

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

BULLETIN OFFICIEL DE LA RÉGION AUTONOME VALLÉE D'AOSTE

Aosta, 4 luglio 2006



Aoste, le 4 juillet 2006

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Presidenza della Regione
Servizio legislativo

Bollettino Ufficiale, Piazza Deffeyes, 1 - 11100 Aosta

Tel. (0165) 273305 - Fax 273869

E-mail: bur@regione.vda.it

Direttore responsabile: Dr.ssa Stefania Fanizzi.

Autorizzazione del Tribunale di Aosta n. 5/77 del 19.04.1977

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION:

Présidence de la Région
Service législatif

Bulletin Officiel, 1, place Deffeyes - 11100 Aoste

Tél. (0165) 273305 - Fax 273869

E-mail: bur@regione.vda.it

Directeur responsable: Mme Stefania Fanizzi.

Autorisation du Tribunal d'Aoste n° 5/77 du 19.04.1977

AVVISO AGLI ABBONATI

Le informazioni e le modalità di abbonamento per l'anno 2006 al Bollettino Ufficiale sono riportati nell'ultima pagina.

AVIS AUX ABONNÉS

Les informations et les conditions d'abonnement pour l'année 2006 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 PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008. pag. 3

SOMMAIRE

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

PREMIÈRE PARTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS

Loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,
approuvant le plan régional de la santé et du bien-être

INDICE CRONOLOGICO

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.

pag. 3

INDICE SISTEMATICO

ASSISTENZA SANITARIA E OSPEDALIERA

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.

pag. 3

ASSISTENZA SOCIALE

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.

pag. 3

INDEX CHRONOLOGIQUE

PREMIÈRE PARTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS

Loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

approuvant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008.

page 3

INDEX SYSTÉMATIQUE

ASSISTENCE MÉDICALE ET HOSPITALIÈRE

Loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

approuvant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008.

page 3

AIDE SOCIALE

Loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

approuvant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008.

page 3

TESTO UFFICIALE
TEXTE OFFICIEL

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

(Approvazione del piano)

1. Ai sensi dell'articolo 2 della 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), è approvato il piano regionale per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006/2008, allegato alla presente legge.

Art. 2

(Dichiarazione d'urgenza)

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 31, comma terzo, dello Statuto speciale per la Valle d'Aosta ed entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione autonoma Valle d'Aosta.

Aosta, 20 giugno 2006.

Il Presidente
CAVERI

NDR : La versione francese del Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008, allegato alla pre-

PREMIÈRE PARTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS

Loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

approuvant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008.

LE CONSEIL RÉGIONAL

a approuvé ;

LE PRÉSIDENT DE LA RÉGION

promulgue

la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}

(Approbation du plan)

1. Au sens de l'art. 2 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 (Dispositions en vue de la rationalisation de l'organisation du service socio-sanitaire régional et de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prestations sanitaires et d'aide sociale fournies en Vallée d'Aoste), est approuvé le plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008 annexé à la présente loi.

Art. 2

(Déclaration d'urgence)

1. La présente loi est déclarée urgente au sens du troisième alinéa de l'art. 31 du Statut spécial pour la Vallée d'Aoste et entre en vigueur le jour qui suit celui de sa publication au Bulletin officiel de la Région.

Quiconque est tenu de l'observer et de la faire observer comme loi de la Région autonome Vallée d'Aoste.

Fait à Aoste, le 20 juin 2006.

Le président,
Luciano CAVERI

NDR : La version française du plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008, annexé à la présente loi et

sente legge e pubblicato sul presente supplemento ordinario al Bollettino ufficiale n. 27 del 4 luglio 2006, sarà pubblicata successivamente.

publié au présent supplément ordinaire du Bulletin officiel n° 27 du 4 juillet 2006, sera publiée à une date ultérieure.

LAVORI PREPARATORI

Disegno di legge n. 105

- di iniziativa della Giunta regionale (atto n. 4352 del 16.12.2005);
- presentato al Consiglio regionale in data 22.12.2005;
- assegnato alla V Commissione consiliare permanente in data 03.01.2006;
- esaminato dalla V Commissione consiliare permanente, con parere in data 15.05.2006, nuovo testo dell'allegato Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008 predisposto dalla Commissione e relazione del Consigliere COMÉ;
- approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 08.06.2006, con deliberazione n. 1990/XII;
- trasmesso al Presidente della Regione in data 15 giugno 2006.

TRAVAUX PRÉPARATOIRES

Projet de loi n° 105

- à l'initiative du Gouvernement régional (délibération n° 4352 du 16.12.2005) ;
- présenté au Conseil régional en date du 22.12.2005 ;
- soumis à la V^{ème} Commission permanente du Conseil en date du 03.01.2006 ;
- examiné par la V^{ème} Commission permanente du Conseil – avis en date du 15.05.2006 nouveau texte annexé du Plan régional de la santé et du bien-être social 2006-2008 prédisposé par la Commission et rapport du Conseiller COMÉ ;
- approuvé par le Conseil régional lors de la séance du 08.06.2006, délibération n° 1990/XII ;
- transmis au Président de la Région en date du 15 juin 2006.

Le seguenti note, redatte a cura dell'Ufficio del Bollettino ufficiale hanno il solo scopo di facilitare la lettura delle disposizioni di legge richiamate. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

NOTE ALLA LEGGE REGIONALE 20 GIUGNO 2006, N. 13

Nota all'articolo 1:

- ⁽¹⁾ L'articolo 2 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 prevede quanto segue:

«Art. 2
(Programmazione sanitaria regionale)

1. La Regione assicura, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza definiti dal piano socio-sanitario regionale.
2. La programmazione sanitaria regionale si attua attraverso il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione, in coordinamento con la programmazione so-

cio-assistenziale regionale.

3. *Il piano socio-sanitario regionale è l'atto con il quale la Regione, in armonia con il piano sanitario nazionale, definisce, per il triennio di riferimento, gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi in relazione ai bisogni assistenziali e di salute della popolazione, rilevati attraverso l'attività e gli strumenti dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali.*
- 3bis. *Ogni anno, contestualmente alla presentazione del bilancio di previsione, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale quali obiettivi del Piano socio-sanitario vanno considerati prioritari nella successiva programmazione sanitaria regionale (1).*
4. *La programmazione sanitaria regionale individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni da assicurare a garanzia dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza, in conformità alle risorse finanziarie disponibili in base alle determinazioni della legge finanziaria della Regione vigenti per il periodo considerato.*
5. *Il piano socio-sanitario regionale è adottato con legge regionale, nell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione.»*



Regione Autonoma Valle d'Aosta
Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

**PIANO REGIONALE PER
LA SALUTE ED
IL BENESSERE SOCIALE
2006-2008**

INDICE

Elementi e principi generali di riferimento		Pag. 8
	Lo scenario	Pag.8
	La metodologia	Pag.10
	Programmare sulla base dei nuovi bisogni e delle nuove condizioni di vita	Pag.11
	Programmare per una popolazione di montagna	Pag.12
	Lo sviluppo della territorialità e l'orientamento per l'evoluzione del distretto	Pag.13
	I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP)	Pag.14
	La sostenibilità del rapporto tra risorse ed attività o prestazioni	Pag.15
	La popolazione ed il contesto di riferimento	Pag.17
	Struttura demografica e sociale	Pag.17
	Il benessere sociale	Pag.19
	Lo stato di salute	Pag.21
Valori e strategie di sviluppo e qualificazione per la promozione della salute e del benessere sociale		Pag. 24
1.	Sviluppare il ruolo di governo della Regione nella definizione degli obiettivi di salute e benessere sociale, nonché nella determinazione del sistema di offerta delle prestazioni.	Pag.24
2.	Implementare i sistemi di conoscenza delle differenze di salute e di benessere sociale nella popolazione.	Pag.24
3.	Contrastare le disuguaglianze nella salute mediante azioni esplicite, di riconosciuta evidenza e sostenibili secondo i criteri di finanziamento del sistema.	Pag.24
4.	Garantire a tutti i cittadini equità ed universalità di accesso a cure e ad azioni appropriate ed efficaci rispetto ai bisogni, con particolare attenzione alla congruità dei tempi e alle modalità di risposta.	Pag.25
5.	Potenziare il ruolo strategico della prevenzione.	Pag.25
6.	Assumere decisioni di programmazione in relazione ai bisogni di salute e di benessere sociale della popolazione, documentati dall'analisi epidemiologica e sociale.	Pag.25
7.	Definire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e delle prestazioni sociali (LEP) garantiti dalla Regione.	Pag.26
8.	Assumere il territorio come riferimento fondamentale per lo sviluppo e la qualificazione del servizio socio-sanitario regionale e per la promozione di un sistema di servizi che si fa carico, in modo unitario, delle necessità sanitarie e socio-educative-assistenziali della popolazione.	Pag.26
9.	Assicurare autonomia della persona ed il suo diritto ad una vita autodeterminata.	Pag.27
10.	Valorizzare e sostenere la famiglia, riconoscendo e sostenendone il ruolo nella formazione e cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale.	Pag.27
11.	Assicurare la sostenibilità delle decisioni assunte in rapporto alla disponibilità di risorse finanziarie, tecnologiche ed umane necessarie a realizzare gli obiettivi della pianificazione.	Pag.28
12.	Condividere un Piano che è anche Progetto.	Pag.29
Obiettivi per il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere sociale		Pag. 30
n. 1	Garantire lo sviluppo della conoscenza dei bisogni di salute e di benessere sociale, con particolare riguardo all'analisi delle disuguaglianze di salute e dei loro determinanti	Pag.31
A	<i>Consolidamento dell'osservazione epidemiologica</i>	Pag.31
B	<i>Sviluppo dell'osservazione sociale</i>	Pag.33
n. 2	Estendere l'osservazione epidemiologica ai determinanti di tipo ambientale	Pag.37

	<i>Istituzionalizzazione dell'osservazione epidemiologica ambientale</i>	
n. 3	Razionalizzare l'organizzazione delle attività di prevenzione e di promozione della salute <i>Sviluppo della distrettualizzazione delle attività e revisione dei compiti del Dipartimento di Prevenzione</i>	Pag.39
n. 4	Promuovere programmi di prevenzione primaria per la promozione della salute e per la tutela dai rischi <i>Promozione di corretti stili di vita</i>	Pag.41
n. 5	Promuovere la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro, nonché la prevenzione degli incidenti domestici <i>A Prevenzione dell'infortunistica sul lavoro</i> <i>B Prevenzione degli incidenti domestici</i>	Pag. 45 Pag.45 Pag.46
n. 6	Garantire la sicurezza degli alimenti conformemente alle indicazioni della normativa comunitaria e sostenere il miglioramento qualitativo delle produzioni tradizionali <i>A Responsabilizzazione dei produttori alimentari</i> <i>B Sviluppo del sistema di analisi del rischio</i>	Pag 48 Pag.48 Pag.49
n. 7	Contrastare le principali cause di morte per malattia presenti nella popolazione, con particolare riguardo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari ed ai tumori <i>A Realizzazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria</i> <i>B Sviluppo ed attivazione di programmi di screening</i>	Pag. 51 Pag. 51 Pag.53
n. 8	Potenziare i rapporti tra ospedale e territorio e rendere effettivi la continuità assistenziale e lo sviluppo dell'organizzazione unitaria dei servizi basata sul distretto <i>A Sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio</i> <i>B Potenziamento delle attività dell'area materno infantile</i> <i>C Riduzione delle liste di attesa e potenziamento dei percorsi di cura</i>	Pag.55 Pag.55 Pag.56 Pag.58
n. 9	Sviluppare l'assistenza primaria, la medicina specialistica territoriale e le cure palliative e monitorare l'assistenza farmaceutica <i>A Aggiornamento del modello di assistenza primaria e della medicina specialistica ambulatoriale</i> <i>B Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica e della sua appropriatezza</i> <i>C Prosecuzione delle pratiche riconducibili alle medicine non convenzionali</i> <i>D Sviluppo delle cure palliative, della terapia del dolore e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita</i>	Pag.60 Pag.60 Pag.61 Pag.62 Pag.63
n. 10	Sostenere e monitorare la qualità e la specificità del sistema di emergenza e urgenza sanitaria <i>Monitoraggio dell'attività del sistema di emergenza e urgenza sanitaria finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni</i>	Pag .65
n. 11	Potenziare attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione fra servizi sanitari e sociali <i>A Sviluppo di servizi domiciliari, semi- residenziali e residenziali in un contesto di rete tra servizi sanitari e sociali</i> <i>B Sviluppo e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale</i> <i>C Sviluppo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche</i> <i>D Miglioramento della rete dei servizi per la tutela della salute dei detenuti</i>	Pag. 67 Pag.67 Pag.71 Pag.72 Pag.74

n. 12	Sviluppare l'attività di lungoassistenza e l'attività di riabilitazione intensiva secondo la logica di rete integrata di servizi alla persona	Pag.76
	<i>Miglioramento dell'offerta assistenziale nei settori della riabilitazione e della lungodegenza</i>	
n. 13	Promuovere una nuova organizzazione delle sedi ospedaliere secondo criteri di eccellenza	Pag.78
	<i>Sviluppo dell'organizzazione ospedaliera secondo logiche orientate ai processi e ai differenti gradi di intensità di cura</i>	
n. 14	Contenere la mobilità sanitaria passiva	Pag.81
	<i>Controllo della domanda di prestazioni sanitarie e implementazione dell'offerta in rapporto alle cause di fuga e allo sviluppo di attività di eccellenza</i>	
n. 15	Consolidare l'attenzione della programmazione sanitaria verso le attività rivolte a garantire servizi ai turisti	Pag.84
	<i>Consolidamento e sviluppo delle funzioni dell'assistenza sanitaria maggiormente interessate dai flussi turistici</i>	
n. 16	Separare la definizione delle politiche sociali dalla realizzazione delle attività conseguenti e promuovere il coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona	Pag.86
A	<i>Individuazione dei soggetti con compiti di realizzazione delle politiche sociali di livello regionale</i>	Pag.86
B	<i>Promozione e sviluppo, nell'ambito dell'offerta di servizi sociali, dell'interdisciplinarietà e del coordinamento con le politiche per la salute, per l'istruzione, per la formazione, per il lavoro, per la casa, per i trasporti e per la tutela dei diritti.</i>	Pag.87
n. 17	Definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) regionali quale strumento per assicurare l'uniformità dei servizi e delle prestazioni in ambito assistenziale e socio-educativo e destinare in maniera vincolata, anche per la parte della finanza locale, il fondo regionale per le politiche sociali	Pag.89
A	<i>Definizione delle prestazioni che costituiscono i livelli essenziali</i>	Pag.89
B	<i>Destinazione vincolata, anche per la parte di finanza locale, del fondo regionale per le politiche sociali</i>	Pag.90
n. 18	Assumere il territorio del distretto come ambito di lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi	Pag.92
	<i>Avvio delle azioni finalizzate alla stesura dei Piani di zona</i>	
n. 19	Sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi	Pag.94
	<i>Sviluppo di un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi, mediante l'attivazione di una strategia di informazione in una logica di rete</i>	
n. 20	Completare la definizione degli standard delle prestazioni sociali e consolidare ed estendere l'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi	Pag.96
A	<i>Completamento della definizione di standard delle prestazioni sociali</i>	Pag.96
B	<i>Consolidamento ed estensione dell'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi</i>	Pag.96
n. 21	Sviluppare la solidarietà e la responsabilità sociale secondo il principio della sussidiarietà verticale ed orizzontale	Pag.99
A	<i>Promozione di un coordinamento regionale per le politiche giovanili</i>	Pag.99
B	<i>Sostegno alla famiglia come risorsa di coesione e solidarietà sociale</i>	Pag.100

C	<i>Sostegno, in ambito regionale, nazionale ed internazionale, del volontariato sociale</i>	Pag.101
n. 22	Attivare politiche di prevenzione del disagio minorile e giovanile e di intervento a favore di minori e giovani in situazione di disagio	Pag.103
A	<i>Prevenzione del disagio minorile e giovanile</i>	Pag.103
B	<i>Realizzazione di interventi in favore di giovani ultradiciottenni in situazione di disagio</i>	Pag.103
C	<i>Realizzazione di uno spazio suppletivo di emergenza alle comunità regionali per minori, idoneo ad accogliere minori stranieri non accompagnati</i>	Pag.104
n. 23	Sviluppare gli interventi tesi a contrastare le situazioni di bisogno sociale, con particolare attenzione alla disabilità e alla non autosufficienza	Pag.106
A	<i>Sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie e potenziamento del lavoro di rete</i>	Pag.106
B	<i>Sostegno all'integrazione sociale delle persone con disabilità e il loro inserimento in contesti occupazionali</i>	Pag.108
C	<i>Avvio di una sperimentazione di un pronto intervento sociale</i>	Pag.109
n. 24	Assicurare lo sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e sociali sulla base delle esigenze della domanda di prestazioni e del soddisfacimento dei bisogni della popolazione regionale	Pag.111
	<i>Monitoraggio dei fabbisogni di risorse umane e definizione di strumenti omogenei per la programmazione e l'attuazione dello sviluppo continuo delle professionalità in ambito sanitario e sociale</i>	
n. 25	Estendere il regime dell'autorizzazione a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle prestazioni, applicare e sviluppare il regime dell'accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale	Pag.114
A	<i>Autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di strutture e di attività sanitarie, socio- sanitarie, socio- assistenziali e socio- educative</i>	Pag.114
B	<i>Accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario al fine di orientare i processi di crescita della qualità del Servizio Sanitario Regionale verso l'eccellenza</i>	Pag.116
n. 26	Estendere la rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali al fine di favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e di sostenere i processi di programmazione e di controllo delle risorse umane, economiche e tecnologiche in ambito sanitario e sociale	Pag.119
A	<i>Estensione della rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali, al fine di favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e l'attività di comunicazione</i>	Pag.119
B	<i>Sviluppo della rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali, al fine di sostenere i processi di programmazione e di controllo delle risorse umane, economiche e tecnologiche in ambito sanitario e sociale</i>	Pag.121
n. 27	Realizzare l'unificazione delle sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate	Pag.126
	<i>Anmodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio</i>	
n. 28	Sostenere il processo di rinnovamento strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie regionali commisurato al grado di innovazione tecnologica ed organizzativa prevalente in ambito sanitario	Pag.128
	<i>Conclusione degli interventi di ristrutturazione e di manutenzione straordinaria presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta ed attuazione di progetti mirati per lo sviluppo della rete assistenziale sanitaria territoriale</i>	

n. 29	Dotare la rete dei servizi sociali di strutture logistiche adeguate a sostenere il processo di decentramento dell'assistenza sociale	Pag.133
	<i>Adeguamento della rete delle infrastrutture dei servizi sociali ai fabbisogni emergenti della popolazione regionale, con particolare attenzione all'attuazione di progetti mirati nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane e disabili</i>	
n. 30	Sostenere con adeguate risorse finanziarie le azioni del presente Piano	Pag.136
	<i>Individuazione dei criteri per il finanziamento delle azioni necessarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale</i>	
Rapporti tra la programmazione socio-sanitaria e la programmazione economica regionale e monitoraggio delle attività di Piano		Pag.144
	Rapporti tra la programmazione socio sanitaria e la programmazione economico finanziaria regionale	Pag.144
	Monitoraggio delle attività di Piano	Pag.144
Allegato all'obiettivo n. 18		Pag.147
	Linee guida per i Piani di zona	Pag.147
	Gli attori	Pag.150
	La programmazione partecipata	Pag.152
	I contenuti dei Piani di zona	Pag.153
	Fasi di predisposizione	Pag.156
	Livelli essenziali delle prestazioni	Pag.158
	Azioni di supporto	Pag.159
Allegato all'obiettivo n. 25		Pag. 161
	Il fabbisogno espresso di residenzialità nelle cure alla persona	Pag. 161
	I parametri assistenziali	
	L'offerta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e territoriali regionali	
	L'offerta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e territoriali extra-regionali	Pag. 164
Cronoprogramma degli obiettivi del Piano		Pag.167

ELEMENTI E PRINCIPI GENERALI DI RIFERIMENTO

Lo scenario.

Il passaggio ad un nuovo documento regionale di programmazione sanitaria e sociale si realizza attraverso un processo che aggiorna ed adegua le strategie fino ad allora realizzate, alle esigenze e fattori nel frattempo intervenuti e allo studio delle prevedibili evoluzioni.

Guidano questo processo i risultati già raggiunti dalla pianificazione attuata, uniti alle nuove evidenze emerse dall'analisi dei bisogni di tipo epidemiologico e sociale.

La fase di elaborazione della nuova pianificazione regionale si colloca in un contesto nazionale di rilevante evoluzione istituzionale, normativa e culturale che può così essere sintetizzato:

- il processo di riforma del Titolo V della Costituzione attuato con la legge costituzionale n. 3/2001, che ha sancito la federalizzazione delle componenti sanitarie e sociali del welfare, ponendo le condizioni per il passaggio da un sistema di welfare statale ad un sistema di politica comunitaria (welfare community), rafforzando così il federalismo fiscale introdotto dalla legge n. 133/1999 e reso operativo dal decreto legislativo n. 56/2000;
- la legge n. 328/2000, legge quadro lungamente attesa per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 febbraio 2001, concernente l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 novembre 2001 relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- le previsioni di una ulteriore fase di devoluzione e ripartizione dei compiti fra Stato e Regioni in materia di salute e di assistenza sanitaria;
- la ricerca di definizioni di livelli di fabbisogno anche nel campo dei servizi sociali, in analogia ai livelli di assistenza individuati per la sanità, nell'esigenza di assicurare parametri equi ed uniformi di prestazioni in risposta ai bisogni della popolazione.

Sotto il profilo culturale emerge con sempre maggiore rilevanza la necessità di sviluppare soluzioni gestionali per il governo dei servizi alle persone, nell'esigenza di affrontare unitariamente le componenti sanitarie, socio sanitarie e sociali secondo i principi di una politica di comunità, o welfare community. Ciò comporta che:

1. *il servizio sanitario può contribuire all'aumento delle attese di vita della popolazione, ma è insufficiente, anche al massimo della sua appropriatezza, per affrontare problemi di organizzazione sociale, di sistema economico-produttivo, di assetto territoriale, di dinamica demografica che hanno un profondo impatto sulle condizioni di vita, sulla distribuzione dei rischi, sulla disponibilità delle risorse, in altre parole, sulla salute ed il benessere in generale;*
2. *il servizio sanitario va considerato all'interno di un sistema sanitario più ampio e non in sovrapposizione ad esso, che necessita di collegamenti e di*

coordinamenti tra tutte le componenti del servizio socio sanitario regionale a vario titolo impegnate nel promuovere, mantenere e ristabilire uno stato di salute fisica e psichica;

3. *si rende necessario procedere allo sviluppo ed alla qualificazione dei servizi e degli interventi sociali*, che consentano al servizio socio-sanitario regionale di svilupparsi non tanto come organizzazione di elementi aggregati per il raggiungimento di predefiniti obiettivi, quanto come insieme di elementi fra loro interagenti, che operano per perseguire i medesimi obiettivi, indipendentemente dall'organizzazione amministrativa di appartenenza;

4. *lo sviluppo in termini di sistema dei servizi per la salute ed il benessere sociale, porta a:*

individuare nell'integrazione tra tutte le componenti sociali la metodologia di lavoro ideale per aprire l'organizzazione del servizio sanitario a logiche non più solo sociosanitarie, ma di salute e di benessere in senso più ampio;

avviare un dialogo interdisciplinare ed interistituzionale che sottolinei la necessità di operare una connessione fra le diverse tipologie di servizi rivolti alla popolazione (quelli sanitari, quelli sociali, quelli della casa, della scuola, dei trasporti e dell'ambiente, che possono tutti influire sullo stato di salute e di benessere sociale della popolazione) in modo il più possibile complementare gli uni agli altri, secondo una concezione unitaria di "servizi alla persona";

individuare nel territorio e nelle sue articolazioni - comunità montana o distretto - l'ambito privilegiato nel quale ricomporre l'unitarietà dei servizi alla persona;

evidenziare la necessità di ruoli istituzionali che distinguano chi governa, chi gestisce, chi organizza, chi produce, indipendentemente dalle coincidenze determinate dalla dimensione del territorio;

sollecitare tutte le potenzialità dell'associazionismo e del volontariato coinvolgendo i cittadini e le loro associazioni nelle scelte che riguardano la salute ed il benessere sociale, secondo una logica di programmazione partecipata;

valorizzare il ruolo della famiglia nell'educazione alla salute, al benessere e nell'assistenza ai suoi componenti, coinvolgendola e sostenendola come soggetto di irrinunciabile valore umano e sociale per la comunità valdostana.

Secondo quanto appena detto, si pone in evidenza che:

- l'attenzione della pianificazione sanitaria non può limitarsi al rapporto salute/malattia;
- le politiche per la salute non possono essere affrontate con i soli strumenti del servizio sanitario, ma vanno inquadrare nell'ambito più ampio del sistema di benessere sociale (ovvero del sistema di garanzie che consente il massimo benessere sociale e sanitario alla popolazione nei limiti delle risorse disponibili);
- ogni problematica relativa alla salute ed al benessere sociale deve essere risolta ponendo al centro la persona e la sua qualità della vita, da sostenere con dinamiche di autosviluppo del singolo, della famiglia e delle comunità locali;
- un sistema nuovo, come quello richiesto dalla politica di comunità, non può essere governato con gli strumenti della precedente programmazione. Esso richiede una nuova configurazione e nuove modalità di raccordo fra la pianificazione regionale, la pianificazione locale e la pianificazione territoriale;

- è forte la necessità di una intersettorialità sia nella programmazione degli interventi per la salute e per il benessere sociale, sia nella organizzazione dei servizi sanitari e sociali, considerando a tal fine le esigenze di:
 - raccordo fra la programmazione sanitaria e la programmazione territoriale più ampia;
 - definizione di strumenti di raccordo fra competenze proprie del servizio socio sanitario regionale e quelle degli enti locali;
 - sussidiarietà orizzontale, con la presenza del privato sociale e del volontariato;
 - organizzazione del sistema di servizi secondo un modello di reti integrate.

La metodologia.

Rispetto a tale scenario, da un lato, si ritengono ancora validi i principi ispiratori del precedente Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004 ai quali, pertanto, si rinvia in termini di continuità, dall'altro, emergono nuovi bisogni che richiedono di procedere nell'ottica di:

- *porre al centro dell'attenzione la persona*, come soggetto di diritti e di bisogni e come protagonista dell'organizzazione dei servizi, valorizzando però al contempo in essa la consapevolezza del limite. La coscienza di limiti, sia di conoscenza, sia di efficacia, ad oggi insuperabili persino per la scienza medica più avanzata, aiuta chi è in condizione di malattia, e la famiglia che lo assiste, a superare meglio situazioni spesso molto difficili;
- *garantire l'eticità del sistema*, sia per quanto riguarda gli operatori - ai quali va l'invito ad aderire alle regole della buona pratica professionale - sia per quanto riguarda i cittadini - che sono invitati ad informarsi in modo corretto ed esauriente per valorizzare al massimo la consapevolezza e la libertà di scelta -, sia infine per quanto riguarda il rapporto tra operatori e cittadini, che deve essere imperniato sul reciproco ascolto e nel rispetto della persona, dei bisogni e dei ruoli;
- *assicurare il governo dell'offerta*, come definita dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e dai futuri livelli delle prestazioni sociali (LEP), definendo cosa deve essere messo a disposizione, dove e con quali caratteristiche, al fine di rispondere ai bisogni ed alla conseguente domanda di prestazioni;
- *distinguere l'offerta*, della quale è responsabile il Governo della Regione, dalla organizzazione produttiva, di cui rispondono l'Azienda U.S.L. per le prestazioni sanitarie e sempre più gli enti locali per le prestazioni sociali;
- *promuovere la salute*, intendendo con ciò non l'assenza di malattia, ma il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria condizione di benessere psico-fisico e di migliorarla;
- *assicurare il processo di integrazione* fra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali orientando l'organizzazione delle prestazioni verso una logica sistemica che garantisca il coordinamento di adeguati percorsi di cura e di assistenza alla persona;
- *guidare il processo di modificazione* e di decentramento agli enti locali dell'organizzazione e della gestione dei servizi socio-assistenziali;
- migliorare l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza delle gestioni.

Con questa metodologia si intende passare dalla pianificazione socio-sanitaria comunemente detta, alla pianificazione per la salute ed il benessere sociale o, meglio,

da un Piano socio-sanitario regionale ad un “Piano per la salute ed il benessere sociale” della popolazione valdostana.

Conseguentemente il piano si sviluppa nel rapporto fra obiettivi, attività e monitoraggio dei processi e degli esiti, osservando in proposito che:

- *i valori e gli indirizzi strategici* sono le direttrici fondamentali lungo le quali scorre tutto il processo di pianificazione e dalle quali derivano obiettivi e attività;
- *gli obiettivi* sono conseguenti e realizzativi dei valori strategici che il piano individua come linee di indirizzo per la pianificazione;
- *le attività* sono le azioni, le iniziative, i processi con cui si intende rendere più efficace ed efficiente l’offerta di servizi e di prestazioni alla persona per il perseguimento degli obiettivi;
- *il periodo di validità* della pianificazione, per alcune attività può assumere un valore progettuale di lungo periodo alla cui base però è necessario concordare un processo decisionale sui futuri assetti organizzativi e sulla loro evoluzione.

Trasversalmente a tutto ciò, l’attività di osservazione dei bisogni di salute e di benessere sociale, svolta a livello istituzionale, assume la funzione di verifica e di aggiornamento dell’azione di pianificazione così intrapresa.

Programmare sulla base dei nuovi bisogni e delle nuove condizioni di vita.

Il fondamentale compito di un sistema per la salute ed il benessere sociale è quello di tutelare e promuovere la salute fisica, psichica e sociale di tutti i cittadini. Tale traguardo risulta però raggiungibile solo se il servizio sanitario e quello sociale sono in grado di soddisfare, dopo averli misurati e valutati, i bisogni della popolazione di riferimento.

La lettura dei bisogni non prescinde dalle caratteristiche del contesto in cui il bisogno nasce e si manifesta, siano queste generalizzate a livello nazionale o proprie di un ambito regionale.

La Valle d’Aosta, al pari di quanto accade a livello nazionale, sta vivendo un’epoca caratterizzata da rilevanti cambiamenti del contesto sociale, scientifico e tecnologico che hanno mutato i bisogni della popolazione, facendo emergere nuove esigenze di cura e di assistenza legate soprattutto alla cronicità.

L’innalzamento dell’età media della popolazione, dovuto anche alla diminuzione della mortalità per patologie acute, ha determinato un aumento delle patologie cronico-degenerative collegate all’età e spesso associate alla disabilità. E’ necessario predisporre ad affrontare una domanda di assistenza di natura diversa da quella tradizionale, caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e, soprattutto, dall’integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

Oltre a ciò, l’evoluzione delle professioni ha modificato il mercato del lavoro, rendendolo più consapevole e professionale, ma anche molto più dinamico, al punto che ancora per qualche anno saremo condizionati da carenze dovute ad una mutabile

programmazione formativa. Strategico in questo senso risulta il ruolo che l'Università della Valle d'Aosta assumerà nella creazione delle figure professionali, soprattutto se svolto in stretta collaborazione con la realtà del mercato del lavoro.

L'evoluzione delle tecnologie sanitarie e genetiche permette inoltre oggi di raggiungere risultati quali-quantitativi impensabili nel passato, ma pone il problema dell'assorbimento di risorse economiche sempre maggiori a fronte della garanzia di equità ed universalità delle prestazioni.

Si è altresì assistito ad un mutamento culturale ampio che ha prodotto uno straordinario incremento della domanda percepita di salute da parte dei cittadini che si sentono finalmente al centro del sistema salute e chiedono prestazioni di qualità, che garantiscano continuità assistenziale, valutazione multidimensionale e multiprofessionale. Un mutamento culturale che non sempre però ha orientato le richieste nel senso dell'appropriatezza, poiché l'aumento di informazioni facilmente disponibili su accessi a cure e prestazioni, non sempre ha favorito la finalità educativa arrecando un vantaggio reale per la salute, ma piuttosto ha di frequente creato situazioni da libero mercato, in cui le regole etiche non sono ancora state scritte e le persone non hanno ancora acquisito gli strumenti conoscitivi idonei a beneficiare della molteplicità di un'offerta superspecializzata, senza essere da questa sovrastata e condizionata.

Il sistema salute, e l'offerta pubblica in particolare, si trovano, rispetto al passato, costretti anche a proteggere e a tutelare i cittadini da eccessi di prestazioni, a governare e correggere una domanda a tratti impropria, con frequente insoddisfazione da parte degli utenti che ritengono non sia stata data loro risposta al bisogno.

Programmare per una popolazione di montagna.

La promozione della salute nelle diverse realtà del Paese è un impegno e una garanzia che trae origine dalla nostra Carta Costituzionale. Questa stessa Carta afferma che la "salvaguardia e la valorizzazione delle zone montane rivestono carattere di preminente interesse nazionale" (art. 44), *da qui l'impegno, e il dovere, da parte dello Stato di garantire su tutto il territorio nazionale i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria e sociale.*

Organizzare e gestire servizi sanitari e sociali in terreni montani comporta senza dubbio difficoltà maggiori e impone scelte differenziate (parametri diversi, in termini, ad esempio, di posti letto per abitante, tassi di ospedalizzazione più alti rispetto a zone di pianura, sistema di emergenza più complesso, ecc..). Svantaggi naturali, svantaggi climatici e orografici, squilibri nella struttura demografica e talvolta in quella sociale rendono più difficile, in montagna, l'applicazione dei modelli utilizzati in altre aree del Paese. Difficoltà ad arrivare in ogni paesino con servizi di qualità, costi più elevati di costruzione delle strutture sanitarie e sociali sono i problemi con cui confrontarsi stabilmente nelle zone alpine, dove inoltre la vita associativa è più difficile e la distanza dal centro ospedaliero è maggiore.

Senza dubbio va quindi sottolineato il nostro problema fondamentale: la sanità in montagna comporta costi strutturali superiori alla media nazionale. La Commissione sui problemi della sanità in montagna istituita nel luglio del 2000 con

decreto del Ministero della Salute ha quantificato l'incidenza di tale "surplus" nell'ordine del 20%.

Da questa situazione di partenza, non favorevole, bisogna però, nella stesura del nuovo piano regionale per la salute ed il benessere sociale, utilizzare al meglio tutte le "specificità" del nostro territorio, tutte le risorse presenti, prevedendo modelli organizzativi più efficaci.

Le montagne infatti sono anche territori di qualità. Questo è certamente riferibile a valori reali ed oggettivi di sanità e salubrità dell'aria e delle acque, alla presenza del bosco, al panorama, alla minore incidenza di rumori e di tassi di inquinamento, a stili di vita che prevedono maggiore attività fisica, a prodotti alimentari locali di sicura genuinità. Così come risorsa importante della nostra realtà montana è il volontariato, frutto di quella solidarietà alpina così importante nel passato e da valorizzare anche oggi come grande possibilità di integrazione con i servizi pubblici.

Per questa realtà, portatrice di difficoltà ma anche ricca di elementi positivi, bisogna studiare e mettere in opera modelli organizzativi sanitari e sociali più rispondenti alla nostra specificità. L'attivazione di questi modelli può divenire un laboratorio di qualità non solo per la nostra realtà. Il nostro territorio si presta infatti in modo particolare alla prevenzione sanitaria primaria e secondaria delle malattie: la Valle d'Aosta, che già spende di più delle altre Regioni in questo settore, incentiverà anche la ricerca epidemiologica per una prevenzione ancora più efficace.

Si è ben consapevoli infine che fornire un servizio sanitario e sociale efficace e capillare nelle nostre valli e nei nostri paesi sarà condizione determinante per il mantenimento della popolazione nelle zone alpine e che ciò permetterà il controllo e la salvaguardia del territorio indispensabili per la sopravvivenza.

Lo sviluppo della territorialità e l'orientamento per l'evoluzione del distretto.

Lo sviluppo dei servizi in una prospettiva di sistema e la conseguente integrazione fra i servizi sanitari e i servizi sociali per la salute e il benessere sociale, attribuisce al territorio, ed agli enti locali in esso istituzionalmente rappresentati, un ruolo di centralità, sia sotto il profilo organizzativo, sia sotto il profilo degli strumenti di programmazione.

Si rende quindi necessario un ulteriore sviluppo del distretto che deve adeguare l'organizzazione dei servizi e delle attività ai bisogni espressi dalla popolazione e cioè non secondo le modalità indotte dall'organizzazione dei servizi, ma secondo le modalità comunemente previste dai "percorsi di cura", in base ai quali il contributo di ogni singolo operatore, sanitario o sociale è pensato anche al di fuori dei confini fisici e disciplinari del servizio a cui appartiene, perché prevede un approccio multifunzionale al bisogno di salute e di assistenza, e soprattutto una maggiore integrazione organizzativa.

Certamente si tratta di un processo graduale e lento, come il processo culturale e formativo che lo deve accompagnare affinché la nuova organizzazione dei servizi venga percepita come soluzione ottimale - e non imposta - per rispondere in modo

funzionale ed integrato a bisogni di salute e di benessere sociale sempre più complessi.

Si tratta di un percorso necessario che ha già dimostrato di funzionare efficacemente in alcuni segmenti dell'offerta sanitaria, come le strutture ospedaliere, e come avviene già da tempo nei settori delle politiche sociali, in cui la presa in carico è ad opera di équipes multiprofessionali che abitualmente operano uscendo dai confini fisici delle strutture di appartenenza per incontrare e risolvere il bisogno della persona, insieme ad altre figure professionali, concordando protocolli di intervento condivisi e comuni.

Tutto ciò comporterà una graduale:

- *rivisitazione dei meccanismi organizzativi*, consistente nella semplificazione ed ottimizzazione delle attività svolte;
- *riprogettazione dei processi*, consistente nella ricomposizione delle singole azioni in percorsi o processi orientati alla persona, che avrà come conseguenza anche la riduzione di funzioni di coordinamento fra le componenti gestionali, organizzative e produttive del servizio socio sanitario regionale,
- *introduzione di sistemi di controllo* delle attività esercitate e di valutazione e retribuzione del personale in rapporto ai risultati conseguiti, sia in termini di esito che di soddisfazione degli utenti.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP).

L'orientamento alla salute, genericamente intesa, e la conseguente esigenza di integrazione fra servizi sanitari e servizi sociali, determina la necessità di individuare, accanto ai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), anche i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP).

Per quanto riguarda le politiche sociali, lo Stato è chiamato, a norma della lett. m) del secondo comma dell'art. 117 della Costituzione, a stabilire quali siano i livelli essenziali delle prestazioni sulla scorta di quanto già stabilito dalla legge n. 328/2000, ovvero a garantire quell'insieme di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale e ciò soprattutto contro il rischio di diversificazioni all'interno del territorio nazionale.

Oltre a ciò, a livello nazionale, la riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione ha profondamente inciso sul riparto delle competenze legislative ed amministrative tra Stato e Regioni, ridefinendo complessivamente i rapporti tra i livelli di Governo prevedendo, tra l'altro, che sia lo Stato a definire con proprie norme e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale i "livelli minimi o irrinunciabili" delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali, e attribuendo alle Regioni la determinazione di ogni ulteriore intervento nel settore.

Nel settore dei servizi sociali, il "nucleo essenziale" dei diritti sociali coincide con quel "livello minimo" di prestazioni, al di sotto del quale viene meno la garanzia riconosciuta a tutti i cittadini italiani dalla Costituzione e che pertanto rappresenta il "livello irrinunciabile" nel momento in cui si progetta una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. *Come dire che per definire i LEP è necessario partire da questa base comune di prestazioni garantite a tutti i cittadini italiani.*

Di conseguenza, nelle politiche sociali si definisce “livello essenziale” quel livello aggiuntivo, ulteriore al “livello minimo o irrinunciabile” già previsto dal diritto costituzionale.

Alcuni esempi di ciò che è immediatamente e direttamente esigibile, in quanto riconosciuto come diritto costituzionale sono:

- il diritto al lavoro previsto dall'art. 4 della carta Costituzionale, che promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto in ciascun cittadino secondo le proprie capacità e scelte;
- il diritto previsto dall'art. 38 della carta Costituzionale al mantenimento e all'assistenza sociale per gli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere che si esplica attraverso specifiche prestazioni economiche (pensioni assistenziali, rendite INAIL, ecc.);
- il diritto previsto dall'art. 30 della carta Costituzionale in tema di tutela dei minori;
- il diritto previsto dall'art. 32 della carta Costituzionale in tema di tutela estensiva della salute, in particolare per quanto riguarda le cure gratuite agli indigenti.

La legge n. 328/2000, dal canto suo, ha definito i livelli essenziali delle prestazioni sociali, ma lo ha fatto individuando meri ambiti di intervento (art. 22, c. 2) che devono essere riempiti di contenuti specifici per dare chiarezza e trasparenza di garanzia di prestazioni offerte in base al territorio, alle modalità ed ai requisiti di accesso.

Rimangono così ad oggi solo delle grandi direttrici sulle quali instradare il sistema integrato di interventi e servizi sociali regionali, lungo le quali andranno progressivamente individuate le prestazioni da garantire in ragione delle specificità legate alla contingenza temporale ed ai diversi ambiti territoriali.

Nella definizione regionale dei LEP occorrerà pertanto distinguere, da un lato, le prestazioni rese a livello regionale che costituiscono il livello minimo delle prestazioni sociali immediatamente esigibili perché garantite dalla carta Costituzionale (e come tali diritti soggettivi), dall'altro le prestazioni ulteriori, che possono essere garantite dalla programmazione regionale dei servizi, secondo criteri di gradualità, in relazione ai bisogni ed alle risorse disponibili.

La sostenibilità del rapporto tra risorse ed attività o prestazioni.

L'orientamento dei servizi verso la salute ed il benessere sociale, l'integrazione fra sanità e servizi sociali, l'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ed infine l'ulteriore sviluppo previsto per l'organizzazione del territorio, pongono l'esigenza di una forte attenzione al rapporto fra attività o prestazioni garantite e risorse impiegate ed, in particolare, alla certezza delle fonti di finanziamento.

Dall'esame dai dati relativi alla spesa sanitaria e sociale desunti dagli atti contabili di previsione nel periodo 2001-2007 - resa nell'ambito della parte del presente Piano dedicata alle risorse finanziarie - emerge che l'incidenza della spesa stessa assume un peso crescente a carico del bilancio regionale.

Da ciò ne deriva che il problema della definizione dei “livelli essenziali” in ambito sanitario e sociale (LEA e LEP) pone la questione di una possibile selezione delle prestazioni sanitarie e sociali da garantire alla popolazione regionale.

L'equilibrio tra universalità di accesso alle prestazioni, equità e qualità delle prestazioni è stato interpretato in modi differenti; va da sé che, dovendo rimanere nei vincoli delle risorse economiche disponibili, inevitabilmente si deve sacrificare qualcosa alla garanzia di offrire “tutto a tutti”.

I livelli di assistenza sanitaria e sociale sono stati spesso interpretati come uno strumento per ridurre i contenuti delle prestazioni e quindi riuscire ad attuare in modo equo ed efficiente una politica di selezione o di scelta.

Poiché da un lato è difficile ridurre i livelli di garanzia sanitaria e sociale e, dall'altro, risulta altrettanto difficile definire in assoluto ciò che è essenziale è frequente che per “livelli essenziali” si intenda di fatto “livelli sostenibili sulla base delle risorse disponibili”. Questa è la ragione per cui sarebbe forse preferibile usare l'espressione “livelli garantiti” e non “livelli essenziali” poiché è possibile garantire solo ciò che può essere sostenuto finanziariamente e non tutto ciò di cui si riconosce l'essenzialità.

Per cercare di definire il concetto di livello essenziale o meglio di “livello garantito” di assistenza si dovrebbero applicare i concetti di utilità, di efficacia e di economicità, questi ultimi peraltro già enunciati per la parte sanitaria nel decreto legislativo n. 229/1999.

Di fatto il sistema sanitario e sociale dovrebbe poter rispondere ai bisogni della sua popolazione in modo efficace ed efficiente, avendo come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze di esito e di accesso.

L'assunzione del compito di aumentare l'equità complessiva del sistema può però mettere in crisi la logica di una valutazione condotta sui soli principi di valutazione economico finanziaria nella definizione di priorità in sanità, per cui, solo garantendo una proficua interazione tra l'analisi dei bisogni, i criteri del decisore politico, le evidenze dell'operatore sanitario e sociale ed il consenso dell'utenza, si può pensare di arrivare ad una soluzione accettabile al problema della definizione di livelli essenziali (garantiti) di assistenza o di prestazioni.

A questo proposito il Piano realizzerà questo complesso processo definitorio consapevole della necessità di una integrazione delle diverse competenze.

Da un lato, infatti, è necessario disporre di informazioni di tipo epidemiologico e sociale per la definizione del bisogno e per fornire una dimensione quantitativa del problema ed individuare un percorso risolutivo; dall'altro, sono da compendiare conoscenze di natura economica e sociale in presenza di vincoli di bilancio noti e predeterminati da parte degli enti coinvolti nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali. Non da ultimo è incluso in questo processo definitorio il privato sociale e tutti quei testimoni privilegiati che consentono una lettura del bisogno stesso più vicina possibile alla persona che ne è portatrice.

La popolazione ed il contesto di riferimento.

I principi generali considerati nei punti precedenti e che vengono assunti a riferimento del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008, vanno letti in relazione ai bisogni di una popolazione che presenta le seguenti caratteristiche:

Struttura demografica e sociale.

Alla data del 1° gennaio 2002, la popolazione della Valle d'Aosta ammontava a 120.909 persone di cui 2.630 stranieri residenti, pari al 2,2% del totale, in prevalenza femmine. Il tasso di immigrazione è in linea con la media nazionale e lievemente inferiore rispetto al nord ovest.

Complessivamente l'immigrazione valdostana proviene in misura maggiore dall'area africana settentrionale e da quella europea centro orientale. La maggioranza di stranieri residenti è coniugata e le classi di età più numerose sono quelle tra 30 e 39 anni. Fino ai 44 anni la geografia più rappresentata è quella africana settentrionale, mentre dai 45 anni in poi sono in proporzione più numerosi gli stranieri di provenienza europea. Oltre ad Aosta, che ospita il maggiore insediamento, in misura sensibilmente inferiore si registra una discreta presenza di stranieri residenti nei comuni di Courmayeur, Valtournenche e Saint-Vincent.

Il distretto che comprende il capoluogo e il distretto n. 3 (Media Valle) sono quelli a più elevata densità abitativa. La popolazione è insediata soprattutto nei fondovalle e lungo il corso della Dora Baltea. Ad Aosta risiede il 28,3% della popolazione e, unendo anche i comuni che circondano il capoluogo, la percentuale approssima la metà della popolazione regionale. Tra gli altri comuni della regione, quelli più popolati sono: Saint-Pierre, Sarre, Villeneuve, Saint-Christophe, Gressan, Saint-Vincent, Châtillon, Pont-Saint-Martin e Verrès.

Il numero medio di figli per donna è 1,33 - poco più elevato sia del nord-ovest, sia dell'Italia. Ogni 1.000 residenti nascono 9,2 bambini e, in questo caso, il valore è lievemente superiore a quello del nord-ovest, ma inferiore a quello della media nazionale. Ad eccezione del distretto n. 1 (Alta Valle), *la differenza tra il numero di nati e quello dei deceduti in un anno è negativa; a determinare comunque la crescita della popolazione regionale sono i nuovi cittadini, soprattutto stranieri, iscritti nelle liste dei residenti*, la cui propensione alle nuove nascite è maggiore di quella della popolazione locale: se infatti nel 2000, a fronte di 1.153 nati in Valle d'Aosta, 56 (il 4,8%) erano stranieri, oggi questa percentuale supera l'11%.

Come nel resto d'Italia, alla nascita si registrano più maschi che femmine e questa prevalenza maschile perdura fino ai 60 anni di età quando il rapporto tra maschi e femmine si inverte - e cresce - in favore delle donne, per effetto della loro naturale maggiore longevità, ma anche per una mortalità maschile che in Valle d'Aosta è superiore - e più precoce - della media nazionale e delle altre aree del nord.

Il distretto con la popolazione più giovane è il n. 1 (Alta Valle), contrapposto al distretto n. 4 (Bassa Valle), che è quello a maggiore prevalenza di anziani rispetto la media regionale. Questa differenza demografica si traduce ovviamente in profili di

salute e di bisogni sanitari e socio assistenziali diversi tra le due aree geografiche estreme della Valle.

I bambini da 0 a 10 anni sono il 9,7 % della popolazione totale, mentre gli anziani di età compresa tra 65 e 74 anni sono il 10,3% - un valore appena inferiore a quello del nord-ovest e della media nazionale. I grandi anziani, con età cioè superiore a 74 anni, sono il 7,9 % - inferiori sia al nord-ovest, sia alla media nazionale.

Ad essi, anziani e bambini, la società valdostana ha riservato particolare attenzione in termini di offerta di servizi perseguendo obiettivi legati sia alla promozione ed al sostegno dei loro diritti individuali, sia al sostegno delle responsabilità familiari legate al lavoro di cura ed alla sua conciliazione con il lavoro per il mercato, in particolar modo per le donne. E' noto infatti, che tra le azioni più efficaci nel contrastare e ridurre il rischio di povertà per le famiglie vi è la possibilità di disporre di un secondo reddito (anche parziale) legato alla partecipazione al mercato del lavoro.

Per la primissima infanzia (0- 3 anni), è in corso una intensificazione della varietà delle risposte istituzionali organizzate, che registra allo stato attuale un rapporto di 2 posti ogni 10 bambini. L'ampliamento dell'offerta è diretto a creare risposte a tutte le famiglie che includono bambini di età inferiore ai 3 anni 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 sempre centrale la necessità di garantire e promuovere i diritti dei bambini all'educazione ed alla socializzazione extra-familiare.

Per gli anziani l'offerta media regionale è di 9 posti in strutture residenziali ogni 100 persone ultrasessantacinquenni, indipendentemente dal loro stato di salute e dal loro livello di autonomia funzionale e psichica. Anche per loro l'analisi dei bisogni di salute e di assistenza consentirà nel prossimo futuro inserimenti più idonei e conformi alle tipologie di strutture.

Per quanto riguarda le famiglie, alla data dell'ultimo Censimento 2001 dell'Istat, in Valle d'Aosta se ne contano 53.333, di cui il 34,8 % composte da una sola persona che rappresentano la categoria di famiglia più diffusa nella nostra regione con percentuali superiori sia a quelle del nord-ovest, sia al resto d'Italia.

Pensando quindi alle politiche sociali ed a quelle familiari in particolare sarà necessario considerare questa specificità regionale.

Rispetto ai soli nuclei familiari (almeno 2 persone) ed alle altre aree geografiche del nord, in Valle d'Aosta sono presenti meno coppie coniugate; le famiglie composte da coppie con figli rappresentano la percentuale più elevata (50,6%), sebbene si tratti di un valore inferiore sia al nord-ovest, sia alla media nazionale.

Le coppie senza figli sono in proporzione più numerose che altrove e rappresentano il 35,1% dei nuclei familiari.

Sono presenti inoltre famiglie monogenitoriali, formate cioè da un solo genitore con figli, che rappresentano il 14,4% del totale, una percentuale più elevata del nord-ovest e della media nazionale. Tra queste, particolarmente elevata, anche rispetto ai confronti è la percentuale delle madri sole con figli.

Si è detto che la crescita della popolazione regionale è fortemente legata ai comportamenti riproduttivi dei cittadini stranieri, che secondo i dati dell'ultimo censimento costituiscono poco più del 2% della popolazione residente nella nostra regione e sono in prevalenza persone adulte. Negli ultimi dieci anni il numero di cittadini stranieri regolarmente presenti nella nostra regione è quasi raddoppiato ed è interessante evidenziare una progressiva femminilizzazione dei flussi migratori. Dai dati del "Secondo rapporto su vulnerabilità e povertà in Valle d'Aosta", il tasso di femminilizzazione degli stranieri è passato dal 42,8% del 1997 al 51,2% del 2003. Tra le ragioni di quest'ultimo fenomeno vi sono i processi legati al ricongiungimento familiare, anche se il lavoro, in particolare quello alle dipendenze, rimane in ogni caso il principale motivo di presenza nella nostra regione.

Il benessere sociale.

Al concetto di benessere si associa spesso prevalentemente quello di ricchezza economica, anche se l'associazione risulta troppo semplicistica per spiegare i determinanti reali della condizione di povertà e di emarginazione sociale.

In base alle stime regionali diffuse dall'ISTAT per il 2002-2003, l'incidenza della povertà relativa - secondo la quale è povero chi ha accesso ad un consumo pari o inferiore al consumo medio pro-capite - è inferiore in Valle d'Aosta (7%) non solo rispetto al valore medio nazionale, ma anche rispetto a quella che si stima in altre regioni autonome quali il Trentino-Alto Adige ed il Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 11% e 9%). Le ridotte dimensioni della Valle d'Aosta, e delle altre due regioni prese come riferimento, influiscono tuttavia significativamente sui risultati del calcolo delle stime ed è quindi necessario leggere i dati con cautela, considerandoli prevalentemente dal punto di vista del trend che, per la nostra regione, non mostra significativi scostamenti tra il 2002 e il 2003. Queste stime, inoltre, si basano su una soglia di povertà relativa calcolata in rapporto ai consumi medi nazionali e non tengono quindi conto del più elevato costo della vita nella nostra regione, per il quale potrebbe esservi una quota di individui e di famiglie che non è povera rispetto agli standard nazionali, ma lo è rispetto a quelli regionali.

I dati segnalano una situazione certamente non drammatica, ma in tensione, a seguito dei processi di de-industrializzazione e di trasformazione del mercato del lavoro, di invecchiamento della popolazione e di crisi degli assetti familiari tradizionali: fenomeni che possono mettere in difficoltà sia i bilanci delle famiglie, sia il sistema di welfare regionale così come tradizionalmente sviluppatosi fino ad oggi.

Al fine di sostenere gli individui e le famiglie che vivono in condizione di difficoltà socio-economica e con l'obiettivo di evitare che queste condizioni si cronicizzino, sono state messe in campo numerose strategie sociali regionali. La possibilità di usufruire di misure di sostegno economico è sicuramente essenziale, ma da sola non è sufficiente per coloro che si trovano a vivere in condizione di povertà.

Da una prima indagine campionaria¹ regionale pubblicata nel "Secondo rapporto su vulnerabilità e povertà in Valle d'Aosta" a luglio 2005 - a cura della Commissione regionale sullo stato della povertà e dell'esclusione sociale in Valle d'Aosta - su coloro che a partire dal 1999 hanno beneficiato per la prima volta degli interventi

¹ Complessivamente il gruppo (coorte) dei beneficiari era composto da 195 individui e l'arco temporale lungo il quale è stata osservata la storia di questi casi (finestra di osservazione) è stato esteso a tutto il 2003.

regionali di assistenza economica “minimo vitale” e sussidi straordinari (artt. 3 e 5, l.r. 19/1994), emergono alcuni elementi utili per la programmazione delle politiche in quest’area di intervento che, pur non potendo essere generalizzati ai fini della descrizione delle caratteristiche delle condizioni di bisogno dell’intera popolazione regionale, certamente tracciano un profilo interessante dei cittadini noti ai servizi per essere portatori di questa particolare condizione di bisogno.

Sulla base dei risultati della ricerca - nell’ambito della quale i beneficiari sono stati suddivisi in persone “abili” e “non abili” (anziane e/o invalide) - quasi tre quarti degli assistiti facenti parte della coorte esaminata sono persone “abili” (69%), appartenenti a famiglie monogenitoriali in misura del 40,6%, unipersonali per il 33,1% o coppie con figli in cui entrambi i coniugi sono disoccupati o senza pensione nel 63% dei casi, ma è stata rilevata anche una significativa quota di famiglie assistite con un solo coniuge occupato.

