

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Antonio FOSSON

IL DIRIGENTE ROGANTE
Massimo BALESTRA



REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente atto è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal 22/01/2019 per quindici giorni consecutivi, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 23 luglio 2010, n. 25.

Aosta, lì 22/01/2019

IL DIRIGENTE
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 21 gennaio 2019

In Aosta, il giorno ventuno (21) del mese di gennaio dell'anno duemiladiciannove con inizio alle ore otto e otto minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente della Regione Antonio FOSSON

e gli Assessori

Renzo TESTOLIN - Vice-Presidente

Mauro BACCEGA

Luigi BERTSCHY

Stefano BORRELLO

Chantal CERTAN

Albert CHATRIAN

Laurent VIERIN

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Struttura provvedimenti amministrativi,
Sig. Massimo BALESTRA

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **52** OGGETTO :

PREDISPOSIZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE (2020-2025). APPROVAZIONE DELLA METODOLOGIA DI ELABORAZIONE SECONDO UN PERCORSO DI PROGRAMMAZIONE LOCALE PARTECIPATA.

LA GIUNTA REGIONALE

richiamati l'art.1, comma 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", il d.lgs. 503/1993 che modifica il d.lgs 502/1992 e, infine, il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

richiamato il Piano sanitario nazionale (PSN) per il triennio 2006-2008;

richiamata la legge 8 novembre 2000, n.328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 "Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione";

richiamata la deliberazione della Conferenza Unificata Stato Regioni del 20-09-2007 Rep. Atto n.73/CU, che assegna all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) il compito di fornire supporto tecnico scientifico alle politiche per la salute condivise;

richiamato il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

richiamata la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 "Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013" e, in particolare, l'articolo 2 (Partecipazione dei cittadini all'attuazione del piano e istituzione della Consulta) e l'articolo 3 (Istituzione del Consiglio sanitario e sociale) istitutivi, rispettivamente, di due organismi preposti alla programmazione partecipata e al monitoraggio e confronto istituzionale in merito allo stato di attuazione del piano al fine di perseguirne con efficacia ed efficienza le finalità nel tempo;

richiamato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

richiamata la legge regionale 22 dicembre 2017, n. 23 "Disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale per il triennio 2018 - 2020" e, in particolare, l'articolo 19, comma 5 che stabilisce che "Il piano socio-sanitario regionale ha durata almeno triennale, con possibilità di aggiornamento annuale, ed è approvato dal Consiglio regionale, con propria deliberazione, su proposta della Giunta regionale e previo parere del Consiglio permanente degli enti locali";

riconosciuta nell'attività di programmazione una delle funzioni strategiche di una pubblica amministrazione e del sistema pubblico dei servizi alla persona, siano essi di salute o di benessere sociale, poiché definisce, attraverso lo strumento di un piano regionale dedicato, priorità e obiettivi strategici, azioni da mettere in campo, risorse da allocare, processi e procedure di attuazione da parte degli attori istituzionali e di rappresentanti della società civile e dei cittadini, indicatori di valutazione;

stabilito che è attraverso la programmazione che si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e gli attori, pubblici e privati, e che spetta ancora alla programmazione allocare risorse e intercettare nuovi o rinnovati bisogni derivanti dai mutamenti sociali, economici, normativi, culturali ed epidemiologici individuando per essi interventi e risposte adeguate;

premessò che il piano regionale per la salute e il benessere sociale è predisposto attraverso la definizione di specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Azienda USL-Enti locali nell'ambito dei programmi concordati e condivisi previsti dalla normativa vigente;

precisato che tutte le azioni che nel piano regionale per la salute e il benessere sociale trovano esplicazione, sia in riferimento alla programmazione sanitaria, sia in quella sociale, devono considerarsi come azioni riferite ad ambiti di reciproca e necessaria integrazione in quanto orientati alla persona e alla centralità del suo bisogno;

precisato che la salute e il benessere sociale di una comunità, seppure implicanti dei costi per il governo regionale, a fronte degli interventi e dei servizi resi, devono in realtà essere considerati dalla politica regionale degli importanti investimenti per lo sviluppo e il progresso della società valdostana e di tutta la popolazione interessata;

ritenuto utile precisare che la salute e il benessere sociale, lungi dal rappresentare l'esito delle sole politiche attribuibili ai rispettivi ambiti di competenza, sono in realtà le risultanti, complesse, di politiche anche "esterne" al servizio sanitario e sociale, configurandosi piuttosto, - come riconosciuto dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS) - come l'esito dell'azione congiunta di soggetti istituzionali diversi, spesso politicamente indipendenti, che richiedono provvedimenti operativi e di promozione di politiche pubbliche di natura intersettoriale e inter-istituzionale rispetto ai diversi ambiti politici;

