

PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2011-2013

Approvato con legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34



Région Autonome
Vallée d'Aoste
Regione Autonoma
Valle d'Aosta

Assessorat de la Santé,
du Bien-être et des
Politiques Sociales
Assessorato Sanità,
Salute e Politiche Sociali



PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2011-2013

Approvato con legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34



Région Autonome
Vallée d'Aoste
Regione Autonoma
Valle d'Aosta

Assessorat de la Santé,
du Bien-être et des
Politiques Sociales
Assessorato Sanità,
Salute e Politiche Sociali

In copertina:

Saint Vincent, Moulin 1910, Archives Assessorat Éducation et Culture, Fonds D'Hérin Seris;
Francisco De Souza, Fotografie senza confini, 2008/2009;
I valori e i concetti guida del Piano 2011-2013.

“

La promozione della salute è il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Per consentire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvi.

La salute è pertanto vista come risorsa della vita quotidiana non come obiettivo di vita.

La promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere

”

Organizzazione Mondiale della Sanità

Préambule

Le Plan 2011-2013 pour la santé et le bien-être social des Valdôtains naît en une période particulière, caractérisée par une *crise financière* généralisée, qui dure, et également par de grands changements constitutionnels, orientés vers une réforme fédéraliste de l'Etat qui maintient cependant, aujourd'hui encore, de fortes tendances centralisatrices. Le fédéralisme, dont on ne connaît à l'heure actuelle que le principe d'application dans le domaine fiscal, évoluera vers des formes de gouvernement et de contrôle qui risquent de modifier les mécanismes actuels d'autodétermination en matière de conception d'un système de santé régional de welfare. En outre, la crise économique, même lorsque le cap le plus difficile sera passé, continuera probablement à produire des effets et à influencer les mécanismes de production et de consommation de biens et de services sanitaires et sociaux.

La prise de conscience de ces deux dynamiques complexes est absolument indispensable pour mener à bien notre démarche de définition partagée des priorités, des compétences et des ressources nécessaires à la durabilité des *systèmes régionaux autonomistes*, et ce, justement en raison du principe de subsidiarité sur lequel toute vision fédéraliste devrait se fonder.

Au cours des années à venir, le partage unanime d'un parcours à réaliser ensemble, de façon responsable, en vue de la sauvegarde de la santé et du bien-être de la population valdôtaine, pourra constituer un atout et un point d'excellence pour

défendre les prérogatives de notre autonomie, sur le plan national éventuellement.

L'instabilité de la conjoncture économique actuelle et des équilibres institutionnels – plus fragiles aujourd'hui qu'ils ne l'ont été depuis des décennies – ne détournent pas notre attention des principes de base que le service socio-sanitaire régional a toujours partagés et défendus – en engageant notamment une somme importante pro capite –, à savoir *la centralité des besoins de la personne et de la famille*.

Garantir la santé et le bien-être dans un *territoire de montagne* implique la prise en considération de certaines caractéristiques spécifiques: profils épidémiologiques, équilibres organisationnels et fonctionnels, réseaux sociaux ou capital humain, mobilité et accès aux services ou aux opportunités offertes. Le tout se traduit par des dépenses qui, toutes choses égales, sont jusqu'à 25% plus élevés que celles des zones urbaines ou des zones de plaine. La connaissance des spécificités du «*Système Vallée d'Aoste*», ainsi que des nombreuses potentialités et valeurs qui le caractérisent, nous a amenés à tracer, dans ce programme, les grandes lignes du nouveau Plan et à définir les orientations que nous entendons suivre pour améliorer notre capacité de réponse institutionnelle aux besoins des citoyens valdôtains, dans le respect des critères d'équité, d'efficacité, d'efficience et d'économicité.

L'assesseur
ALBERT LANIÈCE

Premessa



Il Piano per la salute e il benessere sociale dei valdostani per il triennio 2011-2013 si forma in un momento particolare, caratterizzato da un lato da una *crisi finanziaria* generalizzata e non ancora conclusa e, dall'altro, da ampie svolte costituzionali rivolte a una *riforma federalista* dello Stato, che mantiene però, ancora oggi, forti valenze centriste. Il federalismo, di cui si conosce al momento solo un principio di applicazione in ambito fiscale, evolverà in forme di governo e controllo che potrebbero modificare gli attuali meccanismi di autodeterminazione nella progettazione di un sistema regionale di welfare. Inoltre, la crisi economica, anche dopo il superamento del punto massimo di criticità, continuerà verosimilmente a produrre effetti, condizionando i meccanismi di produzione e di consumo di beni e servizi di tipo sanitario e sociale.

La consapevolezza di queste due complesse dinamiche in corso è un elemento imprescindibile del percorso utile all'individuazione condivisa delle priorità, delle competenze e delle risorse necessarie alla sostenibilità dei *sistemi regionali autonomisti* e ciò proprio in ragione del principio di sussidiarietà su cui ogni visione realmente federalista dovrebbe fondarsi.

La condivisione unanime di un percorso da compiere insieme, responsabilmente, a tutela della salute e del benessere della popolazione valdostana potrà, nel corso di questi anni, rappresentare un punto di forza e di eccellenza, anche in

sede nazionale, nel difendere le prerogative della nostra Autonomia.

L'instabilità dell'attuale congiuntura economica e l'incertezza degli assetti istituzionali – certamente tra le più delicate degli ultimi decenni – non distruggono la nostra attenzione dai principi istitutivi che il servizio socio-sanitario regionale ha da sempre condiviso e sostenuto, anche attraverso un'importante spesa pro capite: *la centralità del bisogno della persona e della famiglia*.

Erogare salute e benessere in un *territorio di montagna* presenta inoltre le sue specificità, che constano di profili epidemiologici come di assetti organizzativi e funzionali; di reti sociali come di capitale umano; di mobilità come di accessibilità ai servizi e alle opportunità offerte. Il tutto, traducibile in costi che, a parità di altre condizioni, sono fino al 25% più elevati di quelli sostenuti in territori pianeggianti o urbani.


La consapevolezza delle specificità del *"Sistema Valle d'Aosta"* e delle sue numerose potenzialità e valori, ci ha portato a tracciare, in questo documento programmatico, le direttrici principali del nuovo Piano, definendo gli orientamenti e gli indirizzi con cui s'intende procedere per migliorare la capacità di risposta istituzionale ai bisogni dei cittadini valdostani, secondo equità e criteri di maggiore efficacia, efficienza ed economicità.

L'assessore
ALBERT LANIÈCE


Indice

Principi e i valori di riferimento	11
Metodo e contenuti	15
Le risorse finanziarie	16
Gli investimenti	20
La razionalizzazione dei processi di spesa	21
Le risorse umane	24
Le risorse tecnologiche	26
Attuazione della pianificazione precedente e criticità residue	29
Le direttrici strategiche	31


1 Presidiare l'**EQUITÀ** nella salute e nell'accesso appropriato ai servizi 35

Perché l'Equità	35
L'Equità nella salute	35
– La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	36
– Il diritto alla salute e la prevenzione	37
L'Equità nel Benessere sociale	38
– La progettazione delle prestazioni sociali	38
– La compartecipazione dei cittadini alla spesa sociale	39
 Le Operatività	40


2 Garantire e misurare la **QUALITÀ** del servizio sanitario e sociale 43

Perché la Qualità	43
La Qualità nella salute	43
– Il governo clinico e la valutazione delle performance	44
– La ricerca clinica	45
– La degenza ospedaliera	45
– Il rischio clinico	46
– Il trattamento del dolore	47
– Le reti per la qualità clinica	47
– I tempi di attesa per le prestazioni	48
– La mobilità sanitaria interregionale e internazionale	48
– Le medicine non convenzionali	49
– La sicurezza alimentare	50
La Qualità nel Benessere sociale	50
– La valutazione del bisogno	50
– La valutazione dei progetti e dei servizi sociali	51
L'autorizzazione e l'accreditamento regionale	53
 Le Operatività	54


3 Creare **ALLEANZE** responsabili tra tutti gli attori del Sistema **61**

Perché le Alleanze	61
Le Alleanze per la Salute	62
– La salute in tutte le politiche, le istituzioni e gli interventi pubblici	62
– L’igiene ambientale e la sicurezza sui luoghi di lavoro	62
– Promuovere la salute in rete	63
– Alleanza tra medico e cittadino	65
– Le emergenze sanitarie e l’osservatorio veterinario.	65
– Gli animali d’affezione.	66
Le Alleanze per il Benessere sociale	67
– Alleanze per il sostegno alla famiglia	67
– L’emergenza abitativa	67
– Alleanza con la famiglia per ogni cittadino in condizione di disagio	68
– I minori in difficoltà	68
– Alleanze di progettualità sociale responsabile	69
 Le Operatività	70


4 Orientare alla **SEMPLIFICAZIONE** e alla prossimità i servizi per il cittadino **75**

Perché la Semplificazione	75
La Semplificazione per la Salute	76
La Semplificazione per il Sociale	76
 Le Operatività	77

5 Valorizzare le **COMPETENZE** dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere **79**


Perché le Competenze	79
Le Competenze per la Salute	79
– Investire sulla salute e il benessere dei giovani	80
– La formazione in sanità	81
Le Competenze per il Benessere sociale	82
– Investire sulla cittadinanza attiva dei giovani	82
– Valorizzare gli anziani attivi	83
– La formazione nel sociale	83
 Le Operatività	85

6 Configurare un **AMBITO TERRITORIALE** sempre più interprete e attore del bisogno **89**

Perché il Territorio	89
L’ambito della salute e l’integrazione dei bisogni	89
– L’appropriatezza e la valorizzazione nella medicina territoriale	90
– La medicina d’iniziativa e i nuovi modelli di assistenza primaria	91
Il Territorio espressione e valutazione del bisogno sociale	92
– Il segretariato sociale	92
– Il Pronto intervento sociale	92
 Le Operatività	94

7 Tutelare le **FRAGILITÀ** e valorizzare ogni persona, con attenzione alle prime e alle ultime fasi della vita

97

Perché la Fragilità.	97
– Le prime fasi della vita	98
– Le ultime fasi della vita	99
– La disabilità	100
– La salute in carcere	102
– Il disagio familiare	103
– Le dipendenze patologiche	103
– La salute mentale	104
– L’immigrazione	104
– Il disagio economico	105
 Le Operatività	106
Indice analitico	111

Principi e valori di riferimento

Il "Sistema Valle d'Aosta" in materia di salute e benessere sociale è da sempre orientato alla centralità della *persona* e della *famiglia* nelle diverse fasi della vita e all'attenzione per il *territorio* quale elemento importante e decisivo per le modalità con cui nascono e si manifestano i diversi bisogni. La persona, qualunque sia la sua condizione di status o il suo bisogno, assume valore assoluto nel rispetto della sua unicità. Quello valdostano è quindi un sistema non solo "dei servizi" ma anche *dei valori*, orientato alla costante ricerca dell'equità, della qualità, della responsabilità e della sostenibilità.

Principi che costituiscono un importante elemento di continuità con tutti i precedenti documenti di programmazione socio-sanitaria regionale.

EQUITÀ

L'universalità di accesso e la solidarietà sociale sono il fondamento del sistema pubblico regionale, ma universalità e solidarietà non comportano il dovere di erogare tutto a tutti, bensì il *garantire a ciascuna persona ciò di cui ha bisogno, per essere resa – quanto più possibile, nella salute o nello stato di benessere – uguale a tutti*.

Le principali cause delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sono prodotte da fattori sociali (istruzione, posizione professionale, reddito, reti familiari e capitale umano). Occorre continuare a monitorarne gli effetti nei sottogruppi di popolazione più debole e svantaggiata al fine di contrastarne nel tempo, con azioni mirate, gli effetti indesiderati e favorire, in ciascuna persona, i requisiti necessari affinché possa (ri)costituirsi come principale risorsa di se stessa. Per farlo è necessario operare affinché *la salute e il benessere sociale* siano promossi non solo in ciascun individuo – sempre più responsabile e competente – ma *in tutte le politiche pubbliche rivolte alla persona* (dal lavoro ai trasporti, dalla casa all'istruzione) e *a tutti i livelli*: regionale, distrettuale e comunale.

