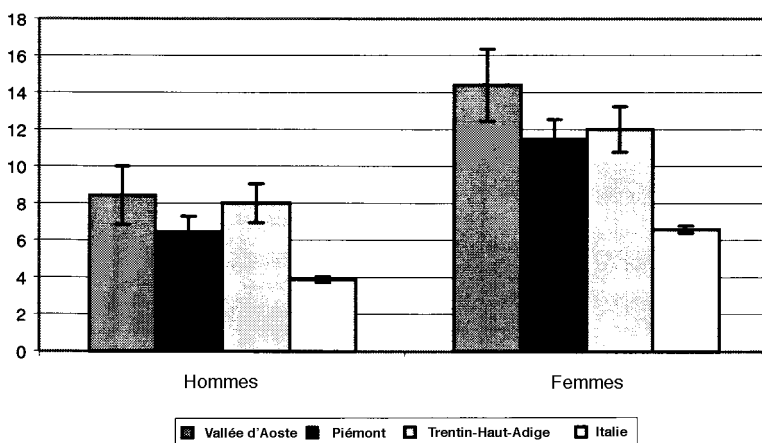




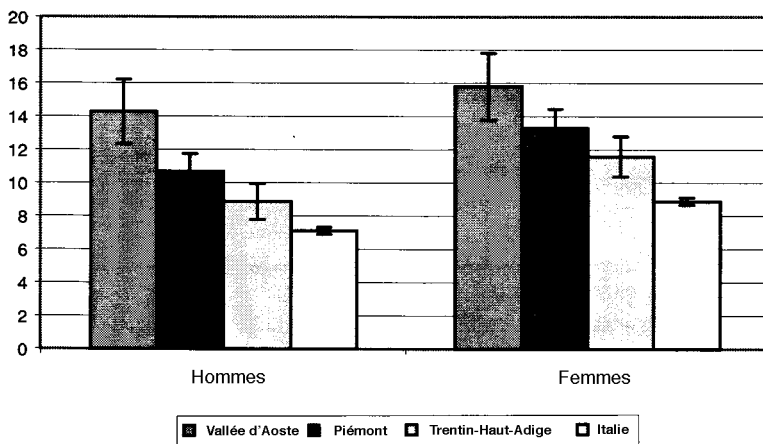
HOMÉOPATHIE



PHYTOTHÉRAPIE



TRAITEMENTS MANUELS



### **Les différences sociales en Vallée d'Aoste**

Toutes les variables sociales considérées, pour l'un et l'autre sexe, semblent aller nettement contre le recours aux médecines non conventionnelles.

L'on relève en effet qu'à l'heure actuelle, en Vallée d'Aoste, les médecines non conventionnelles sont l'apanage presque exclusif des classes dont le niveau d'instruction est le plus élevé et, pour ce qui est des femmes, de celles qui n'ont jamais effectué de travail manuel, sont célibataires, satisfaites de leurs ressources économiques et habitent dans des communes de taille moyenne. (Tableau 4)

**Tableau 4. Médecines alternatives en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence - Rapport standardisé de prévalence (PRR).**

	MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE			ACUPUNCTURE			HOMÉOPATHIE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>									
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,2 (1,0-1,4)	1,6 (1,2-2,1)	1,0 (0,8-1,2)	1,5 (1,0-2,1)	1,5 (0,9-2,7)	1,4 (0,9-2,2)	1,1 (0,9-1,4)	1,4 (0,9-2,1)	1,0 (0,7-1,3)
<2 000 hab.	1,3 (1,1-1,6)	1,6 (1,2-2,0)	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (0,8-1,7)	1,2 (0,6-2,2)	1,2 (0,7-1,9)	1,0 (0,8-1,3)	0,9 (0,5-1,4)	1,1 (0,8-1,4)
<b>INSTRUCTION</b>									
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,8)	0,9 (0,6-1,2)	0,6 (0,4-1,0)	1,1 (0,7-1,6)	0,5 (0,4-0,6)	0,4 (0,3-0,6)	0,6 (0,4-0,7)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	0,5 (0,4-0,6)	0,5 (0,3-0,7)	0,5 (0,4-0,7)	0,6 (0,4-0,9)	0,5 (0,2-1,0)	0,6 (0,4-1,2)	0,3 (0,2-0,5)	0,3 (0,2-0,6)	0,3 (0,2-0,5)
<b>ÉTAT CIVIL</b>									
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,0 (0,9-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	1,2 (1,0-1,4)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,7-1,7)	1,2 (0,8-1,8)	1,2 (1,0-1,4)	0,9 (0,6-1,4)	1,4 (1,1-1,8)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>									
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	*	1,0
manuelle	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,7)	0,7 (0,5-1,0)	0,6 (0,4-1,0)	0,9 (0,5-1,4)	0,5 (0,4-0,6)	*	0,5 (0,3-0,7)
autonome	0,6 (0,5-0,7)	0,5 (0,4-0,7)	0,7 (0,5-0,8)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,3-1,1)	0,6 (0,3-1,0)	0,5 (0,4-0,7)	*	0,5 (0,4-0,7)
inclassable	0,7 (0,6-0,8)	0,6 (0,3-1,0)	0,6 (0,5-0,8)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,2-2,8)	0,7 (0,4-1,2)	0,7 (0,5-0,9)	*	0,5 (0,4-0,7)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>									
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	0,7 (0,6-0,9)	0,6 (0,4-0,8)	0,8 (0,7-1,0)	0,8 (0,5-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	1,0 (0,6-1,6)	0,8 (0,6-1,0)	0,6 (0,3-1,0)	0,9 (0,7-1,2)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

**Tableau 4. Médecines alternatives en Vallée d'Aoste : répartition par niveau d'instruction, état civil, activité professionnelle, appréciation des ressources personnelles et dimensions de la commune de résidence - Rapport standardisé de prévalence (PRR). (suite).**

	PHYTOTHÉRAPIE			TRAITEMENTS MANUELS		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
<b>DIMENSIONS COMMUNE</b>						
10 001-50 000 hab.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2 001-10 000 hab.	1,5 (1,1-2,0)	1,9 (1,1-3,1)	1,4 (1,0-2,0)	1,3 (1,0-1,6)	1,5 (1,0-2,3)	1,1 (0,8-1,5)
<2 000 hab.	1,3 (1,0-1,8)	1,5 (0,9-2,5)	1,3 (0,9-1,9)	1,7 (1,3-2,2)	2,0 (1,3-2,9)	1,6 (1,1-2,2)
<b>INSTRUCTION</b>						
post-univ., maîtrise, diplôme univ et diplôme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
brevet professionnel et dipl. fin d'études sec.	0,6 (0,5-0,8)	0,7 (0,5-1,1)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,5-0,9)	0,7 (0,6-1,0)
certif. d'ét. primaires ou aucun titre d'études	0,5 (0,3-0,7)	0,4 (0,2-0,8)	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,4-0,7)	0,5 (0,3-0,7)	0,5 (0,3-0,8)
<b>ÉTAT CIVI</b>						
marié/e	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
autre	1,2 (1,0-1,6)	0,9 (0,6-1,3)	1,6 (1,2-2,1)	1,0 (0,8-1,3)	0,8 (0,6-1,1)	1,3 (1,0-1,7)
<b>ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>						
non manuelle	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
manuelle	0,5 (0,4-0,7)	0,7 (0,4-1,1)	0,5 (0,3-0,7)	0,6 (0,5-0,8)	0,6 (0,4-0,8)	0,7 (0,5-1,0)
autonome	0,6 (0,5-0,9)	0,8 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,9)	0,5 (0,4-0,7)	0,4 (0,3-0,7)	0,6 (0,4-0,9)
inclassable	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,2-1,9)	0,6 (0,4-0,8)	0,5 (0,4-0,7)	0,3 (0,1-0,8)	0,6 (0,4-0,8)
<b>APPRÉCIATION RESSOURCES ÉCONOMIQUES</b>						
excellentes/adéquates	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
faibles/absolument insuffisantes	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,6-1,6)	0,8 (0,6-1,2)	0,6 (0,4-0,7)	0,5 (0,3-0,8)	0,6 (0,4-0,9)

\* L'ampleur de l'échantillon ne permet pas d'effectuer l'analyse dans ce cas

## CONCLUSIONS

Il ressort de l'analyse du recours aux services sanitaires un cadre fort stimulant.

Pour ce qui est de la médecine territoriale de base et spécialisée, l'image qui se dégage correspond à la morbidité. Les situations qui présentent le plus de problèmes de santé (femmes, personnes âgées, niveau d'instruction faible, travail manuel et autonome, personnes non mariées) coïncident avec une recrudescence du recours aux services sanitaires. C'est d'ailleurs ce qui ressortait des hospitalisations décrites par la précédente publication émanant de l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales. Il semble donc que le service sanitaire régional soit suffisamment attentif aux différents besoins.

Le recours au secteur privé concerne surtout les actes à visée diagnostique et est le fait des hommes adultes, comme si cette catégorie de personnes avait plus de mal à concilier ses horaires de travail et le temps nécessaire pour accéder aux structures sanitaires ; et de fait, ce sont les travailleurs autonomes qui font le plus appel aux structures privées.

L'on observe, à l'inverse, que le recours à la médecine non conventionnelle suit un autre profil épidémiologique, qui se rapproche davantage de celui qui est décrit par l'indice de santé psychique : ce sont les classes moyennes, plus instruites, qui manifestent le plus de problèmes psychiques et qui ont plus tendance à faire appel à des formes de médecine et de soins moins invasives et plus personnalisées.

Cette démarche explique probablement et la meilleure condition physique et la mauvaise condition psychique de cette catégorie de personnes.

Tous ces phénomènes sont probablement liés à une variable culturelle latente qui correspond à la manière dont chacun perçoit et définit les problèmes de santé dans ce groupe de population.

La nature de ce phénomène, ses déterminants et ses probabilités de propagation – dans l'avenir – à d'autres groupes sociaux offrent donc matière à étude.

---

#### NOTES

- <sup>1</sup> La manière dont ces questions sont vécues par les Valdôtaines et les Valdôtains de plus de 65 ans est traitée de façon détaillée dans une publication entièrement consacrée aux personnes âgées résidant en Vallée d'Aoste (édition 2002).

#### CONCLUSIONS

Ce rapport dresse le profil épidémiologique de la population valdôtaine en l'an 2000. Il photographie la base de départ des actions sanitaires décidées dans le cadre du Plan socio-sanitaire régional 2002 – 2004. Au moment de l'élaboration de ce dernier, toutes les données qui figurent ici n'étaient pas encore disponibles, mais il convient de souligner que les choix opérés par ledit Plan répondent à des besoins qui ont bel et bien été identifiés comme des priorités par le présent Rapport.

Ce profil introduit en fait de nouveaux éléments qui devront être pris en compte par les futures mesures d'application et, notamment, la question de l'inégalité devant la santé, qui revient dans tous les domaines de cette dernière qui ont été examinés : style de vie, santé objective ou subjective et recours aux services.

Ce problème concerne l'organisation et la fourniture des prestations de prévention et d'assistance à tous les niveaux. Et les responsables de tous ces secteurs doivent s'interroger sur la manière et les modalités de réalisation d'une intervention, dans le cadre des processus de leur ressort, qui contribuerait à atténuer les inconvénients de cette inégalité sociale et à éviter de les aggraver en raison de barrières administratives et techniques qui entravent l'accès à des solutions plus sûres et efficaces.

Le tableau tracé par ce rapport doit enfin être considéré comme la base à partir de laquelle il sera possible de jauger les résultats des actions issues du Plan socio-sanitaire régional. Il conviendra de planifier une nouvelle enquête pour les années 2005 – 2006, qui permettra de mesurer le chemin parcouru.

Il serait opportun, à ce propos, que la Conférence des Régions prenne dès maintenant les mesures nécessaires afin de programmer l'enquête sur la santé proposée par l'ISTAT dans toutes les régions, de façon que, grâce à l'utilisation d'un ensemble commun d'indicateurs et d'un même modèle d'enquête, il soit possible d'apporter les informations nécessaires à ce processus de programmation.

## POLITIQUES SOCIALES

### INTRODUCTION

Des politiques sanitaires aux politiques sociales, il n'y a qu'un pas et la différence est principalement d'ordre administratif, puisque les besoins sont souvent de nature intégrée, à la fois sociale et sanitaire.

Voilà déjà un certain temps que la nécessité d'intégrer ces deux approches et de les réunir dans un projet politique unique a été reconnue, même si des difficultés persistent en raison des différences de maturation de ces deux logiques d'orientation du point de vue de la gestion : le domaine sanitaire est plus ancien et mieux enraciné, le domaine social est plus récent et moins institutionnalisé. Pour les politiques sociales, cela signifie qu'il existe encore des différences institutionnelles fort marquées entre les régions, une fragmentation des compétences, une diversité dans les prestations qui rend ces dernières difficilement « homologables » et qui fait qu'il n'est pas possible de disposer d'un flux d'information à l'échelon national quant au suivi et à l'évaluation des activités.

En présence de ce scénario encore mal intégré du point de vue politique et fonctionnel, la loi n° 328/2000, loi-cadre sur l'assistance, et le Plan national des actions et des services sociaux 2001-2003 ont représenté un grand pas en avant, parce qu'ils ont lancé le processus d'intégration au sein des politiques sociales régionales.

La programmation sociale doit en effet être conçue comme un processus auquel participent plusieurs acteurs qui se situent à des niveaux différents et qui apportent leurs compétences, leurs conceptions et leurs ressources à l'élaboration d'un projet ; et pour que ce dernier soit plus efficace, tous doivent nécessairement y participer.

Pour ce faire, il a fallu définir des objectifs stratégiques et des orientations générales, afin que tous les acteurs appelés à prendre part à la programmation et à la réalisation d'un système intégré d'interventions et de services sociaux puissent participer à l'application de la loi-cadre sur l'assistance : c'est ainsi qu'est né le Plan 2001-2003.

La réalisation du système intégré visé à la loi n° 328/2000 exige principalement la mise en œuvre d'un profond changement culturel selon un axe réformiste que l'on peut définir comme suit :

- passer des mesures destinées à des catégories d'usagers aux mesures axées sur la personne et les familles ;
- passer des mesures essentiellement économiques à un système intégré de transferts de fonds et de services en réseau ;
- passer des mesures discordantes à l'échelon infra et interrégional à des niveaux essentiels (les futurs LIVEAS – niveaux essentiels en matière d'aide sociale, assimilables aux LEA sanitaires qui existent déjà) sur l'ensemble du territoire national ;
- passer des prestations rigides, prédéfinies, à des prestations adaptables et diversifiées, basées sur des projets personnalisés ;
- passer de la reconnaissance du besoin d'aide à l'affirmation du droit à l'insertion sociale ;
- passer des politiques visant à contrer l'exclusion sociale à des politiques visant à favoriser l'insertion sociale.

Voilà tout ce qui a permis de donner aux politiques sociales une vocation universelle : elles s'adressent désormais à tous les citoyens en général, sans aucune restriction de catégorie.

Ces politiques ont pour objet d'accompagner l'individu et sa famille tout au long de leur vie, d'en soutenir la fragilité, et de répondre aux besoins qui se manifestent aux différents âges ou en fonction des différentes responsabilités familiales lorsque celles-ci doivent être conciliées avec l'activité professionnelle. Il s'agit, en d'autres termes, de politiques qui visent à soutenir et à promouvoir les capacités individuelles et le tissu familial.

Cela signifie récupérer ou construire des communautés locales amicales et solidaires, favoriser et qualifier les interventions et encourager les citoyens à avoir confiance en celles-ci et à y avoir recours de façon consciente et appropriée.

Les politiques sociales préservent le droit au bien-être et encouragent la solidarité sociale en tant que valeur principale d'une société civile.

Le critère d'accès au système intégré des services est *la condition de besoin* et c'est uniquement sur la différence de besoin que sont fondées les différences de droit et de modalité d'accès aux prestations.

La Vallée d'Aoste a adopté cette culture depuis longtemps afin que ses politiques sociales aient réellement un caractère uni-

versel et soient accessibles à tous les citoyens ; elle a agi pour que ceux dont les besoins sont les plus importants, et qui doivent donc à majeur titre pouvoir accéder au système, n'en soient pas exclus ni ne voient leur démarche entravée par le manque d'information ou par des barrières culturelles ou économiques, et qu'ils puissent donc bénéficier des services existants et surtout de ceux qui leur sont spécifiquement destinés.

Pour ce faire un nouveau rôle a été attribué aux communes, qui participent au partage des objectifs et à la vérification des résultats obtenus en fonction des ressources qui leur sont attribuées. C'est là une phase de transition importante et délicate qui demandera à la fois du temps et le soutien de l'Administration régionale, mais cette révolution dans le rôle joué par les communes est désormais lancée. Elle repose sur le transfert à ces dernières des compétences liées à la gestion des services précédemment exercées par la Région, à savoir la programmation et la réalisation des programmes à l'échelon local, les services et les aides économiques.

Le premier Plan social national 2001-2003 a fixé les objectifs prioritaires suivants :

- la valorisation et le soutien des responsabilités familiales ;
- le renforcement des droits des mineurs ;
- le renforcement des mesures visant à contrer la pauvreté ;
- le soutien, par l'organisation de services à domicile, des personnes non autonomes, et notamment des personnes âgées et handicapées.

Dans le cadre de ce Rapport 2001, la partie réservée aux politiques sociales a été axée sur deux thèmes de portée générale :

- la famille ;
- la pauvreté et l'exclusion sociale.

Ce choix a été motivé par le fait que tous les objectifs prioritaires du Plan font avant tout référence à la famille – car celle-ci est la cheville ouvrière de toute société, avec ses inégalités – et la pauvreté qui est l'élément premier de toutes les inégalités.

Les inégalités sociales, économiques et culturelles ont toutes un impact non seulement sur la santé, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce Rapport, mais aussi sur l'accès aux droits reconnus par les politiques sociales.

Pour les deux parties qui composent ce Rapport socio-sanitaire 2001, l'unité d'analyse est toujours la famille et les données relatives à la santé et au recours aux services, sanitaires et sociaux, peuvent offrir un premier élément de réflexion avec une approche « intégrée ».

## LE CONTEXTE DES POLITIQUES

### Le cadre démographique

La distribution de la population sur le territoire régional n'est pas homogène puisque 28,7% de celle-ci est concentrée dans le chef-lieu, AOSTE, la seule commune de plus de 30 000 habitants (34 642) ; ce pourcentage dépasse 45% si l'on prend en compte et le chef-lieu et ses 9 communes périphériques. Le reste de la population se répartit dans les 64 autres communes de la région, dont plus de la moitié compte moins de 1 000 habitants et qui, en tout état de cause, ne dépassent jamais les 5 000 habitants.

Subdivisée par tranches d'âge, la population régionale se compose de 12% de personnes âgées de moins de 14 ans (14 508), de 69% de personnes âgées de 14 à 64 ans (83 315) et de 18,9% de plus de 65 ans (22 764).

Si l'on compare ces données à celles relevées par les 4 derniers recensements de la population effectués par l'ISTAT, l'on peut constater que le pourcentage de personnes âgées a presque doublé au cours des quarante dernières années (9,9% en 1961) et que l'indice de vieillissement est passé de 51,3 en 1961 à 156,9 en 2001, ce qui signifie que si l'on comptait une personne âgée pour deux jeunes en 1961, l'on compte aujourd'hui trois personnes âgées pour deux jeunes.

Les données ci-après reflètent la distribution de la population par tranches d'âge, ainsi que l'indice de vieillissement dans les quatre districts de la région. (Tableau 1).

**Tableau 1. Distribution de la population par tranches d'âge et indice de vieillissement. Données réparties par district – 2001.**

Districts	0-13	%	14-64	%	>= 65	%	Total	%	Indice de vieillissement
1	2.436	13,5	12.613	69,5	3.091	17,0	18.140	15,0	126,9
2	7.358	11,7	43.463	69,0	12.195	19,3	63.016	52,3	165,7
3	1.988	12,1	11.455	69,3	3.080	18,6	16.523	13,7	154,9
4	2.726	11,9	15.784	69,0	4.398	19,1	22.908	19,0	161,3

Source : Service de l'information de la Région autonome Vallée d'Aoste

Globalement, la population valdôtaine a augmenté durant ces quarante dernières années, puisqu'elle est passée de 100 959 personnes en 1961 à plus de 120 000 aujourd'hui ; mais, surtout, sa composition s'est modifiée et l'on assiste à une croissance du nombre des personnes âgées, tandis que le nombre des moins de 14 ans ne cesse de chuter (au cours des 10 dernières années, leur nombre est passé de 13,2% en 1991 à 12% à l'heure actuelle).

### Les caractéristiques de la famille valdôtaine

La Vallée d'Aoste comprend 54 012 unités familiales.

Il ressort de l'analyse de la situation des familles valdôtaines les mêmes dynamiques et les mêmes tendances que celles qui caractérisent les ménages italiens. De fait, en Vallée d'Aoste, entre 1991 et 2001, le nombre de familles a augmenté bien plus que la population et, durant ce même laps de temps, le nombre moyen des membres d'une famille est passé de 2,4 à 2,2, ce qui fait de la Vallée d'Aoste la région d'Italie où l'ampleur des familles est la plus réduite, record qu'elle partage avec la Ligurie ; ce chiffre est fort éloigné de la moyenne nationale, soit 2,7. L'on observe par ailleurs que la composition des familles tend fortement à se rapprocher du type « nucléaire » et que la quantité des ménages d'une personne progresse. En effet, 61,2% des familles valdôtaines ne comprend qu'une seule personne, et seuls 1,5% de celles-ci donnent naissance à des familles étendues. Quant aux familles multiples, elles ne représentent que 0,4% du total<sup>1</sup>.

La donnée la plus significative reste cependant la présence consistante de ménages composés d'une seule personne (Tableau 2).

**Tableau 2. Distribution des structures familiales dans les régions italiennes.**

Région	Type de famille						Total	Nombre moyen de membres
	famille non nucléaire	famille composée d'une seule personne	famille nucléaire	famille nucléaire sans autres personnes	famille étendue	familles nucléaires en ménage commun		
Piémont	27,2	25,0	72,1	69,2	2,9	0,7	100,0	2,4
<b>Vallée d'Aoste</b>	<b>38,4</b>	<b>35,9</b>	<b>61,2</b>	<b>59,7</b>	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>100,0</b>	<b>2,2</b>
Lombardie	23,6	22,1	75,9	72,4	3,4	0,5	100,0	2,6
Trentin-Haut-Adige	27,4	25,3	71,8	69,6	2,3	0,7	100,0	2,6
Vénétie	27,4	21,5	74,0	69,3	4,7	2,2	100,0	2,7
Frioul Vénétie julienne	26,4	24,1	72,9	68,5	4,4	0,6	100,0	2,5
Ligurie	34,7	32,9	64,4	60,2	4,2	0,9	100,0	2,2
Émilie-Romagne	25,1	22,7	73,5	67,6	5,9	1,5	100,0	2,5
Toscane	24,6	22,3	72,4	64,7	7,7	3,0	100,0	2,6
Ombrie	21,8	20,5	74,8	66,6	8,2	3,4	100,0	2,8
Marche	22,5	20,3	74,8	68,2	6,7	2,6	100,0	2,7
Latium	27,3	25,9	71,9	68,4	3,5	0,8	100,0	2,6
Abruzzes	19,9	18,3	79,0	74,7	4,3	1,1	100,0	2,8
Molise	25,2	23,5	74,0	70,1	3,9	0,8	100,0	2,7
Campanie	20,7	18,6	77,4	73,3	4,1	1,9	100,0	3,1
Pouilles	16,7	14,6	82,3	79,5	2,8	1,0	100,0	3,0
Basilicate	19,5	18,4	79,7	76,7	3,0	0,8	100,0	3,0
Calabre	17,1	15,0	82,3	78,8	3,5	0,7	100,0	3,1
Sicile	19,8	18,3	79,7	77,1	2,6	0,5	100,0	2,9
Sardaigne	21,8	19,3	77,0	72,9	4,2	1,1	100,0	3,0
Italie	23,6	21,7	75,2	71,1	4,1	1,2	100,0	2,7

Source : ISTAT, 1998



Si l'on compare la distribution des structures familiales en Vallée d'Aoste à celle des autres régions, l'on observe que c'est ici qu'il y a le plus de ménages d'une personne, une tendance qui va au détriment de la famille nucléaire et de la famille étendue. De 1991 à nos jours, le pourcentage de familles composées d'une seule personne est passé de 30,3% à 35,9%, tandis que le pourcentage des familles nucléaires a chuté, qu'il s'agisse de familles néolocales (62,1% en 1991) ou de familles étendues (4,1% en 1991)<sup>2</sup>. Ce sont surtout les ménages d'une personne, âgée de plus de 65 ans, qui ont augmenté ; aujourd'hui, en effet, près de la moitié des 20 000 ménages d'une personne est composée d'une personne âgée. Il y a donc de plus en plus de personnes âgées qui terminent seuls leur vie familiale et personnelle après que leurs enfants ont formé leurs propres familles et/ou après le décès de leur conjoint.

Ce phénomène n'exclut pas l'existence d'un réseau de relations familiales intenses. La plupart des Valdôtains mariés déclarent qu'ils voient leurs parents ou leur téléphonent sinon tous les jours, du moins plusieurs fois par semaine<sup>3</sup> ; quant aux personnes âgées, ils reconnaissent que c'est de leurs enfants et surtout de leurs filles et de leurs belles-filles qu'ils reçoivent le plus d'aide en cas de besoin<sup>4</sup>.

Contrairement à la distribution des structures familiales, qui a connu de profonds bouleversements, les familles nucléaires n'ont pratiquement pas évolué depuis 1991. La situation de la Vallée d'Aoste ne diffère pas de celle des autres régions italiennes (Tableau 3). Par rapport à 1991, l'on observe un léger fléchissement du nombre de couples avec enfants (54,7%) auquel correspond une augmentation presque symétrique des couples sans enfants (32% en 1991), alors que le nombre de familles monoparentales est demeuré presque inchangé (13,3% en 1991), même si le nombre des mères vivant seules avec leurs enfants a progressé (10,6% en 1991).