Nella metà dei casi i beneficiari sono giovani adulti in età compresa tra i 30 ed i 40 anni mentre per circa un terzo sono persone di mezza età (35% con 45-64 anni).

I minori assistiti si trovano prevalentemente in famiglie monogenitore, con adulto di riferimento la madre.

I beneficiari “non abili” sono nel 70% persone sole. Emerge inoltre, che la maggioranza degli assistiti è costituita da donne (68%) e che un quinto dei beneficiari è costituito da immigrati.

Quest’ultimo dato risulta particolarmente interessante se si considera che gli immigrati regolari costituiscono circa il 2% della popolazione residente in Valle d’Aosta.

La disoccupazione costituisce solo uno dei fattori di vulnerabilità e i beneficiari che vivono in nuclei in cui entrambi i coniugi lavorano o sono pensionati sono pochi: l’accesso al mercato del lavoro - e soprattutto ad un lavoro sufficientemente stabile e adeguatamente remunerato - rappresenta, come noto, un fattore importante nella prevenzione del rischio di vulnerabilità sociale e di situazione di povertà.

Accanto alla questione del lavoro, un altro elemento di vulnerabilità economica e sociale è costituito dalla difficoltà di accesso all’abitazione; non a caso, la maggioranza di coloro che hanno accesso ai contributi di assistenza economica (68%), vive in affitto e non in proprietà.

Al fine di promuovere il benessere sociale in coloro che si trovano a vivere in situazioni di vulnerabilità e povertà a seguito del verificarsi di particolari circostanze biografiche, occorre porre l’attenzione allo sviluppo di politiche di integrazione sociale trasversali: è necessario pertanto un costante impegno nel favorire e migliorare processi basati sulla collaborazione ed il lavoro di rete, non solo tra i diversi livelli di governo e settori di azione pubblica, ma anche con il Terzo settore e le comunità locali. Solamente la promozione di una cultura condivisa e una sensibilizzazione ad ampio raggio su questi temi potrà portare a mettere in atto strategie sempre più efficaci nel prevenire e contrastare le situazioni di disagio e di marginalità sociale, sostenendo coloro che ne sono colpiti.

Lo stato di salute

Dai dati dell'ultima Indagine Istat sullo stato di salute e sull'accesso ai servizi del 2000, nonostante il giudizio diventi meno benevolo con il passare degli anni, i valdostani in generale sentono di stare bene in salute: solo il 7,3% degli uomini e il 13% delle donne ha dichiarato di sentirsi "male o molto male" riferendosi alla propria condizione psico-fisica. Le donne accusano più problemi degli uomini, specie in età avanzata.

Fino a 14 anni sono più colpiti da patologie i maschi e le malattie che prevalgono sono quelle allergiche e l'asma bronchiale.

I residenti 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 risultano maggiormente colpite rispetto agli uomini da cataratta, malattie della tiroide, lombosciatalgie, osteoporosi, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cefalee ed emicranie ricorrenti, vene varicose, artrosi e artriti; mentre negli uomini prevalgono, a confronto con le donne, l'infarto del miocardio, le ernie addominali, l'ulcera gastrica o duodenale, i disturbi cardiologici.

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, le emicranie e l'osteoporosi.

Tra gli anziani ultrasessantacinquenni, ad incidere maggiormente sulla salute delle donne sono l'ipertensione, le vene varicose, le malattie della tiroide, le artrosi e le artriti, le lombosciatalgie e l'osteoporosi. Gli uomini ultrasessantacinquenni sono invece maggiormente colpiti da bronchite cronica, ulcera gastrica o duodenale e da ipertrofia della prostata.

Tra la popolazione straniera l'unico dato disponibile sul bisogno di salute attiene ai ricoveri che, dal 1993 al 2003, hanno subito un aumento percentuale (76,6%), a fronte di una contrazione del medesimo fenomeno (-24,3%) sul resto della popolazione assistita.

Tra gli stranieri sono le donne ad essere maggiormente ospedalizzate, in parte anche per effetto dei ricoveri legati a gravidanza e parto.

Sul totale dei ricoveri risulta evidente, rispetto al resto della popolazione, la maggiore ospedalizzazione di bambini tra 0 e 4 anni e di adulti tra 20 e 44 anni (su cui incidono anche i ricoveri attribuibili alla gravidanza e al parto) oltre che una scarsa ospedalizzazione degli anziani, verosimilmente ancora poco presenti nella popolazione straniera.

Il motivo più frequente di ospedalizzazione tra gli stranieri è la gravidanza e/o il parto normale: nei dieci anni oggetto di studio, tra le 10 cause di ricovero più frequenti si registrano: l'aborto indotto, i traumatismi intracranici e l'appendicite o altre malattie dell'appendice, che sono sempre presenti. Negli anni invece antecedenti il 1998 le cause più rilevanti per occorrenza sono le fratture - in particolare quelle degli arti inferiori - e le tonsilliti acute e croniche.

Al fine di cogliere eventuali specificità del ricorso al ricovero tra i cittadini stranieri rispetto al resto della popolazione e quindi al fine di individuare bisogni di salute che caratterizzano maggiormente la popolazione straniera rispetto a quella

locale è emerso come gli stranieri contribuiscano, per una quota particolarmente rilevante, ai ricoveri dovuti a complicanze successive ad aborto, soprattutto nel biennio 1996-1997 e in quello 1998-1999. Ciò segnala come le donne immigrate non sempre abbiano le informazioni, le competenze, le risorse (cognitive, relazionali, di libertà personale) necessarie per rivolgersi ai servizi territoriali di base, sia per essere seguite in gravidanza, sia per ottenere informazioni e strumenti contraccettivi adeguati.

Per quanto attiene l'analisi della mortalità, l'Atlante regionale della mortalità in Valle d'Aosta dal 1980 al 2003 ha individuato alcune aree di criticità su cui intervenire con azioni mirate per contrastare gli eccessi di mortalità per specifiche cause, su selezionati gruppi di popolazione o su aree territoriali definite dagli ambiti amministrativi delle comunità montane o dei distretti. L'obiettivo principale della programmazione è infatti quello di ridurre le disuguaglianze portando tutti gli ambiti territoriali regionali allo stesso livello di quelli che registrano i migliori risultati di salute.

A tal proposito l'Atlante documenta come i residenti nei comuni classificati "deprivati" in base all'indice di deprivazione socio-economico dell'ISTAT, abbiano, indipendentemente dalla causa e dall'età, un rischio di morte superiore dell'11% rispetto a quello medio regionale e come questa associazione tra svantaggio sociale e mortalità sia evidente soprattutto tra gli uomini.

Da uno sguardo d'insieme la Valle d'Aosta presenta una mortalità tipica delle zone di montagna, dove gli indicatori sono spesso sfavorevoli rispetto a quelli registrati nelle altre zone del territorio nazionale. Rispetto la media nazionale, la mortalità regionale è più elevata tra gli uomini e, benché si sia ridotta molto dal 1980 al 2003, la flessione è stata comunque inferiore a quella registrata nel resto d'Italia. Anche la mortalità femminile, che negli anni '90 era inferiore a quella media italiana, dal 2000 si sta allineando al valore medio nazionale. Questa caratteristica sfavorevole nei valori della mortalità, tipica delle zone montane, si produce come esito di numerosi fattori di cui, alcuni legati a particolari stili di vita, altri alle caratteristiche del territorio, altri ancora alle modalità di accesso ai servizi e agli interventi efficaci per la salute.

L'obiettivo della programmazione regionale consiste pertanto nel contrastare le caratteristiche tipiche delle zone montane affinché non diventino differenze di salute nelle popolazioni che vi vivono, sviluppando invece ciò che in montagna può rappresentare un valore aggiunto per la salute ed il benessere della popolazione.

Rispetto al dodicennio 1980-1991, a fine 2003 la flessione nella mortalità generale è stata del 21,1% tra gli uomini e del 26,5% tra le donne. I migliori risultati si sono ottenuti nella mortalità precoce, quella cioè antecedente i 75 anni di età, con decrementi del 18,9% tra gli uomini e del 25% tra le donne oltre che in quella infantile, cioè fino al primo anno di vita, che ha ottenuto i risultati migliori riducendosi del 41% tra il 1980 e il 2003.

Come ovunque in Italia, anche in Valle d'Aosta le prime cause di morte sono quelle imputabili a patologie dell'apparato circolatorio e ai tumori, che insieme incidono sulla mortalità totale per il 61,9 % tra gli uomini e per il 70,25 % tra le donne.

Soprattutto sui tumori la programmazione socio-sanitaria regionale individua azioni volte a guadagnare più salute, coordinando tra loro settori di attività diversi come quello della prevenzione, della diagnostica, delle cure e, più in generale dell'ambiente e degli stili di vita. E' proprio sull'ambiente di vita e sulla sua specificità che si dovrà costituire il laboratorio privilegiato entro cui progettare e rendere operativi i programmi di prevenzione, di cura e di riabilitazione per le popolazioni di montagna.

Anche se la riduzione delle disuguaglianze nella salute dipende da fattori molteplici, dei quali solo una parte è direttamente controllabile dalle politiche sanitarie, solo un'azione di governo congiunta, che preveda la cooperazione sistematica tra i diversi settori interessati (ambiente, istruzione, attività produttive), potrà ottenere i risultati migliori.

Oltre alle malattie dell'apparato respiratorio - terza causa di morte - la Valle d'Aosta registra al quarto posto, per frequenza di accadimento, le cause accidentali, che salgono al secondo posto negli uomini per numero di anni di vita persi prima del compimento dei 74 anni di età. Come nel resto d'Italia gli uomini presentano un rischio di morte triplo rispetto alle donne, dovuto essenzialmente ad incidenti sul lavoro e ad incidenti conseguenti all'abuso di alcol e a pratiche di vita non sicure. Nonostante che dal 1980 al 2003 la mortalità per cause accidentali si sia ridotta del 20%, questa riduzione non ha coinvolto le età anziane che, anzi, hanno registrato un aumento del 30%, ed è inoltre rimasta ancora elevata nei ragazzi fino a 14 anni di età.

Nella pianificazione delle azioni preventive che contrastano questo tipo di eventi occorrerà quindi dedicare particolare attenzione ai giovanissimi, ai lavoratori e alle persone con più di 75 anni, specie se vivono da sole.

La Comunità montana Evançon è l'ambito regionale in cui si sono registrati i rischi di mortalità per cause accidentali più elevati.

Per entrambi i sessi la mortalità più elevata, a tutte le età, si registra nella Comunità montana Grand Combin, afferente al distretto n. 2, soprattutto per le due principali cause di morte: apparato circolatorio (specie per patologie cerebrovascolari) e tumori. Altre indicazioni l'Atlante le offre segnalando una mortalità più elevata tra gli uomini nel distretto n. 4 (Bassa Valle), specialmente nelle Comunità montane Evançon e Mont Rose. Tra le donne invece, seppure con minore intensità, si registra una mortalità più elevata nel distretto n. 3 (Media Valle).

Un sistema sanitario e sociale regionale, universalistico ed equo, ha come obiettivo sostanziale quello di mettere al riparo da differenze nel destino di salute dovute a diversità culturali, linguistiche, sociali, economiche e religiose, tutti i sottogruppi che compongono la popolazione di riferimento e di fare in modo che le diversità non pesino come disuguaglianze, cioè come differenze ingiuste e non volute.

VALORI E STRATEGIE DI SVILUPPO E QUALIFICAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE SOCIALE

I principi generali di riferimento indicati nella prima parte del documento di piano evidenziano quali linee di sviluppo l'azione di governo della Regione debba seguire attraverso la pianificazione. Da tali principi, emergono le seguenti direttrici fondamentali:

1. Sviluppare il ruolo di governo della Regione nella definizione degli obiettivi di salute e di benessere sociale, nonché nella determinazione del sistema di offerta delle prestazioni.

La realizzazione di una pianificazione che propone le direttrici fondamentali già enunciate nella sezione metodologica, richiede la nuova definizione del ruolo strategico della Regione nella consapevolezza che la prospettiva di promuovere un sistema per la salute e il benessere sociale comporta la responsabilità complessiva del sistema e non di singoli segmenti, in quanto si devono garantire quanta più salute e benessere sociale possibili, non solo attraverso i soggetti dell'organizzazione pubblica, ma anche attraverso gli altri soggetti non pubblici e gli altri settori non sanitari.

2. Implementare i sistemi di conoscenza delle differenze di salute e di benessere sociale nella popolazione.

Il sistema valdostano dispone di un ricco patrimonio di dati e conoscenze che però, originandosi da esigenze diverse, presenta caratteristiche di frammentarietà e non totale adeguatezza per le finalità conoscitive specifiche della salute, del bisogno sociale e del ricorso ai servizi. Nasce quindi la necessità per il sistema valdostano di misurare adeguatamente, per continuità, completezza e qualità, le caratteristiche sociali della popolazione e delle persone che utilizzano l'assistenza sanitaria e sociale con finalità specifiche di valutazione. L'obiettivo strategico del Piano si propone di progettare e mettere in opera gli interventi minimi di correzione dei sistemi informativi che sono necessari per aumentare la capacità del servizio regionale di studiare, monitorare e valutare problemi ed interventi che riguardano l'equità nella salute e nel benessere sociale.

3. Contrastare le disuguaglianze nella salute mediante azioni esplicite, di riconosciuta evidenza e sostenibili secondo i criteri del finanziamento del sistema.

Le disuguaglianze nella salute traggono origine sia dal modo con cui la società valdostana produce e distribuisce risorse e sostiene le capacità di fruirne attraverso le politiche generali e settoriali, sia da meccanismi più prossimali, che sono legati ad una diseguale distribuzione dei fattori di rischio per la salute. L'obiettivo strategico del Piano si propone di identificare nella letteratura e nell'esperienza di altri Paesi e Regioni, quelle politiche e quegli interventi (reddito, lavoro, ambiente, welfare) che hanno mostrato, da un lato, maggiore capacità di influenzare la distribuzione delle risorse e delle capacità di utilizzarle e, dall'altro, maggiore efficacia nella riduzione

tra i gruppi più socialmente vulnerabili dell'esposizione a fattori di rischio per la salute (stili di vita, fattori psico-sociali, fattori di rischio ambientali).

4. Garantire a tutti i cittadini equità ed universalità di accesso a cure e ad azioni appropriate ed efficaci rispetto ai bisogni, con particolare attenzione alla congruità dei tempi e alle modalità di risposta.

Le disuguaglianze nel sistema e nell'assistenza sanitaria nascono quando le caratteristiche sociali della persona, della famiglia o del contesto, costituiscono un ostacolo all'accesso e all'utilizzo degli interventi efficaci e sicuri con cui la medicina e la sanità si prendono cura della salute e del benessere delle persone. L'obiettivo strategico del Piano si preoccuperà, da un lato, di operare affinché la residenza in un territorio montano non influisca come disuguaglianza nell'accesso tempestivo ai servizi e, dall'altro, di sottomettere i percorsi assistenziali che hanno maggiore impatto in termini di speranza e di qualità della vita, ad una rigorosa verifica di processo e di risultato per valutare se, nei punti più critici di ogni percorso assistenziale, non si verificano discriminazioni attive od omissioni non volute, attribuibili o ai comportamenti professionali, o a scelte organizzative del sistema sanitario.

5. Potenziare il ruolo strategico della prevenzione.

La programmazione sanitaria riserva una particolare attenzione all'area della prevenzione, ritenendola strategica dal punto di vista organizzativo e determinante dal punto di vista etico ai fini della tutela e della promozione della salute delle persone.

L'obiettivo strategico del Piano è perseguibile attraverso il coinvolgimento non solo dell'Azienda U.S.L ma anche delle varie organizzazioni della società civile e sociale della Regione ivi compresa la scuola.

Per quanto attiene all'Azienda U.S.L. è opportuna una revisione delle attività del Dipartimento di Prevenzione, caratterizzata da un maggior orientamento dei servizi ai bisogni di salute della popolazione. L'azione di rinnovamento si dovrà attenere ai valori ed ai principi della promozione della salute, del miglioramento continuo della qualità e della prevenzione basata sulle prove di efficacia.

6. Assumere decisioni di programmazione in relazione ai bisogni di salute e di benessere sociale della popolazione, documentati dall'analisi epidemiologica e sociale.

Le profonde trasformazioni istituzionali ed organizzative che attraversano il sistema sanitario nazionale, quello regionale e l'intero welfare italiano, unitamente ai cambiamenti socio-economici e demografici della società, producono degli effetti sulla salute, diretti o indiretti, cercati o non voluti, di cui i soggetti ed i processi di presa delle decisioni non sempre riescono a tenere in debito conto. In questo contesto risultano importanti i contributi dell'epidemiologia e della ricerca sociale - nell'analisi dei bisogni e nella scelta delle priorità - nonché delle tecniche di valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi e delle politiche.

In ambito sociale la lettura e la determinazione dei bisogni è tuttavia estremamente complessa in quanto predominante è la dimensione soggettiva della

percezione. Per questa ragione, e a differenza di quanto avviene in ambito sanitario, non si dispone nelle scienze sociali di strumenti universalmente validi per misurare l'efficacia delle risposte istituzionalmente organizzate, poiché queste sono spesso modulate su singoli casi molto personalizzati. Ciononostante, la disponibilità in letteratura di buone pratiche professionali e i risultati conseguiti attraverso metodologie di lavoro collaudate in altri contesti, risulteranno elementi essenziali per la presa di decisioni, anche in un ambito tradizionalmente qualitativo come quello socio-assistenziale e sociale.

7. Definire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e delle prestazioni sociali (LEP) garantiti dalla Regione.

I livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), come è noto, individuano le tipologie, le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale offre, produce e finanzia in applicazione dei principi ispiratori, delle finalità e degli obiettivi dello stesso.

I livelli essenziali di assistenza sono il punto fondamentale di riferimento dei rapporti tra bisogni e risorse e tra domanda e prestazioni, in quanto i bisogni sanitari possono essere soddisfatti solo nel limite delle risorse disponibili per il finanziamento dei livelli e la domanda di prestazioni e/o servizi deve essere conforme alle forme assistenziali, ai servizi ed alle prestazioni uniformi ed essenziali previste.

In ambito sanitario, i livelli sono definiti essenziali ritenendo l'essenzialità un elemento di garanzia della indispensabilità della tipologia assistenziale e del beneficio che le prestazioni ed i servizi determinano in termini di salute, a livello individuale e/o collettivo, sulla base delle evidenze scientifiche.

I livelli di assistenza, in particolare:

- concorrono, attraverso le tipologie assistenziali, ad identificare il servizio sanitario costituito a livello regionale, quale complesso delle aree di offerta o funzioni assistenziali costituito ed organizzato da ciascuna regione;
- definiscono l'offerta assistenziale, organizzata secondo modalità stabilite dalla regione, in rapporto ai bisogni di salute ed alle aspettative della popolazione;
- orientano la produzione delle prestazioni e dei servizi.

Nella prospettiva di razionalizzare e qualificare gli interventi ed i servizi socio-assistenziali e di promuovere il "sistema salute" è evidente che la programmazione regionale, dopo la definizione dei livelli essenziali di assistenza definiti in applicazione degli Accordi sanciti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, debba porsi l'obiettivo di individuare anche per i servizi socio-assistenziali un analogo strumento.

Pur con diverse caratteristiche, LEA e LEP sono un punto strategico fondamentale della programmazione della Regione.

8. Assumere il territorio come riferimento fondamentale per lo sviluppo e la qualificazione del servizio socio-sanitario regionale e per la promozione di un sistema di servizi che si fa carico, in modo unitario, delle necessità sanitarie e socio-educative-assistenziali della popolazione.

Benché i livelli essenziali di assistenza individuino e ripartiscano l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni in tre aree di offerta, di cui due a riferimento territoriale, il ruolo del distretto e degli enti locali in esso istituzionalmente rappresentati dovrà essere ulteriormente potenziato.

La riqualificazione e lo sviluppo della rete assistenziale distrettuale diventa pertanto punto fondamentale e strategico della programmazione, puntando sul distretto, secondo quanto in precedenza evidenziato nella prima parte del piano ed avendo attenzione al rapporto fra sanità, salute, ambiente e contesto socio-economico per rispondere alle esigenze che il quadro demografico, epidemiologico e sociale della Regione evidenzia.

9. Assicurare l'autonomia della persona ed il suo diritto ad una vita autodeterminata.

Va considerata residuale e superata la visione delle politiche sociali identificate con gli interventi di assistenza economica, collocando le prestazioni (a favore di singole persone e delle famiglie) in un più ampio quadro di servizi finalizzati alla promozione, al trattamento ed alla integrazione sociale di chi è in difficoltà, favorendo la sua autonoma capacità di affrontare i problemi.

A questo scopo le eventuali erogazioni economiche sono definite nel quadro di un più ampio progetto di sostegno e di servizio, contrastando la dipendenza assistenziale ed evitando le erogazioni meccanicamente collegate a meri accertamenti formali.

Pertanto, i servizi e gli operatori sociali, a fronte delle domande loro rivolte, dovranno analizzare in modo globale il bisogno, individuare i problemi da affrontare e, tenendo conto delle priorità stabilite in sede politica e delle risorse disponibili, intervenire con la metodologia di lavoro per progetti.

10. Valorizzare e sostenere la famiglia, riconoscendo e sostenendone il ruolo nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale.

La famiglia è il soggetto sociale fondamentale nell'ambito del quale gli individui sviluppano le proprie capacità ed è compito dell'insieme delle politiche sociali valorizzare questo ambito relazionale, riconoscendo e sostenendo le sue funzioni e le sue responsabilità legate alla crescita dei minori e alla cura dei suoi membri, nonché della solidarietà che essa sviluppa tra le generazioni.

La legge regionale n. 44 del 27 maggio 1998 "Iniziativa a favore della famiglia" ha introdotto un riconoscimento esplicito delle responsabilità familiari e dell'importanza di promuovere e sviluppare iniziative dirette a sostenere la famiglia e le altre forme di convivenza parentale come soggetti sociali nell'ottica di garantire e promuovere i diritti di tutti i suoi membri nelle diverse fasi del ciclo della vita ed in particolari situazioni di difficoltà e vulnerabilità.

Si identificano, quindi, le famiglie e l'associazionismo familiare quali soggetti unitari ed attivi nel campo delle politiche sociali, valorizzando e promuovendo le solidarietà e le responsabilità interne della famiglia e delle reti parentali.

11. Assicurare la sostenibilità delle decisioni assunte in rapporto alla disponibilità di risorse finanziarie, tecnologiche ed umane necessarie a realizzare gli obiettivi della pianificazione.

E' noto che ogni processo di programmazione, sotto il profilo delle strategie adottabili, non è indipendente dalle risorse disponibili per il raggiungimento dei risultati.

Gli obiettivi proposti dal Piano e le azioni previste per il loro perseguimento sono pertanto sostenibili nella misura in cui tengono conto dei vincoli economici, di professionalità e di disponibilità di risorse umane e tecnologiche.

L'adozione di un Piano, ovviamente, non può essere intesa come sovrapposizione a quanto in corso di attività secondo una passiva e tacita convivenza del nuovo con il passato.

Le linee essenziali delle azioni che caratterizzano il Piano e la scelta degli obiettivi devono pertanto coniugare le linee direttive del piano, dalla promozione del sistema salute al miglioramento della efficacia e dell'efficienza degli interventi, con revisioni delle logiche clinico-assistenziali di erogazione delle prestazioni e fornitura dei servizi, nell'obiettivo della efficacia e della appropriatezza, e con l'introduzione di logiche economico-produttive e gestionali nella organizzazione e gestione dei servizi, nell'obiettivo della efficienza.

Gli strumenti ritenuti a tal fine più indicati sono:

- la Evidence Based Prevention, la Evidence Based Medicine e la Evidence Based Nursing (E.B.P., E.B.M e E.B.N.), quale sistema internazionalmente definito, che garantisce l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza scientifica per prendere decisioni sulla assistenza clinica al singolo paziente;
- la Evidence Based Health Care (E.B.H.C.) quale attività che consente a coloro che gestiscono servizi sanitari ed hanno responsabilità decisionali, di determinare il mix di servizi da erogare e da operare secondo criteri eticamente e scientificamente rigorosi;
- la Technology Assessment (T.A.), quale studio delle implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche delle decisioni in ambito sanitario, allo scopo di supportare le scelte e le azioni di politica sanitaria;
- il Disease Management (D.M.), quale sistema di organizzazione e gestione dei processi clinico-assistenziali basato sulla aggregazione di assistiti o pazienti in rapporto alla severità del quadro clinico ed alla omogeneità dei profili assistenziali;
- la Buona Pratica Professionale (B.P.P.) nei servizi e negli interventi socio-educativi-assistenziali, quale standard o valori di riferimento comunemente osservati e/o definiti in appositi Studi per orientare attività, decisioni e comportamenti in relazione ai bisogni di altri soggetti, a garanzia della tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti interessati, nonché della qualità delle prestazioni.

Tutto ciò è infine strettamente correlato con gli obiettivi e con le politiche adottate per la formazione e per l'aggiornamento delle risorse umane impiegate in ambito sanitario e sociale. E' oramai opinione diffusa che in tutte le organizzazioni produttive, le risorse umane costituiscano elemento strategico e fattore critico di successo. Ciò è ancor più vero nelle organizzazioni che producono servizi sanitari e sociali diretti alle persone. Nei servizi di cui trattasi, il rapporto tra utente e professionista risulta infatti caratterizzato da un elevato grado di personalizzazione, di umanizzazione e di affidabilità delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi è spesso fortemente influenzato dalla percezione che l'utente ha di questi aspetti.

L'interesse della programmazione socio-sanitaria regionale è pertanto rivolto al ruolo delle persone che partecipano alla produzione di servizi sanitari e sociali in virtù della riconosciuta importanza del fattore umano nella realizzazione sia di obiettivi di efficienza, di efficacia, di qualità e di appropriatezza, sia di condizioni ottimali per la personalizzazione e per l'umanizzazione dei servizi e delle prestazioni offerti.

12. Condividere un Piano che è anche Progetto.

Il perseguimento delle finalità del Piano pone l'esigenza di assicurare l'applicabilità delle azioni previste all'interno del triennio di validità della programmazione regionale.

Tuttavia, l'ambiziosità di alcuni obiettivi, solo avviati nel periodo di validità di questo documento triennale, necessita di consensi e premesse operative per un loro proseguimento anche oltre il triennio in oggetto, pena la loro stessa credibilità.

Per assicurare coerenza fra quanto previsto ed i tempi di applicazione richiesti per il raggiungimento dei risultati è necessario che la pianificazione, per determinate azioni, assuma caratteristiche di progettazione di medio/lungo periodo, secondo un quadro strategico di previsioni che renda compatibile il perseguimento degli obiettivi con le condizioni di realizzazione delle azioni.

Per tali ragioni si ritiene necessariamente di dover assumere una logica di progettazione, con la definizione di un "piano-progetto" che indichi anche le condizioni necessarie affinché alcuni degli obiettivi enunciati possano trovare azioni e tempi congrui con la certezza e la responsabilità dei risultati promessi.

OBIETTIVI PER IL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI DI SALUTE E DI BENESSERE SOCIALE

Gli obiettivi di seguito riportati sono presentati secondo un criterio di progressione logica.

I primi attengono a finalità conoscitive, utili ad orientare le scelte e a valutare l'efficacia delle azioni, i successivi sono riferiti agli ambiti della salute e del benessere sociale - alcuni dei quali integrati - orientati a dare inizio al nuovo corso della programmazione in una logica sistemica orientata "per processi", che intende rispondere ai bisogni della popolazione in forma coordinata ed integrata.

Alcuni obiettivi infine non hanno un ambito di riferimento specifico nel sistema dell'offerta socio-sanitaria regionale poiché, in virtù della loro natura "trasversale" all'offerta socio-sanitaria stessa, la qualificano, la dotano di strumenti di conoscenza e di valutazione, di strutture fisiche funzionali ed appropriate ai bisogni noti della popolazione regionale.

Per le motivazioni precedentemente richiamate, la trattazione degli obiettivi trasversali risulta più articolata e corredata di maggiori riferimenti ad atti normativi ed amministrativi

Per il raggiungimento di alcuni degli obiettivi riportati nel presente Piano, data la rilevanza, la novità e la complessità delle attività e delle azioni previste, può rendersi necessario il ricorso a consulenze ed a collaborazioni esterne all'Amministrazione regionale che coinvolgono esperti qualificati in ambito sia tecnico, sia amministrativo. Le spese per la copertura delle consulenze e delle collaborazioni esterne rientrano nell'ammontare complessivo delle risorse finanziarie quantificate per l'attuazione del Piano stesso e sono attribuite in via specifica - nel triennio di riferimento - alle strutture complesse del Dipartimento regionale competente in materia.

Costituiscono infine presupposto necessario per un corretto, efficace e condiviso conseguimento degli obiettivi di seguito esposti, la collaborazione e la partecipazione di tutti i soggetti interessati, istituzionali e non, secondo le modalità previste dalla normativa regionale vigente.

Obiettivo n. 1.

Garantire lo sviluppo della conoscenza dei bisogni di salute e di benessere sociale, con particolare riguardo all'analisi delle disuguaglianze di salute e dei loro determinanti.

Attività A: consolidamento dell'osservazione epidemiologica.

Quadro di riferimento.

La legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, nell'istituire l'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali, o OREPS (art. 5), assegna alla struttura una funzione conoscitiva in materia di bisogni di salute e di benessere sociale e lo fa soprattutto in relazione ai fattori che li determinano o che potrebbero ostacolarli.

La legge regionale stabilisce inoltre un debito informativo che la struttura deve assolvere verso l'esterno attraverso la produzione della Relazione sanitaria e sociale (art. 4) e di pubblicazioni scientifiche su singole aree tematiche della salute e del benessere sociale.

Obiettivi di questa duplice funzione - conoscitiva e comunicativa - sono quelli di:

- fornire elementi utili alla programmazione e alla valutazione dei processi e degli esiti in materia di salute e di protezione sociale;
- orientare le scelte di programmazione e le linee di indirizzo della prevenzione in base ai bisogni;
- favorire politiche per un accesso appropriato ed equo ai servizi.

L'attività prevista istituzionalmente dalla legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 è stata concretizzata nella deliberazione della Giunta regionale n. 5187 in data 30 dicembre 2002, recante l'istituzione della Rete regionale dei referenti dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali (OREPS) e l'approvazione del Piano di attività 2002-2004.

Ad oggi, l'attività di osservazione istituzionale è esercitata attraverso la valorizzazione epidemiologica di differenti tipologie di dati, di cui tre di fonte istituzionale ed uno solo di provenienza regionale:

- l'indagine ISTAT quinquennale sulla salute e sul ricorso ai servizi sanitari,
- i dati ISTAT sulle cause di morte,
- i dati INAIL,
- i dati sulle cause di ricovero, rilasciati dagli archivi regionali delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

L'analisi dei dati, oltre a disegnare il profilo di salute della popolazione valdostana in relazione ai bisogni è condotta riservando particolare attenzione alla valutazione dell'impatto che le disuguaglianze sociali hanno sulla salute e sul ricorso ai servizi, sia quando queste sono rilevate in forma aggregata (indice di deprivazione del comune di residenza), sia quando è possibile rilevarle individualmente (livello di

istruzione, condizione professionale, stato civile, tipologia familiare e stimatori del reddito individuale o familiare).

La Relazione sanitaria e sociale per l'anno 2001 e l'Atlante della mortalità in Valle d'Aosta (2005) hanno dimostrato come, anche nella regione, le disuguaglianze sociali ed economiche differenziano e discriminano all'interno della popolazione regionale, sia nell'accesso tempestivo ed appropriato ai servizi, sia nell'attitudine a valutare correttamente il proprio stato di salute e ad intraprendere azioni necessarie a mantenerlo, dando origine ad un godimento differenziale del bene salute e del suo esito finale.

Un particolare interesse suscitano infine le problematiche afferenti l'analisi dei bisogni di salute e di assistenza delle popolazioni che vivono in montagna che, grazie allo sviluppo delle tecniche di osservazione epidemiologica differenziate per aree geografiche, possono essere analizzate e contribuire a migliorare la capacità di programmazione e di gestione dei servizi sanitari resi sul territorio regionale, mediante una più appropriata allocazione delle risorse umane, tecniche e finanziarie all'interno del SSR.

Poiché tuttavia la funzione epidemiologica è tanto più svolta in forma qualificata ed efficace per la programmazione quanto più sono presenti, evoluti e qualificati i sistemi informativi e gli archivi informatizzati locali, si renderà necessario accompagnare le attività previste nel prossimo triennio da una più efficace e tempestiva capacità di acquisizione dei dati regionali delle indagini statistiche nazionali, oltre che potenziare le sinergie organizzative e funzionali tra i detentori di dati e di flussi informativi di interesse epidemiologico e sociale ed i responsabili dell'osservazione epidemiologica e sociale.

In particolare, a determinare i livelli di ambiziosità delle analisi dell'Osservatorio saranno una serie di attività, esterne ad esso, a cui l'Osservatorio guarderà con grande interesse, supportandone, ove di competenza, il conseguimento. Si fa riferimento :

- ai collegamenti con l'ufficio di statistica della Regione per il trasferimento dei dati provenienti da indagini ISTAT e per il trattamento di dati individuali non nominativi;
- al consolidamento di una piattaforma informativa regionale corrente in ambito sanitario;
- alla messa a regime di sistemi informativi nei settori della morbosità non acuta (tramite specialistica ambulatoriale, pronto soccorso e farmaceutica) e dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- all'adeguatezza del registro regionale di mortalità a fini di valorizzazione epidemiologica ;
- all'accoglimento, all'interno degli attuali flussi informativi, di dati riferiti alle caratteristiche sociali delle persone che utilizzano l'assistenza sanitaria e sociale regionale;
- alla possibilità di uso integrato delle fonti informative, nonché alla valorizzazione di nuovi sistemi informativi, anche in relazione all'analisi delle disuguaglianze sociali.

A queste competenze, più tecniche, se ne affiancano altre, ugualmente importanti per le attività dell'Osservatorio, che attengono il sostegno ai processi culturali sottesi all'utilizzo delle analisi epidemiologiche nel supportare e valutare gli interventi delle politiche sanitarie, e di quelle non sanitarie, sia presso le istituzioni, sia presso le altre comunità professionali della sanità pubblica, al fine di concorrere, ove possibile, agli obiettivi di una sanità pubblica basata sulle prove di "efficacia". Sullo scarso radicamento di una prassi epidemiologica nella valutazione dei processi e degli esiti dei percorsi preventivi e assistenziali che hanno maggiore impatto in termini di speranza e di qualità di vita, oltre che sul mancato consolidamento di una prassi abituale, condivisa ed efficace, di momenti istituzionali di comunicazione dei risultati dell'analisi epidemiologica e sociale ai diversi livelli decisionali ed organizzativi, l'Osservatorio spenderà il suo contributo professionale con attività dedicate.

Descrizione delle azioni.

Nel triennio di riferimento, proseguirà l'attività prevista dagli adempimenti di legge regionale, che si concretizzerà, essenzialmente, nelle seguenti azioni:

1. effettuare la revisione del Piano di attività epidemiologica e della Rete dei referenti regionali in conformità con gli obiettivi previsti dal presente Piano per la salute ed il benessere sociale 2006-2008;
2. sviluppare nuove competenze professionali per l'uso integrato dei dati e la loro valorizzazione epidemiologica, anche attraverso la predisposizione di percorsi formativi dedicati;
3. provvedere alla progettazione ed alla realizzazione di interventi minimi di correzione dei sistemi informativi sanitari necessari a studiare, monitorare e valutare il problema dell'equità nella salute;
4. individuare politiche ed interventi (su: reddito, lavoro, ambiente e welfare) che hanno mostrato, in contesti diversi da quello regionale, la loro efficacia nel ridurre le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi e la conseguente presentazione ai diversi livelli di responsabilità tecnica e politica di un programma di intervento per l'equità nella salute e nella sanità;
5. effettuare analisi geografiche dei dati sulla salute e sull'offerta di servizi, con particolare attenzione alle problematiche correlate alla salute nelle zone di montagna;
6. sviluppare, in collaborazione con la rete dei referenti regionali, un'attività di epidemiologia pediatrica, con particolare attenzione alle patologie neuropsichiatriche;
7. pianificare iniziative di comunicazione dei risultati dell'indagine epidemiologica e lo sviluppo di competenze in materia di comunicazione del rischio, con particolare attenzione ai temi della salute nelle zone di montagna.

Attività B: sviluppo dell'osservazione sociale.

Quadro di riferimento.

La legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni, nell'istituire l'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali, o OREPS (art. 5), assegna alla struttura una funzione conoscitiva anche in materia di bisogni di salute e di benessere sociale, e lo fa, sia nell'ottica di una lettura del

bisogno di salute inteso non solo come assenza di malattia, sia nell'ottica di svolgimento di analisi mirate su specifici fenomeni sociali o, più in generale, sulle condizioni sociali e di vita della popolazione.

Al pari di quanto già ricordato per la valorizzazione epidemiologica, il debito informativo che la legge regionale stabilisce attraverso la produzione della Relazione sanitaria e sociale (art. 4) comporta la pubblicazione di studi su singole aree tematiche del benessere sociale e dell'offerta di servizi a questo ambito dedicati.

Anche per le politiche sociali, il ruolo svolto dall'Osservatorio è quello di fornire elementi di conoscenza che aiutino a veicolare le scelte strategiche ed a valutare l'efficacia delle azioni intraprese.

L'attività prevista istituzionalmente dalla legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni, per le competenze in ambito sociale è stata concretizzata nella deliberazione della Giunta regionale n. 2453 del 19 luglio 2004, recante l'istituzione della Rete regionale dei referenti dell'Osservatorio per le Politiche sociali nell'ambito dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali (OREPS) e l'approvazione del relativo Piano di attività 2004-2006, successivamente modificata dalla deliberazione n. 3204 del 30 settembre 2005 in relazione agli obiettivi previsti per l'OREPS dal presente Piano 2006-2008.

Rispetto all'ambito epidemiologico, quello delle politiche sociali risente - a livello regionale come in quello nazionale - di una cultura più recente e meno consolidata di osservazione istituzionale e, per questo, sia i criteri di raccolta dei dati, sia i processi volti ad informatizzare i dati, consentendo una integrazione degli archivi, non sono ancora progettati e predisposti per una valorizzazione all'interno di un osservatorio regionale per le politiche sociali.

I motivi di questa situazione sono in buona parte indipendenti alle volontà regionali e attengono a:

- la storia ancora recente di una legge quadro nazionale in materia di politiche sociali (legge 328/2000);
- la mancanza di debiti informativi istituzionalizzati verso i livelli della programmazione nazionale in materia di protezione e di benessere sociale;
- la mancata individuazione di LEP nazionali (livelli essenziali di prestazioni) e di indicatori condivisi utili al loro monitoraggio.

Queste motivazioni rendono ancora estremamente disomogeneo lo sviluppo di criteri e di standard per la programmazione dei servizi in questo settore.

Per colmare in parte questa disomogeneità è in corso una progressiva e graduale presa di coscienza ai diversi livelli regionali di responsabilità tecnica ed amministrativa, dell'importanza di fare osservazione istituzionale, anche in ambito sociale, tradizionalmente caratterizzato da modalità di lavoro orientate più alla verifica qualitativa dei processi. Tutto ciò sta avvenendo anche a seguito di leggi regionali che trasferiscono ai comuni ed agli enti locali le competenze in materia di gestione dei servizi e che riservano all'Amministrazione regionale, ed in particolare al Dipartimento Sanità, Salute e Politiche Sociali, un ruolo sempre più di indirizzo e di controllo e sempre meno di gestione.

Per supportare il ruolo di indirizzo e di controllo è necessario quindi dotarsi di strumenti, come l'Osservatorio per le Politiche sociali con la rete di referenti regionali, di dati e soprattutto di una capacità di lettura dei fenomeni sociali capace di supportare la presa delle decisioni all'interno di un processo di programmazione responsabile e trasparente.

In questa prospettiva la deliberazione della Giunta regionale n. 3204 del 30 settembre 2005 ha previsto l'inclusione di rappresentanti esterni al Dipartimento competente in materia di salute e politiche sociali nel Comitato Scientifico dell'Osservatorio regionale per le politiche sociali, al fine di accogliere bisogni provenienti dal mondo del lavoro, della scuola e del privato sociale. L'importanza del contributo offerto dalle associazioni di volontariato è stato recentemente riconosciuto dalla legge regionale n. 16/2005 che, nel disciplinare l'intero settore, ha attribuito ad esso anche un ruolo di testimone privilegiato nella lettura dei bisogni della popolazione regionale.

Come tutti i processi dinamici e complessi, anche il riconoscimento del valore d'uso di un Osservatorio, e il conseguente suo sviluppo, necessitano di convinti investimenti culturali, oltre che di un'attività continua di formazione e di informazione a tutti i livelli, affinché questo strumento tecnico diventi realmente un supporto utile all'attività politica e decisionale del governo regionale.

Si tratta necessariamente di acquisire competenze di ordine crescente, che richiederanno una presa in carico progressiva, condizionata dai livelli di collaborazione e dai canali di informazione, che renderanno così possibile l'attività dell'Osservatorio medesimo.

I livelli di ambiziosità dell'Osservatorio per le politiche sociali dipendono ancora dalla fase di edificazione delle conoscenze, che è antecedente alla valorizzazione dei dati, anche se importanti progressi sono già stati compiuti con la pubblicazione del Primo rapporto dell'Osservatorio per le politiche sociali, che ha generato un insieme minimo e condiviso di indicatori per una prima attribuzione di giudizi di qualità e, soprattutto, ha favorito il confronto e l'analisi tra operatori di diversa formazione. Un ulteriore impulso è stato inoltre offerto dall'organizzazione delle Conferenze sulla famiglia, dalle quali è scaturita la nascita di un Tavolo tecnico come ambito privilegiato di studio e di confronto tra esperienze.

Spunti interessanti all'analisi dei bisogni potranno infine pervenire dal confronto con i diversi Forum operanti sul territorio regionale in materia di famiglia, di anziani e di disabili, opportunamente coinvolti.

Ancora prematuro è invece il consolidamento di una rete operativa di referenti dell'Osservatorio politiche sociali da coinvolgere nelle fasi di osservazione istituzionale, anche perché poco consolidati sono gli assetti amministrativi stabiliti dalla legge regionale 7 dicembre 1998 n. 54 e dalla successiva legge regionale 8 gennaio 2001, n. 1 che accrescono l'autonomia e trasferiscono competenze agli enti locali.

Individuare, formalizzare e valorizzare canali di collegamento con soggetti esterni è tuttavia un obiettivo prioritario per l'Osservatorio per le politiche sociali regionale, per la conoscenza dei bisogni della popolazione.

Descrizione delle azioni.

Le azioni previste nel triennio per accrescere la capacità conoscitiva, valutativa e comunicativa dell'Osservatorio politiche sociali riguardano:

1. arruolare nuovi indicatori rispetto a quelli già individuati relativi all'attività, sempre più orientati alla valutazione dei processi e degli esiti;
2. consolidare l'attività editoriale dell'Osservatorio per le Politiche sociali con la pianificazione programmata di una serie di pubblicazioni in materia di politiche sociali sia a carattere generale, sia a carattere tematico, come ad esempio quello già avviato sulle problematiche della famiglia e della disabilità, anche attraverso strumenti di rilevazione ad hoc;
3. supportare la creazione e la razionalizzazione dei flussi informativi di settore, anche in un'ottica integrata, sociale e socio-sanitaria;
4. incrementare e promuovere lo sviluppo, a tutti i livelli, di una cultura fondata sull'osservazione istituzionale come momento irrinunciabile della programmazione e della valutazione delle politiche e degli interventi in ambito sociale, anche mediante attività formativa dedicata;
5. costituire ed avviare una rete di referenti stabile regionale che partecipi alla identificazione dei nuovi bisogni conoscitivi, alla progettazione dei relativi interventi di rilevazione delle informazioni e alla lettura ed interpretazione dei risultati nei diversi ambiti di competenza;
6. sviluppare competenze in materia di comunicazione, nonché la pianificazione di cicli di presentazione dei risultati, differenziati in base al loro recepimento in documenti tecnico-organizzativi o politico-programmatori.

Obiettivo n. 2.

Estendere l'osservazione epidemiologica ai determinanti di tipo ambientale.

Attività: istituzionalizzazione dell'osservazione epidemiologica ambientale.

Quadro di riferimento.

La legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni nell'istituire l'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali o OREPS (art. 5), assegna alla struttura tra le altre, anche una funzione conoscitiva in materia di individuazione dei fattori di rischio per la salute derivanti da attività umane e produttive in relazione allo stato dell'ambiente. La legge regionale attribuisce inoltre questa funzione conoscitiva indicando, quale modalità per il suo conseguimento, le forme di collaborazione con le strutture competenti in materia di tutela ambientale (punto j, art. 5)

L'attività conoscitiva in materia di analisi dei determinanti ambientali sullo stato di salute della popolazione regionale è ancora in fase progettuale. Le motivazioni di un approccio graduale ai determinanti di salute correlati all'ambiente risiedono nelle modalità con cui l'OREPS ha sviluppato nel tempo le competenze ed il livello qualitativo delle sue analisi - nel rispetto dei vincoli imposti dalla legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni - che hanno fatto in modo che il fattore ambientale fosse considerato solo come uno dei diversi, possibili, determinanti dello stato di salute della popolazione valdostana.

Tuttavia, per rispondere al crescente bisogno di conoscenze dedicate a questo determinante dello stato di salute, l'OREPS, nell'istituire la propria rete di referenti regionali, ha incluso tra di essi tre professionisti dell'ARPA della Valle d'Aosta i quali, seppure all'interno del proprio ruolo, operano il più possibile in associazione con l'Osservatorio epidemiologico per quanto riguarda l'analisi, anche integrata, di indicatori ambientali e di indicatori riferibili alla presenza di malattie.

Di fatto però, la funzione epidemiologica ambientale è tanto più svolta in forma qualificata ed efficace, quanto più sono definite ed assegnate le competenze specifiche. In particolare, si rende necessario:

- formalizzare l'attribuzione della competenza specifica in materia di epidemiologia ambientale come attività permanente e continua di interesse regionale;
- adeguare gli attuali sistemi informativi correnti di fonte sanitaria e di fonte ambientale (ARPA) ad un uso integrato, finalizzato allo sviluppo di analisi specifiche di epidemiologia ambientale;
- definire gli indicatori di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale della regione in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;
- avviare un percorso formativo specificamente dedicato ai contenuti e alle metodologie di analisi specifiche dell'epidemiologia ambientale;
- inserire la competenza valdostana di epidemiologia ambientale nelle reti nazionali di osservazione di indicatori di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale.

Per quanto di propria competenza e fattibilità, l'Osservatorio regionale si adopererà in questa direzione dedicando attenzione e professionalità a questo ambito di studio. Sarà pertanto necessario coinvolgere in questa fase di avvio, oltre alle associazioni attive nella tutela dell'ambiente, anche altri soggetti, interni ed esterni all'amministrazione regionale ed individuabili nel: Dipartimento Sistemi Informativi, per il supporto ai dati del contesto ambientale, Dipartimento Territorio, Ambiente ed Opere pubbliche, per la condivisione e lo studio di fattibilità delle azioni individuate, l'Azienda U.S.L. ed, in particolare, il Dipartimento di Prevenzione, per le competenze in materia a questo attribuite ed, infine, professionisti senior, esterni all'Amministrazione regionale, per l'acquisizione di tutte le competenze necessarie alla individuazione delle competenze, alla formazione, alla progettazione della piattaforma informativa e alla scelta degli indicatori.

Descrizione delle azioni.

In relazione a quanto premesso, e nell'attuazione dell'obiettivo di cui trattasi, si procederà alla realizzazione delle seguenti azioni :

1. consolidare le attuali forme di collaborazione per la progettazione di competenze di epidemiologia ambientale in Valle d'Aosta;
2. formulare una proposta, condivisa con i referenti dell'ARPA della Valle d'Aosta, dell'OREPS e dell'Azienda U.S.L., per la definizione e l'attribuzione regionale delle competenze in materia di epidemiologia ambientale;
3. avviare un percorso formativo dedicato, anche in collaborazione con altre Agenzie per la Protezione dell'Ambiente;
4. supportare la progettazione di una piattaforma informativa corrente comune ai due ambiti disciplinari (salute ed ambiente);
5. sviluppare sistemi informativi integrati di natura sanitaria ed ambientale, nonché di comuni metodologie di analisi ed interpretazione dei risultati;
6. supportare l'individuazione e la definizione di indicatori regionali di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale, in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;
7. favorire il graduale e progressivo inserimento del referente regionale di epidemiologia ambientale nelle reti specialistiche nazionali.

Obiettivo n. 3.

Razionalizzare l'organizzazione delle attività di prevenzione e di promozione della salute.

Attività: sviluppo della distrettualizzazione delle attività e revisione dei compiti del Dipartimento di Prevenzione.

Quadro di riferimento.

La missione del Dipartimento di Prevenzione, come definita dalla normativa nazionale e regionale, è quella di garantire la tutela della salute collettiva e di fornire una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione, perseguendo le strategie di: promozione della salute, prevenzione degli stati morbosi, miglioramento della qualità della vita. A tal scopo, il Dipartimento promuove le azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con le altre aree e servizi aziendali.

Operativamente, si possono individuare attività ordinarie consolidate ed attività di tipo innovativo. Le attività ordinarie, storicamente svolte dai Servizi del Dipartimento, sono comprese nei livelli essenziali di assistenza come definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001.

Tra queste attività, sono annoverate tutta una serie di prestazioni volte a soddisfare esigenze specifiche delle istituzioni presenti sul territorio, che comportano, tra l'altro, una territorializzazione notevole dell'impegno ambulatoriale.

Il Dipartimento ha già iniziato una riflessione sulle attività ordinarie individuandone alcune che presentano delle connotazioni di inefficienza e/o di inefficacia se valutate con i principi della Evidence Based Prevention (E.B.P.); la loro eliminazione ha consentito un recupero di risorse che potranno essere destinate allo sviluppo di programmi di prevenzione.

Il percorso non può comunque ritenersi completato e occorre dedicare ancora energie a questo processo. La liberazione di risorse derivante da questa razionalizzazione dovrà servire a dedicare spazio alla attività di progettazione e di realizzazione di interventi di prevenzione più rispondenti alle esigenze della popolazione.

Esistono in effetti delle attività che, pur riferibili al know-how degli operatori della prevenzione non ne costituiscono una costante lavorativa proprio per una carenza di disponibilità di tempo. Segnatamente, si tratta di attività di:

- analisi epidemiologica;
- controllo dei fattori di rischio per la salute;
- informazione/formazione della popolazione sui principali fattori di rischio.

Esiste inoltre una necessità di forte partecipazione del Dipartimento di Prevenzione alla realizzazione del Piano regionale di prevenzione attiva. L'atto di intesa fra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, rep. n. 2271 - con il

quale è recepito il concetto di prevenzione attiva - impegna le Regioni a dotarsi di un Piano regionale di Prevenzione attiva per il triennio 2006-2008.

Per la stesura di tale documento le linee prioritarie sono state individuate dalla Conferenza Stato-Regioni del 24 luglio 2003 per l'attuazione del Piano sanitario nazionale; in esso sono contenuti molteplici richiami ai temi della prevenzione primaria e secondaria. Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, largamente praticati nel nostro Paese da molti decenni e improntati in molti casi all'obbligatorietà e alla logica del controllo, la tendenza attuale della prevenzione è di porsi nei confronti del cittadino con un approccio attivo, in un'ottica di promozione della salute e di ricerca dell'adesione consapevole alla proposta preventiva.

In questo contesto, oltre alle già citate aree consolidate di intervento nel campo della prevenzione primaria e secondaria (vaccinazioni e screening oncologici), sono state individuate dal documento altre due aree prioritarie di intervento per le quali il Dipartimento di Prevenzione aziendale dovrà organizzarsi per partecipare attivamente alla realizzazione degli obiettivi segnatamente l'area del rischio cardiovascolare e l'area delle complicanze del Diabete. Un ulteriore elemento che potrà contribuire ad un miglior utilizzo delle risorse è rappresentato dalla rimozione della dispersione su più sedi delle attività da svolgere centralmente che produce inefficienze gestionali dei processi e soprattutto esclude la possibilità di un continuo e proficuo confronto diretto tra gli operatori.

Lo strumento per raggiungere gli obiettivi di cui sopra è rappresentato dalle azioni mirate alla razionalizzazione dell'organizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione attraverso lo sviluppo della loro distrettualizzazione e la ridefinizione dei processi e dei relativi compiti.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. completare l'intervento di revisione delle attività del Dipartimento di Prevenzione allo scopo di identificare, catalogare e valutare le attività di prevenzione in corso, promuovere l'adozione delle sole pratiche di provata efficacia;
2. ridefinire il modello organizzativo del Dipartimento di prevenzione attraverso l'aggiornamento della normativa regionale di riferimento e una distrettualizzazione delle sue attività che individui figure referenti che partecipano al Piano nelle attività distrettuali e rispondono a specifiche necessità del territorio di riferimento;
3. potenziare a livello centrale la capacità di progettazione e indirizzo di attività di prevenzione efficaci attraverso interventi di formazione e implementazione di progetti pilota come quello dello "Sportello unico" della Prevenzione e l'attuazione dei registri per le cause di morte o per patologie;
4. progettare l'unificazione logistica delle attività centralmente svolte dal Dipartimento di Prevenzione;
5. sviluppare, in rete con l'Osservatorio epidemiologico regionale e per le politiche sociali (OREPS), le attività di osservazione epidemiologica clinica e ambientale.

Obiettivo n. 4.

Promuovere programmi di prevenzione primaria per la promozione della salute e per la tutela dai rischi.

Attività: promozione di corretti stili di vita.

Quadro di riferimento.

La vita in montagna segue ritmi legati a specificità del tutto particolari: il territorio, l'ambiente, il clima; poiché, inoltre, esistono uno stretto legame ed una diretta connessione tra attività economiche e qualità della vita, specificità ed attività economiche hanno creato stili di vita legati, in epoche lontane, addirittura alla semplice necessità di sopravvivere.

Alcuni di questi stili di vita sono divenuti un fatto culturale, ed hanno determinato il nascere di tradizioni, usi ed abitudini alimentari e comportamentali che, con gli occhi di oggi, sono in netto contrasto con quelli che definiamo corretti stili di vita: una certa tipologia di alimentazione, ricca solo di elementi reperibili in natura e, spesso, non del tutto rispondenti da soli a quelli che sono gli standard odierni di una buona e corretta dieta, quali, ad esempio, l'uso di bevande alcoliche che sfocia troppo spesso in abuso e l'eccesso di grassi animali nell'alimentazione.

È impossibile e sarebbe ingiusto rimuovere i fatti culturali, ma è necessario valorizzarli alla luce di una loro più moderna rispondenza ai ritmi della vita quotidiana, alla conoscenza della medicina in ordine agli effetti negativi di taluni abusi, alla ormai superata cultura della sola sopravvivenza.

I problemi della vita in montagna non sono, tuttavia, soltanto un fattore legato alla Valle d'Aosta, ma per quanto concerne l'Italia, riguardano l'intero arco alpino, nel quale si sono sviluppati culture per molti versi simili se non uguali, stili di vita analoghi, problematiche del tutto simili legate alla salute.

Rileggere, quindi, le implicazioni culturali in relazione alla salute, può essere un obiettivo da porsi, sempre confrontandosi con aree di riferimento con le quali questo confronto abbia un senso, il sistema alpino ad esempio, ed individuando elementi epidemiologici comuni, per render poi possibili interventi simili, quantunque diversificati.