Accessi semplificati ai servizi e alle prestazioni, possibilità di utilizzo delle tecnologie informatiche, abbattimento delle barriere culturali, organizzative, funzionali e geografiche, possono contribuire in maniera importante alla riduzione delle disuguaglianze e all'aumento dell'equità della salute e del benessere sociale nella popolazione regionale. Parallelamente, occorre eseguire analisi oggettive dell'offerta di prestazioni, correlandola a variabili epidemiologiche e demografiche, confrontandola con realtà standard omogenee, al fine di riequilibrare l'assetto organizzativo in funzione dei reali bisogni di salute.

QUALITÀ

Il "Sistema Valle d'Aosta" intende garantire e migliorare ulteriormente la qualità dei servizi sia in ambito sanitario, sia in quello sociale o nella sua forma integrata.

In sanità la qualità è il grado di miglioramento che i servizi producono nel raggiungimento degli obiettivi di salute auspicati rendendoli coerenti con lo stato attuale delle conoscenze e della tecnica professionale. In questo senso, la qualità è soprattutto un dovere morale se consideriamo che il fine del sistema sanitario è di dare cura alla persona nel rispetto della sua identità. Qualità, quindi, come sicurezza e affidabilità tecnologica e clinica, ma anche come continua ricerca dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica e dell'adozione di raccomandazioni cliniche secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze. Ma qualità significa anche informazione corretta al cittadino. La

trasparenza nei criteri e la comunicabilità istituzionale delle scelte sono, infatti, assunti imprescindibili della garanzia di sicurezza verso ogni persona. Ciò sia che si tratti di informazioni complesse, legate all'orientamento clinico del trattamento cui la persona si sta sottoponendo, sia situazioni delicate, pertinenti alla sfera etica, quando si chiede al paziente di essere cosciente e consapevole delle cure e dei rischi, fino ai casi più complessi e specifici della consulenza su situazioni cliniche che presentano delle questioni di carattere morale.

La qualità attiene, infine, anche alla semplicità delle procedure di accesso. Semplificare l'accesso ai servizi garantisce più certezza negli esiti, più rispetto verso il portatore di un bisogno e più qualità nella relazione tra il portatore di un bisogno e la figura o l'ente preposto a soddisfarlo.

Nei servizi sociali il miglioramento della qualità richiede l'introduzione di metodi di valutazione quantitativi e qualitativi, anche attraverso opportune azioni di partenariato, che possono contribuire a elaborare standard qualitativi concordati con l'utenza. Inoltre, la qualità nei servizi sociali d'interesse collettivo comporta un loro crescente coordinamento e integrazione, in particolare per quelli rivolti ai soggetti più svantaggiati e ciò anche al fine di favorirne il reintegro sociale e le pari opportunità. La qualità dei servizi sociali comporta, infine, anche la diffusione di una cultura etica e responsabile dei servizi che, nell'accogliere le richieste di cittadini e operatori, raccorda le esigenze della pianificazione regionale con le linee d'indirizzo e gli strumenti per la pianificazione di zona, garantendo a tutti i residenti l'uniformità di trattamento nei servizi presenti sul territorio regionale.

RESPONSABILITÀ

Ciascun ambito d'intervento pubblico richiama il senso di responsabilità che deve denotare l'agire istituzionale. A tutti gli attori del Sistema devono essere chiari – perché condivisi – i diritti e i doveri in modo responsabile e solidale, perché l'ambito d'intervento della salute e del benessere è un ambito il cui sostentamento è garantito dalla finanza pubblica, che trae alimento dal prelievo fiscale.

Responsabilità, quindi, come garanzia di eticità e qualità del sistema, di umanizzazione delle cure e degli interventi, di tempestività della risposta e di efficacia della stessa, di assenza di sprechi, di rispetto e invito alla partecipazione nelle decisioni, ma anche di richieste responsabili e documentate sui bisogni e sulle loro priorità.

SOSTENIBILITÀ

La sostenibilità del Sistema per la Salute e il Benessere sociale della Valle d'Aosta comporta la *sostenibilità delle decisioni assunte in funzione della certezza delle risorse disponibili*, intese non solo come risorse finanziarie, ma anche umane, strutturali e tecnologiche necessarie a rispondere, con efficacia ed efficienza ai bisogni dei valdostani. Nessuna programmazione responsabile è indipendente dalle risorse a disposizione per il raggiungimento dei risultati condivisi e attesi. Occorrerà monitorare l'evolversi degli assetti istituzionali in senso federale al fine di mantenere quanto più possibile inalterato il sistema di garanzie fino ad oggi alla base dell'insieme regionale di servizi e prestazioni esigibili da ciascun residente e costituenti l'insieme dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli delle prestazioni sociali regionali. Ciò affinché il cittadino diventi sempre più consapevole del suo bisogno e sappia portarlo all'attenzione dei servizi e degli operatori preposti a soddisfarlo in modo efficace, responsabile e appropriato. Dall'altro, occorre che anche gli operatori siano resi più partecipi e consapevoli dei processi che generano all'interno del Sistema, in modo che vi sia coerenza e armonia tra gli obiettivi, i ruoli e i beneficiari degli interventi. Il tutto,

con un'attenzione particolare ai processi di spesa generati. In questo senso la sostenibilità diventa l'esito auspicato della ricerca di livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica, che possono essere conseguiti anche con corrispondenti interventi di appropriatezza organizzativa e funzionale.

Il presente documento si configura pertanto come strumento d'indirizzo e di governo per la salute e per il benessere sociale dei valdostani nel triennio 2011-2013, nella consapevolezza che esso costituisce anche un'occasione preziosa per adottare strumenti in grado di esercitare pressioni selettive sul Sistema sanitario e sociale regionale, finalizzate a migliorarne la qualità, disincentivare le cattive pratiche e a incoraggiare le buone, a vantaggio della società valdostana.



METODO E CONTENUTI

I Temi

A fronte dei principi e dei valori fin qui espressi, che segnano *la continuità* con i precedenti documenti di programmazione regionale, anche *sotto il profilo del metodo*, il Piano regionale per la Salute e il Benessere sociale 2011-2013 integra, o aggiorna, obiettivi già previsti e ancora validi del Piano 2006-2008 all'interno di un più ampio processo programmatico a costruzione progressiva, che rinvia a successivi atti deliberativi e a successivi provvedimenti legislativi, ogni specificazione inerente agli aspetti gestionali e operativi, ivi incluse le risorse necessarie all'attuazione. Per la sanità ciò si attua principalmente attraverso lo strumento dell'Accordo di Programma, previsto dall'art.7 dalla legge regionale 25 gennaio 2000, n.5.

Sotto il profilo dei contenuti, coerentemente con una programmazione di continuità, si conferma, anche per il triennio 2011-2013 quanto previsto dal Piano regionale per la Salute e il Benessere sociale 2006-2008 su molti temi e ambiti di governo che sono da considerarsi ancora attuali. In particolare in materia di:

- *Razionalizzazione dell'attività di prevenzione e cura* secondo i principi della medicina basata sulle evidenze e secondo approcci basati sull'appropriatezza clinica, che potranno essere meglio perseguiti anche attraverso riorganizzazioni funzionali e organizzative;
- *Adozione di linee guida e buone pratiche*, laddove disponibili, sia in ambito sanitario, come attuazione della razionalizzazione di cui al precedente punto, sia nell'ambito dei progetti nel sociale;
- *Prevenzione selettiva*, ossia azioni non solo orientate a specifici ed oggettivi bisogni di salute (collegati alle principali cause di morte e di morbosità), ma anche, all'interno di questi, selezionate per gruppi di popolazione a maggiore o minore vantaggio sociale, in quanto portatori di livelli di rischio diversi;
- *Sicurezza alimentare* garantita dall'osservanza delle indicazioni della normativa comunitaria;
- *Potenziamento della continuità assistenziale e della domiciliarità delle cure*, da preferire alla residenzialità a parità di sicurezza clinica e, più in generale, *sviluppo della medicina territoriale*, anche mediante il potenziamento delle *forme associative* nella medicina primaria;
- *Mantenimento delle attuali eccellenze in ambito ospedaliero* e contenimento della mobilità passiva;
- *Sostegno al processo di rinnovamento strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie presenti*, orientandole a criteri e standard di eccellenza;
- *Autorizzazione e accreditamento*, procedure da estendere ulteriormente a garanzia del livello di qualità delle prestazioni e da subordinare a precise indicazioni sui fabbisogni stabiliti dalla Giunta regionale;
- *Investimenti in ambito sanitario* attraverso la realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale per acuti e la prosecuzione dei piani di intervento edilizio previsti per le strutture residenziali in ambito distrettuale destinate alla presa in carico della non autosufficienza e della cronicità;
- *Politiche sociali orientate alla solidarietà e al principio della sussidiarietà orizzontale e verticale*, specie per quanto riguarda i progetti in favore dei giovani e della famiglia, oltre che orientate a *intercettare precocemente le forme di disagio*, dando ad esse risposte il più possibile unitarie;
- *Politiche integrate nel contrasto della disabilità e della non autosufficienza*, orientate sempre alla valorizzazione della persona, qualunque sia la sua condizione di salute o di funzionalità residua;
- *Sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e sociali*, sulla base delle esigenze della domanda di prestazioni e del soddisfacimento dei bisogni della popolazione regionale.

I Riferimenti Normativi

Sotto il profilo normativo il presente Piano è coerente con quanto prodotto in questi ultimi anni sia a livello nazionale, sia a livello regionale in materia di salute e benessere sociale.

A livello nazionale i documenti più recenti che hanno ispirato i contenuti del Piano sono:

- “Il Patto per la Salute 2010-2012” (per la parte dei principi), sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 3 dicembre 2009;
- “Il documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012”, comunicato dal Ministro della salute alla Conferenza Stato Regioni ad aprile 2010, successivamente modificato nel mese di settembre 2010 con differimento del triennio al 2011-2013.

A ciò si aggiungono i molteplici accordi e le intese tra Governo, Regioni e Province autonome relativi alle diverse aree di competenza, nonché la legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale, attuativa delle disposizioni contenute nell’articolo 119 della Costituzione.

Il presente Piano è infine coerente alla normativa regionale recentemente prodotta, tra cui si citano, per la loro valenza trasversale a diversi ambiti:

- legge regionale del 18 aprile 2008, n. 14, *“Sistema integrato di interventi e servizi a favore delle persone con disabilità”*
- legge regionale del 23 gennaio 2009, n. 1 *“Misure regionali straordinarie e urgenti in funzione anti crisi per il sostegno alle famiglie e alle imprese”*
- legge regionale del 23 dicembre 2009, n. 52 *“Interventi regionali per l’accesso al credito sociale”*
- legge regionale del 18 gennaio 2010, n. 2 *“Proroga, per l’anno 2010, delle misure straordinarie e urgenti in funzione anti crisi per il sostegno alle famiglie e alle imprese di cui alla legge regionale 23 gennaio 2009, n.1, ed altri interventi”*

LE RISORSE FINANZIARIE

Quello attuale è il tempo della realizzazione di importanti riforme istituzionali e costituzionali. È il tempo dell’attuazione di un federalismo, inizialmente solo fiscale – e per alcuni versi già presente in Valle d’Aosta – ma che, necessariamente, diverrà a breve anche istituzionale, definendo modelli e standard che dovranno essere compatibili con le realtà regionali e le storie di Autonomia, come quella valdostana. Questo processo, certamente non privo di effetti sulle politiche di medio e lungo periodo, deve tuttavia rappresentare l’occasione per una nuova e più matura consapevolezza delle reali potenzialità regionali di sviluppo e di sostegno agli attuali modelli sociali. Un compito, oltre che un passaggio, al quale non solo la Valle d’Aosta non può sottrarsi ma che, ben governato, diverrà motivo di rafforzamento della sua specificità e Autonomia. È opportuno ricordare, infatti, che per il governo e la gestione della salute dei valdostani, dal 1994 la Regione ha rinunciato ai trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale provvedendo con risorse proprie e che, anche per le politiche sociali, la quota proveniente dal competente Fondo Nazionale ammonta a meno del 3% del totale della spesa per i servizi regionali offerti.