Il s'agit pour la plupart de personnes ayant perdu leur conjoint (52,2%), même si, au cours des 10 dernières années, l'on a enregistré une augmentation du nombre de ceux qui vivent cette expérience à la suite d'une séparation ou d'un divorce. Leur nombre est passé de 44,6% en 1991 à 47,8% en 1998, ce qui fait de la Vallée d'Aoste l'une des régions italiennes qui compte le plus de familles monoparentales pour des raisons autres que le veuvage. En Italie, les familles se trouvant dans cette situation représentent 37,3% de toutes les familles monoparentales.

**Tableau 3. Familles, par type et par région. Année 1998 (moyenne, sur 100 familles)**

Régions	couples avec enfants	couples sans enfants	Famille monoparentale (père)	Famille monoparentale (mère)	Total
Piémont	52,8	35,2	2,0	10,0	100,0
<b>Vallée d'Aoste</b>	<b>53,7</b>	<b>33,5</b>	<b>1,8</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>
Lombardie	60,2	28,8	2,0	9,1	100,0
Trentin-Haut-Adige	60,1	27,2	2,2	10,5	100,0
Vénétie	62,1	27,2	1,6	9,0	100,0
Frioul-Vénétie-Julienne	56,1	30,2	2,4	11,3	100,0
Ligurie	49,1	36,9	3,0	10,9	100,0
Émilie-Romagne	55,7	33,6	1,5	9,3	100,0
Toscane	57,6	33,3	0,9	8,2	100,0
Ombrie	60,9	31,3	1,4	6,4	100,0
Marches	60,8	29,2	1,7	8,3	100,0
Latium	58,3	30,4	1,8	9,6	100,0
Abruzzes	62,1	28,1	1,6	8,2	100,0
Molise	60,4	29,9	1,8	7,9	100,0
Campanie	69,4	19,0	2,1	9,5	100,0
Pouilles	67,9	23,3	1,0	7,9	100,0
Basilicate	66,0	24,1	1,9	8,0	100,0
Calabre	67,6	23,7	1,1	7,7	100,0
Sicile	66,5	23,2	1,6	8,7	100,0
Sardaigne	68,1	17,9	2,2	11,8	100,0
Italie	61,2	28,0	1,7	9,1	100,0

Source : ISTAT, 1998

### La constitution de la famille

Les jeunes valdôtains âgés de 18 à 34 ans ont un comportement qui diffère de celui de leurs homologues des autres régions italiennes pour ce qui est de leur permanence dans leur famille d'origine famille.

39,8%<sup>5</sup> des jeunes de 18 à 34 ans qui ne sont pas mariés vivent avec au moins l'un de leurs parents ; 29,8% d'entre eux vivent chez leurs parents pendant qu'ils étudient, tandis que les 56,8% qui restent ont un emploi mais continuent de vivre chez leurs parents « parce qu'ils s'y sentent bien » et qu'ils considèrent que « c'est une manière de conserver sa liberté ». Selon la subdivision par tranche d'âge, 77,2% des jeunes valdôtains non mariés et âgés de 18 à 24 ans de même que 22,7% des 25 à 34 ans vivent dans la famille de leurs parents.

Si l'on compare ces pourcentages à ceux relevés par l'ISTAT en Italie et dans les grandes zones géographiques du pays (Tableau 4), l'on peut constater que les jeunes valdôtains tendent à quitter leur famille d'origine plus tôt que leurs compatriotes.

En Italie, l'âge moyen lors du premier mariage est de 30,2 ans<sup>6</sup> pour les hommes et de 27,4 ans pour les femmes. En Vallée d'Aoste ces chiffres sont légèrement supérieurs : 30,8 ans pour les hommes et 28,1 ans pour les femmes.

**Tableau 4. Jeunes âgés de 18 à 34 ans, célibataires, qui vivent avec au moins un de leurs parents, par sexe et tranche d'âge. Vallée d'Aoste et grandes zones géographiques. Année 1998. (pourcentage de jeunes du même sexe et de la même zone qui vivent avec au moins un de leurs parents)**

Zone de résidence	HOMMES			FEMMES			HOMMES ET FEMMES		
	18-24	25-34	Total	18-24	25-34	Total	18-24	25-34	Total
<b>Vallée d'Aoste</b>	<b>75,0</b>	<b>33,1</b>	<b>45,7</b>	<b>79,4</b>	<b>10,9</b>	<b>33,4</b>	<b>77,2</b>	<b>22,7</b>	<b>39,8</b>
Italie – Nord-Ouest	95,5	48,8	64,5	88,5	30,6	50,9	92,0	39,9	57,8
Italie – Nord-Est	94,0	51,3	65,6	87,3	29,4	49,7	90,6	40,7	57,8
Italie – Centre	96,4	51,9	67,9	89,2	31,5	51,6	92,8	41,7	59,8
Italie méridionale	95,7	52,5	70,0	85,2	28,8	51,5	90,5	40,6	60,7
Îles	94,2	48,0	66,9	88,2	29,4	52,0	91,3	38,6	59,5
Italie	95,3	50,7	67,0	87,5	30,0	51,1	91,4	40,4	59,1

Source : ISTAT, 1998

L'on voit donc qu'en Vallée d'Aoste, contrairement au reste de l'Italie, l'âge élevé des jeunes lors du premier mariage ne coïncide pas avec la permanence prolongée des jeunes dans la famille de leurs parents.

En Vallée d'Aoste, le taux de nuptialité est de 4,4 points, inférieur à la moyenne nationale (4,8) mais au niveau de celui de la zone Nord-Ouest (4,5).

La plupart des mariages sont célébrés selon le rite religieux, mais 38,5% des unions suivent le rite civil. Le pourcentage de ces derniers en Vallée d'Aoste peut être interprété comme une tendance à la sécularisation du mariage, due au fait que seul le rite civil est possible en cas de remariage après un divorce. Et de fait, les Valdôtains, et surtout les Valdôtaines, se séparent et divorcent plus souvent et à un âge plus jeune que les hommes et les femmes des autres régions.

La Vallée d'Aoste enregistre les taux de séparations et de divorces les plus élevés et les taux de l'âge moyen de ceux qui vivent ces expériences les plus bas de tous. Les femmes se séparent en moyenne à l'âge de 36,4 ans et divorcent à 39,8 ans, tandis que, pour les hommes, la séparation survient en moyenne à 39,3 ans et le divorce à 41,8. Sur 100 mariages célébrés, près de la moitié se termine par une séparation (48,8%) et plus d'un sur 4 (26,7%) par un divorce. Puisque la plupart des mariages civils unissent des hommes de plus de 35 ans (46,0%) et des femmes de plus de 30 ans (59,4%), et étant donné l'âge précoce auquel se terminent les premiers mariages, l'on peut raisonnablement supposer que ce sont surtout des personnes ayant vécu un échec matrimonial qui fondent de nouvelles familles par un remariage.

Ce pourcentage élevé de séparations et de divorces peut expliquer la diffusion des familles monoparentales non constituées par un veuf/une veuve et des ménages d'une personne, car beaucoup d'enfants vivent la séparation de leurs parents. En Vallée d'Aoste, 74,5% des séparations affectent des mineurs, qui sont confiés à l'un de leurs parents, presque toujours la mère, ce qui donne naissance à des familles monoparentales ; l'autre conjoint ira grossir, pendant un certain temps du moins, les rangs des ménages d'une personne.

Le fait que les enfants quittent la famille de leurs parents et la fin d'un mariage peuvent également mener à des unions libres. Les données relatives à la diffusion de ce type d'union proviennent du Recensement de la Population de 1991. Il y a 10

ans, 4,1% des couples valdôtains étaient formés de personnes non mariées, ce qui correspond au chiffre le plus haut enregistré en Italie ; et 45,8% de ceux-ci avaient des enfants. Les données du recensement 2001 sont encore en cours d'analyse, c'est pourquoi il ne nous est pas possible de savoir si ce pourcentage a continué d'augmenter, mais, compte tenu du comportement des Valdôtains face aux autres modes de formation et de dissolution des couples et, comme nous allons le voir dans le prochain paragraphe, du nombre considérable des enfants naturels, tout laisse à penser que le nombre des unions de ce type a progressé.

### La fécondité

Depuis les années 80, en Vallée d'Aoste comme ailleurs, le taux de fécondité est descendu au-dessous du taux naturel de remplacement (2,1 enfants par femme), même si après avoir atteint son niveau le plus bas en 1993 (1,01 enfants par femme), il s'est stabilisé en 1996 sur une valeur de 1,2 enfants. L'âge de moyen des parturientes n'a cessé de croître, passant de 26,8 ans en 1980 à 30,2 ans en 1996. Les Valdôtaines semblent avoir opté pour un enfant au moins, mais à un âge plus mûr. C'est ainsi que l'évolution du comportement en matière de reproduction concerne désormais la décision d'avoir plus d'un enfant.

Comme nous l'avons vu précédemment, aucune évolution sensible n'est apparue quant au nombre des couples avec enfants, mais la composition de ces familles s'est en revanche considérablement modifiée. Si l'on compare les données du Tableau 5 – qui présente la distribution en pourcentage du nombre d'enfants par couple – à celles du Recensement de 1991, l'on observe une augmentation du nombre de couples ayant un seul enfant (51,3% il y a 10 ans) au détriment du nombre de couples ayant 2 ou 3 enfants ou plus (39,7% et 9%, respectivement, en 1991).

Les Valdôtaines ne renoncent donc pas à la maternité, mais choisissent pour la plupart de n'avoir qu'un seul enfant.

**Tableau 5. Couples avec enfants, par nombre d'enfants et par région. Année 1998 (moyenne pour 100 couples avec enfants de la même zone)**

RÉGIONS	1	2	3 +	Total
Piémont	54,2	39,7	6,1	100,0
<b>Vallée d'Aoste</b>	<b>58,4</b>	<b>36,0</b>	<b>5,6</b>	<b>100,0</b>
Lombardie	51,8	40,8	7,4	100,0
Trentin-Haut-Adige	41,4	45,4	13,2	100,0
Vénétie	52,7	38,0	9,3	100,0
Frioul-Vénétie-Julienne	60,0	34,7	5,3	100,0
Ligurie	62,9	32,8	4,3	100,0
Émilie-Romagne	60,7	34,8	4,6	100,0
Toscane	56,5	38,5	4,9	100,0
Ombrie	47,3	46,7	5,9	100,0
Marches	53,3	40,0	6,6	100,0
Latium	41,9	48,5	9,6	100,0
Abruzzes	40,5	50,6	9,0	100,0
Molise	36,7	49,8	13,5	100,0
Campanie	30,0	46,1	23,8	100,0
Pouilles	32,6	48,0	19,4	100,0
Basilicate	28,9	51,1	20,0	100,0
Calabre	31,2	46,8	22,0	100,0
Sicile	35,7	45,5	18,8	100,0
Sardaigne	34,7	44,4	20,9	100,0
<b>Italie</b>	<b>45,2</b>	<b>42,7</b>	<b>12,1</b>	<b>100,0</b>

Source : ISTAT, 1998

Par rapport aux autres régions italiennes, la Vallée d'Aoste compte un fort pourcentage de naissances hors mariage puisque 17,4% des nouveau-nés vivants<sup>7</sup> sont des enfants naturels, soit presque le double de la moyenne italienne (9%) et plus que dans toutes les autres régions, sauf au Trentin-Haut-Adige (18,7%).

Cette présence importante d'enfants nés hors mariage laisse supposer que le nombre des couples vivant en union libre est significatif. Comme nous ne disposons malheureusement pas de données régionales relatives à la diffusion et à la composition de ces couples, ni aux conditions dans lesquelles naissent et grandissent les enfants naturels, il ne nous est pas possible de tracer un tableau précis de ces phénomènes. Nous ne pouvons même pas savoir si la naissance d'un enfant naturel dans un couple vivant en union libre aboutit à un mariage. Il semble donc qu'en Vallée d'Aoste, le mariage n'est plus considéré comme une condition préalable à la naissance des enfants.

Le dernier aspect de la question qui mérite que l'on s'y arrête est l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

En Vallée d'Aoste le nombre d'IVG pratiquées n'a cessé de diminuer de 1999 à 2001 (Tableau 6) même si l'on observe une légère recrudescence chez les 15 à 19 ans et, surtout, chez les 25 à 29 ans.

**Tableau 6. Interruptions volontaires de grossesse en Vallée d'Aoste. En valeur absolue et par tranche d'âge.**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	n.r.	Total
1999	14	55	60	80	64	30	3	0	306
2000	19	60	63	78	49	22	2	3	296
2001	19	47	75	62	54	20	1	1	279

Source : Administration régionale – Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

Si l'on compare le taux d'IVG de la Vallée d'Aoste au taux national et à celui de chacune des différentes grandes zones d'Italie (Tableau 7)<sup>8</sup>, l'on constate que le taux valdôtain est supérieur tant à celui de l'Italie du Nord qu'au taux national, ce qui signifie que les Valdôtaines ont plus souvent recours à l'avortement que les femmes des autres régions.

**Tableau 7. Taux d'avortement en Vallée d'Aoste et répartition géographique en 1999.**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Taux global
Vallée d'Aoste	5,7	15,3	12,6	15,6	13,8	7,2	0,7	10,6
Italie du Nord	8,1	15,9	14,2	12,3	10,4	4,6	0,4	9,7
Italie centrale	8,1	17,7	16,9	14,8	12,6	5,8	0,7	11,3
Italie méridionale	6,4	12,8	14,1	14,8	14,1	7,3	0,5	10,4
Îles	5,8	10,5	10,7	10,8	9,7	4,5	0,5	7,8
Italie	7,3	14,7	14,3	13,2	11,6	5,4	0,5	9,9

Source : Administration régionale – Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

Les caractéristiques des femmes Valdôtaines qui ont recours à l'IVG sont similaires à celles que l'on retrouve au niveau national et en Italie du Nord : un niveau d'instruction faible ou moyen, chez des célibataires (48,7%) et des femmes mariées (38,4%). Pour ce qui est de l'état civil, l'on enregistre en Vallée d'Aoste un pourcentage plus élevé de femmes séparées ou divorcées (9,6% et 3% respectivement, par rapport à une moyenne italienne de 3,9% et 1,4%) ; ce fait est probablement à rapprocher du fort taux de séparation et de divorce de notre région.

Il ressort des certificats délivrés pour les IVG (Tableau 8) qu'en Vallée d'Aoste très peu de ces derniers sont délivrés par les centres de protection familiale, contrairement à ce que l'on observe en Italie du Nord ou au plan national.

De fait, dans notre région, ce sont les médecins qui délivrent plus de la moitié des certificats relatifs aux IVG, tandis qu'en Italie en général et dans les différentes zones du pays, cette tâche est répartie de façon plus homogène entre les centres, les médecins et les services d'obstétrique et de gynécologie.

**Tableau 8. IVG – Certificats. Vallée d'Aoste, Italie et grandes zones. Année 1999.**

	Centres	Médecin	Service obst.-gynec.	Autre
Vallée d'Aoste	5,6	63,4	31,0	0,0
Italie du Nord	37,5	37,4	23,2	2,0
Italie centrale	37,9	34,0	25,8	2,3
Italie méridionale	12,6	45,3	41,3	0,8
Îles	15,1	34,7	48,3	1,8
Italie	28,7	38,6	31,0	1,7

Source : Administration régionale – Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

### Les femmes et le travail

La participation des femmes au marché du travail influe considérablement sur les temps et les modes d'organisation des familles. C'est presque toujours la femme, mère et épouse, qui doit prendre en charge les travaux domestiques et concilier le temps que ceux-ci requièrent avec une éventuelle activité professionnelle.

Ce double rôle exigé des femmes peut conditionner tant la procréation que l'entrée ou la permanence de celles-ci sur le marché du travail.

Les Valdôtaines sont très présentes sur le marché du travail. Le taux d'activité féminine n'a cessé de croître au cours des 10 dernières années. Si en 1991 il était de 35,7%, aujourd'hui la Vallée d'Aoste présente le plus haut taux d'Italie : 43,6% ; 77,0% des femmes de 25 à 34 ans et 78,4% de celles âgées de 35 à 44 ans déclarent travailler. Et c'est pour ces tranches d'âge que l'on enregistre le taux d'emploi le plus élevé, 71,8% et 73,3%, respectivement, un taux qui, pour l'ensemble de la population féminine est de 40,2%.

Seule une petite partie des femmes âgées de 25 à 44 ans est donc sans emploi, même si celles-ci se déclarent actives : cela est dû au fait que le chômage féminin, dont le taux est de 7,8%, concerne essentiellement les jeunes de 15 à 24 ans (19%). Il convient de souligner que le taux d'activité de ces dernières s'est considérablement réduit au fil des dernières années, puisqu'il est passé de 26,2% en 1991 à 16,4% à l'heure actuelle pour les 15 à 19 ans et de 73,7% à 61,1% pour les 20 à 24 ans ; dans cette dernière tranche d'âge, il convient de noter que le nombre des étudiantes a augmenté de façon considérable, ce qui reflète une tendance à retarder l'entrée sur le marché du travail.

Les Valdôtaines sont très présentes sur le marché du travail dans les tranches d'âge où leur activité professionnelle et leur rôle maternel se chevauchent le plus, ce qui souligne le lien probable de ladite activité avec leur comportement en matière de reproduction ; comme nous l'avons vu précédemment, même si elles ne renoncent pas à la maternité, les femmes décident de plus en plus souvent de n'avoir qu'un seul enfant.

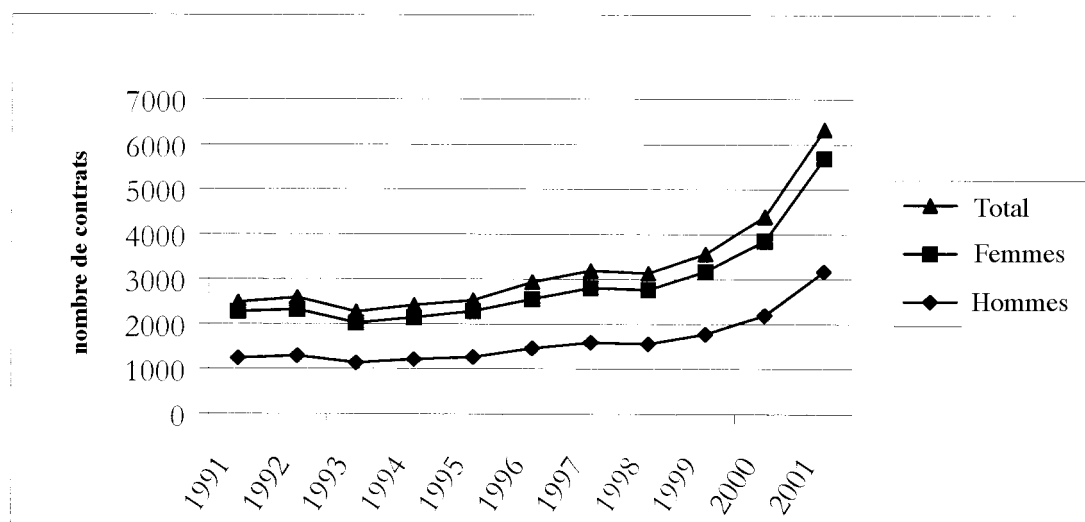
Les données relatives aux femmes qui sont mères de mineurs et qui travaillent sont tirées du Recensement de 1991. L'on comptait alors 55,6% de femmes qui travaillaient et avaient des enfants de moins de moins de 18 ans, mais ce pourcentage passait à 69,7% si ces femmes dirigeaient une famille monoparentale. Il y a dix ans, le nombre de mères qui travaillaient était déjà important, mais tout laisse à supposer qu'il a encore progressé, compte tenu de la progression des taux de fécondité et d'activité féminine.

C'est essentiellement dans le secteur tertiaire que travaillent les femmes (85,8%), et surtout dans les bureaux et dans des activités liées au tourisme, au commerce et aux services destinés aux familles ; dans 78,7% des cas, elles sont salariées.

Les données régionales sur la diffusion du travail à temps partiel, modalité qui permet de concilier plus aisément les problèmes de temps et les activités liés au double rôle de la femme, ont été tirées des informations relatives à l'embauche et à la transformation des contrats de travail à temps plein en contrats à temps partiel.

Le pourcentage des personnes embauchées sous contrat de travail de travail à temps partiel en Vallée d'Aoste n'a cessé de croître depuis 1991 (Graphique 1). La brève baisse enregistrée entre 1992 et 1995 est due à une diminution du nombre total des embauches. De fait, le pourcentage des emplois à temps partiel par rapport au nombre total des embauches a progressé : de 6,6% en 1992 il est passé à 6,8% en 1995.

**Graphique 1. Embauches sous contrat de travail à temps partiel**



Élaboration des données du Bureau régional de l'emploi (données relatives aux organismes publics exclues)

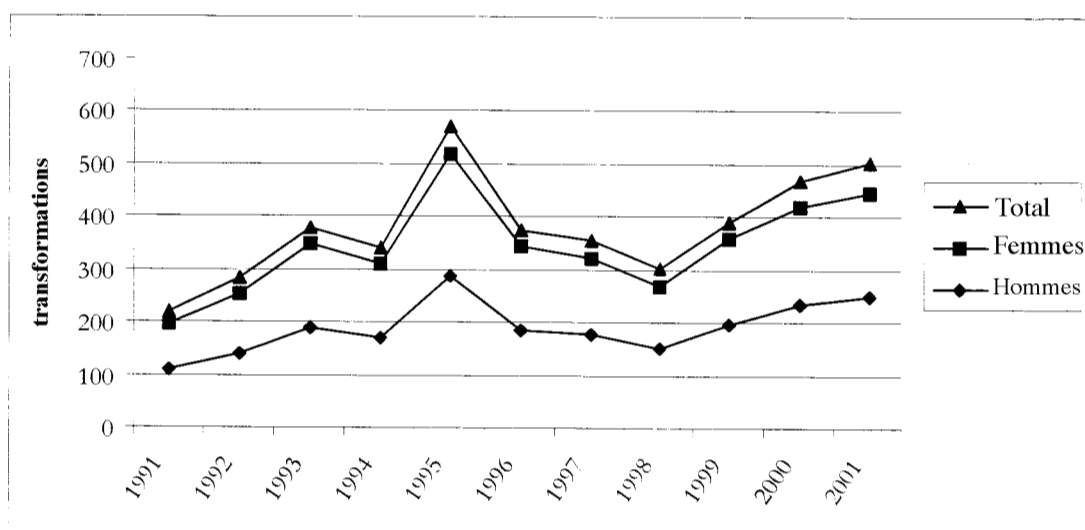
Par rapport au total des embauches, les contrats de travail à temps partiel sont passés de 5,9% en 1991 (20 975 embauches, dont 1 245 sous contrat de travail à temps partiel) à 13,6% en 2001 (23 230 embauches, dont 3 170 sous contrat de travail à temps partiel).

Le travail à temps partiel caractérise surtout le travail féminin, même si, chez les hommes aussi, il progresse graduellement. Si l'on considère le total des nouvelles embauches in Vallée d'Aoste en 1991, 14,4% des femmes et 1,5% des hommes ont un contrat de travail à temps partiel. En 2001, 24,3% des femmes et 5% des hommes ont été embauchés sous contrat à temps partiel.

Plus des deux tiers des personnes embauchées sous contrat à temps partiel en Vallée d'Aoste sont des femmes. Même si le pourcentage est passé de 83,7% en 1991 à 79,6% en 2001.

Ce sont encore les femmes qui demandent le plus souvent que leur contrat de travail à plein temps soit converti en contrat à temps partiel (Graphique 2).

**Graphique 2. Transformation des contrats de travail à plein temps en contrats à temps partiel.**



Élaboration des données du Bureau régional de l'emploi (données relatives aux organismes publics exclues)

La courbe correspondant à la transformation des contrats de travail à plein temps en contrats à temps partiel n'a pas progressé de façon linéaire comme celles des embauches sous contrat à temps partiel.

L'on voit nettement que la courbe relative aux femmes progresse parallèlement à celle de l'évolution globale. Et de fait, de 1991 à 2001, 80,7% de ces changements de contrat sont le fait des femmes.

## NOTES

- <sup>1</sup> Voici les définitions des différentes structures familiales (leur nom ne se réfère ni au nombre de ses membres, ni à une activité prédominante, mais bien au type de lien qui unissent les personnes vivant ensemble : affinités et consanguinité, mariage et descendance) :
  - *famille non nucléaire*: personnes qui ne sont pas clairement liées de par leur sexe ou leur génération. C'est dans cette catégorie que l'on classe les frères ou sœurs qui vivent ensemble, ou les personnes d'une même famille qui n'ont pas de lien générationnel, ainsi que les personnes vivant seules ;
  - *famille nucléaire*: famille composée de parents avec leurs enfants, d'un seul parent avec ses enfants ou d'un couple sans enfants ;
  - *famille étendue*: famille composée d'une famille nucléaire et de parents (ascendants, descendants ou collatéraux).
  - *familles nucléaires en ménage commun*: familles composées de plusieurs couples, avec ou sans leurs enfants.
- <sup>2</sup> « Censimento della popolazione e delle abitazioni », ISTAT, 1991
- <sup>3</sup> « Aspetti della vita quotidiana » ISTAT, 1997
- <sup>4</sup> « Gli anziani della Valle d'Aosta » CENSIS, 1998
- <sup>5</sup> « Le strutture familiari » ISTAT, 1998
- <sup>6</sup> « Matrimoni, separazioni e divorzi » ISTAT, 1997

<sup>7</sup> « *Annuario statistico italiano* » ISTAT, 2000

<sup>8</sup> Nous ne disposons d'aucune donnée plus récente permettant d'établir des comparaisons.