La Regione pertanto considera e propone la propria attività di promozione della salute con riferimento alle prospettive indicate dai competenti organismi nazionali e internazionali. Ulteriore elemento di riferimento per l'azione regionale è rappresentato dal documento "Stili di vita salutari: educazione, informazione e comunicazione" presentato dalla presidenza italiana del Consiglio congiuntamente alla Commissione europea a Milano nel settembre 2003. In tale ambito il programma che la Regione persegue e propone si definisce come parte di una più vasta attenzione alla popolazione regionale affinché assuma una maggiore consapevolezza verso i temi della promozione della salute. La Regione intende intensificare le collaborazioni e le partnership già operative con soggetti attivi nella società stabilendo contatti e nuove alleanze per la salute con l'obiettivo di rendere possibile il sostegno delle "ragioni

della salute” nelle varie componenti economiche, sociali e culturali della società valdostana.

Il ruolo che la Regione svolge da tempo nell'educazione alla salute si situa nel più ampio contesto della Promozione della salute definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'attuarsi del processo che mette in condizione gli individui di agire, anche socialmente, per controllare e migliorare il proprio stato di salute; un processo che combina attività di educazione sanitaria, messa a disposizione di servizi e opportunità (quali ad esempio gli screening neonatali e oncologici), strategie politiche ed indicazioni normative e regolamentari.

Importante impulso a questo processo lo ha fornito negli ultimi anni la presenza e l'attiva partecipazione della Regione all'interno della rete italiana degli Ospedali per la Promozione della salute - HPH (Health Promoting Hospitals) -, formata da tutte le reti regionali istituite in Italia e formalmente riconosciute dall'Ufficio Europeo dell'OMS. Obiettivo generale della rete italiana è quello di attivare negli ospedali e nei distretti socio-sanitari un processo di riorientamento finalizzato a sviluppare una cultura della salute accanto a quella curativa tradizionale, a promuovere la salute di tutti i clienti dell'ospedale (personale, pazienti e comunità servita) e a supportare lo sviluppo di ambienti fisici e sociali favorevoli alla salute coerentemente con quanto indicato nella Carta di Ottawa del 1986, nelle raccomandazioni di Vienna (Euro-WHO 1997) e in tutti gli altri documenti ufficiali dell'OMS che riguardano la promozione della salute e l'assistenza ospedaliera.

In tal senso, la politica di promozione della salute perseguita dalla Regione evolve attraverso un percorso che considera della salute gli aspetti fisici, mentali, sociali e ambientali. La sostanziale sovrapposizione di elementi comuni agli argomenti principali oggetto di interventi di promozione della salute e educazione sanitaria induce la Regione a perseguire gli obiettivi mediante programmi coordinati a più livelli.

Promozione della salute e educazione sanitaria, nell'accezione perseguita dalla Regione, vanno oltre la semplice informazione e comunicazione per la salute, ma colgono di questa gli aspetti e i determinanti ambientali, socio-culturali, economici e motivazionali, cercando di sollecitare l'emergere e lo sviluppo di “abilità e competenze” favorevoli alla salute non solo dal punto di vista dell'individuo, ma anche della comunità. Abilità e competenze che si riferiscono non solo al grande pubblico o a particolari target di esso, ma anche a coloro i quali, nello svolgimento delle proprie funzioni, in primo luogo i professionisti della salute, contribuiscono, direttamente o indirettamente, alle condizioni di salute della popolazione.

L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento intenzionalmente costruite, che includono quelle forme di comunicazione ideate per migliorare la conoscenza, la motivazione e le capacità che contribuiscono al controllo sulla salute da parte dell'individuo e della comunità. Gli studi sulle storie naturali delle malattie e sui determinanti della salute hanno messo in evidenza il peso e l'impatto che rivestono i fattori extra-sanitari, in particolare quelli di tipo ambientale e socio-economico. Tra questi vi sono l'ambiente fisico, l'adeguatezza della casa, l'occupazione e le condizioni di lavoro, il reddito disponibile, che sono suscettibili di

interventi correttivi e che condizionano e generano disuguaglianze nello stato di salute della popolazione.

Lo sviluppo di una politica pubblica per la promozione della salute dovrà tener conto, oltre che di queste problematiche, anche della necessità di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione della comunità al processo di tutela della salute, al fine di rendere gli individui sempre più consapevoli e protagonisti nella difesa della salute, intesa come un bene ed una risorsa.

Ulteriore obiettivo importante sarà quello di sapere identificare i target di popolazione su cui centrare gli interventi sulla base di criteri di efficacia, fattibilità e sostenibilità dell'intervento; ciò soprattutto a fronte di risorse assegnate, non ulteriormente espandibili.

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie deriva dalle conoscenze e dalle competenze tecniche disponibili (analisi epidemiologiche, di informazione e comunicazione del rischio e di valutazione degli interventi che hanno una valenza strategica per la promozione della salute), ma è soprattutto condizionato dalla percezione, dai giudizi e dai valori di tutti i soggetti coinvolti. Occorre quindi che il servizio sanitario, nel promuovere la difesa della salute, faciliti l'accesso all'informazione e crei le condizioni per un efficace processo di comunicazione del rischio tra tutti i soggetti interessati, sviluppando tutte le competenze necessarie.

La promozione della salute dovrà svilupparsi attraverso azioni multifattoriali e multidisciplinari finalizzate a realizzare interventi informativi ed educativi aventi lo scopo di rendere il cittadino più consapevole dell'importanza del proprio ruolo nella gestione del "bene salute" e per sviluppare e/o potenziare atteggiamenti e stili di vita favorevoli all'autotutela e al mantenimento della propria salute sulla base di valori e principi personali.

Nel promuovere comportamenti e stili di vita corretti per la salute particolare attenzione andrà posta per la Regione Valle d'Aosta al recupero di abitudini alimentari corretti all'adozione di stili di vita positivi che consentano, anche nell'età adulta e anziana, una moderata attività fisica e la prevenzione e/o la riduzione del danno derivante da comportamenti socialmente negativi come il fumo e l'abuso di alcol.

In questo quadro di riferimento, si inserisce lo sviluppo dell'offerta pubblica relativa alla medicina sportiva, intesa sia come supporto consulenziale sia come accertamento dell'idoneità all'attività agonistica.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta i seguenti interventi:

1. realizzare interventi, centrati su fasce di popolazione definite anche sulla base di dati riguardanti le disuguaglianze sociali, che si pongano come obiettivo

- primario la modifica degli stili di vita e delle condizioni ambientali, con particolare riferimento a campagne di informazione e di formazione riguardanti:
- i percorsi nascita e le campagne vaccinali rivolti in particolare alla popolazione immigrata e svantaggiata;
 - le abitudini alimentari ed il modificarsi delle esigenze nutrizionali dipendenti dai momenti e dal progredire della vita con particolare riferimento al periodo gestazionale ed all'età evolutiva;
 - l'importanza di una attività fisica corretta, continua ed adeguata all'età, intervenendo sia sulla popolazione sia sugli attori del mondo dello sport amatoriale, agonistico e pre-agonistico e della scuola;
 - il contenimento delle abitudini voluttuarie errate (tabagismo, alcolismo) attraverso lo sviluppo e la diffusione territoriale di strumenti di sostegno del singolo (ambulatori specifici, attività territoriali sanitarie e sociali) e di azioni mirate a popolazioni di giovani e giovani adulti;
 - il contenimento dei comportamenti a rischio nelle carceri;
2. realizzare interventi di formazione per gli operatori sanitari e sociali volti a:
 - saper interpretare correttamente il proprio fondamentale ruolo preventivo;
 - saper distinguere gli interventi di prevenzione primaria da quelli di prevenzione secondaria (diagnosi precoce);
 - saper direttamente promuovere la salute;
 - saper valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione;
 3. realizzare interventi di comunicazione al pubblico, in alcune manifestazioni patrocinate dall'Ente pubblico, in setting definiti (supermercati, scuole, servizi sanitari, ecc...) e di educazione sanitaria a gruppi definiti di popolazione;
 4. avviare il servizio di medicina sportiva a gestione diretta dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
 5. realizzare confronti, analisi e studi per sviluppare proposte riferite al problema dell'educazione alla salute nell'Arco alpino, avendo cura di individuare le caratteristiche simili, uguali, parallele tra le regioni coinvolte;
 6. valutare, in base alle risorse disponibili, la possibilità dell'inserimento di livelli di assistenza aggiuntivi nell'ambito della medicina scolastica;
 7. introdurre il monitoraggio del fenomeno del tabagismo e dell'alcolismo, così da valutarne l'entità e definirne, in prospettiva, le percentuali di diminuzione da perseguire;
 8. sostenere le associazioni di mutuo aiuto nell'ambito degli alcoolisti anonimi;
 9. promuovere programmi per la sorveglianza e la riduzione dell'obesità infantile.

Obiettivo n. 5.

Promuovere la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro, nonché la prevenzione degli incidenti domestici.

Attività A: prevenzione dell'infortunistica sul lavoro.

Quadro di riferimento.

L'incidenza delle patologie e degli infortuni di qualsiasi origine è causa di un numero di eventi mortali o permanentemente invalidanti che generano alti costi sociali e sanitari.

Secondo i dati di fonte INAIL, a cui vanno aggiunti gli infortuni non indennizzati e il fenomeno del sommerso, in Valle d'Aosta ogni anno si verificano circa 2.000 infortuni con più di 15 giorni di assenza dal lavoro. Nel 2% circa degli infortunati rimane un danno permanente. Nel 2000 in particolare si sono verificati 9 casi mortali e in 38 lavoratori è residua una invalidità permanente (in agricoltura 5 con esiti permanenti e 3 mortali).

La numerosità degli eventi invalidanti vede ai primi posti l'edilizia, seguita dalle lavorazioni del legno e dalla metallurgia; la gravità annovera al primo posto sempre il comparto delle costruzioni. Per contro, grazie all'evoluzione tecnologica ed all'organizzazione del lavoro, nonché ai successi delle azioni preventive e di controllo dei rischi, le malattie professionali sono largamente in diminuzione. Appaiono al contrario in crescita le cosiddette malattie "correlate con il lavoro" che considerano la causa professionale una delle concause determinanti la malattia professionale.

Il problema della compatibilità tra lavoro e disabilità interessa, inoltre, un crescente numero di persone anche a causa dell'allungamento del periodo lavorativo e delle nuove tecnologie.

La strada prioritariamente percorribile appare sicuramente quella di sviluppare una prevenzione primaria centrata sui valori della sicurezza.

Dovrà altresì essere applicato un metodo di lavoro che permetta di superare l'attuale impostazione basata sulla rigida compartimentalizzazione delle attività per competenze favorendo, in primis nell'ambito delle iniziative regionali, momenti d'integrazione fra tutti gli attori della prevenzione.

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro sono obiettivi prioritari per lo sviluppo della società e per assicurare attività lavorative competitive ma, sebbene questo convincimento sia ampiamente consolidato e gli sforzi intrapresi siano significativi, gli effetti indesiderati sulla salute dovuti al lavoro risultano ancora troppo frequenti.

Particolare importanza in Valle d'Aosta, quale territorio di montagna, riveste il monitoraggio e la valutazione degli effetti delle radiazioni ultraviolette solari sulla salute dell'uomo considerando che molti residenti svolgono attività ad alta quota.

A tal proposito si segnala che l'ARPA Valle d'Aosta ha intrapreso un programma di monitoraggio le cui attività sono finalizzate, tra l'altro, sia ad acquisire

dati utili all'approfondimento delle conoscenze in materia di radiazioni ultraviolette sia alla valutazione di ciò che comporta l'esposizione alla radiazione ultravioletta solare per tutti quei soggetti che, per esigenze professionali svolgono attività ad alta quota.

Lo sviluppo della sicurezza implica un percorso che parte dalla conoscenza esaustiva dell'evento avverso per addivenire ad un insieme di azioni di contrasto da ricercarsi, sia nelle applicazioni di norme già presenti, sia nell'individuazione di nuove soluzioni. Tale processo non può assolutamente prescindere da una funzione di monitoraggio degli esiti.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. costruire le mappe di rischio regionali per comparto e per gravità;
2. definire, in stretto coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione dell'U.S.L. e l'I.N.A.I.L. Valle d'Aosta, un piano preventivo regionale mirato ad una tutela della salute nei luoghi di lavoro che moduli efficacemente i vari strumenti della prevenzione (educazione e formazione, gestione del rischio, repressione, ecc.);
3. realizzare il piano e verificare i risultati ottenuti;
4. sviluppare, anche in collaborazione con l'A.R.P.A. Valle d'Aosta, iniziative di promozione della salute e di prevenzione dei rischi da esposizione a raggi UV con particolare riferimento ai comportamenti da adottare in relazione all'esposizione al sole sia lavorativa sia extralavorativa, all'uso inadeguato dei mezzi di protezione ed al controllo periodico della propria pelle;
5. migliorare la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati, in particolare quello relativo agli ambienti di lavoro in cui è previsto l'utilizzo di agenti chimici.

Attività B: prevenzione degli incidenti domestici.

Quadro di riferimento.

Gli incidenti domestici rappresentano un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito degli eventi evitabili e particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, la categoria più a rischio, seguiti dalle donne e dai bambini.

Diversi paesi europei e extra-europei hanno avviato già da alcuni anni politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno. L'Unione Europea ha avviato un programma per la sorveglianza e il monitoraggio di questi eventi, attraverso la sorveglianza degli incidenti che accedono alle strutture dell'emergenza (ELHASS), cui successivamente è seguita la costituzione di una base europea di dati, integrata nella rete telematica EUPHIN. La rete italiana della sorveglianza europea degli incidenti è stata integrata dall'Istituto Superiore di Sanità nel Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti Domestici (SINIACA).

In Italia, secondo i dati dell'indagine multiscope ISTAT vi sono stati 2.848.000 milioni di persone vittime di incidente domestico nel 2001. Secondo i dati del

SINIACA, aggiornati e coordinati per la Valle d'Aosta dal sistema Informativo del Pronto Soccorso, in Italia nel 2004 almeno 1.300.000 persone hanno richiesto assistenza in pronto soccorso ospedaliero a causa di incidente domestico (2% della popolazione nazionale) e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati (0,2% della popolazione nazionale) per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine dai dati ISTAT e SINIACA si possono stimare 4.500 morti per incidente domestico nel 2001 (7,8 morti per 100.000 abitanti).

In base ai risultati della sorveglianza l'incidente domestico più frequente nei due sessi e nelle varie età è la caduta (nel 50% dei casi) con punte di 70% nei bambini piccoli e 80% negli anziani. La causa prevalente d'infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (37,4% degli eventi) e la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente, seguita dall'ustione. Le conseguenze più gravi sono rappresentate dalle fratture.

Purtroppo esiste un numero limitato di studi (fra cui quasi inesistenti i trials) e quasi tutti svolti in Nord Europa e negli Stati Uniti, con una limitata trasferibilità dei risultati alla media delle situazioni presenti in Italia. Non possiamo quindi disporre di pacchetti di prevenzione ben supportati dall'evidenza. C'è comunque una convergenza della letteratura circa la maggiore efficacia di interventi caratterizzati da approcci integrati multidisciplinari a fronte di quelli singoli, e circa alcuni ambiti prioritari.

È da sottolineare, infine, come dati sul livello di sicurezza delle abitazioni nel loro complesso siano difficilmente disponibili per cui se ne rende necessaria una raccolta organica che possa in futuro motivare interventi specifici.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. monitorare il fenomeno attraverso il Pronto Soccorso e il DEA aggiungendo un supplemento d'informazioni (non tradizionalmente raccolte dal Pronto Soccorso) come da protocollo SINIACA dell'Istituto Superiore di Sanità ed integrare queste informazioni con altri sistemi informativi correnti (SDO, mortalità);
2. avviare una campagna di informazione mirata ai soggetti più a rischio, per sensibilizzare sulle potenziali fonti di rischio all'interno delle mura domestiche;
3. promuovere un Tavolo di lavoro coinvolgente i seguenti soggetti: Assessorato Lavori Pubblici, il competente servizio dell'Azienda U.S.L., l'INAIL, l'ISPEL, i rappresentanti degli Enti Locali, gli ordini professionali, nonché altri soggetti interessati, al fine di analizzare le problematiche concernenti la prevenzione degli incidenti domestici e di programmare linee di intervento.

Obiettivo n. 6.

Garantire la sicurezza degli alimenti conformemente alle indicazioni della normativa comunitaria e sostenere il miglioramento qualitativo delle produzioni tradizionali.

Attività A: responsabilizzazione dei produttori alimentari.

Quadro di riferimento.

La normativa comunitaria sulla sicurezza alimentare è andata incontro negli ultimi anni a importanti evoluzioni, a partire dal Libro Bianco e dal Regolamento comunitario 178/2002, fino all'istituzione dell'European Food Safety Authority (EFSA). Lo scopo principale di queste normative è stato quello di aumentare la fiducia dei consumatori negli organi preposti alla tutela della salute pubblica, che le crisi alimentari legate alla Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) ed alla diossina hanno seriamente minato.

Il Libro Bianco formula proposte atte a trasformare la politica alimentare in uno strumento dinamico, coerente e completo teso ad assicurare un elevato livello di salute umana e di tutela dei consumatori.

Il suo principio ispiratore consiste nel prevedere che la politica della sicurezza alimentare debba basarsi su di un approccio completo e integrato capace di considerare l'intera catena alimentare così da responsabilizzare sia i produttori di mangimi, sia gli agricoltori sia gli operatori dell'alimentare rispetto alla loro responsabilità primaria nella sicurezza degli alimenti.

Questo comporta modificazioni di conoscenze ed atteggiamenti da parte dei produttori primari, dei produttori di mangimi, degli operatori del settore della trasformazione, conservazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti.

Sottolineare il ruolo che riveste la produzione primaria, quale primo anello della catena produttiva, nell'assicurare la sicurezza alimentare, è fattore determinante ai fini dell'ottenimento del risultato. Altrettanto importante è far crescere la coscienza che tutta la filiera deve mantenere, attraverso i meccanismi dell'autocontrollo, i requisiti dell'alimento ai massimi livelli.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. favorire la sperimentazione in campo delle modalità di gestione della documentazione obbligatoria per le aziende agricole e gli allevamenti di bovini ed ovicapriini;
2. consolidare la capacità di gestione dei piani di autocontrollo aziendale da parte degli operatori alimentari anche attraverso l'attenta valutazione da parte del Dipartimento di prevenzione della loro formazione ed aggiornamento professionale.
3. definire e formalizzare a livello regionale un elenco di medici veterinari e di agronomi e periti aziendali;
4. favorire la preparazione e applicazione di manuali di buone prassi igieniche nelle aziende agricole e negli allevamenti;

5. favorire la preparazione di manuali di buone prassi igieniche da applicarsi da parte degli operatori che intervengono sulla filiera dei prodotti aventi denominazione di origine protetta (DOP) o tradizionali, comprendendo anche la fase di somministrazione.

Attività B: sviluppo del sistema di analisi del rischio.

Quadro di riferimento.

L'analisi del rischio rappresenta il fondamento su cui si basa la politica di sicurezza degli alimenti mediante una corretta applicazione delle tre componenti fondamentali:

- valutazione del rischio (consulenza scientifica e analisi dell'informazione)
- gestione del rischio (norme e controlli)
- comunicazione del rischio.

La valutazione del rischio richiede un sistema informativo organizzato ed un organismo tecnico scientifico in grado di sviluppare tale valutazione sulla base dei dati forniti dal sistema informativo.

La gestione del rischio si realizza attraverso i controlli esperiti dai servizi del Dipartimento di prevenzione e dai dati derivanti dalle attività sul territorio che consentono di alimentare il sistema informativo.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) e l'Agenzia Regionale per l'Ambiente della Valle d'Aosta (ARPA) partecipano garantendo sia l'attività di analisi ed il supporto tecnico scientifico, sia l'afflusso di dati che alimentano il sistema informativo. Risulta comunque necessario sviluppare la capacità di raccolta di dati da parte dei Servizi territoriali e dei Laboratori ed adattare i piani di controllo degli alimenti nelle loro varie componenti alle necessità derivanti da questa nuova impostazione.

La comunicazione del rischio è anch'essa attualmente ridotta soprattutto se intesa, come vuole la normativa comunitaria, quale scambio continuo di informazioni dagli organi di controllo verso i consumatori ed i produttori e viceversa.

Il potenziamento dell'attuale sistema informativo, la razionalizzazione dei controlli già esistenti, lo sviluppo di efficaci programmi di sorveglianza e monitoraggio devono essere considerati i presupposti fondamentali per impostare un approccio nuovo al controllo degli alimenti, basato sulla valutazione, sulla corretta gestione e sulla comunicazione del rischio.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta i seguenti interventi:

1. provvedere ad una nuova organizzazione dell'anagrafe dei produttori di alimenti unificando le anagrafi esistenti;
2. provvedere ad una nuova organizzazione del sistema informativo veterinario mediante la definizione dei flussi di dati, l'integrazione con i dati provenienti dall'Assessorato competente in materia di agricoltura, dall'IZS e dall'ARPA;

3. costituire un Comitato Regionale per la Sicurezza Alimentare con il compito di effettuare la valutazione del rischio alimentare;
4. formulare un piano di allerta alimentare rapido compatibile con quello nazionale;
5. adottare da parte del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta piani di controllo ufficiale degli alimenti adeguati alle indicazioni fornite dal Comitato regionale per la sicurezza alimentare;
6. verificare mediante auditing l'efficacia dei controlli espletati dai servizi del Dipartimento di Prevenzione;
7. provvedere all'impostazione di un sistema di comunicazione del rischio con la partecipazione dei cittadini attraverso le associazioni di categoria dei produttori e dei consumatori e la pubblicazione sul sito regionale e sui siti messi a disposizione dalle associazioni dell'esito dei controlli ufficiali effettuati.

Obiettivo n. 7.

Contrastare le principali cause di morte per malattia presenti nella popolazione, con particolare riguardo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari ed ai tumori.

Attività A: realizzazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria.

Quadro di riferimento.

Le malattie cerebro e cardiovascolari rappresentano le principali cause di morte in Italia come in Valle d'Aosta, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

Il contenimento di questi fenomeni patologici impone interventi di prevenzione sia primaria, rivolta ad impedire l'insorgenza di nuovi eventi patologici, sia secondaria, rivolta a diagnosticare precocemente nell'individuo o in gruppi di popolazione i segni premonitori o ad individuare un problema di salute nell'intento di arrestare o ritardare la comparsa dell'evento patologico.

Il Piano Sanitario Nazionale ha specificatamente sottolineato la necessità di dedicare particolare attenzione alle differenze registrate nella incidenza e nella mortalità tra le diverse aree geografiche, al fine di realizzare interventi orientati ad incidere sulla diminuzione dei fattori di rischio. Questi, infatti, sono unanimemente riconosciuti nella abitudine al fumo di tabacco, nella ridotta attività fisica, nelle abitudini alimentari che favoriscono eccesso ponderale, elevati livelli di colesterolemia, elevati livelli di pressione arteriosa.

Strumenti efficaci di prevenzione primaria si sono dimostrati sia la modificazione degli stili di vita, sia il mantenimento costante dell'attività fisica, anche a livelli moderati.

L'evidenza scientifica dimostra come l'efficacia degli interventi derivi sia da campagne di sensibilizzazione ad ampia diffusione, sia da programmi di formazione, counseling e sostegno a particolari gruppi di popolazione capaci di veicolare ed amplificare i messaggi e le indicazioni recepite.

In ambito di prevenzione secondaria, dove non sia definita l'efficacia di strumenti di screening, vi è evidenza che la valutazione del rischio, ottenuta sul singolo paziente grazie a strumenti capaci di stratificarne i vari livelli, permette di selezionare gruppi di popolazione a rischio su cui concentrare percorsi diagnostici capaci di rilevare le alterazioni prodromiche delle malattie cerebro e cardiovascolari.

Sperimentazioni in Valle d'Aosta di questo approccio sistemico alla prevenzione secondaria sono state sviluppate in alcune realtà distrettuali (progetto Prato) o all'interno di percorsi specialistici (ipertensione), oltre che nell'ambito della prevenzione al tabagismo ove sono attivi programmi di ampio respiro quale il progetto "Ospedali senza fumo" all'interno della rete nazionale HPH (Health Promoting Hospitals), un network dell'OMS per la trasformazione degli ospedali da luoghi esclusivamente di cura a luoghi di promozione della salute. Significativo apporto alla prevenzione dell'insorgenza dell'ictus è dato dalle numerose attività

realizzate dall'Associazione Alice, costituitasi a livello regionale, e diventata punto di riferimento rilevante anche a livello nazionale.

Particolare attenzione nei programmi di prevenzione primaria e secondaria va riservata ai danni causati dal fumo da tabacco che è considerato cagione di numerose neoplasie e di diverse altre malattie ad evoluzione potenzialmente letale. Il fumo, inoltre, aumenta il rischio di aborti spontanei, di scarso peso alla nascita, nonché di difetti congeniti del nascituro. Numerose altre condizioni correlate al fumo di sigaretta, pur non presentando un grave rischio per la sopravvivenza, sono comunque responsabili di una notevole spesa sanitaria.

È attivo presso l'Azienda U.S.L. un ambulatorio per la disassuefazione dal fumo nell'ambito delle attività di pneumotisiologia, che, in collaborazione con la sezione regionale della Lega italiana per la lotta contro i tumori ed i medici di medicina generale ha realizzato programmi di prevenzione dei danni causati dal fumo di sigaretta presso diverse istituzioni scolastiche regionali e corsi per la disassuefazione dal fumo.

Obiettivi per il futuro saranno il proseguimento nelle attività intraprese:

- dando maggiore diffusione sul territorio regionale alle varie iniziative;
- aumentando l'informazione sui regolamenti vigenti e della compliance al loro rispetto
- adottando, inoltre, strumenti per il monitoraggio dell'applicazione a partire dalle strutture sanitarie e dagli uffici pubblici;
- implementando le campagne di comunicazione generali, in coordinamento con le iniziative nazionali ed internazionali, e campagne mirate in particolare al target di popolazione compreso tra i 10 e 18 anni;
- realizzando i progetti di prevenzione nella scuola, mirati all'acquisizione di stili di vita sani, con caratteristiche di curricolarità ed intersectorialità; garantendo la promozione di organizzazioni senza fumo (oltre l'ospedale, i luoghi di lavoro senza fumo, a partire dalla Regione);
- promuovendo interventi organizzati di cessazione (individuali e di gruppo) ed interventi in setting specifici, quali ad esempio le associazioni sportive.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. realizzare programmi integrati Azienda U.S.L., associazioni ed Enti locali per una adeguata educazione e formazione nel campo nutrizionale;
2. realizzare interventi di sensibilizzazione e promozione per l'adozione di corretti stili di vita indirizzati a specifici gruppi di popolazione;
3. realizzare programmi di educazione sanitaria rivolti a modificare lo stile di vita di pazienti a rischio e dei loro familiari, in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS) e gli specialisti ospedalieri e territoriali;
4. migliorare le conoscenze dei rischi legati al fumo da tabacco attivo e passivo soprattutto per le persone a maggior rischio (bambini, donne in gravidanza, persone che soffrono di patologie respiratorie) e promuovere azioni di contrasto

volte a limitare o impedire l'iniziazione al fumo, con particolare attenzione agli adolescenti e alle donne.

Attività B: sviluppo ed attivazione di programmi di screening.

Quadro di riferimento.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 in vari punti affronta il tema della prevenzione attiva, che rappresenta un insieme articolato di interventi offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario impegnati in attività di prevenzione primaria e secondaria.

Il Piano Nazionale mira a mutare i programmi di prevenzione, coinvolgendo i diversi livelli di responsabilità del SSN in un'ottica di "promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino". Motore dell'operazione dovrà essere la "capacità dei diversi attori del sistema sanitario di operare in modo integrato", affidando alla Azienda Sanitaria la funzione di coordinamento.

Tra le quattro aree evidenziate come prioritarie (rischio cardiocerebrovascolare, complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni obbligatorie e raccomandate) questa attività sviluppa le attività legate allo screening.

In Valle d'Aosta la mortalità è decrescente per la maggior parte dei tipi di neoplasia, per alcuni a seguito di una diminuzione del rischio di ammalarsi per adeguamento a stili di vita corretti (ad esempio il tumore al polmone tra gli uomini), per altri grazie alla tempestività della diagnosi ed alla qualità delle cure (tumori alla cervice e alla mammella).

Infatti, è attivo - fin dal 1998 - un programma di screening tumori femminili la cui popolazione bersaglio è interamente coperta dal programma stesso grazie anche alle modalità particolarmente positive con le quali lo screening è realizzato: mentre l'utenza urbana effettua lo screening in sede ambulatoriale quella periferica è capillarmente raggiunta nelle sedi di residenza attraverso unità mobili. Ciò ha consentito il raggiungimento di una riconosciuta qualità del programma stesso.

Nonostante la riduzione registrata, permangono ancora ampi margini d'intervento sia nel campo della prevenzione primaria, sia in quello dell'organizzazione dei servizi diagnostici e terapeutici.

Nel campo della diagnosi precoce, si intende proseguire l'azione di diffusione degli screening per i tumori femminili (mammella e collo dell'utero) e l'avvio su scala regionale dello screening del colon retto, nel quadro di un potenziamento complessivo delle iniziative di prevenzione coinvolgendo opportunamente i medici di medicina generale. Per quanto concerne l'attuazione dello screening colon retto, che è rivolto sia alla popolazione maschile sia a quella femminile, si ritiene indispensabile creare una sinergia con le associazioni di volontariato, opportunamente formate, capaci di assicurare la capillare effettuazione dello screening su tutto il territorio e di accompagnare efficacemente l'adesione da parte dell'utenza.

In ambito diagnostico, è intenzione della Regione ridurre il più possibile le liste d'attesa per i cittadini con un sospetto di neoplasia.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. effettuare una campagna regionale di sensibilizzazione e promozione dello screening del colon-retto, di estensione e miglioramento dei programmi di screening dei tumori femminili e di rafforzamento dei messaggi preventivi sia sulla popolazione sia sugli operatori sanitari;
2. attivare e sviluppare lo screening del colon-retto;
3. consolidare i modelli di gestione integrata degli screening;
4. attivare il Registro dei tumori.

Obiettivo n. 8.

Potenziare i rapporti tra ospedale e territorio e rendere effettivi la continuità assistenziale e lo sviluppo dell'organizzazione unitaria dei servizi basata sul distretto.

Attività A: sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio.

Quadro di riferimento.

L'offerta di servizi e prestazioni sanitarie appare nel nostro Paese e nella nostra Regione ancora condizionato da fattori che non considerano compiutamente i bisogni della persona, obbligando, con una certa frequenza, il cittadino ad adeguarsi spesso all'organizzazione per ricevere risposte appropriate alle sue necessità preventive, assistenziali e riabilitative.

Malgrado i cambiamenti già intercorsi nell'ultimo quinquennio, sono ancora evidenti criticità legate sia ad una organizzazione ospedalocentrica e strutturata sulle varie specialità, sia una distribuzione dei servizi territoriali non omogenea su tutto il territorio regionale.

Contestualmente è viva, malgrado gli indiscutibili progressi già ottenuti, la necessità di integrare all'interno di percorsi assistenziali, condivisi e basati sull'evidenza scientifica, le componenti ospedaliera, territoriale e sociale così da garantire quella continuità assistenziale necessaria per raggiungere i livelli di efficacia ed efficienza che richiedono gli standard qualitativi attuali e il modificarsi della composizione della popolazione. In tale ottica, si rende necessaria anche la condivisione degli obiettivi da realizzare a livello territoriale con gli enti locali coinvolti nella gestione dei servizi socio-assistenziali.

L'ottenimento di questo obiettivo è funzione di un cambiamento culturale e professionale che dovrà essere supportato da importanti modifiche organizzative capaci di incidere sul modo sia di assistere gli ammalati, sia di interfacciarsi professionalmente tra operatori, sia di distribuire le prestazioni sul territorio.

Lo specialista ospedaliero dovrà essere messo in grado di supportare la medicina primaria nell'assistenza territoriale in fase di acuzie e di riabilitazione così come le fasi diagnostiche e terapeutiche ospedaliere dovranno giovare di tutto il supporto conoscitivo di cui la medicina primaria è detentrica. In tal senso è riconosciuta come strumento fondamentale la definizione di percorsi assistenziali integrati sia tra la componente ospedaliera e la componente distrettuale, sia tra la componente sanitaria e la componente socio-assistenziale.

Le reti informatiche ed informative saranno necessariamente potenziate per sopperire alle necessità conoscitive e allo sviluppo delle reti assistenziali e del sistema sanitario.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. completare le modalità di erogazione delle cure per profili di assistenza sanitaria anziché per competenze, così da assicurare il rispetto della vera centralità dell'utente;
2. definire ed applicare modelli organizzativi integrati sia dipartimentali sia distrettuali;
3. definire le modalità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale dell'utente che consentano la corretta e completa rilevazione dell'insieme dei suoi bisogni;
4. definire ed applicare le modalità di lavoro in équipe territoriali - articolate su base distrettuale - che vedano la presenza di tutte le professionalità (cliniche, specialistiche, organizzative, sociali), necessarie a garantire l'indispensabile continuità di assistenza;
5. realizzare attività formative per sostenere la fase di transito verso un modello stabile di assistenza distrettuale sinergico con l'assistenza ospedaliera e complementare ad essa nelle medesime aree;
6. provvedere al continuo aggiornamento ed allo sviluppo del sistema informativo, delle basi dati, della comunicazione interprofessionale ed intraprofessionale, interistituzionale e intraistituzionale;
7. prevedere ed attuare forme di coinvolgimento dei rappresentanti degli enti locali in ordine alla programmazione distrettuale delle attività.

Attività B : Potenziamento delle attività dell'area materno-infantile.

Quadro di riferimento.

Negli ultimi anni la collaborazione tra la componente sanitaria ospedaliera, quella sanitaria territoriale e quella sociale si è realizzata in modo particolarmente proficuo nell'area materno-infantile mediante lo strumento del Dipartimento materno-infantile. Esso comprende rappresentanti delle figure professionali sanitarie e sociali operanti sia in ambito ospedaliero che sul territorio ed ha lo scopo di coordinare le attività, tenuto conto dei dati epidemiologici, mediante protocolli condivisi dagli operatori ospedalieri e territoriali, che incidono sulla programmazione e sulla verifica delle attività nonché sulla formazione del personale.

Agli strumenti a disposizione del Dipartimento si è aggiunto nella seconda metà del 2001 il nuovo certificato di assistenza al parto (CEDAP), che consente la rilevazione puntuale dei dati relativi alle nascite e alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori. Esso ha consentito di analizzare più puntualmente i fenomeni connessi alla gravidanza ed al parto e tutti gli aspetti di salute relativi al neonato (c.d. "percorso nascita") ed ha costituito la base per valutare ogni necessità di adattamento o modifica dei percorsi assistenziali.

La Valle d'Aosta vanta il più alto numero di Consultori, in relazione al numero di utenti del SSN, ma l'affluenza delle donne gravide che accedono ai Consultori, o presso l'ambulatorio dell'UB di ostetricia-ginecologia è molto bassa, anche se le

prestazioni necessarie per tutto il percorso della gravidanza sono gratuite, come definito dal d.m. 10 settembre 1998.

Il progetto obiettivo “ambulatorio delle ostetriche della gravidanza fisiologica” ha dimostrato che – se pubblicizzato in modo adeguato – emerge anche in Valle d’Aosta una larga richiesta di gravidanza demedicalizzata. A tal fine si verificherà la possibilità di estendere questa esperienza anche ai Consultori.

Nel 2005 è stato siglato un protocollo d’intesa tra la Regione e il Comitato italiano per l’UNICEF – Onlus per la protezione, la promozione ed il sostegno dell’allattamento al seno e per la candidatura della Valle d’Aosta a “Regione impegnata per la promozione degli ospedali amici dei bambini OMS – UNICEF”. Tale protocollo viene applicato dal Dipartimento materno-infantile al fine di migliorare le competenze, l’integrazione e l’organizzazione degli operatori sanitari che svolgono attività di sostegno dell’allattamento al seno in tutto il percorso nascita e favorire la creazione di un “Ospedale amico dei bambini” e di strutture anche territoriali “amiche dei bambini”. In questo ambito si colloca poi il documento approvato dagli Assessori regionali alla salute quale impegno per l’applicazione nelle singole regioni e per la promozione congiunta a livello nazionale della “Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno” - adottata dall’UNICEF e dall’OMS (Firenze, luglio 1990) - nonché per lo sviluppo di ogni possibile sinergia con l’UNICEF e le altre organizzazioni impegnate a sostegno dell’allattamento materno.

Restano ancora da sviluppare alcune aree, tra le quali emergono in particolare l’integrazione tra gli specialisti che operano in ospedale e quelli che operano sul territorio, nei consultori e negli ambulatori, nonché l’integrazione tra gli specialisti dipendenti dell’Azienda e i pediatri di libera scelta. Tale integrazione può risultare particolarmente utile per raggiungere un’omogeneità di comportamento tra specialisti ospedalieri e territoriali circa le indicazioni di prevenzione, diagnosi e cura ed anche nel contesto dell’attività di prevenzione legata all’interruzione volontaria della gravidanza, attività che trova la sua sede naturale nei consultori sul territorio.

Descrizione delle azioni.

1. individuare modalità per potenziare l’integrazione tra gli specialisti ospedalieri e gli specialisti territoriali ed i pediatri di libera scelta;
2. sostenere il progetto per l’allattamento al seno;
3. consolidare il “percorso nascita” dando particolare rilievo alla valenza preventiva e di sostegno al ruolo genitoriale;
4. sviluppare l’attività di informazione e prevenzione dell’interruzione volontaria di gravidanza, nell’ambito del “percorso nascita”, con particolare riferimento alla popolazione immigrata;
5. analizzare, mediante il Dipartimento materno-infantile ed ai fini di un eventuale aggiornamento, il modello funzionale ed organizzativo della rete dei consultori sul territorio;
6. pubblicizzare e valorizzare il ruolo specifico delle ostetriche nel percorso della gravidanza fisiologica nei Consultori stessi.

Attività C: Riduzione delle liste di attesa e potenziamento dei percorsi di cura.

Quadro di riferimento.

La domanda di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo spesso non è direttamente proporzionale ai veri bisogni della popolazione di riferimento sia perché, da un lato, molti fattori agiscono sull'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni sia perché, dall'altro lato, sono presenti aree di bisogno non ancora compiutamente analizzate e soddisfatte.

Saranno quindi obiettivi prioritari di questo piano sia la ricerca dell'appropriatezza quale strumento di equità distributiva delle risorse sanitarie e sociali, sia la concretizzazione delle attività rivolte alla definizione dei piani di zona e sia la ricerca epidemiologica.

Le liste di attesa vanno intese come un indicatore di risultato del processo di soddisfacimento della domanda di servizio su cui incidono numerosissimi fattori:

- organizzativi (corretta stratificazione della domanda, accessibilità, organizzazione distrettuale, ecc.);
- culturali (iter formativi della medicina primaria e specialistica, attenzione alla definizione di percorsi comuni ospedale-territorio, pressioni dei media, medicina difensiva, ecc.);
- sociali (condizioni della famiglia, modifiche nella distribuzione della popolazione, educazione, scolarità, ecc.);
- politici (integrazione delle politiche sanitarie con i territori regionali circostanti, sistemi premianti l'appropriatezza della domanda e non la redditività dell'offerta, sostegno all'eticità nella distribuzione delle risorse, ecc.).

Strumenti fondamentali per il pieno raggiungimento dell'obiettivo risultano essere:

- l'osservazione epidemiologica e l'epidemiologia clinica;
- la definizione dei principali appropriati bisogni e dei relativi fabbisogni;
- la completa integrazione tra componente sociale e sanitaria ottenuta tramite una rivisitazione di ruoli, compiti e responsabilità;
- l'integrazione ospedale-territorio capace di assicurare la completa applicazione dei principali percorsi assistenziali di urgenza, elezione e riabilitazione;
- la stesura di protocolli d'intesa e relativi piani di attuazione con le Regioni limitrofe;
- la responsabilizzazione di tutti gli operatori al contenimento del fenomeno attraverso politiche premianti trasversali;
- il coinvolgimento diretto e responsabile degli osservatori esterni nei principali tavoli programmatici e valutativi.

Descrizione delle azioni.

Il corretto percorso programmatico dovrà quindi prevedere la definizione dei bisogni ottenuta tramite il confronto delle componenti sanitarie e sociali, la trasformazione dei bisogni in domanda secondo percorsi assistenziali condivisi basati sull'Evidenza Scientifica ed Assistenziale, la modulazione dell'offerta conseguita grazie a modelli organizzativi congrui ed accordi di produzione allargati anche alle regioni limitrofe.

Dal momento che la completa applicazione del percorso sopra descritto richiederà i necessari tempi attuativi, la ricerca dell'appropriatezza sarà perseguita tramite la definizione di percorsi assistenziali condivisi.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. definire i principali percorsi assistenziali connessi ai bisogni;
2. determinare conseguentemente i fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociali;
3. declinare i fabbisogni all'interno dei piani annuali attuativi con le varie entità gestionali accreditate;
4. coinvolgere nel sistema premiante di tutte le componenti sanitarie operanti nel SSR;
5. istituire un tavolo di monitoraggio regionale delle liste di attesa che veda integrare anche il Difensore Civico, il CELVA, le organizzazioni di tutela maggiormente rappresentative e il coordinamento dei servizi di volontariato;
6. realizzare la formazione specifica degli operatori in tema di Medicina ed Assistenza basate sulla Evidenza Scientifica;
7. ampliare il conferimento delle prestazioni diagnostiche, di visite e di ogni altra attività medico chirurgica nel sistema informatizzato del CUP e nel contempo studiare nuove modalità di prenotazione avvalendosi della tecnologia internet nonché del collegamento informatizzato con la rete dei medici di medicina generale.

Obiettivo n. 9.

Sviluppare l'assistenza primaria, la medicina specialistica territoriale e le cure palliative e monitorare l'assistenza farmaceutica.

Attività A: aggiornamento del modello di assistenza primaria e della medicina specialistica ambulatoriale.

Quadro di riferimento.

Nel quadro istituzionale determinatosi con la riforma del Titolo V della Costituzione operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, piena potestà è stata affidata alle Regioni, tra l'altro, anche in materia di salute. Per effetto di essa e sulla base delle decisioni assunte in sede di Conferenza dei Presidenti delle Regioni, gli Accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i medici specialisti ambulatoriali approvati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 20 gennaio 2005 sono applicati dal 23 marzo 2005. Gli accordi regionali rappresentano un'opportunità importante in quanto non soltanto integrano l'accordo nazionale ma possono derogarvi e sostituire le cosiddette "parti cedevoli" per realizzare un modello di assistenza più adatto alla specificità regionale.

In conformità con l'azione sinora svolta dal governo regionale e tendente ad un crescente miglioramento delle condizioni di vita della popolazione nelle zone di montagna, la definizione degli accordi collettivi regionali dovrà porsi nell'ottica di garantire servizi sanitari qualitativamente appropriati, con particolare riguardo alla possibilità di apertura di servizi ambulatoriali ulteriori a quelli già esistenti nelle zone più distanti dalla Valle centrale.

L'attuale offerta sanitaria include, quale livello aggiuntivo regionale, specifiche prestazioni di assistenza odontoiatrica rivolte a determinate categorie di cittadini, segnatamente quelli in possesso di redditi inferiori al c.d. "minimo vitale", ovvero con deficit immunologici o con sieropositività da HIV. Oltre a ciò, sempre nell'ambito dei livelli di assistenza regionali, vengono erogati contributi economici per le protesi dentarie e per le cure ortodontiche. Al fine di garantire una maggiore equità ed un più razionale impiego delle risorse finanziarie, si intende valutare l'opportunità di estendere a questo ambito l'utilizzo dell'indicatore regionale della situazione economica (IRSE), in luogo del reddito. Verrà inoltre valutata, sulla base delle risorse, sia professionali e strumentali che finanziarie, la possibilità di inserimento dell'offerta di protesi dentarie nei livelli regionali aggiuntivi di assistenza, in luogo del rimborso per il loro acquisto.

Una parte importante dell'obiettivo concerne l'esigenza di garantire, all'interno del sistema della continuità assistenziale, la continuità delle cure in termini non soltanto quantitativi (disponibilità di un medico da parte del sistema) ma soprattutto in termini qualitativi (effettiva capacità del medico di venire incontro ai bisogni degli assistiti grazie sia ad una formazione specifica che a diversi e più stretti rapporti tra i medici di medicina generale). Attenzione dovrà inoltre essere posta nel miglioramento del rapporto tra medici di medicina generale (MMG), medici di continuità assistenziale (MCA) e pediatri di libera scelta (PLS), Specialisti Ambulatoriali da un lato e sanitari ospedalieri dall'altro.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. provvedere alla previsione ed all'applicazione di un modello organizzativo distrettuale che sviluppi prioritariamente forme associative e di medicina di gruppo capaci di integrare l'attività dei singoli, così da ampliare quantitativamente e qualitativamente l'assistenza primaria con il coinvolgimento degli specialisti e della continuità assistenziale, anche attraverso forme aggregative che avranno modo e diritto di partecipare alle attività distrettuali ed in particolare alla definizione dei modelli organizzativi, all'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo, alla definizione degli obiettivi di budget;
2. definire gli accordi regionali connessi al CNU con particolare attenzione alle esigenze della qualità, della continuità di cure ed all'assistenza delle zone più periferiche;
3. definire nuove modalità di collaborazione tra MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali in relazione alla continuità delle cure che consentano alla continuità assistenziale migliori condizioni di lavoro ed un più stretto rapporto con i loro colleghi e con i rispettivi assistiti;
4. definire percorsi formativi sia specifici, sia comuni, rivolti ai medici di medicina generale, di continuità assistenziale, specialisti e pediatri operanti sul territorio favorendo l'integrazione tra ospedale e territorio;
5. individuare ogni utile iniziativa per l'assunzione nei ruoli del Servizio sanitario regionale del personale medico convenzionato per l'espletamento dell'emergenza sanitaria territoriale;
6. predisporre una nuova modalità di verifica delle condizioni economiche dei destinatari dei livelli regionali aggiuntivi di assistenza sulla base dell'IRSE;
7. predisporre, congiuntamente con l'Azienda U.S.L., uno studio per la revisione delle attuali modalità di erogazione delle protesi odontoiatriche, con approfondimento sulle modalità e proiezione dei costi ipotetici.

Attività B: monitoraggio dell'assistenza farmaceutica e della sua appropriatezza.

Quadro di riferimento.

L'ultimo quadriennio ha visto modificarsi molto il quadro normativo riguardante l'assistenza farmaceutica sia rispetto ai meccanismi di spesa (art. 5, d.l. 18.9.2001, n. 347, che fissa il tetto massimo di spesa farmaceutica convenzionata pari al 13% della spesa sanitaria totale; artt. 48 e 50, d.l. 269/2003 che istituiscono, rispettivamente, il tetto massimo di spesa farmaceutica complessiva pari al 16% della spesa sanitaria totale; il nuovo modello di ricetta e l'obbligo di trasmissione dei dati analitici di spesa al Ministero dell'Economia e delle Finanze) sia rispetto all'appropriatezza prescrittiva e di consumo ("Progetto Mattoni" per la costituzione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS); Accordo Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

I flussi informativi risentono, da una parte, di questa intervenuta rapida successione di modifiche legislative, dall'altra, di un non completo ed esaustivo aggancio della componente prescrittiva, alle prestazioni erogate ed alla loro tipologia.

E' oramai, altresì, evidente un rapidissimo evolversi dell'offerta di farmaci con l'introduzione di molecole di apparente maggior efficacia ma di costo elevato. La frequente assenza di meta-analisi riguardanti l'efficacia ed il rapporto costi-beneficio e costi-opportunità, impone un'attenta sorveglianza rispetto all'appropriatezza prescrittiva.

A questa finalità è stata tesa l'attività del Mattone "Prestazioni farmaceutiche" – a cui la Valle d'Aosta ha partecipato come regione partner - che, all'interno del citato "Progetto Mattoni", ha proposto una uniforme modalità di rilevazione della spesa nei tre ambiti della farmaceutica convenzionata, della farmaceutica ospedaliera e della distribuzione diretta, che potrà consentire sia il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva che il confronto fra i dati di spesa delle singole regioni.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. definire modalità di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, convenzionata, diretta e per conto;
2. definire un set minimo di indicatori per la raccolta delle informazioni necessarie a descrivere in modo quali-quantitativo il consumo dei farmaci e la relativa spesa farmaceutica, distinta nelle varie aree in cui essa si realizza (ospedaliera, territoriale, diretta, per conto e convenzionata);
3. provvedere alla formazione ed al supporto degli operatori coinvolti per quanto attiene alla raccolta e al confronto delle informazioni relative alle modalità di assistenza dei pazienti.

Attività C: prosecuzione delle pratiche riconducibili alle medicine non convenzionali.

In alcuni specifici contesti patologici si inserisce il contributo delle medicine non convenzionali, adeguatamente suffragato da solide evidenze scientifiche e dall'esito delle sperimentazioni avviate nelle branche dell'agopuntura e dell'omeopatia. Considerato che, per quanto attiene all'agopuntura, esistono in letteratura evidenze scientifiche che dimostrano l'efficacia della prestazione, si ritiene utile proseguire su tale percorso, rendendo stabile l'offerta sinora sperimentale.

In linea di continuità con il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004, si intende riconoscere il valore diagnostico e terapeutico delle pratiche riconducibili alla medicina non convenzionale attraverso lo sviluppo e la ricerca in questo settore e prevedendo inoltre qualificati percorsi formativi per i medici che intendano specializzarsi in queste discipline alternative alla medicina tradizionale. A tale scopo, con apposito atto della Giunta, verrà istituito presso l'Assessorato della sanità, salute e politiche sociali un gruppo di lavoro atto a verificare l'evoluzione dell'evidenza scientifica nel settore delle medicine non convenzionali.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. provvedere all'analisi degli esiti delle sperimentazioni avviate nel settore delle medicine non convenzionali, consolidando le branche che hanno avuto riscontro di una positiva risposta rispetto ai fabbisogni della popolazione;
2. istituire un gruppo di lavoro che verifichi l'evoluzione dell'evidenza scientifica nel settore delle medicine non convenzionali e che predisponga un rapporto finalizzato alla conferma e/o all'ampliamento dell'offerta sanitaria valdostana in tale settore.

Attività D: Sviluppo delle cure palliative, della terapia del dolore e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita.

Quadro di riferimento.

La continua modifica dello stato soggettivo ed obiettivo della persona inguaribile nelle fasi avanzate di malattia, in genere nei tre mesi precedenti la morte, rende necessario nella maggior parte dei casi un progetto assistenziale integrato, multidisciplinare, multiprofessionale ed in équipe, in grado di offrire un intervento caratterizzato da continuità nelle 24 ore, preparazione professionale degli operatori coinvolti ed elevato standard di empatia/umanizzazione. La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del paziente, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema di rete che renda possibile l'integrazione di differenti modelli e livelli di intervento e dei differenti soggetti coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la famiglia, ove presente, possano essere guidati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal paziente e dal nucleo familiare nel 70-80% dei casi, e le strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero di pazienti in fase avanzata e terminale di una malattia terminale, non assistibili presso la propria casa, per cause sanitarie o socio-economiche (20-30% dei casi).

La rete sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere fornito un adeguato supporto religioso. Particolarmente stimolata e favorita dovrà essere l'integrazione nella rete delle organizzazioni no profit, in particolare di quelle di volontariato.

Le modalità di intervento saranno ispirate agli standard delle «cure palliative», intendendo con tale termine, secondo quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, «l'insieme degli interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, dei malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale (in detti interventi) è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e più in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali».

Descrizione delle azioni.

1. Realizzare un sistema regionale a rete per le cure palliative finalizzato all'integrazione degli interventi professionali e solidaristici offerti negli ambiti assistenziali domiciliari, ospedalieri e residenziali ed alla implementazione di una loro adeguata offerta su tutto il territorio regionale;
2. coinvolgere il medico di medicina generale nei processi assistenziali;
3. predisporre un livello efficiente di interventi di controllo del dolore e degli altri sintomi, integrando gli interventi nelle attività relative al Progetto regionale per l'ospedale senza dolore;
4. integrare la rete sanitaria con quella socio-assistenziale;
5. coinvolgere le organizzazioni no profit, in particolare le organizzazioni di volontariato.

Obiettivo n. 10.

Sostenere e monitorare la qualità e la specificità del sistema di emergenza e urgenza sanitaria.

Attività: monitoraggio dell'attività del sistema di emergenza e urgenza sanitaria, finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni.

Quadro di riferimento.

A seguito dell'approvazione del decreto del Presidente della Repubblica in data 27 marzo 1992 con il quale sono stati determinati i livelli di assistenza sanitaria di emergenza, l'area di cui trattasi gode di un'organizzazione e di una diffusione territoriale importanti e degne di menzione nel panorama sanitario nazionale.

In Valle d'Aosta il sistema è assicurato su base regionale da un insieme di strutture e di servizi tra loro funzionalmente integrati ed articolato nelle fasi di allarme sanitario (ricevuto ed elaborato dalla Centrale operativa del 118 regionale, della quale si auspica la collocazione all'interno di una Centrale Unica regionale), soccorso territoriale ed accettazione ospedaliera di Pronto Soccorso, la cui integrazione ed armonizzazione rappresentano un obiettivo prioritario di questo PSR e che dovranno essere declinati operativamente all'interno di apposita normativa previdente, adeguati modelli organizzativi atti a favorire e promuovere l'integrazione funzionale delle attività sanitarie, e quindi dei professionisti, tra il territorio e l'ospedale, ed il perseguimento di piani formativi comuni, i cui standard saranno definiti a livello regionale sulla base dell'evidenza scientifica. Tale sistema si regge sull'impiego di figure sia sanitarie, che tecniche, che del volontariato regionale, la cui disponibilità ed organizzazione dovranno permettere di modulare la risposta, in maniera efficiente ed efficace, a seconda della tipologia degli interventi e della stratificazione dei bisogni, con una distribuzione territoriale delle risorse umane e tecnologiche (ambulanze, auto mediche, elicotteri) ragionevole ed atta ad assicurare una risposta adeguata.

Anche in relazione alla vocazione turistica regionale, il sistema dovrà continuare a prevedere, perfezionandone attività ed integrazione, la presenza invernale ed estiva di strutture territoriali strategicamente dislocate finalizzate a svolgere funzione di primo filtro di tipo traumatologico per eventi che non necessariamente richiedano l'accesso in ospedale, eroganti, quindi, un livello d'assistenza ulteriore rispetto a quanto definito essenziale dalla normativa regionale.

Un sistema così articolato e capillare determina un assorbimento di risorse che pone la necessità di creare meccanismi di valutazione di eventuali forme partecipative dell'utenza ai costi del servizio, in base ad indirizzi regionali che dovranno trovare adeguato inquadramento all'interno di apposite normative regionali.

La peculiarità orografica regionale, unitamente all'esperienza pluriennale maturata nel campo del soccorso in ambiente alpino, rendono altresì necessario la creazione di specifici corsi di formazione post-universitaria in tale ambito, con il doppio fine di mantenere un adeguato livello formativo specialistico tra gli operatori regionali e di diventare polo formativo per operatori esterni che desiderino approfondire questo particolare aspetto del soccorso.

Descrizione delle azioni.

Gli strumenti che la programmazione regionale dovrà prevedere possono essere così riassunti:

1. il sistema di emergenza regionale deve essere concepito come un'unica entità operativa superando la dicotomia attuale fra componente territoriale e ospedaliera e prevedendo la massima rotazione del personale sanitario;
2. devono essere identificate soluzioni contrattuali professionali che tendano a ridurre il turnover dei medici del sistema privilegiando il più possibile soluzioni contrattuali stabili, possibilmente di dipendenza a tempo indeterminato;
3. deve essere rivista l'organizzazione della Centrale operativa inserendola nella istituenda Centrale unica regionale;
4. deve essere intrapresa la riorganizzazione della continuità assistenziale integrandola completamente nelle attività dell'assistenza primaria distrettuale ed identificando un sistema informativo informatizzato unico per tutto il sistema di emergenza che comprenda la gestione della chiamata di soccorso, del dispatch e delle attività territoriali (ambulanza, elicottero, PPS).