riconosciuta l'importanza di dotarsi di un documento di programmazione pluriennale in materia di salute e benessere sociale per la popolazione regionale all'inizio della XV legislatura e di approvare, propedeuticamente, un documento che, prima ancora dei contenuti, stabilisca e assicuri una trasparenza sulla metodologia e sul percorso da adottare per la predisposizione del prossimo piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020 - 2025;

riconosciuto pertanto che, a seguito dell'elevata valenza strategica che il piano regionale per la salute e il benessere sociale assume per l'intera comunità valdostana, esso sia da costruire progressivamente, mediante il coinvolgimento, nelle fasi di predisposizione del documento, degli organismi competenti (definiti e nominati con successivi atti deliberativi) e di tutti i soggetti portatori di specifici interessi, capaci di fornire un contributo competente, responsabile e costruttivo alla sua predisposizione e che pertanto sia da individuare nella programmazione locale partecipata la procedura più idonea ed efficace da adottare in quanto strumento essenziale per una costruzione democratica e condivisa dei contenuti e delle priorità del documento di piano;

riconosciuto inoltre che per garantire dei contributi esperti e qualificati al documento di piano da parte di tutti i portatori di interessi, siano essi degli addetti ai lavori o dei cittadini organizzati in forma associata, sia necessario garantire un percorso qualificato di *empowerment*, unitamente a una informazione pubblica il più ampia possibile, adottando, in via preferenziale, l'utilizzo di appositi strumenti telematici e di piattaforme on line che favoriscano la più ampia partecipazione;

considerata l'esperienza di partecipazione delle componenti del territorio presenti nei sub ambiti distrettuali regionali, prodotta in ambito sociale in questi anni, dai tavoli tecnici del piano di zona della Valle d'Aosta in base all'art.19 della legge 328/2000 e all'articolo 2 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, anche in riferimento alle proposte presentate in occasione della predisposizione della bozza di piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011- 2013;

precisato che il dipartimento regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali ha comunque previsto, successivamente a una prima individuazione delle macro aree (o direttrici) strategiche, proposte per il documento di programmazione 2020 - 2025, di avviare una serie di incontri pubblici con tutti gli attori interessati (in primis gli organismi competenti definiti e nominati con successivi atti deliberativi) ma anche operatori, rappresentanze sindacali, terzo settore, associazioni di cittadini e portatori di interesse, che permettano di far conoscere le motivazioni delle scelte e tutto quanto di utilità per partecipare, in modo competente, responsabile e informato, alla fase di predisposizione del documento;

rilevato come già il piano regionale per la salute e il benessere 2011-2013, approvato con legge regionale 34/2000, avesse previsto la direttrice n. 5 “ Valorizzare le competenze dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere”, mediante lo sviluppo del processo di *empowerment*, inteso come rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il “controllo”, riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la “consapevolezza critica”, consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la “partecipazione”, attinente all’operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi;

preso atto come, in coerenza con la suddetta direttrice 5 del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011-2013, negli ultimi anni, la Regione Autonoma Valle d’Aosta, attraverso la struttura regionale competente del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali abbia contribuito a promuovere l’*empowerment* nei cittadini, aderendo, ad esempio, al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero, promosso e coordinato dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in collaborazione con Cittadinanzattiva nazionale, attraverso la partecipazione a tre progetti di ricerca finanziati dal Ministero della salute nell’ambito dei programmi di ricerca corrente nel 2011-2012 (RC 2010 Progetto denominato “Sperimentazione e trasferimento di modelli di *empowerment* organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari”), 2013-2014 (RC 2012 Progetto denominato “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”) e nel 2016-2017 (RA “ La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”) e come questi progetti abbiano ottenuto, laddove prevista, la partecipazione convinta e attiva dei cittadini che ne hanno fatto parte;