## LA DISTRIBUTION DES FONCTIONS ET LA DÉPENSE RELATIVE À L'ASSISTANCE SOCIALE

Conformément à la réglementation régionale, en matière d'aide sociale le Gouvernement régional pourvoit à l'attribution et au versement des ressources financières et exerce les fonctions de programmation, d'orientation et de contrôle, ainsi que les fonctions et les compétences relatives aux services sociaux (sans préjudice des compétences de la Commune d'AOSTE), aux mineurs en difficulté, aux handicapés, à la prévention des situations de handicap social, à la formation et au recyclage des opérateurs, à l'insertion dans des structures d'accueil d'adultes en situation de handicap social, d'invalides civils, d'aveugles civils et de sourds-muets, aux services destinés aux handicapés psychiques, à l'accès à l'aide et aux prestations économiques. Le Gouvernement régional est par ailleurs compétent en matière de définition du seuil d'accessibilité aux prestations sociales et de la détermination des critères de participation aux frais de fonctionnement des services sociaux et socio-éducatifs par les bénéficiaires et leurs familles.

L'administration régionale exerce donc directement non seulement les fonctions relatives à la réglementation, à l'administration et à la coordination, mais aussi celles qui sont liées à la gestion et au fonctionnement des interventions dans certains domaines de l'aide sociale.

L'Administration régionale joue également un rôle fondamental pour ce qui est de la dépense. Pour ce qui est du mécanisme de financement du secteur de l'aide sociale, depuis 1994, la Vallée d'Aoste jouit d'un « régime de parfaite autonomie financière » puisque toutes les dépenses de l'aide sociale doivent être intégralement couvertes par les ressources du budget régional.

Le plan socio-sanitaire régional 2002-2004 institue, à compter de l'exercice financier 2002, un Fonds régional pour les politiques sociales. Ce fonds est alimenté par tous les crédits, dépenses ordinaires et dépenses d'investissement du budget pluriannuel de la Région destinés aux interventions en matière de services sociaux et socio-éducatifs, à l'exception des sommes qui relèvent des comptes des collectivités locales et de celles relatives aux fonctions touchant à l'invalidité civile.

En 1995 (loi régionale n° 22 du 7 juillet 1995 portant application de l'art. 2 du décret législatif n° 320 du 22 avril 1994), la Région s'est vue attribuer toutes les fonctions administratives relatives à l'octroi des aides économiques et à l'assistance aux invalides civils, aux aveugles civils et aux sourds-muets, au sens de la législation nationale dans ce domaine, y compris la loi n° 104 du 5 février 1992 (Loi-cadre sur l'assistance, l'insertion sociale et les droits des personnes handicapées).

Si l'on observe l'ensemble de l'engagement de dépense régional destiné aux prestations économiques pour l'année 2001<sup>1</sup> (Tableau 9), l'on peut constater que plus de la moitié de ce montant est lié au paiement des aides destinées aux invalides. Dans le cadre de la dépense plus directement destinée à soutenir les responsabilités familiales, la somme la plus importante engagée par l'Administration régionale ira au profit des mineurs et des handicapés.

En ce qui concerne les mineurs, la plus grosse tranche des dépenses est celle des aides visant à soutenir les soins et l'éducation de ces derniers. Par contre, en ce qui concerne les interventions de type assistentiel pour les personnes handicapées, le gros de la dépense engagée consiste dans les aides visant à favoriser leur insertion professionnelle et, comme nous le verrons par la suite, dans les aides accordées aux particuliers et aux collectivités locales en vue de l'élimination des barrières architecturales et de l'adoption de toute autre mesure ayant pour but de faciliter la vie des handicapés.

**Tableau 9. Engagements de dépense régionaux pour prestations économiques – Année 2001.**

Type d'assistance	Engagement (en liras)	% de la dépense engagée
Handicapés	6 571 964 299	11,2
Usagers divers (loi régionale n° 22/1993)	2 283 540 020	3,9
Mères et enfants	7 143 287 250	12,2
Familles de détenus	48 000 000	0,1
Aide économique	712 912 770	1,2
Travail domestique	33 541 070	0,1
Extracommunautaires	114 150 740	0,2
Invalides	37 394 905 600	63,9
Autres	4 234 652 620	7,3
TOTAL	58 536 954 369	100

Source : Administration régionale – Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

La plus grande partie de la dépense régionale pour les prestations de services (Tableau 10) a été consacrée aux virements aux collectivités locales pour les investissements et la gestion des services en faveur des personnes âgées et handicapées. Si l'on ajoute à la dépense pour ce type de services les sommes destinées à la construction et à la restructuration des centres d'aide sociale et d'hébergement et celles prévues pour la gestion et la mise aux normes des maisons de repos conventionnées, la dépense globale relative aux services destinés aux personnes âgées représente plus de la moitié de la dépense prévue pour les services sociaux. La grande quantité de financements que requiert la gestion desdits services est principalement imputable au renforcement des politiques dans ce secteur et aux efforts de sensibilisation faits depuis plus de dix ans, grâce auxquels nous disposons aujourd'hui d'une ample gamme de services tant ambulatoires qu'à domicile.

L'engagement de dépense décidé au plan régional pour la gestion des services à l'intention des mineurs a été essentiellement absorbée par le virement de fonds aux collectivités locales en vue de la réalisation d'investissements et de la gestion des crèches, tandis qu'une moindre partie a été dévolue à la gestion des deux communautés pour mineurs. La part croissante des dépenses affectée à la gestion des crèches et aux investissements dans ce domaine, ce qui a permis l'ouverture de nouvelles structures, participe du projet d'expansion et de renforcement des services à l'enfance.

**Tableau 10. Engagement de dépense régional pour les prestations de services – Année 2001**

Type de services	Engagement (en liras)	% de la dépense engagée
Crèches	6 700 000 000	14,3
Services pour personnes âgées (A.D.I. incluse)	27 000 000 000	57,6
Convention maisons de repos privées	6 700 000 000	14,3
Gestion structures conventionnées	594 544 700	1,3
Rééducation des handicapés par le sport hippique	200 000.000	0,4
CSE et SEFO	334 425.250	0,7
Séjours d'été à la mer et colonies pour adultes et mineurs handicapés	100 000.000	0,2
Services alternatifs à la crèche	400 000.000	0,9
Système de communication pour les services de placement	203 406.690	0,4
Projets dans le cadre du plan d'intervention pour l'application de la loi n° 285/1997	64 059 060	0,1
Développement de nouveaux services pour les enfants et les adolescents	775 421 000	1,7
Assistance éducative à domicile	116 700 000	0,2
Convention avec l'institut Don Bosco	2 393 000 000	5,1
Communauté pour mineurs et adolescents	1 305 482 000	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>46 887 038 700</b>	<b>100</b>

Source : Administration régionale – Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

L'amélioration des politiques des services destinés aux enfants et aux adolescents est l'un des objectifs de la loi régionale n° 44 de 1998, portant initiatives au profit de la famille, et du Plan socio-sanitaire régional 2002-2004. C'est pourquoi cette initiative fait l'objet de mesures et de financements nationaux au titre de la loi n° 285 du 28 août 1997 (Mesures pour la promotion des droits des enfants et des adolescents et l'égalité des chances ». Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 285/1997, l'Administration régionale a élaboré deux plans d'application (en 1998 et 1999) et approuvé 19 projets, dont 4 à la charge du budget régional dans la mesure où ils se rattachent à la réglementation valdôtaine en vigueur en matière de services pour la petite enfance.

Le Tableau 11, qui présente les niveaux de dépense supportés par les diverses régions italiennes au titre des interventions relevant du *welfare*, met en évidence le fait que, de 1997 à 2000, la Vallée d'Aoste a dépensé par personne plus que toutes les autres régions et que ce montant est presque 5 fois supérieur à la moyenne italienne.

La Vallée d'Aoste a par ailleurs accru ses dépenses en matière de politiques sociales tant en 1999 qu'en 2000, ce qui démontre clairement la constance de son engagement en matière d'essor intégré des actions et des services sociaux, conformément à la loi n° 328/2000 (Loi-cadre pour la réalisation d'un système intégré d'action et de services sociaux ».

En 1999, cette volonté d'améliorer les politiques sociales a conduit la Vallée d'Aoste à adhérer au « réseau européen pour les politiques sociales ». Ce projet, auquel participent aussi, pour ce qui est de l'Italie, le Piémont et la Vénétie, concerne également des régions et des villes d'Espagne, de Finlande, d'Autriche et de Suède, et consiste dans un échange d'expériences en vue de l'élaboration d'un modèle européen global applicable aux diverses réalités locales.

Dans le cadre du réseau ainsi constitué, des sous-groupes thématiques ont été créés pour le secteur des personnes âgées, des



handicapés, des enfants, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des jeunes. La Vallée d'Aoste coordonne le sous-groupe qui travaille sur les politiques relatives aux mineurs.

---

#### **NOTES**

- <sup>1</sup> Les engagements de dépense sont chiffrés en lires italiennes puisqu'ils concernent l'année 2001.  
Loi régionale n° 45 du 23 octobre 1995 et loi régionale du 4 septembre 2001 « Approbation du Plan socio-sanitaire régional 2002/2004 ».  
Loi régionale n° 13 du 16 avril 1997. L'autonomie de la Région s'étend au financement du secteur sanitaire, puisque toutes les cotisations sanitaires des résidents lui sont virés et que les excédents de dépense doivent être couverts par les ressources du budget régional.

Tableau 11. Welfare régional : les dépenses liées à l'assistance de 1997 à 2000.

RÉGIONS	1997			1998			1999			2000		
	Incidence sur le total des dépenses en %	Dépense pour assistance en milliards	Dépense par personne en milliers de L	Incidence sur le total des dépenses en %	Dépense pour assistance en milliards	Dépense par personne en milliers de L	Incidence sur le total des dépenses en %	Dépense pour assistance en milliards	Dépense par personne en milliers de L	Incidence sur le total des dépenses en %	Dépense pour assistance en milliards	Dépense par personne en milliers de L
<b>Vallée d'Aoste</b>	<b>5,8</b>	<b>108</b>	<b>905</b>	<b>5,2</b>	<b>102</b>	<b>851</b>	<b>5,3</b>	<b>109</b>	<b>912</b>	<b>5,5</b>	<b>117</b>	<b>977</b>
Bolzano	5,9	295	642	4,9	279	607	4,7	285	619	4,9	317	690
Trente	7,6	378	806	6,1	362	770	7,2	393	835	7,2	428	910
Frioul-Vénétie-Julienne	2,2	135	114	2,4	154	130	2,8	187	158	3,5	263	222
Sicile	1,1	295	58	0,8	202	40	0,6	160	31	0,8	214	42
Sardegne	3,9	365	220	3,6	343	206	3,6	341	205	3,8	352	212
Piémont	0,9	97	23	1,3	152	35	1,6	193	45	1,8	223	52
Lombardie	1,9	378	42	1,4	347	38	1,1	285	32	1,9	482	53
Vénétie	4,4	550	123	3,8	595	133	3,3	568	127	3,2	571	127
Ligurie	0,9	49	30	0,9	50	31	0,8	52	32	0,9	58	35
Émilie Romagne	3,4	388	98	0,4	49	12	0,7	106	27	1,3	187	47
Toscane	0,9	84	24	0,7	73	21	1	107	30	0,9	97	27
Ombrie	0,9	18	22	0,9	23	28	0,8	22	26	0,8	21	25
Marches	1,9	86	59	1,5	78	54	1,5	85	59	1,7	91	62
Latium	0,9	173	33	0,9	181	35	1	211	40	1,4	306	58
Abruzzes	0,6	27	21	0,6	32	26	0,5	27	21	0,7	40	31
Molise	1	15	46	0,9	15	47	1,2	22	68	1	18	55
Campanie	0,6	93	16	0,6	115	20	0,5	103	18	2,1	513	89
Pouilles	0,9	89	22	0,9	81	20	1	92	22	0,7	72	18
Basilicate	0,7	19	31	0,8	21	35	0,9	25	41	1,3	42	69
Calabre	1,1	116	56	0,7	79	38	0,7	74	35	1,2	131	63
<b>Total</b>	<b>1,9</b>	<b>3 758</b>	<b>161</b>	<b>1,6</b>	<b>3 333</b>	<b>151</b>	<b>1,5</b>	<b>3 447</b>	<b>161</b>	<b>2</b>	<b>4 543</b>	<b>184</b>

Source : Observatoire financier régional, 2001

## LES POLITIQUES FAMILIALES EN VALLÉE D'AOSTE

Le développement des politiques visant à garantir et à promouvoir les droits des individus ainsi qu'à soutenir les responsabilités familiales revêt une importance croissante dans le cadre de la programmation des politiques sociales.

Les mutations incessantes que subit le mode de formation et d'organisation de la famille ne nous permettent plus de concevoir celle-ci selon le schéma traditionnel, avec une répartition stricte des rôles entre les deux sexes et une solidarité étendue et prolongée d'une génération à l'autre, grâce à laquelle l'intervention des organismes publics était moins nécessaire.

C'est dans cette optique qu'a été approuvée dès 1998, bien avant que l'État ou d'autres régions aient légiféré en la matière, une loi régionale sur la famille (loi régionale n° 44 du 27 mai 1998, portant initiatives au profit de la famille), qui applique et prévoit des interventions dont le but est d'apporter un certain soutien aux familles de la Vallée d'Aoste pour ce qui est de leurs responsabilités quotidiennes ou de besoins particuliers. Ce texte prend acte de la nécessité de programmer et d'évaluer les politiques sociales de manière globale, de les centrer sur la famille et sur ses besoins et d'éviter que les interventions soient fragmentées entre les différents secteurs de l'aide sociale.

Cette loi se voulait le point de départ d'une politique régionale en faveur de la famille, de toutes les familles de la Vallée d'Aoste, une prise de conscience des changements observés dans notre région quant au mode de formation et d'organisation de la famille elle-même. Et de fait, au premier alinéa de l'art. 1<sup>er</sup>, la Région reconnaît les droits et le rôle de la famille en tant que société naturelle basée sur le mariage. Le deuxième alinéa de ce même article précise que « la Région, en vue de la mise en application de la présente loi, reconnaît, par ailleurs, la famille en tant qu'élément social primaire, revêtant un intérêt public fondamental. Elle est en tout état de cause formée et fondée sur des rapports de cohabitation, de solidarité, d'aide mutuelle, de responsabilité dans l'entretien des membres qui la composent et de l'éducation des mineurs. »<sup>12</sup>

La loi régionale sur la famille a marqué le lancement et l'essor d'initiatives aptes à soutenir celle-ci en sa qualité de sujet social mais aussi à garantir et à promouvoir les droits de tous ses membres au cours des différentes phases du cycle de la vie. C'est ainsi que les interventions visées à la loi régionale sont venues intégrer les mesures préexistantes mises en œuvre dans le domaine des politiques socio-sanitaires en faveur des mineurs, des handicapés et des personnes âgées ou infirmes.

D'autre part, la loi régionale n° 44/1998 a amorcé un processus de reconnaissance explicite des responsabilités familiales et du soutien dont celles-ci ont besoin, et a identifié dans la famille et dans les associations familiales les sujets unitaires actifs en matière de politiques sociales.

Car afin de valoriser les solidarités internes de la famille et des réseaux parentaux, la Vallée d'Aoste, s'est engagée à contribuer à hauteur de 80% à la réalisation de projets expérimentaux élaborés et gérés directement par les familles, organisées sous forme de coopératives et d'associations, et concernant des services d'assistance et d'éducation. L'objectif est de mettre en place une politique sociale dans le cadre de laquelle la famille est considérée comme protagoniste et sujet social inséré dans la communauté locale.

Les principes de la loi régionale sur la famille s'insèrent dans les dispositions de la loi n° 328 du 8 novembre 2000 (Loi-cadre pour la réalisation du système intégré des interventions et des services sociaux).

Cette loi nationale prévoit en effet que le système intégré des interventions et des services sociaux reconnaisse et soutienne le rôle spécifique des familles dans la formation et les soins de la personne, dans la promotion du bien-être et la poursuite de la cohésion sociale. La valorisation et le soutien des responsabilités familiales sont des objectifs que l'ensemble des actions de politique sociale doit viser. Le rôle actif des familles dans la formation d'interventions et de projets pour l'offre et l'évaluation des services doit être garanti. Toujours selon la loi, ces interventions de politique sociale doivent en outre soutenir les mécanismes de coopération, de secours mutuel et d'associationnisme des familles.

La Région a donc en fait anticipé les principes de la loi-cadre nationale sur l'assistance, et s'est engagée à valoriser et à supporter les responsabilités familiales par la promotion d'une politique sociale de la famille semblable à celle tracée par la loi n° 328/2000.

Dans le cadre des dispositions prévues par la loi régionale sur la famille, en novembre 2001 s'est tenue la 1<sup>e</sup> Conférence régionale sur la famille ; y ont participé des représentants des collectivités locales, de l'Agence USL, des organismes du troisième secteur, des organisations syndicales et des familles elles-mêmes. Cette conférence a permis d'approfondir et d'évaluer la situation des familles valdôtaines, d'examiner les politiques mises en œuvre à leur intention et l'action des services sociaux, non seulement par rapport à l'application de la loi régionale n° 44/1998, mais aussi compte tenu du cadre normatif et opérationnel général. C'est également dans ce contexte que des propositions ont été avancées en matière de politiques régionales familiales et, éventuellement d'adaptation des services en conséquence. Tous se sont accordés sur le fait que la famille, quelle qu'en soit la composition, constitue la première communauté de base, et que c'est à elle qu'est confié le soin d'engendrer et d'éduquer les citoyens. Compte tenu de cette valeur qui lui est toute particulière et qui va au-delà des rapports interpersonnels

en son sein, il revient à l'Administration publique de contribuer renforcer la cohésion des familles, ainsi que leurs droits et leur fonction sociales.

Les travaux de la conférence ont par ailleurs mis en lumière un besoin, auquel l'Administration régionale va tenter de répondre, celui d'un engagement plus important de la Région en matière d'accompagnement des acteurs non institutionnels et des collectivités locales, ce qui valoriserait les actions et les expériences les plus intéressantes qui ont été mises en œuvre dans le cadre des services selon une approche « de bas en haut ».

Cette conférence a également démontré que le milieu familial, avec toutes ses implications et ses fonctions sociales, affectives, culturelles et sa caractéristique première, le fait d'être le patrimoine incontournable de la collectivité, est fondamental non pas seulement pour les politiques sociales, mais pour les politiques publiques en général (éducation, transports et logement).

## **LES INITIATIVES ET LES SERVICES SANITAIRES POUR LA FAMILLE**

Les initiatives et les services sanitaires ont pour but précis de :

- prévenir les troubles et préserver la santé des individus et de la collectivité tout en offrant à la famille l'aide nécessaire pour assurer la concrétisation de cet objectif ;
- soigner les maladies, mais aussi soutenir et aider les malade et leurs familles, afin de leur garantir une bonne qualité de vie ;
- offrir, lorsque la maladie s'accompagne de manifestations invalidantes, l'aide nécessaire à la récupération ou au maintien des capacités résiduelles afin d'assurer au malade toute l'autonomie possible et de lui permettre de demeurer chez lui.

### **Le « parcours naissance » et les interventions d'aide aux parents**

La loi régionale n° 44/1998 a prévu la mise en place d'un « parcours naissance », dans le cadre duquel sont organisés des cours de préparation la naissance. Durant ces derniers, les futurs parents sont informés sur l'accouchement, l'allaitement, l'alimentation, la dépression post-natale, la façon de manipuler l'enfant et reçoivent aussi des notions de puériculture de base.

En 2001, 370 personnes (hommes et femmes) ont participé aux cours de préparation à la naissance tenus par les obstétriciennes sur tout le territoire régional, ce qui représente une augmentation par rapport à l'an 2000.

Les activités centrées sur les nouveau-nés, lorsque la mère et l'enfant sont sortis rapidement de l'hôpital, ont fait l'objet d'une attention toute particulière car elles impliquent une prise en charge par les services territoriaux durant les premiers jours de la vie de l'enfant au moment délicat du retour à domicile.

En ce qui concerne les vaccinations, le projet régional approuvé par la délibération du Gouvernement régional n° 254 du 5 février 2001 a été réalisé dans ses différentes phases.

Sur la base du projet du Décret ministériel ayant approuvé le nouveau calendrier des vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants et les adolescents et du Programme national de vaccination, le calendrier des vaccinations a été appliqué dans tous les centres où sont administrés les vaccins recommandés (obligatoires et facultatifs) et les séances ont été programmées de manière à ce que la présence à la fois du personnel sanitaire et du personnel médical (pédiatres des centres de consultation et médecins de santé publique) soit assurée.

De nombreuses initiatives ont été lancées dans le secteur des mineurs et de la première enfance, au nombre desquelles figurent le *Boel test* (une méthode utilisée pour le contrôle du développement général et de l'acoumétrie des enfants) effectué entre 7 mois et 8 mois et demi et les cours sur le massage des enfants, moyen privilégié pour communiquer avec ces derniers, réalisés à AOSTE et à DONNAS. Ces cours, prévoyant 4/5 rencontres d'une heure chacune, ont concerné de petits groupes de parents et d'enfants.

Des cas de pédiculose ayant été signalés en milieu scolaire, des lignes directrices en matière de prévention, de prophylaxie et de traitement de la pédiculose de la tête ont été élaborées, qui ont été envoyées à tous les opérateurs sanitaires, à la surintendante des écoles, aux directeurs généraux des institutions scolaires et aux familles.

Le table ci-après indique les nombres d'interventions effectuées en 2001 par le personnel sanitaire (assistantes médicales volontaires, obstétriciens, infirmières jardinières d'enfants).

**Tableau 12. Activité de l'année 2001.**

types d'interventions directes	centres où les prestations ont été fournies			école
	nombre de prestations	centres de consultation	autres structures	
Préparation à l'accouchement	228	228		
Massage de l'enfant	241	241		
Boel test	725	725		
Conseils	9 121	9 029	97	5
Aide à l'allaitement	507	507		
Contrôle de la croissance	1 785	1 785		
Pansement du nombril	186	186		
Éducation alimentaire	699	699		
Contrôle d'ordre hygiénique et sanitaire	125	125		
Temps de réaction	84	84		
Enquête épidémiologique	717		104	613
Tine test	171	171		
Vaccinations	9 736	9 736		
<b>Total</b>	<b>24 496</b>	<b>23 687</b>	<b>201</b>	<b>618</b>

Source : Agence USL de la Vallée d'Aoste

### L'aide aux couples en difficulté

Depuis le mois de juillet 2001, le service de conseil légal, fourni à l'échelon des districts déjà au cours de l'an 2000 grâce au recours à des conseils étrangers à l'Agence USL, est assuré par un avocat de l'Agence dans les centres de consultation d'AOSTE et de DONNAS, où, déjà dans le passé, les requêtes relatives à ce type de prestations ont été plus nombreuses. Le but de ce service est d'informer, de conseiller et d'orienter les citoyens, ainsi que de leur proposer des solutions dans les domaines des rapports matrimoniaux et de la succession. Ce sont surtout les femmes qui font appel au service en cause : pendant la période juillet-décembre 2001 les usagers ont été au nombre de 61, dont 13 hommes et 48 femmes. Les requêtes concernaient essentiellement la procédure pour aboutir à un jugement de séparation consensuelle ou le jugement de fond en cas de séparation judiciaire ; les conditions en matière de pension alimentaire à verser au sujet économiquement le plus faible du couple et aux enfants, s'ils sont confiés à ce dernier, le montant de ladite pension et la possibilité de modifier celle-ci ; la possibilité, pour le conjoint ayant la garde des enfants de changer de résidence ou de s'éloigner du domicile. D'autres questions portaient sur la garde conjointe alternée des mineurs, la communion des biens, les rapports conflictuels entre les parents et les grands-parents au sujet de l'éducation des enfants mineurs. Le service en question, fourni dans le cadre des centres de planification familiale, répond à l'objectif d'aider les familles, surtout dans les moments de crise et de difficulté.

## LES POLITIQUES EN FAVEUR DES FAMILLES AYANT DES ENFANTS ÂGÉS DE 3 ANS AU PLUS

### Les aides économiques en faveur des enfants en bas âge

La volonté de la Région Vallée d'Aoste de mettre au point de nouvelles formes de soutien des responsabilités dérivant du fait d'élever un enfant en bas âge a mené à l'octroi – toujours dans le cadre des mesures visant à aider et à soutenir les familles – d'une aide économique, l'allocation postnatale, dont le but est de contribuer aux dépenses les plus élevées découlant de la naissance d'un enfant. Cette allocation est accordée aux mineurs résidant en Vallée d'Aoste et âgés de 0 à 3 ans (de 0 à 5 ans en cas d'adoption ou de placement familial chez des tiers pendant un an au moins, suite à une décision du tribunal des mineurs) au titre de trois ans maximum. Elle est liquidée une fois par an en un seul versement pendant les trois premières années de vie de l'enfant et/ou pendant les 3 premières années de présence de celui-ci au sein du foyer.

Par sa délibération n° 325 du 12 février 2001, le Gouvernement régional a fixé le montant de l'allocation en cause à 1 000 000 L pour le premier enfant, à 1 500 000 L pour le deuxième et à 2 000 000 L pour le troisième. Une augmentation de 500 000 L par an est prévue pour chaque enfant au-delà du troisième.

Pour pouvoir bénéficier de l'allocation postnatale, les foyers doivent prouver avoir un revenu annuel brut global ne dépassant pas les plafonds fixés par le Gouvernement régional en fonction du nombre de membres du foyer figurant sur la fiche familiale d'état civil.