Obiettivo n. 11.

Potenziare attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione fra servizi sanitari e sociali.

Attività A: sviluppo di servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali in un contesto di rete tra servizi sanitari e sociali.

Quadro di riferimento.

Lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati, la cui importanza e necessità è da tempo affermata nei documenti di programmazione nazionale e regionale, trova un valido esempio di realizzazione a livello regionale nel settore dell'assistenza alle persone anziane. Nell'ambito di quest'ultimo, infatti, la tradizionale impostazione di collaborazione tra l'area sanitaria e quella delle politiche sociali permette di riscontrare incoraggianti risultati.

L'obiettivo si pone nell'ottica di estendere e consolidare la razionalizzazione dei percorsi assistenziali sulla base del bisogno differenziale di salute e di assistenza, assegnando all'ospedale la funzione di cura dell'acuzie e decentrando opportunamente al territorio le attività di assistenza sanitaria e socio-assistenziale da svolgersi, se possibile, al domicilio dell'utente, ovvero in strutture semi-residenziali (assistenza diurna) o residenziali, garantendo una sempre maggiore integrazione fra le professionalità dell'area sanitaria e quelle dell'area socio assistenziale. E' del tutto evidente che a rendere concreta e fattibile la differenziazione dei percorsi assistenziali è la garanzia di servizi e strutture sufficienti ed idonei ad attuarli.

Nel processo di definizione delle prestazioni erogabili e del modello organizzativo, occorrerà considerare l'esperienza fino ad ora maturata nella gestione:

- del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) in Aosta;
- della RSA di Antey-Saint-André;
- delle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani in Valle d'Aosta.

L'attuale servizio di assistenza domiciliare, erogato da tutti i comuni della Valle d'Aosta ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93, riguarda il complesso delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie volte a mantenere la persona al proprio domicilio.

Il servizio, rivolto a tutta la popolazione, può, in base alla valutazione multiprofessionale dei bisogni della persona interessata, prevedere interventi solo socio-assistenziali, solo interventi sanitari o interventi socio-sanitari integrati. Questi ultimi sono in sintonia con la definizione di ADI (Assistenza domiciliare integrata) data dal Piano sanitario nazionale. Conclusa una sperimentazione dell'ADI nel Comune di Aosta - che ha previsto la presa in carico multiprofessionale e comunitaria delle situazioni problematiche, l'integrazione socio-sanitaria e l'avvio di un sistema informativo finalizzato alla valutazione del servizio - si è provveduto ad avviare l'estensione dell'ADI a tutto il territorio regionale.

La Regione interviene nella promozione e nel sostegno della domiciliarità anche attraverso l'erogazione di contributi economici in favore di coloro che sostengono costi per l'assistenza domiciliare privata fornita nell'ambito di un regolare rapporto di lavoro (legge regionale del 3 maggio 1993, n. 22). E' necessario, ai fini di garantire la qualità dell'offerta e l'integrazione socio-sanitaria, che il servizio privato sia connesso con l'attività degli altri servizi pubblici.

La collocazione dell'assistenza domiciliare privata nell'ambito della rete dell'offerta a favore della domiciliarità, per la quale i servizi pubblici devono assumere un ruolo di "supervisore", è diretta ad intervenire nella regolazione del mercato privato con l'obiettivo di sostenere ed offrire garanzie agli individui ed alle famiglie che vi fanno ricorso ed allo stesso tempo di coloro che offrono il servizio.

In considerazione dell'importanza di promuovere e garantire l'equità per l'accesso e per la contribuzione degli utenti che fruiscono dei servizi, è stata estesa l'applicazione dell'Indicatore Regionale della Situazione Economica Equivalente quale strumento di valutazione della situazione economica.

La RSA di Antey-Saint-André è stata progettata per integrarsi nella rete dei servizi distrettuali collocandosi come anello di congiunzione tra la rete dei servizi domiciliari e il presidio ospedaliero ed ha come obiettivi funzionali:

- il consolidamento dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero;
- la prevenzione delle complicanze ed il recupero dell'autonomia del soggetto in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso ad altre forme assistenziali territoriali.

Al fine di assicurare alle persone ospiti le prestazioni più adeguate in rapporto alle loro condizioni di disabilità e di dipendenza, la RSA è strutturata, in termini organizzativi e di dotazione di personale, in funzione delle seguenti aree di intervento:

- a) area della senescenza, riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza, con particolare riguardo alle persone affette da malattie croniche;
- b) area della disabilità, riferita a persone portatrici di handicap funzionale transitorio o permanente in condizioni di notevole dipendenza, che necessitano di terapia riabilitativa di tipo intensivo ed estensivo;
- c) area del disagio mentale, riferita a persone portatrici di disturbi psichici e neurologici in condizione di notevole dipendenza.

Tale organizzazione consente di accogliere, anche nella stessa struttura residenziale, gruppi di ospiti con differenti caratteristiche e di garantire una buona flessibilità nell'organizzazione interna e nelle modalità gestionali.

L'attuale offerta di servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane, costituisce uno dei nodi della rete territoriale e deve essere caratterizzata da una progettazione fortemente dinamica ed integrata nell'ambito del distretto.

Considerata l'importanza strategica dei servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane è stato costituito, con deliberazione della Giunta regionale n.

4603 del 10 dicembre 2004, un “Tavolo di lavoro” per la revisione dei suddetti servizi con l’obiettivo di:

- analizzare l’attuale situazione dei servizi semiresidenziali e residenziali;
- individuare le necessità ed i bisogni delle persone anziane;
- definire gli standard strutturali e gestionali.

Il documento prodotto evidenzia, in particolare, che in Valle d’Aosta nel 2001 (Censimento Istat, 2001) su 10.076 persone anziane oltre i 75 anni, 717 erano istituzionalizzati (7,11%), mentre una successiva verifica effettuata dalla Regione nel 2003 ha rilevato che gli anziani ospitati in microcomunità erano 900 (8,32%)

L’offerta di servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane comprende:

Servizi residenziali (microcomunità e comunità alloggio)

- La microcomunità è un servizio socio-sanitario integrato a carattere residenziale destinato ad anziani che presentano deficit funzionali tali da compromettere lo svolgimento autonomo degli elementari atti di vita quotidiana; non sono assistibili a domicilio per carenza della famiglia o dei servizi territoriali e necessitano di un’elevata assistenza tutelare o di specifici percorsi riabilitativi, ma non di prestazioni sanitarie intensive.
- La comunità alloggio è un servizio socio-sanitario assistenziale a carattere residenziale e a prevalente accoglienza alberghiera destinato ad anziani e/o a persone disabili che abbiano una condizione psicofisica di autosufficienza o parziale autosufficienza, non abbiano particolari problemi sanitari e, anche per periodi temporanei, non possano restare in famiglia o al proprio domicilio.

Servizi semiresidenziali (centro diurno e centro di incontro)

- Il centro diurno è un servizio socio-sanitario integrato a carattere semi-residenziale che ospita, in regime diurno, anziani e/o disabili che non sono più in grado di permanere presso il proprio domicilio e prevede prestazioni assistenziali, sanitarie e riabilitative.
- Il centro di incontro è un servizio sociale che offre attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione.

L’attuale offerta di servizi residenziali sul territorio si completerà con la prossima attivazione di:

- un nucleo di posti letto destinati alla cura dei malati terminali (Hospice) che, nell’ambito della riorganizzazione delle sedi ospedaliere, troverà idonea collocazione presso il presidio ospedaliero del Beauregard che, progressivamente, non sarà più destinato a funzioni sanitarie per la cura delle acuzie. L’Hospice, o Centro di cure palliative, rappresenta uno degli ambiti nei quali i pazienti terminali possono avvalersi di cure attive e globali con il fine di lenire il dolore e gli altri sintomi legati alla malattia. Tale struttura garantisce, tra l’altro, la continuità tra le cure rese in ospedale e quelle erogate sul territorio;
- un nucleo di posti destinati alla cura dei malati affetti dal morbo di Alzheimer attraverso idonea collocazione presso una struttura ubicata in Aosta.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. provvedere alla definizione ed all'estensione al territorio regionale di modalità uniformi di accesso ai servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, sulla base della valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni sanitari e sociali dell'utente, garantendo l'integrazione dei servizi sanitari territoriali con quelli socio assistenziali gestiti da enti locali, a vantaggio di tutta la popolazione adulta;
2. attuare la pianificazione a livello di singolo Distretto delle attività e prestazioni sanitarie erogabili senza il ricorso alla struttura ospedaliera;
3. effettuare il monitoraggio, a livello di singolo Distretto della razionalizzazione dei percorsi assistenziali;
4. estendere il servizio di Assistenza domiciliare integrata sull'intero territorio regionale, a seguito della positiva sperimentazione svoltasi nel Comune di Aosta;
5. potenziare la centrale operativa telematica integrata unica con funzioni di supporto all'ADI;
6. qualificare il mercato privato relativo all'offerta del servizio di assistenza domiciliare attraverso specifiche azioni formative e di accreditamento e, allo stesso tempo, orientarne e sostenerne la domanda, anche tramite l'erogazione di contributi economici rapportati alla capacità di spesa delle famiglie e all'effettività della spesa sostenuta;
7. realizzare nel capoluogo o nelle sue immediate vicinanze, una sede di RSA per attività sia di riabilitazione che di assistenza post-acuta, anche mediante il ricorso ad accordi contrattuali con strutture esistenti opportunamente accreditate;
8. definire un nuovo modello organizzativo di strutture semiresidenziali e residenziali per persone anziane caratterizzato dai seguenti tre livelli di strutture finalizzate ai bisogni e alle patologie delle persone anziane:
 - le strutture protette di primo livello sono un servizio socio-assistenziale a media complessità organizzativa in relazione al numero di persone ospitate;
 - le strutture protette di secondo livello sono un servizio socio-sanitario integrato a carattere residenziale di natura prevalentemente socio-assistenziale;
 - le strutture protette di terzo livello sono un servizio socio-sanitario integrato a carattere residenziale di natura prevalentemente socio-sanitaria;
9. avviare - non appena ultimata la struttura - il servizio residenziale per la cura dei malati terminali (Hospice);
10. prevedere l'attivazione in Aosta di un nucleo residenziale per la cura del morbo di Alzheimer.

Attività B: sviluppo e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale

Quadro di riferimento.

In attuazione alla riforma psichiatrica (legge n. 180/1978) e dell'art. 64 della legge n. 833/1978 sono stati istituiti i Servizi per la tutela della salute mentale. In base a quanto previsto dai Progetti obiettivo "La Tutela della Salute mentale 1994/1996" e "La Tutela della Salute mentale 1998/2000" nella Regione Valle d'Aosta è stato tracciato, pur con differenti gradi di realizzazione, un modello operativo di assistenza al malato mentale, imperniato sul territorio, che tiene conto dell'elevata frequenza e dell'origine multifattoriale dei disturbi psichici con il coinvolgimento di una pluralità di soggetti sociali (famiglia, scuola, associazioni del terzo settore, enti locali, ecc.) insostituibili per rendere efficaci i processi di integrazione o reintegrazione.

Il quadro epidemiologico di questi ultimi anni, relativo alla popolazione che accede ai servizi ha evidenziato che:

- aumenta l'accesso dei minori;
- la prevalenza di utenti adulti è passata negli ultimi anni dall'1,5% al 2,5% della popolazione di riferimento (con punte fino al 3%), in conseguenza dell'incremento degli accessi delle persone portatrici di patologie tradizionalmente considerate minori (disturbi d'ansia e disturbi depressivi non psicotici);
- aumentano sempre di più i disturbi del comportamento, tra cui i disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) e i disturbi noti come "doppia diagnosi", dove l'uso di sostanze si accompagna ad un disagio psicopatologico;
- i problemi relativi alla salute mentale hanno avuto maggiore visibilità nell'ambito della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta. Il fenomeno, già rilevato dalle ricerche epidemiologiche sulla popolazione che segnalavano tassi di prevalenza vicini al 25-30%, è stato confermato dagli studi sull'uso dei farmaci psico-attivi. Oggi, non meno del 15% della popolazione adulta richiede e riceve, almeno una volta l'anno, prescrizioni psico-farmacologiche nell'ambito della medicina generale.

I dati enunciati confermano che è in corso una nuova fase che è caratterizzata da un cambiamento, sia del quadro epidemiologico sia degli atteggiamenti culturali della popolazione, nei riguardi della sofferenza psichica ed evidenziano il diffondersi di condizioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta con la conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Coerentemente con la logica organizzativa e funzionale fin qui esposta i principali obiettivi di salute che dovranno essere perseguiti, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale, sono:

- promuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
- estendere l'offerta di servizi secondo moduli differenziati sulla base delle diverse tipologie di bisogno assistenziale.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. attuare, tramite specifici protocolli di collaborazione, interventi di prevenzione mirati alla individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio;
2. portare a conclusione la realizzazione delle strutture assistenziali residenziali differenziandone i programmi, anche con il fine di poter riaccogliere i cittadini valdostani attualmente ospitati in strutture specialistiche site fuori dalla regione;
3. attivare strutture per la realizzazione di programmi di assistenza diurna;
4. sostenere la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, con finalità di inserimento lavorativo.

Attività C: sviluppo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche

Quadro di riferimento.

La normativa nazionale in materia di welfare ha introdotto sostanziali mutamenti nello scenario dei servizi alla persona ed alla comunità. Basti pensare all'impatto della legge n. 328/2000, al Piano Sociale Nazionale, all'Accordo Stato-Regioni del 15 marzo 1999, al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio-sanitaria, al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza.

Gli interventi per le dipendenze rientrano infatti pienamente nel sistema generale di riordino del welfare, e vanno sempre più ad integrarsi con le azioni e con le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione al lavoro, le politiche di promozione dei diritti ed opportunità per gli adolescenti ed i giovani, le politiche per l'immigrazione, le attività di trattamento e di tutela della popolazione detenuta.

Proprio in materia di dipendenze si assiste ai seguenti nuovi orientamenti degli interventi assistenziali da protetti, avulsi dai comuni percorsi di cura e di assistenza e con costi ed investimenti limitati, ad interventi assistenziali integrati, valutabili in termini di qualità e riconoscibili nella rete dei servizi territoriali.

Si evidenzia il ruolo strategico degli enti locali e del terzo settore nella rilevazione dei bisogni e nella erogazione di servizi.

Altro passaggio fondamentale, peraltro già avviato e sperimentato attraverso la gestione del Fondo Nazionale Lotta alla Droga è quello dal finanziamento "per servizi" al co-finanziamento "di progetti" ed, infine, al co-finanziamento "di politiche e servizi integrati territoriali". Risulta inoltre meglio definita a livello nazionale l'attribuzione delle competenze in materia sociale ed in materia sanitaria. Le prestazioni in materia di dipendenze patologiche sono da considerarsi, difatti, socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria sono l'ambito territoriale e i distretti socio-sanitari coincidenti. In questo contesto, la Regione, per recepire il nuovo corso legislativo e per esercitare sempre più il proprio ruolo di "regolatore" del sistema, ha posto in essere modalità di coordinamento per la

progettazione in materia di dipendenze patologiche e dettato indirizzi e modalità di organizzazione.

Attualmente il territorio regionale può contare su una rete di servizi, sia pubblici che del terzo settore, che restano gli attori principali per assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore, rete così costituita: SERT (Servizio Tossicodipendenze), rete delle comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, rete dei Centri di informazione e di consulenza (CIC), gruppi di auto-aiuto nell'ambito delle patologie alcolcorrelate (C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc.), rete delle strutture di ascolto e di reinserimento sociale e lavorativo.

La rete così costituita, che necessita comunque di modalità organizzative ed operative meglio raccordate ed integrate (intendendo per integrazione non la perdita di identità e specificità, ma la condivisione e il potenziamento delle peculiarità, connesse in reciproca complementarietà, tramite una efficace co-progettazione) costituisce lo strumento per:

- riqualificare l'offerta complessiva della cura e dei trattamenti riabilitativi attraverso la ridefinizione di profili di assistenza integrati medico-farmacologici, psicologici e sociali, che, a partire da procedure di "presa in carico" strutturate, consentano l'individuazione di percorsi individualizzati calibrati sulla diagnosi di stato bio-psico-sociale del soggetto e inseriti in una cultura sanitaria "per progetti" che consenta, per ognuno dei soggetti in trattamento, la determinazione di obiettivi di breve, medio e lungo termine e fornisca indicatori di processo e di risultato. Farà parte della riqualificazione dell'offerta una approfondita riflessione clinica, di livello regionale, sulle modalità più appropriate di assistenza anche in regime ospedaliero, di degenza e di day hospital, con la definizione di profili di assistenza sia per le de-tossificazioni (per le quali la prestazione ambulatoriale o comunitaria appaia inappropriata), sia per la definizione delle "urgenze" non esauribili in protocolli di pronto soccorso, così come per le disfunzioni comportamentali gravi da bisogno compulsivo e dalla conseguente sindrome astinenziale (craving);
- affrontare, come problema rilevante, quello del contatto precoce dei giovani consumatori di vecchie e nuove droghe "all'inizio di carriera", che rappresentano una consistente fascia di sommerso e non hanno ancora impoverito le proprie risorse personali, familiari e sociali, per i quali gli interventi di prevenzione e contrasto sarebbero molto più efficaci laddove fosse possibile raggiungerli tempestivamente. L'approccio, per essere efficace, ha bisogno di riorientarsi dalla esclusiva lettura del disagio come unica matrice dei comportamenti, allo studio degli atteggiamenti, consumi e modalità, che fanno parte del mondo giovanile, dove il consumo occasionale o continuato di sostanze psicoattive, legali e non, rientra ormai in una rappresentazione giovanile di normalità, non oggetto di riflessione o criticità di alcun tipo;
- assicurare una risposta esauriente e qualificata ai soggetti con doppia diagnosi ed ai bisogni di cura delle dipendenze indotte dalle cosiddette nuove droghe. A tal fine andranno predisposti protocolli diagnostici di valutazione condivisi con il Dipartimento di Salute mentale, per l'individuazione della prevalenza patologica (tossicomania o psichiatrica), nonché per la definizione di trattamenti adeguati ai soggetti che presentano caratteristiche effettive di duplice diagnosi;

- potenziare qualitativamente le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo, con modalità integrate sin dalla fase progettuale, in sinergia con i sindacati, le associazioni degli imprenditori, le agenzie di formazione;
- potenziare l'operatività dei servizi per l'individuazione, l'orientamento, il trattamento ed il monitoraggio nel tempo dei soggetti con problemi alcolcorrelati.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. promuovere la formazione integrata degli operatori pubblici e privati, che sia coerente con i nuovi bisogni ed i nuovi obiettivi;
2. qualificare e adeguare l'offerta assistenziale e, ove necessario, riconvertire le strutture terapeutico-riabilitative per una migliore risposta ai bisogni emergenti quali: gestione doppia diagnosi, alcolismo, nuove dipendenze (droghe di sintesi, gioco d'azzardo, ecc.);
3. adottare modalità operative e collaborazioni continuative, condivise tra i vari soggetti coinvolti al fine di potenziare le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo;
4. individuare e definire una rete regionale integrata di servizi dedicata ai soggetti con problemi alcolcorrelati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;
5. mettere in rete le informazioni e i dati prodotti in materia di dipendenza, devianza e disagio potenziando la raccolta informatizzata dei dati anche in conformità agli indicatori fissati a livello europeo al fine di aumentare la conoscenza epidemiologica sul fenomeno.

Attività D: miglioramento della rete dei servizi per la tutela della salute dei detenuti

Quadro di riferimento.

La riforma del sistema sanitario penitenziario, dettata dal D.lgs. 230/1999, ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Tale processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° Gennaio 2000, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie.

In tal senso le iniziative assunte in Valle d'Aosta sono state il frutto di un'importante opera di confronto e di collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), la Direzione della Casa Circondariale di

Brissogne, l'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali e l'Azienda U.S.L. che hanno cercato di promuovere la costruzione di un processo d'interazione tra gli Enti ed gli operatori interessati.

All'interno della Casa Circondariale di Brissogne i principali problemi inerenti la gestione della salute derivano dai problemi infettivologici e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici e un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali, nonché dalla carenza del personale.

Le iniziative assunte a livello regionale, in attuazione del D.lgs. 230/99 e delle specifiche azioni previste dal precedente PSSR, sono state ispirate all'idea di lavorare per obiettivi concreti, secondo criteri di fattibilità condivisi con l'Amministrazione penitenziaria.

Pur nella consapevolezza delle criticità presenti e di un contesto nazionale di lento e contrastato procedere nel percorso della riforma, la Regione Valle d'Aosta intende perseguire, i seguenti obiettivi:

- definire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario, in attuazione del D.lgs 230 del 1999 e del prossimo Protocollo d'Intesa tra l'Amministrazione Penitenziaria e la Regione;
- proseguire nell'azione di raccordo con l'Amministrazione penitenziaria, al fine di favorire una approfondita conoscenza dei problemi sanitari, e sostenere tutte le collaborazioni possibili tra l'Azienda U.S.L. e la Casa Circondariale di Brissogne per migliorare le condizioni di salute dei detenuti;
- assicurare la presenza attiva dei servizi dell'Azienda U.S.L. nei settori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le progettualità avviate, anche avvalendosi delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali- Area di intervento "Dipendenze", volte a promuovere sia interventi formativi integrati, sia modalità di trattamento assistenziale omogenee tra le varie carceri;
- intervenire nelle aree di maggiore criticità, rappresentate particolarmente dai problemi di salute mentale e di natura infettivologica, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche;
- proseguire nella promozione delle progettualità già avviate e per le quali siano emerse risultanze positive.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. effettuare interventi di offerta attiva per la tutela della salute mentale (anche attraverso l'utilizzo di mediatori culturali);
2. prevenire e ridurre le malattie infettive (miglioramento delle condizioni igieniche ambientali e personali), la tossicodipendenza e le forme di autolesionismo;
3. offrire supporto specifico ai detenuti immigrati (mediazione culturale);
4. realizzare percorsi socio-assistenziali per il reinserimento (accordi Azienda U.S.L., Comuni, Agenzia del Lavoro, sindacati, volontariato, ecc..).

Obiettivo n. 12.

Sviluppare l'attività di lungoassistenza e l'attività di riabilitazione intensiva secondo la logica di rete integrata di servizi alla persona.

Attività: miglioramento dell'offerta assistenziale nei settori della riabilitazione e della lungodegenza.

Quadro di riferimento.

Il settore della post-acuzie comprende quel complesso di attività assistenziali che sono erogate una volta stabilizzata la malattia in fase acuta e che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire. Per quanto riguarda gli aspetti temporali, si tratta di cure che si inseriscono in un preciso momento della storia della malattia, successiva alla fase acuta (o di "criticità) e precedente la fase stabilizzata (o di "cronicità"). Ha quindi un tempo di inizio, una precisa successione temporale nella storia di malattia e una durata non indefinita. Per quanto concerne gli obiettivi si tratta di cure che sono finalizzate ad accompagnare la stabilizzazione della malattia verso i due possibili esiti di "guarigione" o di "cronicità".

In ragione delle caratteristiche della patologia di base e dello specifico sviluppo delle cure gli obiettivi saranno riferibili alle grandi categorie della medicina della post-acuzie (lungodegenza e/o lungoassistenza) ed al recupero e rieducazione funzionale (riabilitazione).

Lo sviluppo dei servizi di assistenza in regime di ricovero per lungodegenza e riabilitazione costituisce quindi un complemento essenziale del programma di qualificazione del presidio ospedaliero.

Lo standard programmatico per questa tipologia di prestazioni è fissato a livello nazionale nel parametro di 1 posto letto per 1.000 abitanti (in Valle d'Aosta dovrebbero figurare 120 posti letto ripartiti equamente tra lungodegenza e riabilitazione), ma si tratta di un parametro che deve essere interpretato a livello regionale in rapporto all'effettivo sviluppo dei posti letto ospedalieri per acuti e della estensione e specializzazione della rete dei servizi residenziali.

In Valle d'Aosta, non figurano formalmente posti letto per questa tipologia di prestazioni anche se di fatto sono distribuiti nei vari reparti ed in particolare nell'U.B. di Geriatria. Questo comporta una non conoscenza dell'effettiva attività di lungodegenza e di riabilitazione in quanto rientra impropriamente nell'attività di ricovero per acuti.

Sul territorio è da poco entrata in funzione la RSA di Antey-Saint-André con due nuclei di dieci posti letto di cui uno relativamente all'area della terapia riabilitativa e l'altro all'area delle senescenze con ricovero a lungo termine. Inoltre sussiste una convenzione con una struttura sanitaria extraregionale per prestazioni di assistenza ospedaliera riabilitativa a consumo di un tetto massimo di spesa.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. definire con chiarezza gli ambiti ed i limiti dell'assistenza post-acuta nei confronti dell'acuzie da un lato e delle cronicità dall'altro, giustificando percorsi coerenti e modelli di evidenza clinica misurabili;
2. analizzare il sistema attraverso flussi informativi oggettivi e coerenti atti a valutare quale sia il miglior modello organizzativo intermedio in attesa dell'ammodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio, con conseguente specializzazione del presidio del Beauregard verso le attività di non acuzie;
3. ampliare l'offerta assistenziale territoriale di riabilitazione e di lungodegenza attraverso, sia l'aumento del numero di posti letto di RSA, sia il potenziamento quali-quantitativo dell'assistenza domiciliare e la specializzazione del presidio di Beauregard.
4. sviluppare l'attività riabilitativa dal punto di vista sia della gestione clinica sia dell'offerta di programmi riabilitativi che potrà essere ottenuta anche attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento di nuove strutture pubbliche e/o private in modo da contrastare e ridurre la mobilità passiva che, in questo settore è attualmente molto elevata;
5. diminuire progressivamente il livello convenzionale extraregionale.

Obiettivo n. 13.

Promuovere una nuova organizzazione delle sedi ospedaliere secondo criteri di eccellenza.

Attività: sviluppo dell'organizzazione ospedaliera secondo logiche orientate ai processi e ai differenti gradi di intensità di cura.

Quadro di riferimento.

Il presente piano oltre ad avviare un processo di sviluppo del livello territoriale, prevede, come obiettivo prioritario e centrale, l'unificazione delle attività per acuzie presso un unico presidio. L'insieme degli interventi di edilizia sanitaria costituisce il presupposto per lo sviluppo dell'attività ospedaliera secondo una logica che preveda l'erogazione da parte dell'ospedale delle prestazioni a maggior complessità, rilevanza e di eccellenza ponendosi quindi, non in contrapposizione con il territorio, ma in un rapporto di forte collaborazione e collegamento con la territorialità, finalizzato alla creazione di una rete di servizi necessaria a soddisfare le esigenze ed i bisogni della popolazione.

La rete assistenziale può prevedere anche il soddisfacimento dell'offerta attraverso l'interazione con la rete dei servizi di regioni limitrofe e l'integrazione professionale degli operatori al fine di creare reciproche sinergie in grado di garantire un'offerta qualitativamente integrata e qualificata. In un'ottica di rete la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha già comunque sempre cercato di aderire ad accordi interregionali volti a soddisfare ed integrare la propria capacità di assistenza partecipando attivamente agli stessi e si possono citare:

- Associazione interregionale trapianti (AIRT);
- Centro interregionale trapianti Piemonte e Valle d'Aosta;
- Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta;
- Accordo interregionale plasmaderivazione (AIP)

La concentrazione dell'assistenza ospedaliera in un'unica sede permette inoltre di dare all'ospedale un'impostazione organizzativa moderna, flessibile, pronta ad adattarsi all'evoluzione continua della scienza medica, della domanda sanitaria e dei flussi di mobilità attiva e passiva. In questa direzione le aree di degenza dovranno essere gestite a livello dipartimentale, riconducendole ad una accurata gestione clinico-manageriale, promuovendo tutte le professionalità, ivi compresa la dirigenza infermieristica.

Il miglioramento degli spazi e dell'organizzazione clinica nonché l'aumento delle sale operatorie permetterà sia di adeguare l'offerta alla richiesta di prestazioni altamente specialistiche sia di sviluppare attività di eccellenza, necessarie e fondamentali per risolvere alcuni problemi di equità della risposta assistenziale e per attrarre presso la nostra Regione professionisti di elevata caratura tecnica e l'Università.

Inoltre, gli interventi di cui sopra consentiranno, nell'ambito della sede del Beauregard di recuperare la disponibilità di spazi da destinare all'attività di riabilitazione e di lungodegenza, attività che, al momento, sono inserite nelle attività di ricovero per acuzie svolte dalle singole unità operative di degenza.

Il modello organizzativo prefigurato darà infine la possibilità di suddividere meglio i percorsi di cura per acuzie, attività riabilitative e lungoassistenziali, attività territoriale, così da correttamente attribuire i costi ai vari livelli di assistenza.

Saranno altresì preservati tutti gli ingenti investimenti strutturali, impiantistici e tecnologici ultimamente effettuati presso quest'ultimo plesso ospedaliero così come sarà significativamente ampliata la funzione di parcheggio per utenti e dipendenti.

Oltre agli interventi strutturali di ampliamento e di nuova organizzazione, sarà importante sostenere funzionalmente e tecnologicamente le attività di eccellenza sinora sviluppate, quali la robotica, l'alta chirurgia (oncologica, bariatrica, urologica, vascolare, neuro-traumatologica), l'interventistica mini-invasiva (con particolare riguardo all'ortopedia), l'interventistica radiologica, l'assistenza medica specialistica, in particolare dell'anziano e del paziente complesso e fragile (dimissione protetta, percorso ictus e ipertensione, stroke unit), il sistema di emergenza e di urgenza, nuove aree specialistiche come la chirurgia plastica.

Tali attività dovranno essere assecondate sia mediante modelli strutturali ampliati, sia attraverso una organizzazione per aree e per dipartimenti, capace di permettere quelle sinergie cliniche e specialistiche che rappresentano sempre di più un fattore determinante per una assistenza sanitaria di qualità.

Andranno a tale scopo sviluppate sinergie con centri di riferimento, universitari e non, volte a migliorare sia l'offerta locale sia la preparazione tecnica e la formazione degli operatori in ambito sanitario, così da potere rispondere ad esigenze specialistiche quali quelle dell'endocrinologia interventistica, della radiobiologia e delle genetica medica.

L'eccellenza così concepita non potrà essere considerata uno sviluppo fine a sé stesso ed oneroso dell'assistenza sanitaria valdostana, ma un necessario strumento, non solo di crescita qualitativa ma anche, considerata la distanza dai più vicini centri di riferimento, di equità distributiva delle prestazioni di alta specializzazione ritenute necessarie dalla programmazione regionale.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. garantire lo sviluppo delle capacità di direzione verso il governo clinico ed organizzativo;
2. garantire lo sviluppo della collaborazione fra personale medico dell'area delle degenze e servizi territoriali;
3. provvedere alla valorizzazione dell'attività di ricovero riorganizzandola secondo criteri che distinguano:
 - *attività per la cura delle acuzie*: incentivando l'integrazione dipartimentale e lo sviluppo dell'eccellenza, sviluppando l'organizzazione di aree assistenziali quali la sub-intensiva, l'area pediatrica e l'area dell'emergenza;

- *attività a minore intensità assistenziale (“low care”)*: grazie alle quali dare una risposta completa, integrata ed efficiente, ma funzionalmente separata, ai bisogni di una popolazione che invecchia sempre più e quindi presenta necessità assistenziali maggiormente complesse e multidimensionali;
 - *attività di supporto territoriale*: con cui supportare le esigenze specialistiche territoriali di tipo ambulatoriale in misura più decentrata possibile ma anche di supporto specialistico a tutte le attività domiciliari;
4. garantire il consolidamento delle attività di eccellenza attraverso il miglioramento delle conoscenze e del supporto tecnologico inserendo queste attività in reti di servizio interregionali, nazionali e/o internazionali e prevedendo un coinvolgimento dell'Università;
 5. sostenere lo sviluppo della logica dei processi nell'ambito della organizzazione produttiva delle prestazioni;
 6. svolgere iniziative di aggiornamento professionale centrate sui temi della organizzazione e del coordinamento.

Obiettivo n. 14.

Contenere la mobilità sanitaria passiva

Attività: controllo della domanda di prestazioni sanitarie e implementazione dell'offerta in rapporto alle cause di fuga e allo sviluppo di attività di eccellenza.

Quadro di riferimento.

La regolamentazione dei flussi di mobilità passiva è una problematica riguardante tutte le Regioni che trova particolare evidenza negli accordi Stato-Regioni con i quali vengono richieste alle Regioni stesse azioni finalizzate al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni ed al contenimento della spesa.

A questo proposito, nella prossima legge finanziaria 2006, nell'ambito delle disposizioni previste, fermo restando il principio della libera scelta da parte dei cittadini per l'accesso a strutture sanitarie anche diverse da quelle presenti nella regione di appartenenza, viene stabilito un tetto massimo regionale di rimborsabilità e di compensabilità entro il quale le singole Regioni regolano l'attività erogata dalle proprie strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Di conseguenza la nostra Regione, che provvede al finanziamento del servizio sanitario senza oneri a carico del bilancio dello Stato, utilizzando le proprie risorse, potrà stabilire, al fine del contenimento della dinamica della spesa sanitaria e con riferimento alle prestazioni erogate nel territorio regionale, sistemi di governo della mobilità sanitaria interregionale effettuata dai propri residenti che garantiscano il rispetto dei criteri di appropriatezza ed efficacia delle prestazioni.

Analogamente a quanto verificatosi in altre Regioni, anche in Valle d'Aosta, nell'anno 2004, il saldo finanziario complessivo della compensazione è risultato negativo e pari a circa 16 milioni di euro.

Le principali migrazioni avvengono con le regioni dell'Italia del nord-ovest ed in particolare con il Piemonte, regione confinante, per una quota del 63% sul totale, di cui il 34% verso strutture private convenzionate. I primi DRG chirurgici di fuga riguardano gli interventi sul ginocchio senza complicanze, sul sistema cardiovascolare per via percutanea, su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori, sul cristallino con o senza vitrectomia, su dorso e collo senza complicanze e altri interventi sul sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza complicanze, mentre i primi DRG medici interessano le diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, altri fattori che influenzano lo stato di salute, la chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta. Per contro, risulta una discreta attrazione per gli altri interventi sul sistema cardiovascolare con complicanze e per la legatura e lo stripping di vene, sulla chirurgia bariatrica e, recentemente, sulla chirurgia urologica.

Il quadro descritto depone per una situazione caratterizzata da una fuga evitabile, incentrata principalmente su di una specialità, l'ortopedia e traumatologia, le cui ragioni affondano su criticità legate a passati periodi, a difficoltà territoriali ed a preconcetti di difficile eradicazione nel breve periodo. E' altresì necessario sottolineare come in campo ortopedico si annidino i maggiori rischi di inappropriatezza sia chirurgica, sia strumentale e quindi di minore controllo sulla mobilità passiva.

Nonostante l'attenzione sempre prestata all'eccellenza, il ridotto bacino di utenza, la relativa bassa incidenza epidemiologica, la necessità di una qualità professionale basata anche sul numero di prestazioni effettuate, portano ad attuare scelte assistenziali che escludano la fornitura di alcune prestazioni di altissima specializzazione in Valle d'Aosta; tale situazione incide poco nel numero, ma molto nell'assorbimento di risorse finanziarie.

E' opportuno considerare anche i seguenti punti di attenzione:

- l'impossibilità di eliminare parte della fuga a causa della conformazione del territorio e del relativo esiguo bacino di utenza, attualmente pari a circa 120.000 abitanti, con difficoltà di attivare, sostenendole finanziariamente, tutte le prestazioni in modo da garantire appropriatezza clinico-assistenziale e gestionale;
- la migrazione della popolazione della bassa valle verso il Piemonte a causa della presenza di strutture sanitarie più vicine rispetto al luogo di residenza ed al Presidio Ospedaliero di Aosta;
- in attesa di una nuova sede, il numero di sale operatorie e la relativa organizzazione delle sedute operatorie risulta a volte carente a supportare l'attività sia di base sia di eccellenza con occasionali allungamenti dei tempi di attesa per alcune prestazioni chirurgiche di base;
- l'allungamento dei tempi chirurgici dovuti al congruo sempre maggior utilizzo della chirurgia non invasiva e robotica;
- il comportamento degli erogatori di altre Regioni ed, in particolare modo, le strutture private che, non "limitati" da specifici vincoli di volume di attività e da controlli di appropriatezza delle prestazioni nei confronti degli utenti residenti in altre Regioni, indirizzano una rilevante quota della loro attività verso gli extraregionali stessi.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. realizzare un sistema regionale di monitoraggio annuale necessario per la valutazione delle priorità di intervento, analizzando le prestazioni attraverso l'incrocio dei dati relativi ai flussi informativi delle schede di dimissione ospedaliera e della mobilità sanitaria interregionale;
2. definire quali prestazioni di ricovero a maggior fuga debbano essere effettivamente recuperate presso il Presidio ospedaliero, attraverso il potenziamento qualitativo dell'offerta, sia con mezzi propri, sia attivando accordi interregionali, soprattutto con il Piemonte e con l'Università, per portare in loco alte professionalità in campi specialistici di competenza;
3. definire, in applicazione della recente normativa statale e regionale, specifici accordi con le strutture e le regioni interessate dalla mobilità, diretti a determinare volumi di attività e tetti di spesa e, parallelamente, sviluppare modalità di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni;
4. individuare, sulla base dei dati di mobilità, le strutture di attrazione con le quali sviluppare accordi per specifiche prestazioni alla cui effettuazione possa partecipare anche personale medico specialista operante nella regione;

5. garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni di maggior fuga, attraverso iniziative finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa, ad un maggiore e migliore utilizzo delle sale operatorie e ad un arricchimento formativo dei professionisti interessati, anche acquisendo le professionalità di specialisti extraregionali per operare, con criteri di eccellenza, presso il Presidio ospedaliero regionale;
6. intervenire sui MMG prescrittori, agevolando l'interscambio di comunicazione tra gli stessi ed i medici ospedalieri al fine di migliorare il rapporto interno;
7. prevedere interventi di formazione permanente nei confronti degli operatori dei reparti soggetti a maggior fuga al fine di migliorare le competenze, le abilità cliniche, tecniche e manageriali.

Obiettivo 15.

Consolidare l'attenzione della programmazione sanitaria verso le attività rivolte a garantire servizi ai turisti.

Attività: consolidamento e sviluppo delle funzioni dell'assistenza sanitaria maggiormente interessate dai flussi turistici.

Quadro di riferimento.

L'organizzazione del Servizio sanitario regionale è già da tempo orientata verso una politica di attenzione al turismo, che si estrinseca attraverso una considerevole gamma e tipologia di servizi offerti.

Per quanto riguarda la risposta all'emergenza ed all'urgenza, sin dall'inizio degli anni novanta, sono stati creati i primi centri traumatologici nelle principali località sciistiche ed alpinistiche (al momento sono sei) ed è stato istituito il servizio di elisoccorso, svolto in collaborazione con il Soccorso Alpino Valdostano e con la Direzione della Protezione Civile (tra l'altro, recentemente, potenziato con l'acquisizione di un secondo elicottero che ha ulteriormente migliorato la qualità e la continuità del servizio).

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, il Dipartimento di Emergenza e di accettazione (DEA) ed i servizi di diagnosi storicamente adeguano la propria attività per garantire le risposte sanitarie nei periodi di maggior afflusso turistico, incrementando i turni di servizio in media del 30%. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, è periodicamente attivata una guardia medica dedicata ai villeggianti, nelle zone in cui è maggiore l'attrazione turistica.

Nel prossimo triennio, il supporto ai bisogni della popolazione turistica sarà rivolto alla riorganizzazione dei centri traumatologici e del Soccorso 118 con il DEA e con l'U.B. Radiologia, nonché al consolidamento dell'offerta già esistente.

Le particolarità e le caratteristiche naturali che rendono da sempre la Regione Valle d'Aosta una tra le più frequentate mete turistiche possono, se accompagnate da adeguati servizi sanitari, non solo rendere possibile un soggiorno agli amanti della montagna che necessitano di cure costanti, ma anche costituire un valido supporto terapeutico ai pazienti colpiti da eventi acuti, in fase di recupero riabilitativo. Esempi ne sono, da un lato, il servizio dialitico offerto in periodo estivo a nefropatici cronici in villeggiatura e, dall'altro, i sempre più numerosi cardiopatici per cui l'ambiente montano contribuisce alla riabilitazione funzionale ed al reinserimento sociale, con ripristino completo del benessere psico-fisico. In effetti, l'allenamento fisico che, al fine di prevenire possibili ricadute, deve essere regolarmente seguito, risulta più gratificante se svolto in un ambiente spesso incomparabile quale quello della montagna.

Nel quadro di riferimento di cui trattasi ben si inserisce il termalismo montano, storicamente presente nel territorio valdostano, soprattutto nella media Valle, di cui si intendono approfondire e sviluppare le potenzialità in ambito sanitario con particolare riferimento alle cure cardiovascolari e circolatorie.

Descrizione delle azioni.

La programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:

1. integrare la rete dei centri traumatologici nelle sedi dei servizi territoriali, anche attraverso il potenziamento, soprattutto nei periodi di maggior afflusso turistico, delle attività distrettuali svolte nei poliambulatori centrali, valutarne la distribuzione rispetto al reale utilizzo e collegarli con i servizi di emergenza ed urgenza;
2. consolidare la flessibilità di risposta delle strutture del Servizio sanitario regionale alle varie esigenze assistenziali legate ai flussi turistici;
3. sviluppare la medicina termale ed approfondirne i possibili sviluppi terapeutici nelle cure delle patologie;
4. favorire e promuovere l'inserimento dell'ambiente montano nei percorsi riabilitativi delle principali patologie croniche e degenerative.

Obiettivo n. 16.

Separare la definizione delle politiche sociali dalla realizzazione delle attività conseguenti e promuovere il coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona.

Attività A: individuazione dei soggetti con compiti di realizzazione delle politiche sociali di livello regionale.

Quadro di riferimento.

L'art. 5 della legge regionale n. 18/2001 e poi la legge regionale n. 1/2002 hanno definito la Regione come ente di programmazione, di indirizzo operativo, di coordinamento e di controllo, nonché gestore di alcune attività di realizzazione delle politiche sociali, mantenendo, in questi casi, in capo alla Regione il ruolo di ente che programma e verifica attività da esso stesso gestite. Queste funzioni sono attinenti alle attività di realizzazione delle politiche sociali non suscettibili di frazionamento a causa del loro carattere di elevata specializzazione e di una complessità organizzativa e gestionale tale da non consentire ai Comuni, singolarmente o associati nelle Comunità montane, il loro esercizio secondo criteri di efficienza e di economicità; esse riguardano:

- il servizio sociale professionale, ferme restando le competenze del Comune di Aosta;
- la tutela dei minori (servizio adozioni e affidamenti familiari, comunità e altre strutture di accoglienza, assistenza domiciliare educativa per minori, ecc.);
- le provvidenze in favore di invalidi civili, ciechi civili e sordomuti;
- i servizi di interesse regionale per le persone disabili (Centri Educativi Assistenziali, servizi residenziali, servizi diurni, soggiorni climatici, ecc.), compresa l'informazione in materia di accessibilità ed ausili.

La separazione tra i momenti di definizione e di realizzazione delle politiche sociali ha l'obiettivo di riservare il primo alla Regione, che risulta così ridimensionata nei compiti ma rafforzata nella capacità di intervento, e il secondo alle Comunità montane ed al Comune di Aosta attraverso l'affidamento della gestione ad una pluralità di attori istituzionali e non, a fini di lucro e non, con una preferenza per i soggetti del terzo settore che presentano carattere di imprenditorialità privata non finalizzata al profitto economico.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. completare il trasferimento delle funzioni agli enti locali secondo quanto previsto dalla l.r. 1/2002;
2. individuare le eventuali ulteriori funzioni regionali attinenti alla definizione delle politiche (l.r. 18/2001, art. 5 nn. 1-4 e 6-9) e quelle attinenti alla loro realizzazione (l.r. 18/2001, art. 5 nn. 5 e 10) da trasferire agli enti locali, prestando attenzione a distinguere, tra queste, quelle di livello esclusivamente regionale, non suscettibili di frazionamento a causa del loro carattere di elevata specializzazione e della complessità organizzativa e gestionale tale da non

- consentire ai Comuni associati nelle Comunità montane il loro esercizio secondo criteri di efficienza e di economicità;
3. istituire un gruppo di lavoro per l'approfondimento degli aspetti giuridico-organizzativi funzionali alla individuazione e definizione dei soggetti con compiti di realizzazione delle politiche sociali;
 4. predisporre e sviluppare attività di accompagnamento ai processi legati al trasferimento delle funzioni, nell'ottica di assumere un effettivo ruolo di regia.

Attività B: promozione e sviluppo, nell'ambito dell'offerta di servizi sociali, dell'interdisciplinarietà e del coordinamento con le politiche per la salute, per l'istruzione, per la formazione, per il lavoro, per la casa, per i trasporti e per la tutela dei diritti.

Quadro di riferimento.

Già il Piano Socio-sanitario per il triennio 2002-2004 indicava l'integrazione socio-sanitaria come una priorità strategica in quanto condizione indispensabile per superare prassi settoriali e integrare competenze e servizi diversi grazie alla unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

In questi ultimi anni, è maturata la consapevolezza che il benessere sociale non è legato esclusivamente, e forse neppure in misura preponderante, all'integrazione socio-sanitaria bensì al coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona: sanità, istruzione, formazione professionale, lavoro, trasporti, casa ed altro.

Le scelte qualificanti per l'integrazione puntano a riequilibrare le responsabilità nelle diverse politiche, attribuendo un nuovo ruolo alla comunità locale rispetto ai titolari della gestione delle politiche stesse.

Il processo di programmazione territoriale deve vedere la compartecipazione di tutti i soggetti istituzionali che hanno competenze nelle politiche sociali e nelle altre politiche di attenzione alla persona, al fine di concertare funzioni, ruoli e modalità di intervento collaborativi.

Le politiche sociali si inseriscono nelle strategie di promozione della qualità sociale e dunque dello sviluppo complessivo della società, sia nel senso dell'uscita dal circuito dell'assistenza, sia in quello della promozione di nuova occupazione, sia nel sostegno per il superamento delle difficoltà abitative.

Rispetto a queste ultime, in particolare, il riscontro di un crescente bisogno porta ad auspicare un miglioramento delle strategie di intervento, al quale è possibile pervenire esclusivamente attraverso un innalzamento del livello di coordinamento, di collaborazione e di assunzione di responsabilità da parte di tutti gli attori istituzionali e del terzo settore.

Ciò risulta prioritario per quanto riguarda il problema dell'emergenza abitativa per la quale la Regione, gli Enti locali ed il terzo settore devono individuare ed attuare risposte non solo immediate, ma anche adeguate soluzioni strutturali.

Tutto ciò è legato alla consapevolezza che una risposta inadeguata alle difficoltà può spingere queste ultime a trasformarsi in emergenza e ad utilizzare in modo improprio gli interventi, spesso rincorrendo e tamponando, anche solo temporaneamente, i problemi invece di concertare e programmare adeguate risposte ai bisogni in un'ottica complessiva di politiche integrate.

Questo rischio si presenta con evidenza, in particolare, quando si affrontano i fenomeni legati all'immigrazione, per i quali la Regione ha già attivato numerosi interventi dal punto di vista dello sviluppo dell'integrazione a diversi livelli, ad esempio, con il progetto Cavanh. E' necessaria la prosecuzione ed il rafforzamento di una strategia intra e interistituzionale di integrazione a favore delle persone straniere, anche attraverso il Consiglio Territoriale per l'Immigrazione, il quale è stato recentemente ricostituito ed ha ripreso la propria attività. Tale organismo, che include tutte le realtà operative nel settore, costituisce un ambito privilegiato per la promozione delle azioni di seguito indicate.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. avviare il processo di coordinamento e integrazione delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona;
2. attivare Gruppi di concertazione interistituzionali e multidisciplinari, tra Regione, Enti locali e Terzo settore, per la condivisione di funzioni, ruoli e modalità di intervento nelle scelte di valutazione e attuazione degli interventi sociali;
3. promuovere attivamente maggiori coordinamento, collaborazione ed assunzione di responsabilità a tutti i livelli istituzionali, al fine di concertare e programmare adeguate risposte ai bisogni, in particolare per quanto riguarda l'emergenza abitativa e l'immigrazione;
4. presentare, alla Commissione consiliare competente, entro il mese di marzo di ogni anno, contestualmente al rapporto sullo stato di attuazione dei piani di zona di cui all'allegato all'obiettivo 18, una relazione sull'attività e sui risultati delle azioni suddette;
5. giungere, sulla base dei dati di conoscenza e monitoraggio del fenomeno, alla definizione di una legge-quadro sull'immigrazione, che favorisca l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione alla vita comunitaria degli immigrati, nel rispetto dei loro diritti.

Obiettivo n. 17.

Definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) regionali quale strumento per assicurare l'uniformità dei servizi e delle prestazioni in ambito assistenziale e socio-educativo e destinare in maniera vincolata, anche per la parte della finanza locale, il fondo regionale per le politiche sociali.

Attività A: definizione delle prestazioni che costituiscono i livelli essenziali.

Quadro di riferimento.

La concreta affermazione dei diritti sociali di cittadinanza delle persone e delle famiglie passa attraverso la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni erogate sul territorio regionale dai diversi enti. In questo contesto la Regione assume funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento e di controllo in materia di politiche sociali ed ha la competenza a definire, coinvolgendo tutti gli attori sociali rilevanti, i livelli essenziali delle prestazioni, anche in considerazione della corresponsabilità in essere in un ambito di programmazione così rilevante.

Risulta fondamentale, in tale ambito, in coerenza con quanto indicato nei principi generali, distinguere tra nucleo essenziale del diritto e livello essenziale delle prestazioni. Il "nucleo essenziale" può essere considerato sinonimo di quel "livello minimo" di prestazioni, al di sotto delle quali 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 delle prestazioni è "qualcosa in più" rispetto al livello minimo (o irrinunciabile) del diritto.

Si afferma così una distinzione netta tra i livelli essenziali e le prestazioni costituzionalmente dovute (il nucleo essenziale o irrinunciabile del diritto) che hanno la qualificazione giuridica di diritti soggettivi perfetti.

Si tratta di stabilire quel nucleo "duro" di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale, compiendo un salto di qualità, immaginando un percorso che, con il dovuto realismo e con la necessaria gradualità, permetta di passare da un sistema di regole, procedure e programmi all'individuazione di precise garanzie per i cittadini.

E' necessario predisporre l'elenco delle prestazioni già garantite e, quindi, concordare a livello di programmazione regionale e distrettuale le ulteriori prestazioni, compatibili con le risorse di bilancio, che assumono la caratteristica di diritti soggettivi, alcune delle quali immediatamente esigibili mentre altre possono entrare nella programmazione dei servizi per divenire esigibili secondo criteri di gradualità, in relazione anche alle risorse che saranno rese disponibili (principio della "esigibilità sostenibile").

L'attenersi a criteri di flessibilità, di gradualità e di progressività nella determinazione dei livelli essenziali nel settore dell'assistenza è richiesto dalle particolari caratteristiche delle prestazioni di questo settore, legate a bisogni specifici

dei destinatari ed alla loro situazione personale e, quindi, non modulabili secondo rigide logiche di standardizzazione.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. provvedere alla ricognizione delle prestazioni attualmente erogate, distinguendo quelle che costituiscono il "livello minimo", costituzionalmente garantito;
2. attivare un confronto sul tema coinvolgendo tutti gli attori sociali rilevanti;
3. definire le prestazioni rese a livello regionale che costituiscono il "livello essenziale" delle prestazioni sociali, assumendo la caratteristica di diritti soggettivi perfetti per cui è sempre garantita la copertura finanziaria;
4. definire le ulteriori prestazioni che possono entrare nella programmazione dei servizi per divenire esigibili secondo criteri di gradualità, compatibilmente con le risorse disponibili (principio della c.d. "esigibilità sostenibile").

Attività B: destinazione vincolata, anche per la parte di finanza locale, del fondo regionale per le politiche sociali

Quadro di riferimento.

Il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004 ha previsto l'istituzione di un fondo regionale per le politiche sociali, senza distinzione tra spese dirette della Regione e finanza locale, come modalità di gestione finanziaria tendente a:

- valorizzare l'autonomia decisionale degli enti locali preposti alla gestione dei servizi sociali e socio-educativi secondo le forme definite dalla programmazione regionale;
- consentire l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo da parte della Regione;
- semplificare e rendere più veloci le modalità di erogazione dei finanziamenti e di verifica sui livelli e sulla qualità della spesa.

Attualmente il fondo regionale per le politiche sociali comprende esclusivamente le spese dirette regionali. Ai fini dell'esercizio delle funzioni regionali di programmazione, di indirizzo, di coordinamento e di controllo è necessario destinare, in un cammino a tappe con il CELVA, anche per la parte della finanza locale, in maniera vincolata all'effettivo esercizio delle funzioni socio-assistenziali e socio-educative il fondo regionale per le politiche sociali. Ciò è diretto a rispondere alla necessità di verificare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa in questo settore, sia a livello locale sia regionale, e, allo stesso tempo, provvedere al monitoraggio della spesa sociale.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. concordare con gli enti locali le modalità per la destinazione, anche per la parte della finanza locale, di un fondo vincolato all'effettivo esercizio delle funzioni socio-assistenziali e socio-educative;
2. correlare, avendo definito i livelli essenziali delle prestazioni (LEP), il fondo di finanza locale all'effettiva erogazione delle prestazioni sociali rese a livello locale.

Obiettivo n. 18.

Assumere il territorio del distretto come ambito di lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi.

Attività: avvio delle azioni finalizzate alla stesura dei Piani di zona.

Quadro di riferimento.

Il Piano di zona è chiamato ad assumere un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, nella misura in cui diventerà strumento condiviso per individuare bisogni prioritari e strategie di risposta efficaci e sarà in grado di riqualificare le risorse disponibili e condivise tra soggetti istituzionali e comunitari.

Peraltro, già il Piano Socio-sanitario per il triennio 2002-2004 aveva indicato la Regione come l'ente che incentiva la collaborazione istituzionale entro un ambito territoriale adeguato, quello distrettuale, mediante il Piano di zona, che diviene strumento per ottimizzare le risorse e facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

Il Piano di zona, oltre che strumento tecnico di programmazione, è infatti un'occasione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere l'apporto delle diverse comunità locali, valorizzandone il ruolo di autonomia che, unito alla solidarietà e sussidiarietà, sapranno esprimere nelle concrete scelte programmatiche, gestionali, operative ed organizzative. Si avrà la possibilità di avviare un processo di realizzazione di un welfare comunitario, sviluppando partnership tra istituzioni e cittadini, per una crescente condivisione di responsabilità e di indirizzi, rischi ed esiti.

La comunità locale viene quindi vista come il luogo più qualificato per la risoluzione dei problemi della persona e per rispondere ai suoi bisogni, in cui il territorio non è soltanto bacino di utenza ma è anzitutto rete di relazioni, all'interno delle quali il Terzo settore e le parti sociali svolgono un ruolo di particolare importanza, che costituisce nel tempo un patrimonio di opportunità e risorse e luogo dove interagiscono responsabilità solidali. La recente legge regionale sul volontariato (l.r. n. 16 del 22 luglio 2005) e gli atti che hanno costituito forum (Anziani, Disabili e Famiglie) e processi di confronto e collaborazione in vari settori sociali, danno particolare rilievo all'impegno della Regione e vogliono essere un percorso che deve essere trasferito in ogni ambito zonale.

In questa prospettiva tutti i soggetti che realizzano interventi, servizi e prestazioni sociali sono chiamati a collaborare affinché, con il loro positivo e attivo coinvolgimento, siano efficacemente perseguiti gli obiettivi del Piano di zona.