Garanzia e sostenibilità del Sistema regionale per la salute e il benessere sociale devono tuttavia poter trovare, anche per il futuro, un giusto equilibrio tra il limite al prelievo fiscale e la crescente domanda e consumo di servizi e prestazioni.

Solo così il sistema delle garanzie sociali e dei diritti esigibili può essere duraturo e stabile, consapevoli anche dell'esistenza, in altre regioni del nord, di scenari alternativi che utilizzano il ricorso a fondi integrativi per le cure sanitarie.

La ricognizione dei fondi regionali complessivamente impiegati nell'ultimo quadriennio nei diversi settori di competenza presenta il seguente quadro di sintesi:

ESERCIZI FINANZIARI				
	2006	2007	2008	2009
Spese totali a carico del bilancio regionale	2.442.239.000	2.481.988.000	2.747.455.000	2.657.137.000
VALORI ASSOLUTI				
Spese per la salute				
corrente	261.189.291*	256.806.091	271.893.791**	267.520.491
di cui LEA	214.170.000	225.000.000	228.100.000	230.000.000
conto capitale	9.235.000	8.060.000	8.910.000	11.700.000
Totale	270.424.291	264.866.091	280.803.791	279.220.491
Spese per le politiche sociali				
corrente	69.840.149	75.965.220	77.925.733	84.766.722
conto capitale	4.400.000	8.232.588	5.950.000	8.300.000
Totale	74.240.149	84.197.808	83.875.733	93.066.722
ESERCIZI FINANZIARI				
	2006	2007	2008	2009
Totale spese sociali e sanitarie	344.664.440	349.063.899	364.679.524	372.287.213
VALORI PERCENTUALI				
% Spese per la salute	11,1%	10,7%	10,2%	10,5%
% Spese per le politiche sociali	3,0%	3,4%	3,1%	3,5%
Totale spese sociali e sanitarie	14,1%	14,1%	13,3%	14,0%

* La spesa comprende la somma di 17.470.000 euro per l'applicazione del contratto del personale dipendente e convenzionato relativo al biennio 2004-2005, oltre che l'applicazione del contratto 2001-2005 per i pediatri di libera scelta.

** La spesa comprende la somma di 8.100.000 euro per l'applicazione del contratto concernente il biennio 2006-2007 del personale dipendente e convenzionato.

Come dimostrato dalla precedente tabella, quelli riferiti alla salute e al benessere sociale sono settori la cui spesa è cresciuta storicamente in maniera più che proporzionale rispetto al PIL regionale. Per continuare a garantire la sostenibilità del sistema – soprattutto alla luce di manovre finanziarie nazionali che determineranno, verosimilmente, una contrazione delle risorse disponibili sul bilancio regionale, è necessaria una razionalizzazione responsabile e condivisa della spesa. È evidente, inoltre, che il prolungarsi dell'aspettativa di vita determina una serie di problematiche collegate alla presa in cura delle situazioni di cronicità, che incidono in maniera sempre più importante sul sistema socio-sanitario regionale. Dal punto di vista sanitario l'incidenza percentuale della spesa annua sul bilancio regionale nel quadriennio 2006-2009 è stata di poco superiore al 10% ed è prevedibile stimare un incremento della spesa corrente derivante dalle future spese di gestione connesse alla recente attivazione di nuovi servizi di eccellenza in

ambito regionale, quali, ad esempio, la tomoterapia¹, e di strutture preposte alla riabilitazione e alla lungodegenza. Naturalmente, l'attivazione di tali nuovi servizi dovrà essere bilanciata, anche in applicazione di norme nazionali in materia di contenimento della spesa, da un'efficace attività di razionalizzazione dei servizi erogati e delle risorse assegnate, attraverso la promozione di interventi volti a favorire la realizzazione di economie di scala e di spesa, nonché attraverso un accurato piano di contenimento della stessa attraverso l'utilizzo di efficaci strumenti di monitoraggio continuo e d'intervento, con particolare attenzione alle voci:

- personale
- beni e servizi
- residenzialità
- assistenza farmaceutica
- mobilità passiva.

Un'analisi interessante per le valutazioni di sostenibilità future riguarda la dinamica della ripartizione della spesa sostenuta nella nostra regione per i livelli essenziali di assistenza (LEA) nelle tre aree: quella della prevenzione collettiva e sanità pubblica, quella dell'assistenza distrettuale e quella dell'assistenza ospedaliera. La tabella che segue ne illustra i costi percentuali sul totale nel quadriennio 2006-2009:

COSTI SOSTENUTI DALLA VALLE D'AOSTA PER EROGARE I LEA				
Livello di assistenza	2006	2007	2008	2009
Prevenzione	5,70%	6,00%	6,20%	6,00%
Distrettuale	45,60%	47,70%	48,80%	48,00%
Ospedaliera	48,70%	46,30%	45,00%	46,00%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Modello LA del Ministero della salute

La ripartizione dei costi sostenuti in Valle d'Aosta per l'erogazione dei LEA risulta sostanzialmente in linea con quanto previsto dalla recente bozza di "Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario"² per l'attuazione del federalismo fiscale. In particolare, il trend regionale conferma, la tendenza nazionale, più volte auspicata, di una progressiva riduzione della spesa ospedaliera a favore di quella territoriale; un obiettivo da perseguire anche nel triennio di validità del presente Piano, soprattutto mediante l'adozione di modelli innovativi nell'ambito dell'assistenza primaria. Si conferma, infatti, l'impostazione già introdotta dal precedente documento di programmazione, in base alla quale il territorio dovrà rappresentare sempre più l'ambito prioritario di riferimento della prevenzione, della cura e della continuità assistenziale (percorsi assistenziali, assistenza domiciliare integrata e non, assistenza nei nuclei Alzheimer, Residenze Sanitarie Assistenziali, Unità di Assistenza Prolungata e microcomunità, suddivise nei tre livelli assistenziali ecc..) riservando sempre più all'assistenza ospedaliera il solo trattamento delle patologie in fase acuta, secondo modelli organizzativi fondati sull'integrazione/razionalizzazione delle funzioni in un'ottica dipartimentale.

¹ La tomoterapia è una particolare e avanzata tecnica di radioterapia, utilizzata per eradicare patologie tumorali, o per fini palliativi. È la più moderna tecnica per radioterapia con fasci esterni oggi esistenti. I vantaggi consistono nel colpire con più precisione le cellule malate preservando quelle sane che con le tecniche precedenti venivano danneggiate.

² Versione integrata del 20 settembre 2010

Parallelamente, la garanzia dell'insieme di servizi sociali evidenzia un quadro di dettaglio di spesa per area di attività e anno di esercizio finanziario che può essere riassunto nel prospetto che segue:

	ESERCIZI FINANZIARI			
	2006	2007	2008	2009
SPESA CORRENTE				
Anziani e disabili	28.801.078	32.278.752	33.071.663	34.288.590
Formazione	80.000	110.000	160.000	420.000
Funzionamento	72.000	47.000	45.478	50.000
Invalidi e altri interv.assistenziali	24.617.376	24.678.850	25.049.192	28.738.704
Minori e famiglia	11.506.945	13.328.015	13.504.688	14.247.187
Piani di zona	40.000	90.000	250.000	605.000
Prima infanzia	3.582.750	4.185.633	4.610.000	5.318.000
Politiche migratorie	560.000	496.800	558.704	578.704
Povertà ed esclusione sociale	60.000	150.000	150.000	150.000
Tossicodipendenza e salute mentale	150.000	100.000	100.000	50.000
Ulteriori finalizzazioni	370.000	500.170	426.008	320.587
Totale	69.840.149	75.965.220	77.925.733	84.766.772
SPESA IN CONTO CAPITALE				
Totale	4.400.000	8.232.588	5.950.000	8.300.000
Totale spesa corrente e spesa in conto capitale	74.240.149	84.197.808	83.875.733	93.066.772

Dall'analisi del trend di spesa per le politiche sociali nel periodo 2006-2009 per area di attività, si rileva come l'incidenza percentuale della spesa sul bilancio regionale sia di poco superiore al 3%, per effetto del potenziamento e della riqualificazione delle strutture e dei servizi della rete territoriale, in particolare per il crescente impegno riservato ai servizi per la popolazione anziana. L'aumento della speranza di vita e del numero di persone affette da cronicità, parziale disabilità o non autosufficienza, comportano un incremento dei costi sociali, ivi compresa la spesa per l'invalidità civile. Per l'anno 2009, inoltre, l'incremento consistente della spesa è da collegarsi anche alla particolare situazione congiunturale sfavorevole, contrastata dall'Amministrazione regionale con maggiori finanziamenti alle misure già esistenti e con l'approvazione di due specifiche normative "anti crisi". Anche in quest'ambito, per il prossimo futuro, valgono le considerazioni espresse in ambito sanitario sulla sostenibilità del sistema, soprattutto alla luce di manovre finanziarie nazionali che determineranno, verosimilmente, una contrazione delle risorse disponibili sul bilancio regionale. Sarà inoltre necessaria una continua sinergia con gli Enti locali, le organizzazioni sindacali e il "terzo settore" per la programmazione e la razionalizzazione dei servizi e il contenimento della spesa, salvaguardando più possibile gli standard di assistenza raggiunti, secondo un trend di crescita che, perdurando l'attuale congiuntura economica, potrebbe anche superare il tasso di inflazione programmata.

Pertanto, per garantire un controllo attento della spesa, il Piano individua nelle seguenti strategie di medio e lungo periodo la direttrice unitaria da perseguire:

- massimizzare l'efficacia e l'efficienza operativa anche mediante soluzioni gestionali innovative (esternalizzazione / outsourcing) e riducendo la frammentazione degli interventi;
- progettare o riprogettare l'azione pubblica secondo approcci che correlano le azioni agli obiettivi istituzionali individuando i risultati attesi e il prezzo virtuale da sostenere per l'erogazione;

- perseguire politiche eque di compartecipazione alla spesa per i servizi sociali da parte degli utenti e delle loro famiglie;
- potenziare l'integrazione tra comparti (sanitario e sociale, ma anche intra e interistituzionale) non solo di strumenti e azioni, ma anche di obiettivi e culture per migliore funzionalità, efficacia ed efficienza;
- privilegiare forme di pianificazione condivisa e partecipata degli interventi al fine di creare alleanze responsabili e accrescere lo spirito di solidarietà e l'impegno sociale di tutti (amministratori, organizzazioni sindacali, operatori e cittadini) in un'ottica di sviluppo di comunità sostenibile;
- operare un orientamento generale verso pratiche di riconosciuta efficacia e studi di fattibilità per la realizzazione di nuovi interventi che ne giustificano l'impegno finanziario;
- monitorare, nel tempo, con strumenti verificati a livello nazionale, l'attività gestionale dei servizi e ricercare possibili attuazioni regionali delle buone pratiche che hanno consentito risultati migliori nelle realtà regionali poste a confronto.

GLI INVESTIMENTI

Riguardo agli investimenti per la salute, si conferma quanto già previsto nel precedente Piano 2006-2008 in merito alla realizzazione del Presidio unico ospedaliero per acuti di Viale Ginevra e al rispetto del limite massimo dei posti letto disponibili pari al 4,5 per mille della popolazione regionale (circa 575 posti su una popolazione di poco superiore a 127.000 abitanti), incluso l'1 per mille da dedicare alla riabilitazione e alla lungodegenza (circa 58 posti letto).

L'intervento di realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale per acuti è già stato finanziato dall'Amministrazione regionale per 145.500.000 euro e trova copertura sul fondo regionale per la realizzazione di opere di rilevante interesse regionale.

La presa in carico dei malati cronici atterrà invece il livello distrettuale, sia attraverso i servizi domiciliari, sia attraverso il ricorso alle strutture residenziali e semi-residenziali presenti sul territorio.