Le tableau ci-après indique les plafonds de revenu fixés par la délibération susmentionnée :

**Tableau 13. Plafonds de revenus pour l'octroi de l'allocation postnatale.**

<b>Composition du foyer au sens de la fiche familiale d'état civil</b>	<b>Revenu annuel brut global ne dépassant pas :</b>	
foyer composé de 2 membres	52 410 000 L	27 067,51 Euros
foyer composé de 3 membres	57 227 000 L	29 555,28 Euros
foyer composé de 4 membres	62 044 000 L	32 043,05 Euros
foyer composé de 5 membres	66 863 000 L	34 531,86 Euros
foyer composé de 6 membres	71 682 000 L	37 020,66 Euros
foyer composé de 7 membres	78 104 000 L	40 337,35 Euros
foyer composé de 8 membres	82 992 000 L	42 825,64 Euros

Depuis 2001, ne peuvent plus bénéficier de l'allocation postnatale régionale au titre de l'année concernée les foyers qui bénéficient de l'allocation nationale de maternité versée par les Communes ; l'allocation nationale est accordée, dans le respect des plafonds de revenu établis, pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> juillet 1999 aux mères ou, à défaut, aux pères qui ne bénéficient pas de l'indemnité de maternité. L'allocation nationale, versée au titre de 5 mois maximum, s'élève à 200 000 L par mois pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> juillet 1999, à 300 000 L par mois pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> juillet 2000 et à 500 000 L par mois pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> juillet 2001<sup>3</sup>.

En l'an 2000, l'aide en cause a été versée même en cas d'adoption ou de placement pré-adoption pour chaque enfant né (en cas d'accouchement gémellaire, les parents ont droit à deux allocations).

En 2001, toutes les demandes dont les pièces relatives au revenu ont été déposées dans le délai du 31 juillet 2001 ont été examinées et jugées recevables (au total 2 393, dont 1 540 relative à des enfants nés entre le 24 juin et le 31 décembre 1999 et 853 relative aux enfants nés en l'an 2000). Les enfants ayant bénéficié de l'aide en cause pour la première fois en 2001 sont au nombre de 755, ce qui a comporté un engagement de dépense de 4 477 244 000 L.

La loi en faveur de la famille prévoit par ailleurs une aide économique en faveur des femmes enceintes seules et en difficulté. Cette aide, accordée sur demande de l'intéressée, s'inscrit dans le cadre d'un projet personnalisé qui doit être élaboré par l'équipe multidisciplinaire territorialement compétente. Elle peut avoir un caractère extraordinaire ou être versé régulièrement pendant la période de la grossesse et jusqu'aux trois mois de l'enfant.

L'aide régionale versée correspond à la différence entre le montant maximum de l'aide, équivalant au revenu moyen individuel mensuel relevé par l'ISTAT en Vallée d'Aoste au cours de l'année précédant celle pendant laquelle la demande d'aide a été déposée (1 736 057 L en l'an 2000<sup>4</sup>) et le revenu dont dispose l'intéressée, qui doit comprendre toutes les recettes. En 2001, une seule femme enceinte a bénéficié de l'aide en question.

### **Les services socio-éducatifs pour la petite enfance**

Par la loi régionale n° 44/1998, la Région encourage la réalisation de projets et d'initiatives émanant de collectivités locales, d'associations de familles, de particuliers œuvrant dans le domaine social, ainsi que de simples particuliers, concernant la mise en place de services socio-éducatifs au profit de la petite enfance.

Afin de répondre d'une manière adéquate aux besoins des foyers comptant, parmi leurs membres, des enfants de moins de 3 ans, l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales a lancé une recherche visant à connaître les exigences des familles valdôtaines, ainsi que leur évaluation et leurs attentes au sujet des services au profit de la petite enfance existants et des éventuels services alternatifs.

Cette recherche, dénommée « Projet Bébé, servizi all'infanzia ed all'occupazione femminile », financée par le Fonds social européen au titre de l'axe NOW (New Opportunities for Women) a été réalisée en l'an 2000. Il ressort des résultats de cette enquête que la famille, même dans le sens élargi du mot, représente en Vallée d'Aoste, comme dans le reste de l'Italie, l'endroit privilégié pour l'éducation et la garde des enfants âgés de 0 à 3 ans. Malgré la reconnaissance du rôle éducatif important que jouent les crèches, le recours aux services destinés aux enfants est justifié essentiellement par l'activité professionnelle de la mère et par l'absence d'autres membres de la famille pouvant assurer la garde de l'enfant. L'enquête a par ailleurs fait apparaître, d'une manière fort claire, le rôle des grands-parents, qui représentent la ressource principale pour les familles avec des enfants en bas âge.

Si, d'un côté, il est évident que la crèche joue un rôle éducatif considérable, de l'autre, le fait que la garde des enfants soit confiée de préférence à des membres de la famille témoigne de l'importance attribuée aux valeurs familiales. Toutefois, les changements qui se produisent au niveau des modalités de formation et d'organisation des foyers ne permettent plus de penser

à une famille de type traditionnel, à laquelle il serait possible de confier la garde complète des enfants. La présence massive des femmes valdôtaines sur le marché du travail et l'élévation de l'âge de la retraite représentent des conditions rendant nécessaire la mise en place de services destinés à l'éducation et à la garde des enfants en bas âge. Les politiques familiales doivent tenir compte de ces exigences, aider toutes les familles, même celles qui, pour un choix d'ordre éducatif ou pour nécessité, doivent faire appel à des services leur permettant de concilier les responsabilités familiales et les activités professionnelles, garantir et encourager le droit des enfants à l'éducation et à la socialisation à l'extérieur de leur famille.

En tenant compte à la fois du rôle central que joue la famille dans l'éducation des enfants jusqu'à 3 ans et de la nécessité d'offrir à celle-ci des services permettant une fréquentation différenciée et une utilisation partielle ou temporaire, la Région Vallée d'Aoste a planifié et mis en route différentes initiatives destinées à élargir l'offre de services socio-éducatifs pour la petite enfance. Cette offre doit par ailleurs viser à satisfaire les exigences des familles vivant dans des zones de la région où, pour des raisons géographiques, territoriales, démographiques ou socio-économiques, il s'avère impossible de mettre en place des structures de type traditionnel.

En effet, jusqu'en 1997, la crèche était le seul service au profit des enfants âgés de 0 à 3 ans prévu par la réglementation régionale (Plan socio-sanitaire régional 1997/1999).

Les modalités de gestion et de financement de ce service sont réglementées par la loi régionale n° 77 du 15 décembre 1994 (Dispositions en matière de crèches), telle qu'elle a été modifiée par la loi régionale n° 4 du 27 janvier 1999. La loi définit la crèche comme un service socio-éducatif, ouvert à tous les enfants âgés de moins de 3 ans et dont le but est de concourir au développement de la personnalité de ces derniers par des activités formatives, éducatives et pédagogiques.

La compétence en matière de gestion des structures en cause relève des collectivités locales, qui peuvent l'assurer d'une manière directe ou indirecte ; dans ce dernier cas, au sens de la loi, les conventions y afférentes doivent être passées de préférence avec des coopératives d'aide sociale.

La loi régionale établit par ailleurs que la crèche peut être ouverte 6 jours par semaine, dont 5 l'après-midi également, selon un horaire compris entre 7 h 30 et 18 h. La réglementation régionale tient compte des exigences différentes des familles, en permettant à celles-ci d'utiliser le service en cause en fonction de ces exigences. La fréquentation de la crèche de la part de l'enfant doit, en effet, être flexible et décidée de concert avec la famille. La moyenne d'ouverture des crèches valdôtaines, établie sur une base annuelle, est de 19 jours par mois.

L'admission aux crèches et l'établissement des classements y afférents relèvent directement des établissements gestionnaires. Toutefois, c'est le Gouvernement régional qui établit les cas particuliers ayant la priorité absolue aux fins de l'accès à une structure quelconque de la région. Ces cas problématiques doivent être attestés par l'équipe socio-sanitaire territoriale compétente. La priorité est accordée aux enfants atteints d'un handicap sanitaire, physique ou psychique, aux enfants appartenant à une famille multiproblématique (ayant des carences affectives, éducatives, culturelles, économiques et/ou des problèmes de logement) ou monoparentale, aux enfants dont les parents sont atteints d'une incapacité psychophysique grave et aux enfants en placement familial.

Lors de la détermination des différents niveaux de contribution, les établissements gestionnaires doivent tenir compte de la composition du foyer et de sa situation socio-économique. Le revenu devant être pris en considération est le revenu global des parents ou des personnes exerçant l'autorité parentale ; en cas de travail salarié, ledit revenu est calculé à hauteur de 70 p. 100.

Une réduction des tarifs est prévue en cas de fréquentation de la crèche à temps partiel.

La réduction du tarif mensuel ou l'exemption du paiement dudit tarif est prévue pour les cas problématiques susmentionnés. Par ailleurs, lorsque deux enfants ou plus appartenant au même foyer fréquentent la même crèche ou des crèches régionales différentes, le tarif mensuel relatif à chaque enfant au-delà du premier est réduit de moitié. Une réduction est également accordée lorsque l'enfant est absent pendant plus de cinq jours pour cause de maladie ou lorsque l'établissement gestionnaire décide la fermeture temporaire de la structure.

Les foyers ayant des enfants handicapés paient un tarif correspondant à 50 p. 100 du tarif entier et une quote-part variable en fonction des jours effectifs de présence.

Il est par ailleurs possible d'inscrire les enfants à la crèche à temps partiel, à savoir uniquement le matin ou uniquement l'après-midi. Les enfants inscrits à la première année de l'école maternelle peuvent, dans l'attente de l'ouverture de celle-ci, continuer à fréquenter la crèche, sur paiement d'une quote-part journalière. Les enfants âgés de moins de 9 mois peuvent être admis à la crèche – sur avis contraignant du Service socio-sanitaire régional – si leurs foyers se trouvent dans une situation de « besoin exceptionnel ».

Depuis l'approbation de la loi régionale en faveur de la famille, les investissements de la Région ont mené à l'ouverture de

5 nouvelles crèches et à l'agrandissement ou à la remise en état de 4 structures (à l'heure actuelle, la crèche de la rue Brocherel, à AOSTE – qui pourra accueillir 50 enfants – est en cours de rénovation).

Suite à l'ouverture des nouvelles structures à la fin de 2001, la Vallée d'Aoste dispose de 11 crèches, dont 4 gérées directement par les collectivités locales et 7 sur la base de conventions passées avec des coopératives d'aide sociale.

Grâce entre autres à l'agrandissement des structures existantes, les places disponibles, qui étaient 249 en 1998, sont à l'heure actuelle au nombre de 401. Par conséquent, la capacité d'accueil est passée de 7,9 p. 100 en 1998 à 12 p. 100, pourcentage qui est supérieur tant à la moyenne nationale, qui s'élevait à 7,4 p. 100 en l'an 2000, qu'à la moyenne du Trentin-Haut-Adige (7,5 p. 100) et du Piémont (9,7 p. 100).

Le nouveau plan socio-sanitaire 2002/2004 prévoit une augmentation de 80 places dans les crèches, dont 50 dans la nouvelle structure d'AOSTE susmentionnée et 30 dans le district n° 4. Suite à cette augmentation, qui sera possible grâce au recours à des fonds publics, le nombre total des places disponibles s'élèvera à 470 et la capacité d'accueil passera à 14,7 p. 100.

Comme le prévoit la loi sur la famille, en Vallée d'Aoste, l'offre de services destinés à la petite enfance a été diversifiée par la mise en place des formules plus flexibles, dont le but est de satisfaire aux exigences des foyers avec des enfants de moins de 3 ans, résidant dans la région.

Par la délibération n° 3148 du 18 septembre 2000, le Gouvernement régional, en application de l'art. 6 de la LR n° 44/1998, a approuvé les niveaux qualitatifs et organisationnels que doivent atteindre les services destinés à la petite enfance autres que les crèches.

La garderie est un service socio-éducatif destiné aux enfants de 9 mois à 3 ans et dont le but est de fournir à ces derniers des opportunités éducatives, de socialisation et de communication, ainsi que de répondre d'une manière différenciée et flexible aux exigences des familles. À la différence de la crèche, la garderie accueille les enfants pendant 5 heures par jour maximum ; en revanche, le personnel doit justifier des mêmes titres prévus pour les agents préposés aux crèches.

L'espace jeu représente une autre alternative à la crèche : ce service socio-éducatif, qui peut éventuellement être relié aux autres services, accueille les enfants jusqu'à 3 ans, à condition qu'ils soient accompagnés par des adultes. Il s'agit en effet d'un espace dûment équipé et protégé qui satisfait aux exigences ludiques et de socialisation des enfants et favorise les rapports entre les enfants et les adultes, ainsi que les occasions de socialisation, d'échange et de confrontation entre les familles.

Les « nounous » sont un service qui intéresse surtout les communes les plus petites, mais qui pourrait être mis en place partout sur le territoire régional. Réglementé par la délibération du Gouvernement régional n° 3470 du 23 septembre 2002, ce service s'adresse aux enfants de 3 mois à 3 ans. Les nounous doivent être âgées de 21 ans minimum et être titulaires d'une attestation de qualification professionnelle leur permettant de s'immatriculer au registre régional y afférent. Elles peuvent assurer la garde, à leur domicile ou au domicile de la famille qui requiert le service, d'un maximum de 4 enfants à la fois et pour un nombre d'heures allant d'un minimum de 2 à un maximum de 10.

En 2002, à l'issue du premier cours de formation financé par le Fonds social européen, 9 nounous ont commencé à exercer leur activité.

En définitive, l'effort de l'Administration régionale afin de mettre en place des services destinés aux enfants jusqu'à 3 ans semble aboutir à une différenciation de l'offre qui répond davantage aux besoins des familles, tout en respectant les exigences d'éducation des enfants.

## **LES POLITIQUES POUR LES FAMILLES AVEC DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, EN DIFFICULTÉ OU NON**

Sous l'impulsion des orientations de la législation nationale, la Vallée d'Aoste a partagé l'esprit de changement profond de l'approche des politiques familiales. Le Plan socio-sanitaire 2002/2004 a mis l'accent sur l'importance stratégique des services éducatifs à domicile et territoriaux susceptibles d'agir, à titre préventif, contre la désadaptation, des services de soutien aux familles et des services à l'intention des mineurs et de leurs familles.

Sur le territoire régional les collectivités locales ont mis en place des services éducatifs et d'aide sociale destinés aux enfants et aux adolescents tels que le ramassage et la restauration scolaires, les centres aérés et les séjours de vacances. Auxdits services s'ajoutent ceux en faveur des mineurs et des familles en difficulté, à savoir l'assistance éducative à domicile, le placement familial et la communauté pour les mineurs.



## **Les aides économiques pour le paiement des pensions dans les collèges et les internats et pour les séjours dans les colonies de vacances**

L'Administration régionale intervient par l'octroi de concours financiers au paiement des pensions pour l'accueil des mineurs, pendant l'année scolaire, dans les collèges ou les internats présents sur le territoire valdôtain. Les aides en cause, à caractère mensuel, sont accordées lorsque les mineurs sont accueillis dans des instituts ou des collèges en qualité de pensionnaires, de sémi-pensionnaires ou d'externes afin de fréquenter l'école élémentaire ou l'école secondaire du premier ou du deuxième degré. Le montant de ces aides est fixé sur la base d'un pourcentage de concours établi chaque année par le Gouvernement régional compte tenu du revenu du foyer et du nombre d'enfants à charge de ce dernier. Plus le nombre d'enfants à charge est grand, plus ledit pourcentage augmente ; plus le revenu du foyer est élevé, plus ledit pourcentage diminue.

Par sa délibération n° 2667 du 23 juillet 2001, le Gouvernement régional a fixé 12 tranches de revenus au titre de l'année scolaire 2001-2002. Les familles dont le revenu global était inférieur à 13 625 400 L ont bénéficié d'une subvention équivalant à 100 p. 100 de la pension à payer, indépendamment du nombre d'enfants à charge. Le revenu maximum permettant d'accéder à ce type de bénéfice était de 77 347 600 L ; pour la tranche de revenus la plus élevée, l'aide régionale correspondait à 20 p. 100 pour les foyers avec un seul enfant à charge, à 70 p. 100 pour les foyers avec 3 enfants à charge et à 80 p.100 pour les foyers avec 4 enfants à charge. L'Administration régionale a pris en charge entièrement les pensions devant être versées par les foyers ayant 5 enfants à charge et répondant aux paramètres de revenus fixés.

En 2001, 558 mineurs ont été accueillis dans les différents établissements valdôtains (Institut Gervasone, Institut Saint-Joseph, Collège régional F. Chabod et Institut Don Bosco) et le concours de la Région au paiement des pensions a comporté un engagement de dépenses de 1 006 982 890 L.

Toujours dans le cadre des mesures régionales en faveur des mineurs et de leurs familles, l'Administration régionale verse des aides pour le paiement des séjours d'été (à la mer, à la montagne ou aux lacs). Dans ce cas également, le pourcentage de l'aide est fixé chaque année par le Gouvernement régional en fonction du revenu annuel du foyer et du nombre d'enfants à charge.

Par sa délibération n° 1615 du 14 mai 2001, le Gouvernement régional a fixé 8 tranches de revenus au titre de 2001. Le revenu maximum permettant de bénéficier de l'aide en cause était de 79 733 600 L. La Région a pris en charge entièrement les coûts des séjours d'été des mineurs appartenant aux foyers relevant de la tranche de revenus la plus faible, à savoir jusqu'à 16 733 600 L. Tout comme pour les aides en vue du paiement des pensions dans les collèges et les internats, le pourcentage de l'aide pour les séjours d'été est plus élevé pour les familles nombreuses, jusqu'à concurrence de 100 p. 100 pour les foyers qui ont 5 enfants à charge et répondent aux conditions requises en matière de revenus. En 2001, la Région a contribué au paiement des séjours de 371 mineurs dans les colonies de vacances, ce qui a comporté un engagement de dépenses de 444 669 920 L.

### **Le « Pangolo », un centre de planification pour les adolescents**

Le centre de consultation « Il Pangolo », situé au chef-lieu de la Région, est un service destiné aux adolescents, qui se différencie par rapport aux centres socio-sanitaires de district. Ce service, qui est géré par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, a été mis en route dans le but de diffuser et d'améliorer l'information et l'éducation en matière de sexualité et de procréation responsable. Ce service, qui dispose de personnel qualifié qui écoute les adolescents et prend en charge leurs problèmes, entend entre autres donner des réponses concrètes dans le cadre de la prévention, dans le but de faire diminuer le taux d'interruption de grossesse chez les adolescentes.

Le centre en cause a exercé des activités de conseil, de promotion et de vulgarisation, en collaboration avec les structures territoriales, a fourni aux usagers des prestations par l'intermédiaire du service d'obstétrique et de gynécologie, d'andrologie, de psychologie et d'aide sociale et a lancé des projets spécifiques, à la demande de certaines écoles (lycée scientifique d'AOSTE, écoles moyennes Einaudi et Saint-Roch, Institut pour géomètres) et de certaines paroisses (Porossan, ROISAN et GIGNOD).

Comme il appert des données relatives aux usagers de ce service, le Pangolo est fréquenté essentiellement par les filles (89 en 2001, contre 13 garçons).

Les adolescents peuvent bénéficier du service de conseil selon deux modalités : par téléphone ou directement au centre. Les jeunes, seuls ou en groupe, choisissent de préférence cette dernière modalité, tandis que les parents s'adressent davantage au centre par téléphone, afin de demander des conseils au sujet de leurs doutes ou de leurs difficultés à élever des enfants adolescents.

L'Administration régionale a destiné une somme de 115 169,89 euros à la gestion du centre de planification pour adolescents.

Au nombre des objectifs de la loi régionale en faveur des familles en matière d'actions destinées aux préadolescents et aux adolescents figure la promotion, par la Région, de l'intégration des activités de l'école et de l'Agence USL visant à la prévention et à l'information dans le domaine de la santé et de la sexualité. Au cours de l'année scolaire 2000/2001, des cours d'éducation sexuelle ont été organisés au profit des élèves de 19 classes de troisième de 10 écoles moyennes de la région. Les rencontres, 7 par classe au total, ont comporté également la participation des parents des élèves.

### **Le service d'aide éducative à domicile (ADE)**

Ce service s'inscrit dans le cadre des services aux personnes ayant pour but d'aider les familles et les mineurs se trouvant dans une situation de difficulté socio-culturelle non chronique.

Ce service s'inscrit dans le cadre de la prévention de l'inadaptation et a pour but essentiel de maintenir les mineurs dans leur milieu familial et social et d'offrir aux familles une aide temporaire. Par la promotion de processus d'autonomisation du foyer pris en charge, la recherche de ressources à l'intérieur de celui-ci et sur le territoire et l'organisation de celles-ci, l'ADE entend favoriser le rôle des parents et l'amélioration de la qualité des relations.

Le service en cause, qui s'adresse aux mineurs des deux sexes âgés de 0 à 15 ans et à leurs familles, est assuré par des éducateurs œuvrant en collaboration avec les équipes socio-sanitaires territoriales.

Aux fins de la réalisation des objectifs fixés (maintien des mineurs dans leurs familles, activation des ressources et des potentialités présentes au sein de ces dernières et sur le territoire, mise en place d'un réseau de relations entre la famille d'origine et le milieu environnant, prévention des risques de chronicisation), la collaboration active avec le « sujet famille » s'avère capitale.

Le service d'ADE a été mis en place d'une manière graduelle sur le territoire régional, à savoir : en 1993, dans le district n° 2 (ville d'AOSTE et communes limitrophes), en 1997 dans le district n° 1 (Haute Vallée) et en l'an 2000 dans les districts n° 3 et n° 4 (Moyenne et Basse Vallée). Pour 2002, ce service devrait être étendu également aux zones non encore desservies, c'est-à-dire le district n° 2 (territoire de la Communauté de montagne Grand-Combin et une partie du territoire de la Communauté de montagne Mont-Émilius).

Le recours à ce service a augmenté graduellement au cours des années, ce qui témoigne de la validité de son action sur le territoire, où il a collaboré toujours davantage avec les autres services. De plus, le travail en réseau a continué, en interaction constante avec les collectivités locales et les particuliers œuvrant dans le domaine social.

Le service d'ADE a, entre autres, travaillé avec des groupes de jeunes et réalisé des initiatives, dont la plus importante, dénommée « Séjour éducatif » s'est déroulée en Ligurie et a concerné un groupe de mineurs pris en charge.

### **Le placement familial et le soutien des parents**

Il existe, dans la réalité valdôtaine, des problèmes concernant les mineurs et des situations particulières qui nécessitent des actions susceptibles d'aider les parents et la croissance des enfants.

Toutes les tranches d'âges et toutes les classes sociales sont concernées, avec toutefois une plus grande fréquence dans les couches les plus faibles ; les problèmes peuvent être fort différents et vont du besoin d'aide pendant de courtes périodes jusqu'à la prise en charge totale de l'enfant pendant des périodes plus longues.

Les actions d'accueil et/ou de placement réalisées jusqu'à présent représentent une réponse valable aux exigences manifestées mais elles s'avèrent insuffisantes du point de vue quantitatif et qualitatif. Compte tenu des différents types de besoins, il est nécessaire de pouvoir disposer de ressources plus diversifiées.

La Région accorde aux mineurs en placement familial résidant dans l'une des communes valdôtaines une allocation mensuelle dont le montant est fixé, chaque année, par le Gouvernement régional. L'objectif de cette allocation est d'assurer l'entretien, l'éducation et l'instruction des mineurs concernés.

L'allocation en cause est versée, à la demande de la famille accueillant le mineur, compte tenu de l'éventuel revenu annuel brut dont ce dernier dispose. Le montant de ladite allocation est différencié en fonction des caractéristiques du placement (auprès de parents ou de tiers avec hébergement, à temps partiel, de jour, de nuit ou à titre occasionnel). Par ailleurs, l'Administration régionale concourt, par des aides économiques extraordinaires, au paiement des frais de santé relatifs au mineur en placement et que l'Agence USL ne rembourse pas ou ne rembourse que partiellement.

En 2001<sup>6</sup>, le montant de l'allocation pour le placement de mineurs auprès de parents s'élevait à 751 870 L en cas d'hébergement, et à 375 910 L par mois en cas d'accueil à temps partiel. Si le placement avait un caractère occasionnel, l'allocation en

cause se chiffrait à 25 100 L par jour. En cas de placement auprès de tiers, l'allocation régionale se chiffrait à 1 002 540 L par mois en cas d'hébergement, à 501 250 L en cas d'accueil à temps partiel et à 33 390 L par jour en cas d'accueil à caractère occasionnel.

Au cours de ladite année, les mineurs en placement familial auprès de parents ou de tiers ont été au nombre de 37 ; le versement des allocations y afférentes a comporté, pour la Région, un engagement de dépenses de 337 027 030 L au total.

D'autres actions d'aide et d'accueil n'ayant pas les caractéristiques typiques du placement ont été réalisées sur le territoire, en faveur des mineurs et de leurs familles, par les bénévoles et les particuliers œuvrant dans le domaine social.

Il existe toutefois des besoins, non satisfaits, en ressources familiales pour certains cas déjà connus et pris en charge par les services territoriaux et pour certains cas ayant déjà fait l'objet de mesures de l'autorité judiciaire.

Compte tenu de ces besoins, l'Administration régionale a approuvé, par la délibération du Gouvernement régional n° 2386 du 2 juillet 2001, le projet dénommé « Progetto Affidato », financé par les fonds prévus par la loi n° 285 du 28 août 1997 et mis en route en juin 2002. Les objectifs de ce projet, dont la durée est de deux ans, sont la sensibilisation de la communauté locale au sujet de la situation des mineurs en difficulté, afin de trouver de l'aide pour ces derniers dans le cadre de leur famille, et la création d'un service des placements organisé, susceptible d'assurer dans le temps le suivi des initiatives déjà lancées.