Nella fase successiva all'approvazione delle "linee guida" per i Piani di zona, allegate al presente documento, la Regione garantisce:

- la realizzazione del percorso di accompagnamento per gli amministratori locali, gli operatori pubblici, del Terzo settore, al fine di mettere ogni soggetto interessato nelle condizioni di meglio collaborare alla stesura del Piano di zona

- in ragione del proprio ruolo e delle funzioni di competenza nel percorso di programmazione zonale;
- la valorizzazione delle diverse responsabilità del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale, delle imprese sociali, delle fondazioni, degli enti religiosi e di tutti gli altri soggetti che contribuiscono alla realizzazione del welfare locale;
 - il coordinamento con la programmazione sanitaria territoriale;
 - il coinvolgimento degli altri organismi pubblici presenti nel territorio, essendo anch'essi chiamati a dare il loro apporto e svolgere un ruolo incisivo per la conoscenza, le decisioni, l'attuazione e la verifica dei risultati del Piano di zona, in settori quali ad esempio la scuola, la formazione professionale, il lavoro, la casa, i trasporti, l'istituzione penitenziaria, ecc..

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. avviare il procedimento per la stesura dei Piani di zona (percorso di accompagnamento e successiva costituzione della Conferenza dei sindaci dell'ambito distrettuale che definisce gli indirizzi per il lavoro del "Gruppo di piano");
2. definire il lavoro preparatorio (il "Gruppo di piano" individua le modalità di partecipazione e di coinvolgimento dei soggetti interessati, raccoglie le informazioni secondo le indicazioni e le modalità previste dalle "linee guida", acquisisce dagli uffici regionali e dall'OREPS e da eventuali osservatori attivati dal Terzo settore le informazioni e i dati in loro possesso, elabora, sulla base delle informazioni raccolte, un rapporto di analisi che diventa la base conoscitiva dei bisogni e delle risorse dell'ambito territoriale).

La completa definizione e l'approvazione dei Piani di zona seguiranno nel triennio successivo alla validità del presente Piano sulla base delle priorità e degli indirizzi individuati nel corso dei lavori preparatori ed in stretta collaborazione con i soggetti interessati.

In alcuni ambiti territoriali la definizione dei Piani di zona potrà avvenire nel triennio di validità del presente Piano.

Obiettivo n. 19.

Sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi.

Attività: sviluppo di un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi, mediante l'attivazione di una strategia di informazione in una logica di rete.

Quadro di riferimento.

Affrontare il tema della comunicazione sociale in modo innovativo e nella logica della legge 8 novembre 2000, n. 328 e del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003, approvato con D.P.R. in data 3 maggio 2001, richiede di riconoscere e condividere l'attribuzione di valore all'informazione sociale, in quanto presupposto per esercitare i diritti di cittadinanza, per ridurre gli ostacoli che penalizzano la conoscenza e l'accesso ai servizi, soprattutto per i soggetti più deboli, a maggiore rischio sociale e di isolamento.

La promozione e la qualificazione di servizi di informazione sociale perseguono l'obiettivo di rendere effettivo il diritto di cittadinanza di essere informati sulle diverse opportunità offerte dalla rete di servizi e delle quali gli individui e le famiglie possono disporre in relazione ai bisogni dei quali sono portatori. Conoscere le risorse disponibili nel territorio in cui le persone vivono può risultare fondamentale per far fronte alle difficoltà ed ai bisogni che emergono, o possono emergere, nelle diverse fasi del ciclo della loro vita, individuale e familiare; molti diritti sociali sono disattesi perché gli eventuali fruitori, soprattutto nel caso di persone in situazione di bisogno ed esclusione sociale, ne ignorano addirittura l'esistenza.

Poiché i servizi e gli interventi di sostegno sono spesso offerti da molti e diversificati attori presenti sul territorio, è importante nella progettazione e diffusione di un'informazione sociale corretta, puntuale e completa delle risorse disponibili sul territorio, l'attivazione di un ampio lavoro di rete tra gli stessi, instaurando un coerente ed efficace sistema di scambio e di conoscenza reciproca.

Per attivare una efficace ed uniforme strategia di informazione sociale occorre una azione di ampio respiro che mobiliti i diversi livelli istituzionali, nonché le risorse comunitarie.

L'importanza della comunicazione quale strumento di prevenzione e riduzione delle situazioni di povertà ed esclusione sociale è stata sviluppata anche nell'ambito delle attività del progetto europeo "COESO – Comunicazione e Socialità", progetto transnazionale finanziato dalla Commissione Europea al quale la Regione ha aderito. Nel corso del biennio di attività del progetto è stato possibile approfondire il ruolo fondamentale che l'informazione sociale svolge nell'accompagnare e nel promuovere l'accesso ai servizi ed ipotizzare percorsi per migliorarne l'efficacia.

Il cittadino che ha bisogno di informazioni e orientamento rispetto al sistema dei servizi sociali disponibili sul territorio regionale non ha, in Valle d'Aosta, un unico punto di riferimento in quanto sono numerosi i soggetti che, a diverso titolo e con

diversi livelli di competenza, offrono indicazioni in merito: i patronati, gli uffici per le relazioni con il pubblico, le associazioni, il volontariato, ed altri.

Anche nell'ambito di recenti sperimentazioni attivate a livello regionale è posta una sempre maggiore attenzione all'informazione ed alla comunicazione sociale, come ad esempio avviene rispetto al Centro per le Famiglie "Il Cortile" di Aosta per il quale l'obiettivo principale volto a favorire l'autorganizzazione e la possibilità di incontro tra le famiglie è affiancato da un ampio risalto alla valenza informativa del servizio per l'accesso al sistema delle risorse.

Nell'ambito dei servizi sociali, a livello istituzionale sono attivi in tal senso l'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali, l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Aosta, nonché altri soggetti per settori più specifici (INAIL, SERT).

In particolare, l'Assessorato regionale fornisce informazioni e orientamento tramite i seguenti mezzi:

- la struttura regionale competente in materia di politiche sociali;
- gli assistenti sociali operanti nei presidi socio-sanitari territoriali;
- la produzione di opuscoli e guide informative;
- il sito internet della Regione.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. attivare un gruppo di lavoro per la definizione di azioni di miglioramento in tema di informazione sociale;
2. coordinare i diversi punti informativi e di orientamento sociale esistenti;
3. sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale.

Obiettivo n. 20.

Completare la definizione degli standard delle prestazioni sociali e consolidare ed estendere l'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi.

Attività A: completamento della definizione di standard delle prestazioni sociali.

Quadro di riferimento.

L'azione diretta alla definizione di standard deve essere connessa da una parte all'esigenza di garantire livelli minimi nelle prestazioni sociali e dall'altra correlata alle azioni di monitoraggio e di qualificazione dei servizi.

Attualmente sono stati approvati i seguenti standard delle prestazioni sociali con:

- deliberazione della Giunta regionale n. 3148 in data 18 settembre 2000 recante approvazione degli standard qualitativi e organizzativi dei servizi per l'infanzia diversi dall'asilo-nido ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 27 maggio 1998, n. 44;
- deliberazione della Giunta regionale n. 4594 in data 2 dicembre 2002 recante approvazione degli standard strutturali e gestionali dei servizi per disabili;
- deliberazione della Giunta regionale n. 5190 in data 30 dicembre 2002 recante approvazione, ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 4 settembre 2001, n. 18, degli standard strutturali e gestionali delle strutture e dei servizi per minori.

Le azioni previste dal presente obiettivo si inseriscono in modo compiuto con le azioni previste nell'obiettivo relativo al regime delle autorizzazioni delle strutture e delle attività sanitarie e sociali svolte a livello regionale.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. definire e applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani;
2. definire e applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la prima infanzia.

Attività B: consolidamento ed estensione dell'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi.

Quadro di riferimento.

La Giunta regionale, con propria deliberazione del 19 luglio 2004, n. 2454, ha approvato in via sperimentale l'Indicatore Regionale della Situazione Economica Equivalente (I.R.S.E.E.) di cui all'articolo 4 della legge regionale 4 settembre 2001, n. 18. Si è trattato del primo atto per la determinazione, secondo le specifiche direttive regionali, della partecipazione dei beneficiari e dei loro familiari alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi.

Secondo questo strumento la valutazione della situazione economica del richiedente o del nucleo familiare è determinata dall'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130, a cui vanno sommate le rendite INAIL e le provvidenze di cui alla legge regionale 7 giugno 1999, n. 11, erogate direttamente a favore dell'utente del servizio o del beneficiario della prestazione economica, parametrata sulla base della relativa scala di equivalenza.

La Giunta regionale, alla luce dei primi positivi riscontri, condivisi con le organizzazioni sindacali ed i patronati, in termini di equità nelle modalità di calcolo delle quote contributive a carico dei beneficiari e dei loro familiari, ha disposto, con propria deliberazione del 29 luglio 2005, n. 2432, la prosecuzione della sperimentazione relativa all'Indicatore Regionale della Situazione Economica Equivalente, avviata nel contesto del Piano socio-sanitario 2002-2004 al fine di valutarne gli esiti.

Garantire l'equità nell'accesso ai servizi socio-assistenziali richiede di intervenire non esclusivamente nel coordinamento delle diversificate modalità di valutazione della situazione economica degli utenti e delle loro famiglie, ma anche nell'ambito della consistente eterogeneità attualmente esistente nella definizione delle tariffe applicate, a livello sia regionale sia locale, per la fruizione dei servizi stessi.

Questa eterogeneità nella definizione delle tariffe si riscontra a diversi livelli:

- tra diversi soggetti gestori rispetto alla fruizione della stessa tipologia di servizio;
- tra diverse fasce di utenza.

E' quindi necessario avviare spazi di studio e di approfondimento, ai fini di acquisire una conoscenza dell'esistente sia a livello regionale sia in altre realtà extraregionali, e, soprattutto, avviare un processo di concertazione e condivisione sia con i diversi soggetti gestori dei servizi, in primo luogo gli enti locali, sia con le parti sociali, sia con i cittadini, nelle forme di loro rappresentanza.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. valutare gli esiti della sperimentazione dell'I.R.S.E.E. nel contesto delle politiche sociali, con il coinvolgimento delle parti sociali, sentita la competente commissione consiliare;
2. estendere l'applicazione dell'I.R.S.E.E. ad altre aree di intervento della protezione sociale;
3. promuovere l'applicazione dell'I.R.S.E.E. ad altre aree di governo della programmazione regionale quali i trasporti, l'istruzione, la casa, ecc.;
4. prevedere l'adeguato accompagnamento dei cittadini – per la presentazione della documentazione relativa al calcolo dell'I.R.S.E.E. – e degli operatori – per definire l'accesso ai servizi e la contribuzione a carico degli utenti fruitori;

5. individuare i criteri per la definizione di omogenee politiche tariffarie per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, seguendo una strategia di concertazione partecipata.

Obiettivo n. 21.

Sviluppare la solidarietà e la responsabilità sociale secondo il principio della sussidiarietà verticale ed orizzontale.

Attività A: promozione di un coordinamento regionale per le politiche giovanili.

Quadro di riferimento.

In termini di esperienze attive relative alle situazioni giovanili, oltre ai Centri di aggregazione giovanile della Valle d'Aosta (presenti nella Città di Aosta, nella Comunità montana "Grand Paradis" e nei Comuni di Hône e Pont-Saint-Martin) la cui titolarità è delle Comunità montane o dei Comuni, di regola tramite gestione indiretta (privato sociale) ed al consultorio adolescenti "Il Pangolo", occorre segnalare la presenza del servizio "Informagiovani" del Comune di Aosta, la cui azione ha valenza regionale, e del G.A.I. – Circuito Nazionale Giovani Artisti Italiani. Si affiancano esperienze dell'area cattolica (Coordinamento oratori valdostani, Scout, Azione cattolica italiana, Movimento comunione e liberazione) ed associative spesso collegate all'attività sportiva. A livello di organismi di rappresentanza dei giovani, esistono il Forum dei giovani del Comune di Aosta e la Consulta degli studenti.

Sono attualmente in corso di perfezionamento le procedure finalizzate all'approvazione di uno specifico disegno di legge regionale recante interventi per la valorizzazione della funzione sociale ed educativa svolta dagli oratori e da enti che svolgono attività simili.

In questo quadro eterogeneo, risulta necessario sviluppare forme di orientamento e di linee guida che permettano di coordinare l'esistente e, allo stesso tempo, promuovere nuove iniziative, con particolare attenzione alle aree che presentano attualmente minori disponibilità di risorse.

Grazie anche ad azioni realizzate nell'ambito dell'attuazione della Legge n. 285/1997, alla partecipazione a progetti europei volti a favorire la messa in atto di azioni in tema di politiche giovanili e di partecipazione attiva dei giovani ed alla realizzazione di convegni, è stato possibile riscontrare la disponibilità da parte della comunità locale ad attivare percorsi che abbiano come obiettivo la strutturazione di un punto di coordinamento regionale.

Con deliberazione della Giunta regionale del 3 novembre 2005, n. 3638, è stato costituito un gruppo regionale di lavoro sulle politiche giovanili, le cui attività saranno propedeutiche all'attuazione dell'obiettivo ed alla realizzazione delle azioni sotto elencate e ad esso correlate.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. attivare un confronto con i soggetti pubblici e del privato sociale, nonché con i giovani, per condividere l'analisi delle esperienze attualmente esistenti in Valle

- d'Aosta e sollecitare il protagonismo e la responsabilità sociale dei giovani stessi in progetti che li vedano chiamati ad agire;
2. definire gli orientamenti regionali per la realizzazione di interventi nell'area giovanile, anche tenendo conto dell'esperienza europea e di altre regioni italiane;
 3. costituire un coordinamento regionale che possa fungere da organismo di promozione, sviluppo e monitoraggio delle politiche giovanili in Valle d'Aosta.

Attività B: sostegno alla famiglia come risorsa di coesione e solidarietà sociale.

Quadro di riferimento.

La legge regionale 27 maggio 1998, n. 44 sottolinea il valore della famiglia come risorsa da valorizzare e sostenere in quanto soggetto che riesce a rispondere a bisogni propri e a bisogni sociali e collettivi.

Da qui la necessità di intendere la famiglia non tanto e non solo come fruitrice di servizi e portatrice di bisogni ma soprattutto come risorsa da promuovere, sostenendone i processi di crescita, prevenendo al suo interno disagi e difficoltà, rafforzandone le competenze per renderla sempre più autonoma.

I primi passi in tal senso si sono concretizzati:

- nel lavoro di preparazione alla seconda Conferenza regionale sulla famiglia tenutasi nel 2004, che ha visto una fase preliminare di lavoro di diversi gruppi rappresentanti le realtà associative familiari presenti in Valle d'Aosta;
- nell'applicazione dell'art. 20 della citata legge regionale 27 maggio 1998, n. 44 che prevede finanziamenti per la realizzazione di progetti sperimentali, formulati e gestiti direttamente da parte di famiglie organizzate anche in forma cooperativa ed associazionistica;
- nell'avvio della sperimentazione ad Aosta del Centro per le Famiglie "Il Cortile", finanziato dai fondi della L. 285/1997, quale luogo di accoglienza e di incontro per le famiglie e che vuole permettere a queste ultime, in collaborazione con altri soggetti pubblici e del Terzo settore, di confrontarsi su problemi comuni e sostenersi per la loro risoluzione.

Proprio le istanze emerse soprattutto in fase di Conferenza regionale sulla famiglia, ma anche dalle famiglie che hanno già realizzato esperienze di auto-organizzazione, hanno evidenziato l'esigenza di attivare un Gruppo permanente di confronto per costruire a livello regionale un nuovo protagonismo delle famiglie.

Una delle prime azioni che il Gruppo dovrà intraprendere è la maggior promozione e informazione rispetto alle opportunità offerte dall'art. 20 della l.r. n. 44/98, oltre a ripensare ai suoi contenuti per renderlo, in base anche alle esperienze già realizzate, più rispondente alle potenzialità che le famiglie valdostane possiedono o possono sviluppare.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. accompagnare l'attività del Gruppo regionale sulla famiglia, istituito con deliberazione della Giunta regionale del 17 settembre 2005, n. 2989, quale opportunità di incontro stabile tra rappresentanti istituzionali, del terzo settore e delle famiglie;
2. accompagnare l'applicazione dell'articolo 20 della legge regionale 27 maggio 1998, n. 44 che prevede finanziamenti per la realizzazione di progetti sperimentali, formulati e gestiti direttamente da parte di famiglie organizzate anche in forma cooperativa ed associazionistica;
3. preparare la terza Conferenza regionale sulla famiglia.

Attività C: Sostegno, in ambito regionale, nazionale ed internazionale del volontariato sociale.

Quadro di riferimento.

In un periodo di contenimento della spesa pubblica riveste, senza dubbio, un ruolo importante il volontariato che rappresenta, nell'ambito socio-sanitario, un valido strumento per il mantenimento di un livello di assistenza adeguato alle esigenze della popolazione.

La Regione ha sempre considerato il volontariato quale supporto importante alle politiche socio-sanitarie e in tal senso si è investito negli anni aiutandolo a crescere, sia in termini di dimensioni che di qualità, tanto da divenire strumento indispensabile nell'ambito della programmazione socio-sanitaria. Infatti, prima con la legge regionale 6 dicembre 1993, n.83 e, recentemente, con la legge regionale 22 luglio 2005, n. 16 la Regione ha voluto riconoscere il valore del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo promuovendone il consolidamento e lo sviluppo e disciplinandone i rapporti con le istituzioni pubbliche.

In ambito locale si è assistito al forte supporto del volontariato nel settore sanitario e sociale; si citano ad esempio:

- il sostegno alle attività trasfusionali da parte dei donatori volontari del sangue;
- il coinvolgimento dei volontari del soccorso nell'attività di trasporto e soccorso sanitario;
- le azioni dei volontari per il contrasto della povertà e a favore dei soggetti senza fissa dimora, mediante specifici progetti.

Inoltre la Regione ha voluto estendere la solidarietà del volontariato anche a livello nazionale attraverso la partecipazione, in considerazione dell'esiguo bacino di utenza valdostana, al Centro regionale trapianti della Regione Piemonte, a cui la Valle d'Aosta si rivolge prevalentemente per l'effettuazione di trapianti di organi e tessuti. In tale ambito la solidarietà e la partecipazione del volontariato valdostano si distinguono per la rilevante attività svolta dalle associazioni locali finalizzata alla promozione della donazione, ma soprattutto alla donazione degli organi da parte di cittadini valdostani.

Infine la Regione ha saputo recentemente guardare anche oltre i confini nazionali per affrontare in tema di volontariato progetti di più ampio respiro che hanno coinvolto realtà marginali dell'Africa, e più precisamente il Madagascar, mediante una collaborazione pubblico-volontariato che ha consentito, attraverso la costruzione di un ospedale e l'invio sistematico di operatori sanitari, di garantire il diritto di assistenza e l'equità di accesso alle cure nei confronti di una popolazione svantaggiata.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. rafforzare la collaborazione con le forze del volontariato nella realizzazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute con particolare riferimento agli screening oncologici;
2. coinvolgere il volontariato nella sensibilizzazione alle iniziative di prevenzione nonché nella conoscenza e analisi dei bisogni sociali, specie dei più deprivati;
3. consolidare l'esperienza nell'ambito del progetto "Madagascar. Aiutare ospedali africani" promuovendo la partecipazione all'iniziativa da parte degli operatori sanitari;
4. proseguire nel sostegno delle iniziative tese a contrastare le situazioni di povertà ed esclusione sociale.

Obiettivo n. 22.

Attivare politiche di prevenzione del disagio minorile e giovanile e di intervento a favore di minori e giovani in situazione di disagio.

Attività A: prevenzione del disagio minorile e giovanile

Quadro di riferimento.

Le risorse dei servizi pubblici, quelle del terzo settore e quelle della famiglia dovranno contribuire alla creazione di un sistema di interventi a rete volta a migliorare la condizione di vita dei minori e dei giovani, con particolare attenzione alle azioni di informazione e prevenzione dei cosiddetti rischi di devianza.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. avviare un sistema permanente di circolazione delle informazioni relativamente alle conseguenze sanitarie, sociali e legali relative a comportamenti devianti;
2. realizzare in collaborazione con le Forze dell'Ordine, l'Azienda USL, le Istituzioni Scolastiche, il privato sociale, campagne stampa, conferenze pubbliche e interne alle scuole sui rischi connessi a comportamenti devianti e alle nuove dipendenze;
3. implementare la promozione di specifiche azioni di sensibilizzazione nei punti di incontro privilegiati dai minori e dai giovani (discoteche, pub, centri giovani, oratori, ecc.).

Attività B: realizzazione di interventi in favore di giovani ultradiciottenni in situazione di disagio.

Quadro di riferimento.

In Valle d'Aosta sono presenti servizi in favore di minori e delle loro famiglie diversificati in relazione alla tipologia dei bisogni che emergono.

Questi servizi prevedono, infatti, l'erogazione di interventi economici, assistenziali, educativi, di sostegno alla genitorialità o di tipo semi-residenziale e residenziale. Oltre alla presa in carico integrata delle situazioni di minori da parte delle équipe socio-sanitarie territoriali sono attivi specifici servizi quali il servizio di Assistenza domiciliare educativa, il servizio di Affidamento familiare o di Accoglienza volontaria istituito con deliberazione della Giunta regionale n. 2040 del 27 giugno 2005, in seguito all'esito positivo del Progetto Affido attivato negli anni 2002/2004 ai sensi della Legge n. 285/1997, e due comunità regionali per minori a carattere residenziale.

In particolare, l'esperienza maturata all'interno della comunità regionale per adolescenti, che accoglie minori in età compresa tra i 13 e i 18 anni, evidenzia da tempo la necessità di offrire una concreta risposta agli ospiti neomaggiorenni che

presentano ancora importanti bisogni di accompagnamento all'età adulta e per i quali non è stato ancora possibile costruire e realizzare un ambito di vita indipendente e di gestione autonoma.

Tale esigenza riguarda sia i giovani residenti in Valle d'Aosta inseriti in struttura, sia quelli collocati in affidamento familiare e per i quali non è possibile o opportuno il rientro nella famiglia di origine.

La realizzazione di interventi rivolti alla fascia di età 18-21 anni assume un significato fortemente preventivo rispetto al rischio di devianza e emarginazione sociale, rischio particolarmente elevato considerata la tipologia dell'utenza.

Gli interventi, sulla base di progetti individuali costruiti in collaborazione con l'équipe socio sanitaria di riferimento, sono caratterizzati dalle seguenti attività di sostegno volte a:

- rafforzare o individuare le potenzialità personali;
- sollecitare la responsabilizzazione e l'interiorizzazione delle regole;
- supportare la sfera affettiva e sessuale;
- potenziare le capacità di una corretta gestione delle risorse economiche;
- favorire la ricerca del lavoro e potenziare gli strumenti utili a mantenerlo nel tempo;
- completare l'iter scolastico;
- sostenere le capacità di rapportarsi in modo adulto nelle relazioni di convivenza.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. prevedere nuove forme di sostegno, anche economico, in favore delle famiglie affidatarie disponibili a proseguire l'accoglienza dell'affidato divenuto maggiorenne;
2. attivare una struttura residenziale temporanea (comunità di transizione per ultradiciottenni) che accolga soggetti in età compresa tra i 18 e i 21 anni, in carico ai servizi socio sanitari territoriali o inseriti nella comunità regionale per adolescenti che non possano rientrare o restare nella famiglia di origine o affidataria e che presentino la necessità di essere accompagnati e sostenuti nel raggiungimento di un sufficiente livello di autonomia personale al fine di consentirne l'inserimento nella vita sociale;
3. definire le caratteristiche della gestione e degli obiettivi educativi della struttura.

Attività C: realizzazione di uno spazio suppletivo di emergenza alle comunità regionali per minori, idoneo ad accogliere minori stranieri non accompagnati.

Quadro di riferimento.

In Valle d'Aosta sono presenti due comunità regionali per minori, finalizzate all'inserimento di soggetti in stato di abbandono o che non possono temporaneamente

permanere presso il nucleo familiare di origine, che prevedono n. 8 posti residenziali ciascuna.

Periodicamente, gli organi giudiziari e le forze dell'ordine segnalano la presenza sul territorio regionale di minori stranieri non accompagnati che, in base alla normativa vigente, devono essere accolti e tutelati in attesa dell'individuazione della famiglia di origine.

Nel caso in cui le comunità regionali per minori, al momento della segnalazione, non abbiano posti disponibili, gli uffici competenti devono individuare tempestivamente una idonea collocazione per la quale, attualmente, non sono presenti risorse dedicate in merito.

E' necessario, quindi, prevedere la realizzazione di uno spazio suppletivo di emergenza alle comunità regionali per minori, idoneo ad accogliere minori stranieri non accompagnati, in cui vengano svolte le attività di seguito elencate:

- accoglienza e conoscenza;
- contatto e collaborazione con gli organi giudiziari o con le forze dell'ordine segnalanti;
- collegamento con la struttura di riferimento;
- vigilanza e accudimento;
- progettazione individuale correlata al periodo di permanenza;
- sostegno scolastico e formativo.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. individuare adeguati spazi, preferibilmente nella Città di Aosta, per l'accoglienza di minori stranieri non accompagnati;
2. definire le caratteristiche della gestione e gli obiettivi del servizio, anche in collaborazione con le strutture competenti in materia di istruzione e le agenzie formative;
3. prevedere una presa in carico del minore in collegamento con le due comunità regionali interessate, in base all'età del minore segnalato.

Obiettivo n. 23.

Sviluppare gli interventi tesi a contrastare le situazioni di bisogno sociale, con particolare attenzione alla disabilità e alla non autosufficienza

Attività A: sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie e potenziamento del lavoro di rete.

Nell'ambito dell'assistenza alle persone disabili, un ruolo di primaria importanza è rappresentato dall'équipe socio-sanitaria territoriale, con il compito di assicurare, mediante l'elaborazione di progetti individualizzati, la realizzazione di un "percorso di vita" relativo alle persone disabili ed alle loro famiglie.

Le esperienze sinora maturate nel contesto dell'assistenza delle persone anziane hanno fatto emergere l'opportunità di provvedere, anche per le persone disabili, alla costituzione di apposite e specifiche Unità di Valutazione, per garantire pari opportunità di fruizione dei servizi, sulla base degli effettivi bisogni e delle capacità residuali.

Tutto ciò si inserisce compiutamente anche nell'ambito dell'attività B individuata per questo stesso obiettivo.

Quadro di riferimento.

Al centro degli interventi in materia di disabilità deve essere posta la persona nella globalità dei suoi bisogni, delle sue potenzialità e delle sue caratteristiche. Alla centralità della persona si accompagna quella della sua famiglia, che rappresenta il più importante agente educativo con cui le istituzioni e gli operatori devono costruire un rapporto di collaborazione.

Per rispondere al meglio ai bisogni delle persone disabili e per consentire il massimo sviluppo delle loro autonomie e capacità residue, si stanno potenziando i servizi territoriali esistenti e prevedendo l'ampliamento e l'apertura di nuove strutture a carattere semi-residenziale e residenziale.

L'attuale offerta di servizi territoriali, semi-residenziali e residenziali per persone disabili comprende:

- il servizio di accompagnamento, integrazione ed assistenza per persone disabili;
- il servizio di accoglienza ed assistenza continuativo rivolto a soggetti disabili psicofisici privi dell'assistenza dei familiari;
- il servizio di assistenza alla vita indipendente rivolto a persone adulte con disabilità fisica o sensoriale;
- i servizi diurni per disabili psichici denominati Centri Educativo Assistenziali (C.E.A.), che hanno una utenza complessiva pari a 57 posti. Sono attualmente operanti n. 4 C.E.A. gestiti direttamente dalla Regione;
- il servizio denominato "Easy contact", che ha lo scopo di fornire alle persone sordomute ed audiolese sostegno nel far fronte alle necessità quotidiane tramite l'inoltro di richieste attraverso la trasmissione di short message service (SMS).

Nell'ambito dell'ampliamento e del miglioramento dell'offerta, è stata avviata la predisposizione nel Comune di Saint-Marcel di una comunità alloggio con appartamenti attrezzati di tecnologia domotizzata per persone disabili con gravi insufficienze di deambulazione, al fine di sperimentarne l'utilità ed il valore aggiunto.

E' inoltre in corso di attivazione, nel comune di Montjovet, una comunità protetta per persone con disabilità prive di sostegno familiare con caratteristiche sia residenziali, sia di sollievo temporaneo.

A livello regionale si stanno intraprendendo azioni di confronto tra l'ente pubblico, il Centro di Servizio per il Volontariato e gli organi giudiziari per dare compiuta attivazione alla figura dell'Amministrazione di sostegno. L'obiettivo di questo istituto, introdotto dalla Legge 9 gennaio 2004, n. 6, è di tutelare le persone (disabili, ma anche anziane) prive, in tutto od in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente. La persona che, per effetto di infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un Amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.

Particolare rilevanza, al fine di migliorare la programmazione degli interventi in materia di disabilità, riveste la definizione di una "banca dati" informatizzata delle persone con disabilità, che risponde a una logica di integrazione socio-sanitaria e consente di disporre di una raccolta dati completa in ordine all'evoluzione della situazione di bisogno espresso. E' stata progettata la realizzazione di uno strumento informativo, che sarà avviata nei primi mesi di validità del presente Piano.

Nell'ambito delle funzioni di indirizzo e programmazione, proprie della Regione, primaria importanza assume la classificazione I.C.F. "Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute" dell'O.M.S. (Organizzazione mondiale della sanità), che è uno strumento innovativo accettato come standard per misurare e classificare salute e disabilità, il cui utilizzo avrà, tra gli altri risultati, importanti ricadute sulla pratica medica, sulla ricerca, sulla statistica di popolazioni e sulle politiche socio-sanitarie. L'ICF, infatti, fornisce un modello di riferimento che permette di codificare un'ampia gamma di informazioni ed usa un linguaggio comune standardizzato, permettendo la comunicazione in materia di salute e di assistenza sanitaria su larga scala tra varie scienze e discipline.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. ampliare l'offerta di comunità protette per persone con disabilità, con particolare attenzione a quelle rivolte a persone prive del sostegno familiare in considerazione dell'innalzamento della loro aspettativa di vita e dell'invecchiamento delle loro famiglie;
2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale, estendendone l'offerta al distretto n. 1 (Alta Valle).

Attività B: sostegno all'integrazione sociale delle persone con disabilità e il loro inserimento in contesti occupazionali.

Quadro di riferimento.

Da tempo è attivo il Centro agricolo di Ollignan in cui si esplicano attività finalizzate a promuovere attività occupazionali e l'addestramento lavorativo di disabili psico-fisici, intellettivi, sensoriali con residue capacità lavorative e produttive, in età compresa tra i 18 e i 55 anni. L'attività del Centro si esplica nella consapevolezza della necessità di sostenere le persone disabili nello sviluppo e nella realizzazione delle loro capacità residuali, rendendo effettivo il diritto di poter esercitare le proprie capacità nella misura massima possibile e di sviluppare il massimo grado di autonomia.

Gli obiettivi del Centro agricolo sono i seguenti:

- lo svolgimento di attività occupazionali, educative e di addestramento per soggetti con disabilità gravi;
- l'accoglimento temporaneo di soggetti psichiatrici in fase di reinserimento sociale;
- l'addestramento lavorativo per soggetti appartenenti alle "fasce deboli" in collaborazione con gli enti promotori.

E' inoltre presente un servizio per lo svolgimento di attività occupazionali e di laboratorio destinato a disabili psicofisici medio-gravi risultati inidonei all'inserimento lavorativo ordinario. Al fine di migliorare costantemente l'offerta, è in previsione l'ampliamento dello spazio disponibile per lo svolgimento delle attività di cui trattasi e per l'eventuale programmazione di altre nuove.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. prevedere un servizio educativo di supporto territoriale per garantire percorsi differenziati al fine di potenziare al meglio le capacità lavorative e occupazionali residue delle persone disabili;
2. attivare laboratori occupazionali;
3. promuovere, nell'ambito delle politiche del lavoro e delle attività di impresa, iniziative per favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti disabili;
4. attivare collaborazioni con Enti e istituzioni competenti in materia al fine di agevolare l'inserimento lavorativo delle persone disabili.

Attività C: Avvio di una sperimentazione di pronto intervento sociale.

Quadro di riferimento.

Anche nel territorio valdostano, e soprattutto nel capoluogo regionale, si presentano situazioni di persone con bisogni primari che richiedono risposte urgenti e in situazione di emergenza sociale, ovvero la situazione di vita che determina un bisogno improcrastinabile di rispondere a diritti primari di sussistenza.

Tra i servizi attualmente esistenti che in Aosta rispondono a bisogni primari si segnalano in particolare:

- il Dormitorio comunale, dotato di 12 posti per uomini e di un posto per donne, gestito dal Comune di Aosta;
- la struttura "Abri M. Vincent", con una capienza di 18 posti letto ed utilizzata dal 1997 come dormitorio, gestita dalla Caritas diocesana;
- il servizio di mensa "Tavola Amica", il servizio docce e la struttura di accoglienza per donne "Casa Nostra", gestiti da associazioni di volontariato che fanno riferimento alla Caritas diocesana;
- la struttura di accoglienza per donne sole denominata "Arcolaio", gestita direttamente dalla Regione.

E' poi chiamato a far fronte all'emergenza il Servizio sociale professionale regionale, sia nella componente presente negli uffici dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, sia nella componente presente nei presidi socio-sanitari territoriali.

Una definizione chiara delle competenze e delle principali modalità di intervento e di risposta ai bisogni urgenti, permetterebbe di rendere sempre più efficaci e soddisfacenti le risposte che vengono offerte a livello sia istituzionale sia del volontariato. Diventa pertanto necessario promuovere una sensibilizzazione sul problema che faccia acquisire la consapevolezza circa le modificazioni sociali del contesto territoriale (le vecchie e nuove povertà), i bisogni presenti e la responsabilità delle comunità e soprattutto delle istituzioni pubbliche di farsene carico.

E' quindi necessario, nella nostra Regione, anche alla luce di quanto espresso dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, all'art. 22, comma 4, lettera b), che prevede quale livello essenziale il servizio di pronto intervento sociale in ogni ambito territoriale, attivare una fase di approfondimento per la sperimentazione di tale servizio.

L'approfondimento dovrà riguardare anche la ricerca di nuovi strumenti che, a fronte della precarietà di molte situazioni che rischiano di passare da condizioni di vita modeste ad una situazione di miseria, come emerso dal secondo Rapporto su vulnerabilità e povertà in Valle d'Aosta, prevengano tali difficoltà.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. attivare un gruppo di lavoro promozionale tra soggetti istituzionali e non, titolari di responsabilità e competenze nel settore delle emergenze;
2. definire, a partire dalla esperienza operativa, dai dati documentati sulle situazioni di emergenza, dalle risorse disponibili, pubbliche e non, un modello organizzativo da sperimentare per dare risposta alle emergenze sociali e studiare ulteriori strumenti per prevenire la vulnerabilità diffusa.

Obiettivo n. 24.

Assicurare lo sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e sociali sulla base delle esigenze della domanda di prestazioni e del soddisfacimento dei bisogni della popolazione regionale.

Attività: monitoraggio dei fabbisogni di risorse umane e definizione di strumenti omogenei per la programmazione e l'attuazione dello sviluppo continuo delle professionalità in ambito sanitario e sociale.

Quadro di riferimento.

Le risorse umane che operano nell'ambito dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali hanno da sempre svolto un ruolo di particolare rilevanza poiché il fattore personale ed umano costituisce l'elemento che influisce più direttamente sulla qualità e sulla quantità dell'assistenza, oltre che sul grado di soddisfazione delle persone che usufruiscono dei servizi.

I processi di cambiamento e di evoluzione del sistema sanitario e dei servizi sociali impongono una valorizzazione ed un uso efficiente ed efficace delle risorse umane anche attraverso percorsi attenti e mirati di formazione professionale secondo i principi previsti dalla normativa vigente. Infatti, qualsiasi processo innovativo sul versante istituzionale e organizzativo non può prescindere dalla formazione e dall'aggiornamento del personale che ne è coinvolto.

Nell'ambito del servizio socio-sanitario regionale, deve essere pertanto garantita la presenza di professionisti adeguati alle esigenze organizzative e di operatori continuamente aggiornati affinché il livello professionale e tecnico delle varie figure professionali accresca l'efficacia e l'efficienza dei servizi resi al cittadino.

Nello stato attuale dei servizi sanitari e sociali, devono quindi essere considerate attentamente le carenze di specifiche figure professionali nell'ambito dell'assistenza sia sanitaria (in particolare, di medici specialisti coinvolgendo l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta), sia sociale (in particolare, di operatori socio-sanitari con il supporto degli enti locali e secondo lo standard formativo previsto a livello statale e regionale), a fronte delle quali avviare percorsi di formazione e di qualificazione, anche in collaborazione e con le istituzioni accademiche.

Nel contempo, è necessario favorire la promozione dell'aggiornamento degli operatori già inseriti nel contesto lavorativo regionale, anche mediante sistemi informativi innovativi sia formativi (c.d. formazione a distanza – FAD) sia gestionali e di supporto alle decisioni (data warehouse).

Il presente Piano disciplina dal punto di vista normativo i ruoli dei soggetti decisori e attuatori delle iniziative di formazione, di qualificazione e di aggiornamento delle figure professionali in ambito sanitario e sociale. Il modello di riferimento prefigurato individua la seguente suddivisione delle competenze:

- le attività di rilevazione e di analisi dei fabbisogni formativi e quindi di programmazione, di controllo e di valutazione degli interventi in materia di formazione, di qualificazione e di aggiornamento delle figure professionali in

- ambito sanitario e sociale, attribuite alle strutture regionali competenti in materia;
- l'esecuzione degli interventi in materia di formazione, di qualificazione e di aggiornamento delle figure professionali in ambito sanitario attribuita alle strutture competenti in materia dell'Azienda U.S.L. e/o in collaborazione con le istituzioni accademiche;
 - l'esecuzione degli interventi in materia di formazione e di qualificazione delle figure professionali in ambito sociale attribuita agli enti di formazione pubblici o del terzo settore a livello regionale o in collaborazione con le istituzioni accademiche.

Le strutture regionali competenti in materia del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali provvederanno pertanto ad allineare le metodologie di programmazione e di attuazione degli interventi delle iniziative di formazione, di qualificazione e di aggiornamento delle figure professionali in ambito sanitario e sociale, individuando - con cadenza annuale - i fabbisogni formativi delle figure stesse, utilizzando prioritariamente i finanziamenti del Fondo Sociale Europeo (FSE).

In capo alle strutture regionali competenti in materia del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali, potranno essere mantenute - seppure in via del tutto subordinata al ruolo ad esso attribuito e limitata a specifiche aree di intervento - competenze in materia di gestione diretta delle iniziative di qualificazione e di aggiornamento di figure professionali sanitarie e sociali, appartenenti anche al c.d. terzo settore.

Ciò consentirà di ridurre progressivamente la separazione dei processi formativi tra figure sanitarie e figure dell'assistenza sociale e di uniformare gli strumenti amministrativi regionali con cui si provvede all'attuazione dei processi stessi, in ossequio alla logica della massima integrazione dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali.

Le strutture regionali promuoveranno pertanto la costituzione di gruppi di lavoro per la condivisione degli obiettivi comuni per l'aggiornamento delle professionalità coinvolte nella realizzazione delle politiche per la salute e per il benessere sociale, nonché per favorire la partecipazione di tutte le figure professionali interessate ad iniziative di aggiornamento.

Descrizione delle azioni.

Con atti della Regione e dei soggetti gestori dei servizi sanitari e sociali, per quanto di rispettiva competenza, devono essere previsti i seguenti interventi:

1. rilevare il fabbisogno dei medici specialisti e di altre figure professionali sanitarie e sociali per programmare interventi volti ad agevolare la formazione specifica;
2. attivare protocolli d'intesa e convenzioni con le istituzioni accademiche per la riserva di posti a favore degli studenti valdostani per le discipline carenti, nonché per lo svolgimento di parte del tirocinio nelle strutture sanitarie e sociali regionali;
3. finanziare, mediante l'erogazione di assegni di formazione, gli studenti che frequentano corsi di base e corsi di perfezionamento per incentivare la

- frequenza a percorsi formativi necessari alla qualificazione di professionisti carenti nel sistema sanitario e sociale regionale;
4. organizzare con frequenza annuale corsi di formazione per operatori socio-sanitari che svolgano attività finalizzate a soddisfare i bisogni primari della persona favorendo il benessere e l'autonomia dell'utente e garantendo - in ambito ospedaliero – un adeguato supporto alla figura dell'infermiere tale da promuovere una diversa e più appropriata assistenza ospedaliera;
 5. organizzare corsi post-universitari di specializzazione in discipline mediche correlate alla montagna ed al soccorso alpino;
 6. completare lo sviluppo del sistema regionale di educazione continua in medicina (ECM) prevedendo anche l'attivazione della formazione a distanza (FAD) al fine di offrire a tutti gli operatori sanitari la possibilità di conseguire i crediti formativi previsti attraverso un'offerta completa di formazione;
 7. realizzare un nuovo sistema informativo regionale che consenta di gestire e di monitorare il modello regionale ECM partendo dalla richiesta di accreditamento dell'evento fino alla registrazione dei crediti finalizzato ad una attività di analisi e di controllo del sistema stesso;
 8. promuovere la definizione del sistema regionale di certificazione delle competenze rivolto alla creazione del repertorio delle qualifiche professionali delle figure sociali e dei relativi standard formativi minimi.

Obiettivo n. 25.

Estendere il regime dell'autorizzazione a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle prestazioni, applicare e sviluppare il regime dell'accREDITAMENTO delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale.

Attività A: autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di strutture e di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative.

Quadro di riferimento.

Il regime autorizzativo pertiene a quanto stabilito dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, con particolare riferimento agli articoli 8-*bis* e 8-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituiti dall'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, ed all'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. La realizzazione di strutture sanitarie, socio-sanitarie o socio-assistenziali e l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione della Giunta regionale, rilasciata in conformità ai fabbisogni strutturali e produttivi, nonché ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per classi di strutture e per tipologia di attività previsti dalla programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale.

Le modalità ed i termini del procedimento amministrativo per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di strutture e di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, sono disciplinati dalla deliberazione della Giunta regionale n. 2103 del 21 giugno 2004.

Ad oggi, il quadro normativo regionale è costituito dai seguenti principali atti della Giunta regionale:

1. deliberazione della Giunta regionale n. 3148 in data 18 settembre 2000 recante approvazione degli standard qualitativi e organizzativi dei servizi per l'infanzia diversi dall'asilo-nido, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 27 maggio 1998, n. 44;
2. deliberazione della Giunta regionale n. 4594 del 2 dicembre 2002 recante approvazione degli standard strutturali e gestionali dei servizi per disabili;
3. deliberazione della Giunta regionale n. 1604 del 6 maggio 2002 recante approvazione dei requisiti minimi strutturali organizzativi dei servizi e delle strutture del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta;
4. deliberazione della Giunta regionale n. 5190 del 30 dicembre 2002 recante approvazione, ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 18/2001, degli standard strutturali e gestionali delle strutture e dei servizi per minori;
5. deliberazione della Giunta regionale n. 3754 del 13 ottobre 2003 recante approvazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso;
6. deliberazione della Giunta regionale n. 772 del 15 marzo 2004 recante approvazione di ulteriori requisiti organizzativi per l'esercizio di attività socio-

- sanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private destinate a residenze sanitarie assistenziali (RSA);
7. deliberazione della Giunta regionale n. 4372 del 29 novembre 2004 recante approvazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture veterinarie pubbliche e private, mediante recepimento dell'Accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 26 novembre 2003.

Nel corso del quadriennio 2002-2005, si è provveduto a consolidare il procedimento autorizzativo all'esercizio delle strutture sanitarie private e ad avviare la procedura per le strutture pubbliche.

Nello stesso periodo, per la parte dei servizi sociali, è stato avviato il procedimento di autorizzazione all'esercizio per alcune strutture socio-educative per la prima infanzia e socio-assistenziali per anziani, benché il quadro normativo regionale necessiti della definizione degli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani e degli standard strutturali e gestionali degli asili nido.

Rivestono poi particolare interesse alcuni punti di attenzione emersi da studi affidati all'Agenzia dei servizi sanitari regionali (ASSR) sull'ambito di applicazione delle norme vigenti in materia di autorizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie che risulta essere progressivamente esteso dal concetto della "particolare complessità" a quello più ampio di "rischio per la sicurezza del paziente" (art. 8-ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni). L'estensione del regime autorizzativo (ad esempio, anche agli ambulatori associati dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS)) comporterà la revisione del quadro normativo di riferimento in materia di autorizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie favorendo il miglioramento qualitativo delle strutture stesse.

Nel quadro di riferimento così descritto, il presente Piano supera le disposizioni legislative contenenti vincoli quantitativi su base territoriale per l'autorizzazione alla realizzazione e all'apertura di nuove strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative private (c.d. fabbisogni), nonché per l'accreditamento delle medesime. Sulla base dei principi, dei valori, delle strategie, nonché degli obiettivi e delle attività del presente Piano, la Giunta regionale, sentito il parere della Commissione consiliare competente, determina i limiti quantitativi alle prestazioni sanitarie e sociali necessari per garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere della popolazione regionale e per limitare i fenomeni delle liste di attesa, della mobilità passiva e dell'inappropriatezza delle prestazioni stesse. A tal proposito, è allegato al presente Piano – di cui costituisce parte integrante – il documento all'obiettivo 25 contenente il fabbisogno espresso di residenzialità nelle cure alla persona.

I volumi di prestazioni sanitarie e sociali definiti dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, calcolati tenuto conto dei dati di mobilità passiva registrati nell'ultimo triennio e delle proiezioni degli stessi alla luce dell'evoluzione dei livelli assistenziali da assicurare, costituiscono vincolo ai procedimenti di autorizzazione o di accreditamento istituzionale previsti dall'art. 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. In particolare, ai fini del rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle nuove strutture si

dovrà tener conto del fatto che in Valle non è ancora rispettato il rapporto di 1 posto letto ogni 1000 abitanti dedicato alla riabilitazione e alla lungodegenza, per cui saranno da favorire le strutture dedicate alle patologie riabilitative, specie dell'apparato muscolo-scheletrico, a quelle cardiovascolari, nonché ai disturbi del metabolismo nutrizionale.

In via transitoria, fino all'adozione degli atti di competenza della Giunta regionale, si applicano le disposizioni legislative vigenti in materia e previste dal Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. determinare, con deliberazione della Giunta regionale, i limiti quantitativi alle prestazioni sanitarie e sociali necessari per garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere sociale;
2. rivedere il quadro normativo regionale di riferimento per il regime autorizzativo, estendendo l'ambito di applicazione dal concetto della "particolare complessità" a quello più ampio di "rischio per la sicurezza del paziente";
3. definire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani;
4. ridefinire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la prima infanzia;
5. ridefinire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la cura delle dipendenze patologiche;
6. definire ed applicare norme regionali per l'attività di day-surgery;
7. applicare procedure di autorizzazione all'esercizio delle strutture veterinarie pubbliche e private.

Attività B: accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario al fine di orientare i processi di crescita della qualità del Servizio Sanitario Regionale verso l'eccellenza.

Quadro di riferimento.

Con il termine "accreditamento", si intende il procedimento amministrativo mediante il quale è attribuito alle strutture pubbliche e private, già autorizzate, che ne facciano richiesta e ne possiedano i requisiti, lo stato giuridico di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN), comprese quelle rientranti nei fondi integrativi previsti dall'art. 9 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Gli studi dei medici a rapporto convenzionale di cui all'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 sopra richiamato non sono invece soggetti al regime di accreditamento istituzionale per le prestazioni oggetto della convenzione.

Il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie e sociali da parte della Regione, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, costituisce presupposto amministrativo per l'accreditamento delle medesime.

La concessione dell'accreditamento istituzionale non costituisce tuttavia vincolo per le pubbliche amministrazioni e per le aziende sanitarie locali a stipulare accordi contrattuali.

La Giunta regionale ha pertanto provveduto con deliberazione n. 1232 del 26 aprile 2004 ad approvare il manuale contenente le modalità ed i termini per l'accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati regionali. Dall'entrata in vigore del manuale si è proceduto all'applicazione a regime della procedura a tutte le strutture sanitarie richiedenti l'accreditamento o l'eventuale rinnovo.

Nel corso del quadriennio 2002-2005, l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta ha provveduto ad avviare le procedure per la presentazione dell'istanza di accreditamento, con l'esclusione delle strutture e delle attività relative all'area della prevenzione, all'area territoriale ed all'area ospedaliera dipartimentale per le quali, con deliberazione della Giunta regionale n. 2429 in data 29 luglio 2005, è stato prorogato l'accreditamento provvisorio.

Ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 3754 in data 13 ottobre 2003 recante approvazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, è stato altresì avviato a regime il procedimento amministrativo per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio nonché dell'accreditamento istituzionale di tali strutture.

L'applicazione a regime del procedimento amministrativo ha evidenziato alcune difficoltà procedurali nell'esecuzione delle verifiche presso le strutture sottoposte ad accreditamento indotte anche dalla carenza di specifiche professionalità, amministrative e tecniche sanitarie, in grado di procedere con la necessaria accuratezza alle verifiche stesse.

Resta infine da considerare che si sono sviluppate a livello nazionale forme di accreditamento delle attività e dei professionisti in ambito sociale. Benché il sistema regionale delle autorizzazioni alle strutture, alle attività ed ai professionisti in ambito sociale si sia sviluppato in modo disomogeneo, l'avvio dei procedimenti amministrativi di accreditamento delle attività e dei professionisti in alcuni ambiti (come, ad esempio, i servizi per la prima infanzia) potrebbe costituire un'importante area di sperimentazione per estendere successivamente l'accreditamento stesso agli altri servizi sociali.

Allo stesso modo, qualora lo Stato provveda alla revisione della disciplina normativa delle professioni sanitarie, è intenzione procedere alla sperimentazione di forme di accreditamento dei professionisti in ambito sanitario, anche con riferimento alle medicine non convenzionali.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

1. consolidare la normativa regionale in materia di accreditamento al fine di orientare la programmazione sanitaria e sociale e di assicurare il soddisfacimento dei bisogni di qualità percepita da parte della popolazione;
2. mantenere i livelli di accreditamento attuali ed estendere l'accREDITamento alla totalità delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative pubbliche e private;
3. predisporre la normativa in materia di accreditamento dei professionisti in ambito sanitario e sociale, in presenza di linee guida definite a livello statale.

Obiettivo n. 26.

Estendere la rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali al fine di favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e di sostenere i processi di programmazione e di controllo delle risorse umane, economiche e tecnologiche in ambito sanitario e sociale.

Attività A: estensione della rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali, al fine di favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e l'attività di comunicazione.

Quadro di riferimento.

La Giunta regionale ha approvato, con deliberazione n. 2701 in data 23 luglio 2001, uno studio per lo sviluppo della Società dell'informazione ed il relativo progetto di piano d'azione regionale che, partendo dai documenti ispiratori a livello europeo (Piano e-Europe) e a livello nazionale (Piano d'azione del Governo italiano per la Società dell'Informazione), delinea le linee di intervento strategiche affinché anche la regione possa sfruttare le opportunità offerte dalle nuove tecnologie, attraverso un modello di sviluppo che tenga conto delle proprie caratteristiche e specificità.

Lo studio, effettuato da Finaosta S.p.A. e dal Dipartimento Sistema Informativo dell'Amministrazione regionale, è stato articolato su tre direttrici:

1. lo scenario di riferimento, attraverso l'analisi del sistema Valle d'Aosta nel suo complesso e nel settore delle nuove tecnologie, in modo da rilevare presso i cittadini, le imprese e la pubblica amministrazione oltre allo stato dell'arte del settore dell'Information and communication technology (ICT) anche i bisogni latenti e le aspettative per il prossimo futuro;
2. la descrizione del modello di riferimento a cui tendere, che prevede l'orientamento dell'attenzione dalle infrastrutture ai servizi, individuando nell'architettura IP (Internet Protocol) lo sviluppo più consono;
3. il progetto di Piano di azione che si propone tre macro-finalità: migliorare la produttività del settore pubblico valdostano, migliorare la qualità della vita sul territorio regionale, creare occasioni di sviluppo economico e sociale e che viene proposto lungo alcune dimensioni finalizzate a distinguere tra azioni volte all'erogazione di servizi e fattori abilitanti per renderle possibili.

La Giunta regionale ha ripreso ed attualizzato, nella deliberazione n. 1034 in data 9 aprile 2004, concernente l'approvazione del piano pluriennale per lo sviluppo del sistema informativo regionale per il periodo 2004-2006 di cui alla legge regionale 12 luglio 1996, n. 16, i principi guida precedentemente richiamati, con particolare riferimento alle linee di intervento infrastrutturali (volte ad assicurare l'interconnessione e l'interoperabilità delle strutture pubbliche in senso lato), di cooperazione applicativa (ponendo l'attenzione sulla trasversalità dei processi e sull'interscambio informativo tra strutture pubbliche diverse), i servizi on-line (privilegiando quelli ritenuti prioritari per cittadini e imprese).

Nell'ambito del contesto sopra esposto, è volontà del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali, in sinergia con il Dipartimento sistema informativo, dare seguito a

progetti che possano contribuire alla realizzazione di sistemi informativi in grado di fornire direttamente al cittadino servizi in ambito sanitario e sociale.

A partire dall'anno 2003, sono pertanto stati avviati due progetti con lo scopo precipuo di avvicinare al cittadino il punto di accesso alle prestazioni sanitarie mediante:

- il sistema di collegamento telematico dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) con le strutture ospedaliere e territoriali regionali: il sistema consente a circa il 60% dei MMG di disporre in tempo reale di informazioni di carattere anagrafico e sanitario dei propri assistiti. I dati oggi disponibili afferiscono all'anagrafe degli assistiti, alle schede di dimissione ospedaliera ed alle informazioni dei referti diagnostici di laboratorio e di radiologia. E' prevista l'estensione del sistema sia orizzontale (alla totalità dei MMG e dei PLS) sia verticale (al sistema di prenotazione diretta delle prestazioni sanitarie ed al sistema delle malattie infettive). Di ritorno, l'Amministrazione regionale e l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta dispongono dei dati epidemiologici degli assistiti e delle informazioni sull'attività prescrittiva dei MMG e dei PLS;
- il sistema informativo delle malattie infettive (SIMI): il SIMI è sviluppato con risorse interne all'Azienda U.S.L. su piattaforma WEB *oriented* e consente di gestire le informazioni di igiene e sanità pubblica, con particolare riferimento agli obblighi di notifica ed alle vaccinazioni. E' prevista l'integrazione del SIMI nell'applicativo distribuito ai MMG e PLS.

Parallelamente, ha avuto inizio la sperimentazione di un sistema informativo di gestione anagrafica di base dell'assistenza sociale in ambito regionale. Il sistema informativo di cui trattasi consentirà di disporre di informazioni uniformi e certificate sui cittadini fruitori dei servizi sociali - dalla prima infanzia, alla famiglia ed alle persone disabili ed anziane - consentendo agli operatori del settore di garantire una più approfondita conoscenza del fabbisogno di benessere sociale espresso da parte della popolazione e, conseguentemente, una più appropriata ed immediata risposta da parte dell'Amministrazione regionale e degli altri erogatori di servizi.

Assume a tal proposito un'importanza particolare il collegamento tra i sistemi anagrafici ed i sistemi informativi regionali sanitari e sociali. Le iniziative già avviate riguardano l'introduzione e la diffusione della tessera sanitaria (TS) per l'accesso ai servizi sanitari regionali in attuazione di disposizioni statali in materia di controllo della spesa sanitaria (legge finanziaria per l'anno 2004) ed il collegamento con le anagrafi comunali, attraverso i servizi resi disponibili dal centro di smistamento regionale delle informazioni anagrafiche (CSIA). Oltre alle informazioni anagrafiche e fiscali necessarie per l'accesso alle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, la tessera sanitaria svolge anche la funzione di tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) in sostituzione del modello E111 e di altri modelli, oggi necessari per disporre di prestazioni sanitarie occasionali negli altri Paesi dell'Unione europea.