evidenziato come la valutazione partecipata della qualità dei servizi sanitari concorra al consolidamento di un modello che favorisce la “trasparenza” delle organizzazioni sanitarie che, in questo modo, sono stimolate a “rendere conto” direttamente del proprio operato (principio dell’*accountability* nella moderna pubblica amministrazione) ai cittadini utenti e ciò avviene in linea con i principi richiamati sia nella normativa nazionale degli ultimi anni relativa alla pubblica amministrazione, sia con quanto previsto a livello internazionale, specificamente nell’ambito sanitario, dalla “Tallinn Charter: Health Systems, Health and Wealth” che impegna gli stati membri a “promuovere la trasparenza e rendere conto della performance del sistema sanitario nel raggiungimento di risultati misurabili” anche attraverso la direttiva 2011/24/EU, recepita in Italia con d.lgs. 38/2014, che sancisce i diritti fondamentali dei pazienti, relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera, tra i quali l’informazione rispetto alla qualità dell’assistenza fornita;

ritenuto quindi di avviare il percorso per la predisposizione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020-2025 a partire dall’esperienza di programmazione locale partecipata già maturata negli anni passati e individuando modalità conformi alle cosiddette “buone prassi”, già sperimentate in altri contesti regionali o provinciali e validate come tali dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);

valutato necessario elaborare, per le ragioni appena esposte, e propedeuticamente ai contenuti del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020-2025, un documento metodologico che attesti la metodologia di elaborazione del nuovo documento di programmazione socio sanitaria pluriennale secondo un percorso di programmazione locale partecipata di cui all’Allegato A, parte integrante della presente deliberazione;

auditato sul merito del documento, di cui all’Allegato A alla presente deliberazione, il parere della V Commissione consiliare in data 25 settembre 2018;

precisato che il percorso di programmazione locale partecipata si pone anche come obiettivo quello di stimolare, ai diversi livelli, un rinnovato senso di responsabilità, oltre che a creare nuove sinergie tra Regione -Azienda USL-Enti locali e associazioni rappresentanti dei cittadini, dei portatori di interessi e del terzo

settore per trovare risorse aggiuntive da investire nella capacità di risposta, appropriata e qualificata, alle molteplici esigenze del territorio secondo i principi e i valori di effettiva una comunità solidale;

ritenuto opportuno rivedere e aggiornare, sulla base delle esperienze maturate in ambito regionale negli ultimi anni, i principi e gli organismi già previsti all'articolo 2 e all'articolo 3 della legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 "Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013";

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1672 in data 28.12.2018, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2019/2021 e delle connesse disposizioni applicative;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla dirigente della Struttura programmazione socio sanitaria dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Mauro Baccega;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di approvare, per la predisposizione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020 - 2025, la metodologia di elaborazione secondo un percorso di programmazione locale partecipata, di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante della presente deliberazione;
2. di assegnare al Dipartimento sanità, salute, politiche sociali, competente per la predisposizione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020 - 2025, la realizzazione e la diffusione del documento di cui all'Allegato A nelle sedi più opportune al fine di facilitare, tra i soggetti interessati, la conoscenza delle fasi procedurali e, quindi, la partecipazione il più ampia possibile;
3. di assegnare al Dipartimento sanità, salute, politiche sociali, il compito di garantire il processo di programmazione partecipata anche modificando ed eventualmente aggiornando quanto disposto all'articolo 2 e all'articolo 3 della legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 "Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013" alla luce dell'esperienza maturata in ambito regionale negli ultimi anni;
4. di demandare a successivi atti della Giunta regionale la composizione e il funzionamento degli organismi competenti e preposti alla programmazione partecipata e al monitoraggio del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020-2025;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
6. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul sito internet della Regione Autonoma Valle d'Aosta www.regione.vda.it;
7. di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

§



Assessorat de la Santé, du Bien-être, des Politiques sociales
Assessorato Sanità, Salute, Politiche sociali

PREDISPOSIZIONE
DEL NUOVO PIANO REGIONALE
PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE
2020-2025

METODOLOGIA DI ELABORAZIONE
SECONDO UN PERCORSO
DI
PROGRAMMAZIONE LOCALE PARTECIPATA

Gennaio 2019

1. PREMESSA, STORIA e FONDAMENTI DEL PIANO

Il piano regionale per la salute e il benessere sociale è il principale documento di programmazione pluriennale e di azione politica che la Giunta con il supporto del Dipartimento sanità, salute, politiche sociali sottopone all'approvazione nel corso della legislatura. Solitamente è riferito a un periodo minimo pari a un triennio poiché questo è l'arco temporale della legge regionale di bilancio destinata a finanziarne le azioni in esso contenute ma, trattandosi di un documento a elevata vocazione politica, molte Regioni ne hanno già svincolato il riferimento puntuale alle leggi del bilancio regionale per delegificarlo e trasformarlo in un documento politico programmatico di intenti quinquennale - o persino decennale - che, individuando le macro aree (o direttrici) strategiche e spesso trasversali a più ambiti, può, in questo modo, adeguarne, nel corso del periodo di validità, le azioni che da queste derivano, e ciò anche a fronte del monitoraggio costante e della modificata sostenibilità finanziaria e operativa conseguente.