### **La communauté pour mineurs**

Conformément à la loi n° 149 du 28 mars 2001 (Modification de la loi n° 184 du 4 mai 1983, portant réglementation de l'adoption et du placement familial des mineurs, ainsi que du Titre VIII du livre I<sup>er</sup> du code civil), la Vallée d'Aoste, en sus des autres actions de protection des mineurs se trouvant dans des situations de grave difficulté, a prévu la mise en place de structures d'accueil dénommées « communautés pour mineurs ».

Les deux communautés pour mineurs situées dans la ville d'AOSTE (le *Petit Foyer*, destiné aux mineurs de 0 à 12 ans et la *Maison d'Accueil*, destiné aux jeunes de 13 à 18 ans), auxquelles font références les usagers de l'ensemble du territoire régional, accueillent les mineurs en état d'abandon temporaire ou définitif qui attendent de pouvoir rentrer dans leurs foyers ou de faire l'objet d'un placement stable. Ces communautés, qui sont des structures d'hébergement et/ou de jour, exercent surtout des fonctions d'aide sociale et d'éducation, remplacent les familles ou complètent l'action de celles-ci et offrent aux mineurs accueillis des prestations éducatives et de stimulation psychologique, d'entretien et d'hygiène personnelle, d'accompagnement scolaire et sanitaire.

Les effectifs de ces structures, qui sont gérées par des coopératives sur la base d'un marché public ayant une validité triennale, comprennent des éducateurs et un coordinateur.

La communauté Petit Foyer peut accueillir 8 mineurs, dont 7 en régime d'hébergement et 1 en régime de jour ; les mineurs accueillis peuvent y recevoir 3 visites protégées. La communauté Maison d'Accueil peut accueillir 8 jeunes, dont 6 en régime d'hébergement et 2 en régime de jour.

L'accès aux communautés régionales est en règle générale décidé par l'autorité judiciaire et le mineur concerné fait l'objet d'un projet individuel réalisé en collaboration avec les opérateurs socio-sanitaires territoriaux.

En 2001, le Petit Foyer et la Maison d'Accueil ont accueilli respectivement 8 et 7 mineurs.

Pour ce qui est des mineurs ne pouvant être hébergés dans les communautés présentes sur le territoire valdôtain, du fait que le Tribunal des mineurs de TURIN a décidé leur placement dans des structures situées hors de la Vallée d'Aoste, l'Administration régionale est tenue de prendre en charge les frais d'hébergement y afférents.

En 2001, le Tribunal des mineurs de TURIN a décidé l'hébergement hors de la Vallée d'Aoste de 16 mineurs, ce qui a comporté, pour la Région, un engagement de dépenses de 709 229 040 L.

### **L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE**

La loi n° 451 du 23 décembre 1997 encourage et finance la mise en place d'observatoires régionaux. Au sens de ladite loi, par sa délibération n° 1074 du 2 avril 1999, le Gouvernement régional a approuvé le projet de réalisation de l'Observatoire régional de l'enfance et de l'adolescence, conscient de l'importance de pouvoir disposer d'un système organisé de données sur la condition des mineurs en Vallée d'Aoste permettant d'orienter, de concevoir et d'évaluer des actions et des services sur le territoire destinés à répondre aux besoins réels desdits mineurs.

Les indicateurs élaborés à partir des données disponibles et qui permettent d'établir la condition sociale, culturelle, économique, sanitaire et psychologique des mineurs, ont été établis grâce aux différentes sources de données de l'observatoire lui-même. Il a également été procédé à une analyse des flux d'informations approuvée par le Gouvernement régional par sa délibération n° 3586 du 30 septembre 2002.

Il ressort de l'analyse des sources un grand développement de systèmes informatiques de collecte et de traitement des données (actuellement collectées essentiellement sur papier) à l'échelon de l'Administration régionale, des collectivités locales et des particuliers. Le flux d'information relatif à l'Observatoire régional de l'enfance et de l'adolescence sera implémenté et intégré avec d'autres systèmes en phase de réalisation et nommé avec le datawarehouse de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales. Au cours du premier semestre 2003, il sera possible de disposer des indicateurs relatifs aux aspects démographiques et à la distribution des services et des actions au profit des mineurs ; d'autres indicateurs seront disponibles par la suite, en fonction de l'implémentation des flux d'informations.

Des conventions relatives aux flux des données seront passées avec les sources extérieures de l'Observatoire (USL et collectivités locales). Les actions susmentionnées pourront concourir à la définition des orientations relatives à l'application de la loi n° 285/1997 en Vallée d'Aoste.

L'objectif de l'Observatoire pour 2002 est la réalisation d'une « carte » des services publics et privés destinés aux mineurs existant sur le territoire régional.

Concrètement, des archives informatisées ont été mises en place, contenant les données des services au profit des adolescents en Vallée d'Aoste qui figuraient sur support papier. Lesdites données ont été enregistrées sur la base de la fiche de collecte des données élaborée par le *Centro Nazionale di documentazione et di analisi dell'infanzia e dell'adolescenza* de FLORENCE. Sont également prévues la définition et la publication sur le site web de l'Administration régionale de la « carte » des services à l'intention des mineurs, ainsi que la mise en place d'une banque de données relative à la loi n° 285/1997.

La consultation de ladite carte permettra de collecter les données relatives aux services existant en Vallée d'Aoste et de les classer en fonction de l'établissement titulaire du service, de l'établissement gestionnaire du service, de la Commune, de la Communauté de montagne, de l'âge des mineurs, du type de service, du domaine d'action, du nom du service, du type de financement, du nombre et du type des ressources humaines utilisées dans le secteur, des heures de service assurées et des modalités d'accès au service.

Comme le précise la délibération du Gouvernement régional n° 3514 du 17 octobre 2000, portant approbation des modalités et des délais d'installation de l'Observatoire, au mois d'octobre 2002 ce dernier est entré dans sa phase d'application (dite de « généralisation ») et les activités prévues seront réalisées d'ici la conclusion du projet (octobre 2003).

## **LES POLITIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES NON AUTONOMES ET DE LEURS FAMILLES**

### **Les aides économiques**

La législation régionale établit que des aides économiques sont accordées aux personnes non autonomes résidant en Vallée d'Aoste. Ces aides ont pour but d'améliorer les revenus desdites personnes, de fournir un soutien à leur famille et d'éviter leur hébergement dans des établissements.

Lesdites aides économiques comportent la prise en charge totale ou partielle par la Région des frais relatifs à l'achat de biens et services qui ne sont pas fournis par l'Administration régionale ou par les collectivités locales.

Le versement des aides n'exclut pas le recours aux services de soins publics, mais permet aux personnes non autonomes de disposer d'un revenu qui leur permet de faire appel aux services privés pour compléter les prestations fournies par les services publics.

Au sens de la *loi régionale n° 22 du 3 mai 1993* (Aides en faveur des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades du SIDA), modifiée par la loi régionale n° 38/2001 (Loi de finances au titre des années 2002/2004), la Région fournit une aide au paiement des frais d'hospitalisation dans des centres de soins et de réadaptation sociale privés et accorde des subventions aux particuliers au titre des actions d'aide à domicile susceptibles d'éviter l'accueil en établissement.

Ont vocation à bénéficier des aides en question les citoyens italiens et étrangers, ainsi que les apatrides, résidant dans une des communes de la Vallée d'Aoste, de même que les réfugiés et les rapatriés ayant droit à l'assistance aux termes des lois de l'État. Pour les personnes âgées, le degré de non autonomie doit être certifié par l'Unité d'appréciation gériatrique (UVG) territorialement compétente, tandis que pour les personnes handicapées, les alcooliques, les toxicomanes, les séropositifs et les ma-

lades du SIDA, la non autonomie totale ou temporaire doit être attestée par un certificat médical récent délivré par le secteur de l'Agence USL (psychiatrie, SERT, etc.) qui assure la prise en charge de l'usager en question ou par la commission médicale visée à la loi n° 104/1992 ou par l'une des commission médicales visées à la loi régionale n° 11/1999. Ledit certificat doit indiquer la maladie ou le handicap dont souffre la personne en cause et le fait que cette dernière n'est pas autonome.

À compter de 2001 les aides économiques sont accordées également aux malades en phase terminale.

Les aides économiques visées à la loi régionale n° 22/1993 sont octroyées à la demande de l'intéressé ou de son tuteur ou curateur et en de cas de réel besoin. Ce dernier doit être certifié par les services socio-sanitaires compétents compte tenu des conditions psychophysiques et de la situation familiale et socio-environnementale du demandeur.

Pour bénéficier des aides, les demandeurs doivent se trouver dans l'une des conditions de besoin visées à la loi régionale susdite, à savoir : revenus du foyer insuffisants pour subvenir aux besoins essentiels de la famille, lorsque aucune autre personne n'est tenue de pourvoir auxdits besoins au sens de la loi ; état de dépendance totale ou partielle du demandeur et impossibilité pour la famille de lui fournir l'assistance nécessaire ; mesures de l'autorité judiciaire imposant ou rendant nécessaire des initiatives d'assistance ou de réhabilitation sociale à l'intention du demandeur.

Le Gouvernement régional fixe les critères et les modalités afférents au versement des aides économiques visées à la loi régionale n° 22/1993 accordées par le chef du Service de l'organisation et de la gestion des activités d'aide sociale de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales.

Les aides économiques liquidées sont destinées au paiement des frais d'hospitalisation de jour ou d'hébergement dans des centres privés de soins et de réadaptation sociale. L'Administration régionale prend en charge les dépenses ou verse les subventions aux personnes qui conçoivent, de concert avec les services socio-sanitaires compétents, des projets globaux à mettre en place avant l'entrée dans un centre. Lesdites aides ne sont pas versées relativement à la poursuite des actions déjà définies et approuvées par acte du dirigeant.

La prise en charge des dépenses ou le versement des subventions porte sur une période établie par les services socio-sanitaires compétents et peut se poursuivre uniquement si le projet global conserve substantiellement sa validité. Le montant des dépenses ou des subventions à la charge du budget régional est établi sur la base du montant des frais d'hébergement fixés par la structure d'accueil, déduction faite du revenu net de l'intéressé, et de l'éventuelle contribution des membres de sa famille.

L'administration régionale accorde également des subventions à des particuliers pour la mise en œuvre de formes d'assistance susceptibles d'éviter l'hébergement dans un établissement et comportant le recours aux aides à domicile privées, régulièrement rémunérées et assurées, pour compléter l'aide à domicile publique.

À compter de 2002, le montant des subventions relatives aux dépenses supportées pour le recours aux aides à domicile privées est établi sur la base de la différence entre la somme des revenus nets de l'intéressé – y compris la contribution éventuelle à la charge des membres de sa famille figurant sur la fiche familiale d'état civil – et le coût du service d'assistance au malade, établi à un maximum de 2 065,90 euros par mois pour 24 heures d'assistance par jour sur 365 jours par an (soit 2,83 euros par heure).

Le tarif horaire, sans préjudice du plafond mensuel susmentionné, peut être augmenté de 20% maximum (3,40 euros par heure) si le projet comportant le recours aux formes d'assistance susceptibles d'éviter l'hébergement dans un établissement doit être mis en œuvre dans des zones rurales et de montagne.

Le demandeur peut, en tout état de cause, disposer d'un revenu mensuel correspondant au moins au double du minimum vital.

Lorsque l'aide à domicile est assurée par les parents de la personne concernée et le coût y afférent ne peut donc être établi, le montant de la subvention est fixé en fonction des revenus nets de l'intéressé – y compris la contribution éventuelle à la charge des membres de sa famille figurant sur la fiche familiale d'état civil – de manière à ce que le demandeur puisse disposer d'un revenu mensuel correspondant au moins au double du minimum vital.

L'engagement de l'Administration régionale en faveur de l'assistance à domicile dans le cas des personnes non autonomes est démontré également par le fait que les prestations publiques d'aide à domicile fournies territorialement en faveur des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs, des malades du SIDA et des malades en phase terminale pour lesquels un projet global d'interventions d'assistance susceptibles d'éviter l'hébergement dans un établissement a été établi et approuvé aux termes de la loi régionale n° 22/1993, ne comportent aucune dépense pour les usagers.

En 2001, les demandes qui visaient à obtenir l'octroi des aides relatives aux interventions d'assistance susceptibles d'éviter l'hébergement dans un établissement et qui ont été accueillies sont au nombre de 70 et la dépense engagée par la Région à cet effet s'est élevée à 596 000 000 L.

Au sens de la loi régionale pour la famille, en vue d'aider les familles comprenant des personnes en difficulté, la Région accorde aux personnes concernées une aide économique consistant en une allocation mensuelle, d'un montant maximal de 100% de la pension sociale (543 650 L en 2001), et ce, pour la durée d'un an au plus. Le versement de ladite allocation, destinée à faciliter le traitement des personnes en difficulté, peut être demandé uniquement si un membre de la famille renonce temporairement ou en partie à exercer son activité. La renonciation en question doit être décidée pour prodiguer des soins aux membres de la famille non autonomes ou atteints d'une grave incapacité temporaire ou de troubles graves de l'enfance ou de l'adolescence ou toxicomanes et/ou dépendants invétérés de l'alcool, dont l'état est attesté par le service public compétent.

Ladite allocation est versée, au sens de la délibération portant dispositions d'application de la loi de 1998 en faveur de la famille, à hauteur de 80% des revenus mensuels non perçus, mais ne peut dépasser le montant mensuel de la pension sociale. L'aide économique en question est versée à la fin de chaque bimestre.

Peuvent bénéficier des aides en question les familles justifiant d'un revenu annuel brut global égal ou inférieur au double du revenu minimal. Les plafonds des revenus à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier des allocations en cause sont fixés sur la base du nombre de membres de la famille. À titre d'exemple, le plafond annuel brut global des revenus à ne pas dépasser pour l'octroi de l'allocation susdite est de 37 416 000 L pour une famille de trois personnes.

En 2001 deux subventions ont été accordées à des personnes en difficulté.

Les coupons service versés en 2001, au profit des personnes atteintes d'un grave handicap, attesté par un certificat médical, ou bien des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans déclarées non autonomes par l'Unité d'appréciation gériatrique, sont au nombre de 5.

Cette aide économique a également été introduite par la loi en faveur de la famille.

Le coupon annuel doit être utilisé par les tributaires pour bénéficier des services publics et/ou privés payants visant à améliorer la qualité de la vie des personnes non autonomes.

La valeur maximale dudit coupon, qui peut être cumulé avec d'autres formes d'aide économique ou d'assistance, est de 1 000 000 L.

Pour bénéficier de la subvention en cause, les revenus des ayants droit ne doivent pas dépasser les plafonds fixés par délibération du Gouvernement régional. Le montant de la subvention est établi en fonction du revenu global annuel et du nombre des membres de la famille. Le plafond des revenus ouvrant droit à la subvention est de 44 448 261 L.

La demande d'octroi de la subvention, présentée à la structure régionale compétente, doit indiquer également la somme nécessaire et les raisons des dépenses.

Pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, la Région verse des aides aux établissements publics et aux particuliers pour faciliter l'élimination des barrières architecturales.

La loi régionale n° 3 du 12 janvier 1999 (Dispositions destinées à favoriser la vie sociale des personnes handicapées) a abrogé les dispositions précédentes en la matière et a introduit une nouvelle réglementation, plus homogène, des actions visant à adapter et à rendre accessibles aux personnes handicapées les bâtiments publics et privés, ainsi que les lieux ouverts au public, et ce afin de favoriser la vie sociale de celles-ci et leur participation aux activités sociales. Le tableau suivant indique l'évolution des fonds destinés à favoriser la vie sociale et la participation aux activités sociales des personnes handicapées, de 1997 à 2002.

**Tableau 14. Fonds attribués au sens de la LR n° 42/1995, abrogée et remplacée par la LR n° 3 du 12 janvier 1999 portant dispositions destinées à favoriser la vie sociale des personnes handicapées.**  
(Les montants sont exprimés en lires également, pour faciliter la lecture du tableau).

	FONDS ATTRIBUÉS AUX AYANTS DROIT (PARTICULIERS ET ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS), AU SENS DE LA LR N° 42/1995 ABROGÉE ET REMPLACÉE PAR LA LR N° 3/1999	FONDS ATTRIBUÉS AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS, AU SENS DE LA LR N° 42/1995 ABROGÉE ET REMPLACÉE PAR LA LR N° 3/1999	FONDS ATTRIBUÉS À DES PARTICULIERS, DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS ET DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	
ANNÉE	Montants	Jusqu'au concurrence de	Montants	Montants
<b>1996</b>	254 001 870	90%	1 287 531 100	1 541 532 970
<b>1997</b>	778 382 900	100% * 93,24% **	4 257 243 000 3 000 000 000	
<b>1998</b>	1 048 472 490	90%	1 801 310 950	2 849 783 440
<b>1999</b>	535 429 630	78%	1 792 187 890	2 327 617 520
<b>2000</b>	1 765 515 200	70%	1 554 644 277	3 320 159 477
<b>2001</b>	1 274 797 160	80%	725 202 840	2 000 000 000
<b>2002</b>	1 594 703 626 (823 595,69 euros)	70%	403 139 759 (208 204,31 euros)	1 997 843 385 (1 031 800,00 euros)
<b>Total</b>	<b>7 251 302 876</b> (3 744 985,40 euros)		<b>14 821 259 816</b> (7 654 541,89 euros)	<b>22 072 562 692</b> (11 399 527,28 euros)

\* 1<sup>er</sup> plan extraordinaire \*\* 2<sup>e</sup> plan extraordinaire

Au cours des années les demandes présentées par des personnes handicapées qui, pour éviter l'accueil dans des établissements publics ou privés, ont demandé la mise aux normes de leur logement afin de poursuivre leur vie au sein de la famille, grâce aux actions complémentaires prévues par le réseau de services présents sur le territoire (aide à domicile, transports, etc.), ont augmenté considérablement.

L'accroissement du nombre de demandes de mise aux normes des structures présentées par les établissements privés (hôtels, restaurants, musées) a permis aux personnes handicapées de séjourner dans des lieux et d'atteindre et de visiter des endroits qui leur étaient inaccessibles auparavant, ce qui a amélioré leur vie sociale.

Des financements sont accordés aux Communes au titre de la réalisation de travaux d'élimination des barrières architecturales en faveur des personnes dont le handicap consiste en une infirmité et en une incapacité permanente dont découlent des difficultés objectives de mobilité et de participation à la vie sociale, attestées par les commissions médicales prévues à cet effet ou par un médecin de santé publique, ainsi que des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et des personnes appartenant aux catégories protégées suivantes : invalides du travail, invalides pour raisons de service, invalides de guerre, invalides civils de guerre. Lesdits financements sont octroyés également aux établissements privés et aux entreprises individuelles dont le siège social est situé en Vallée d'Aoste, ainsi qu'aux établissements publics.

Les subventions versées par l'Administration régionale sont destinées à compléter ou, compte tenu des longs délais de versement et des faibles montants des financements étatiques, à remplacer les fonds que l'État verse aux termes de la loi n° 13/1989 à toutes les Régions. Le tableau 15 présente une comparaison entre les fonds régionaux et les fonds étatiques.

**Tableau 15. Comparaison entre les fonds attribués aux termes de la loi régionale n° 42/1995, abrogée et remplacée par la loi régionale n° 3/1999, et les fonds attribués aux termes de la loi de l'État n° 13/1989.**  
(Les montants sont exprimés en lires également, pour faciliter la lecture du tableau).

ANNÉE	FONDS DONT LE VERSEMENT EST DEMANDÉ À LA RÉGION PAR LES COMMUNES ET QUI SONT RÉPARTIS ENTRE LES AYANTS DROIT (PARTICULIERS ET ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS)	FONDS LIQUIDÉS PAR LA RÉGION AUX PARTICULIERS ET AUX ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS, AUX TERMES DE LA LR N° 42/1995 ABROGÉE ET REMPLACÉE PAR LA LR N° 3/1999	FONDS DONT LE VERSEMENT AU PROFIT DES PARTICULIERS EST DEMANDÉ À L'ÉTAT, AUX TERMES DE LA LOI N° 13/1989	FONDS LIQUIDÉS PAR L'ÉTAT AUX TERMES DE LA LOI N° 13/1989
<b>1996</b>	254 001 870	254 001 870	75 943 000	42 689 000
<b>1997</b>	778 382 900	778 382 900	64 739 100	16 193 200
<b>1998</b>	1 048 472 490	1 048 472 490	108 792 129	14 033 300
<b>1999</b>	535 429 630	535 429 630	65 922 230	24 154 480
<b>2000</b>	1 765 515 200	1 765 515 200	61 282 125	24 335 800
<b>2001</b>	1 274 797 160	1 274 797 160	37 140 380	0
<b>2002</b>	1 594 703 626 (823 595,69 euros)	1 594 703.626 (823 595,69 euros)	16 125 080 (8 327,91 euros)	0
<b>TOTAUX</b>	<b>7 251 302 876</b> (3 744 985,40 euros)	<b>7 251 302 876</b> (3 744 985,40 euros)	<b>429 944 044</b> (222 047,57 euros)	<b>121 405 780</b> (62 700,85 euros)

La loi régionale accorde également des aides aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, contrairement à la loi de l'État, et ce, au titre des actions qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de financements au sens de la loi n° 13/1989, pour l'achat des équipements nécessaires afin d'adapter les véhicules automobiles, pour le paiement des intérêts sur les emprunts contractés en vue de l'achat de moyens de transport et pour l'achat d'un véhicule par des personnes handicapées qui ne sont pas titulaires d'un permis de conduire, jusqu'à concurrence de 15% de la dépense supportée.

Les autres destinataires des aides en question sont les établissements privés ouverts au public qui peuvent bénéficier de financements régionaux jusqu'au montant de 75% de la dépense maximale éligible.

Au cours des années allant de 1996 à 2002, 19 établissements publics (hôtels, bars, restaurants), 2 colonies de vacances, 1 camping, 1 salon de coiffure, 2 locaux accueillant des associations, 2 bâtiments ecclésiastiques, 1 musée local à FÉNIS et 1 maison de retraite à DONNAS ont été rendus accessibles aux handicapés.

Le projet « Per un mondo tuttotondo » comprend un plan d'interventions coordonnées pour l'accessibilité de l'environnement de la Vallée d'Aoste en collaboration avec le *Centro Studi Prisma* de BELLUNO. Ledit plan comprend trois secteurs :

- la formation et l'éducation des concepteurs ;
- l'information des populations ;
- la supervision et l'activité de conseil.

Au cours de l'an 2001 ont eu lieu des rencontres de formation et d'éducation à l'intention de 34 concepteurs libéraux, (architectes, ingénieurs, géomètres et médecins hygiénistes) qui ont suivi 84 heures de cours organisés sur trois niveaux pour une durée de 14 jours (du 23 mars au 16 juin).

Les places disponibles n'étaient que 34, alors que les demandes déposées ont été 90 environ, ce qui témoigne du besoin



d'information ressenti par les personnes chargées de la mise en œuvre des dispositions en matière d'accessibilité et d'élimination des barrières architecturales. Les professionnels concernés ont suivi ledit cours avec régularité, intérêt et enthousiasme, et les questionnaires remplis à l'issue de la formation en cause font état de la qualité et du haut niveau de celle-ci, qui a constitué un véritable enrichissement professionnel et une meilleure approche du problème de l'accessibilité.

À l'issue du cours susdit, il a été souligné la nécessité de former les techniciens communaux pour permettre une collaboration et un travail commun avec le même degré de préparation et la même sensibilisation au problème de l'accessibilité.

L'information et la sensibilisation des citoyens sur le problème de l'accessibilité et des personnes handicapées sont assurées par des actions destinées à l'école et à l'ensemble de la population.

Les actions à l'intention des écoles ont été conçues pour amener les élèves des institutions scolaires à adopter une attitude correcte vis-à-vis du handicap et des personnes handicapées. Dans ce but, des animations théâtrales destinées aux élèves des écoles maternelles et élémentaires et des séminaires théoriques et pratiques pour les élèves des écoles moyennes du deuxième degré sont prévus. Ce projet a vu la participation de 11 institutions scolaires, de 18 sections de l'école maternelle, de 12 classes de l'école élémentaire et d'une classe de troisième de l'école secondaire.

Quant aux actions destinées à l'ensemble de la population, il a été décidé de concevoir et de produire un spot de 30 secondes qui présente le projet global « Per un mondo tuttotoondo » avec l'objectif de sensibiliser le plus grand nombre possible de personnes, suivant les critères scientifiques de l'information intégrée.

La supervision a été assurée par des experts et des architectes du *Centro Studi Prisma* et a concerné les projets présentés au bureau de l'accessibilité. L'activité de conseil a comporté l'élaboration d'une nouvelle organisation du travail qui différencie les attributions et les responsabilités et propose d'adopter de nouvelles modalités pour la collecte, le contrôle et l'appréciation des projets en vue de la délivrance de l'attestation de conformité visée à la loi régionale n° 3/1999 en matière de barrières architecturales.

### **Les services pour les personnes handicapées et l'insertion professionnelle**

La Vallée d'Aoste dispose actuellement de deux types de services de jour à l'intention des personnes handicapées : les Centres d'éducation et d'assistance (CEA), autrefois Centres socio-éducatifs (CSE), et les structures éducatives de formation et d'orientation (SEFO).

Les SEFO sont situées dans certaines institutions scolaires et destinées aux élèves ayant terminé leur scolarité obligatoire, mais qui, sur la base d'un projet individuel conçu par l'équipe territorialement compétente, suivent une formation supplémentaire leur permettant d'augmenter leurs capacités et leurs compétences et de construire des parcours d'orientation. Suite à la nouvelle législation en matière de formation obligatoire, lesdites structures sont destinées à être supprimées. Jusqu'en 2001 les SEFO présentes sur le territoire étaient au nombre de 4 et accueillait 12 usagers ; à l'heure actuelle, il n'en existe plus qu'une dans une école moyenne du chef-lieu régional, avec 3 usagers.