Nel periodo di validità del presente Piano, si intende pertanto:

- proseguire nella realizzazione del Presidio unico ospedaliero regionale per acuti e nella ristrutturazione dell'attuale presidio di Viale Ginevra attraverso la società di scopo;
- confermare il disegno strategico per cui le prestazioni riabilitative intensive siano prestate all'esterno della struttura ospedaliera (da riservare alle sole prestazioni per acuti), in attesa che le attuali funzioni del Beauregard siano trasferite nel presidio unico regionale;
- completare ed aggiornare, sulla base dei reali fabbisogni, il piano per la realizzazione e l'ampliamento degli attuali presidi socio-sanitari territoriali;
- completare ed aggiornare gli accordi di programma con il Ministero della salute, ai sensi dell'art. 20 della legge 67/1988;
- garantire, fatto salvo quanto previsto da specifiche norme di contenimento della spesa, un trasferimento finanziario complessivo da destinare alle spese in conto capitale dell'Azienda Usl che tenga conto del patrimonio inventariato esistente e delle spese effettivamente sostenute e da sostenere per la sostituzione dei beni immobili (ammortamento);
- definire una procedura a livello regionale per la realizzazione degli interventi in conto capitale in ambito sanitario e realizzare un Osservatorio regionale sui lavori.

Per quanto attiene gli investimenti in conto capitale nel settore delle politiche sociali nel periodo di validità del presente Piano si intende:

- monitorare il completamento degli interventi in corso sulle strutture socio-assistenziali per anziani ed aggiornare, in una logica distrettuale, il programma degli interventi;
- completare e aggiornare, sulla base dell'effettivo fabbisogno, il programma di interventi di edilizia a favore dei disabili in ambito regionale (Centri Educativi Assistenziali);
- proseguire, in collaborazione con le strutture regionali competenti, nell'attività di programmazione degli interventi di manutenzione straordinaria, acquisto arredi e attrezzature per le strutture di proprietà regionale.

Infine, in attesa della realizzazione dell'ampliamento ad Est del Presidio ospedaliero Umberto Parini, si rende necessario procedere a un coordinamento complessivo dei numerosi interventi di ristrutturazione intra-ospedalieri, onde salvaguardare la funzionalità del delicato ambito sanitario.

Sarà prestata particolare attenzione alle questioni che attengono:

- disponibilità sufficiente di parcheggi, per utenti e operatori
- spazi adeguati per l'esercizio della libera professione
- spazi accessori per attività formativa e di riunione
- spazi destinati alla fase di pre-dimissione

Oltre alla ricollocazione di tutta l' area psichiatrica.

LA RAZIONALIZZAZIONE DEI PROCESSI DI SPESA

Un ultimo aspetto per garantire la sostenibilità al sistema dei servizi alla persona e alla famiglia riguarda le misure *a contrasto degli sprechi*.

Oltre all'attenzione rivolta alla centralità della persona e della famiglia – specie se in condizioni di fragilità – e a garantire loro il diritto alla cura e all'assistenza, occorre porsi obiettivi di sistema che, garantendo qualità, appropriatezza ed equità, tendano al miglioramento progressivo e alla sostenibilità del sistema stesso.

Anche in situazioni di gestione ordinaria possono prodursi, senza alcuna intenzionalità diretta, utilizzi non ottimali o non pienamente efficaci della spesa da attribuire a obsolete consuetudini di progettazione delle politiche e di gestione dei servizi pubblici. Comunemente, infatti, non si tratta di responsabilità individuali o di settore, ma dell'effetto, con una lunga latenza, di una precedente cultura delle pubbliche amministrazioni, oggi più consapevoli di dovere operare secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità in tutti i settori per garantire equa copertura ai bisogni e, congiuntamente, sostenibilità al sistema. Certamente non è possibile applicare acriticamente i parametri tipici delle logiche aziendali ai sistemi in cui, ad esempio, è elevato il contributo del lavoro intellettuale o di cura e il valore della persona, tuttavia, la prima azione da perseguire è quella di sapere prevedere l'ammontare della spesa a fronte dei servizi offerti, in risposta a bisogni accertati ai quali si intende rispondere. Inoltre, occorre ribadire che solo un approccio trasparente e rigoroso alla spesa permette servizi sostenibili e di qualità. Il controllo della spesa può essere tanto più efficace quanto più si estende la cultura della valutazione basata su standard e protocolli validati, da rispettare da parte di tutti gli operatori del sistema. Sempre più, infatti, nel parlare di qualità sostenibile del sistema pubblico dei servizi si conferma l'assunto che non può esistere efficienza senza controllo.

In ambito sanitario il dovere, per il sistema pubblico valdostano, di garantire qualità nelle cure ed equità negli accessi a trattamenti di riconosciuta efficacia, non esclude, anzi vincola, il sistema stesso alla ricerca dell'economicità nel proprio agire istituzionale.

Nel settore ospedaliero – quello cioè che sia a livello nazionale, sia a livello regionale, è più facilmente controllabile sotto il profilo della spesa – si intende perseguire l'azione già avviata di *benchmarking* tra regioni, utilizzando modelli accreditati e attenti non solo agli aspetti economici, ma anche a quelli di salute delle popolazioni assistite. Un modello che consentirà, inoltre, di operare opportuni correttivi alle criticità riscontrate, considerata sempre la particolarità indotta dall'operare in un territorio di montagna.

Il ruolo del dipartimento

È necessario infine procedere nel consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, non soltanto a livello di area ospedaliera, ma per tutte le aree in cui è articolata l'Azienda Usl, e ciò al fine di razionalizzare l'offerta esistente. Il dipartimento dovrà costituire il livello organizzativo macro con cui si rapporta la direzione strategica; di conseguenza, il direttore di dipartimento dovrà acquisire sempre più competenze gestionali e non solo funzionali, governando le risorse umane, tecnologiche, strumentali e strutturali assegnate nonché il budget negoziato, monitorando il raggiungimento degli obiettivi. Gli sarà richiesto anche di aver cura di uniformare le procedure interne, promuovere la formazione dipartimentale e realizzare, ove possibile, economie di scala.

I principi guida che possono condurre alla realizzazione di obiettivi di razionalizzazione responsabile della spesa da parte dell'Azienda Usl sono quelli di una seria pianificazione degli obiettivi e di efficienza nell'uso dei mezzi a disposizione per la realizzazione dei fini. Del resto, una seria pianificazione è strettamente correlata al rispetto di un corretto rapporto tra il raggiungimento dei fini prefissati e l'utilizzo delle risorse disponibili in un determinato periodo, secondo il principio di efficienza. Il rispetto di tale principio, o comunque il porre alla base della propria azione una filosofia operativa fondata sull'attenzione alle risorse disponibili, significa porre le basi di uno sviluppo del sistema sanitario sostenibile e certo nelle sue direttrici fondamentali, uno sviluppo in grado di dare piena attuazione al diritto del cittadino di vedere tutelato il fondamentale diritto alla salute, ma, nel contempo, di avere la certezza che il proprio contributo fiscale sappia coniugarsi con l'essenziale capacità di assicurare un utilizzo adeguato delle risorse disponibili per cure di dimostrata efficacia. A fondamento di tale esigenza si fonda la garanzia di un giusto equilibrio tra il limite del prelievo fiscale e la crescente domanda e consumo di servizi e prestazioni.

Il principio di efficienza dovrà costituire, nei prossimi anni, uno dei principi guida delle pubbliche amministrazioni, soprattutto in un settore, quale quello sanitario, caratterizzato per sua stessa natura dalla fisiologica tendenza all'aumento dei costi di produzione (per il naturale sviluppo delle conoscenze scientifiche e dell'evoluzione della tecnologia e che, negli ultimi quindici anni, ha registrato un forte aumento della spesa non solo in termini nominali, ma anche in rapporto al PIL in conseguenza di fattori quali l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle attese da parte dei cittadini), ma che sarà chiamato a confrontarsi con una crescente difficoltà a reperire le risorse necessarie ad alimentarne le necessità.

In questa situazione il principio di efficienza dovrà coniugarsi almeno con il mantenimento dei livelli di servizi e prestazioni già garantiti a fronte di una spesa sostenibile, operando tuttavia una attenta razionalizzazione degli stessi; di una spesa orientata cioè, oltre che ai bisogni del cittadino, anche alla capacità di porre in essere una strategia operativa in grado di: investire sulle potenzialità del sistema, eliminare le linee di produzione caratterizzate da uno sfavorevole rapporto, costi/benefici marginali, sistematizzare l'adozione di criteri meritocratici per la valutazione degli operatori.

Un'indagine per il miglioramento organizzativo

Proprio allo scopo di dare concreta attuazione a tale linea politica, il Piano predispone, già dall'anno 2010, un'indagine mirata all'identificazione di quei settori, o prestazioni, che possono essere oggetto

di profili di miglioramento organizzativo e condurre a scelte strategiche decisive o, in subordine, a una differenziazione nell'allocazione delle risorse. Tale intendimento trova concreta attuazione in un processo negoziale tra enti e, all'interno dell'Azienda Usl, tra la direzione strategica e la componente sanitaria, al quale dovrà seguire, nei prossimi anni, la progettazione di concrete linee di intervento capaci di incidere proficuamente sui processi e condurre verso uno sviluppo di sanità sostenibile ed efficace. È indubbio che interventi di razionalizzazione dei LEA dovranno essere accompagnati da idonee campagne informative alla popolazione, anche per disincentivare accessi e richieste improprie.

Misurare rilevanza e coerenza degli interventi sociali

Al pari del comparto sanitario, anche in quello sociale il dovere di garantire assistenza non può trascurare la valutazione di economicità dell'azione pubblica, tanto nella progettazione degli interventi, quanto nella valutazione degli effetti prodotti. Non si tratta di adottare politiche di contrazione dell'attuale offerta di servizi per contenere la spesa, giacché la Valle d'Aosta ha da sempre mantenuto elevato e costante, nei propri bilanci, l'impegno finanziario a carico dei servizi sociali. Si tratta, piuttosto, di adottare una prospettiva che favorisca la razionalizzazione dei processi e della spesa all'interno di ciascun segmento dell'offerta di servizi. Tanto nella progettazione di nuovi servizi o di nuovi interventi, quanto nella riprogettazione di servizi esistenti, la razionalizzazione deve poter contare su una valutazione in merito alla rilevanza e alla coerenza di ciò che si intende fare in risposta ad un bisogno. Molte azioni, seppure utili, possono, alla luce di una valutazione rispetto al bisogno, risultare poco rilevanti e non risolutive. Occorre, invece, diffondere un approccio rigoroso, in base al quale ogni azione, o progetto, sia definito su obiettivi individuati con chiarezza e quantificabili rispetto al risultato atteso. Rendere trasparente, anche al cittadino, l'individuazione degli obiettivi quantificabili su cui si fonda l'azione pubblica, dimostrarne la rilevanza per l'intera popolazione (in base anche alla frequenza di accadimento) e collegare a essi azioni di dimostrata efficacia, non solo è un modo per evitare l'occorrenza di sprechi non voluti, ma è anche garanzia di bontà e correttezza delle istituzioni.

Esiste inoltre un limite anche alla qualità del servizio. Occorre cioè sapere riconoscere il limite oltre il quale è da considerarsi spreco ciò che sia proposto (o offerto) a un costo che, come amministratori di pubblico denaro, non è corretto pagare. Una logica che, per molto tempo, è stata ritenuta estranea alla gestione delle amministrazioni pubbliche, ma che oggi deve essere posta all'attenzione di tutti, specialmente per rispetto del vincolo del prelievo fiscale; anche se, nella valutazione costi/benefici, questo può essere avvertito virtualmente lontano e scarsamente collegabile alla prestazione erogata.