Questa è stata anche la modalità che la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha riconosciuto come di interesse pubblico comune pertanto, con le disposizioni collegate alla recente legge di stabilità regionale per il triennio 2018-2020 (legge regionale n.23/2017, art.19), ha assunto la decisione di delegificare il documento di Piano per poterlo approvare, al termine di un iter condiviso in tutte le sedi qualificate e preposte, con un atto del Consiglio regionale (deliberazione) per renderlo più flessibile e performante rispetto alla capacità di adattamento della risposta istituzionale ai bisogni emergenti e alla capacità finanziaria e organizzativa del complessivo sistema di welfare regionale preposto a risponderci.

Il piano regionale per la salute e il benessere sociale è un progetto condiviso per lo sviluppo e la qualificazione del servizio sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo della Regione Autonoma Valle d'Aosta ed è, allo stesso tempo, un progetto per la promozione dell'intero sistema regionale per la salute e il benessere sociale dei valdostani. Il piano è pertanto un documento a elevato contenuto politico strategico per l'assunzione di decisioni, tra scelte concorrenti, finalizzate al raggiungimento di determinati obiettivi di salute e di benessere sociale.

A lungo, nella storia delle politiche di programmazione sanitaria, i piani sanitari regionali sono derivati in conseguenza dal piano sanitario nazionale (PSN) che ha rappresentato, sui temi della salute, il documento che stabiliva le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale in tutte le Regioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza sanitaria, da applicare, secondo criteri di uniformità, su tutto il territorio nazionale. Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, sancita dal decreto del Presidente della Repubblica (DPR) del 23 maggio 2003 è stato approvato un unico PSN (2006-2008) che ha rappresentato il primo punto di equilibrio di un "patto federale" tra lo Stato e le Regioni in materia di sanità, preceduto da una proposta di "auto coordinamento" delle Regioni che delineava le linee generali, ma teneva

conto del nuovo ruolo di autogoverno assegnato alle stesse specialmente in materia di modelli organizzativi e assistenziali. La successiva bozza di PSN (2011-2013) non riuscì mai a completare l'iter di approvazione e l'ultimo piano sanitario nazionale vigente, così come l'attività fino a quel momento conosciuta di programmazione sanitaria nazionale, termina con il documento programmatico riferito al triennio 2006 - 2008.

La Regione Autonoma Valle d'Aosta, rinunciando alla quota spettante del fondo sanitario nazionale (FSN) già dal 1994 (legge 23 dicembre 1994, n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" finanziaria per l'anno 1995 e, successivamente, legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"), dei contenuti dei documenti di programmazione sanitaria nazionale (PSN), ha recepito, da sempre, i soli principi e i valori costitutivi di riferimento, autodeterminando, per la popolazione del proprio territorio - e prima ancora del riformato Titolo V - una sanità regionale realmente federale, garantita unicamente dalle risorse del proprio bilancio regionale. Tuttavia, anche in assenza di un piano sanitario nazionale, il Governo centrale ha, nel tempo e, in modo particolare negli ultimi anni, agito ugualmente nel contesto della programmazione sanitaria con una successione di strumenti cosiddetti "pattizi" assurti al ruolo di strumenti sussidiari e, a volte principali, di programmazione, per i quali la Conferenza Unificata Stato Regioni ha rappresentato la sola sede di garanzia. Da questa nuova modalità programmatica in ambito sanitario, che per altro ha comunque permesso di risolvere numerose questioni giuridiche legate all'esercizio della potestà parlamentare, sono scaturiti i vari Accordi, Intese e Patti per la salute, fino ai recenti decreti che, oramai, prescindendo dal finanziamento (nazionale o regionale) impongono regole, standard e criteri (fatta salva talvolta la clausola di salvaguardia per le Regioni a statuto speciale), finalizzati a stabilire un (condivisibile) Sistema nazionale di garanzia sanitaria privo, però, della fonte programmatica principale, quale è stato il piano sanitario nazionale. Ciò si è verificato specialmente riguardo a nodi strategici del Sistema sanitario come l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni e dei tempi di attesa, oppure la metodologia da adottare per una valutazione comune di processo e di esito in ambito ospedaliero. Questioni solo parzialmente risolte con l'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 - di revisione dei LEA approvati nel 2011 con medesimo decreto - e che solo in parte potrà risolvere il decreto interministeriale sul "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" che stabilisce come, indipendentemente dal soggetto istituzionale finanziatore del servizio sanitario, tutte le regioni (quindi anche quelle a Statuto speciale) siano chiamate a garantire prestazioni e percorsi diagnostico terapeuti sicuri ed efficaci, valutati sulla base di indicatori riconosciuti dalle comunità scientifiche di riferimento.