Les CEA sont des structures œuvrant dans le domaine de l'aide sociale et sont destinées aux personnes majeures atteintes d'un handicap physique ou psychique. Actuellement, les CEA présents en Vallée d'Aoste sont au nombre de 4, ils sont situés le long de l'axe central de la vallée et accueillent 54 usagers.

Ces deux types de service mettent en œuvre des actions différentes en fonction des exigences des usagers concernés. Ils réalisent notamment des projets d'éducation territoriale ayant pour but d'augmenter l'autonomie sociale des personnes en cause et de faire intervenir les ressources territoriales dans ce processus.

Toutes les actions ont été organisées en fonction de l'objectif principal de l'insertion sociale et compte tenu du niveau de gravité et du type de handicap des personnes prises en charge, avec une attention constante aux besoins individuels.

En 1998, dans le cadre des CEA, une collecte des données relatives au travail du personnel a été mise en route dans le but de connaître d'une manière plus précise le type de fonctions exercées dans le cadre desdits services et leur répartition. Il ressort de l'analyse desdites données que l'organisation du travail est complexe et que le personnel éducateur doit assurer des fonctions d'assistance fort importantes. À l'automne de ladite année, il a donc été décidé de recruter, dans le cadre d'une expérimentation, des aides à domicile (ADEST), dont six ont été ensuite titularisées.

Ledit recrutement a permis :

- d'offrir aux usagers les plus graves une assistance appropriée, qui est indispensable aux fins de leur insertion dans les groupes d'appartenance et de leur participation aux initiatives que les services organisent en collaboration avec les ressources territoriales ;

- d'augmenter les activités et les actions d'éducation territoriale conçues et dirigées par des éducateurs professionnels ;
- de prendre en charge de nouveaux usagers grâce à la diversification de l'offre ;
- de rationaliser l'utilisation du personnel.

Les actions engagées dans le cadre scolaire par le personnel éducateur œuvrant au sein des SEFO font partie de la recherche d'intégration et de collaboration avec les autres acteurs, en l'occurrence avec les institutions scolaires. Les actions entreprises dans le domaine de l'emploi ont pour objectif de fournir aux usagers de nouveaux outils aux fins de la construction de parcours d'orientation.

Les initiatives organisées sur le territoire avec la collaboration des communes, des entreprises et des agences locales ont assuré la promotion d'une image positive des personnes handicapées et ont permis surtout d'établir des liens significatifs avec les communautés locales. Voici quelques exemples d'activités menées dans le cadre de cette collaboration :

- entretien et réaménagement des espaces verts ;
- organisation d'expositions/ateliers ;
- participation à des activités de recyclage du papier collecté dans certains centres de l'USL ;
- collaboration avec les services de restauration et les cantines scolaires.

La réorganisation des services en cause a permis d'atteindre un double objectif :

- réglementer les bonnes pratiques prises dans les services de jour relativement aux rapports avec les familles et les équipes, à l'organisation interne des structures et à la coordination des services. Ces aspects, afférents à l'organisation, ont été pris en compte au niveau administratif par la délibération du Gouvernement régional n° 3237 du 25 septembre 2000 (Fonctionnement des Centres socio-éducatifs pour personnes handicapées gérés par l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales de la Région autonome Vallée d'Aoste), dont l'annexe décrit et réglemente les opérations susmentionnées et la vente des produits ;
- faire connaître les capacités des usagers et les résultats obtenus par ces derniers, grâce à la vente des produits réalisés dans le cadre des ateliers. La vente des produits réalisés dans le cadre des ateliers des CEA et des SEFO a été réglementée et rendue possible sur accord de l'Assessorat des finances, en vertu notamment de l'art. 2 de la LR n° 27 du 21 août 2000 modifiant et complétant les mesures législatives ayant des retombées sur le budget et portant nouvelle définition des autorisations de dépenses au titre des années 2000, 2001 et 2002, ainsi que première rectification du budget prévisionnel 2000 et du budget pluriannuel 2000/2002. Aux termes dudit article, la vente au public des produits et la destination des recettes y afférentes à l'achat de matières premières sont autorisés.

La refonte de l'organisation a stimulé le personnel éducatif à réfléchir à la conception et à l'accomplissement des activités quotidiennes. La diversification, à partir des projets éducatifs des années 2000/2001, des groupes de travail des usagers en fonction de leur degré d'autonomie et de leurs potentialités, est le résultat de cette réflexion et vise à donner une réponse tant aux besoins en matière d'assistance qu'aux besoins en matière d'éducation.

Ce changement a engendré une plus grande attention à la définition des différentes initiatives à l'intention des usagers, conformément aux exigences de type éducatif et pédagogique mises en évidence dans le domaine de la formation.

Quant au travail avec les familles, en sus des entretiens individuels, des réunions et des occasions informelles de socialisation, des rencontres régulières entre les référents (choisis par les familles au sein de chaque service), les responsables de chaque service et les bureaux centraux du Service de l'aide sociale ont été organisées à partir de 2001.

Lesdites rencontres ont pour but :

- de rapprocher l'administration et les usagers, de leur permettre de se connaître et de donner une continuité au rapport ainsi instauré ;
- de favoriser les occasions, pour l'administration et les usagers, de travailler ensemble, afin d'encourager les familles à formuler des propositions.

Les échanges avec les familles favorisent la création de rapports de confiance et répondent indirectement à l'exigence d'apporter à celles-ci le soutien et l'accompagnement qui leur sont nécessaires, compte tenu de la complexité des situations aux-

quelles elles doivent faire face, tant du point de vue émotionnel et affectif que du point de vue pratique et de l'organisation (grâce entre autres à la collaboration d'autres opérateurs dans le cadre de la mise en place d'un réseau d'assistance).

Des actions de formation et de recyclage professionnel ont été constamment organisées afin d'améliorer la formation de base et d'assurer une mise à jour constante des connaissances des opérateurs concernés par le rapport d'assistance.

Il y a lieu de souligner, à cet égard, qu'une attention particulière a été consacrée à la différenciation entre les actions de formation destinées à chaque catégorie professionnelle et les actions destinées à l'ensemble d'un service, dont le but est de consolider la recherche d'objectifs communs.

Dans le but d'instaurer et de renforcer les rapports de collaboration, une attention particulière a été consacrée non seulement aux activités de routine qui caractérisent la programmation des services de jour (activités visant le maintien et l'amélioration des autonomies sociales, excursions, sorties sur le territoire, collaboration avec les écoles, les oratoires, les artisans, les petites entreprises, les Communes, les bibliothèques, etc.), mais également à la réalisation de journées d'étude et de colloques et à la participation à ceux-ci, aux contacts avec d'autres régions et avec les pays étrangers, aux séjours d'étude et aux stages, dans le cadre d'accords avec les universités. Il y a lieu notamment de citer :

- (1998) « *Durante l'adolescenza* », journée d'études organisée avec la collaboration de l'association *Girotondo* et ayant pour thème la sexualité des adolescents et des personnes handicapées ;
- (1999) « *Sono quindi suono* », journée d'études organisée avec la collaboration de l'association *Girotondo* et portant sur l'utilisation de la musique et de la musicothérapie, notamment pour ce qui est des parcours personnalisés des élèves handicapés ;
- (2000) « *E poi... percorsi integrati di orientamento per le persone disabili* », journée d'études organisée avec la collaboration de l'association *Girotondo* et de l'Assessorat de l'éducation et de la culture et ayant pour thème les possibilités d'insertion professionnelle des personnes handicapées sur le territoire valdôtain ;
- (2000) KARAWANE 2000, initiative organisée à l'échelon européen en vue de la promotion des personnes handicapées et de l'échange de données et d'expériences entre les institutions œuvrant dans ce secteur ;
- (2001) « *Tra Scuola e Lavoro. Percorsi misti integrati nel Progetto di vita delle persone disabili* », journée d'études organisée en collaboration avec l'association *Girotondo* et l'Assessorat de l'éducation et de la culture ;
- (2001) poursuite des échanges engagés dans le cadre de KARAWANE 2000 ;
- (2001) échange de visites avec des opérateurs et des élus provenant d'ALBERTVILLE (France) ;
- (2001) visite aux services pour personnes handicapées de SION (Suisse) et participation à l'initiative réalisée à l'intention de ces dernières dans le cadre de l'Espace Mont-Blanc ;
- (2001) visite aux ateliers de la ville de MODÈNE ;
- (2001) échange relative à la méthode de la globalité des langages avec un centre pour personnes handicapées de MAPPANO (Piémont).

La délibération du Gouvernement régional n° 2878 du 6 août 2002 (Approbation de la création d'un groupe de travail à l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales en vue de la mise en place d'un système intégré de services de jour en faveur des personnes souffrant d'infirmités psychiques et physiques) a marqué le début d'une réorganisation de l'offre générale de services à l'intention des handicapés existant actuellement dans notre région.

Parmi les services complémentaires à l'intention des personnes handicapées, un « Service d'accompagnement, d'insertion et d'assistance pour les handicapés » vient d'être créé qui est destiné aux personnes atteintes d'infirmités psychiques et physiques particulièrement graves visées à l'art. 3 de la loi n° 104/1992.

Le but de ce service est de fournir aux personnes handicapées un accompagnateur leur permettant de sortir de chez eux pendant certaines heures. Leur insertion sociale est ainsi facilitée et ils ont la possibilité d'assister à des événements culturels. Dans des cas exceptionnels, ce service d'accompagnement peut être assuré, pendant quelques heures, au domicile du handicapé, lorsque les membres de sa famille doivent s'absenter pour des raisons urgentes ou personnelles, pour des visites médicales ou pour d'autres raisons, et lorsque les services d'aide à domicile des collectivités locales ne sont pas en mesure de fournir l'assistance nécessaire.

Le service d'accompagnement a été institué en janvier 2000 et est cofinancé par l'État, suite à l'approbation, de la part du ministère compétent, d'un projet biennal présenté par la Région, au sens de la loi n° 162/1998.

Dans une première phase, ledit service n'était assuré que dans la haute vallée et à Aoste et ses environs et n'était destiné qu'aux usagers majeurs.

En 2001 le projet en question a été modifié en fonction des usagers et du territoire : il a en effet été décidé que les mineurs handicapés pourraient en bénéficier aussi et qu'il serait assuré également dans les vallées latérales et dans la basse vallée. Ce projet aurait normalement dû s'achever au mois d'avril 2001 mais, en raison des demandes présentées par les anciens et les nouveaux usagers et du degré de satisfaction des ceux-ci, il a été décidé de le proroger. Pendant ce temps là, le nombre d'heures d'accompagnement et le nombre d'usagers n'ont cessé d'augmenter : l'on est passé de 8 usagers en 2000 à 31 usagers au mois de juillet 2002 et de 480 heures en 2000 à 1 600 heures en 2001 ; pendant le premier semestre 2002, le nombre d'heures d'accompagnement fournies s'élevait déjà à 1 442. L'augmentation du nombre des demandes de fourniture dudit service présentées par les familles des jeunes handicapés, et notamment par les parents de mineurs, a confirmé l'utilité de cette initiative. Les demandes ont porté surtout sur les activités d'animation à la maison et de soutien à la socialisation avec des promenades, des visites des bibliothèques, des ludothèques et des expositions, ainsi que de grands magasins et de boutiques.

La commission d'évaluation et de contrôle des projets expérimentaux du Ministère du travail et des politiques sociales, après avoir examiné le rapport sur le service accompli au cours des années, a exprimé un avis favorable et le projet d'accompagnement, d'insertion et d'assistance pour les handicapés a été prorogé jusqu'à fin décembre 2003.

Les modalités opérationnelles relatives aux rapports avec la coopérative qui gère le service en cause sur la base d'une convention et avec les familles des usagers qui font appel audit service sont les suivantes :

- rencontre entre la famille qui manifeste ses exigences et le responsable de la coopérative, échange d'informations, sondage relatifs aux attentes de la famille, première définition des objectifs de l'intervention, établissement du calendrier des prestations ;
- recherche supplémentaire et plus exhaustive d'autres informations auprès des bureaux régionaux, des assistants sociaux et de l'équipe territoriale compétente et élaboration du projet individuel (motivation, objectifs et évaluation) ;
- sur la base des éléments obtenus, choix de l'opérateur auquel seront transmises toutes les informations ;
- rencontre entre l'opérateur chargé de l'assistance, la personne handicapée et la famille de cette dernière, fourniture des prestations, rédaction quotidienne d'un journal, communication constante entre l'opérateur en question et le responsable ;
- éventuelle rencontre, à mi-parcours, entre la famille, le responsable et l'opérateur ;
- rencontre finale d'évaluation entre l'équipe compétente, le responsable, l'opérateur et la famille de la personne handicapée.

Les activités sont conçues en fonction des objectifs et notamment des exigences et des caractéristiques de chaque usager. Lesdits objectifs peuvent être l'insertion sociale et la participation à des événements culturels – sans préjudice des prestations relevant de l'assistance – et peuvent comporter des éléments à caractère éducatif tels que :

- les promenades à pieds ou avec des moyens de transport dans les centres des agglomérations et aux alentours de celles-ci ;
- les sorties au cinéma, à la bibliothèque, à l'église, au théâtre ou à l'occasion de concerts, d'expositions et de foires ;
- l'organisation de fêtes et de rencontres avec des amis et des parents ;
- la visite des magasins, des marchés, etc. pour effectuer des achats ;
- l'écoute de musique et la lecture de journaux ;
- les jeux de table et les activités manuelles.

En cas d'assistance fournie au domicile de la personne handicapée, l'opérateur préposé à cet effet aidera notamment cette dernière dans les activités suivantes :

- l'hygiène personnelle ;
- l'alimentation ;

- la distraction, l'écoute et le dialogue.

L'Administration régionale organise également des activités de rééducation par l'équitation à l'intention des personnes handicapées.

Il s'agit là d'une activité qui vise à permettre aux personnes handicapées d'obtenir des bénéfices et des améliorations de leurs capacités latentes grâce au cheval. La rééducation par l'équitation doit être considérée comme une expérience corporelle et psychologique structurée qui permet à la personne handicapée d'acquérir une meilleure tonicité et un meilleur contrôle de la posture, importants du point de vue de la physiothérapie et, en même temps, de vivre une expérience émotionnelle enrichissante résultant du rapport entre l'homme et l'animal, avec tous les bénéfices qui en découlent du point de vue psychologique.

La rééducation par l'équitation a également une utilité thérapeutique pour ce qui est des aspects neurologiques, et notamment des paralysies cérébrales infantiles, car l'allure du cheval permet de réduire les déséquilibres du système tonique postural causés par la musculature endommagée par une symétrisation de l'axe corporel, au moyen d'une expérience agréable et stimulante.

Dans le domaine de la psychiatrie, un nombre important de travaux scientifiques ont démontré que la rééducation par l'équitation est utile pour favoriser non seulement la récupération des fonctions cognitives (relatives, par exemple, à l'organisation spatiale et à la latéralisation), mais également des expériences émotionnelles où le rapport avec le cheval et avec l'éducateur peut aider à contrôler des comportements agressifs ou à adopter une attitude plus ouverte, en cas de comportements psychotiques ou inhibés. Des résultats positifs ont également été obtenus chez les personnes aveugles et les personnes atteintes de sclérose en plaques en phase non aiguë.

L'activité en question est effectuée dans la commune de SAINT-CHRISTOPHE et est gérée, sur la base d'une convention, par des opérateurs experts de l'Association valdotaine de rééducation par l'équitation de Nus. Quant aux destinataires de cette activité, il s'agit de 34 personnes handicapés, mineurs et majeurs, qui ont été préalablement visités par un neuropsychiatre pour enfants et par un médecin de l'Agence USL, afin de vérifier qu'aucune contre-indication n'empêchait auxdites personnes de pratiquer l'activité en question. Les usagers du service en cause versent une cotisation annuelle pour la participation aux cours, qui comprend l'assurance et les droits d'inscription à l'association.

L'inscription doit être effectuée au siège de l'AVRES de NUS qui planifie, sur évaluation du médecin compétent, le nombre d'heures d'activité nécessaires pour chaque usager.

À l'issue de chaque intervention, un certificat atteste le niveau d'autonomie de chaque usager et les objectifs atteints.

L'engagement concret des usagers dans cette activité a permis à certains jeunes de participer aux championnats italiens absolus pour personnes handicapées et d'obtenir des résultats remarquables. L'un d'entre eux a notamment obtenu une place pour les championnats européens de 2002.

La Région a géré directement l'organisation des séjours d'été à la mer dans la structure de LIGNANO SABBIA D'ORO, au Frioul Vénétie Julienne, destinés aux personnes atteintes d'un handicap physique ou psychique, âgées de 18 à 55 ans et qui fréquentent ou non les centres socio-éducatifs.

Les objectifs du service en question sont les suivants :

- La récupération psychique et physique dans un milieu approprié et absolument tranquille, dans une structure accessible aux personnes handicapées et dotée de tous les comforts nécessaires ;
- L'insertion sociale de la personne handicapée dans différents domaines, afin de lui permettre de participer à des activités d'animation et de groupe et à des activités de loisirs et culturelles même en dehors de la structure d'accueil.

En général, chaque séjour a une durée 15 jours.

Les usagers sont tenus de verser une contribution dont le montant est fixé chaque année par la Région sur la base des revenus et des personnes à charge.

Des rencontres sont prévues afin de permettre aux opérateurs chargés de l'organisation du séjour, sur la base d'une convention, de connaître les usagers. L'assistance des personnes handicapées pendant le séjour est assurée par des personnels expérimentés.

L'Administration régionale se charge également de rédiger les rapports relatifs aux usagers, qui contiennent un résumé des activités que ces derniers peuvent exercer de manière autonome, de leurs habitudes et de leurs capacités relationnelles, ainsi qu'un certificat médical indiquant les traitements pharmacologiques dont ils ont besoin.

Les activités organisées ont pour but, dans un premier temps, de permettre à la personne chargée de l'assistance de connaître l'usager dont elle devra s'occuper et, dans un deuxième temps, d'encourager la socialisation entre les usagers et le déroulement des activités communes.

La journée type comprend plusieurs activités et initiatives qui se déroulent au sein de la structure et dans ses environs : sorties sur la plage, promenades en bateau, visites de parcs et de jardins zoologiques, balades en ville. Des soirées de divertissement et d'animation sont également au programme, qui permettent aux usagers d'écouter de la musique, de chanter, de participer à des jeux-concours dotés de prix et de voir des films.

À l'issue du séjour d'été à la mer des personnes handicapées, l'Administration régionale vérifie l'efficacité du service sur la base des éléments suivants :

- qualité de l'assistance fournie par les opérateurs aux personnes handicapées ;
- capacité d'insertion sociale des personnes handicapées compte tenu des exigences de chacune d'entre elles ;
- réponse aux besoins d'aide exprimés par les familles ;
- correspondance entre les attentes globales des familles et le service fourni ;
- qualité des services proposés par la structure (repas, hébergement).

Pour faciliter l'insertion dans le monde du travail des personnes handicapées, la Vallée d'Aoste, aux termes de la loi régionale n° 51/1981, accorde des subventions aux entreprises et aux coopératives pour encourager le recrutement de personnes handicapées dont le taux d'invalidité dépasse 67%. Les personnes recrutées par des coopératives d'aide sociale sont actuellement au nombre de 22.

De plus, au mois d'octobre 2001, un *centre d'activité agricole pour handicapés* a été mis en place en vue de l'insertion professionnelle de personnes atteintes d'un handicap psychique ou d'une maladie mentale. Au cours de sa première année d'activité, ledit centre a accueilli 12 personnes atteintes d'un handicap psychique.

En sus des facilités dans l'utilisation des transports en commun, les personnes handicapées peuvent bénéficier d'un *service de transport à la demande*. Dans la loi régionale n° 29 du 1<sup>er</sup> septembre 1997, portant dispositions en matière de services de transports publics réguliers, l'on entend par services de transport à la demande les services fournis en général sur réservation, au moyen de véhicules équipés, d'automobiles ordinaires ou de petits bus réservés uniquement aux personnes handicapées.

## LES MESURES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

La loi régionale en faveur de la famille compte, au nombre de ses objectifs, le soutien des familles se trouvant dans un état de pauvreté.

La volonté de lutter contre les causes d'ordre économique et/ou social qui entraînent les individus et les familles dans une situation de pauvreté et d'exclusion sociale a été réaffirmée dans le plan socio-sanitaire régional 2002/2004. L'un des objectifs transversaux de ce plan est en effet d'encourager l'autonomie des personnes qui se trouvent dans un état d'exclusion sociale, et ce, par l'octroi d'un minimum vital subordonné à l'élaboration d'un projet de réinsertion sociale.

Étant donné qu'aux fins de la conception et de la réalisation des mesures de politique sociale, il est important de connaître la situation sociale visée par lesdites mesures, le Gouvernement régional, par sa délibération n° 2318 du 24 juin 2002, a institué la Commission régionale sur l'état de pauvreté et l'exclusion sociale, chargée de l'analyse critique et de l'évaluation des formes et de l'impact des mesures régionales d'aide, ainsi que de la promotion de la recherche en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Font partie de cette commission – présidée par Mme Chiara SARACENO, présidente de la *Commissione nazionale di indagine sull'esclusione sociale* jusqu'en 2001 – les organismes du tiers secteur les plus actives en la matière, en reconnaissance du rôle capital que ce secteur joue dans le cadre des politiques sociales et de la famille.

En Vallée d'Aoste, il existe déjà des mesures d'aide économique en faveur des individus et des foyers qui se trouvent dans un état de pauvreté et d'exclusion sociale. Ces aides visent à éliminer les causes économiques susceptibles d'entraîner des situations de marginalisation dans les milieux de vie, d'étude et de travail.

L'Administration régionale est actuellement compétente en matière d'aide économique. La gestion directe de ces aides de la part de la Région a pour but de garantir une application uniforme des dispositions en la matière sur tout le territoire régional.

*Les mesures régionales d'aide économique* pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont réglementées par la loi régionale n° 19 du 27 mai 1994, portant dispositions en matière d'aide économique, qui définit les sujets pouvant demander les aides en cause et les conditions que ces derniers doivent remplir.

La résidence dans l'une des communes de la région est une condition qui doit être remplie pour bénéficier de tout type de prestation. La loi susmentionnée prévoit trois types d'aide :

- aides complétant le minimum vital ;
- aides à caractère extraordinaire ;
- aides destinées à des prestations sanitaires.

La loi établit quels sujets ont le droit de demander l'aide économique en cause, à savoir les citoyens italiens ou étrangers, les expatriés, les réfugiés et les rapatriés résidant dans l'une des communes de la Vallée d'Aoste. Peuvent également demander à bénéficier des aides en cause les citoyens italiens et étrangers qui demeurent temporairement dans une commune valdôtaine, à condition qu'ils se trouvent dans un état de besoin tel qu'il s'avère impossible de reporter l'adoption de mesures d'aide ou de faire appel aux services d'aide sociale de leur territoire d'appartenance.

Les demandes d'octroi des aides prévues par la loi régionale n° 19/1994 sont évaluées par une commission nommée par le Gouvernement régional et composée de deux fonctionnaires de l'assessorat compétent en matière d'aide économique et d'un représentant des collectivités locales.

La première prestation prévue et réglementée par la loi régionale en matière d'aide économique vise à *garantir le minimum vital*.

Ce type de prestation s'avère particulièrement important pour les individus et les familles résidant en Vallée d'Aoste, car il leur reconnaît le droit à un revenu au cas où ils se trouveraient dans une situation de grave difficulté économique.

À l'échelon national, le revenu minimum d'insertion a été introduit en 1998 uniquement à titre expérimental dans quelques communes italiennes, au nombre desquelles ne figure aucune commune valdôtaine.

Les plafonds de revenu fixés par le Gouvernement régional représentent la base à prendre en compte aux fins de l'accès à certains services d'aide sociale.

Le revenu et le nombre des membres du foyer représentent les principaux indicateurs pour l'accès à la prestation susdite.

Les aides régionales visant à garantir le minimum vital s'adressent tant aux personnes qu'aux foyers dépourvus de revenu ou qui ne disposent pas de ressources financières suffisantes à leur garantir la satisfaction des besoins fondamentaux. Pour accéder aux aides en cause, les sujets et les foyers intéressés doivent avoir un revenu annuel global brut inférieur au plafond établi chaque année par le Gouvernement régional. Le montant mensuel considéré comme nécessaire à assurer le minimum vital est différencié en fonction des conditions de logement de la personne ou du foyer concerné.

En 2001<sup>7</sup>, le montant mensuel a été fixé à 439 570 L, si le bénéficiaire est propriétaire de son logement, et à 732 420 L, si le logement est en location.

Chaque membre du foyer bénéficie de l'aide en cause à raison d'un certain pourcentage : la personne qui vit seule a droit à un montant équivalant à 120 p. 100 du minimum vital (527 420 L s'il est propriétaire du logement et 1 002 540 L en cas de location) ; le chef de famille a droit à 100 p. 100 de l'aide, le deuxième membre du foyer à 75 p. 100, le troisième et le quatrième à 50 p. 100. et les membres au-delà du quatrième à 20 p. 100 de l'aide.

Au sens de la réglementation régionale, sont exclus des aides économiques visant à garantir le minimum vital les sujets accueillis dans une maison de retraite ou dans une microcommunauté, car ils bénéficient déjà d'une aide sous forme de services et d'accueil, ainsi que les personnes seules et les foyers, au cas où des il existerait des personnes tenues de leur verser une pension alimentaire ou en mesure de pourvoir à leur subsistance au sens des art. 433 et suivants du code civil.

L'aide régionale correspond à la différence entre le minimum vital, dont le montant est rajusté chaque année, et le revenu annuel brut du foyer demandeur.

La loi régionale n° 19/1994 prévoit également une aide économique destinée aux personnes seules et/ou aux foyers qui se trouvent à devoir faire face à des *situations extraordinaires et occasionnelles de difficulté grave*.