È necessario quindi, in una logica di sistema, operare anche in ambito sociale, quanto più possibile per:

- riportare i servizi (vincolarli più rigorosamente) al ruolo originario (*la mission*), chiarendone i confini istituzionali nel rispetto dell'appropriatezza, dell'economicità e del contributo offerto all'interno di un quadro strategico generale;
- individuare le modalità con cui si intende dare risposta a bisogni documentati e rilevanti, secondo criteri oggettivi, e il più possibile misurabili, valutandone l'economicità anche in termini di contabilità analitica, per individuare il costo unitario dei servizi;
- ottimizzare il più possibile la messa in rete di servizi che rispondono a macro aree comuni di bisogno;
- utilizzare, ottimizzandone i processi e gli esiti, le forme di programmazione partecipata e il Piano di Zona, per condividere le priorità (la rilevanza) dei bisogni a cui dare risposta, il costo per l'amministrazione e per le famiglie che è ritenuto congruo sostenere, secondo un progressivo processo di responsabilizzazione delle richieste e degli utilizzi dei servizi e, quindi, di legittimità di diritti e di doveri;
- rendere pubblica e condivisa una "carta dei servizi", in cui sono chiaramente enunciati i criteri di accesso, le coperture al fabbisogno, gli standard e le garanzie reciprocamente condivise e rispettate da cittadini e istituzioni.

LE RISORSE UMANE

Personale Sanitario

La spesa del personale in sanità incide, sul bilancio complessivo dell'Azienda Usl, per una percentuale che si attesta intorno al 45%. In un'ottica di contenimento della spesa sanitaria è opportuno proseguire nell'attento monitoraggio di questa voce di spesa attraverso una piena collaborazione e un'utile sinergia tra la programmazione regionale e quella aziendale. Per quanto detto, sarà necessario che il personale in servizio a qualsiasi titolo nell'Azienda Usl sia proporzionale al volume di produzione della stessa, in un'ottica di efficienza ed efficacia dei servizi resi, con riguardo all'economicità della spesa.

Per quanto attiene la gestione delle risorse umane, il governo degli organici e della spesa per il personale, si dovrà tener conto dei limiti fissati dalle disposizioni nazionali e regionali per il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda Usl. Pertanto, sarà necessario definire il quadro delle risorse finanziarie aggiuntive regionali a disposizione per l'incentivazione del personale, al fine di:

- assicurare continuità alle linee di sviluppo e di qualificazione dell'assistenza che caratterizzano il Servizio Sanitario Regionale;
- disporre di strumenti di valutazione delle prestazioni erogate in rapporto al quadro degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale cui correlare la corresponsione dei compensi aggiuntivi al personale;
- rafforzare, a livello aziendale, il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni rese a fronte dell'impegno economico regionale aggiuntivo, tenendo conto della peculiarità locale e salvaguardando l'autonomia aziendale su cui si basa la responsabilità in capo alla stessa;
- riservare un'attenzione particolare all'individuazione delle competenze e alle responsabilità che l'Azienda Usl deve attribuire ai propri organi, al fine di permettere un efficace governo del personale, avuto riguardo al principio della meritocrazia e dell'efficienza.

Il Piano riconosce l'importanza che i *sistemi di valutazione e di incentivazione del personale sanitario* assumono nel perseguimento della qualità del sistema di cure alla persona. Si sottolinea tuttavia la necessità del superamento, nei sistemi di valutazione del personale del comparto e della dirigenza, di criteri basati su automatismi nella distribuzione delle risorse e la previsione di criteri e di modalità tesi alla concreta verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali prefissati. Pertanto, l'Azienda Usl, in accordo con tutte le parti interessate, dovrà rivedere il sistema di valutazione, di attribuzione degli incarichi e di organizzazione professionale interna, favorendo le logiche del decreto legislativo 150/2009 ("decreto Brunetta"), introducendo sistemi che possano favorire la permanenza di personale appartenente alle qualifiche professionali maggiormente richieste in ambito regionale.

L'Azienda Usl, inoltre, nella determinazione delle *politiche retributive*, dovrà attenersi strettamente agli stanziamenti riconosciuti dalle disposizioni nazionali e regionali.

Le richieste di *aumento dei fabbisogni di personale* da parte dei dirigenti, anche riguardo alla messa a regime di nuovi servizi, saranno valutate dalla direzione aziendale avuto riguardo alle possibilità di razionalizzazione nella gestione delle risorse umane e ai processi di revisione dei modelli organizzativi in un'ottica dipartimentale, nonché agli esiti della valutazione sulla complessità dell'attività e dei servizi resi.

Rivestono carattere prioritario le assunzioni di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a fronte di esigenze stabili e il ricorso ad assunzioni di personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, e/o atipico, limitatamente a situazioni straordinarie e definite nel tempo.

In merito a *carenze di figure professionali specifiche*, riscontrabili all'interno del servizio sanitario e socio-sanitario regionale, relative a personale infermieristico, tecnici sanitari di radiologia medica e di altri operatori delle professioni sanitarie, si riconosce che tale fenomeno assume un'evidenza tanto maggiore

quanto più si consideri l'aumento della domanda assistenziale legata a fattori quali quelli indotti dai cambiamenti della situazione epidemiologica registratisi negli ultimi anni, l'aumento della vita media, l'aumento delle cronicità e delle complessità di molte patologie e il mutamento delle condizioni sociali generali. La carenza di tali risorse potrebbe infatti tradursi in difficoltà organizzative da parte delle strutture sanitarie regionali nel perseguire adeguati standard di assistenza sanitaria.

L'utilizzo di personale proveniente dall'estero può, in parte, colmare le lacune, anche se, al momento, in Valle d'Aosta, il numero degli infermieri stranieri non assume proporzioni elevate come quelle nelle altre regioni del nord Italia. Alla luce di quanto sopra è necessario quindi porre in essere misure concrete volte ad ottimizzare le risorse e le competenze attuali per una più elevata qualità e sicurezza sia delle prestazioni rese, sia del servizio infermieristico offerto su tutto il territorio regionale.

L'evoluzione della cultura e delle conoscenze scientifiche in campo tecnico/sanitario, unitamente alla necessità di uniformare l'assistenza sanitaria italiana e la normativa in materia alle altre realtà europee, hanno portato il legislatore all'emanazione di norme che hanno trasformato radicalmente le professioni stesse³. In seguito a ciò, la Regione, attraverso il presente Piano, *promuove il servizio delle professioni sanitarie*, demandando la definizione del modello organizzativo in funzione del ruolo, delle strutture, delle relazioni organizzative, dell'autonomia, in coerenza con le disposizioni legislative.

Nel triennio di riferimento del presente documento di programmazione regionale occorre quindi:

- prevedere la variazione della dotazione organica in coerenza sia con la programmazione triennale del fabbisogno di personale, di cui all'art. 39 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni ed integrazioni, sia con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria pluriennale;
- attivare un sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale al fine di assicurare elevati standard qualitativi ed economicità al servizio stesso, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance, organizzativa e individuale;
- garantire la trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti internet istituzionali delle informazioni concernenti gli andamenti gestionali, l'utilizzo delle risorse e i risultati dell'attività di valutazione;
- perseguire politiche di razionalizzazione dei servizi aziendali al fine di un contenimento dei costi del personale dipendente e convenzionato, nonché di quello utilizzato con altre tipologie contrattuali;
- rendere più interessanti le professioni sanitarie per i giovani valdostani che si affacciano al mondo del lavoro.

Per quanto attiene le risorse mediche, il Piano riconosce che l'attrattività di una struttura sanitaria geograficamente decentrata come l'ospedale regionale della Valle d'Aosta è direttamente correlata alla possibilità di svolgere attività innovative e altamente specialistiche oltre che di vedere riconosciute forme di incentivazione premianti.

Purtroppo l'attuale contrazione del numero di posti nelle scuole di specialità sta configurando uno scenario futuro di fronte al quale regioni piccole e prive di facoltà di Medicina, come la nostra, rischiano di non poter sopperire al *turn-over* delle risorse mediche. È dunque più che mai necessario, oltre che stringere accordi di collaborazione con scuole di specialità di altre regioni, laddove sia possibile ed economicamente sostenibile, sviluppare progetti che, attraverso l'uso di tecnologie avanzate, consentano il risparmio di personale medico, ovvero, il suo utilizzo su più sedi lavorative.

³ Si è trattato di un percorso sviluppatosi per oltre un decennio e le tappe fondamentali sono state le seguenti:

- la formazione universitaria (art. 6 comma 3 D.Lgs. n. 502/92)
- l'istituzione dei nuovi profili professionali (attualmente sono 22)
- l'abolizione del mansionario e della definizione di professioni sanitarie ausiliarie (L. 42/99, commi 1 e 2)
- la legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".

Personale dei Servizi Sociali

Per quanto attiene il personale dei servizi sociali, occorre precisare che per una parte questo fa capo agli Enti locali, quando l'Amministrazione regionale ha competenze di programmazione, finanziamento e controllo, come nel caso dei servizi per gli anziani e la prima infanzia; in numerosi casi è coinvolto il privato sociale (case di riposo) e la cooperazione sociale (nella gestione degli asili nido, delle garderie e degli spazi gioco che i comuni esternalizzano). Sono invece a gestione regionale i servizi per le persone disabili, laddove è dipendente regionale il personale dei Centri Educativi Assistenziali (CEA), per i minori e il servizio sociale sul territorio (assistenti sociali). Tuttavia, anche in questi comparti sono molti i servizi esternalizzati, pertanto il personale è dipendente di società cooperative, enti, fondazioni e imprese private alle quali è affidata la gestione tramite gara o affido diretto: a questi soggetti sono richiesti profili professionali definiti dagli standard organizzativi relativi al singolo servizio dato in gestione. In tutti questi casi l'amministrazione regionale garantisce l'osservanza dei requisiti di aggiudicazione o di affido durante lo svolgersi del servizio e promuove, con azioni programmatiche e relativo finanziamento, processi di riqualificazione di alcune categorie professionali per le quali si costata la necessità di elevare conoscenze, prestazioni e competenze.

In questo contesto così diversificato si intende, nel triennio di applicazione del presente Piano, operare nelle seguenti direzioni:

- rafforzare il patrimonio delle competenze professionali del personale regionale non solo attraverso la formazione strutturata, ma anche mediante iniziative di autoaggiornamento, confronto e scambio di informazioni e di buone pratiche;
- studiare modalità di alternanza delle figure professionali che operano nel sociale e, in particolare, di quelle che operano in situazioni complesse e fortemente logoranti tra differenti campi di azione, allo scopo di prevenire il rischio di *burn out* e rendendo al tempo stesso dinamica e maggiormente interessante la vita
- professionale di ciascuno;
- incoraggiare iniziative di autorganizzazione del lavoro per le professioni libere attualmente operanti in convenzione diretta o indiretta, in modo da instaurare relazioni di scambio tra il settore pubblico e un privato sociale formalmente costituito. In particolare, si valuta l'opportunità di favorire la costituzione in cooperativa delle tate familiari e delle assistenti sociali ora reclutate nella pubblica amministrazione attraverso contratti in convenzione;
- effettuare un monitoraggio sistematico dei nuovi bisogni e delle conseguenti dinamiche di mercato del lavoro sociale, in modo da rispondere con tempestività e in modo coordinato alle iniziative inedite sul nascere e regolamentando, in accordo con la struttura regionale competente in materia di politiche del lavoro e della formazione, le esperienze spontanee di occupazione rivolte all'aiuto alla persona.

LE RISORSE TECNOLOGICHE

Un fattore strategico trasversale all'intera organizzazione sanitaria e sociale, e quindi alla progettazione del presente documento di programmazione, è sicuramente rappresentato dalla gestione dei flussi informativi, ovvero *l'Information and Communication Technology (ICT)*, un modello basato sulle strutture e sugli strumenti, che permette la condivisione di informazioni strutturate tra operatori socio-sanitari e l'integrazione di informazioni cliniche, organizzative e amministrative. L'ICT consentirà altresì di sperimentare modalità di tele-lavoro, che potranno consentire risparmi di risorse umane. Tuttavia, l'introdu-

zione e l'evoluzione dell'ICT in un'organizzazione comportano inevitabilmente un cambiamento nella gestione e implementazione dei processi organizzativi.

L'Amministrazione regionale ha avviato negli ultimi anni un importante piano d'investimenti nelle infrastrutture tecnologiche finalizzate alla riduzione del *digital divide*. A tal fine, si ricorda il collegamento della banda larga di quasi tutto il territorio regionale, l'avvio del progetto "Telemedicina-Partout sanità" in collaborazione con gli Enti locali, e il collegamento, con un anello di fibra ottica, delle principali sedi dell'Azienda Usl.