In materia di politiche sociali, l'unica legge quadro "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (legge 8 novembre 2000, n.328), nonostante il riconoscimento del merito di avere rappresentato la prima legge organica nazionale in materia di politiche sociali attraverso la definizione di beneficiari, erogatori, del ruolo regionale, degli enti locali e del terzo settore, non ha di fatto mai determinato il contenuto effettivo delle prestazioni stesse da riconoscere, contravvenendo così all'esigenza di garantire un diritto all'assistenza sociale, uniforme su tutto il territorio nazionale, in conformità al principio di uguaglianza rispetto a un comune bisogno. Recentemente, l'esigenza di conoscere quali livelli prestazionali siano oggi garantiti nelle diverse regioni, è stato assegnato dal Ministero competente (Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 16 dicembre 2014, n. 206 "Regolamento recante modalità attuative del Casellario dell'assistenza, a norma dell'articolo 13 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122") all'INPS, nel 2014, con l'istituzione del Casellario unico dell'assistenza, il compito di rilevare i dati delle singole prestazioni individuali su base regionale attribuendo così, a questo istituto previdenziale, il compito di affiancare e supportare il ministero competente, detenendo una banca dati utile a orientare la programmazione futura attraverso i primi flussi informativi del nuovo sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) istituito con decreto legislativo 15 settembre 2017, n.147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" che determina un debito informativo per tutte le Regioni in materia di prestazioni sociali. I livelli "essenziali" in ambito sociale, denominati in passato livelli essenziali delle prestazioni (LEP) o livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) differiscono, in realtà, a livello nazionale e non sempre corrispondono a dei livelli "garantiti" ovunque.

Occorre infatti distinguere tra "nucleo essenziale del diritto" e "livello essenziale delle prestazioni" in quanto essi non sono sinonimi nonostante la concomitanza dell'aggettivo.

Nel settore dei servizi sociali il "nucleo essenziale" può essere considerato sinonimo di quel "livello minimo" di prestazioni al di sotto del quale viene meno la garanzia costituzionale e che, pertanto, risulta essere un "livello irrinunciabile" nel momento in cui si progetta una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Di conseguenza, il livello essenziale della prestazione risulta essere qualcosa in più rispetto al livello minimo (o irrinunciabile) del diritto. Si rende necessario quindi definire le prestazioni rese a livello regionale che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali - assumendo la caratteristica di diritti soggettivi - distinguendo le ulteriori prestazioni che possono entrare nella programmazione dei servizi, per diventare esigibili secondo criteri di gradualità, in relazione anche alle risorse disponibili. A questo fine cui si renderà necessario, per valutarne l'equità e l'utilità sociale, un confronto ragionato sia a livello nazionale sia a livello regionale, tra l'uso alternativo delle risorse disponibili tra i vari bisogni soggettivi per rendere massima l'utilità globale del sistema sociale rispetto a bisogni.

L'obiettivo deve essere quello di garantire a tutti pari diritto e/o opportunità di accesso o assistenza rispetto ad un medesimo bisogno.

In questo contesto di frammentazione degli strumenti e dei documenti di indirizzo programmatico nazionale, la Regione Autonoma Valle d'Aosta si appresta a predisporre il piano regionale per la salute e il benessere sociale orientato al periodo 2020-2025. Un piano che si vuole sia il più partecipato possibile, in modo esperto e informato, perché partecipare e condividere significa, in questo caso, responsabilizzare tutti gli attori del sistema, e significa, allo stesso tempo, creare delle premesse più solide e stabili per il conseguimento degli obiettivi delle singole macro aree (o direttrici) strategiche, individuati in modo condiviso.