Aux fins de l'octroi de ce type d'aide, il est tenu compte non seulement du revenu, qui peut même dépasser le minimum vital, mais également de l'état psychophysique, du milieu et des conditions d'ordre social et familial des destinataires des aides. L'état de besoin doit être attesté par un rapport du Service régional d'aide sociale.

Une aide économique est par ailleurs prévue pour les *dépenses de santé* que l'Administration régionale rembourse jusqu'à concurrence de 80 p. 100 maximum.

Pour bénéficier de ce type d'aide, les personnes seules ou les foyers doivent subir des traitements exceptionnels pour des maladies d'une gravité extrême. Les traitements qui ne sont pas scientifiquement reconnus et les prestations fournies, à quelque titre que ce soit, par le Service sanitaire régional n'ouvrent pas droit aux aides en question. La commission chargée d'examiner les demandes d'aide fixe le montant de celle-ci compte tenu, entre autres, de la situation économique du demandeur.

En 2001, 608 demandes d'aide ont été accueillies, pour un engagement de dépenses global de 700 899 710 L.

Bien que les prestations d'aide économique réglementées par la loi régionale n° 19/1994 aient un caractère d'aides universelles, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à toutes les personnes seules et/ou à tous les foyers résidant en Vallée d'Aoste, l'attention que la Région accorde à la protection et au soutien des mineurs et notamment à la prévention des situations de malaise dans lesquelles peuvent se trouver les moins de 18 ans et à l'élimination de ces situations, a comporté le maintien de l'art. 8 de la loi régionale n° 17/1984, qui prévoit la fourniture d'*aides économiques extraordinaires en faveur des foyers avec des enfants mineurs*.

Ces aides extraordinaires peuvent être annuelles ou accordées à titre extraordinaire. La situation de difficulté doit résulter des pièces attestant la situation économique du foyer et d'un rapport du Service régional d'aide sociale attestant les conditions psychophysiques et les conditions d'ordre social et familial dans lesquelles le mineur concerné se trouve. L'aide est accordée par un acte du dirigeant compétent.

En 2001, les mineurs qui ont bénéficié d'aides économiques extraordinaires ont été au nombre de 32, pour un montant de 71 079 060 L.

#### **Les données relatives à la pauvreté et à l'exclusion sociale en Vallée d'Aoste.**

Dans le but de faire le point sur le niveau de pauvreté et d'exclusion sociale en Vallée d'Aoste et de permettre un suivi des politiques sociales en la matière, le Gouvernement régional, par sa délibération n° 2317 du 24 juin 2002, a décidé la mise en place d'un fichier informatisé des aides.

À l'heure actuelle, l'on dispose de quelques données fournies par la *Caritas Diocesana*, par le *Banco Alimentare della Valle d'Aosta* et par le centre communal d'assistance nocturne. Par ailleurs, il y a lieu de rappeler qu'une commission ad hoc a été créée, qui est chargée de broser un tableau plus exhaustif de la diffusion de ces phénomènes dans notre région et d'exprimer des évaluations et des avis à caractère scientifique.

L'Observatoire permanent des ressources et de la pauvreté de la *Caritas Diocesana* a mené une enquête au sein des paroisses du diocèse d'AOSTE intitulée « *Lo sguardo della Diocesi sui poveri* », dans le but de broser un tableau de la perception de la pauvreté et des ressources dont les paroisses disposent pour ce type de besoins. Les résultats contenus dans le rapport synthétique de l'enquête ne fournissent pas un tableau statistique et sociologique de la diffusion de la pauvreté en Vallée d'Aoste, car l'objectivité fait défaut dans les instruments et les indicateurs utilisés ; cependant, ils sont utiles aux fins d'une première représentation de la perception qu'ont les paroisses valdôtaines du phénomène de la pauvreté.

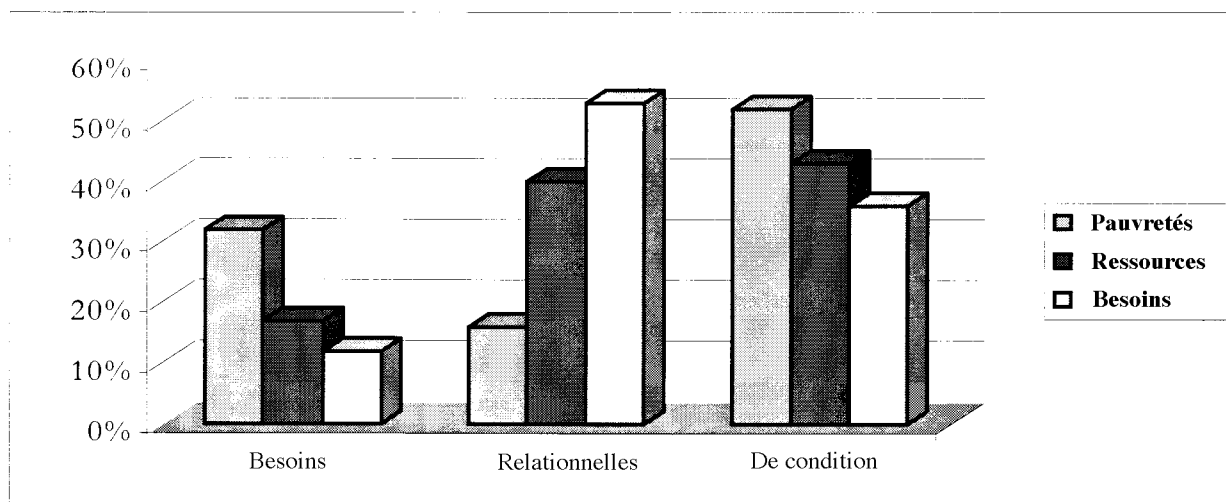
D'après la communauté diocésaine valdôtaine, les pauvretés liées aux difficultés familiales – surtout lorsque les couples sont en crise – représentent les formes de pauvreté les plus problématiques et les plus intenses.

Viennent ensuite les pauvretés liées à la dépendance de la drogue et surtout de l'alcool, ainsi qu'aux dépendances dues aux séquelles des maladies.

Afin de synthétiser les informations tirées des questionnaires, l'Observatoire permanent des ressources et de la pauvreté a agrégé les réponses qui ont la même signification en prenant en compte 3 niveaux d'analyse<sup>8</sup> relatifs aux pauvretés, aux ressources et aux besoins détectés par les paroisses. Le tableau ci-après résume les résultats obtenus :



**Graphique 3 : Comparaison pauvretés – ressources – besoins**



*Observatoire permanent des ressources et de la pauvreté, « Lo sguardo della diocesi sui poveri », 2002.*

Il ressort de l'enquête susmentionnée que le niveau relationnel s'avère le plus problématique, car il est caractérisé par un plus grand nombre de besoins insatisfaits, malgré la bonne réponse des ressources disponibles ; il est donc important de tenir compte de ce résultat, car les pauvretés relationnelles semblent se concentrer dans le milieu de la famille (séparations, conflits et crises, rôles parentaux anormaux ...).

Enfin, il faut souligner que les pauvretés de condition l'emportent sur les autres types de pauvreté. Comme l'expliquent les auteurs du rapport, les pauvretés liées au secteur familial se classent au premier rang pour leur intensité, alors que les pauvretés de condition sont supérieures du point de vue quantitatif aux autres types de pauvreté identifiés par les paroisses.

D'autres renseignements contenus dans le rapport de la *Caritas* s'avèrent particulièrement intéressants pour comprendre le phénomène de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Vallée d'Aoste : il s'agit des données relatives à l'activité du service « *Tavola Amica* » au cours de la période allant du 12 juin 2000 au 31 août 2001. D'après ces données, les 67 p. 100 des 282 usagers de ce service pendant la période susdite étaient étrangers, les 55 p. 100 des 93 usagers italiens provenaient d'autres régions et les 45 p. 100 de communes valdôtaines.

L'analyse des informations sur la distribution des tickets repas entraîne une considération intéressante : plus de 80 p. 100 des tickets repas fournis par la *Caritas* et par la Commune d'AOSTE sont utilisés par des italiens. La plus grande assiduité des italiens à ce service apparaît évidente lorsque l'on considère le nombre moyen de tickets repas utilisés par les usagers au cours de l'année de référence : 61 tickets en moyenne ont été utilisés par les italiens et 5 par les étrangers. Les étrangers n'ont donc pas utilisé tous les tickets (12) auxquels ils ont droit au sens de l'art. 3 du règlement de la Commune d'AOSTE relatif à la fourniture des prestations d'aide sociale urgentes et immédiates. « *Tavola Amica* » est donc fréquentée par un plus grand nombre d'étrangers, mais à titre occasionnel, mais ce sont les résidents en Vallée d'Aoste et notamment dans la commune d'AOSTE qui prennent le plus souvent leurs repas dans le cadre de ce service.

La comparaison entre les données résultant du rapport de la *Caritas Diocesana* et celles fournies par la Banque alimentaire de la Vallée d'Aoste, dans le cadre des travaux de la Commission régionale sur l'état de pauvreté et d'exclusion sociale, confirme substantiellement cette situation. La Banque Alimentaire distribue des produits alimentaires aux personnes et aux foyers démunis. Comme pour le service « *Tavola Amica* », les usagers italiens qui sont assistés d'une manière continue (en moyenne tous les quinze jours) sont les plus nombreux. En effet, au nombre des 294 usagers assistés à titre continu au mois de septembre 2002, l'on ne compte que 49 étrangers.

Le nombre des mineurs qui bénéficient des produits alimentaires distribués par la Banque alimentaire et qui se trouvent donc dans un état de pauvreté est élevé, à savoir 84, dont 47 en âge préscolaire et 37 en âge scolaire. En revanche, les personnes âgées qui ont recours à ce type d'aide sont peu nombreuses (12), du fait peut-être de la diffusion sur tout le territoire régional du service de portage des repas à domicile, fourni dans le cadre plus ample du service d'aide à domicile en faveur des personnes âgées.

Il ressort desdites données – qui ne sont pas exhaustives et qui ont été indiquées dans ce rapport uniquement dans le but de fournir une première idée du phénomène de la pauvreté en Vallée d'Aoste – que, dans notre région, les personnes qui s'adres-

sent aux services d'aide sociale pour satisfaire à leurs besoins alimentaires sont nombreuses et qu'il s'agit pour la plupart d'Italiens.

Pour ce qui est des données relatives au dortoir commun au cours de la période 1999/2001 fournies par la Commune d'Aoste et par une coopérative d'aide sociale, il y a lieu de préciser que le centre dispose de 14 lits et que chaque usager peut bénéficier du lit pendant 7 nuits ; un report dudit délai est possible dans des cas particuliers jusqu'à 38 nuits (180 nuits et plus pour les Italiens). Il ressort du suivi du service en cause une diminution moyenne de l'utilisation annuelle des lits disponibles, à savoir de 10,1 en 1999 à 8,8 en 2001. Le plus grand nombre de présences est enregistré pendant les mois de mars, avril, mai et octobre, alors qu'en juillet et en août le recours à ce service est moins fréquent. Les opérateurs du secteur expliquent cette diminution par le fait qu'en été les possibilités d'emploi dans notre région sont plus nombreuses et que très souvent les travailleurs sont hébergés par leurs employeurs ; les personnes provenant de zones hors de la région bénéficient donc davantage du service d'accueil nocturne au printemps, lorsqu'ils sont à la recherche d'un emploi.

La plupart des usagers dudit service sont des étrangers (79,8 p. 100, contre 20,2 p. 100 d'Italiens). La moyenne des nuitées est de 12,5, mais les Italiens ont recours au centre 17,8 fois en moyenne alors que les étrangers 11,2 fois seulement.

En général, ce sont les étrangers qui bénéficient de ce service pendant la semaine prévue et le mois supplémentaire (38 nuits) et, en général, pendant une période moyenne ou longue, alors que les Italiens, bien que peu nombreux, l'utilisent pendant de périodes très longues.

### **Les mesures en faveur des extracommunautaires**

La loi régionale n° 51/1995 prévoit l'octroi de crédits destinés à la réalisation de mesures en faveur des étrangers extracommunautaires présents sur le territoire régional.

Au cours de 2001, une somme de 417 000 000 L a été engagée à cet effet, dont 302 849 260 L provenant de fonds de l'État et 114 150 740 L de fonds régionaux. Lesdits fonds, versés à la Commune d'AOSTE – dont relèvent les compétences en matière de réalisation et de gestion des politiques en faveur des citoyens extracommunautaires dans la région – sont utilisés pour le fonctionnement du Centre communal pour les immigrés extracommunautaires (ci-après dénommé CCIE), géré par une coopérative d'aide sociale.

Ce centre joue un rôle important de soutien des étrangers grâce à des prestations d'aide sociale proprement dites et, d'une manière plus significative, d'aide dans le cadre des parcours d'insertion sociale et professionnelle. Le CCIE offre aux immigrés des occasions de socialisation et de rencontre et collabore avec différents établissements publics et privés, ainsi qu'avec des particuliers.

Au cours de 2001, 1 120 citoyens étrangers se sont adressés au CCIE, dont 256 pour la première fois, alors que les 864 restants connaissaient déjà ce service. Les requêtes de ces étrangers peuvent être classées en deux typologies : les requêtes d'aide proprement dite et les requêtes, plus nombreuses, de soutien dans le cadre de parcours d'insertion déjà mis en route.

Étant donné que le phénomène de l'immigration dans notre région a pris, au cours des dernières années, de nouvelles connotations (la phase de l'urgence, pendant laquelle il fallait répondre aux besoins primaires d'accueil des étrangers, est terminée), il s'est avéré nécessaire de travailler davantage sur les aspects liés à l'insertion sociale. Pour cette raison, l'Administration régionale a surtout misé sur la médiation interculturelle, considérée comme une activité susceptible de faciliter l'intégration des étrangers dans la réalité locale, à partir des enfants et de leurs familles.

La délibération du Gouvernement régional n° 1161 du 12 avril 1999, portant approbation du plan régional d'application de la loi n° 285 du 28 août 1997 (Dispositions pour la promotion des droits et des opportunités des enfants et des adolescents), prévoit, parmi les quatre projets d'intérêt régional, le projet « Mesures en faveur des mineurs étrangers aux fins de l'intégration interculturelle ». Ce projet, ci-après dénommé « Cavanh » (DGR n° 1200 du 17 avril 2000) s'est concrétisé, grâce à un financement du Fonds social européen, dans la réalisation d'un cours de formation pour médiateurs interculturels d'une durée globale de 450 heures, à l'intention de 15 étrangers. Ce même projet a par ailleurs permis d'expérimenter l'utilisation de ces professionnels à l'échelon régional, c'est-à-dire dans les écoles, les services socio-sanitaires et socio-éducatifs, ainsi que dans le secteur de la formation professionnelle.

Vu le résultat positif de l'expérimentation relative à l'activité des médiateurs, le Gouvernement régional, par sa délibération n° 483 du 12 février 2002, a approuvé un accord de collaboration signé par l'Assessorat régional de la santé, du bien-être et des politiques sociales, l'Assessorat régional de l'éducation et de la culture, l'Agence USL, le CELVA, la Commune d'AOSTE, l'IRRE et le consortium des coopératives d'aide sociale Trait d'union, visant à la réalisation du projet « Cavanh – Phase 2 ».

Cet accord, en continuité avec le projet Cavanh, confirme un groupe interinstitutionnel chargé de coordonner les activités de suivi, de consolidation, d'information et de formation liées à la médiation interculturelle en Vallée d'Aoste.

La Vallée d'Aoste a par ailleurs signé avec le Ministère du travail et des politiques sociales un accord de programme, approuvé par le Gouvernement régional par sa délibération n° 221 du 28 janvier 2002, en matière de politiques de la migration. Suite à cet accord, ledit Ministère a accordé un financement de 36 345,28 euros qui a été destiné, d'un commun accord, au secteur d'activité de la médiation interculturelle. Les entreprises privées, les établissements publics et organismes du tiers secteur auront à leur disposition des *vouchers* pour des projets prévoyant le recours à des médiateurs interculturels.

Pour réglementer ce secteur, le Gouvernement régional a approuvé une directive sur les activités de médiation interculturelle (DGR n° 2671 du 22 juillet 2002) portant définition du profil professionnel du médiateur, les conditions qu'il doit réunir en matière de formation, les modalités organisationnelles et les coûts standard des services de médiation. Cette même directive a par ailleurs créé, à des fins d'information, une liste ouverte des médiateurs interculturels œuvrant en Vallée d'Aoste, gérée par le Service de l'organisation et de la gestion des activités d'aide sociale de la Direction des politiques sociales, service qui est compétent en matière de politiques de la migration.

## LE SOUTIEN DU TRAVAIL MÉNAGER

Dans la loi régionale portant initiatives au profit de la famille, la Région reconnaît l'importance du travail ménager.

La loi susmentionnée définit ce dernier comme travail non rémunéré relevant de la responsabilité de la famille, effectué au sein de celle-ci aux fins de l'organisation de la vie familiale, de la croissance et de l'éducation des enfants et des mineurs présents au sein de la famille ou de la prise en charge et du soutien des membres de la famille non autonomes.

La Région Vallée d'Aoste reconnaît le travail ménager en tant qu'activité nécessaire au bien-être de la famille et s'engage à protéger ceux qui exercent l'activité ménagère directement et exclusivement ; il a donc été établi que pour être protégée, cette activité doit être incompatible avec toute autre activité salariée, autonome ou professionnelle, et être exercée par un seul membre de la famille.

À cette fin, la Région a créé le Registre régional des femmes au foyer.

Peuvent s'inscrire audit registre les personnes qui justifient des conditions fixées par la loi régionale. Elles doivent résider en Vallée d'Aoste depuis au moins trois ans ou bien être mariées ou vivre maritalement depuis au moins un an avec une personne répondant à ladite condition. Elles doivent être âgées de plus de 18 ans et ne pas bénéficier d'une couverture sociale inhérente à une activité professionnelle, ni d'une pension de retraite directe ou indirecte. Elles doivent par ailleurs exercer l'activité ménagère au sein de leur famille depuis au moins un an.

À la fin de 2001, les personnes immatriculées au registre régional des femmes au foyer étaient au nombre de 1 481.

La Région verse aux personnes immatriculées au registre susmentionné une indemnité en cas d'accident domestique ou d'hospitalisation.

En cas d'accident domestique, l'indemnité journalière était fixée à 35 000 L (elle a été augmentée à 18,98 euros en 2002). La demande y afférente doit être adressée au service compétent dans les 10 jours qui suivent l'accident et, pour ouvrir droit à l'indemnité, l'accident doit avoir causé l'incapacité temporaire absolue de la personne concernée, incapacité qui doit être attestée par un médecin. L'indemnité est liquidée en un seul versement, au titre d'une période qui ne saurait dépasser les six mois.

Pour bénéficier de l'indemnité d'hospitalisation, les intéressés doivent présenter leur demande dans les six mois qui suivent leur sortie de l'hôpital. Ladite indemnité est versée selon le montant prévu par le premier alinéa de l'art. 213 du DPR n° 1124 du 30 juin 1965, montant qui est actualisé tous les trois ans, comme le prévoit l'art. 234 dudit DPR. En cas d'hospitalisations de plus de 90 jours, même non continus, le montant de l'indemnité est augmenté au sens du deuxième alinéa du DPR n° 1124. L'indemnité en cause est versée au titre d'une période ne dépassant pas six mois au cours d'une année solaire. En cas de décès, si l'intéressé avait présenté dans les délais une demande régulière, l'indemnité est versée aux héritiers.

En 2001, la Région a versé 5 indemnités pour accident domestique et 24 indemnités d'hospitalisation, pour un engagement de dépenses de 33 541 070 L.

Depuis 1999, l'État a institué, auprès de l'INAIL (loi n° 493 du 3 décembre 1999, portant dispositions en matière de protection de la santé dans les habitations et création de l'assurance contre les accidents domestiques) l'assurance obligatoire pour la protection contre les risques d'incapacité permanente due à des accidents domestiques.

Sont tenues de s'assurer les personnes âgées de 18 à 65 ans qui exercent à titre exclusif le travail ménager. En cas d'accident domestique comportant une incapacité de travail permanente non inférieure à 33 p. 100, l'assuré perçoit une rente pour incapacité permanente, non soumise aux retenues fiscales. La prime de cette assurance obligatoire s'élève à 12,91 euros par an et

est à la charge de l'État si l'intéressé a un revenu personnel brut inférieur à 4 648,1 euros par an ou s'il fait partie d'un foyer dont le revenu global brut annuel est inférieur à 9 296,2 euros.

En Vallée d'Aoste les personnes immatriculées au registre régional qui en font la demande, ont le droit d'accéder aux fonds de pension prévus par la loi régionale n° 22 du 26 juin 1997, portant mesures visant à promouvoir et à soutenir les fonds de pension régionale complémentaire, bien que ces fonds n'aient pas encore été activés.

En 1997, il a été créé, à l'échelon national et auprès de l'INPS, le Fonds de prévoyance pour les personnes qui exercent des activités non rétribuées dérivant des responsabilités familiales (DL n° 565 du 16 septembre 1996). Peuvent adhérer à ce fonds national tous ceux qui exercent, sans liens de subordination, un travail non rétribué dérivant des responsabilités familiales. Le travail ménager doit être exercé à titre exclusif. Ont également vocation à adhérer audit fonds les personnes qui bénéficient d'une pension de réversibilité.

Les personnes qui adhèrent au fonds national peuvent choisir la cotisation qu'elles entendent verser, qui ne doit toutefois pas être inférieure à 25,82 euros. Les adhérents au fonds ont droit à la pension de vieillesse et d'invalidité. La pension de vieillesse peut être versée lorsque l'intéressé atteint l'âge de 57 ans, à condition qu'il ait cotisé pendant cinq ans et qu'il ait atteint un niveau minimum correspondant au montant de la pension minimale ; si l'intéressé ne réunit pas ces conditions, il ne pourra bénéficier de la pension de vieillesse que lorsqu'il aura atteint 65 ans. Les personnes qui se trouvent dans l'incapacité absolue d'exercer une activité professionnelle quelconque peuvent bénéficier de la pension d'invalidité s'ils ont cotisé pendant cinq ans.

## **LES AIDES POUR L'ACCÈS AU LOGEMENT**

### **Les emprunts régionaux destinés à l'achat de la résidence principale**

La loi régionale n° 76 du 28 décembre 1984 (Création de fonds de roulement pour la reprise de l'industrie du bâtiment) autorise la création d'un fonds régional pour la promotion d'initiatives visant à favoriser la reprise de l'industrie du bâtiment au moyen de l'octroi d'emprunts.

Le Gouvernement régional approuve périodiquement des règlements qui établissent les critères et les modalités d'application de ladite loi. Le règlement n° 1 du 27 mai 2002 fixe les conditions d'accès et les modalités d'octroi d'emprunts régionaux à taux avantageux en faveur des personnes physiques.

Dans ledit règlement, le Gouvernement régional établit que les emprunts régionaux sont accordés pour l'achat, la construction et la remise en état, avec un éventuel agrandissement, d'immeubles destinés à accueillir la résidence principale du demandeur et de son foyer. Pour bénéficier des emprunts régionaux, les logements ne doivent pas dépasser les 120 m<sup>2</sup>, déduction faite des locaux accessoires non destinés à l'habitation. Si le foyer est composé de plus de quatre personnes, ledit plafond est élevé de 15 m<sup>2</sup> pour chaque membre du foyer au-delà du quatrième.

Ont vocation à demander le financement régional les personnes seules et les foyers. Dans ce dernier cas, le montant maximum des emprunts est plus élevé.

Au sens de l'art. 3 du règlement approuvé en 2002, le foyer conventionnel du demandeur se compose de tous les sujets qui figurent sur la fiche d'état civil de ce dernier à la date de présentation de la demande d'emprunt, même s'ils n'ont aucun lien de parenté.

Jusqu'en 2001, faisaient partie du foyer du demandeur le conjoint et, s'ils figuraient sur la fiche d'état civil, les enfants. Le nouveau règlement relatif à l'octroi des emprunts régionaux contient une définition de foyer moins stricte par rapport à la précédente, soit une définition analogue à celle contenue dans la loi régionale n° 44/1998.

Pour obtenir les emprunts, les demandeurs doivent être majeurs mais âgés de moins de soixante-cinq ans.

Par ailleurs, le règlement approuvé en 2002 augmente le montant des emprunts accordés par l'Administration régionale : pour l'achat ou la construction de la résidence principale, la Région Vallée d'Aoste accorde un financement maximum de 57 000,00 euros aux personnes seules (100 000 000 L maximum auparavant) et de 68 000,00 euros pour les foyers (120 000 000 L auparavant). Pour la remise en état des immeubles à usage d'habitation, le financement ce chiffre à 63 000,00 euros en faveur des personnes seules (110 000 000 L auparavant) et à 74 000,00 euros en faveur des foyers (130 000 000 L auparavant).

Les demandeurs doivent être des citoyens italiens ou ressortissant d'un autre État de l'Union européenne et résider depuis 5 ans au moins, même non consécutifs, dans une ou plusieurs communes de la Vallée d'Aoste. Les citoyens extracommunau-

taires ont le droit de bénéficier des emprunts pour l'achat de leur résidence principale uniquement s'il existe des conditions de réciprocité dans des conventions ou des traités internationaux.

Le règlement fixe les plafonds de revenu permettant l'accès aux financements régionaux. Les emprunts sont accordés aux demandeurs qui disposent d'un revenu personnel annuel non inférieur à 5 000,00 euros. En tout état de cause, le revenu imposable du foyer du demandeur ne doit pas être inférieur à 10 000,00 euros ni dépasser, compte tenu des réductions prévues, 34 000,00 euros. Une somme de 1 700,00 euros est déduite du revenu du foyer pour chaque membre à la charge du demandeur et les revenus découlant d'un travail salarié sont pris en compte à raison de 60 p. 100.