Il progetto "Telemedicina-Partout sanità", che sarà sviluppato nelle 6 direttrici previste⁴, consentirà di effettuare diagnosi e consulti da remoto, evitando il trasporto di pazienti critici e particolarmente fragili, dal domicilio o dalla struttura residenziale, nonché numerose altre attività telematiche.

Particolare eccellenza in ambito sanitario è costituita dal collegamento telematico dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con l'ospedale. A tal riguardo, sarà opportuno implementare tale sistema introducendo la ricetta elettronica nell'ambito del "progetto Tessera sanitaria" e semplificare le procedure di accettazione delle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Saranno sperimentate inoltre tecnologie avanzate nell'ambito del soccorso sanitario, che consentiranno una valutazione più efficace degli interventi in emergenza.

È necessario infine proseguire nell'integrazione di tutti i sistemi informativi in ambito sanitario e sociale al fine di poter completare la realizzazione del "Fascicolo sanitario elettronico", del sistema pubblico di connettività regionale, nonché il consolidamento e l'estensione dei sistemi di supporto direzionale: *data-warehouse* socio-sanitario e *data-warehouse* del personale del servizio sanitario regionale.

Dal punto di vista del parco delle attrezzature biomediche, occorrerà consolidare e potenziare l'ambito di intervento del gruppo aziendale di *Health Technology Assessment (HTA)*, a cui compete, per ora, la valutazione delle priorità di investimento in tecnologie sanitarie. Lo sviluppo di nuove attività, in particolare diagnostiche e chirurgiche, dovrà avvenire tenendo conto sia dell'evoluzione tecnologica, sia dei futuri possibili scenari di cooperazione con regioni limitrofe.

Anche in questo caso, particolare attenzione andrà posta alle soluzioni tecnologiche che consentano un risparmio di personale, specie se carente sul mercato.

In ambito veterinario sarà opportuno condurre l'analisi e la progettazione di un sistema informativo per la gestione, controllo e monitoraggio delle prescrizioni veterinarie, finalizzata ad operare una migliore ispezione su tutti gli alimenti di origine animale, oltre che sperimentare la gestione informatizzata delle attività inerenti la bonifica sanitaria animale e dei relativi debiti verso il Ministero della Salute.

Al fine di meglio governare le politiche di accreditamento, sia in ambito sanitario che in quello sociale, il Piano prevede la messa a regime del sistema informativo a supporto di queste attività che opererà una importante semplificazione delle attuali procedure.

In ambito sociale, il presente Piano intende quanto più razionalizzare i flussi informativi esistenti e le esistenti raccolte dati in una logica di sistema, cessando quelli la cui qualità, ovvero l'aggiornamento, ovvero, ancora, i requisiti di affidabilità per la valorizzazione in termini di analisi e di supporto alle decisioni, non sono conformi all'atteso, integrando tra di loro, quanto più possibile, quelli esistenti, operanti e di effettivo supporto alle decisioni. Occorre, infatti, promuovere la piena compatibilità tra supporti,

⁴ Le direttrici del Progetto "Telemedicina-Partout sanità" sono: la tele assistenza, l'accesso alla cartella radiologica, referti e immagini via Internet, la trasmissione di immagini video/telepresenza, l'e-refuge, il telelavoro, la refertazione domiciliare e la trasmissione della scheda soccorso.

piattaforme e software che gestiscono informazioni concernenti le persone assistite anche in settori diversi – sociali, sanitari e d’assistenza. All’analisi dei contenuti dei flussi informativi esistenti, e delle basi di dati già disponibili, si garantirà un corrispondente investimento informatico, al fine di non disperdere le risorse tecnologiche già acquisite, ma di valorizzarle quanto più possibile in una logica di rete. Il trattamento delle informazioni in forma elettronica deve consentire una valutazione a tutti i livelli, da quello gestionale a quello di governo, per una migliore efficacia, efficienza ed economicità delle attività erogate.

In dettaglio, invece, sarà completata la messa a regime della “cartella sociale” quale strumento di integrazione di dati e sistemi informativi utilizzati dalle assistenti sociali. Da collegare a quest’attività è quella concernente la realizzazione della banca dati dell’Indicatore Regionale della Situazione Economica (IRSE) delle famiglie, che permetterà di semplificare i tempi e gli oneri derivanti dalla valutazione delle richieste di servizi da parte dei cittadini .

Si prevede infine la reingegnerizzazione dei procedimenti in ambito sociale non ancora informatizzati, nonché la realizzazione del sistema informativo a supporto dell’attività dell’Unità di Valutazione Multi-dimensionale Distrettuale (UVMD) per la valutazione socio-sanitaria degli anziani, dei disabili e per la gestione delle prestazioni di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

In materia di gestione elettronica dei dati e dei flussi informativi il Piano intende promuovere la diffusione di tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT) anche al fine di perseguire politiche di *e-inclusion* e di contrasto alla solitudine e all’isolamento sociale.



ATTUAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE PRECEDENTE E CRITICITÀ RESIDUE

I benefici nella *salute*, apportati dalla continuità di offerta dei programmi di prevenzione e dalle indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione sono, rispetto al passato, oggettivi ed evidenti; tuttavia è necessario ridurre ulteriormente il divario di mortalità e di morbosità specifica che ancora penalizza le popolazioni di montagna specie per i tumori e le malattie cardiocerebrovascolari, così come occorre continuare a contrastare abitudini e stili di vita sfavorevoli quali il fumo, l'alcool, le droghe e i non corretti stili di vita, ivi inclusi i comportamenti stradali non conformi, in particolare nelle giovani generazioni.

In aggiunta alle attività di prevenzione attiva primaria, inerenti cioè la rimozione dei fattori di rischio per le patologie che maggiormente sono cause di morte, la prevenzione secondaria sta ricevendo una buona partecipazione della popolazione regionale interessata, sia con riferimento ai due screening per i tumori femminili, sia allo screening per il tumore del colon retto attivato nel 2006. Un'adesione ai programmi offerti che è a totale beneficio dell'anticipazione diagnostica e, se accompagnata all'osservanza del protocollo terapeutico previsto, a beneficio soprattutto del buon esito delle malattie sottoposte a sorveglianza.

Gli studi epidemiologici condotti in questi anni in Valle d'Aosta dimostrano inoltre che *l'offerta di servizi* trova rispondenza di equità rispetto ai bisogni di salute dei valdostani e ciò anche tra i gruppi a minore vantaggio sociale e, per questo, anche a maggiore rischio di cattiva salute, in qualunque distretto essi siano residenti. Permangono tuttavia alcune criticità nella razionalizzazione dei volumi di offerta delle prestazioni e nelle modalità di offerta delle stesse, che devono trovare una maggiore appropriatezza sia in ambito ospedaliero, sia territoriale.

In ambito *ospedaliero*, nel triennio 2006-2008 il volume totale dei ricoveri è aumentato del 6,5%, con un incremento del 7,8% per i ricoveri ordinari e del 3,2% per i ricoveri in day hospital.

La ripartizione dei ricoveri ordinari tra DRG medici e DRG chirurgici non mostra particolari variazioni nel triennio, mentre, per quanto riguarda i ricoveri in day hospital, la percentuale dei DRG chirurgici è aumentata dal 51% del 2006 al 54% del 2008, a scapito dei DRG medici, diminuiti dal 49% del 2006 al 46% del 2008.

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari è aumentato da 75% a 80% e il numero medio di pazienti transitati in un anno su un posto letto è aumentato da 34 a 38. La degenza media è diminuita del 5,7%, da 8,09 giorni nel 2006 a 7,63 nel 2008.

Riguardo ai ricoveri a potenziale rischio di inappropriatazza – ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 (LEA) – per quanto attiene i DRG chirurgici, il regime di day hospital è stato utilizzato nell'83% dei casi nel 2006 e nell'81% nel 2008. Dei rimanenti ricoveri erogati in regime ordinario solo l'8% nel 2006 e il 10% nel 2008 sono risultati potenzialmente inappropriati. Per quanto attiene invece i DRG medici, il regime di day hospital è stato utilizzato nel 41% dei casi nel 2006 e nel 44% nel 2008, mentre i ricoveri in regime ordinario potenzialmente inappropriati ammontano al 51% nel 2006 e al 50% nel 2008. A fronte di questi valori appare evidente, nel corso del triennio di validità del presente Piano, migliorare la performance ospedaliera relativamente a quelle attività che ancora evidenziano uno scostamento rispetto ai livelli di appropriatezza attesi.

Nel ricercare una sempre maggiore appropriatezza appare inevitabile il potenziamento dei posti letto dedicati alla fase post-acuzie e pre-dimissione (*discharge room*), particolarmente importante nella nostra regione dove la conformazione geografica e la distanza dal presidio ospedaliero rendono mediamente più lunghi i percorsi di accoglienza dei pazienti sul territorio.

La ricerca di una maggiore appropriatezza dovrà essere perseguita non solo in ambito ospedaliero, ma in tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria, ivi inclusa l'area territoriale. Infatti, nel triennio 2011-2013, sia per quanto riguarda le attività di prevenzione, sia per quanto riguarda le prese in carico nei percorsi assistenziali a maggiore consumo di beni e servizi, occorrerà migliorare la performance clinica e organizzativa, anche attraverso modelli innovativi di assistenza primaria, potenziando l'associazionismo in medicina, rimasto inferiore alle aspettative nel triennio di applicazione del precedente documento di programmazione regionale (2006-2008).

Si registra inoltre una criticità nella frequente inappropriatazza di ricoveri di persone anziane inviate dalle strutture residenziali ospitanti sul territorio regionale per problemi non acuti; per contrastare questo fenomeno il Piano realizzerà, nel prossimo triennio, una sperimentazione sui nuovi ruoli che assumeranno sia il medico di assistenza primaria, sia alcuni operatori sanitari.

Un'importante razionalizzazione delle *strutture residenziali* per anziani è già stata compiuta a seguito del precedente Piano anche grazie alla collaborazione con il Celva e gli enti gestori delle strutture stesse; tale riordino, oltre ad avere aggiornato i requisiti minimi all'esercizio per queste strutture, ha rivisitato in modo sistematico la destinazione d'uso delle attuali microcomunità. La riorganizzazione dei servizi residenziali in tre livelli di assistenza socio-sanitaria, ordinati secondo il livello di autosufficienza e i bisogni sanitari, ha così permesso di meglio orientare, anche per il futuro, le attività socio-assistenziali erogate alle persone ospitate e di procedere, conseguentemente e coerentemente, alla ristrutturazione edilizia necessaria.

Nel prossimo triennio si proseguirà il completamento della rete di strutture dedicate alla disabilità e all'assistenza a persone con patologie mentali, anche se un aggiornamento complessivo dei fabbisogni di strutture, da parte della Giunta regionale, permetterà una programmazione più efficace, colmando eventuali carenze di posti sul territorio regionale nei prossimi anni.

In materia di politiche sociali, il precedente Piano Regionale per la Salute e il Benessere sociale 2006-2008⁵ aveva inoltre avviato un percorso interno con l'intento di pervenire all'identificazione delle prestazioni che, in Valle d'Aosta, garantivano la tutela dei bisogni sociali (i *Livelli Essenziali delle Prestazioni* o *LEP*). Le svolte costituzionali orientate a una riforma federalista dello Stato hanno però impattato negativamente sui tentativi – in corso anche in altre regioni – di pervenire a un elenco di prestazioni sociali da garantire a livello locale come diritti esigibili. Ad arrestare il percorso regionale appena avviato sono state, infatti, l'incertezza sulla sostenibilità economico-finanziaria delle prestazioni da garantire e la prospettiva, percepita come imminente, di un assetto istituzionale federale dalle regole ancora molto incerte. Consapevoli della delicata fase di transizione costituzionale non ancora completata, nel prossimo triennio si intende costruire un approccio metodologico che consentirà, successivamente alla definizione delle competenze istituzionali, di disporre, rispetto ad oggi, di più elementi conoscitivi necessari a valutare quale modello di erogazione regionale delle prestazioni sociali erogare, che sia basato sulla maggiore equità, efficacia, efficienza ed economicità possibili.