Il piano avvierà i suoi lavori responsabilmente anche sotto il profilo della sostenibilità, che implica garanzia e certezza di finanziamento, affinché esso non resti limitato a una enunciazione di principi e valori, seppure condivisi, alla base delle macro aree (o direttrici) strategiche, ma privi di fattibilità concreta per le azioni che devono conseguire. La sostenibilità del rapporto tra risorse e attività è fondata sulla semplice proporzione in base alla quale: “i bisogni stanno alle risorse, come la domanda sta all’offerta di prestazioni”. Conoscere i bisogni non comporta, tuttavia, inseguirne automaticamente la natura e la dimensione attraverso la quale si manifestano per dare loro risposta - seppure sia evidente che i bisogni trovino risposta solo in relazione alle risorse disponibili. Significa, anche, analizzare quanta parte della risposta data a un bisogno determini un’utilità generale per la collettività, un’utilità cosiddetta “di sistema”, che non limitandosi a offrire una soluzione puntuale a un problema, generi sviluppo e progresso. Quando infatti l’area dei bisogni supera quella delle risorse è segno di risposte insoddisfatte o carenti, ma quando, viceversa, le risorse (complessivamente intese) riescono a essere maggiori persino dell’area del bisogno, automaticamente, la loro forza è in grado di diminuire il bisogno stesso per lasciare un margine allo sviluppo e all’investimento e, quindi, al progresso, di un’intera comunità. Qui con il termine risorse non vanno solo intese quelle economico-finanziarie, seppure prevalenti, ma vanno considerate anche quelle umane e sociali che la collettività è capace di mettere in campo solidalmente per prevenire e contrastare le criticità e portare a soluzione i problemi di ineguaglianza.

Le ultime considerazioni di questa premessa riguardano due assunti irrinunciabili che guideranno la stesura e saranno alla base di tutto il lavoro del piano:

➤ La salute, da tempo, non è più definita in termini di sola “assenza di malattia”, ma di pieno benessere psicologico, fisico e sociale (OMS 1946). Non consiste quindi in una dimensione statica bensì è il risultato, in divenire, di un’interazione dinamica e continua tra fattori diversi a livello individuale (età, genere, profili genetici ma anche livello di istruzione e stili di vita, ad esempio), sociale (famiglia, servizi, casa e lavoro, reti

di comunità, ecc.), economico (reddituale, patrimoniale) e ambientale. Sono tutti fattori da considerare come dei determinanti della salute stessa per cui, per conservarla e migliorarla, è necessario attribuire efficacia non solo alle politiche specifiche e “prossimali”, ma anche a quelle apparentemente distanti dall’ambito di riferimento, quelle da cui poi originano i singoli determinanti sociali.

➤ La salute, per le ragioni appena esposte, nonostante sia certo che determini un costo per la politica e le istituzioni in ragione delle complesse azioni preposte a conservarla e migliorarla deve, a livello di governo regionale, assumere sempre più il carattere di un investimento, certamente tra i più qualificanti e strategici per l’intera comunità valdostana.

2. LA METODOLOGIA DI ELABORAZIONE DEL PIANO

Nella programmazione sanitaria di tutte le Regioni, in passato, i piani socio sanitari sono stati costruiti sulla base di percorsi “dall’alto verso il basso”: dagli assessorati regionali, coadiuvati da tecnici qualificati ed esperti, il documento veniva elaborato e talvolta offerto alla consultazione pubblica sia degli addetti ai lavori, sia dei cittadini destinatari del documento di programmazione sia, infine, delle rappresentanza sindacali. La Regione Autonoma Valle d’Aosta, e in particolare l’assessorato regionale competente, è convinta del valore aggiunto che un percorso qualificato, responsabile e competente di programmazione partecipata può apportare a un documento di programmazione sanitaria e sociale che, per potere incidere sullo sviluppo della comunità locale e risultare efficace nelle azioni individuate, deve evitare il rischio dell’autoreferenzialità di pensiero e di azione. Una partecipazione che non si limita a una valutazione dell’elaborato finale, ma che, al contrario, si inserisce “in corso d’opera” e si configura come una partecipazione competente e non spontanea, per i contributi che offre da contrapporre, o da affiancare, al documento proposto dal livello regionale. Contributi qualificati e responsabili in quanto scaturiti da un percorso di *empowerment* e di diffusione delle conoscenze e delle informazioni rese dall’assessorato competente agli esponenti del percorso stesso di programmazione partecipata tramite incontri, presentazioni, materiale pubblicato sul sito ecc...

Il piano regionale per la salute e il benessere sociale valevole per il periodo 2020-2025 sarà quindi predisposto secondo una metodologia partecipata in 4 fasi (per la durata complessiva di 1 anno circa, fino all’approvazione in Consiglio regionale) che, laddove è stata applicata, ha già ottenuto il riconoscimento di “buona prassi” dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in quanto conforme ai dettati della Carta di Tallin (2008) sulla partecipazione. Di seguito sono descritte le 4 fasi.