Le revenu du foyer ne représente pas uniquement le critère objectif permettant de bénéficier de l'emprunt, mais également la base sur laquelle est calculé le taux d'intérêt, qui varie de 30% du taux de référence fixé pour le secteur du crédit foncier pour le bâtiment au titre des revenus les plus faibles, à 70% dudit taux, au titre des revenus les plus élevés.

L'examen des demandes et la rédaction des classements sont effectués par une commission créée à cet effet. Les classements sont établis d'après les points attribués sur la base des caractéristiques des demandeurs et de leurs foyers. La priorité est donnée aux familles nombreuses, aux personnes soumises à une mesure d'expulsion de leur logement, ainsi qu'aux personnes qui entendent acheter l'habitation qu'elles louent. Le nouveau règlement a introduit l'attribution d'un grand nombre de points aux couples qui se sont mariés dans les deux ans qui précèdent la présentation de la demande d'emprunt. Cette mesure visant à aider les jeunes couples à acheter leur résidence principale est conforme aux objectifs de la loi régionale en faveur de la famille, au nombre desquels figure expressément l'encouragement de la part de l'Administration régionale à la formation de nouveaux foyers.

En moyenne, l'Administration régionale destine chaque année 30 000 000 000 L aux emprunts. En 2001, l'engagement de dépenses s'est élevé audit montant. Le nombre de demandes d'emprunt pour l'achat de la résidence principale n'a cessé d'augmenter au cours des cinq dernières années (de 700 en 1995 à plus de 1 100 en 2000). Les demandes accueillies chaque année en fonction des crédits destinés par la Région à cet effet sont, en moyenne 290.

Les 80 p. 100 des demandes concernent l'achat d'un logement, les 12 p. 100 la remise en état et les 8 p. 100 restants la construction.

L'Administration régionale octroi également des emprunts pour la construction des résidences principales à des sociétés coopératives de construction. Depuis 1995, les financements régionaux destinés à l'octroi d'emprunts se sont chiffrés à 6 800 000 000 L, en vue de la construction de 68 logements.

### **Les logements sociaux**

Il existe sur le territoire régional 1 716 logements sociaux, dont 1 395 situés dans la commune d'AOSTE. La plupart de ces logements appartiennent à l'Agence régionale pour le logement (créée par la loi régionale n° 30 du 9 septembre 1999), certains sont propriété des Communes et, pour une moindre partie, de l'Administration régionale.

La loi régionale n° 39 du 4 septembre 1995 (telle qu'elle a été modifiée par la loi régionale n° 35 du 26 mai 1998) régit l'attribution et la gestion des logements sociaux, ainsi que la détermination des loyers y afférents. L'attribution des logements en cause est effectuée sur concours lancé par les établissements publics.

Ont vocation à demander l'attribution d'un logement social les citoyens italiens ou ressortissant d'un autre État membre de l'Union européenne, ainsi que les citoyens extracommunautaires, à condition qu'ils soient inscrits sur les listes des bureaux régionaux de l'emploi ou bien exercent une activité professionnelle autorisée.

Tous ceux qui entendent bénéficier d'un logement social doivent résider ou exercer leur activité à titre principal depuis au moins deux ans sans interruption dans la commune ou sur le territoire de l'une des communes concernées par l'avis de concours.

Les personnes qui résident en Vallée d'Aoste depuis au moins 5 ans peuvent demander l'attribution d'un logement social à condition qu'elles exercent, d'une manière stable, une activité professionnelle dans la commune ou sur le territoire de l'une des communes concernées par l'avis de concours. Pour pouvoir participer audit concours, les demandeurs ne doivent bénéficier d'aucun droit de propriété, d'usufruit, d'utilisation ou d'habitation.

Pour avoir droit à un logement social, le revenu annuel global du foyer des demandeurs ne doit pas dépasser les plafonds fixés par l'Administration régionale. Ces plafonds varient, en fonction de la composition du foyer, de 21 903 000 L pour les foyers composés de deux membres maximum à 35 407 000 L pour les foyers composés de cinq membres ou plus (DGR n° 4339 du 19 novembre 2001). Les revenus dérivant du travail salarié sont pris en compte à hauteur de 60 p. 100.

Aux fins de l'attribution des logements sociaux, sont considérés comme membres du foyer du demandeur, s'ils vivent sous

son toit, son conjoint, ses enfants et les enfants en placement familial. Il en va de même pour le concubin, les ascendants et les descendants autres que les enfants, si ceux-ci vivent sous le même toit du demandeur depuis deux ans au moins à la date de publication de l'avis de concours.

Au nombre des catégories d'usagers pouvant bénéficier des logements sociaux figurent les nouveaux foyers, à savoir les foyers dont les conjoints se sont mariés depuis moins de quatre ans à la date d'expiration de l'avis de concours ou les futurs époux dont le ban de mariage a déjà été publié. Les personnes seules qui vivent avec un mineur depuis deux ans au moins relèvent également de la catégorie des nouveaux foyers. Le respect dudit délai n'est pas nécessaire si le mineur est un enfant légitime, naturel reconnu ou adoptif du demandeur.

Les classements en vue de l'attribution des logements sociaux sont établis par une commission nommée par arrêté du président de la Région et qui compte, parmi ses membres, un spécialiste des problèmes sociaux. Les classements sont dressés sur la base des points attribués à chaque demandeur sur la base des caractéristiques subjectives et objectives. Pour ce qui est des conditions subjectives, un nombre plus élevé de points est attribué aux familles qui comptent, parmi leurs membres, un infirme ayant une incapacité professionnelle de plus de 80 p. 100. Des points sont également accordés en cas d'insuffisance de revenus, de présence d'infirmes ayant une incapacité allant de 67 à 80 p. 100, de présence de plus de cinq membres au sein du foyer, de présence d'un mineur sous le toit du demandeur depuis plus de deux ans et de résidence en Vallée d'Aoste depuis plus de 5 ans.

Un grand nombre de points est accordé au titre de certaines conditions objectives, telles que l'expulsion du logement (qui donne droit au nombre de points le plus élevé), l'expulsion d'un logement de service suite au départ à la retraite ou à la mutation du demandeur et le partage d'un même logement avec un ou plusieurs foyers composés de deux membres minimum depuis 2 ans au moins, suite à l'exécution d'un jugement d'expulsion ou d'un jugement de séparation de corps.

Au sens de la loi régionale susmentionnée, en cas d'égalité des points, le logement social est attribué au demandeur le plus âgé. Les personnes âgées ne peuvent bénéficier des emprunts régionaux pour l'achat de la résidence principale, mais elles ont la priorité lors de l'attribution des logements sociaux.

Ladite loi régionale établit, par ailleurs, que lors de la détermination des loyers, l'établissement gestionnaire des logements sociaux doit tenir compte du revenu global du foyer et de la valeur locative des logements.

### **Le fonds régional pour le logement**

La loi régionale n° 36 du 26 mai 1998 crée le Fonds régional pour le logement. Les subventions prévues par ladite loi sont accordées depuis 1999.

Au sens de la loi régionale susmentionnée, ledit fonds est alimenté chaque année par des crédits provenant d'établissements divers. Le concours de la Région se chiffre à 100 000 000 L (52 000,00 environ) par an. Auxdits crédits s'ajoutent :

- une part, non inférieure à 40 p. 100 de la somme accordée par la Région, des redevances relatives aux logements sociaux que versent les organismes gestionnaires ;
- une part, équivalant à 40 p. 100 du concours de la Région, de l'impôt communal sur les immeubles (ICI) relatif aux logements sociaux ;
- une part, équivalant à 20 p. 100 du concours de la Région, versée par les collectivités locales.

Par sa délibération n° 671 du 8 mars 1999, le Gouvernement a approuvé les modalités et les critères pour l'attribution des subventions. Peuvent demander les subventions en cause les bénéficiaires des logements sociaux, les aspirant bénéficiaires desdits logements figurant sur les classements définitifs et les nouveaux foyers (tels qu'ils sont définis dans la loi qui régit le secteur du logement).

Les subventions sont accordées aux bénéficiaires des logements publics ayant signalé à l'établissement gestionnaire son impossibilité de payer régulièrement le loyer et/ou les charges. Cette impossibilité doit dériver de la perte totale ou de la réduction de 40 p. 100 au moins du revenu pendant une période de plus de 3 mois consécutifs. La perte du revenu peut découler du fait que l'un ou plusieurs membres du foyer se trouvent dans l'une des conditions suivantes : chômage, conversion, chômage technique, accident ou maladie grave, hospitalisation dans une structure de soins ou de réhabilitation, service militaire ou détention. Cette perte peut également être causée par le décès, le divorce, la séparation légale ou abandon du foyer conjugal de l'un des membres du foyer disposant d'un revenu.

Les bénéficiaires qui relèvent des tranches de revenu les plus faibles ont droit aux subventions en cause même si le montant annuel des charges (par ex. chauffage) dépassent respectivement 5 p. 100 et 10 p. 100 du revenu annuel du foyer.

Tous les bénéficiaires des logements sociaux faisant l'objet d'une mesure de mobilité ont droit à une subvention pour faire face aux frais de déménagement.

Les aspirants bénéficiaires de logements sociaux figurant sur les classements définitifs ont droit à des subventions pour le paiement du loyer et des charges. Le versement des subventions régionales est limité à la période au titre de laquelle le classement reste en vigueur. Pour accéder au fonds pour le logement, les aspirants bénéficiaires doivent réunir les mêmes conditions requises aux bénéficiaires des logements sociaux.

Les nouveaux foyers peuvent bénéficier des subventions du fonds en cause lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de payer régulièrement le loyer et/ou les charges, du fait de la perte ou de la réduction de 30 p. 100 au moins de leur revenu.

Les nouveaux foyers peuvent bénéficier des subventions du fonds régional pour le logement uniquement pendant cinq ans à compter de la date de dépôt, à la structure régionale compétente en matière de logements sociaux, de la documentation attestant leur création.

Les subventions accordées visent à la couverture des dépenses en fonction de la perte de revenu. N'ont pas droit aux dites subventions les personnes qui ont bénéficié d'aides accordées par l'USL, par les Communes et par les services régionaux d'aide sociale aux fins de la couverture intégrale des dépenses pour le loyer et les charges.

Le Gouvernement régional a par ailleurs décidé que les 20 p. 100 des crédits du fonds régional pour le logement étaient réservés, chaque mois, aux sujets appartenant à la catégorie des nouveaux foyers.

En 2001, 88 sujets ont bénéficié des subventions du fonds régional, pour un engagement de dépenses de 82 646,24 euros.

Les subventions régionales du fonds pour le logement représentent une alternative à celles accordées par l'État dans le cadre du fonds national pour l'accès aux logements en location, au sens de l'art. 11 de la loi n° 431 du 9 décembre 1998, portant réglementation des locations et de l'attribution des immeubles à usage d'habitation. Les ressources de l'État attribuées audit fonds sont réparties entre les Régions et les Provinces autonomes de Trente et de Bolzano.

Au sens de la loi régionale n° 1 du 3 janvier 2000 (loi de finances au titre de la période 2000/2002), les crédits de l'État attribués à la Vallée d'Aoste sont gérés directement par l'Administration régionale, suivant les modalités prévues pour le fonctionnement du fonds régional. Par sa délibération n° 1640 du 14 juin 2001, le Gouvernement régional a lancé un avis de concours, au titre de 2001, aux fins de l'attribution des subventions du fonds national pour l'accès aux logements en location. En 2002, l'avis de concours susmentionné a été approuvé par la délibération n° 2305 du 24 juin 2002.

Au sens de la loi nationale, peuvent bénéficier des subventions en cause les locataires qui ont besoin d'une aide pour le paiement du loyer.

Les personnes susceptibles de bénéficier des dites subventions sont classées en deux tranches, en fonction du revenu du foyer auquel ils appartiennent.

La première tranche comprend les personnes appartenant à un foyer qui dispose d'un revenu annuel brut imposable ne dépassant pas la somme de deux pensions minimales INPS et payant un loyer correspondant à 14 p. 100 dudit revenu. Uniquement afin de permettre l'insertion du foyer dans les tranches de revenu donnant droit à l'attribution des subventions, le revenu du foyer est réduit d'un million de lires pour chaque enfant à charge. Pour ce qui est de la première tranche, il n'est tenu compte ni du type de revenu ni de la composition du foyer.

La deuxième tranche comprend les personnes appartenant à un foyer qui dispose d'un revenu annuel brut imposable ne dépassant pas le plafond fixé pour l'accès aux logements sociaux et payant un loyer correspondant à 24 p. 100 dudit revenu. Le revenu découlant du travail salarié est pris en compte à hauteur de 60 p. 100. Le revenu ainsi calculé est diminué d'un million de lires pour chaque enfant à charge.

N'ont pas vocation à bénéficier des subventions du fonds national les foyers dont l'un des membres est titulaire d'un droit de propriété, d'usufruit, d'utilisation ou d'habitation sur un logement répondant aux exigences du foyer, qu'il soit situé sur le territoire régional ou dans toute autre localité. L'accès aux subventions est également refusé si le contrat de location est passé entre parents et alliés jusqu'au deuxième degré ou bien entre conjoints non séparés légalement ou séparés mais vivant sous le même toit.

Les subventions en cause sont accordées chaque année par la structure régionale compétente en matière de logements sociaux, suite à l'adoption des avis de concours y afférent.

Les classements (un pour chaque tranche de revenu) sont rédigés sur la base de la somme des points attribués aux deman-

deurs en fonction du revenu et de l'incidence du loyer sur ce dernier : plus l'incidence du loyer est importante, plus le nombre de points attribués est élevé, plus le revenu, calculé déduction faite du loyer et réparti entre les membres du foyer, est faible, plus le nombre de points attribués est élevé.

Le montant maximal de la subvention accordée s'élève à 6 000 000 L (3 098,74 euros) pour les foyers relevant de la première tranche de revenu et à 4 500 000 L (2 324,06 euros) pour les foyers relevant de la deuxième tranche.

Pour les foyers qui se trouvent dans des situations particulièrement difficiles, il est possible d'augmenter de 25 p. 100 les plafonds de revenu fixés par les avis de concours pour la première et la deuxième tranche ou bien d'augmenter le montant maximal de la subvention.

Au nombre des conditions prises en compte par l'Administration régionale aux fins de l'octroi des subventions en cause figure la présence, au sein du foyer, de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ou de personnes handicapées ayant un taux d'incapacité correspondant à celui fixé par les avis de concours. L'avis de concours au titre de 2001 fixait ledit taux à 70 p. 100. Ce même avis prévoyait l'augmentation de 25 p. 100 du montant de la subvention accordée à tous les foyers se trouvant dans des situations particulièrement difficiles. En 2001, lors de l'octroi des subventions, la priorité a été accordée aux demandeurs qui réunissaient les conditions requises, qui avaient fait l'objet d'une mesure d'expulsion et avaient passé un nouveau contrat de location.

Les demandeurs qui n'ont pas bénéficié des subventions du fonds régional peuvent accéder aux subventions du fonds national.

Au titre des années 1999, 2000 et 2001, l'État a viré à la Vallée d'Aoste une somme globale de 2 023 613 000 L.

Suite à la publication du premier avis de concours régional en vue de l'octroi des subventions du fonds national au titre de l'an 2000, 379 demandes ont été déposées, dont 297 ont été financées (192 relatives à la première tranche de revenu et 105 relatives à la deuxième).

En 2001, 331 demandes d'accès aux subventions du fonds national ont été financées, dont 236 relatives à la première tranche de revenu et 95 relatives à la deuxième. Les fonds virés par l'État au titre de l'année susdite se chiffrent à 658 000 000 L.

En 2001, la Vallée d'Aoste a complété les crédits alloués par l'État par des fonds propres, pour un montant de 117 017,34 euros, ce qui a élevé les ressources disponibles au titre de ladite année à 456 845,98 .

### **Les urgences en matière de logement**

Au sens de l'art. 23 de loi régionale qui régit l'attribution des logements sociaux (tel qu'il a été modifié par l'art. 2 de la loi régionale n° 8 du 30 avril 1999), des logements sont réservés afin qu'ils soient utilisés dans les situations d'urgence.

Le président du Gouvernement régional décide de réserver ces logements sur proposition, entre autres, de la structure régionale compétente en matière d'aide sociale, du syndic de la commune concernée, de l'établissement propriétaire ou de l'établissement gestionnaire desdits logements.

Dans les situations d'urgence, il est possible d'utiliser uniquement les logements qui sont vacants mais ont été occupés au moins une fois et, en cas de logements nouveaux ou rénovés destinés à être attribués sur la base des classements y afférents, uniquement les logements qui sont réservés aux réfugiés ou aux forces de l'ordre et qui ne peuvent être attribués à défaut d'ayants droit.

Les logements réservés au sens des dispositions de l'art. 23 de la loi régionale n° 39/1995 sont destinés à faire front à des situations d'urgence particulières et documentées. Ils sont attribués à des foyers qui doivent quitter leurs logements aux fins de leur remise en état ou de l'application des plans de mobilité des bénéficiaires, ou bien à des personnes atteintes d'un handicap sensoriel et/ou moteur ne disposant pas d'un logement ou disposant d'un logement inadéquat.

Par sa délibération n° 5004 du 24 décembre 2001, le Gouvernement régional a établi les modalités de présentation des demandes et les critères de priorité aux fins de l'attribution des logements réservés aux personnes qui se trouvent dans des situations d'urgence particulières et documentées et aux personnes atteintes d'un handicap sensoriel et/ou moteur ne disposant pas d'un logement ou disposant d'un logement inadéquat. Les conditions objectives à prendre en compte ont été fixées par ladite délibération dans le respect des dispositions législatives en vigueur à la matière et ont trait aux cas suivants :

- foyers qui, suite à l'exécution d'un jugement d'expulsion et/ou d'un autre jugement entraînant le départ du logement, sont logés d'une manière précaire (hôtels, résidences, chambres meublées) et qui disposent d'un revenu inférieur à celui fixé par



la réglementation régionale pour l'attribution des logements sociaux. La situation d'urgence est également reconnue aux foyers socialement faibles ou ayant d'importants problèmes d'ordre social, attestés par l'assistant social compétent ;

- personnes sans domicile fixe résidant dans l'une des communes de la région ;
- foyers comptant parmi leurs membres des personnes atteintes d'un handicap sensoriel et/ou moteur disposant d'un logement précaire ou inadéquat (condition qui doit être attestée par les organes compétents) et d'un revenu inférieur à celui fixé par la réglementation régionale pour l'attribution des logements sociaux.

Aux conditions objectives s'ajoutent les conditions subjectives qui sont prises en compte uniquement aux fins de l'attribution des points et, par conséquent, de l'établissement d'un classement des cas d'urgence. Les logements sociaux réservés sont attribués sur la base dudit classement et compte tenu de la composition du foyer.

Au nombre des conditions subjectives figure la réduction de la capacité professionnelle pour des causes d'ordre social ou sanitaire : plus le taux d'incapacité du demandeur est élevé, plus le nombre de points attribués est grand. La présence au sein du foyer d'un toxicomane, d'un alcoolique, d'un ancien détenu, d'une personne atteinte de troubles psychiatriques ou d'un sidéen est considérée comme une condition subjective comportant l'attribution – d'une manière discrétionnaire – d'un nombre de points allant de 2 à 8. Si le foyer compte parmi ses membres des mineurs de moins de 14 ans, les points varient en fonction du nombre desdits mineurs ; des points supplémentaires sont attribués aux personnes seules ayant à leur charge des mineurs.

Pour bénéficier des logements réservés, les demandeurs se trouvant dans une situation d'urgence doivent réunir les conditions requises pour l'attribution des logements sociaux.

Si les demandeurs ne remplissent pas lesdites conditions, le logement leur est attribué à titre provisoire pour un délai de 2 ans maximum.

En 2001, 10 logements réservés ont été attribués à des personnes se trouvant dans une situation d'urgence.

La plupart des logements attribués suivant la procédure d'urgence sont situés dans la commune d'AOSTE (même si souvent les demandeurs résident dans d'autres communes valdôtaines), étant donné que celle-ci dispose du plus grand nombre de logements.

## NOTES

- <sup>1</sup> En Italie, les Régions ayant approuvé, depuis 1989 jusqu'à nos jours, une loi régionale en faveur de la famille sont au nombre de 10 ; cependant, seule la loi approuvée par la Région Vallée d'Aoste vise à reconnaître et à aider tous les foyers vivant sur le territoire régional, quel que soit le lien sur lequel ces foyers ont été créés.
- <sup>2</sup> Par sa délibération n° 941 du 18 mars 2002, le Gouvernement régional a établi qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, le montant de l'allocation postnatale se chiffre à 516,46 euros par an au titre du 1<sup>er</sup> enfant, à 774,69 euros par an au titre du 2<sup>e</sup> enfant et à 1 032,91 euros par an au titre du 3<sup>e</sup> enfant. Pour chaque enfant après le troisième, une augmentation de 258,23 euros par an est prévue.
- <sup>3</sup> 265,20 euros après le 1<sup>er</sup> janvier 2002.
- <sup>4</sup> L'ISTAT n'ayant pas encore communiqué cette donnée au titre de 2001, c'est celle relative à l'an 2000 qui reste valable.
- <sup>5</sup> *Istituto degli Innocenti* de FLORENCE, 2000.
- <sup>6</sup> Par sa délibération n° 387 du 11 février 2002, le Gouvernement régional a fixé, au titre de 2002, le montant des subventions pour le placement chez des parents à 398,79 euros en cas d'hébergement, à 199,38 euros en cas d'accueil à temps partiel et à 13,13 euros en cas d'accueil occasionnel. En cas de placement chez des tiers, lesdits montants s'élèvent respectivement à 513,75 euros, 265,86 euros et à 17,71 euros.
- <sup>7</sup> Par sa délibération n° 1154 du 29 mars 2002, le Gouvernement régional a établi que le montant mensuel de base en cas de logement en propriété se chiffre à 233,15 euros. Ledit montant est élevé à 388,48 euros en cas de logement en location.
- <sup>8</sup> PAUVRETÉS STRUCTURELLES : ce niveau comprend les problèmes liés au logement, au travail et aux services, ainsi qu'à l'indigence pure et simple. Ce niveau fait l'objet essentiellement des politiques des administrations communales et régionale.  
PAUVRETÉS RELATIONNELLES : ce niveau comprend les problèmes liés à la famille, au rapport de couple, à la condition des jeunes et des personnes âgées, aux relations avec les voisins, à l'organisation des loisirs ; ce niveau d'analyse est mis en relation avec les politiques sociales, les organisations de bénévoles et les organisations religieuses.  
PAUVRETÉS DE CONDITION : ce niveau comprend des catégories particulières de personnes concernées par des problèmes liés aux dépendances, à l'immigration, à la prostitution, aux pathologies chroniques et mentales, à l'analphabétisme, aux abandons scolaires etc. ; ce niveau d'analyse est mis en relation avec les politiques sociales et sanitaires (« *Lo sguardo della Diocesi sui poveri* » p. 30).

### **L'Observatoire régional de l'épidémiologie et des politiques sociales**

L'Observatoire régional de l'épidémiologie et des politiques sociales est un bureau de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales, créé au sens de l'art. 5 de la loi n° 5 du 25 janvier 2000, ainsi rédigé :

« (Observatoire régional de l'épidémiologie et des politiques sociales)

1. L'Observatoire régional de l'épidémiologie et des politiques sociales œuvre dans le cadre de la structure régionale compétente en matière de santé, de bien-être et de politiques sociales ; il a pour tâche :

- a) De fournir des données sur la santé et les besoins de la population valdôtaine en matière d'aide sociale et d'établir des indicateurs susceptibles de permettre l'identification des nouveaux problèmes ;
- b) D'établir, d'expérimenter et d'appliquer des indicateurs de qualité et de pertinence des services sanitaires et d'aide sociale à l'échelon régional ;
- c) D'élaborer des lignes directrices au sujet de la qualité des services ;
- d) De projeter, de mettre en œuvre, de gérer et de contrôler les systèmes d'information relatifs à la demande de prestations et au recours à celles-ci ;
- e) D'élaborer des études et des recherches sur certaines couches de la population en vue du relevé de leurs conditions de vie et de leur état de santé ;
- f) De fournir tout élément utile à la programmation régionale en matière de santé et d'aide sociale, aux fins également de l'élaboration du plan socio-sanitaire et de l'évaluation des résultats ;
- g) De réaliser des analyses ciblées de phénomènes sociaux spécifiques ;
- h) De fournir des données sur les méthodes de mise en place et de modification de l'organisation des services publics et des établissements privés à but lucratif et non lucratif qui fournissent des prestations ;
- i) De collaborer à la rédaction du rapport annuel en matière de santé et d'aide sociale ;
- j) De collaborer, avec les structures compétentes en matière de protection de l'environnement, à la détermination des facteurs de risque pour la santé dérivant d'activités humaines et productrices, compte tenu de l'état du milieu.

2. L'organisation et le fonctionnement de l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales sont régis par les dispositions en vigueur en matière d'organisation de l'Administration régionale.

3. Le dirigeant de l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales est responsable du traitement des données personnelles dont la structure dispose ; il doit garantir, dans l'exercice de son activité d'information, la protection des droits des personnes physiques et morales pour ce qui est du traitement des données personnelles, sans préjudice de la responsabilité, chacun pour ce qui est de son ressort, des dirigeants des structures qui font partie de l'assessorat régional compétent en matière de santé, de bien-être et de politiques sociales, au sens de la loi n° 675 du 31 décembre 1996 (Protection des droits des personnes et des autres sujets, pour ce qui est du traitement des données personnelles), modifiée, en dernier lieu, par le décret législatif n° 282 du 30 juillet 1999. »

Depuis l'an 2000, l'Observatoire a rédigé un plan pluriannuel d'activité et a identifié des référents auprès de l'Agence USL et de l'ARPE de la Vallée d'Aoste.

Les documents suivants ont déjà été publiés :

- Rapport sanitaire 1998 ;
- Rapport sanitaire et social 1999/2000
- Causes d'hospitalisation en Vallée d'Aoste.