La disponibilità delle informazioni di carattere anagrafico (anche di natura fiscale) deve consentire infatti di censire il potenziale e l'effettivo numero di beneficiari dei servizi sanitari e sociali e di collegare i sistemi informativi socio-sanitari sulla base di codici identificativi univoci, contribuendo a migliorare la

conoscenza dei fabbisogni (e della loro manifestazione) di salute e di benessere sociale espressi dalla popolazione regionale.

Nel contesto generale di riferimento, è infine necessario dare seguito a livello regionale agli interventi per la realizzazione di reti telematiche ad alta velocità in grado di trasferire le informazioni dalle strutture del centro a quelle della periferia, e viceversa, con il massimo grado di efficienza ed in tempi brevi. Infatti, come per altre aree della pubblica amministrazione anche per i servizi sanitari e sociali, la disponibilità delle informazioni in tempo reale, soprattutto su un territorio prevalentemente montano come quello regionale, permette di ridurre il disagio per gli utenti e per gli operatori del settore nell'accesso ai servizi stessi, migliorandone in generale anche le condizioni di efficacia e di economicità. In tale ambito, saranno attuate le migliori sinergie con il più articolato progetto di Rete Regionale per la Pubblica Amministrazione (RUPAR).

Nel quadro di riferimento di cui trattasi, è necessario pertanto disporre della massima condivisione degli obiettivi e delle politiche di sviluppo degli interventi di realizzazione di infrastrutture telematiche ad alta velocità e dei servizi telematici al cittadino in ambito sanitario e sociale (garantendone la copertura finanziaria), al fine di diffondere la cultura dell'innovazione nei confronti sia delle categorie professionali interessate, sia nei confronti dei cittadini.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere all'attuazione del piano della "Società per l'informazione" per quanto concerne l'assistenza sanitaria e sociale sul territorio regionale, attraverso le seguenti azioni:

1. sviluppare interventi di realizzazione di infrastrutture telematiche ad alta velocità, anche nel settore dell'assistenza sanitaria e sociale;
2. introdurre e diffondere la tessera sanitaria (TS) per l'accesso ai servizi sanitari regionali;
3. integrare l'anagrafe degli assistiti del Servizio sanitario regionale (SSR) e degli assistiti dei servizi sociali con il centro di smistamento regionale delle informazioni anagrafiche (CSIA);
4. sviluppare il sistema anagrafico di base dell'assistenza sociale in ambito regionale finalizzato alla progettazione ed all'allineamento rispettivamente dei nuovi e degli esistenti sistemi gestionali per l'erogazione di prestazioni sociali complesse;
5. estendere in senso verticale ed orizzontale il sistema informativo di collegamento telematico dei medici di medicina generale (MMG) ed ai pediatri di libera scelta (PLS) con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

Attività B: sviluppo della rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali, al fine di sostenere i processi di programmazione e di controllo delle risorse umane, economiche e tecnologiche in ambito sanitario e sociale.

Quadro di riferimento.

Il sistema informativo sanitario regionale (SISR) ha la caratteristica distintiva di essere condiviso da soli due soggetti: l'Amministrazione regionale che ha compiti di

programmazione e di controllo e l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta che, disponendo di autonomia organizzativa ed imprenditoriale, ha compiti di gestione.

Il SISR è pertanto condiviso tra il livello regionale ed il livello aziendale, anche se talora con profili di lettura e di scrittura differenziati.

I principali applicativi in uso consolidato nell'ambito del SISR sono i seguenti:

- *l'anagrafe assistiti del SSR*: l'anagrafe è gestita direttamente dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta con proprio applicativo su piattaforma MEDTRAK. L'anagrafe assistiti contiene i dati dell'assistenza di base (dati anagrafici, scelta del MMG o del PLS, eventuali esenzioni, ecc.) e l'universalità dei cittadini aventi diritto all'assistenza sanitaria;
- *il sistema informativo ospedaliero (HIS)*: l'HIS è sviluppato su piattaforma MEDTRAK. Oltre a consentire di adempiere agli obblighi informativi verso l'Amministrazione regionale ed il Ministero della Salute (con particolare riferimento alle schede di dimissione ospedaliera SDO ed al CEDAP), la piattaforma MEDTRAK ospita la gestione delle liste di attesa via CUP e garantisce la visualizzazione delle informazioni degli applicativi gestionali ad uso interno della struttura ospedaliera;
- *il sistema informativo radiologico (RIS)*: il RIS è sviluppato su applicativi specifici - a partire dalla seconda metà degli anni Novanta - in accordo con il fornitore del sistema digitalizzato radiologico (PACS). Il RIS consente l'integrale gestione su base digitale del processo diagnostico radiologico, con stampa su file o su pellicola tradizionale dell'immagine radiografica. E' in corso di chiusura il progetto di integrazione del RIS nella piattaforma MEDTRAK;
- *il sistema informativo dell'urgenza*: il sistema dell'urgenza in uso (SAGO) è stato sviluppato in modo dedicato. Come per il RIS, anche per SAGO è in corso di realizzazione l'integrazione sulla piattaforma MEDTRAK;
- *i sistemi informativi di supporto ai programmi di screening*: sono i sistemi informativi verticali che consentono la gestione dei programmi di screening attualmente in corso.

A partire dall'anno 2005, sono in uso nuovi applicativi a valenza direzionale disponibili sia per l'Amministrazione regionale sia per l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta:

- *il data warehouse socio-sanitario regionale*: sviluppato in accordo e su piattaforma SAS® WEB oriented, il data warehouse socio-sanitario regionale consente oggi di collegare sulla base della "chiave" unica dell'assistito del SSR cinque differenti flussi informativi: l'anagrafe degli assistiti del SSR, le schede di dimissione ospedaliera, i flussi della mobilità interregionale, i dati sulla mortalità ed il CEDAP;
- *il data warehouse del personale del SSR*: anch'esso sviluppato in accordo e su piattaforma SAS® WEB oriented, il data warehouse del personale del SSR consente oggi di collegare sulla base della "chiave" unica della matricola del personale dipendente e convenzionato del SSR le informazioni di carattere anagrafico, giuridico, organizzativo (incluse le informazioni sull'ECM) ed economico ad esso afferenti.

Sono infine in corso di revisione i flussi informativi relativi alle prestazioni territoriali con particolare riferimento all'assistenza farmaceutica e all'assistenza ambulatoriale territoriale.

Nell'ambito dell'assistenza sociale e dei correlativi sistemi informativi, si è provveduto al mantenimento ed allo sviluppo di sistemi informativi di supporto all'attività svolta dall'Amministrazione regionale, con particolare riferimento a:

- il sistema di gestione delle informazioni relative ai servizi per gli anziani (ITACA);
- l'anagrafe regionale delle persone disabili (ARDI);
- il sistema di gestione provvidenze per invalidità civile ed ex-combattenti (SANI);
- il sistema di gestione del servizio per il superamento del disagio evolutivo in ambito scolastico (DEAS);
- il sistema di gestione del servizio per l'assistenza domiciliare educativa (ADE);
- il sistema di gestione del servizio per l'inserimento lavorativo delle persone disabili (HALPI).

Sono invece in fase di realizzazione tre nuovi sistemi informativi a supporto dei servizi sociali: un sistema informativo per il servizio di affidamento dei minori, uno per il servizio di tata familiare ed uno per l'erogazione di benefici economici aventi natura socio-assistenziale.

In tale contesto di riferimento, si tratta infine di dare seguito ad iniziative derivanti da disposizioni statali in materia di privacy ed in materia di sistemi di programmazione e di controllo del SSR.

Per quanto concerne il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, denominato "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", i sistemi informativi presenti in ambito sanitario e sociale garantiscono il pieno adempimento alle disposizioni previste dalla normativa vigente in materia. Per il triennio di riferimento, si tratta principalmente di introdurre l'utilizzo di sistemi avanzati di identificazione dei soggetti incaricati del trattamento dei dati personali e sensibili, anche mediante l'utilizzo della c.d. "firma digitale pesante", garantendo in tal modo la massima protezione dei dati stessi.

Per quanto concerne lo sviluppo dei sistemi informativi di programmazione e di controllo del SSR, si tratta di porre in atto – mediante l'adeguamento dei sistemi informativi esistenti o la progettazione di nuovi sistemi – gli adempimenti che scaturiranno dalla conclusione del c.d. "Progetto Mattoni del Servizio sanitario nazionale (SSN)" strettamente correlato al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).

La progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno infatti richiesto la costruzione di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS e i sistemi sanitari regionali. Si è infatti reso necessario disporre di:

- dati classificati e codificati in modo omogeneo;

- approcci omogenei per la creazione a livello locale del SSN dei dati che vengono successivamente resi disponibili a livello nazionale e regionale del SSN;
- metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi del sistema sanitario.

Questi elementi comuni rappresentano i “Mattoni del SSN”. E’ stato avviato pertanto un progetto parallelo e complementare a quello del NSIS, con la creazione di numerosi gruppi di lavoro su diverse tematiche e con la partecipazione di un numero molto ampio di referenti regionali. I progetti previsti per la costruzione dei “Mattoni del SSN” si riferiscono a: classificazione delle strutture; classificazione delle prestazioni ambulatoriali; evoluzione del sistema DRG nazionale; ospedali di riferimento; standard minimi di quantità di prestazioni; tempi di attesa; misura dell’appropriatezza; misura dell’outcome; realizzazione del “patient file”; prestazioni farmaceutiche; pronto soccorso e sistema 118; prestazioni residenziali e semiresidenziali; assistenza primaria e prestazioni domiciliari; misura dei costi del SSN; assistenza sanitaria collettiva.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all’obiettivo è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

1. introdurre l’utilizzo della firma digitale per gli operatori del Servizio sanitario regionale e dei Servizi sociali regionali;
2. attuare il “progetto Mattoni del SSN”, con particolare riferimento allo sviluppo dei sistemi informativi per la programmazione e per la gestione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nell’area territoriale (incluso il livello della salute mentale e delle dipendenze patologiche);
3. aderire, nell’ambito del progetto “mattoni 1”, al sistema informativo nazionale di classificazione delle strutture sanitarie;
4. consolidare il sistema informativo aziendale ospedaliero e territoriale su piattaforma MEDTRAK mediante la progressiva integrazione dei sistemi informativi esistenti (con particolare riferimento a RIS, a SAGO ed a programmi di gestione dei programmi di screening) e lo sviluppo di nuovi sistemi informativi (come ad esempio quello correlato alle attività chirurgiche);
5. estendere e revisionare i sistemi informativi relativi alla gestione delle graduatorie regionali per medici di medicina generale (MMG), nonché alla SDO ed alla mobilità sanitaria;
6. procedere alla revisione dei sistemi informativi caratteristici dell’area della prevenzione con particolare riferimento ai registri della mortalità, dei tumori e degli infortuni;
7. realizzare un sistema informativo regionale sugli stabilimenti di produzione degli alimenti;
8. consolidare e sviluppare una banca dati unica delle prestazioni rese dal Servizio sanitario regionale (c.d. “data warehouse socio-sanitario regionale”) e del personale del Servizio sanitario regionale (c.d. “data warehouse del personale del Servizio sanitario regionale”), anche con riferimento alla programmazione ed alla gestione della formazione continua del personale sanitario (c.d. sistema ECM);

9. sviluppare sistemi di controllo a supporto dei principali applicativi di gestione di servizi di assistenza sociale, con particolare riferimento ai servizi di affido, all'assistenza per le persone disabili mediante la classificazione internazionale (ICF) ed all'assistenza residenziale per le persone anziane;
10. progettare e realizzare un sistema di gestione per l'erogazione di benefici economici aventi natura socio-assistenziale e di un sistema informativo direzionale a supporto delle pratiche di assistenza economica per gli invalidi civili.

Obiettivo n. 27.

Realizzare l'unificazione delle sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate.

Attività: ammodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio.

Quadro di riferimento.

Le linee guida su cui deve svilupparsi il progetto di ammodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio devono tener conto delle principali tendenze dei sistemi organizzativi sanitari ed, in particolare a:

- la riduzione della durata delle degenze, che determina la riduzione della dotazione di posti letto;
- la gradualità delle cure, che porta alla diversificazione dei posti letto non più rapportata alla patologia ma riferita alle modalità ed all'intensità delle cure prestate (terapia intensiva, terapia sub-intensiva, degenza ordinaria, day hospital, day surgery, ambulatori);
- la costituzione di unità di degenza indifferenziate dipartimentali, non più attribuite alle singole unità operative;
- l'impostazione dell'ospedale per aree funzionali omogenee e coerenti dal punto di vista logistico, necessaria per l'organizzazione dipartimentale dell'attività ospedaliera;
- la dimissione precoce dei pazienti, che esige a valle del ricovero anche la disponibilità di strutture idonee per ulteriori trattamenti di riabilitazione e di lungodegenza.

Tale progetto di unificazione è stato incluso tra le opere di rilevante interesse regionale previste dalla legge regionale 17 agosto 2004, n. 21.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere - nel triennio 2006-2008 - alla realizzazione delle seguenti azioni:

1. realizzare lo studio di fattibilità previsto dall'articolo 3, comma 3, della legge regionale 21/2004 che prenda in esame le diverse ipotesi progettuali dell'ammodernamento delle sedi ospedaliere in un unico presidio;
2. avviare - in collaborazione con le strutture interne ed esterne all'Amministrazione regionale competenti in materia - procedure per accedere a fonti alternative di finanziamento dell'intervento, con particolare riferimento a quelle di provenienza dello Stato e dell'Unione europea;
3. individuare ed utilizzare forme ad evidenza pubblica di affidamento della progettazione e della realizzazione dell'opera che garantiscano tempi e modi certi di conclusione dell'intervento;
4. avviare e realizzare la progettazione delle opere di edilizia sanitaria necessarie per realizzare la concentrazione delle funzioni ospedaliere per acuti rese dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;

5. avviare la realizzazione delle opere di edilizia sanitaria necessarie per realizzare la concentrazione delle funzioni ospedaliere per acuti rese dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

Obiettivo n. 28.

Sostenere il processo di rinnovamento strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie regionali commisurato al grado di innovazione tecnologica ed organizzativa prevalente in ambito sanitario.

Attività: conclusione degli interventi di ristrutturazione e di manutenzione straordinaria presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta ed attuazione di progetti mirati per lo sviluppo della rete assistenziale sanitaria territoriale.

Quadro di riferimento.

Nell'ultimo decennio, il processo di rinnovamento strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie regionali è stato fortemente sostenuto dai benefici derivanti dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti.

Il programma pluriennale è finalizzato alla conservazione e all'ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio sanitario pubblico (ospedali, servizi sanitari territoriali, ecc.) e allo sviluppo di una rete socio-assistenziale (residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, strutture per la prevenzione e l'igiene sanitaria).

Il disegno strategico intende perseguire il miglioramento delle condizioni di efficienza, di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rese da parte dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta nel seguente modo:

- le cure per le acuzie prestate nell'unico presidio ospedaliero;
- le cure per le post-acuzie e le cure riabilitative intensive prestate in una o più RSA;
- le cure per la lungo degenza prestate nel presidio del Beauregard.

La programmazione di interventi di ristrutturazione nell'ambito dell'edilizia sanitaria da parte della Regione è iniziata nell'anno 1990 con l'approvazione da parte della Giunta regionale della deliberazione n. 875 in data 26 gennaio 1990.

Per una prima fase di interventi, elencati nella tabella che segue, la Regione ha ottenuto un finanziamento ex art. 20 legge 67/1988 pari a lire 28,558 miliardi (1° triennio). Lo stato d'avanzamento degli interventi è pari a circa il 90%, in quanto l'adeguamento alla normativa antincendio, per non compromettere la funzionalità del Presidio Ospedaliero, è in corso di realizzazione a lotti sequenziali.

Tipo di intervento	Importo fin.to (in lire)	Concluso
Primo lotto ristrutturazioni urgenti (Medicina – Neurologia)	7.600.000.000	Sì
Ricollocazione mensa e cappella	950.000.000	Sì
Centrali tecnologiche del PO di viale Ginevra	6.300.000.000	Sì
Sala operatoria per la chirurgia vascolare	1.330.000.000	Sì
Gas medicali	792.000.000	Sì
Adeguamento del PO di viale Ginevra a normativa antincendio	6.175.000.000	In corso
Poliambulatorio di Châtillon	1.140.000.000	Sì
RSA e poliambulatorio di Antey-Saint-André	4.256.000.000	Sì
TOTALE GENERALE	28.543.000.000	***

In data 21 marzo 1997, il CIPE, con propria deliberazione pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 maggio 1997, n. 124, approva il documento proposto dal Ministero della Sanità per l'avvio della seconda fase del Programma straordinario degli investimenti previsto dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 3320 in data 22 settembre 1998, è approvato il secondo programma regionale in materia di edilizia sanitaria ai fini dell'avvio della seconda fase del programma straordinario ex art. 20 legge 67/1988 e successive modificazioni. La deliberazione è stata successivamente modificata con provvedimenti della Giunta regionale n. 69 in data 18 gennaio 1999, n. 4822 in data 20 dicembre 1999 e n. 683 in data 12 marzo 2001. La Regione, in base al programma del secondo triennio, ha ottenuto i finanziamenti per la realizzazione degli interventi indicati nella tabella seguente:

Tipo di intervento	Importo fin.to (in lire)	Concluso
Secondo lotto di ristrutturazioni urgenti (c.d. Radioterapia)	30.000.000.000	In corso
RNM e Radiologia	2.500.000.000	Sì
Centrali tecnologiche del PO di viale Ginevra -completamento	8.785.468.000	Sì
Realizzazione del c.d. "Triangolo"	8.001.000.000	In corso
Adeguamento impianti tecnologici del PO del Beauregard	2.500.000.000	Sì
Ampliamento poliambulatorio di Donnas	7.914.532.000	Sì
Nuova sede dell'U.B. 118 di Châtillon	2.000.000.000	Sì
TOTALE GENERALE	61.701.000.000	***

Con deliberazioni della Giunta regionale n. 3239 in data 25 settembre 2000 e n. 1240 in data 8 aprile 2002 adottate ai sensi della legge 28 febbraio 1999, n. 39, è stato approvato il programma regionale da presentare al Ministero della Sanità per la realizzazione di una struttura per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali. Per la realizzazione della struttura, sono stati assegnati alla Regione Valle d'Aosta due finanziamenti rispettivamente di euro 578.431,72 e di euro 323.664,33. Nel corso dell'anno 2005, è stata avanzata al Ministero della Salute la proposta di realizzare la struttura di cui trattasi, non più presso l'edificio denominato "Ex-Maternità" di Aosta, bensì presso il presidio ospedaliero del Beauregard sito nel comune medesimo. Avendo ricevuto riscontro favorevole, dalla proposta è scaturito il mandato all'Azienda U.S.L. di realizzare gli interventi di ristrutturazione e di manutenzione straordinaria necessari per l'attivazione dell'Hospice entro il primo semestre dell'anno 2007.

A seguito della pubblicazione della deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica in data 2 agosto 2002 concernente "Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388", nella quale è prevista l'assegnazione di un ulteriore finanziamento, a favore della Regione di euro 4.131.655,00, la Giunta regionale con deliberazione n. 3757 in data 13 ottobre 2003 approva un terzo programma di interventi di ristrutturazione e di adeguamento funzionale del presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta comprendente:

Tipo di intervento	Importo fin.to (in euro)	Concluso
Adeguamento del blocco operatorio del PO di viale Ginevra	2.112.335,00	In corso
Ristrutturazione Laboratorio Analisi del PO di viale Ginevra	1.330.985,00	No
Ricollocazione Punto Prelievi del PO di viale Ginevra	688.335,00	No
TOTALE GENERALE	4.131.655,00	***

Per la realizzazione di tali interventi è stato siglato in data 13 gennaio 2005 apposito accordo di programma tra il Ministero della Salute e la Regione autonoma Valle d'Aosta, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome.

Alla Regione autonoma Valle d'Aosta è stato inoltre assegnato un finanziamento di euro 1.418.336,69, ai sensi del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 54 concernente "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari nell'ambito del programma nazionale per l'attività libero-professionale intramuraria". L'Azienda U.S.L. ha posto come obiettivo la realizzazione di 28 nuovi posti letto dedicati alla libera professione pari al 5,40% dei posti letto attualmente disponibili, nell'intento di garantire una dotazione di posti letto per tutte le specialità mediche e chirurgiche, fatta eccezione per le unità operative di terapia intensiva e di emergenza. Mentre, per quanto riguarda le strutture ambulatoriali, è stata determinata una dotazione da destinarsi complessivamente alla libera professione pari al 16% della dotazione complessiva di ambulatori.

Nel corso del quadriennio 2002-2005, si sono infine concluse le procedure per la cessione in comodato delle strutture sanitarie all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, ai sensi dell'articolo 40 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, nonché per la destinazione dei fondi per la riqualificazione del settore termale ai sensi della legge regionale 26 maggio 1998, n. 38 e successive modificazioni. Complessivamente, sono state cedute in regime di comodato 9 strutture sanitarie, inclusi gli immobili compresi nei presidi ospedalieri di Viale Ginevra, del Beauregard e dell'"Ex-Maternità" siti in Aosta, la residenza sanitaria assistenziale di Antey-Saint-André e le sedi poliambulatoriali di Châtillon e di Donnas. Nel contesto di cui trattasi, restano da definire i rapporti tra l'Amministrazione regionale e l'Azienda U.S.L. per la disciplina della presenza stabile di personale regionale in strutture ospedaliere e territoriali possedute dall'Azienda stessa.

La cessione in comodato dei beni immobili ha comportato per l'Azienda U.S.L. l'obbligo di provvedere in proprio - previa autorizzazione della Regione - alle

manutenzioni straordinarie ed ordinarie dei beni immobili stessi, ricorrendo ai fondi trasferiti dall'Amministrazione regionale.

Per gli interventi di edilizia sanitaria, è stato pertanto configurato un modello di riferimento che individua le seguenti competenze:

- competenze di programmazione e di controllo degli interventi in materia di edilizia sanitaria attribuite alla struttura regionale del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali;
- competenze per l'esecuzione di opere di nuova concezione in ambito sanitario attribuite alle strutture regionali competenti in materia di opere pubbliche;
- competenze per l'esecuzione di opere di manutenzione straordinaria ed ordinaria in ambito sanitario attribuite alle strutture tecniche ed amministrative dell'Azienda U.S.L..

In tale contesto è necessario prevedere la realizzazione da parte della Regione di strutture a ciclo continuativo da adibire a residenze sanitarie assistenziali (RSA) nel capoluogo regionale o nelle sue vicinanze, in grado di dare seguito ad un disegno strategico di lungo periodo della costituzione di un polo di erogazione delle prestazioni sanitarie distinto dal punto di vista logistico per intensità di cura. Allo stato attuale, la stima dell'intervento è pari a circa 10 milioni di euro.

Il disegno strategico intende perseguire il miglioramento delle condizioni di efficienza, di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rese da parte dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta nel seguente modo:

- le cure per le acuzie prestate nell'unico presidio ospedaliero;
- le cure per le post-acuzie e le cure riabilitative intensive prestate in una o più RSA;
- le cure per la lungodegenza prestate nel presidio del Beaugard.

Ne scaturisce che l'edificio denominato "Ex-Maternità", sito nel comune di Aosta, è destinato ad attività amministrative correlate all'assistenza sanitaria e sociale oppure ad attività di supporto all'assistenza stessa.

Per quanto concerne gli acquisti di tecnologie effettuati negli ultimi anni, la Regione ha provveduto a trasferire annualmente all'Azienda U.S.L. un finanziamento in conto capitale indicativamente pari all'1% del finanziamento complessivo. Il finanziamento si è frequentemente dimostrato insufficiente per soddisfare le esigenze dell'Azienda U.S.L., in relazione alla rapida evoluzione ed obsolescenza delle tecnologie sanitarie. L'Azienda U.S.L. ha quindi spesso fatto ricorso all'impiego dell'avanzo di gestione per sopperire al maggiore fabbisogno finanziario per acquisire nuove tecnologie sanitarie da impiegare nelle strutture pubbliche da essa stessa condotte.

Per sviluppare strumenti avanzati di programmazione e di controllo degli investimenti in materia di tecnologie sanitarie è necessaria l'adozione di un sistema informativo efficace sul patrimonio tecnologico sanitario (inventario) a disposizione dell'Azienda U.S.L., nonché un sistema condiviso di valutazione delle tecnologie sanitarie (health technology assessment).

Ciò consentirebbe anche di effettuare una programmazione triennale di dettaglio degli acquisti delle tecnologie sanitarie da parte dell'Azienda U.S.L. derivante dagli

interventi di edilizia sanitaria e socio-sanitaria realizzati, nonché dal grado di obsolescenza del parco tecnologico disponibile.

Occorre infine dare seguito allo sviluppo dell'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità, peraltro correlato al sistema di finanziamento statale in materia di edilizia sanitaria, nonché all'avvio del sistema di classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie previsto nell'ambito del progetto "Mattoni del Servizio sanitario nazionale" che consentiranno di disporre di importanti informazioni sul patrimonio delle infrastrutture regionali e di effettuare valutazioni comparative con quello di altre regioni.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

1. adottare un modello di riferimento per l'esecuzione degli interventi in strutture sanitarie che preveda: in capo alla struttura regionale del Dipartimento sanità, salute e politiche sociali competenze di programmazione e di controllo degli interventi in materia di edilizia sanitaria, in capo alle strutture regionali competenti in materia di opere pubbliche competenze per l'esecuzione di opere di nuova concezione in ambito sanitario, in capo alle strutture tecniche ed amministrative dell'Azienda U.S.L. competenze per l'esecuzione di opere di manutenzione straordinaria ed ordinaria in ambito sanitario;
2. predisporre strumenti amministrativi e finanziari per la programmazione triennale degli interventi di manutenzione straordinaria da realizzare da parte dell'Azienda U.S.L., inclusi di quelli conclusivi della c.d. "terza fase";
3. realizzare da parte dell'Azienda U.S.L. gli interventi di edilizia sanitaria cofinanziati dallo Stato, con particolare riferimento all'adeguamento del presidio ospedaliero di Viale Ginevra alla normativa antincendio, alla realizzazione di spazi dedicati alla libera professione intramuraria, alla realizzazione dell'Hospice per la cura dei malati terminali ed alle restanti opere previste dalla terza fase degli interventi presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra;
4. definire un accordo contrattuale con l'Azienda U.S.L. per la disciplina della presenza stabile del personale regionale nelle strutture ospedaliere e territoriali in possesso dell'Azienda stessa;
5. adottare formalmente, in accordo con l'Azienda U.S.L., strumenti per la valutazione propedeutica all'acquisto di tecnologie da parte dell'Azienda U.S.L. (health technology assessment);
6. realizzare, da parte della Regione, una struttura a ciclo diurno o continuativo da adibire a residenza sanitaria assistenziale (RSA) nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze;
7. attivare procedure per l'accesso ai finanziamenti previsti a livello europeo o statale in materia di edilizia sanitaria;
8. accedere ai nuovi sistemi informatici per la gestione dei dati relativi agli investimenti strutturali e tecnologici (Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità) e per la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Obiettivo n. 29.

Dotare la rete dei servizi sociali di strutture logistiche adeguate a sostenere il processo di decentramento dell'assistenza sociale.

Attività: adeguamento della rete delle infrastrutture dei servizi sociali ai fabbisogni emergenti della popolazione regionale, con particolare attenzione all'attuazione di progetti mirati nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane e disabili.

Quadro di riferimento.

Nel corso del quadriennio 2002-2005, è stato dato corso ad importanti interventi di edilizia socio-assistenziale per favorire lo sviluppo dei servizi per le persone anziane e disabili, nonché per la prima infanzia.

Nell'ambito degli interventi di ristrutturazione, di ampliamento e di manutenzione straordinaria per l'adeguamento funzionale delle strutture socio-assistenziali per anziani, la programmazione regionale è attuata mediante due differenti procedimenti amministrativi:

1. *mediante interventi di finanza locale* tramite il combinato disposto dell'articolo 1, comma 2, e dell'articolo 2, comma 1, della legge regionale 21 dicembre 1990, n. 80 e successive modificazioni;
2. *mediante interventi finanziari diretti della Regione* tramite l'art. 17 della legge regionale 15 dicembre 2003 n. 21 e successive modificazioni.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 3733 in data 25 ottobre 2004, sono stati approvati - in particolare - i criteri e le modalità per l'ammissione a finanziamento e per l'esecuzione degli interventi di ampliamento, di ristrutturazione e di manutenzione straordinaria per l'adeguamento funzionale delle opere pubbliche per l'assistenza alle persone anziane ed inabili, ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21 e successive modificazioni. Allo stato attuale, la stima degli interventi di cui trattasi è pari a circa 5 milioni di euro annui.

E' da evidenziare che, nell'ambito delle strutture per l'assistenza agli anziani, sono in corso di trasferimento la proprietà di otto strutture per anziani ancora di proprietà regionale (Brusson, Cogne, Fénis, Gaby, Gressan, La Thuile, Perloz e Verrayes) agli enti locali gestori delle medesime, ai sensi del comma 2 dell'art. 40 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. Il trasferimento delle strutture di cui trattasi è, peraltro, direttamente correlato alla disposizione - approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 1164 in data 18 aprile 2005 - di conferire le medesime in gestione alle sole Comunità montane.

Per quanto concerne le strutture destinate all'assistenza alle persone disabili, si è dato corso agli interventi previsti dal Piano socio-sanitario 2002-2004 ed, in particolare, l'ampliamento della sede del Centro Educativo Assistenziale (CEA) di Châtillon presso la struttura di proprietà regionale denominata «Ex casa De Matteis» e la realizzazione di un nuovo CEA nel Comune di Hône.

In tale contesto, nel corso dell'anno 2004, il CEA di Quart è stato trasferito presso una parte dei locali del centro agricolo per disabili di "Ollignan" in comune di

Quart, affinché gli utenti e gli operatori fruissero di una migliore struttura logistica in cui svolgere le proprie attività; mentre l'ampliamento della sede del CEA di Châtillon sta procedendo secondo le indicazioni contenute nella progettazione definitiva ed esecutiva. La struttura di Châtillon è momentaneamente ospitata presso un edificio di proprietà dell'Amministrazione comunale in località Perolle sita nel comune medesimo.

Si è poi ritenuto che il CEA in cui dare ospitalità agli utenti dei CEA di Quart e di Aosta non sia individuato presso i locali siti al piano terreno dell'edificio denominato "Ex-Maternità" in comune di Aosta. Si è considerato infatti che l'utenza attesa di circa 25-30 unità debba essere ospitata in una struttura nuova da realizzare nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze, consentendo all'Amministrazione regionale una migliore allocazione delle risorse umane e tecnologiche impiegate all'interno di una struttura moderna, inserita in un contesto urbano e dotata di adeguati spazi destinati ad area verde. Allo stato attuale, la stima dell'intervento di cui trattasi è pari a circa 5 milioni di euro. Parimenti, all'utenza dell'Alta Valle, sarà data la possibilità di usufruire di un'ulteriore struttura posta - dal punto di vista logistico - in posizione più favorevole di quelle adiacenti al capoluogo regionale.

La realizzazione di una nuova struttura nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze consentirebbe, tra l'altro, di incrementare la disponibilità di posti della comunità per minori "Petit Foyer" che oggi condivide una parte del medesimo edificio in cui è ospitato il CEA di Aosta.

La realizzazione di un nuovo CEA nel comune di Hône è motivata dall'esigenza di individuare una struttura unica in cui ospitare attualmente i servizi svolti nel piano terreno della struttura socio-assistenziale per anziani sita nel comune medesimo, nonché in una struttura in comune di Champdepraz. La realizzazione del nuovo CEA è stata pertanto prevista nell'ambito di un più ampio accordo di programma stipulato con l'Amministrazione comunale di Hône, nel quadro di più interventi di qualificazione urbanistica del comune stesso. Interessante sviluppo potrebbe infine avere la destinazione di strutture a valenza turistica per scopi di tipo sociale.

Per quanto riguarda invece l'edilizia sociale per la prima infanzia, il finanziamento regionale per la realizzazione degli asili nido è disciplinato dalla legge regionale 15 dicembre 1994, n. 77 che prevede che le spese per la progettazione, la costruzione, la ristrutturazione, l'acquisto di arredamenti e di attrezzature, nonché per la manutenzione straordinaria degli asili-nido siano finanziate dalla Regione sulla base di propri piani triennali, approvati dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale. Nel caso in cui si osservasse l'emergere di nuovi fabbisogni della popolazione regionale nell'ambito della prima infanzia, sarebbe pertanto opportuno concordare con il Consiglio permanente degli enti locali le modalità per finanziare - anche mediante interventi diretti della Regione - eventuali nuove edificazioni di asili nido.

Nel contesto generale di cui trattasi, è infine emersa l'esigenza di garantire l'ottimale condivisione degli spazi fisici all'interno delle strutture socio-sanitarie o socio-assistenziali di personale appartenente alla Regione, agli Enti locali ed all'Azienda U.S.L. per il tramite della stipula di accordi che garantiscano ottimali

condizioni di lavoro e la piena fruibilità delle strutture stesse a tutto il personale interessato, favorendo in tal modo anche l'integrazione socio-sanitaria.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo di cui trattasi, è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

1. completare il trasferimento agli enti gestori dei beni immobili di proprietà regionale destinati all'assistenza delle persone anziane, ai sensi dell'art. 40 della legge regionale n. 5/2000 e successive modificazioni;
2. adottare un programma pluriennale di finanziamento degli interventi di adeguamento funzionale delle strutture per l'assistenza alle persone anziane, anche in relazione ai fabbisogni derivanti dall'applicazione degli standard strutturali ed organizzativi per il funzionamento delle strutture stesse;
3. adottare un programma pluriennale di finanziamento degli interventi di realizzazione e di adeguamento funzionale delle strutture socio-educative, con particolare riferimento agli asili nido;
4. avviare la progettazione delle opere di realizzazione dei due nuovi centri educativi assistenziali (CEA) nel comune di Hône e nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze;
5. definire – in accordo con il Consiglio permanente degli enti locali - procedure che disciplinino la compresenza degli operatori sanitari e sociali, appartenenti anche ad enti diversi, all'interno delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali dislocate sul territorio regionale, garantendo loro ottimali condizioni di lavoro e favorendo l'integrazione socio-sanitaria.

Obiettivo n. 30.

Sostenere con adeguate risorse finanziarie le azioni del presente Piano.

Attività: individuazione dei criteri per il finanziamento delle azioni necessarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale.

Quadro di riferimento.

L'orientamento dei servizi verso la salute, l'integrazione fra servizi sanitari e servizi sociali, l'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, lo sviluppo della organizzazione su base territoriale sono strategie che pongono l'esigenza di una forte attenzione al rapporto fra attività e risorse impiegate ed, in particolare, alla certezza delle fonti di finanziamento.

La ricognizione dei fondi regionali complessivamente impiegati nei diversi settori presenta il seguente quadro in via generale e specifica (dati storici di previsione ad inizio anno):

	ESERCIZI FINANZIARI							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Spese totali a carico del bilancio regionale (incluse le contabilità speciali)	2.038.350.540	2.027.276.000	1.939.655.000	2.108.376.000	2.130.176.000	2.257.239.000	2.246.642.000	2.276.665.000
	VALORI ASSOLUTI							
Spese per la salute	166.599.699	225.642.148	210.213.476	229.580.279	233.668.890	251.480.856	256.537.791	265.500.791
Spese per le politiche sociali	51.081.407	47.823.268	51.431.194	59.690.983	61.800.130	67.807.734	67.334.000	68.520.000
Spese per le risorse	16.968.191	19.728.536	14.483.757	11.333.103	11.948.320	13.382.500	33.037.500	36.847.500
Totale delle spese sociali e sanitarie	234.649.298	293.193.952	276.128.427	300.604.365	307.417.340	332.671.090	356.909.291	370.868.291
	VALORI PERCENTUALI							
% Spese per la salute	8,17%	11,13%	10,84%	10,89%	10,97%	11,14%	11,42%	11,66%
% Spese per le politiche sociali	2,51%	2,36%	2,65%	2,83%	2,90%	3,00%	3,00%	3,01%
% Spese per le risorse	0,83%	0,97%	0,75%	0,54%	0,56%	0,59%	1,47%	1,62%
Totale delle spese sociali e sanitarie	11,51%	14,46%	14,24%	14,26%	14,43%	14,74%	15,89%	16,29%

Dall'esame dai dati relativi alla spesa sanitaria e sociale desunti dagli atti contabili di previsione nel periodo 2001-2008, emerge che l'incidenza della spesa stessa assume un peso crescente a carico del bilancio regionale.

Le spese per la salute possono essere ricondotte per buona parte ai contributi in conto esercizio all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta interamente a carico del bilancio regionale per effetto della disposizione contenuta nell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica (legge finanziaria per l'anno 1995), in base al quale la Regione provvede autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale "senza alcun apporto del bilancio dello Stato, utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti [...] e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci".

L'analisi del conto economico degli ultimi cinque esercizi, opportunamente classificato fino a livello del risultato operativo, consente di trarre le seguenti indicazioni:

- i contributi in conto esercizio, circa 204 milioni di euro nel 2004, costituiscono circa il 94-95% del valore della produzione in tutti gli anni presi in esame; mentre le altre componenti di ricavo - proventi e ricavi diversi, costi capitalizzati e compartecipazione alla spesa sanitaria - hanno ciascuna un'incidenza attorno al 2% circa;

Conto economico (in milioni di euro)	2000	in val. %	2001	in val. %	2002	in val. %	2003	in val. %	2004	in val. %
Contributi in conto esercizio	153,8	95,56%	150,7	94,39%	190,2	95,08%	194,6	94,10%	204,2	93,99%
Proventi e ricavi diversi	2,8	1,73%	3,4	2,14%	3,3	1,67%	4,2	2,03%	4,4	2,03%
Concorsi, recuperi, rimborsi per attività caratteristica	0,3	0,18%	0,6	0,36%	0,6	0,28%	0,5	0,23%	0,6	0,27%
Compartecipazione alla spesa sanitaria	2,9	1,80%	2,9	1,83%	3,0	1,50%	3,3	1,60%	3,8	1,76%
Costi capitalizzati	1,2	0,73%	2,0	1,28%	2,9	1,47%	4,2	2,05%	4,2	1,95%
VALORE DELLA PRODUZIONE	161,0	100%	159,7	100%	200,1	100%	206,8	100%	217,2	100%
Costi per acquisto di beni	18,7	9,06%	17,4	8,39%	19,3	9,35%	20,8	10,07%	22,9	10,56%
Costi per acquisto di prestazioni sanitarie da pubblico	5,7	2,77%	1,1	0,52%	1,6	0,77%	2,1	1,00%	2,2	1,00%
Costi per acquisto di prestazioni sanitarie da privato	44,5	21,50%	50,5	24,42%	52,3	25,31%	56,1	27,16%	62,2	28,62%
Costi per acquisto di prestazioni non sanitarie da privato	5,5	2,65%	7,8	3,76%	8,0	3,88%	7,6	3,65%	7,9	3,63%
Costi per manutenzioni e riparazioni	5,3	2,54%	5,1	2,46%	5,0	2,41%	4,8	2,34%	5,2	2,42%
Costi per godimento di beni di terzi	2,9	1,42%	3,7	1,79%	4,1	1,96%	3,9	1,89%	4,1	1,89%
Variazione delle rimanenze sanitarie e non	-1,2	-0,59%	0,4	0,20%	-0,3	-0,13%	1,3	0,63%	0,2	0,07%
Oneri diversi di gestione	10,3	4,96%	10,9	5,29%	5,5	2,64%	6,5	3,15%	7,7	3,56%
Tot. costo di acq. beni e servizi op.	91,6	56,92%	96,9	60,65%	95,5	47,74%	103,2	49,89%	112,4	51,76%
VALORE AGGIUNTO	69,4	43,08%	62,8	39,35%	104,6	52,26%	103,6	50,11%	104,8	48,24%
Salari, stipendi, oneri sociali ed ad altro - P. sanitario	61,9	29,96%	63,5	30,73%	65,7	31,79%	66,9	32,35%	70,4	32,41%
Salari, stipendi, oneri sociali ed ad altro - P. professionale	0,1	0,06%	0,2	0,10%	0,3	0,14%	0,3	0,15%	0,3	0,13%
Salari, stipendi, oneri sociali ed ad altro - P. tecnico	12,3	5,93%	12,6	6,07%	12,6	6,09%	12,3	5,97%	12,8	5,87%
Salari, stipendi, oneri sociali ed ad altro - P. amministrativo	7,2	3,47%	7,9	3,82%	7,9	3,84%	8,3	4,00%	8,8	4,05%
TFR, f.do di quiescenza et similia	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Costo del lavoro	81,5	50,63%	84,2	52,71%	86,6	43,26%	87,8	42,46%	92,2	42,46%
MARGINE OPERATIVO LORDO	-12,2	-7,55%	-21,3	-13,35%	18,0	9,00%	15,8	7,65%	12,5	5,78%
Ammortamento delle immobilizzazioni imm.	0,6		1,1		1,6		1,8		1,4	
Ammortamento delle immobilizzazioni mat.	0,5		0,9		1,4		2,4		2,9	
Altre svalutazioni delle immobilizzazioni	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Svalutazione di crediti dell'attivo a B/T	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Accantonamenti per rischi	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Altri accantonamenti	0,0		0,0		5,5		4,3		0,7	
Ammort., svalut. ed accantonamenti	1,2	0,76%	2,1	1,31%	8,4	4,21%	8,6	4,14%	5,0	2,29%
RISULTATO OPERATIVO	-13,4	-8,31%	-23,4	-14,66%	9,6	4,79%	7,2	3,50%	7,6	3,48%

- si assiste a una progressiva crescita sia del valore della produzione sia dei contributi con un andamento che, dopo gli incrementi nell'ordine del 20-25% fatti registrare tra il 1999 e il 2000 e tra il 2001 e il 2002, ha fatto registrare un sostanziale adeguamento, nel 2003, e una lieve crescita (+3%) nel 2004 rispetto all'inflazione.

Voci di bilancio	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Valore della produzione	19,4%	-0,8%	25,3%	3,3%	5,0%
Valore del valore della produzione deflazionato	16,4%	-3,4%	22,3%	0,9%	3,0%

Contributi in c/esercizio	19,1%	-2,0%	26,2%	2,3%	4,9%
Contributi di esercizio deflazionato	16,1%	-4,6%	23,2%	-0,2%	2,9%

- le voci di costo relative al personale, alle prestazioni di terzi (in particolare prestazioni sanitarie da parte di privati) e all'acquisto di beni costituiscono tra l'85% e il 90% circa del valore della produzione.

Voci di costo	Anno 2000	Prog.%	Anno 2001	Prog.%	Anno 2002	Prog.%	Anno 2003	Prog.%	Anno 2004	Prog.%
Costo del lavoro	81,5	50,63%	84,2	52,71%	86,6	43,26%	87,8	42,46%	92,2	42,46%
Costi per acquisto di prestazioni sanitarie da privato	44,5	72,14%	50,5	77,13%	52,3	68,57%	56,1	69,62%	62,2	71,09%
Costi per acquisto di beni	18,7	81,20%	17,4	85,52%	19,3	77,92%	20,8	79,69%	22,9	81,65%
Costi per acquisto di prestazioni non sanitarie da privato	5,5	83,84%	7,8	89,29%	8,0	81,80%	7,6	83,34%	7,9	85,28%
Costi per acquisto di prestazioni sanitarie da pubblico	5,7	86,61%	1,1	89,81%	1,6	82,57%	2,1	84,35%	2,2	86,28%

- dalla relazione al bilancio 2004, si evince come una consistente parte dei costi possano essere considerati non pienamente assoggettati al governo aziendale in quanto derivanti da decisioni assunte a livello delle amministrazioni centrali dello Stato come, ad esempio, accade per la contrattazione del comparto e della dirigenza delle professioni sanitarie e di quelle ad esse correlate.

Le evidenze precedentemente descritte portano a prevedere un andamento in crescita dei contributi in conto esercizio di almeno due punti percentuali sopra il tasso di inflazione, salvo non si individuino ulteriori necessità derivanti dal potenziamento o dall'introduzione di nuove attività sanitarie e socio-sanitarie o da spese obbligatorie generate dalla contrattazione nazionale di settore.

Per quanto concerne gli investimenti in conto capitale, la Regione ha provveduto a trasferire annualmente all'Azienda U.S.L. un finanziamento mediamente pari all'2,5% del finanziamento complessivo. Il finanziamento di cui trattasi si è frequentemente dimostrato insufficiente per soddisfare le esigenze dell'Azienda U.S.L., in relazione sia all'avvenuta cessione in regime di comodato dei beni di proprietà regionale a destinazione sanitarie (ed il conseguente obbligo a provvedere alle manutenzioni straordinarie) sia alla rapida evoluzione ed obsolescenza dei sistemi informativi e delle tecnologie sanitarie. L'Azienda U.S.L. ha quindi spesso fatto ricorso all'impiego dell'avanzo di gestione per sopperire al maggiore fabbisogno finanziario per effettuare investimenti in conto capitale.

Sulla base di recenti analisi condotte a livello nazionale, è emerso inoltre che la spesa sanitaria regionale presenta un totale dei costi pro capite per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) riferito all'anno 2002 ammonta per la Regione autonoma Valle d'Aosta a circa 1.688 euro a fronte di una media nazionale di 1.409 euro (+19,8%), evidenziando il valore assoluto più alto dopo quello della Provincia autonoma di Bolzano.

Dall'esame dei dati relativi all'anno 2002, emerge che la composizione del costo pro capite comprende:

- 103 euro per l'assistenza sanitaria collettiva di vita e di lavoro (rispetto alla media nazionale di 55 euro pari a +89%) [si tenga presente che il dato contiene le voci di spesa relative alla sanità veterinaria];
- 750 euro per l'assistenza territoriale distrettuale (rispetto alla media nazionale di 699 euro pari a +7,3%) di cui 223 euro per l'assistenza specialistica ambulatoriale (rispetto alla media nazionale di 181 euro pari a +23,2%), 183 euro per l'assistenza farmaceutica territoriale (rispetto alla media nazionale di 207 euro pari a -12%), 11,2 euro per l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare per anziani non autosufficienti (rispetto alla media nazionale di 13,7 euro pari a -18%), 5,4 euro per l'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale per anziani non autosufficienti (rispetto alla media nazionale di 38,2 euro pari a -75%) [anche se il dato non tiene conto delle spese di competenza del settore sociale di seguito riportate];
- 835 euro per l'assistenza ospedaliera (rispetto alla media nazionale di 657 euro pari a +27%).

Le principali voci di costo pro capite dell'assistenza sanitaria dimostrano quindi come l'erogazione delle prestazioni sanitarie in Valle d'Aosta risentano anche delle particolari condizioni geografiche, orografiche e climatiche delle zone montagna, come evidenziato nelle premesse del presente Piano. Una quota pro capite di circa il 20% superiore della media nazionale è quindi in linea con quanto espresso dalla Commissione sui problemi della sanità in montagna istituita dal Ministero della salute.

Per quanto concerne l'esame della spesa sociale, si fa ricorso agli indicatori stabiliti con deliberazione della Giunta regionale n. 2453 del 19 luglio 2004.

I primi indicatori si riferiscono alla consistenza complessiva della spesa per le politiche sociali, con attenzione alle differenti aree di attività e agli ultimi tre anni (2002-2004). Nell'ultimo anno preso in considerazione lo stanziamento definitivo di fine anno è stato pari a 63.481.709 euro, con un incremento rispetto al 2002 di circa 8,7 milioni di euro, pari al 15,9%.

Area di attività complessiva	Stanziamento finale 2002	Stanziamento finale 2003	Stanziamento finale 2004
Anziani e disabili	27.052.387	31.146.596	27.635.051
Formazione	69.700	50.000	45.000
Funzionamento	274.887	400.943	377.500
Invalidi e altri interventi assistenziali	20.591.958	22.044.000	24.200.000
Minori e famiglia	5.980.450	6.145.532	9.648.228
Politiche migratorie	175.877	150.000	600.000
Povertà ed esclusione sociale	399.314	675.000	809.800
Tossicodipendenza e salute mentale	224.073	224.000	150.000
Ulteriori finalizzazioni	0	46.799	16.130
Totale	54.768.646	60.882.870	63.481.709

Nelle annualità prese in esame, è possibile osservare la più consistente incidenza percentuale della spesa in corrispondenza delle aree di attività anziani-disabili (50,2% nel 2002, 51,1% nel 2003, 44,2% nel 2004), invalidi (rispettivamente 36,6%, 36,2% e 37,4%) e minori e famiglia (11,1%, 10,1% e 15,3%). Le rimanenti aree di attività presentano quote inferiori all'1% della spesa complessiva.

Area di attività complessiva	% della spesa per area di attività 2002	% della spesa per area di attività 2003	% della spesa per area di attività 2004
Anziani e disabili	50,28%	51,16%	44,24%
Formazione	0,13%	0,08%	0,07%
Funzionamento	0,45%	0,66%	0,61%
Invalidi e altri interventi assistenziali	36,67%	36,21%	37,44%
Minori e famiglia	11,11%	10,09%	15,27%
Politiche migratorie	0,33%	0,25%	0,98%
Povertà ed esclusione sociale	0,62%	1,11%	1,11%
Tossicodipendenza e salute mentale	0,42%	0,37%	0,24%
Ulteriori finalizzazioni	0,00%	0,08%	0,03%
Totale	100,00	100,00	100%

La seconda categoria di indicatori si riferisce al Fondo Nazionale per le politiche sociali e dedica attenzione alla spesa impegnata per area di attività nel medesimo periodo. In generale, la spesa riferita al Fondo ha avuto un incremento del 28,7% negli ultimi tre anni, passando da quota 2.226.537 euro a 2.866.130 euro. La distribuzione dell'incidenza della spesa effettiva per area di attività è stata differente nei tre anni considerati: nel 2002 la spesa si è concentrata nell'area anziani e disabili (61%) ed in quella della tossicodipendenza e del funzionamento (rispettivamente il 10%); nel 2003 si osserva invece una maggiore distribuzione della spesa, con quote tuttavia più consistenti nell'area anziani e disabili (38%), infanzia e adolescenza (19%) e funzionamento (14%); nel 2004 si evidenzia infine un maggiore equilibrio nella distribuzione della spesa tra le aree relative agli anziani e disabili, alle politiche migratorie ed alla prima infanzia.

Area di attività del Fondo Nazionale per le politiche sociali	Spesa impegnata 2002	Spesa impegnata 2003	Spesa impegnata 2004
Anziani e disabili	1.354.966	950.000	850.000
Funzionamento	222.655	350.000	350.000
Infanzia e adolescenza	157.866	464.667	300.000
Politiche migratorie	175.877	150.000	600.000
Povertà ed esclusione sociale	67.000	100.000	0
Prima infanzia	24.100	200.000	600.000
Tossicodipendenza e salute mentale	224.073	224.000	150.000
Ulteriori finalizzazioni	0	46.799	16.130
Totale	2.226.537	2.485.466	2.866.130

La consistenza del Fondo Regionale per le politiche sociali e la sua ripartizione tra stanziamento e spesa impegnata rappresenta la terza tipologia di indicatori proposti per descrivere la spesa socio-assistenziale in Valle d'Aosta.

Similmente agli altri fondi osservati, anche quelli regionali sono aumentati negli ultimi due anni, passando dal valore di 14.547.411 euro del 2002 a quello di 15.185.948 del 2003 (+ 4,2%) ed a quello di 16.659.604 del 2004 (+9,7%). Le aree di attività con la più consistente incidenza di spesa sono quella relativa agli anziani e disabili (52% nel 2002, 55% nel 2003, 52% nel 2004) e quella dell'area minori e famiglia (40% nel 2002, 36% nel 2003, 40% nel 2004).

Area di attività del Fondo regionale per le politiche sociali	Stanziamento 2002	Stanziamento 2003	Stanziamento 2004
Anziani e disabili	7.560.519	8.461.962	8.695.051

Formazione	69.700	50.000	45.000
Funzionamento	52.232	50.943	27.500
Invalidi e altri interventi assistenziali	734.162	709.000	532.000
Minori e famiglia	5.798.484	575.000	809.800
Povertà ed esclusione sociale	332.314	5.339.043	6.550.253
Totale	14.547.411	15.185.948	16.659.604
Totale di bilancio regionale	2.027.276.000	1.939.655.000	2.108.376.000
Incidenza sul bilancio regionale	0,72%	0,79%	0,79%

Oltre ai fondi sopra descritti, alla spesa regionale per le Politiche Sociali afferiscono i flussi per la copertura delle provvidenze a favore degli invalidi civili e di altri interventi sociali assistenziali la cui consistenza è stata pari a 19.857.796 euro nel 2002, a 21.335.000 euro nel 2003 ed a 23.758.000 euro nel 2004, nonché gli investimenti in conto capitale – destinati nell'ultimo triennio alle strutture socio-assistenziali per anziani che sono progressivamente aumentati nel triennio 2002-2004 da 3.521.727 euro a 6.460.867 euro.

Spese regionali extra Fondo sociale regionale per l'area "Invalidi ed altri interventi assistenziali"			
Anno	Stanziamiento	Spesa impegnata	Differenza
2002	19.857.796	18.824.795	1.033.011
2003	21.335.000	21.245.000	90.000
2004	23.758.000	22.571.507	1.186.493

Investimenti per l'area di attività "Anziani e disabili"			
Anno	Stanziamiento	Spesa impegnata	Differenza
2002	3.521.272	3.366.336	154.936
2003	4.934.634	4.933.042	1.592
2004	6.460.867	6.124.029	336.838

Un cenno a parte meritano gli interventi di finanza locale per la copertura delle spese sostenute dagli enti locali nell'ambito dei servizi sociali che, nel triennio di riferimento, sono progressivamente aumentati fino a raggiungere circa un terzo dell'intera spesa sociale.

Interventi di finanza locale			
Anno	Stanziamiento	Spesa impegnata	Differenza
2002	14.615.630	14.615.630	0
2003	16.800.000	16.800.000	0
2004	20.197.975	20.197.975	0

A tal proposito, già il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004, prevedeva l'istituzione di un fondo regionale per le politiche sociali, senza distinzione tra spese dirette della regione e finanza locale, come modalità di gestione finanziaria tendente a perseguire le seguenti finalità:

- valorizzare l'autonomia decisionale degli enti locali preposti alla gestione dei servizi sociali e socio-educativi secondo le forme definite dalla programmazione regionale;
- consentire l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo da parte della Regione;
- semplificare e rendere più veloci le modalità di erogazione dei finanziamenti e di verifica sui livelli e sulla qualità della spesa.

Dal quadro di riferimento, emerge pertanto quanto segue:

- il peso crescente sul bilancio regionale della spesa sanitaria e sociale associato ad un non completo grado di governo della spesa stessa;
- la pressoché totale assenza di forme alternative alle risorse del bilancio regionale per il finanziamento della spesa sanitaria e sociale, considerato anche lo scarso apporto di risorse di provenienza dall'Unione europea o dallo Stato;
- la non piena copertura finanziaria per le spese in conto capitale di competenza dell'Azienda U.S.L. per la manutenzione straordinaria delle strutture sanitarie e sociali nonché per l'acquisto e le manutenzioni delle tecnologie e dei sistemi informativi in ambito sanitario;
- la necessità di individuare un criterio vincolante e costante nel tempo per la definizione dell'ammontare delle risorse finanziarie attribuite al Fondo regionale per le politiche sociali;
- la necessità dell'avvio di un confronto con gli enti locali sull'equità dell'istituzione di un fondo vincolato all'effettivo esercizio delle funzioni socio-assistenziali e socio-educative e della definizione di criteri di ripartizione del Fondo per le politiche sociali da attribuire agli enti locali;
- la necessità di prevedere una diretta correlazione tra l'accesso ai finanziamenti regionali da parte degli enti erogatori di servizi sanitari e sociali e la garanzia di un livello qualitativo minimo dei medesimi;
- la necessità di prevedere forme di finanziamento, anche alternative (come la c.d. "filantropia comunitaria"), per il sostegno del volontariato in ambito sanitario e sociale, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente in materia.