<p>1° Fase</p>	<p>Viene istituito un gruppo di lavoro ristretto, interno al dipartimento e composto dai dirigenti regionali competenti, al quale viene assegnato il mandato di predisporre un documento di analisi del contesto relativo all'impianto normativo vigente, alla sostenibilità economico finanziaria in essere, ai bisogni e all'offerta attuale dei servizi e interventi, e di un ulteriore documento conseguente di programmazione strategica, pluriennale, che costituisca la proposta iniziale del piano regionale per la salute e il benessere sociale valevole per il periodo 2020 - 2025.</p> <p>Tale compito viene eseguito in coerenza sia con gli obiettivi strategici del programma di legislatura, sia con due assunti fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la salute non consiste solo nell'assenza di malattia, ma nella condizione di pieno benessere sociale generale; - sulla salute, come esito individuale e collettivo, agiscono politiche anche esterne e lontane a quelle prossimali di riferimento, per cui su di essa intervengono anche tutti gli altri settori della società e del governo regionale nel suo insieme (istruzione, lavoro, casa, integrazione sociale..) <p>Il mandato di lavoro al gruppo deve contenere anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo scopo condiviso del piano sulla popolazione e sul sistema integrato dei servizi; - gli obiettivi finali di salute e benessere che si intendono raggiungere. <p>Dalla confluenza degli assunti esplicitati dalla committenza politica - lo scopo condiviso del piano e gli obiettivi finali - il gruppo di lavoro deve riuscire a individuare alcune macro aree (o direttrici) strategiche e possibilmente trasversali, che siano coerenti con queste indicazioni generali.</p>
<p>2° Fase</p>	<p>Questo primo documento viene quindi presentato, illustrato e, pertanto, "aperto" alla prima consultazione pubblica, quella con gli esperti e gli addetti ai lavori, gli operatori dell'Azienda USL e degli Enti locali ma anche a tutti i soggetti rappresentativi di servizi che si occupano di salute e di sociale, ricevendone contributi e arricchimenti all'interno di una discussione che sarà anche politica e non solo tecnica.</p> <p>Questa seconda fase si conclude con una rielaborazione tecnica della prima bozza di documento di Piano da parte del gruppo di lavoro intra assessorile, che procede declinando le macro aree (o direttrici) strategiche in azioni e obiettivi.</p> <p>La parte di documento tecnico, relativo ad azioni ed obiettivi, non è soggetta alla programmazione partecipata poiché richiede conoscenze specifiche e competenze tecniche in materia di sostenibilità economico finanziaria e di fattibilità organizzativa e funzionale per poter essere adeguatamente e correttamente valutato.</p>
<p>3° Fase</p>	<p>Con la terza fase prende avvio la seconda consultazione pubblica e il percorso di programmazione locale partecipata più ampio che coinvolge in primis gli organismi competenti (definiti e nominati con successivo atto deliberativo) e le sedi pubbliche di incontro con la popolazione. L'assessorato, coadiuvato anche dagli organismi competenti, organizza incontri e presentazioni nel corso dei quali si forniscono informazioni sia in merito ai principi e agli obiettivi che hanno determinato l'individuazione delle macro aree (o direttrici) strategiche, sia in merito contenuti informativi disponibili relativi ai contenuti della macro aree (o direttrici)strategiche.</p> <p>In questa fase il documento viene anche pubblicato sul sito della Regione (e sul Portale del welfare) per riceverne, eventualmente attraverso una piattaforma informatica on line dedicata o un <i>form-on-line</i>, contributi, proposte e arricchimenti dal mondo sociale allargato (associazioni di cittadini e portatori di interessi, rappresentanti dei giovani, rappresentanti dell'istituzione religiosa, terzo settore, volontariato, fondazioni, organizzazioni sindacali, esponenti della comunità straniera presente nella regione e, nel modo più favorente possibile, le diverse "voci" che popolano il territorio della regione).</p> <p>Anche la piattaforma informatica, o il <i>form-on-line</i>, qualora predisposti, saranno oggetto di una presentazione illustrata pubblica da parte di tecnici facilitatori al fine di renderla nota e fruibile da un pubblico il più ampio possibile.</p> <p>La partecipazione dovrà assumere carattere sostanziale e non formale; a tal fine, potrebbero essere messe</p>