Anche la dotazione di strutture per la *prima infanzia*, già potenziata nel periodo di validità del precedente Piano, proseguirà, nel triennio 2011-2013, anche attraverso processi di revisione e razionalizzazione, con l'impegno di garantire nella nostra regione una dotazione effettiva di posti superiore al 33% dei nuovi nati (obiettivo previsto dall'Accordo di Lisbona).

Rispetto alla *disabilità*, e a quanto previsto dal precedente Piano, l'inserimento lavorativo delle persone disabili, anche attraverso lo strumento dei laboratori occupazionali, è stato certamente inferiore all'atteso, per cui, nel prossimo triennio, si orienterà l'impegno verso forme più efficaci – anche di sensibilizzazione culturale – presso tutte le istituzioni, affinché sia riconosciuta dignità alle persone disabili, nel

⁵ Obiettivo 17

rispetto dell'unicità di ciascuno e del diritto a una vita in salute, definita dall'OMS non solo come assenza di malattia, ma come pieno benessere fisico, psichico e sociale.

Un importante risultato in materia di politiche sociali è stato certamente raggiunto con la realizzazione del primo *Piano di Zona* della Valle d'Aosta, vero strumento di programmazione partecipata; per superare alcune criticità – fisiologiche in tutte le fasi di avvio dei processi programmatori “dal basso” – esso dovrà assumere, nel triennio 2011-2013, forme concrete di attuazione, coerenti ai bisogni reali, capaci anche di accompagnare, con un percorso di *empowerment*⁶ dei cittadini, la crescita responsabile del riconoscimento dei loro bisogni, dell'uso coerente e appropriato dei servizi, secondo forme di alleanza responsabili e stabili tra tutti gli attori del sistema sociale.

LE DIRETTRICI STRATEGICHE

Ognuna delle *direttrici* di seguito illustrate è da considerarsi strategica perché comprende orientamenti e azioni trasversali a tutti gli attori del Sistema Valle d'Aosta, permettendo di gestire meglio, e in forma più organica, la complessità e la molteplicità dei bisogni espressi.

Rispetto ai precedenti documenti di programmazione non si tratta di obiettivi riferibili a segmenti dell'organizzazione dell'offerta di servizi o di prestazioni, perché *il principale assunto che il presente Piano fa proprio è quello di porre al centro il cittadino, con i suoi bisogni di salute e di benessere sociale, e non il sistema preposto a soddisfarli; e questo, semplificando quanto più possibile le modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni ed avvicinare così, di più, le istituzioni ai cittadini.*

Si tratta di sfide ambiziose e complesse che investono anche i *valdostani* stessi, non più solo destinatari delle politiche a essi rivolte ma *portatori di interessi e bisogni responsabilmente riconosciuti e individuati come prioritari in un'alleanza responsabile e condivisa con le istituzioni*, finalizzata ad apportare maggiore salute e maggiore benessere alla popolazione regionale attraverso politiche sostenibili e durature.

Ogni direttrice è presentata secondo uno schema espositivo comune, costituito da:

- una *premessa* che ne enuncia i principi e ne motiva la scelta;
- *degli ambiti* a cui si applica, siano essi sociali, sanitari oppure trasversali ed integrati;
- *un elenco di operatività* collegate, *settoriali* o multidisciplinari, interistituzionali e trasversali.

Il Piano è infine progettato per una popolazione con precise caratteristiche demografiche e sociali, una rete di operatori, di servizi, di enti e di associazioni che *vivono e operano in un territorio di montagna*, considerato nella sua specificità e ricchezza: un elemento *qualificante e non secondario* dei processi che contribuiscono alla salute e al benessere del popolo valdostano.

⁶ *Empowerment*: uno dei pochi termini stranieri privo di corrispettivo in italiano – indica l'insieme di conoscenze, abilità relazionali e competenze che permettono a un singolo, o a un gruppo, di porsi obiettivi e di elaborare strategie per conseguirli, utilizzando le risorse esistenti.

IL PIANO PER UNA POPOLAZIONE DI MONTAGNA

La popolazione valdostana (127.065 abitanti al 31 dicembre 2008, di cui quasi il 28% ad Aosta) è ripartita, su un territorio di poco superiore a 3.200 Km², con una densità di 39 residenti per Km², secondo quote inversamente proporzionali all'altezza del comune di residenza. Circa il 79% della popolazione si concentra nei 32 comuni che formano la valle centrale mentre nei restanti comuni, di media e di alta montagna, si distribuisce la rimanente popolazione.

Soltanto Aosta supera i 10.000 abitanti (34.979); 23 comuni hanno una popolazione compresa tra 1.000 e 3.000 abitanti, mentre 44 (59,5%) registrano un numero di residenti inferiore a mille. Inoltre, poco meno della metà della popolazione regionale (42%) si concentra negli 8 comuni di ampiezza demografica pari o superiore a 3.000 residenti.

La struttura demografica per età e distretto riconosce nel distretto 1 il sub ambito con il più basso indice di vecchiaia (127,95), mentre il distretto 4 è quello a maggiore prevalenza di anziani ultra sessantacinquenni (164,36).

Le previsioni demografiche dell'Istat stimano per il 2025 una forte contrazione della popolazione fino a 14 anni (-20%) e una espansione di quella oltre i 65 (+35%), anche se su queste stime pesa l'incognita dei ricongiungimenti famigliari tra gli stranieri e ai nuovi ingressi di popolazioni straniere. La nostra regione è caratterizzata da un'immigrazione relativamente recente, ma in rapida crescita. Al primo gennaio 2009 i residenti in Valle d'Aosta in possesso di cittadinanza straniera sono 7.509, pari al 5,9% della popolazione totale, ma erano lo 0,9% nel 1993 e il 3,5% nel 2005. Negli ultimi anni l'insediamento di stranieri in Valle d'Aosta ha tuttavia visto prevalere la presenza di nuclei famigliari sulle singole persone, come invece era nei primi anni, segno tangibile di un desiderio di permanenza e integrazione.

Un elemento a supporto del progressivo radicamento dei cittadini stranieri nella nostra regione è fornito dalla prevalenza di minori tra gli stranieri residenti. Nel 2008 questi incidono per il 21,8%, mentre solo nel 1996 costituivano una percentuale pari al 13%, mentre nel 2005 erano già il 21,4%. Il tasso di natalità della popolazione straniera, oltre ad essere molto più elevato di quello medio regionale, è in progressivo aumento, con una progressione superiore a quella della popolazione autoctona. Tra gli stranieri esso era pari al 6,9 per mille nel 2003, al 23,2 per mille nel 2005, mentre nel 2008 è del 24 per mille.

Le direttrici che il Piano ha scelto per il triennio 2011-2013 sono le seguenti:

- 1 Presidiare l'**EQUITÀ** nella salute e nell'accesso appropriato ai servizi
- 2 Garantire e misurare la **QUALITÀ** del servizio sanitario e sociale
- 3 Creare **ALLEANZE** responsabili tra tutti gli attori del sistema
- 4 Orientare alla **SEMPLIFICAZIONE** e alla prossimità i servizi per il cittadino
- 5 Valorizzare le **COMPETENZE** dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere
- 6 Configurare un **AMBITO TERRITORIALE** sempre più interprete e attore del bisogno
- 7 Tutelare la **FRAGILITÀ** e **VALORIZZARE OGNI PERSONA**, con attenzione alle prime e ultime fasi della vita.



1

Presidiare l'Equità nella salute e nell'accesso appropriato ai servizi

Perché l'Equità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità attribuisce alle disuguaglianze nella salute una dimensione etica e morale poiché attengono a differenze non necessarie, evitabili e quindi ingiuste e modificabili in ogni società civile. A ciò si aggiunge che le disuguaglianze nella salute – intesa non solo come assenza di malattia ma come pieno benessere psicologico e sociale – sono la risultante di una complessa concatenazione causale che trova la sua origine nella struttura di base dei modelli sociali. Da molti anni la letteratura scientifica¹ invita a riflettere sull'incidenza dei molteplici fattori che influenzano, lungo tutto il corso della vita, la salute così definita. Nel 2008 la Commissione sui determinanti sociali della salute dell'OMS ha invitato i Paesi membri a ridurre, nell'arco di una generazione (circa in 25 anni), il gradiente sociale della salute all'interno delle popolazioni di riferimento; se infatti le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di molte malattie, sono le condizioni sociali ed economiche ad essere più influenti, lungo tutta la vita, nel determinare buone condizioni di salute e benessere. L'OMS stima che i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscano per il 40-50% sulla salute delle persone, l'eredità genetica per un ulteriore 20-30% e che solo per il 10-15% una buona salute dipenda dalle cure mediche.

Data questa premessa, il presente Piano, disciplinando il sistema regionale pubblico dei servizi e delle prestazioni a tutela della salute e del benessere sociale, valuta l'equità e il contrasto alle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, siano essi sanitari o sociali, due assunti imprescindibili del proprio modello di welfare regionale.

L'Equità nella Salute

La popolazione della Valle d'Aosta, mediamente, ha una buona salute: sta meglio rispetto al passato e, rispetto ad alcuni indicatori di salute specifici, sta meglio anche in confronto ad altre regioni del nord Italia.

Oltre a ciò, il servizio sanitario regionale dispone di una buona offerta di servizi sull'intero territorio regionale e il bisogno sembra trovare risposte efficaci all'interno di una rete di servizi equamente distribuita e accessibile ai propri cittadini ovunque residenti². Permangono tuttavia delle riserve di salute ancora da assicurare tra la popolazione valdostana, in particolare a vantaggio delle persone e dei nuclei familiari meno favoriti per condizione sociale, migliorando anche la loro accessibilità

¹ Institute for the future (ITF), Health and healthcare 2010. "The forecast, the challenge". Princetown: Jossey-Bass, 2003.

OMS, Commission on Social Determinants of Health. "A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health". April 2007.

OMS/UNICEF "Declaration of Alma Ata" Ginevra 1978.

G.Costa et al "Diseguaglianze di salute in Italia" Epidemiologia e Prevenzione. Supplemento Anno 28(3), 2004.

² Vedi "Atlante di geografia sanitaria della Valle d'Aosta" OREPS 2007.

alle cure. Da oltre un decennio³ gli studi epidemiologici condotti in Italia dimostrano che l'appropriatezza e l'accesso ai servizi o alle prestazioni, anche quando sono pertinenti al bisogno, sono inversamente correlati con lo stato socio-economico del portatore del bisogno stesso e che anche tra le prestazioni efficaci e appropriate si osservano delle disuguaglianze di accesso: le persone di inferiore livello socio-economico hanno, a parità di bisogno reale e di gravità di malattia, minori probabilità di ricevere cure efficaci e appropriate. L'Istat ha, da alcuni anni, assunto nelle proprie indagini campionarie⁴ alcune variabili sociali come variabili esplicative dello stato di salute e del ricorso ai servizi e, dalla valorizzazione di questi dati in ambito regionale, si osserva che anche in Valle d'Aosta, a prescindere dall'indicatore sociale utilizzato per l'analisi epidemiologica (istruzione, professione, reddito, rete familiare), ai più bassi livelli della scala sociale corrispondono più frequentemente stili di vita sfavorevoli (inattività, cattiva alimentazione, sovrappeso, abuso di alcool) e, di conseguenza, peggiori condizioni di salute e di benessere. Oltre quindi ai determinanti non modificabili della salute – come il genere, l'età e il patrimonio genetico – ve ne sono altri su cui è possibile intervenire per aumentare, salvaguardare e ripristinare il patrimonio di salute di un individuo e, più in generale, di una collettività.

Il presente Piano intende operare con continuità rispetto al passato nel contrastare ogni forma di disuguaglianza nella salute e nell'accesso ai servizi, promuovendo l'equità in modo trasversale rispetto ai servizi offerti, in modo pro attivo, e raccomandando un *equity audit* dei programmi e delle procedure a maggiore impatto sulla salute affinché gli operatori e le organizzazioni possano valutare continuamente la loro capacità di assicurare pari opportunità di accesso alle cure.