Descrizione delle azioni.

Al fine di dare attuazione all'obiettivo di cui trattasi e di fornire copertura alle azioni necessarie per perseguire gli obiettivi del presente Piano, è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

1. prevedere un andamento in crescita dei contributi in conto esercizio da destinare annualmente all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta di norma pari a due punti percentuali sopra il tasso di inflazione, salvo non si individuino ulteriori necessità derivanti dal potenziamento o dall'introduzione di nuove attività sanitarie e socio-sanitarie o da spese obbligatorie generate dalla contrattazione nazionale di settore;
2. prevedere un finanziamento in conto capitale da destinare annualmente all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta di norma pari ad almeno il 5% della spesa corrente per la copertura della spesa in investimenti;
3. prevedere un finanziamento annuale per il Fondo sociale regionale di norma pari ad almeno l'1 % della ammontare totale del bilancio regionale (incluse le partite di giro);
4. garantire una copertura finanziaria incrementale per i nuovi investimenti in edilizia sanitaria e sociale previsti nei rispettivi obiettivi riportati nel presente Piano;
5. istituire, anche per la parte di finanza locale, il Fondo regionale per le politiche sociali, come già riportato nell'obiettivo specifico;
6. individuare formule per l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per la spesa sanitaria e sociale, al fine di alleviare il carico finanziario sul bilancio regionale;

7. prevedere formule amministrative che, con gradualità, condizionino l'accesso ai finanziamenti regionali da parte degli enti erogatori di servizi sanitari e sociali al possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di autorizzazione e di accreditamento, allo scopo di accrescerne progressivamente il livello qualitativo;
8. avviare in collaborazione con le strutture interne ed esterne all'Amministrazione regionale competenti in materia – procedure per accedere a fonti alternative di finanziamento del sistema socio-sanitario regionale, con particolare riferimento a quelle di provenienza dell'Unione europea.

In relazione ai criteri individuati per il finanziamento delle azioni necessarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale, vincolanti ai fini della formazione del bilancio di previsione annuale e triennale, è necessario che l'Amministrazione regionale - anche per il tramite di Finaosta S.p.A. – attui forme di monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei criteri stessi, almeno con cadenza annuale.

L'attività di monitoraggio dei criteri di finanziamento delle azioni necessarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale intende accertare la funzionalità dei criteri stessi rispetto agli obiettivi strategici in ambito sanitario e sociale dell'Amministrazione regionale, anche nell'ottica di un loro progressivo sviluppo ed affinamento nei futuri documenti di programmazione socio-sanitaria di medio termine.

Per quanto concerne l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per la spesa sanitaria e sociale ed, in via prioritaria, quello per il sostegno dei cittadini non autosufficienti, si ritiene opportuno il conferimento di un mandato alle società partecipate dalla Regione in materia di credito e di previdenza complementare al fine di accertare la sussistenza delle condizioni normative, socio-economiche e finanziarie per attuare anche in Valle d'Aosta forme innovative per la realizzazione di interventi socio-assistenziali di natura economica, analogamente a quanto recentemente avvenuto nella regione Trentino-Alto Adige con legge regionale 18 febbraio 2005, n. 1.

RAPPORTI TRA LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA REGIONALE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI PIANO.

Rapporti tra la programmazione socio sanitaria e la programmazione economico finanziaria regionale

Di anno in anno, nell'ambito dei documenti di programmazione economica finanziaria regionale, sono definiti i principali momenti di attuazione del presente Piano.

Nel PREF, in particolare, sono individuati sia gli obiettivi prioritari di breve termine, sia le risorse finanziarie necessarie per la loro attuazione che devono trovare copertura nella legge finanziaria e nel bilancio di previsione della Regione per l'anno successivo.

Ciò conferisce sostenibilità agli obiettivi individuati nel presente documento triennale e orienta, di anno in anno, le scelte del Progetto che il presente Piano individua come prerogativa necessaria al raggiungimento di quegli obiettivi che, per ambiziosità e complessità, si pongono oltre il triennio di validità imposto dai vincoli della programmazione economico finanziaria regionale.

La sostenibilità delle azioni previste dai singoli obiettivi è garantita dalle leggi regionali con cui l'amministrazione regionale trasferisce le risorse economico finanziarie all'Azienda sanitaria locale, o agli enti locali, sulla base delle rispettive competenze e vincola tale trasferimento ad un'attività istituzionale di verifica e di controllo.

Gli obiettivi sanitari di breve termine (triennali) - per il cui raggiungimento risulta fondamentale l'attività dell'Azienda sanitaria locale - vengono garantiti dagli strumenti previsti dalla programmazione annuale, così come regolamentata dalla legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, consistenti nelle direttive regionali all'Azienda sanitaria locale nel piano attuativo locale (PAL) e nell'accordo di programma tra Regione e l'Azienda stessa.

Per quanto riguarda invece le politiche sociali, nel completare la fase di trasferimento delle competenze e delle relative risorse finanziarie agli enti locali, verranno contestualmente individuati anche gli strumenti attraverso i quali esercitare le funzioni di controllo e di monitoraggio del conseguimento degli obiettivi concordati.

Monitoraggio delle attività di Piano

Al fine di consentire agli organismi competenti, delegati in forma democratica a rappresentare la popolazione regionale, una corretta attività di monitoraggio e di verifica del conseguimento degli obiettivi indicati nel presente documento di programmazione, sono state individuate due modalità diverse, ciascuna delle quali adotta strumenti propri di monitoraggio e di verifica.

La prima modalità si attua per obiettivi aggregati e di natura generalizzata, nei confronti dei quali le pubblicazioni rilasciate annualmente dall'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali (OREPS) ai sensi della legge regionale 25

gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, costituiscono un momento istituzionale per il monitoraggio degli esiti di lungo periodo derivanti dagli atti di programmazione pregressi. Ne sono degli esempi la Relazione sullo stato di salute e di benessere sociale della popolazione regionale in versione strategica (esempi: la Relazione sanitaria e sociale 1999- 2000 e la successiva edizione del 2001) o congiunturale (esempi: Atlante della mortalità 1980-2003, Gli infortuni sul lavoro 1991-2000, Gli anziani), nonché il Rapporto dell'Osservatorio per le Politiche sociali. (esempio: Primo rapporto 2005)

Queste pubblicazioni, nello specifico istituzionale, si connotano sia come atti propedeutici alla programmazione sanitaria e sociale di lungo periodo - orientandone le scelte di priorità - sia come strumenti per una valutazione generale, e non puntuale, dei risultati della programmazione in corso di attuazione e di quella pregressa in quanto spesso i meccanismi causali dei fenomeni osservati si collocano molto indietro nel tempo.

Le pubblicazioni sono basate sulla valorizzazione e sull'analisi di indicatori epidemiologici e sociali comunemente utilizzati dalla comunità scientifica per la valutazione dello stato di salute e di benessere sociale regionale e hanno una validità sia di monitoraggio della situazione regionale nel tempo, sia di confronto con altre realtà. La valutazione dell'attività e degli esiti di salute è garantita quindi da sistemi di indicatori validati, tanto a livello nazionale, come quelli per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza previsti dal decreto ministeriale 12 dicembre 2001 recante sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, quanto a livello regionale come quello impiegato per il monitoraggio dell'attività sanitaria aziendale.

La seconda modalità di monitoraggio degli obiettivi del Piano è garantita da uno strumento sicuramente più puntuale del precedente, nei confronti del quale però è doveroso un richiamo di attenzione, sia alla complessità degli enti ed istituzioni chiamati al conseguimento degli obiettivi individuati e condivisi, sia ai fattori variamente intervenienti che potrebbero costituire dei vincoli in corso d'opera e nei confronti dei quali dovranno essere messe in campo soluzioni al momento non prevedibili.

Questo strumento di monitoraggio è il cronoprogramma - allegato al presente documento di programmazione - dove, per ogni obiettivo, viene declinata la progressione temporale delle azioni previste per il suo conseguimento.

Si tratta di un atto dovuto in una logica di programmazione trasparente, condotta secondo attente metodologie di analisi di fattibilità, che presenta però tutti i limiti di una rendicontazione statica e, soprattutto, "a monte" dei molteplici e complessi processi che, nel tempo, consentiranno realmente, ed in forma dinamica, di conseguire l'unico obiettivo politico generale che è una maggiore salute ed un maggiore benessere sociale nel futuro dei cittadini valdostani.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi del presente Piano è quindi sottoposto al monitoraggio delle strutture regionali competenti in materia e degli organi della Regione in relazione alle rispettive attribuzioni. Entro il primo quadrimestre di ogni anno, l'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali riferirà alle competenti Commissioni consiliari sulle attività svolte nell'anno precedente.

Per concludere, lo stato di attuazione della presente programmazione sanitaria e sociale verrà discusso ogni anno nell'ambito della Conferenza socio-sanitaria, sede privilegiata dell'incontro tra i soggetti attuatori ed i rappresentanti degli enti pubblici e privati del settore.

ALLEGATO ALL'OBIETTIVO N. 18.

Assumere il territorio del distretto come ambito di lettura, analisi e soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi e di relazioni interdipendenti.

Linee guida per i piani zona.

La Valle d'Aosta è oggi al centro di complessi fenomeni di mutamento sociale, dovuti in parte a motivi propri della realtà locale, in parte a cause esterne, con notevoli ripercussioni sugli assetti regionali.

Il primo fenomeno è quello dell'andamento demografico che, pur in armonia con la tendenza italiana, presenta caratteri specifici a livello locale, sia per quanto riguarda l'invecchiamento, sia per quanto riguarda il perdurante mantenimento di livelli di natalità molto bassi.

Il Piano Socio-sanitario Regionale 2002-2004 definisce il "ruolo delle politiche sociali" in Regione Valle d'Aosta avendo presenti i forti rischi di esclusione, prodotti dalle attuali tendenze sociali, che hanno portato alla constatazione della necessità di investire nelle politiche di inclusione volte al sostegno delle persone e delle famiglie.

Da ciò deriva la necessità di migliorare, quantitativamente e qualitativamente, l'offerta dei servizi, di aumentarne la flessibilità, di avvicinarli il più possibile al domicilio delle persone e di integrarli, sia sotto l'aspetto operativo che organizzativo, con gli altri servizi alla persona (sanitari, sociosanitari, educativi, formativi).

Ne consegue la necessità di qualificare le risorse, economiche e professionali a disposizione nel territorio.

Si tratta cioè di un problema di "qualità della spesa sociale" e di una sua diversa composizione all'interno del welfare regionale.

Tale processo è stato avviato – a livello nazionale – con la Legge n. 328/00 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso processi di ricomposizione, riordino e qualificazione della spesa e delle risorse a disposizione nel settore.

L'evoluzione socio-economica e demografica, unita alla particolare situazione politico-istituzionale e geografico-morfologica ha portato la Valle d'Aosta a consolidare modalità operative, nei servizi alla persona, del tutto proprie. La Regione si caratterizza, infatti, per la presenza uniforme di servizi sul territorio, tenendo conto di una serie di problemi e peculiarità:

- la piccola dimensione dei Comuni non permette di realizzare servizi alle persone adeguati alle diverse e plurime caratteristiche di bisogno;
- la difficoltà negli spostamenti in un territorio prevalentemente montuoso richiede un forte coinvolgimento delle comunità locali per garantire gli interventi a domicilio della persona, garantendo loro il mantenimento nei propri ambiti di vita;

- la dispersione demografica ed abitativa rende necessario un maggiore impegno organizzativo per garantire equità di offerta anche nei territori dove questo risulta oggettivamente difficile.

Tenendo conto di tali specificità si sono consolidate nel tempo prassi operative, sia istituzionali, sia tecnico-organizzative, che hanno portato all'attuale rete di offerta.

Essa si caratterizza in termini di:

- forte presenza della Regione nella programmazione e nella gestione dei servizi;
- significativo impegno del Comune di Aosta, anche quale soggetto gestionale, in modo del tutto peculiare rispetto agli altri Comuni della Regione.

Inoltre le oggettive difficoltà da parte dei Comuni – in particolare quelli a bassa densità di popolazione – di gestione dei servizi alle persone, ha portato alcuni Comuni ad affidare – in forma associata – alla Comunità Montana la gestione di particolari servizi sociali.

Il Piano socio-sanitario per il triennio 2002-2004 ha garantito una prima interpretazione ed attualizzazione dei principi sanciti dalla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. In particolare ha investito per consolidare le garanzie e le opportunità presenti nel territorio regionale, per dare priorità alle persone ed alle famiglie più vulnerabili, per perseguire concreti obiettivi di coesione ed inclusione sociale.

In questo contesto, il Piano di zona è chiamato ad assumere un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, nella misura in cui diventerà strumento condiviso per individuare bisogni prioritari e strategie di risposta efficace e sarà in grado di riqualificare le risorse disponibili e condivise tra soggetti istituzionali e comunitari.

Tutto questo sarà possibile grazie alla realizzazione di percorsi partecipati di costruzione della programmazione di zona, per meglio condividere con le comunità locali i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni per promuovere la valutazione sociale dei servizi alle persone.

Il Piano di zona, oltre che strumento tecnico di programmazione, è, infatti, un'occasione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere l'apporto delle diverse comunità locali, all'interno della comunità regionale, valorizzando il ruolo di autonomia, che, unita alla solidarietà e sussidiarietà, ogni comunità locale saprà esprimere nelle concrete scelte programmatiche, gestionali, operative ed organizzative.

Su queste premesse i diversi soggetti istituzionali - Regione, Comuni, Comunità Montane, Azienda U.S.L., Amministrazioni periferiche dello Stato, ex-Ipab sociali, Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Associazioni di promozione sociale, Enti con finalità religiose ed altre Organizzazioni private - nel rispetto della specificità dei ruoli e delle competenze, sono chiamati a condividere un modello collaborativo di programmazione delle attività e degli

interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in ordine ai risultati.

Grazie al Piano di zona e al processo che lo stesso va ad avviare, i Comuni e la comunità locale possono diventare protagonisti delle “politiche sociali” partendo dal presupposto che solo in un sistema integrato di servizi sociali possono essere veramente valorizzati il ruolo dei soggetti pubblici e le forme di partecipazione dei soggetti privati.

Con l'avvio del processo che porterà i territori al primo Piano di zona si realizza il contenuto dispositivo degli artt. 2 e 3 della Legge n. 328/00; infatti è attraverso la programmazione zonale degli interventi e dei servizi sociali in forma unitaria che si integrano le risorse a disposizione, si imposta un'operatività per progetti e si promuove la verifica sistematica dei risultati, in termini di qualità e di efficacia delle risposte.

Le “linee guida” vogliono condurre il programmatore zonale all'assunzione di tali indirizzi per promuovere, in ciascun territorio, la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, che abbia caratteristiche di universalità, che sia fondato su livelli essenziali di prestazioni uniformi, che garantisca accesso prioritario ai soggetti deboli, cioè le persone in condizioni di povertà o con limitato reddito, con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro.

Tali presupposti di carattere generale possono pertanto essere sintetizzati nei seguenti indirizzi specifici nei Piani di zona per:

- dare organicità alla materia sociale nello specifico ambito zonale in modo da sostenere e realizzare la programmazione unitaria;
- promuovere soluzioni organizzative che producano equità di offerta di prestazioni e servizi sociali distribuiti in ciascun territorio;
- definire le priorità di bisogno nello specifico della propria situazione sociale con particolare riferimento ai cittadini più deboli;
- individuare strumenti e percorsi al fine di favorire equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi ai cittadini.

Le “linee guida” vanno quindi intese come aiuto e supporto per l'avvio ed il consolidamento di un processo che si è definito con il Piano sociosanitario della Valle d'Aosta 2002-2004, tenendo conto delle seguenti criticità:

a livello regionale:

- *complessità del percorso di integrazione del sistema dei servizi sociali con gli altri sistemi di politiche sociali e sanitarie;*
- *difficoltà di far convergere verso i soggetti svantaggiati l'offerta integrata dei servizi disponibili;*

a livello zonale:

- *scarsa visibilità dei legami organici che dovrebbero collegare i servizi sociali con gli altri servizi comunali;*
- *ritardo nel coordinamento e nella razionalizzazione degli sportelli di accesso del cittadino ai servizi ed alle prestazioni”.*

L'avvio della programmazione zonale attraverso i Piani di zona può cominciare a tracciare un percorso di unitarietà e di globalità sia delle informazioni che dei processi. D'altro canto la Legge n. 328/00 ed il Piano sociale nazionale 2001-2003 hanno meglio caratterizzato questa strategia programmatoria e possono quindi costituire utili riferimenti nella fase operativa di realizzazione.

Un primo passo è quello di allargare l'asse di osservazione e programmazione dal livello prevalentemente regionale al livello dei Comuni e delle comunità locali.

Per questo le "linee guida" si prefiggono l'obiettivo primario di favorire nella programmazione zonale la capacità di leggere e conoscere in modo omogeneo:

- i bisogni sociali e socio-sanitari dell'ambito territoriale,
- le risorse operative ed economiche a disposizione del medesimo.

La condizione prioritaria da privilegiare è la "conoscenza" del territorio in termini di bisogni e di offerta. Solo infatti da un chiaro quadro conoscitivo possono prendere le mosse percorsi di programmazione effettivamente basati sui bisogni e sulle potenzialità presenti nei diversi territori.

Gli attori.

La funzione di coordinamento nella formulazione del piano è stabilita in considerazione delle responsabilità che i diversi attori istituzionali hanno sulle materie oggetto della programmazione locale.

Sono identificati - in ordine di rilevanza - due soggetti istituzionali responsabili della redazione ed elaborazione del Piano di zona:

- *Comuni*, compresi negli ambiti territoriali - di cui alla Legge regionale n. 54/98 - secondo la suddivisione di cui all'elenco allegato, in quanto enti rappresentativi della *comunità locale*.
- l'*Azienda U.S.L.*, per le funzioni socio-sanitarie, nella sua articolazione in *Distretti socio-sanitari*.

Più in particolare, per quanto riguarda i Comuni è importante ricordare che il cammino di riordino delle competenze e delle funzioni è definito a livello regionale con le Leggi regionali n. 54/98 e n. 1/02 e, a livello nazionale con l'applicazione della Legge n. 328/00 che rappresenta una tappa fondamentale nella evoluzione del processo di acquisizione da parte dell'ente Comune della pienezza dei poteri e delle competenze nel settore dei servizi alla persona. Ciò porta ad una maggiore responsabilizzazione nella programmazione e nella gestione diretta e/o indiretta di tutte le prestazioni e dei servizi sociali. Grazie all'impulso dato dal processo di decentramento, il Comune è chiamato a diventare effettivo promotore delle politiche sociali e del loro sviluppo; così come evidenziato altresì dalla riforma del Titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3/01).

L'Azienda U.S.L. - attraverso i Distretti - è responsabile con i Comuni dell'integrazione socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 3 septies del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e del Piano socio sanitario regionale 2002/04. Gli interventi socio-sanitari interessano i bisogni di salute nelle aree materno-infantile, della

disabilità e della non-autosufficienza, della salute mentale, delle dipendenze, delle patologie da HIV e delle patologie proprie della fase terminale della vita.

I Comuni e i Distretti organizzano le rispettive risorse professionali ed informative per promuovere in modo collaborativo una conoscenza sistematica del territorio, dei bisogni, del rapporto tra bisogni e risposte, nonché delle misure di efficacia degli interventi.

Tale collaborazione tra Comuni e Azienda diventa non solo un importante tassello nella realizzazione del sistema integrato dei servizi, ma soprattutto una condizione per programmare e realizzare servizi direttamente ed efficacemente correlati ai bisogni delle diverse comunità locali.

Nel contempo i soggetti titolari sono chiamati a sviluppare le scelte di Piano in stretto rapporto con la *Regione*, non solo in forza delle titolarità generali proprie, in ordine alla programmazione, valutazione, controllo del sistema di welfare regionale, ma anche per le dirette competenze gestionali che la Regione esercita tenendo conto dell'elevata specializzazione e della complessità organizzativa delle funzioni elencate dall'allegato A alla Legge regionale n. 1/02. La Regione pertanto concorre in modo attivo alla programmazione zonale, impegnandosi direttamente nella analisi, nel monitoraggio dei bisogni, nella valutazione del rapporto fra bisogni e risposte e quindi nel riequilibrio e qualificazione dei sistemi locali di offerta.

La Regione garantisce supporto costante in tutte le fasi del processo di programmazione al fine di concorrere, in forme e modalità adeguate, all'elaborazione di tutte le informazioni e le conoscenze necessarie al programmatore zonale.

A tale scopo potrà avvalersi dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali (OREPS).

Fra le materie di apporto regionale sono comprese anche la formazione professionale, l'integrazione lavorativa, la mobilità (importante in considerazione della distribuzione territoriale delle Comunità Valligiane) in rapporto con i tempi di vita delle famiglie e tenendo conto di altri determinanti di salute psicosociale nonché in materia di prevenzione delle emergenze.

Per creare condizioni favorevoli ad una buona riuscita del percorso programmatico è fondamentale il ruolo di promozione e di supporto tecnico-organizzativo del *Consorzio enti locali Valle d'Aosta (CELVA)*. È una funzione nuova e particolare tesa a facilitare l'opera dei Comuni, soprattutto quelli di minore dotazione operativa, attraverso azioni di divulgazione delle informazioni e di raccordo tra gli enti.

Nella fase di programmazione e in quella di realizzazione del Piano di zona, le *Comunità Montane* - quali enti istituzionalmente preposti all'esercizio associato delle funzioni comunali - potranno svolgere un ruolo fondamentale per quelle materie che, per caratteristiche tecniche e dimensionali, non possono essere svolte in modo ottimale dai Comuni (Legge regionale n. 54/98).

Gli *altri organismi pubblici* presenti nel territorio sono anch'essi chiamati a dare il loro apporto e svolgere un ruolo incisivo per la conoscenza, le decisioni, l'attuazione e la verifica dei risultati del Piano di zona, in settori quali ad esempio la scuola, la formazione professionale, il lavoro, la mobilità.

Le organizzazioni sindacali e il Terzo settore, operanti nelle rispettive zone, ciascuno tenuto conto delle proprie specifiche competenze e conoscenze delle singole realtà, sono chiamati a dare il loro apporto per l'individuazione dei bisogni per la lettura delle criticità del territorio, per la formulazione di proposte innovative.

La programmazione partecipata.

Il processo di programmazione territoriale deve vedere la compartecipazione di tutti i soggetti istituzionali che hanno competenze nelle politiche sociali, al fine di concertare funzioni, ruoli e modalità di intervento collaborativi.

Dovranno pertanto essere individuati percorsi, strumenti ed occasioni ad hoc che favoriscano la realizzazione del percorso, anche in considerazione delle varie esperienze che fino ad oggi i diversi territori hanno avuto la possibilità di realizzare.

Al fine di facilitare l'attuazione delle linee guida per l'elaborazione dei Piani di zona il Presidente della Regione promuove la convocazione della Conferenza dei Sindaci di ciascun ambito distrettuale.

Successivamente ciascuna Conferenza dei Sindaci avvia il processo di programmazione con l'attenzione alle peculiarità dei tre livelli implicati:

- il *livello politico* per la concertazione degli indirizzi e delle strategie e per la pianificazione dell'integrazione istituzionale;
- il *livello tecnico-operativo* per la definizione delle scelte, del loro livello di realizzabilità, anche nella ricerca delle migliori condizioni organizzative;
- il *livello comunitario*, per promuovere la conoscenza e la valorizzazione delle specificità degli attori territoriali e la possibilità che gli stessi condividano gli obiettivi da raggiungere.

Soprattutto nella prima fase di lavoro diventa indispensabile, per un'adeguata e corretta azione di analisi delle risorse e dei bisogni, avviare modalità di lavoro collaborative ed integrate che permettano ai Comuni, in quanto titolari della programmazione, di acquisire le necessarie competenze e capacità operative.

In tale processo diventa essenziale il supporto che, con modalità diverse, potranno garantire la Regione e il CELVA, in modo da promuovere conoscenze condivise, processi collaborativi e integrazione delle responsabilità ai diversi livelli.

La comunità locale è il luogo più qualificato per la risoluzione dei problemi della persona e per rispondere ai suoi bisogni. Il territorio non è cioè soltanto un bacino di utenza ma è anzitutto rete di relazioni, cioè comunità, che costituisce nel tempo un patrimonio di opportunità e risorse, e luogo dove interagiscono responsabilità solidali.

In questa prospettiva tutti i soggetti che realizzano interventi, servizi e prestazioni sociali sono chiamati a collaborare affinché, con il loro positivo ed attivo coinvolgimento, siano efficacemente perseguiti gli obiettivi del Piano di zona.

A questo fine dovranno essere valorizzate le diverse responsabilità del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale, delle imprese sociali, delle fondazioni, degli enti religiosi e di tutti gli altri soggetti di solidarietà sociale che contribuiscono alla realizzazione del welfare locale.

Nella prima fase della stesura del primo Piano di zona i 'territori dovranno pertanto trovare capacità concrete di coesione nelle diverse fasi del lavoro di lettura dei bisogni e di individuazione delle risorse a disposizione. Infatti un'attenta e positiva partecipazione a questa fase della programmazione può facilitare responsabilizzazione nella definizione degli obiettivi strategici di benessere sociale, attraverso il miglioramento e la qualificazione della rete dei servizi del territorio.

La partecipazione, fin dalle prime fasi, nel rispetto delle singole responsabilità potrà portare ad una maggiore chiarezza dei ruoli all'interno della programmazione, senza confondere la funzione di partecipazione sociale al momento programmatico con le successive scelte di gestione dei servizi.

I Comuni sono i promotori e i garanti della concertazione territoriale e sono soggetti attivi di partecipazione nelle varie fasi del percorso di programmazione con riferimento:

- all'analisi dei bisogni e delle risorse,
- alla scelta delle priorità e all'attuazione dei programmi,
- alla definizione dei criteri di valutazione partecipata dei risultati.

In sintesi, con il primo Piano di zona dei servizi alle persone ogni comunità locale ha la possibilità di dar vita ad una nuova politica sociale, attraverso la partecipazione delle persone, delle famiglie e dei gruppi sociali, rendendo tutti consapevoli dei problemi ma, soprattutto, delle capacità che essi possono esprimere, per dare risposte positive a vantaggio di tutti coloro che nel territorio risiedono, lavorano e vivono.

I contenuti dei Piani di zona.

Il Piano di zona è strumento di programmazione strategica per la gestione unitaria dei servizi alla persona.

- I riferimenti per operare in questa direzione sono:
- *l'art. 22 del comma 2 della Legge n. 328/00*, con particolare attenzione alle misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare, le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza al domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, gli interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, le misure di sostegno alle responsabilità familiari, le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura, le misure di sostegno alle donne in difficoltà, gli interventi volti all'integrazione delle persone disabili, le prestazioni integrate di tipo socio educativo per l'infanzia e l'adolescenza, per il contrasto delle dipendenze, della

- povertà e l'esclusione sociale, per favorire l'inclusione sociale della popolazione immigrata;
- *l'art. 22 comma 4 della Legge n. 328/00*, che identifica le principali modalità di risposta sociale da garantire su scala zonale e quindi il servizio sociale professionale ed il segretariato sociale, il pronto intervento sociale, l'assistenza domiciliare, le risposte residenziali e diurne.
 - *l'art. 3 septies del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni*, con riferimento ai bisogni che riguardano l'esperienza quotidiana di molte persone e famiglie nelle aree materno-infantile, delle malattie mentali, della disabilità, delle dipendenze, delle patologie a forte impatto sociale quali ad esempio l'HIV, delle inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, che richiedono integrazione sociosanitaria di diversa intensità;

Grazie al loro utilizzo, il Piano di zona prevede soluzioni per realizzare nel territorio il sistema integrato dei servizi alle persone, qualificando la spesa e le altre risorse a disposizione.

In sintesi, le fasi da attuare sono:

1. la conoscenza dei bisogni sociali e sociosanitari della popolazione;
2. la conoscenza delle risorse operative, attraverso la raccolta delle informazioni messe a disposizione da tutti i soggetti del territorio;
3. la scelta delle priorità di intervento, da realizzare nei diversi settori operativi.

Per quanto concerne gli aspetti che riguardano la "conoscenza" tre sono le linee da seguire per la raccolta e la elaborazione delle informazioni:

- *bisogni rilevati su base demografica* per Comune di riferimento e per classi d'età;
- *settore di bisogno* a partire da quelli già definiti nel Piano sociale nazionale 2001-2003 e nel PSSR 2002-2004 e pertanto: minori e famiglia, persone anziane, persone disabili, disagio mentale, nuove povertà ed emergenze;
- *risposte esistenti* - sia in termini di prestazioni sia in termini di servizi - che insieme compongono il sistema zonale di offerta.

Ai fini della *conoscenza dei bisogni* è importante approfondire i bisogni correlati all'età - minori, adolescenti, adulti, anziani; i bisogni che derivano da patologie - menomazioni ed handicap; i bisogni connessi a povertà originata da disoccupazione ed esclusione sociale, da disagio abitativo, da problematiche familiari dovute a separazioni conflittuali ed a gravosi carichi assistenziali, da emarginazione sociale e situazioni di solitudine relazionale, da devianza sociale, da disuguaglianza nell'accesso ai servizi ed infine povertà originata dalla immigrazione, da problematiche di integrazione sociale ed educative.

Per la *rilevazione delle risposte esistenti* è necessario partire da un quadro approfondito di conoscenza del sistema attuale dei servizi in ciascun territorio. In particolare si dovrà considerare, per ciascun livello organizzativo - domiciliare, diurno, residenziale - la tipologia e i volumi delle prestazioni e dei centri di offerta, le modalità di accesso, i costi e le relative forme di copertura, l'organizzazione delle responsabilità, la tipologia e la consistenza delle diverse figure professionali, le modalità di garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

All'interno di tale percorso è importante in particolare approfondire la congruenza delle risposte con l'effettiva presenza dei bisogni e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi.

A questo fine vanno utilizzate le schede per la raccolta delle informazioni dei bisogni e delle risorse previste dalle linee guida.

Per quanto concerne gli aspetti che riguardano la *scelta delle priorità*, dovrà essere posta l'attenzione su due tipi di obiettivi:

- di efficacia, cioè a impatto diretto sulla salute e sul ben essere delle persone e delle famiglie;
- di miglioramento del sistema di offerta e sulle soluzioni organizzative che possono contribuire a qualificarlo.

Anche per questa parte del Piano di zona dovranno essere tenuti in considerazione i settori di bisogno precedentemente evidenziati.

Per ciascuno dovranno essere individuate le azioni ritenute prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi, i tempi e le risorse necessarie, le responsabilità, gli indicatori di verifica dei risultati.

Il primo Piano di zona deve contenere quindi tutti gli elementi indispensabili per il programmatore zonale per avviare il processo e passare in ciascun territorio dalla "raccolta delle informazioni" al "governo delle conoscenze".

Nel fare questo, la "regola" da tenere in considerazione è quella di mettere in evidenza le peculiarità storiche e culturali che ciascun territorio ha nel tempo consolidato e, tenendo conto di questo dato, avviare il processo di programmazione lungo due direttrici fondamentali:

- *la direttrice strategica*, mettendo a fuoco le scelte di politica sociale attraverso il collegamento tra l'analisi dei bisogni e la individuazione dei livelli di offerta su base di equità e di giustizia sociale e la corrispondente definizione delle priorità;
- *la direttrice della partecipazione*, nel percorso che dalla conoscenza dei bisogni e delle risorse porta al governo solidale delle politiche sociali nelle loro diverse sfaccettature. Ciò si realizza nell'ottica di una programmazione partecipata e condivisa, favorente un più efficiente utilizzo delle risorse – finanziarie, professionali e solidaristiche.

Solo così si potrà, nella successiva fase della programmazione, giungere a scelte condivise come comunità locale, capace di un incontro consapevole e responsabile tra diritti e doveri su cui fondare il proprio sviluppo sociale e qualificare il proprio sistema locale di welfare.

A questo fine il primo Piano di zona dovrà considerare le titolarità e le funzioni integrate sociali e sociosanitarie per la messa in comune di tutte le risorse economiche ed operative, insieme con le rispettive responsabilità.

Le condizioni per promuovere l'integrazione sociosanitaria si basano sostanzialmente sulla capacità di articolare l'integrazione e i suoi contenuti su quattro livelli: quello istituzionale, quello gestionale e organizzativo, quello professionale e

quello comunitario, grazie al coinvolgimento dei diversi soggetti della comunità locale.

In questa strategia il Piano della attività territoriali (PAT) ed il Piano di zona (PdZ) sono due facce di una stessa medaglia; sono infatti strumenti di programmazione che devono - nel rispetto della metodologia dell'integrazione - individuare le specifiche strategie di sviluppo dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, garantendo unitarietà al processo programmatico, al fine di rendere compatibili le due programmazioni. Questo risultato può essere ottenuto facendo coincidere i rispettivi tempi e integrando i percorsi decisionali, per pervenire ad una migliore condivisione politica e tecnica delle scelte.

Nel rispetto dell'autonomia e della singolarità di ciascuna area territoriale, il Piano di zona ha la seguente struttura (schema-tipo):

Il contesto sociale del Piano

Analisi del contesto sociale dell'ambito: la situazione territoriale e la situazione istituzionale;

La situazione socio-demografica;

La situazione dei servizi alla persona;

Altri servizi a rilevante impatto sociale: trasporti, istruzione, formazione;

Approfondimenti

Aree di approfondimento e soggetti coinvolti nella conoscenza;

I bisogni della comunità locale (analisi);

L'offerta esistente e sua distribuzione (analisi).

Le risorse

Le risorse finanziarie e strutturali;

Le risorse operative e professionali;

Le risorse del volontariato e della comunità solidale.

Le scelte

Le priorità di intervento con riferimento ai bisogni;

Le priorità di intervento sull'offerta;

I risultati attesi;

Azioni di Piano e modalità di gestione;

I livelli essenziali di assistenza;

Le azioni strategiche.

Il sistema di responsabilità e di valutazione

I soggetti istituzionali responsabili e le modalità d'integrazione e collaborazione;

I soggetti sociali, le rispettive responsabilità e la loro partecipazione;

Altri livelli di responsabilità nella realizzazione degli obiettivi di Piano;

Forme di valutazione politica e tecnica dei risultati;

Forme di valutazione sociale dei risultati.

Fasi di predisposizione.

L'iniziativa per l'elaborazione del Piano di zona viene assunta dal Presidente della Regione o dall'Assessore competente per materia delegato, che promuove la

convocazione della Conferenza dei Sindaci dell'ambito distrettuale. Nella stessa fase la Conferenza definisce gli indirizzi per il lavoro del "gruppo di piano".

Sulla base degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci il "gruppo di Piano":

- definisce le modalità di partecipazione e di coinvolgimento dei soggetti interessati ed il percorso idoneo a favorire la partecipazione di tutte le risorse attive del territorio;
- raccoglie le informazioni secondo le indicazioni e le modalità definite nelle linee guida e nelle schede allegate;
- acquisisce dagli uffici regionali le informazioni e i dati in loro possesso, in relazione alle esigenze evidenziate da ciascun territorio. In questa fase interviene anche il contributo informativo e di conoscenza dell'OREPS;
- elabora, sulla base delle informazioni raccolte, un rapporto di analisi che diventa la base conoscitiva dei bisogni e delle risorse dell'ambito territoriale.

La Conferenza dei Sindaci, sulla scorta del rapporto di fase 2, definisce le priorità per il "gruppo di Piano" che formula gli obiettivi.

Il "gruppo di Piano" elabora il Piano di zona sulla base degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci, seguendo lo schema tipo precedentemente indicato.

La conclusione del percorso di programmazione avviene con l'approvazione del Piano di zona da parte della Conferenza dei Sindaci.

Il Piano di zona è adottato con *accordo di programma* quale atto di impegno per la prosecuzione del processo di programmazione e la realizzazione degli obiettivi definiti nel Piano stesso. All'accordo di programma partecipano, oltre ai soggetti titolari - Comuni, Regione e Azienda U.S.L. - anche le Comunità Montane e gli altri soggetti pubblici che hanno partecipato alla redazione del Piano, nella misura in cui abbiano conferito proprie risorse e si siano resi corresponsabili nell'attuazione.

L'accordo di programma è approvato con atto formale del Sindaco Presidente della Conferenza dei Sindaci (Legge regionale n. 54/98).

Intese, contratti e convenzioni sono stipulati con i soggetti del "terzo settore" ed altri soggetti privati coinvolti nella programmazione e nell'attuazione del Piano di zona.

Il Sindaco Presidente della Conferenza dei Sindaci inoltra alla Regione il Piano di zona per la valutazione, che viene realizzata dal "gruppo di coordinamento regionale per i Piani di zona".

I Comuni che non adottano nei termini e nelle modalità stabilite dalle presenti "linee guida" i rispettivi Piani di zona sono esclusi da tutti i finanziamenti previsti dalla Regione allo scopo.

Il "gruppo di piano" è istituito dalla Conferenza dei Sindaci dell'ambito territoriale ed è finalizzato alla redazione del Piano di zona. È costituito da referenti designati dai soggetti responsabili della programmazione che operano nell'ambito

territoriale: Comuni, Distretto sociosanitario, Regione, Comunità Montana e altri soggetti pubblici e del terzo settore presenti nel territorio.

Al proprio interno il “gruppo di Piano” individua un coordinatore ed una segreteria tecnica con sede operativa nel Comune o nella Comunità Montana del Presidente della Conferenza dei Sindaci.

Il “gruppo di Piano” può avvalersi di eventuali collaborazioni professionali finalizzate a specifiche esigenze operative e di approfondimento legate alla programmazione non presenti nel gruppo. Il “gruppo di Piano” tiene costantemente informata la Conferenza dei Sindaci sulle attività svolte.

Sulla base delle indicazioni della Conferenza dei Sindaci, predispone il rapporto di analisi della situazione zonale dei bisogni e dell’offerta e, tenendo conto delle priorità indicate, redige il Piano di zona da sottoporre per l’approvazione della Conferenza stessa.

Il “gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona” viene costituito dalla Regione ed è composto, oltre che dai Dirigenti dei settori regionali interessati, anche dal Direttore di “area territoriale” della Azienda U.S.L. e da due rappresentanti del CELVA.

Tale gruppo svolge una funzione di supporto alla Regione nelle attività di valutazione dei Piani. Collabora nelle fasi di attribuzione di risorse e di valutazione di efficacia. Nello svolgimento di tali funzioni è garantita la consultazione dei soggetti sociali di cui all’art. 1 comma 5 della Legge n. 328/00.

Il “gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale” predispone un rapporto annuale sullo stato di attuazione dei Piani di zona da presentare, alla Commissione consiliare competente, entro il mese di marzo di ogni anno, contestualmente alla relazione sull’attività e sui risultati delle azioni di cui all’obiettivo 16, attività B.

Livelli essenziali delle prestazioni.

Gli obiettivi di azione sui bisogni e sul sistema di offerta potranno essere meglio conseguiti – con specifiche azioni programmate per diverse aree di bisogno – nella misura in cui il Piano di zona si pone nell’ottica di governare i diversi fattori costitutivi delle politiche sociali.

In tale prospettiva uno dei passaggi fondamentali consiste nella definizione degli interventi che, per ciascuna area di bisogno, costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali, erogabili sotto forma di beni e servizi, secondo requisiti fissati dalla programmazione zonale e regionale.

Tali livelli sono definiti tenendo conto dei contenuti indicati dal comma 2 dell’art. 22 della l. 328/2000, e cioè:

- misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare e servizi di accompagnamento;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

- interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio, tramite il sostegno al nucleo familiare, l'inserimento presso famiglie o strutture di accoglienza di tipo familiare;
- interventi per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- misure per il sostegno delle responsabilità familiari, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio;
- prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze;
- interventi di informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere forme di solidarietà reciproca.

I traguardi che il primo Piano di zona deve prefigurare nel breve-medio periodo sono pertanto rappresentati dall'articolazione sul territorio di livelli di offerta per le aree di bisogno sopra indicate. Deve inoltre precisare e quantificare le risposte descritte al comma 4 del medesimo art. 22, e cioè l'organizzazione e qualificazione del segretariato sociale e del servizio sociale professionale, l'individuazione di risposte di pronto intervento sociale, l'articolazione dell'offerta di servizi domiciliari, diurni e residenziali in modo omogeneo nel territorio.

Ciò potrà essere facilitato con sperimentazioni finalizzate a qualificare l'accesso unitario dei servizi, la progettazione personalizzata degli interventi, la presa in carico integrata dei bisogni, la continuità assistenziale.

Tali sperimentazioni dovranno inoltre favorire azioni sistematiche di verifica e valutazione dei risultati.

Azioni di supporto.

La Regione accompagna con un adeguato supporto tecnico e informativo le diverse fasi di realizzazione dei processi programmatori territoriali.

A questo fine realizza - in collaborazione con il CELVA - un percorso di accompagnamento che permetta, insieme alle "linee guida", una maggiore conoscenza da parte di amministratori e tecnici locali della legislazione sociale e sociosanitaria e delle condizioni per attuare i Piani di zona.

La Regione, attraverso i propri uffici di settore, opera in modo da mettere a disposizione le informazioni - relative ai bisogni e alle risorse - in suo possesso, in forma aggregata per area distrettuale.

La Regione garantisce inoltre, nella fase successiva all'emanazione delle "linee guida", la realizzazione di percorsi di aggiornamento e di formazione per gli operatori pubblici e del privato sociale, al fine di mettere ogni soggetto interessato nelle condizioni di meglio collaborare in ragione del proprio ruolo e delle funzioni proprie nel percorso di programmazione zonale.

L'apporto del "gruppo di coordinamento regionale per i Piani di zona", in stretto rapporto con le Comunità Montane ed il Comune di Aosta, favorisce un appropriato percorso di informazione e conoscenza.

Infine la Regione, per sostenere e incentivare azioni innovative e di riqualificazione del sistema di offerta, garantisce un proprio apporto di risorse finanziarie in modo complementare ad analoghi investimenti degli Enti locali.

In particolare, il finanziamento regionale per la realizzazione del processo di programmazione consiste di:

- risorse gestite direttamente per le iniziative di accompagnamento del processo di programmazione;
- risorse per la messa a disposizione delle informazioni e delle conoscenze dei bisogni e dei servizi per ciascun ambito territoriale;
- risorse, messe a disposizione degli ambiti territoriali, per la realizzazione del processo di programmazione attraverso la Conferenza dei Sindaci, il gruppo di Piano e gli eventuali apporti professionali specifici che si rendessero necessari;
- risorse per le funzioni del gruppo di coordinamento regionale per i Piani di zona.

ALLEGATO ALL'OBIETTIVO N. 25.

Estendere il regime dell'autorizzazione a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle prestazioni, applicare e sviluppare il regime dell'accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale.

Il fabbisogno espresso di residenzialità nelle cure alla persona.

I parametri assistenziali.

I parametri fissati dalla programmazione nazionale per le regioni che hanno accesso ai finanziamenti statali per la sanità prevedono entro il 2007 quanto segue:

- il contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180 ricoveri ogni 1.000 abitanti;
- l'erogazione del 20% dei ricoveri con regimi di degenza diurna (day-surgery e day-hospital);
- un rapporto di 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti di cui 1 posto ogni 1.000 abitanti dedicato alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

Secondo i parametri fissati dalla programmazione nazionale, la Regione autonoma Valle d'Aosta evidenzia:

- un tasso di ospedalizzazione superiore a 180 ricoveri ogni 1.000 abitanti e pari a 200 ricoveri ogni 1.000 abitanti (inclusa la mobilità sanitaria passiva ed esclusi i ricoveri presso la Casa di cura San Michele di Albenga);
- il rispetto del vincolo del 20% dei ricoveri in regime diurno rispetto al numero complessivo di ricoveri;
- il mancato rispetto del rapporto di 1 posto letto ogni 1.000 abitanti dedicato alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

La necessità di realizzare un differente rapporto tra l'assistenza ospedaliera e quella residenziale territoriale è strettamente correlata all'esigenza di contenere la mobilità sanitaria passiva, oltretutto di migliorare le condizioni di efficienza e di appropriatezza del sistema sanitario e sociale regionale.

I paragrafi che seguono contengono i principali punti di attenzione su cui orientare l'azione strategica e congiunturale dell'Amministrazione regionale nel prossimo triennio.

L'offerta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e territoriali regionali.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'offerta è risultata essere la seguente:

Tabella 1 - Numero di ricoveri a residenti valdostani ovunque ricoverati, per regime, tipologia di ricovero ed anno. Valori assoluti e tassi per 100.000 abitanti (anni 2002-2004).

Ricoveri	2002	2003	2004
In regione			
Ordinari	13.665 (70%)	13.350 (71,4%)	13.254 (59%)
Diurni	5.852 (30%)	5.360 (28,6%)	5.477 (41%)
<i>Totali</i>	<i>19.517</i> <i>(100%)</i>	<i>18.710</i> <i>(100%)</i>	<i>18.731</i> <i>(100%)</i>
Posti letto medi di degenza ordinaria	454,75	447,50	436,67
Posti letto medi di degenza diurna	49,75	53,50	54,58
Fuori regione (fuga)			
Ordinari	3.311	3.539	3.576
Diurni	1.293	1.246	1.410
Outlier	48	61	50
Lungodegenti	12	6	7
Riabilitazione	311	327	370
<i>Totale</i>	<i>4.975</i>	<i>5.179</i>	<i>5.413</i>
Totale ai residenti	24.492	23.889	24.144
Tasso di ospedalizzazione (senza fuga)*	162	155	155
Tasso di ospedalizzazione Totale*	203	200	200

Per ricovero diurno si intende il day-hospital di tipo sia medico, sia chirurgico.

* calcolato sulla popolazione al 31.12.2001 di 120.909 abitanti.

Il triennio appena trascorso ha denotato quindi da un lato, una contrazione della domanda e, correlata ad essa, dell'offerta di cure ospedaliere rese in strutture regionali, dall'altro, un aumento di ricoveri in regime diurno, con una progressione più rapida in Valle d'Aosta rispetto a quanto indicato dai parametri nazionali per il 2007.

Come indicato in premessa, il tasso di ospedalizzazione complessivo è oggi più alto dei parametri previsti a livello nazionale per il 2007, ma scorporando quanta parte del fabbisogno complessivo è stata soddisfatta entro i confini regionali e quanta parte da strutture fuori regione, si osserva un tasso inferiore ai parametri nazionali per il fabbisogno soddisfatto in regione e un tasso superiore con l'inclusione dei ricorsi a strutture extra-regionali.

Dell'assistenza prestata nelle strutture ospedaliere regionali, i ricoveri "outlier", quelli cioè che superano la soglia di degenza prevista per ogni DRG, sono stati suddivisi per fascia di età nel modo che segue:

Classi di età	Dimessi 2003	Dimessi 2004
0-14	14	14
15- 64	88	94
Oltre 65	259	237
Totale	361	345

Da ciò si evince che nel 2003 il 71% e nel 2004 il 68% delle giornate dei ricoveri outlier è stata prodotta su anziani ultrasessantacinquenni come indicatore indiretto di un fabbisogno di assistenza residenziale diversa da quella attualmente prevista da una struttura per acuti.

Sul totale quindi delle unità organizzative ospedaliere, le giornate di degenza prodotte dai casi "outlier" sono state:

	Giornate di degenza		Giornate outlier		Dimessi	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Ospedale regionale	21.116	19.198	8.142	6.902	361	345

Tradotto in fabbisogno residenziale, le 6.902 giornate "outlier", se considerate a potenziale rischio di inappropriata copertura, producono una copertura di circa 20 posti letto.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, l'offerta di residenzialità pubblica e privata a livello regionale è quella descritta nella tabella 2.

Tabella 2. Posti letto in strutture residenziali territoriali in Valle d'Aosta per distretto (anno 2006).

Anni	Assistenza socio-sanitaria in RSA (inclusa l'assistenza per malati del morbo di Alzheimer)		Assistenza socio-sanitaria per utenti psichiatrici		Assistenza socio-sanitaria per utenti dipendenti da abuso di sostanze		Assistenza socio-assistenziale per anziani e per disabili	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Distretto 1	0	0	25	25	8	8	178	185
pubblico	0	0	0	0	0	0	113	120
privato	0	0	25	25	0	0	65	65
Distretto 2	0	20	0	8	40	40	412	417
pubblico	0	20	0	0	0	0	177	277
privato	0	0	0	8	40	40	235	140
Distretto 3	0	20	0	0	0	0	117	124
pubblico	0	0	0	0	0	0	52	59
privato	0	0	0	0	0	0	65	65
Distretto 4	11	11	0	10	0	0	217	242
pubblico	0	0	0	10	0	0	147	170
privato	11	11	0	0	0	0	70	72
TOTALE	11	51	25	43	48	48	924	968
P/L per 1.000 ab.	0,09	0,43	0,21	0,36	0,40	0,40	0,77	0,81

Rispetto alla disponibilità di posti letto in strutture residenziali registrata nel 2003, per fare fronte alla crescente domanda di cure per le post-acuzie rilevata nell'ultimo triennio, l'Amministrazione regionale ha ampliato l'offerta assistenziale sia in ambito sanitario sia in ambito sociale, mediante:

- l'apertura della residenza sanitaria assistenziale (RSA) di Antey-Saint-André e quella successiva di Aosta presso l'Azienda pubblici servizi J. B. Festaz che hanno una capienza di venti posti letto ciascuna;
- l'incremento dell'offerta pubblica e privata accreditata per le cure psichiatriche;
- l'incremento di posti letto presso le strutture socio-assistenziali pubbliche e private per anziani da 924 a 968 ed il contestuale avvio di un ampio programma di ristrutturazione e di ampliamento della capacità ricettiva delle strutture pubbliche stesse.

Ne emerge pertanto che la riduzione delle giornate di degenza ordinaria nelle strutture ospedaliere di quasi il 5% ha avuto come riscontro un incremento delle giornate di degenza nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali, secondo un percorso che migliora l'efficienza e l'appropriatezza del sistema socio-sanitario regionale.

Tuttavia, una parte dell'assistenza di riabilitazione è ancora resa all'interno del percorso ospedaliero e non sufficientemente con strutture dedicate e differenziate per tipologia e per intensità riabilitativa, soprattutto per gli utenti ultrasessantacinquenni.

Anche il potenziamento e la valorizzazione dell'offerta regionale di cure a carattere termale, che trova citazione sia nell'obiettivo 15 (azione 3), sia nel quadro di riferimento dell'obiettivo 28 con il richiamo alla legge regionale 26 maggio 1998, n. 38 e successive modificazioni, si configurerà come azione di contrasto alla mobilità extra-regionale offrendo, ad esempio con il complesso sito nel comune di Saint-Vincent, non un centro termale senza caratterizzazioni in un mercato nazionale già consolidato, quanto un'eccellenza regionale specifica, che unisce all'offerta turistica una capacità attrattiva per residenti e turisti in materia di cura specializzata per patologie come quelle vascolari (secondo gruppo di diagnosi per ricoveri fuori regione) e cardio-vascolari in particolare.

La valorizzazione del centro termale in un'ottica di ricerca e di cure specialistiche alla persona non in salute consente di potenziare l'offerta territoriale di residenzialità nelle cure in una concezione, diversa da quella tradizionale, di salute non solo intesa come assenza di malattia, ma anche e soprattutto di benessere in presenza di malattie per le quali risulta doveroso ricercare la migliore qualità di vita.

L'offerta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e territoriali extra-regionali.

Per valutare correttamente quanta parte del fabbisogno di residenzialità nelle cure ospedaliere e territoriali dovrà trovare risposta entro i confini regionali, fatta sempre salva la libertà di scelta di ogni individuo e quanto già previsto dal presente Piano, è sufficiente valutare la tipologia di cure ora prestate ai residenti fuori regione.

Anni	Fuga		
	Valore assoluto	Variazione valore assoluto	Variazione valore %
1997	4.159	***	***
1998	4.640	481	11,57%
1999	4.848	208	4,48%
2000	4.998	150	3,09%
2001	4.991	-7	-0,14%
2002	4.975	-16	-0,32%
2003	5.179	204	4,1%
2004	5.413	234	4,52%

Nell'anno 2004, relativamente ai DRG chirurgici, i ricoveri di cittadini residenti effettuati da strutture extraregionali sono stati 3.145 (2.924 nel 2003), mentre, relativamente ai DRG medici, i ricoveri di cittadini residenti effettuati da strutture extraregionali sono stati 2.172 (2.150 nel 2003).

L'analisi per tipologia di cure può essere condotta anche attraverso lo studio delle macro-categorie di diagnosi che hanno portato ad un ricovero fuori regione, come illustra la tabella che segue.

Tabella 3. Numero di ricoveri di residenti fuori regione per le prime tre macro-categorie di diagnosi (MDC). Valori assoluti e percentuali (anni 2002-2004).

MDC	2002	2003	2004	Percentuale sulla fuga
Codice 08	1.191	1.419	1.548	27 %
Codice 05	549	554	669	11 %
Codice 01	403	409	428	8 %
Tutti i codici	4.975	5.179	5.413	100 %

08 = malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo;
05 = malattie e disturbi dell'apparato circolatorio;
01 = malattie e disturbi del sistema nervoso.

Ferme restando le cause di ricovero imputabili alle c.d. "alte specialità", le patologie ascrivibili alle tre grandi aree, su cui peraltro verte buona parte dell'attività riabilitativa, costituiscono circa il 40% della mobilità extra-regionale ed è pertanto evidente che l'offerta futura di assistenza può collocarsi entro queste aree di bisogno assistenziale.

In particolare le prestazioni di riabilitazione erogate fuori regione, a residenti valdostani, ammontano ad oltre il 7% di quelle complessive e la componente più rilevante, che attiene l'apparato muscolo-scheletrico, è stata ulteriormente indagata. Nel 2004, in base alle degenze con almeno un codice di procedura per prestazione di fisioterapia muscolo-scheletrica, su un totale di 5.413 ricoveri, ben 315, pari al 5,8%, presentavano questo requisito indicativo di fabbisogno riabilitativo, prestato ad una popolazione che per il 54,6%, pari a 172 ricoveri, è costituita da anziani con un'età maggiore o uguale a 65 anni.

L'assistenza riabilitativa ospedaliera è inoltre integrata dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta che, annualmente, acquisisce - mediante un apposito accordo contrattuale con la Casa di cura San Michele di Alberga - circa 11.000 giornate di

degenza ospedaliera. Il numero potenziale di pazienti annui oscilla tra le 650 e le 730 unità ed i posti letto riservati a residenti valdostani risultano pari a circa 30.

Per completare il quadro di riferimento dell'assistenza resa in strutture residenziali fuori regione, si rammenta che ancora 36 utenti valdostani sono ospitati in centri per le cure psichiatriche, per un numero complessivo di giornate di assistenza pari a circa 13.000 all'anno e che, da un recente studio concluso dal tavolo di lavoro interdisciplinare sulle problematiche del bisogno di residenzialità delle persone anziane, da cui è scaturita una proposta tecnica per la definizione di standard strutturali e gestionali dei servizi e delle attività ad esse connesse, è emerso che il fabbisogno tendenziale di assistenza residenziale sarà di circa 1.400 posti letto entro il 2010.

La futura domanda di assistenza residenziale per le persone anziane si aggiunge a quella già espressa e non soddisfatta in regione.