	<p>in campo specifiche azioni di comunicazione dedicata, come ad esempio i “<i>world café</i>”, attraverso anche la diffusione di materiale divulgativo o <i>news letters</i>, al fine di veicolare i contenuti del Piano e favorire così una partecipazione rappresentativa e reale di tutti i cittadini, indipendentemente dallo stato sociale e dal capitale umano di cui essi dispongono.</p> <p>Con queste ultime attività si chiude la seconda consultazione pubblica.</p>
4° Fase	<p>L'ultima fase impegna nuovamente il gruppo di lavoro intra assessorile che, discernendo sulla base dei contenuti, della loro rilevanza e fattibilità, selezionerà, recependoli, i contributi pervenuti che saranno stati valutati come ricevibili e, quindi, integrabili nel documento di piano.</p> <p>Si conclude quindi il percorso partecipativo con la rielaborazione tecnica e la sintesi politica finale del documento.</p>

La versione della bozza di documento di piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020-2025 predisposta al termine della 4° fase è quella che sarà presentata e illustrata nelle sedi istituzionali (V Commissione consiliare in primis) per riceverne confronti e pareri, avviando in questo modo l'iter per mezzo del quale la proposta di piano regionale per la salute e il benessere sociale 2020-2025 presentata dalla Giunta, concluderà il suo iter istituzionale con l'approvazione in Consiglio regionale per mezzo di un proprio atto deliberativo.

3. CARATTERISTICHE DEI CONTENUTI E SCELTA EDITORIALE DEL DOCUMENTO.

Indipendentemente dai contenuti che la programmazione regionale assegnerà a questo importante documento di programmazione sanitaria, sociale, socio sanitaria, socio assistenziale e socio educativa saranno rispettate alcune caratteristiche fondamentali stabilite fin da ora.

Il piano infatti:

- a) si avvarrà, per la stesura dell'impianto generale, di un allegato relativo all'analisi del contesto predisposto dal gruppo di lavoro intra assessorile ;
- b) dovrà comporsi, preferibilmente, di due documenti, entrambi sottoposti all'approvazione con atto dedicato. *Il primo*, costituito dalla componente di piano più politica che individua e spiega, con un linguaggio semplice e divulgativo, comprensibile a tutti, le macro aree (o direttrici) strategiche individuate e prescelte per raggiungere gli obiettivi di salute e benessere sociale. *Il secondo*, facente sempre parte integrante del piano, ma editorialmente disgiunto da esso, ha una valenza tecnica ed è costituito dalle “n” schede di cui si compone ciascuna una macro area (o direttrice) strategica, riferite a specifiche azioni e finalizzate a obiettivi di salute o di benessere sociale. Come detto, questo secondo documento non entra nella programmazione partecipata allargata, ma solo in quella tecnica e viene illustrato dall'assessore alla V Commissione consiliare competente. Al termine il documento è presentato dalla Giunta al Consiglio con proprio atto.

c) ogni scheda avrà la medesima struttura, indipendentemente dalla macro area (o direttrice) strategica alla quale si riferisce e sarà composta, quando di pertinenza, dalle seguenti voci:

- a. Motivazione
- b. Descrizione del problema
- c. Azioni da sviluppare per contrastarlo
- d. Destinatari delle azioni
- e. Soggetti/attori preposti al conseguimento delle azioni
- f. Eventuali elementi di trasversalità con altre Aree o Direttrici
- g. Indicatori di processo o di esito a valutarne il progresso o il conseguimento

4. MONITORAGGIO

Al fine di monitorare lo stato di avanzamento e di sviluppo del piano regionale per la salute e il benessere sociale, anche mediante l'eventuale utilizzo di indicatori di cui al precedente punto g) sarà istituito un apposito organismo competente (definito e nominato con successivo atto deliberativo) che, nel monitorare lo stato di attuazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale, concorrerà anche all'eventuale identificazione di soluzioni organizzative e operative qualora richieste.

Tale organismo rimarrà in carica per tutto il periodo di validità del documento di programmazione mantenendo una regolare periodicità degli incontri anche al fine di intercettare preventivamente ostacoli e criticità che potrebbero pregiudicare il conseguimento delle azioni previste; nel qual caso, in accordo con l'assessore che lo presiede, determinerà le modalità più opportune ed efficaci di confronto finalizzate alla risoluzione delle criticità o a una diversa modalità di conseguimento della medesima azione.

Un eventuale *Cronoprogramma* che calendarizzi le principali azioni previste dalle macro aree (o direttrici) strategiche potrà eventualmente essere predisposto per conferire maggiore trasparenza all'azione amministrativa.