**CRONOPROGRAMMA
DEGLI OBIETTIVI
DEL
PIANO REGIONALE
PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE
2006-2008**

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi					Annotazioni			
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	I° semestre 2008		II° semestre 2008	Oltre 2008	
n. 1	Garantire lo sviluppo della conoscenza dei bisogni di salute e di benessere sociale, con particolare riguardo all'analisi delle disuguaglianze di salute o ai determinanti	A	Consolidamento dell'osservatorio epidemiologica	1. effettuare la revisione del Piano di attività e della Rete dei referenti regionali in conformità con gli obiettivi previsti dal presente Piano per la salute ed il benessere sociale 2006-2008;	2. sviluppare nuove competenze professionali per l'uso integrato dei dati e la loro valorizzazione epidemiologica anche attraverso la predisposizione di percorsi formativi;	3. effettuare analisi geografiche di dati sulla salute e sull'offerta di servizi, con particolare attenzione alle problematiche correlate alla salute nelle zone di montagna;	4. individuare politiche ed interventi (cristallo, lavoro, ambiente e welfare) che hanno mostrato in contesti diversi da quello regionale, la loro efficacia nel ridurre la disuguaglianza nella salute e nell'accesso ai servizi e la conseguente presentazione ai diversi livelli di responsabilità tecnica e politica di un programma di intervento per l'equità nella salute e nella sanità;	5. sviluppare, in collaborazione con la rete dei referenti regionali, un'attività di epidemiologia pediatrica, con particolare attenzione alle patologie neuropsichiatriche	6. sviluppare, in collaborazione con la rete dei referenti regionali, un'attività di epidemiologia pediatrica, con particolare attenzione alle patologie neuropsichiatriche	7. pianificare iniziative di comunicazione dei risultati dell'indagine epidemiologica e lo sviluppo di competenze in materia di comunicazione del rischio, con particolare attenzione ai temi della salute nelle zone di montagna;	8. sviluppare competenze in materia di comunicazione, nonché la pianificazione di cicli di presentazione dei risultati differenziati in base al loro recepimento in documenti tecnico-organizzativi o politico-programmatori.	9. costituire ed avviare una rete di referenti stabile regionale che partecipi alla identificazione dei nuovi bisogni conoscitivi, alla progettazione dei relativi interventi di rilevazione delle informazioni e alla lettura ed interpretazione dei risultati nei diversi ambiti di competenza;
				1. annuolare nuovi/ulteriori indicatori rispetto a quelli già individuati relativi all'attività, sempre più orientati alla valutazione dei processi e degli esiti;	2. consolidare l'attività editoriale dell'Osservatorio per le Politiche sociali con la pianificazione programmatica di una serie di pubblicazioni in cui si affrontano i temi di carattere generale, sia di carattere tematico, come ad esempio quello già avviato sulle problematiche della famiglia e della disabilità, affidando altresì indagini con strumenti di rilevazione ad hoc;	3. supportare la creazione e la razionalizzazione dei flussi informativi di settore, anche in un'ottica integrata sociale e socio-sanitaria;	4. promuovere una cultura fondata sulla osservazione situazionale come momento irrinunciabile della programmazione e della valutazione delle politiche e degli interventi in ambito sociale anche mediante attività formative;	5. sviluppare un percorso formativo dedicato, anche in collaborazione con altre Agenzie per la Protezione dell'Ambiente;	6. favorire il graduale e progressivo inserimento dei referenti regionali di epidemiologia ambientale nelle reti di collaborazione con altre Agenzie per la Protezione dell'Ambiente;	7. avviare un percorso formativo dedicato, anche in collaborazione con altre Agenzie per la Protezione dell'Ambiente;	8. supportare la progettazione di una piattaforma informativa regionale di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;	9. supportare l'individuazione e la definizione di indicatori regionali di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;
n. 2	Estendere l'osservazione epidemiologica ai determinanti di tipo ambientale	UNICA	Istituzionalizzazione dell'osservazione epidemiologica ambientale	1. consolidare le attuali forme di collaborazione per la progettazione di competenze professionali in materia di epidemiologia ambientale in Valle d'Aosta;	2. formulare una proposta condivisa con i referenti dell'ARPA della Valle d'Aosta, dell'OREPS e dell'Azienda U.S.L., per la definizione e l'attribuzione regionale delle competenze di epidemiologia ambientale;	3. avviare un percorso formativo dedicato, anche in collaborazione con altre Agenzie per la Protezione dell'Ambiente;	4. promuovere una cultura fondata sulla osservazione situazionale come momento irrinunciabile della programmazione e della valutazione delle politiche e degli interventi in ambito sociale anche mediante attività formative;	5. sviluppare sistemi informativi integrati di natura corrente comune ai due ambiti: sanitaria ed ambientale, con l'impiego di tecnologie di analisi ed interpretazione dei risultati;	6. favorire l'individuazione e la definizione di indicatori regionali di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;	7. avviare un percorso formativo dedicato, anche in collaborazione con altre Agenzie per la Protezione dell'Ambiente;	8. supportare la progettazione di una piattaforma informativa regionale di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;	9. supportare l'individuazione e la definizione di indicatori regionali di salute sensibili agli obiettivi di qualità ambientale in accordo con l'ARPA della Valle d'Aosta;
				1. completare l'intervento di revisione delle attività del Dipartimento di Prevenzione allo scopo di identificare, catalogare e valutare le attività di prevenzione in corso, riprendere l'adozione delle sole pratiche di provata efficacia;	2. ridefinire il modello organizzativo del Dipartimento di prevenzione attraverso l'aggiornamento della struttura organizzativa di riferimento, una distrettualizzazione delle sue attività che individui figure referenti che partecipano al Piano nelle attività distrettuali e rispondono a specifiche competenze del territorio di riferimento;	3. potenziare a livello centrale la capacità di progettazione e indirizzo di attività di prevenzione efficaci attraverso interventi di formazione e implementazione di progetti pilota come quello dello "Sportello unico" della Prevenzione e riattivazione dei registri per le cause di morte o per patologie;	4. sviluppare, in rete con l'Osservatorio epidemiologico regionale e per le politiche sociali (OREPS), le attività di osservazione epidemiologica clinica e ambientale;					
n. 3	Razionalizzare l'operatività delle attività di prevenzione e di promozione della salute	UNICA	Sviluppo della distrettualizzazione delle attività e revisione dei compiti del Dipartimento di Prevenzione	1. completare l'intervento di revisione delle attività del Dipartimento di Prevenzione allo scopo di identificare, catalogare e valutare le attività di prevenzione in corso, riprendere l'adozione delle sole pratiche di provata efficacia;	2. ridefinire il modello organizzativo del Dipartimento di prevenzione attraverso l'aggiornamento della struttura organizzativa di riferimento, una distrettualizzazione delle sue attività che individui figure referenti che partecipano al Piano nelle attività distrettuali e rispondono a specifiche competenze del territorio di riferimento;	3. potenziare a livello centrale la capacità di progettazione e indirizzo di attività di prevenzione efficaci attraverso interventi di formazione e implementazione di progetti pilota come quello dello "Sportello unico" della Prevenzione e riattivazione dei registri per le cause di morte o per patologie;	4. sviluppare, in rete con l'Osservatorio epidemiologico regionale e per le politiche sociali (OREPS), le attività di osservazione epidemiologica clinica e ambientale;					

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Annotazioni
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	
n. 6	Garantire la sicurezza degli alimenti sulle confezioni delle indicazioni della normativa comunitaria e sostenere il miglioramento qualitativo delle produzioni tradizionali	A	Responsabilizzazione dei produttori alimentari	1. favorire la sperimentazione in campo delle modalità di gestione della documentazione obbligatoria per le aziende agricole e gli allevamenti di bovini ed ovicaprini;	2. consolidare la capacità di gestione dei piani di autocontrollo aziendale da parte degli operatori alimentari anche attraverso la partecipazione di esperti in materia di prevenzione e prevenzione della loro formazione ed aggiornamento professionale;	3. definire e formalizzare a livello regionale un elenco di medici veterinari e di agronomi e periti aziendali;	4. favorire la preparazione e applicazione di manuali di buone prassi igieniche nelle aziende agricole e negli allevamenti;	I piani di prevenzione e promozione della salute specificheranno i singoli interventi annuali
				2. provvedere ad una nuova organizzazione del sistema informativo e tecnico della definizione dei flussi di dati. Integrazione con i dati provenienti dall'Assessorato competente in materia di agricoltura, dall'IZS e dall'ARPA;	3. costituire un Comitato Regionale per la Sicurezza Alimentare con il compito di effettuare la valutazione del rischio alimentare;	5. adottare da parte del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta i piani di controllo ufficiale degli alimenti adeguati alle indicazioni fornite dal Comitato regionale per la sicurezza alimentare;	6. verificare mediante auditing l'efficacia dei controlli espletati dai servizi del Dipartimento di Prevenzione;	
n. 7	Contrastare le principali malattie presenti nella popolazione, con particolare riguardo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari ed ai tumori	A	Realizzazione di prevenzione primaria e secondaria	1. realizzare programmi integrati Azienda U.S.L., associazioni ed Enti locali per una adeguata educazione e formazione nel campo nutrizionale;	2. realizzare interventi di sensibilizzazione e promozione per l'adozione di corretti stili di vita indirizzati a specifici gruppi di popolazione;	3. definire un piano di allerta alimentare rapido compatibile con quello nazionale;	7. provvedere all'impostazione di un sistema di comunicazione del rischio con la partecipazione dei cittadini attraverso le associazioni di categoria dei produttori e dei consumatori e la pubblicazione sul sito regionale e sui siti messi a disposizione dalle associazioni dell'esito dei controlli ufficiali effettuati;	L'azione 3 deve essere propeudeutica all'azione 2
				2. attivare e sviluppare lo screening del colon-retto;	3. consolidare i modelli di gestione integrati degli screening;	4. attivare il Registro dei tumori;		

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi					Annotazioni			
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	I° semestre 2008		II° semestre 2008	Oltre 2008	
n. 8	Potenziare i rapporti tra ospedale e territorio e lo sviluppo dell'organizzazione unitaria dei servizi basata sul distretto	A	Sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio	1. completare la modalità di erogazione delle cure per profili di assistenza sanitaria anziché per competenze, così da assicurare il rispetto della vera centralità dell'utente;							L'azione 5 è correlata all'approvazione degli accordi regionali per la medicina primaria L'azione 1 è propedeutica alla 2.	
				2. definire ed applicare modelli organizzativi integrati sia dipartimentali sia distrettuali;								
				3. definire le modalità di valutazione multidimensionale e multiprofessionale dell'utente che consentano la corretta e completa rilevazione dell'insieme dei suoi bisogni;								
				4. definire ed applicare le modalità di lavoro in équipe territoriali - ancorate su base distrettuale - che vedano la partecipazione attiva di tutti i professionisti, le organizzazioni organizzative sociali, necessarie a garantire l'indispensabile continuità di assistenza;								
				5. realizzare attività formative per sostenere la fase di transito verso un modello stabile di assistenza distrettuale sinergico con l'assistenza ospedaliera e complementare ad essa nelle medesime aree;								
				6. provvedere al continuo aggiornamento ed allo sviluppo del sistema informativo, delle basi dati, della comunità dei professionisti ed interprofessionale, interistituzionale e intrastituzionale;								
				7. prevedere ed attuare forme di coinvolgimento dei rappresentanti degli enti locali in ordine alla programmazione distrettuale delle attività;								
				1. individuare modalità per potenziare l'integrazione tra gli specialisti ospedalieri e gli specialisti territoriali ed i medici di libera scelta;								
				2. implementare il progetto per								
				3. consolidare il "percorso nascita" dando particolare rilievo alla valenza preventiva e di sostegno al ruolo genitoriale;								
				4. sviluppare l'attività di informazione e prevenzione dell'immersione volontaria di gravidanza, nell'ambito del "percorso nascita", con particolare riferimento alla popolazione immigrata;								
		B	Potenziamento delle attività dell'area materno-infantile	5. analizzare, mediare il Dipartimento materno-infantile ed ai fini di un eventuale aggiornamento, il modello funzionale ed organizzativo della rete del consultorio sul territorio;								
				6. pubblicizzare e valorizzare il ruolo specifico delle ostetriche nel percorso della gravidanza fisiologica nei Consultori distrettuali;								
				1. definire i principali percorsi assistenziali connessi ai bisogni;								
				2. determinare conseguentemente i fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociali;								
				3. definire i fabbisogni all'interno dei piani annuali attuativi con la varie entità gestionali accreditate;								
				4. coinvolgere nel sistema premiante tutte le componenti sanitarie operanti nei SSR;								
				5. istituire un tavolo di monitoraggio regionale delle liste di attesa che veda integrare anche il Difensore Civico, il CELVA, le organizzazioni di tutela maggiormente rappresentative, il coordinamento dei servizi di								
		C	Riduzione delle liste di attesa e potenziamento dei percorsi di cura	6. realizzare la formazione specifica dei operatori in tema di Medicina ed Assistenza basate sulla Evidenza Scientifica;								
				7. ampliare il conferimento delle prestazioni diagnostiche, di visite e di ogni altra attività medico-chirurgica nel sistema informatizzato del CUP e nel sistema di gestione delle prestazioni di prevenzione avvalendosi della tecnologia internet, nonché del collegamento informatizzato con la rete dei medici di medicina generale;								

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Oltre 2008	Annotazioni
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007		
n. 9	Sviluppare l'assistenza primaria, la medicina specialistica e le cure palliative e monitorare l'assistenza farmaceutica	A	Aggiornamento del modello di assistenza primaria	1. prevedere alla revisione ed all'applicazione di un modello organizzativo distrettuale che sviluppi prioritariamente forme associative e di medicina di gruppo capaci di integrare l'attività dei singoli, così da ampliare quantitativamente e qualitativamente l'assistenza primaria con il coinvolgimento di medici specialistici e infermieri, attraverso forme aggregative che avranno modo e diritto di partecipare alle attività distrettuali ed in particolare alla definizione dei modelli organizzativi, all'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo, alla definizione degli obiettivi di budget;	3. definire nuove modalità di collaborazione tra MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali in relazione alle contualità delle cure che consentano alla continuità assistenziale migliori condizioni di lavoro e più stretto rapporto con i colleghi e con i rispettivi assistiti;				L'azione 1 è correlata all'approvazione degli accordi regionali per la medicina primaria (vedi anche azione 2)
				2. definire gli accordi regionali connessi alla CNU con particolare attenzione alle esigenze della qualità della continuità di cure ed all'assistenza delle zone più periferiche;					
				4. definire percorsi formativi sia specifici che comuni rivolti ai medici di medicina generale, di continuità assistenziale, specialisti e pediatri operanti sui territori favorendo l'integrazione tra ospedale e territorio;					
				6. predisporre una nuova modalità di verifica delle prestazioni dei medici specialisti dei distretti dei livelli regionali aggiuntivi di assistenza sulla base dell'IRSE;	5. individuare ogni utile iniziativa per l'assunzione nel territorio del personale medico convenzionato per l'espletamento dell'emergenza sanitaria territoriale;				
		B	Monitoraggio della qualità e della sua appropriatezza	1. definire modalità di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, convenzionata, diretta e per conto;	2. definire un set minimo di indicatori per la raccolta delle informazioni necessarie a descrivere in modo qualitativo il consumo dei farmaci e la relativa spesa farmaceutica, distinta nelle varie aree in cui essa si realizza (ospedale, territoriale, diretta, per conto e convenzionata);				L'azione 2 è collegata con la 2 dell'obiettivo A L'azione 5 è propedeutica alla 4
		C	Proseguimento delle pratiche riconducibili alle medicine non convenzionali.	3. prevedere alla farmacia ed al supporto degli operatori coinvolti per quanto attiene alla raccolta e al confronto delle informazioni relative alle modalità di assistenza dei pazienti;	1. provvedere all'analisi degli esiti delle sperimentazioni avviate nel settore delle medicine non convenzionali, consolidando le branche che hanno avuto riscontro di una positiva risposta rispetto ai fabbisogni della popolazione; 2. istituire un gruppo di lavoro che verifichi l'evoluzione dell'evidenza scientifica nel settore delle medicine non convenzionali, in particolare sulla conferma ed all'ampliamento dell'offerta sanitaria validata in tale settore.				
		D	Sviluppo delle cure palliative, della terapia del dolore e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita.	1. definire modalità di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, convenzionata, diretta e per conto;	2. definire un set minimo di indicatori per la raccolta delle informazioni necessarie a descrivere in modo qualitativo il consumo dei farmaci e la relativa spesa farmaceutica, distinta nelle varie aree in cui essa si realizza (ospedale, territoriale, diretta, per conto e convenzionata);				
				1. Realizzare un sistema regionale a rete per le cure palliative finalizzato all'integrazione degli interventi professionali e solidaristici offerti negli ambiti assistenziali domiciliari, ospedalieri e residenziali ed alla offerta su tutto il territorio regionale;	2. coinvolgere il medico di medicina generale nei processi assistenziali;	3. predisporre un livello efficiente di interventi di controllo del dolore e degli interventi di supporto ai processi assistenziali nella attività relative al Progetto regionale per l'ospedale senza dolore;	4. integrare la rete sanitaria con quella socio-assistenziale;	5. coinvolgere le organizzazioni no profit, in particolare le organizzazioni di volontariato.	

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Annotazioni
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	
n. 10	Sostenere e monitorare la qualità e la specificità del sistema di emergenza sanitaria	UNICA	Monitoraggio dell'attività del sistema di emergenza e urgenza sanitaria, finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni	1. Il sistema di emergenza regionale deve essere concepito come un sistema integrato delle componenti territoriale e ospedaliera e prevedendo la massima rotazione del personale sanitario; 4. deve essere intrapresa la riorganizzazione della comunità assistenziale integrandola completamente nelle attività dell'assistenza primaria distrettuale ed identificando un sistema informativo informatizzato unico per tutto il sistema di emergenza che comprenda la gestione della chiamata e soccorsi, dei dispatch e delle attività territoriali (ambulanze, elicottero, PPS).	1. Il sistema di emergenza regionale deve essere concepito come un sistema integrato delle componenti territoriale e ospedaliera e prevedendo la massima rotazione del personale sanitario; 4. deve essere intrapresa la riorganizzazione della comunità assistenziale integrandola completamente nelle attività dell'assistenza primaria distrettuale ed identificando un sistema informativo informatizzato unico per tutto il sistema di emergenza che comprenda la gestione della chiamata e soccorsi, dei dispatch e delle attività territoriali (ambulanze, elicottero, PPS).	2. devono essere identificate soluzioni contrattuali professionali che tendano a ridurre il turnover dei medici del sistema privilegiando il più possibile soluzioni contrattuali flessibili e a medio termine; 3. deve essere rivista l'organizzazione della Centrale operativa inserendola nella struttura Centrale unica regionale;	2. devono essere identificate soluzioni contrattuali professionali che tendano a ridurre il turnover dei medici del sistema privilegiando il più possibile soluzioni contrattuali flessibili e a medio termine; 3. deve essere rivista l'organizzazione della Centrale operativa inserendola nella struttura Centrale unica regionale;	
n. 11	Potenziare attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione fra servizi sanitari e sociali	A	Sviluppo di servizi residenziali e residenziali in un contesto di rete tra servizi sanitari e sociali	1. provvedere alla definizione ed all'estensione al territorio regionale di modalità uniformi di accesso ai servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali, sulla base della valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini e dei servizi sanitari territoriali con cui si coopera; assicurarsi, per i servizi domiciliari, un vantaggio di tutta la popolazione adulta; 2. attuare la pianificazione a livello di singolo Distretto delle attività e prestazioni sanitarie erogabili senza il ricorso alla struttura ospedaliera; 7. realizzare nel capoluogo o nelle sue immediate vicinanze, una sede al RSA per attività di riabilitazione che di fatto consenta il ricorso ad accordi contrattuali con strutture esistenti opportunamente accreditate;	3. effettuare il monitoraggio, a livello di singolo Distretto della razionalizzazione dei percorsi assistenziali; 4. estendere il servizio di Assistenza domiciliare integrata sull'intero territorio regionale, a seguito della positiva sperimentazione svolta nel Comune di Aosta;	5. potenziare la centrale operativa telematica integrata unica con funzioni di supporto all'ADI; 6. qualificare il mercato privato attraverso il servizio di assistenza domiciliare attraverso specifiche azioni formative e di accreditamento e, allo stesso tempo, orientare e sostenere la rete di strutture attraverso l'erogazione di contributi economici rapportati alla capacità di spesa delle famiglie e all'effettività della spesa sostenuta; 8. definire un nuovo modello organizzativo di strutture semi-residenziali e residenziali per persone anziane caratterizzato da tre livelli di strutture finalizzate ai bisogni e patologie delle persone anziane;	L'azione 1 è correlata con l'azione 4 dell'obiettivo 8 attività A L'azione 3 è correlata con l'azione 2 dell'obiettivo 8 attività A L'azione 2 è correlata con l'azione 3 dell'obiettivo 8 attività A	

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi					Annotazioni	
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	Oltre 2008		
n. 11		B	Sviluppo e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale	<p>1. attuare tramite specifici protocolli di collaborazione, interventi di prevenzione mirati alle individualità della popolazione giovanile, soprattutto addecenti, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio;</p> <p>2. portare a conclusione la realizzazione delle strutture assistenziali residenziali differenziate nei programmi, anche con il fine di poter riaccolgere i cittadini valdostani attualmente ospitati in strutture specialistiche al di fuori della regione;</p> <p>3. attivare strutture per la realizzazione di programmi di assistenza d'urto;</p> <p>4. sostenere la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, con finalità di inserimento lavorativo;</p>						
				<p>1. promuovere la formazione integrata degli operatori pubblici e privati, che sia coerente con i nuovi bisogni ed i nuovi obiettivi;</p> <p>2. qualificare e adeguare l'offerta assistenziale e, ove necessario, riconvertire le strutture terapeutico-riabilitative per migliorare risposta ai bisogni emergenti quali: gestione doppia diagnosi, alcolismo, nuove dipendenze (droghe di sintesi, gioco d'azzardo, ecc.);</p> <p>3. adottare modalità operative e collaborazioni continue, convulse tra i vari soggetti, al fine di creare le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo;</p> <p>4. individuare e definire una rete di servizi dedicati ai soggetti con problemi alcol-correlati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;</p>						
n. 11		C	Sviluppo della rete dei servizi di assistenza alle dipendenze patologiche	<p>1. effettuare interventi di offerta attiva per la tutela della salute (anche attraverso l'utilizzo di mediatori culturali);</p>						
				<p>2. prevenire e ridurre le malattie infettive (miglioramento delle condizioni igieniche ambientali e personali), la tossicodipendenza e le forme di autolesionismo;</p> <p>3. offrire supporto specifico ai detenuti immigrati (mediazione culturale);</p> <p>4. realizzare percorsi socio-assistenziali per il reinserimento (accordi Azienda U.S.L., Comuni, Agenzia del Lavoro, sindacati, volontariato, ecc.)</p>						
n. 12	Sviluppare l'attività di lungassistenza e l'attività di riabilitazione intensiva secondo la logica di rete integrata di servizi alla persona	UNICA	Miglioramento dell'offerta assistenziale nei settori della riabilitazione e della lungodegenza	<p>1. definire con chiarezza gli ambiti ed i limiti dell'assistenza post-acuta con i confronti di rete da un lato e delle comunità dall'altro, giustificando percorsi coerenti e modalità di evidenza clinica misurabili;</p> <p>2. analizzare il sistema attraverso flussi informativi oggettivi e coerenti atti a validare quale sia il miglior modello organizzativo intermedio in attesa dell'ammendamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio, con conseguente specializzazione del presidio di Beauregard verso le attività di non acuze;</p> <p>3. ampliare l'offerta assistenziale territoriale di riabilitazione e di lungodegenza attraverso sia l'aumento del numero di posti letto di RSA, sia il potenziamento quali-quantitativo dell'assistenza domiciliare;</p>						
				<p>4. sviluppare l'attività riabilitativa dal punto di vista sia della gestione clinica sia dell'offerta di programmi riabilitativi che potrà essere ottenuta anche attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento di nuove strutture pubbliche e/o private in modo da contrastare e ridurre la mobilità passiva in questo settore;</p>						

Per quanto riguarda il 2006 l'azione 3 si riferisce all'apertura e consolidamento dell'attività della RSA di Aosta.

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi					Annotazioni
				I° semestre 2006	I° semestre 2007	I° semestre 2008	II° semestre 2008	Oltre 2008	
n. 13	Promuovere una nuova organizzazione delle sedi ospedaliere secondo criteri di eccellenza	UNICA	Sviluppo dell'ospedale secondo logiche orientate ai processi e ai differenti gradi di intensità di cura	1. garantire lo sviluppo delle capacità di direzione verso il governo clinico ed organizzativo; 2. garantire lo sviluppo della collaborazione fra personale medico dell'area delle degenzie e servizi territoriali; 3. provvedere alla valorizzazione dell'attività di ricovero ricorrendo a seconda criteri che distinguono: "attività per la cura delle acuzie: incentivando l'integrazione dipartimentale e lo sviluppo dell'eccellenza, sviluppando l'organizzazione di aree assistenziali quali la sub-intensiva, l'area pediatrica e l'area dell'emergenza"; "attività a minore intensità assistenziale ("low care)": grazie alle quali dare una risposta completa, integrata ed efficiente, ma funzionalmente separata, ai bisogni di una popolazione che invece non sempre può e quindi presenta necessità assistenziali maggiormente complesse e prolungate nel tempo. In particolare, si privilegiano le attività ambulatoriali in misura più decentrata possibile ma anche di supporto specialistico a tutte le attività domiciliari;					Nell'azione 2 la prima parte è rivolta all'organizzazione dei dipartimenti misti mentre la seconda parte all'applicazione
n. 14	Contenere la mobilità sanitaria passiva	UNICA	Controllo della domanda di prestazioni sanitarie e implementazione dell'offerta in rapporto alle cause di fuga e allo sviluppo di attività di eccellenza	4. garantire il consolidamento delle attività di eccellenza attraverso il miglioramento delle conoscenze e del supporto tecnologico inserendo queste attività in reti di servizio interregionali, nazionali ed internazionali e prevedendo un coinvolgimento dell'Università; 5. sostenere lo sviluppo della logica dei processi nell'ambito della organizzazione produttiva delle prestazioni; 6. svolgere iniziative di aggiornamento professionale centrate sui temi della organizzazione e del coordinamento;					
n. 15	Consolidare l'attenzione della Regione verso le attività rivolte a garantire servizi di eccellenza ai turisti	UNICA	Consolidamento e sviluppo delle funzioni dell'assistenza sanitaria maggiormente interessate dai flussi turistici	1. realizzare un sistema regionale di monitoraggio annuale necessario per la valutazione degli interventi realizzando le prestazioni attraverso l'incrocio dei dati relativi ai flussi informativi delle schede di dimissione ospedaliera e della mobilità sanitaria interregionale; 2. definire quali prestazioni di ricovero a maggior fuga debbano essere effettivamente recuperate presso il Presidio ospedaliero attraverso il potenziamento qualitativo dell'offerta, sia con mezzi propri che attivando accordi interregionali, soprattutto con il Piemonte, e con l'Università, per portare in loco alle professionalità in campo specialistico di competenza; 3. definire, in applicazione della recente normativa statale e regionale, specifici accordi con le strutture e le regioni interessate dalla mobilità, diritti a determinare volumi di attività e tetti di spesa, e, parallelamente, sviluppare modalità di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni; 4. individuare sulla base dei dati di mobilità le strutture di attrazione con le quali sviluppare accordi per specifiche prestazioni alla cui effettuazione possa partecipare anche personale medico specialista operante nella Regione; 5. garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni di maggior fuga attraverso iniziative finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa, ad un maggiore e migliore utilizzo delle sale operatorie ed ad un arricchimento formativo dei professionisti interessati, anche acquisendo le professionalità di specialisti extraregionali per operatori, con criteri di eccellenza, presso il Presidio ospedaliero regionale; 6. intervenire sui MIMG prescittori agevolando l'interscambio di comunicazione tra gli stessi ed i medici ospedalieri al fine di migliorare il rapporto interno; 7. prevedere interventi di formazione permanente nei confronti degli operatori dei reparti soggetti a maggior fuga al fine di migliorare le competenze, le abilità cliniche, tecniche e manageriali;					
			Consolidamento e sviluppo delle funzioni dell'assistenza sanitaria maggiormente interessate dai flussi turistici	1. integrare la rete dei centri traumatologici nelle sedi dei servizi territoriali, anche attraverso il potenziamento, soprattutto nei periodi di maggior afflusso turistico, delle attività assistenziali svolte nei poliambulatori centrali, valutando l'opportunità di potenziamento e collegarli con i servizi di emergenza ed urgenza; 2. consolidare la flessibilità di risposta delle strutture del Servizio sanitario regionale alle varie esigenze assistenziali legate ai flussi turistici; 3. sviluppare la medicina temale ed approfondire i possibili sviluppi terapeutici nelle cure delle patologie;					

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi					Annotazioni	
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	I° semestre 2008		Oltre 2008
n. 16	Separare la definizione delle politiche sociali dalla realizzazione delle attività conseguenti e promuovere il coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona	A	In individuazione dei soggetti con compiti di realizzazione delle politiche sociali di livello regionale	3. istituire un gruppo di lavoro per il approfondimento degli aspetti giuridico-organizzativi funzionali ad individuare e definire i soggetti con compiti di realizzazione delle politiche sociali.	2. individuare le eventuali funzioni regionali attribuite alla definizione delle politiche (l.r. 18/2001, art. 5 nn. 1-4 e 6-9) e quelle attribuite alla loro realizzazione (l.r. 18/2001, art. 11) e stabilire gli enti locali, prestando attenzione a distinguere, tra queste, quelle di livello esclusivamente regionale, non suscettibili di frazionamento a causa del loro carattere di regionalizzazione e della complessità organizzativa e gestionale tale da non consentire ai Comuni associati nelle Comunità montane il loro esercizio economico, in termini di efficacia ed economicità.	1. completare il trasferimento delle funzioni agli enti locali secondo quanto previsto dalla l.r. 1/2002				Il raggiungimento dell'obiettivo richiede un processo complesso che prevede varie fasi di lavoro nell'ambito delle quali è necessario sviluppare processi di concertazione e condivisione con diversi attori.
				4. presentare, alla Commissione consultiva competente, entro il mese di marzo di ogni anno, contestualmente al rapporto sullo stato di attuazione dei piani di zona di emergenza abitativa e l'immigrazione;	4. predisporre e realizzare attività di accompagnamento ai processi, legati al trasferimento delle funzioni, nell'ottica di assumere un effettivo ruolo di regia;					
		B	Promozione e sviluppo, nell'ambito sanitario, dell'interdisciplinarietà e del coordinamento con le politiche per la salute, per la formazione, per il lavoro, per la ricerca, per i trasporti e per la tutela dei diritti	4. presentare, alla Commissione consultiva competente, entro il mese di marzo di ogni anno, contestualmente al rapporto sullo stato di attuazione dei piani di zona di emergenza abitativa e l'immigrazione;	5. giungere, sulla base dei dati del fenomeno, alla definizione di una legge-quadro sull'immigrazione, che favorisca l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione alla vita sociale dei migranti, nel rispetto dei loro diritti;				Le azioni previste per il raggiungimento dell'obiettivo sono già avviate per alcuni settori di intervento: politiche del lavoro, immigrazione, ecc. In particolare per quanto riguarda il problema dell'emergenza abitativa risulta fondamentale dare spazio al prima possibile affaccio. Resta inteso che il perseguimento dell'obiettivo è trasversale a tutto il triennio di validità del Piano, ponendo particolare e prioritaria attenzione ai settori del lavoro e dell'abitazione.	

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Annotazioni
				I° semestre 2006	I° semestre 2007	I° semestre 2008	II° semestre 2008	
n. 17	Definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) regionali (L. n. 42/06) assicurando l'uniformità dei servizi e delle prestazioni in ambito assistenziale e socio-educativo e anche per la parte della finanza locale, il fondo regionale per le politiche sociali	A	Definizione delle prestazioni che costituiscono i livelli essenziali	1. Provvedere alla ricognizione delle prestazioni attualmente erogate, distinguendo quelle che costituiscono il "livello minimo", costituzionalmente garantito;	2. attivare un confronto sul tema coinvolgendo tutti gli attori sociali rilevanti;		3. definire le prestazioni rese al livello regionale che costituiscono il "livello essenziale" delle prestazioni sociali, assumendo la competenza di tutti i soggetti coinvolti, e garantire la copertura finanziaria	Nel corso del 2006 sarà predisposto lo strumento necessario alla ricognizione. Il 2006 sarà dedicato alla concezione sulle modalità di definizione e le caratteristiche delle prestazioni che costituiranno il "livello essenziale" e quelle che potranno essere considerate "esigibili" secondo criteri di gradualità.
							4. definire le "attività" produttive che possono entrare nella programmazione dei servizi per divenire "esigibili" secondo criteri di gradualità, compatibilmente con le risorse disponibili (principio della c.d. "esigibilità sostenibile")	
n. 18	Assumere il territorio del distretto come ambito di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi	B	Istituzione, anche per la parte di finanza locale, del fondo regionale per le politiche sociali		1. concordare con gli enti interessati, anche per la parte di finanza locale, di un fondo vincolato all'effettivo esercizio delle funzioni socio-assistenziali e socio-educative;		2. correlare, avendo definito i livelli essenziali delle prestazioni, il fondo di finanza locale all'effettiva erogazione delle prestazioni sociali rese a livello locale;	Per il raggiungimento dell'obiettivo è necessario un processo di concertazione e condivisione con i gli Enti Locali ed i tempi di attuazione e dall'impiego di tutti i soggetti coinvolti;
							1. avviare il procedimento per la stesura dei Piani di zona (percorso di accompagnamento e successiva costituzione della Conferenza dei sindaci dell'ambito distrettuale che definisce gli indirizzi per il lavoro del "gruppo di piano");	Per la completa definizione e approvazione dei Piani di zona sarà necessario un processo di concertazione, condivisione ed un attivo impiego comune di tutti i soggetti coinvolti. Il 2006 sarà dedicato alla concezione e alla realizzazione dei percorsi intrapresi, verrà stabilito se la definizione e la successiva attuazione dei Piani di zona avverrà contemporaneamente su tutto il territorio regionale o inizialmente solo in alcuni ambiti.
n. 19	Sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi	UNICA	Sviluppo di un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi, mediante l'attivazione di una strategia di informazione in una logica di rete					
					1. attivare un gruppo di lavoro per la definizione di azioni di miglioramento in tema di informazione sociale;			
							2. coordinare i diversi punti informativi e di orientamento sociale esistenti;	
							3. sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale;	

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi					Annotazioni
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	I° semestre 2008	
n. 20	Completare la definizione degli standard delle prestazioni sociali e estendere l'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi	A	Completamento della definizione di standard delle prestazioni sociali	1. definire e applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani;	1. valutare gli esiti della sperimentazione dell'I.R.S.E.E. nel contesto delle politiche sociali, con il coinvolgimento delle parti sociali, sentita la competente commissione consultiva;	2. definire e applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la prima infanzia;			Il riferimento temporale pertiene alla definizione degli standard, mentre per la loro applicazione le tempistiche di riferimento sono: 3 anni dall'approvazione per i requisiti essenziali e 5 per quelli strutturali
		B	Consolidamento ed estensione dell'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi	1. estendere l'applicazione dell'I.R.S.E.E. ad altre aree di intervento della protezione sociale;	2. promuovere l'applicazione dell'I.R.S.E.E. ed altre aree di governo della programmazione regionale quali i trasporti, l'istruzione, la casa, ecc.;	3. promuovere l'adeguato accompagnamento dei cittadini - per la presentazione della documentazione relativa al carico dell'I.R.S.E.E. - e degli operatori - per definire l'accesso ai servizi e la contribuzione a carico degli utenti fruitori;	4. individuare i criteri per la definizione di omogenee politiche tariffarie per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, seguendo una strategia di concertazione partecipata;		
n. 21	Sviluppare la solidarietà e la responsabilità sociale secondo il principio della sussidiarietà verticale ed orizzontale	A	Promozione di un concorso regionale per le politiche giovanili	1. attivare un confronto con i soggetti pubblico e del privato sociale per individuare le esperienze attualmente esistenti in Valle d'Aosta e sollecitare il protagonismo e la responsabilità sociale dei giovani in progetti che vedano chiamati d'origine;	2. definire gli orientamenti regionali per la realizzazione di interventi nell'area giovanile, anche tenendo conto dell'esperienza europea e di altre regioni italiane;	3. costituire un coordinamento regionale che possa fungere da interfaccia con il mondo giovanile e monitorare le politiche giovanili in Valle d'Aosta;			
		B	Sostegno della famiglia come risorsa di coesione e solidarietà sociale	1. accompagnamento dell'attività del Gruppo regionale;	2. accompagnare l'applicazione dell'art. 20 della l.r. 44/98;	3. organizzazione della 3° Conferenza regionale sulla famiglia;			
		C	Sostegno in ambito regionale, nazionale ed internazionale del volontariato sociale	2. coinvolgere il volontariato nella realizzazione di iniziative di prevenzione nonché nella conoscenza e analisi dei bisogni sociali, specie dei più deprivati;	1. rafforzare la collaborazione con le forze del volontariato nella realizzazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute con particolare riferimento agli screening oncologici;	2. consolidare l'esperienza nell'ambito del progetto "Madagascar". Aiutare ospedali africani promuovendo la partecipazione all'iniziativa da parte degli operatori sanitari;	3. consolidare l'esperienza nell'ambito del progetto "Madagascar". Aiutare ospedali africani promuovendo la partecipazione all'iniziativa da parte degli operatori sanitari;	4. Proseguire nel sostegno delle iniziative tese a contrastare le situazioni di povertà ed esclusione sociale;	

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Annotazioni			
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007		I° semestre 2008	Oltre 2008	
n. 22	Attivare politiche di prevenzione del disagio minorile e giovanile mediante interventi a favore di minori e giovani in situazione di disagio	A	Prevenzione del disagio minorile e giovanile	<p>1. avviare un sistema permanente di circolazione delle informazioni relativamente alle conseguenze sanitarie, sociali e legali relative a comportamenti devianti; collaborazione con le Forze dell'Ordine, l'Azienda USL, le Istituzioni Scolastiche, il privato sociale, campagne stampa, conferenze pubbliche e iniziative di sensibilizzazione nei confronti di comportamenti devianti e alle nuove dipendenze;</p> <p>3. implementare la promozione di specifiche iniziative di sensibilizzazione nei punti di incontro privilegiati dai minori e dai giovani (discoteche, pub, centri giovani, oratori, ecc.).</p>							
				<p>1. Prevedere nuove forme di sostegno, anche economico, in favore delle famiglie affidatarie disponibili a garantire accoglienza qualificata, adottando maggiore:</p>							
		B	Realizzazione di iniziative di accoglienza di giovani ultradicotenni in situazione di disagio					<p>2. attivare una struttura residenziale temporanea (comunità di transizione per ultradicotenni) che accoglia ragazzi in età compresa tra i 16 e i 17 anni, per i quali i servizi socio sanitari territoriali o inseriti nella comunità regionale per adolescenti che non possono rientrare o restare nella famiglia di origine o presso il nucleo familiare di appartenenza, presentando la necessità di essere accompagnati e sostenuti nel raggiungimento di un sufficiente livello di autonomia personale al fine di consentire l'inserimento nella vita sociale;</p> <p>3. definire le caratteristiche delle strutture e degli obiettivi educativi della struttura;</p>			
C	Realizzazione di uno spazio supplemento di emergenza alle comunità regionali per minori, idoneo ad accogliere minori stranieri non accompagnati		<p>1. Individuare adeguati spazi per l'accoglienza di minori stranieri non accompagnati;</p>			<p>2. definire le caratteristiche degli obiettivi del servizio, anche in collaborazione con le strutture competenti in materia di istruzione e le agenzie formative;</p>				<p>3. prevedere una presa in carico del minore in collegamento con i servizi regionali interessati, in base all'età del minore segnalato;</p>	<p>La realizzazione dello spazio supplemento è collegata all'attività dell'Assessorato Territorio, ambiente e opere pubbliche.</p>

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Annotazioni				
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007					
n. 23	Sviluppare gli interventi tesi a contrastare le situazioni di bisogno sociale, con particolare attenzione alla disabilità e alla non autosufficienza	A	Sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie e potenziamento al lavoro di rete	I° semestre 2006	1. ampliare l'offerta di comunità protette per persone con disabilità e potenziare l'assistenza a quelle ricche di persone prive del sostegno familiare in considerazione dell'invecchiamento della loro aspettativa di vita e dell'invecchiamento delle loro famiglie;	I° semestre 2007	1. prevedere un servizio educativo di supporto al domicilio per offrire maggiore autonomia e potenziare al meglio le capacità lavorative e occupazionali residue delle persone disabili;	I° semestre 2008	2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale, estendendone l'offerta al distretto n. 1 (Alta Valle);	II° semestre 2008	2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale;	In tutto, il rientro sarà attivato un contratto per l'incremento dei posti presso i C.E.A. i relativi tempi non calendarizzabili e definiti a priori.
				B	Sostegno all'integrazione sociale delle persone con disabilità e il loro inserimento in contesti occupazionali	I° semestre 2006	3. promuovere, nell'ambito delle politiche del lavoro e delle attività di impresa, iniziative per favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti disabili;	I° semestre 2007	2. attivare laboratori occupazionali;	I° semestre 2008	2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale;	
n. 24	Assicurare lo sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e la soddisfazione delle esigenze della domanda di prestazioni e del soddisfacimento dei bisogni della popolazione regionale	UNICA	Monitoraggio dei fabbisogni di risorse umane e definizione di una programmazione e attuazione dello sviluppo continuo delle professionalità in ambito sanitario e sociale	I° semestre 2006	1. attivare un gruppo di lavoro per la definizione di istituzioni e non, titolari di responsabilità e competenze nel settore delle emergenze;	I° semestre 2007	2. definire, a partire dalla letteratura scientifica, i documenti delle situazioni di emergenza, dalle risorse disponibili, pubbliche e non, un modello organizzativo da sperimentare per dare risposta alle situazioni di emergenza e prevenire la vulnerabilità diffusa;	I° semestre 2008	2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale;	II° semestre 2008	2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale;	Le azioni 1., 2. e 3 sono comuni ad ogni annualità del triennio.
				C	Avvio di una sperimentazione di pronto intervento sociale	I° semestre 2006	1. attivare un gruppo di lavoro per la definizione di istituzioni e non, titolari di responsabilità e competenze nel settore delle emergenze;	I° semestre 2007	2. definire, a partire dalla letteratura scientifica, i documenti delle situazioni di emergenza, dalle risorse disponibili, pubbliche e non, un modello organizzativo da sperimentare per dare risposta alle situazioni di emergenza e prevenire la vulnerabilità diffusa;	I° semestre 2008	2. incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di posti presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale;	

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi				Annotazioni
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	
n. 25	Estendere il regime dell'autorizzazione a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo dei servizi per anziani, applicato al regime di accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale	A	<p>1. determinare, con deliberazione della Giunta regionale, i limiti quantitativi alle prestazioni sanitarie e sociali necessari a coprire il soddisfacimento di bisogni di salute e di benessere sociale;</p> <p>2. rivedere il quadro normativo regionale di riferimento per il regime autorizzativo, estendendo l'ambito di applicazione dal concetto della "presa in carico complessiva" a quello più ampio di "ricovero per la sicurezza del paziente";</p> <p>3. definire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani;</p> <p>4. ridefinire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la prima infanzia;</p> <p>5. mantenere i livelli di accreditamento attuali ed estenderlo l'accREDITAMENTO a strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative pubbliche e private;</p>	<p>2. rivedere il quadro normativo regionale di riferimento per il regime autorizzativo, estendendo l'ambito di applicazione dal concetto della "presa in carico complessiva" a quello più ampio di "ricovero per la sicurezza del paziente";</p> <p>3. predisporre la normativa in materia di accreditamento dei professionisti in ambito sanitario e sociale, in presenza di linee guida definite a livello statale;</p>	<p>3. predisporre la normativa in materia di accreditamento dei professionisti in ambito sanitario e sociale, in presenza di linee guida definite a livello statale;</p>	<p>5. ridefinire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani e per la prima infanzia;</p>	<p>6. definire ed applicare norme regionali per l'attività di day-surgery;</p>	
			<p>2. introdurre e diffondere la tessera sanitaria (TS) per l'accesso ai servizi sanitari regionali;</p> <p>3. integrare l'anagrafe degli assistiti del Servizio sanitario regionale (SSR) e degli assistiti dei servizi sociali con l'anagrafe regionale delle informazioni anagrafiche (CSIA);</p> <p>4. estendere in senso verticale ed orizzontale il sistema informativo di collegamento telematico dei medici di medicina generale (IMG) ai centri di diagnostica per immagini (PIS) e alle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali;</p> <p>5. estendere il sistema anagrafico di base dell'assistenza sociale in ambito regionale finalizzato alla progettazione ed all'allineamento rispettivamente dei nuovi e degli esistenti sistemi gestionali per l'erogazione di prestazioni sociali complesse;</p>	<p>4. consolidare il sistema informativo aziendale ospedaliero e territoriale;</p> <p>7. realizzare un sistema informativo regionale sugli interventi di prevenzione e di cura, con l'obiettivo di produzione degli allarmi;</p>	<p>1. sviluppare interventi di realizzazione di infrastrutture telematiche ad alta velocità, anche nel settore dell'assistenza sanitaria e sociale;</p> <p>4. sviluppare il sistema anagrafico di base dell'assistenza sociale in ambito regionale finalizzato alla progettazione ed all'allineamento rispettivamente dei nuovi e degli esistenti sistemi gestionali per l'erogazione di prestazioni sociali complesse;</p>	<p>1. sviluppare interventi di realizzazione di infrastrutture telematiche ad alta velocità, anche nel settore dell'assistenza sanitaria e sociale;</p>	<p>1. consolidare la normativa regionale in materia di accreditamento al fine di orientare la programmazione sanitaria e sociale e di assicurare il soddisfacimento dei bisogni di qualità percepita da parte della popolazione;</p>	
n. 26	Estendere la rete dei sistemi informativi sanitari e sociali, favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e di sostenere i processi di programmazione e di sviluppo delle risorse umane, economiche e tecnologiche in ambito sanitario e sociale	A	<p>1. introdurre l'utilizzo della firma digitale per gli operatori, su piattaforma MEDTRAK mediante la progressiva integrazione dei sistemi informativi regionali e dei Servizi sociali regionali;</p> <p>3. aderire, nell'ambito del progetto "matrone 1", al sistema informativo nazionale di classificazione delle strutture sanitarie;</p> <p>4. consolidare il sistema informativo aziendale ospedaliero e territoriale;</p> <p>7. realizzare un sistema informativo regionale sugli interventi di prevenzione e di cura, con l'obiettivo di produzione degli allarmi;</p>	<p>1. introdurre l'utilizzo della firma digitale per gli operatori, su piattaforma MEDTRAK mediante la progressiva integrazione dei sistemi informativi regionali e dei Servizi sociali regionali;</p> <p>3. aderire, nell'ambito del progetto "matrone 1", al sistema informativo nazionale di classificazione delle strutture sanitarie;</p> <p>4. consolidare il sistema informativo aziendale ospedaliero e territoriale;</p> <p>7. realizzare un sistema informativo regionale sugli interventi di prevenzione e di cura, con l'obiettivo di produzione degli allarmi;</p>	<p>1. introdurre l'utilizzo della firma digitale per gli operatori, su piattaforma MEDTRAK mediante la progressiva integrazione dei sistemi informativi regionali e dei Servizi sociali regionali;</p> <p>3. aderire, nell'ambito del progetto "matrone 1", al sistema informativo nazionale di classificazione delle strutture sanitarie;</p> <p>4. consolidare il sistema informativo aziendale ospedaliero e territoriale;</p> <p>7. realizzare un sistema informativo regionale sugli interventi di prevenzione e di cura, con l'obiettivo di produzione degli allarmi;</p>	<p>5. estendere e revisionare i sistemi informativi relativi alla gestione delle graduatorie regionali per medici di medicina generale (MMG) nonché alla SDO ed alla mobilità sanitaria;</p>	<p>8. consolidare e sviluppare una banca dati unica delle prestazioni rese dal Servizio sanitario regionale (c.d. "data warehouse socio-sanitario regionale") e del personale del Servizio sanitario regionale (c.d. "data warehouse del personale del Servizio sanitario regionale"), anche con riferimento alla programmazione ed alla gestione della formazione continua del personale sanitario (c.d. sistema ECM);</p>	
			<p>9. sviluppare sistemi di controllo a supporto dei principali applicativi di gestione di servizi di assistenza sociale, con particolare riferimento ai servizi di affido, all'assistenza per le persone disabili mediante la classificazione internazionale (ICF) ed all'assistenza residenziale per le persone anziane;</p> <p>10. progettare e realizzare un sistema di gestione per l'erogazione di benefici economici aventi natura socio-assistenziale e di un sistema informativo orientato a supportare le pratiche di assistenza economica per gli invalidi civili;</p>	<p>5. estendere e revisionare i sistemi informativi relativi alla gestione delle graduatorie regionali per medici di medicina generale (MMG) nonché alla SDO ed alla mobilità sanitaria;</p>	<p>8. consolidare e sviluppare una banca dati unica delle prestazioni rese dal Servizio sanitario regionale (c.d. "data warehouse socio-sanitario regionale") e del personale del Servizio sanitario regionale (c.d. "data warehouse del personale del Servizio sanitario regionale"), anche con riferimento alla programmazione ed alla gestione della formazione continua del personale sanitario (c.d. sistema ECM);</p>			

Numero obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi						Annotazioni	
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	I° semestre 2008	II° semestre 2008		
n. 27	Realizzare l'unificazione delle sedi ospedaliere al fine di organizzare le attività in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate	UNICA	Ammodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio	<p>1. realizzare lo studio di fattibilità previsto dall'articolo 3, comma 3, della legge regionale 27/2004 che prende in considerazione le diverse ipotesi progettuali dell'ammodernamento delle sedi ospedaliere in un unico presidio;</p> <p>2. avviare - in collaborazione con le istituzioni competenti - all'Amministrazione regionale procedure per accedere a fonti alternative di finanziamento dell'intervento, con particolare riferimento a quelle previste dall'Unione Europea;</p>	<p>4. avviare e realizzare la progettazione delle opere di edilizia sanitaria necessarie per realizzare la concentrazione delle funzioni ospedaliere per acuti rese dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;</p>	<p>5. avviare la realizzazione delle opere di edilizia sanitaria necessarie per realizzare la concentrazione delle funzioni ospedaliere per acuti rese dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;</p>					
n. 28	Sostenere il processo di rinnovamento tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie regionali commisurato al grado di innovazione tecnologica organizzativa prevalente in ambito sanitario	UNICA	Conclusioni degli studi di fattibilità, ristrutturazione e di manutenzione straordinaria presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta ed attuazione di progetti di riqualificazione delle reti assistenziali sanitarie territoriali	<p>3. individuare ed utilizzare forme ad evidenza pubblica di affidamento della progettazione e della realizzazione dell'intervento, nei modi certi di conclusione dell'intervento;</p>	<p>4. definire un accordo contrattuale con l'Azienda U.S.L. per la disciplina della presenza stabile del personale regionale nelle strutture ospedaliere e territoriali in possesso dell'Azienda stessa;</p>	<p>5. adottare formalmente, in accordo con l'Azienda U.S.L., strumenti per la valutazione propedeutica all'acquisto di tecnologie da parte dell'Azienda U.S.L. (train technology assessments);</p>	<p>6. accedere ai nuovi sistemi informativi per la gestione dei servizi sanitari, strumenti strutturali e tecnologici di manutenzione straordinaria da investire in sanità e per la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;</p>	<p>8. predisporre strumenti amministrativi e finanziari per la gestione dei programmi degli interventi di manutenzione straordinaria da realizzare da parte dell'Azienda U.S.L., inclusi di quelli conclusivi della c.d. "terza fase";</p>	<p>3. realizzare da parte dell'Azienda U.S.L. gli interventi di edilizia sanitaria cofinanziati dallo Stato, con particolare riferimento all'adeguamento del presidio ospedaliero di Viale Ginevra alla normale attività, alla realizzazione di spazi dedicati alla libera professione intramuraria, alla realizzazione dell'Hospice per la cura dei malati terminali ed alle restanti opere previste dalla terza fase degli interventi presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra;</p>	<p>6. realizzare, da parte della Regione, una struttura a ciclo diurno o continuativo da adibire a residenza sanitaria assistenziale (RSA) nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze; 7. attivare procedure per l'accesso ai finanziamenti previsti a livello europeo o statale in materia di edilizia sanitaria;</p>	<p>L'azione 1, "adottare un modello di riferimento per l'esecuzione degli interventi in strutture sanitarie che preveda: in capo alla struttura regionale del Dipartimento di sanità pubblica, le competenze di programmazione e di controllo degli interventi in materia di edilizia sanitaria, in capo alle strutture regionali, competenti in materia di opere pubbliche, competenze per l'esecuzione di opere di nuove concezioni, in ambito sanitario, le competenze in materia ed amministrative dell'Azienda U.S.L. competenze per l'esecuzione di opere di manutenzione straordinaria ed ordinaria in ambito sanitario" è comune al presente riferimento.</p>

Numero Obiettivo	Descrizione dell'obiettivo	Lettera attività	Descrizione dell'attività	Tempi						Annotazioni
				I° semestre 2006	II° semestre 2006	I° semestre 2007	II° semestre 2007	I° semestre 2008	II° semestre 2008	
n. 29	Dotare la rete dei servizi sociali di strutture logistiche adeguate a sostenere il processo di decentramento dell'assistenza sociale	UNICA	<p>1. completare il trasferimento agli enti gestori dei beni immobili di proprietà regionale destinati all'assistenza delle persone anziane e disabili dell'art. 40 della legge regionale n. 5/2000 e successive modificazioni;</p> <p>2. adattare un programma pluriennale di finanziamento degli interventi di adeguamento funzionale delle strutture socio-sanitarie, anche in relazione ai fabbisogni derivanti dall'applicazione degli standard strutturali ed organizzativi per il finanziamento delle strutture stesse;</p> <p>3. adottare un programma pluriennale di finanziamento degli interventi di realizzazione delle strutture socio-sanitarie in particolare riferimento agli asili nido;</p> <p>4. avviare la progettazione e le opere di realizzazione dei due nuovi centri educativi assistenziali (CEA) nel comune di Hône e nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze;</p>	<p>5. definire - in accordo con il Consiglio permanente degli enti locali - procedure che disciplinino la compressione degli operatori sanitari e sociali, appartenenti anche ad enti diversi, all'interno delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, in relazione alle condizioni di lavoro e favorendo l'integrazione socio-sanitaria;</p>	<p>6. individuare formule per l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per le spese sanitarie e sociali, al fine di alleviare il carico finanziario sul bilancio regionale.</p>	<p>6. individuare formule per l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per le spese sanitarie e sociali, al fine di alleviare il carico finanziario sul bilancio regionale.</p>	<p>Le azioni 1., 2., 3 e 4, sono comuni ad ogni annualità del triennio.</p>			
n. 30	Sostenere con adeguate risorse finanziarie le azioni del presente Piano	UNICA	<p>7. prevedere formule amministrative che, con gradualità, condizionino l'accesso ai servizi regionali da parte degli enti erogatori di servizi sanitari e sociali al possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di autorizzazione e di accreditamento, allo scopo di progressivamente il livello qualitativo;</p> <p>8. avviare in collaborazione con le strutture interne ed esterne all'Amministrazione regionale - procedure per accedere a fonti alternative di finanziamento del sistema socio-sanitario regionale, con particolare riferimento a quelle di provenienza dall'Unione europea;</p>	<p>7. prevedere formule amministrative che, con gradualità, condizionino l'accesso ai servizi regionali da parte degli enti erogatori di servizi sanitari e sociali al possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di autorizzazione e di accreditamento, allo scopo di progressivamente il livello qualitativo;</p>	<p>5. istituire, anche per la parte di finanza locale, il Fondo regionale per le politiche sociali, come già riportato nell'obiettivo specifico;</p>	<p>6. individuare formule per l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per le spese sanitarie e sociali, al fine di alleviare il carico finanziario sul bilancio regionale.</p>	<p>Le azioni 1., 2., 3 e 4, sono comuni ad ogni annualità del triennio.</p>			