La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Per quanto attiene la salute e l'assistenza sanitaria, l'equità di accesso ai servizi è garantita su tutto il territorio nazionale dall'applicazione del DM del 2001, istitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Questo elenco di livelli, sotto livelli, servizi e attività, origina un repertorio di prestazioni garantite dal servizio pubblico per ciascuno dei tre ambiti individuati dal decreto:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro,
- assistenza distrettuale,
- assistenza ospedaliera,

oltre a quelli inerenti l'area dell'integrazione socio-sanitaria⁵.

In Valle d'Aosta l'insieme delle prestazioni garantite dai LEA ai residenti è allo stato attuale superiore sia a quello nazionale⁶, di cui è da tempo annunciata la revisione, sia a quello riconosciuto da altre regioni del nord, determinando dei costi pro capite più elevati rispetto la media nazionale per la sanità valdostana. Sotto il profilo della garanzia di erogazione delle cure, il presente Piano, a fronte di una congiuntura economica non favorevole e della conseguente incertezza delle risorse finanziarie, intende operare nel prossimo triennio al fine di mantenere, quanto più possibile inalterato l'attuale repertorio di prestazioni garantite dai LEA regionali, valutandone al contempo la congruità dei costi, riconoscendo nella salute e nel benessere sociale un importante valore oltre che un investimento per le capacità di sviluppo di questa regione. Anche al fine di mantenere inalterate le attuali tutele verso i soggetti più bisognosi, si intende quindi dedicare più attenzione alle modalità con cui le prestazioni vengono erogate e ai costi sostenuti presidiando l'intero sistema della domanda e dell'offerta, affinché tali prestazioni siano erogate secondo i principi e i criteri

³ Perucci C. et al "Diseguaglianze socio economiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari." *Epidemiologia e Prevenzione* 23:153-160, 1999.

⁴ Vedi "Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta" OREPS 2009, e precedente edizione "Relazione sanitaria e sociale" OREPS 2001.

⁵ Allegato 1C del DPCM del 29 novembre 2001.

⁶ Vedi DGR del 2002 (n. 5191 e n. 2594), del 2007 (n. 1572 e n. 2370) sui LEA in Valle d'Aosta.

della medicina basata sulle evidenze, migliorando l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza. Infatti, l'individuazione di condizioni di inappropriatezza, sia nelle prestazioni di ricovero, sia nelle prestazioni ambulatoriali, consente, attraverso una politica di razionalizzazione dei costi, di recuperare margini da destinare al potenziamento dell'assistenza territoriale e alle prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, nonché all'introduzione di prestazioni innovative e ad elevata tecnologia. In quest'ottica, si intende consolidare il processo di *benchmarking* avviato dall'Azienda Usl con altri network regionali, finalizzati a confrontare sia le performance, sia i costi per episodio di ricovero, onde consentire eventuali processi di razionalizzazione. Infine, occorre sensibilizzare i prescrittori e i consumatori a un uso più responsabile di beni e servizi sanitari, favorendo con ogni mezzo un accesso conforme al bisogno a tutti e, in particolare, alle persone socialmente meno favorite. In particolare, per questi ultimi soggetti, l'attenzione dovrà essere posta sia in fase di lettura tempestiva del bisogno e conseguente invio ai servizi competenti, sia monitorando l'adesione all'intero percorso di cura, sia infine fornendo strumenti di conoscenza semplici ma necessari ad accrescere la responsabilità individuale di ogni persona verso la propria salute.

Il diritto alla salute e la prevenzione

Il presente Piano promuove l'equità del sistema per la salute e il benessere, intesa come "uguale opportunità" nel raggiungimento e nel mantenimento degli obiettivi di salute individuati, indipendentemente dalla condizione economica, dal tipo di prestazione necessaria o dal domicilio in uno dei distretti regionali. A tal fine l'equità deve essere assicurata a tutti i cittadini, soprattutto alle fasce più vulnerabili (socialmente, economicamente o culturalmente), nell'accessibilità alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, contrastando l'esclusione sociale, per una piena affermazione e attuazione del diritto alla salute.

Con i Piani settoriali e attraverso la rinnovata organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, a cui il Piano dedica particolare attenzione soprattutto in vista della sua collocazione in una sede unica, andranno rivisti i percorsi operativi finalizzati ad un maggior sostegno alle attività produttive presenti sul territorio. È stato avviato un processo articolato che dilata la programmazione delle attività di prevenzione al di là dei confini delle attività tradizionali dei servizi del Dipartimento stesso, all'interno dell'organizzazione sanitaria regionale e all'esterno dell'area sanitaria, coinvolgendo altri settori dell'amministrazione regionale e altre articolazioni amministrative quali i comuni e le comunità montane. I programmi di prevenzione richiedono il pieno coinvolgimento di linee operative tradizionalmente collaterali ai servizi specializzati in prevenzione, quali i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati e i medici ospedalieri, e la messa in campo, nella programmazione regionale, di leve incentivanti quali la concessione di crediti formativi e il patto aziendale. Allo stesso modo, importante è la definizione di un atteggiamento organico di collaborazione con i settori esterni al mondo sanitario, le cui politiche incidono però in misura rilevante sulla salute della popolazione (urbanistica, trasporti, scuola, ecc.).

Nella definizione delle politiche regionali di prevenzione particolare attenzione è data ai documenti "Prevenzione attiva" (Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012) che indirizzano l'area della prevenzione alle nuove emergenze epidemiologiche (la prevenzione e individuazione del rischio, i tumori e gli screening, le malattie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie croniche, le malattie osteo-articolari, le patologie orali, i disturbi psichiatrici, le malattie neurologiche, la cecità e l'ipovisione, l'ipoacusia e la sordità) con modalità innovative (promuovere attivamente la prevenzione coinvolgendo tutti i possibili attori del sistema). L'azione di rinnovamento in corso ha trovato i suoi punti di forza nel coinvolgimento del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda U.S.L. nella pianificazione e nella co-gestione tecnico-scientifica, nell'identificazione di responsabilità precise con il trasferimento di risorse per l'attuazione dei programmi nel territorio.

L'Equità nel Benessere sociale

L'equità nel benessere sociale non può che realizzarsi di concerto con l'insieme delle politiche regionali, anche quelle previste in settori apparentemente distanti da quelli di pertinenza istituzionale del presente Piano. Ciò in virtù del fatto che il benessere sociale, cui questo Piano si impegna a dare risposta con servizi e altre forme di risposta pubblica organizzata, è frequentemente la risultante di politiche altrove progettate.

Il programma di legislatura afferma a tal proposito che occorre sia ampliare il concetto di politiche sociali, includendo in esso tutto il complesso delle politiche pubbliche a sostegno dell'individuo e della famiglia sia garantire un sistema di welfare regionale con l'obiettivo di una distribuzione sempre più equa delle risorse, attraverso azioni mirate a identificare e raggiungere le fasce più deboli e a contrastare l'insorgere delle nuove povertà. Questo è quindi l'impegno che il presente Piano fa proprio.

La progettazione delle prestazioni sociali

A livello nazionale, non si dispone di uno strumento normativo analogo al DPCM del 29 novembre 2001 inerente i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) per garantire l'equità nelle politiche sociali. Il quadro legislativo e istituzionale in cui sono programmati gli interventi di politica sociale è caratterizzato dalla legge 328/00 di riordino dei servizi sociali, su cui ha inciso solo in parte ritoccata la riforma del titolo V della Costituzione che, all'art. 117, comma 2, lettera m), assume i livelli delle prestazioni sociali come lo strumento principale di regolazione del nuovo sistema dei servizi a sussidiarietà verticale. La legge 328/00 ha avuto certamente il merito di avere disegnato un quadro articolato e complesso delle competenze tra livelli di governo (nazionale, regionale, comunale) e i diversi attori (pubblici e di terzo settore), ma ha lasciato vaghi non tanto i contenuti, seppure descritti per macro aree d'intervento nell'art. 22, quanto i criteri e gli standard comuni che, a distanza di dieci anni, rimangono molto differenziati sul territorio nazionale. Un vuoto normativo che risulta oltremodo critico in un momento di congiuntura economica sfavorevole, come quello attuale, perché non garantisce a livello nazionale la copertura finanziaria alle prestazioni che le regioni di fatto erogano ai loro cittadini, seppure non sotto forma di diritti esigibili.

Sotto il profilo della riflessione sui Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEP), finora si sono confrontati due approcci alternativi: il primo, che assume come punto di partenza le prestazioni erogate (cioè l'offerta di assistenza), con sottostante l'ipotesi che i livelli debbano essere definiti da obiettivi di omogeneizzazione e standardizzazione del sistema attuale delle prestazioni; il secondo, che assume come punto di partenza i fabbisogni esistenti (cioè la domanda di assistenza), con sottostante l'ipotesi che i livelli debbano essere considerati innanzi tutto come diritti esigibili dei cittadini, da definire in rapporto a specifiche condizioni di bisogno assistenziale, da individuare e accertare, con conseguente identificazione delle prestazioni da garantire. Per queste ragioni, e in attesa che sia completata la riforma federale dello Stato con una definizione precisa delle competenze e delle risorse finanziarie disponibili a livello regionale, il Piano avvia un percorso metodologico⁷ che, tentando di superare la parzialità dei due approcci in precedenza descritti (prestazioni vs fabbisogni), intenda le prestazioni sociali ora offerte uno strumento utile di programmazione dell'esistente, finalizzato cioè a rendere l'offerta regionale delle prestazioni sociali attualmente erogate più equa, più efficace e più efficiente. Occorre, pertanto, individuare delle metodologie, altrove già verificate, con cui correlare le prestazioni sociali effettivamente erogate alle specifiche aree di fabbisogno potenziale cui esse sono, o possono essere, rivolte in un'ottica di economicità

⁷ Sono già stati documentati i buoni risultati di questo approccio in altri contesti nazionali. Vedi: Giuliana Costa "Prove di welfare locale. La costruzione di livelli essenziali di assistenza in provincia di Cremona" F. Angeli, 2009; Daniela Bucci "Verso la definizione dei LEP nel comune di Mantova" Associazione Nuovo Welfare, 2009.

del sistema. A seguito di ciò, sarà possibile, a medio termine, esercitare delle scelte condivise in modo che, a fronte di un determinato livello di spesa regionale sostenibile per interventi e servizi sociali, sia possibile: da un lato, valutare, nell'estensività dell'offerta, le differenze infraterritoriali al fine di diminuire la distanza tra ambiti più dotati di servizi offerti o di livelli di copertura dei bisogni e ambiti meno dotati e, dall'altro, considerare l'ipotesi di una maggiore intensività del livello di offerta a tutela dei soggetti fragili. Questo approccio, opportunamente e responsabilmente condiviso e concertato con i diversi attori del sistema (enti locali, organizzazioni sindacali e rappresentanze di cittadini), consentirà, a lungo termine, di pervenire a un modello di welfare regionale dinamico, in cui gli scenari proposti possono essere modificati, indifferentemente, a seconda che si valutino ipotesi di variazione del livello delle prestazioni, oppure del livello di copertura dei bisogni, oppure, ancora, del livello di spesa concretamente sostenibile ed equamente alimentato dal prelievo fiscale.

Le finalità che il Piano si prefigge attraverso un simile approccio all'equità sono quelle di:

- Intercettare, attraverso un complesso di strumenti che includono anche il primo Piano di Zona della Valle d'Aosta, i bisogni espliciti e impliciti del cittadino;
- definire le risposte più adeguate ai bisogni espressi;
- partecipare alle spese secondo la propria reale situazione economica;
- consentire l'accesso ai servizi in modo da garantire:
 - il diritto all'informazione di primo e di secondo livello (orientamento, individuazione della risposta più adeguata al bisogno) e durante il processo di presa in carico, con possibilità di ridefinire gli interventi alla luce delle mutate esigenze (carta della qualità);
 - il diritto alla valutazione del caso individuale/familiare;
 - il diritto alla definizione di un percorso personalizzato condiviso e all'accompagnamento stabile durante un percorso in divenire;
 - il diritto alle prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) nelle diverse componenti di cura, assistenza e sostegno personale e familiare anche valorizzando le forme di aiuto informali e ponendo attenzione a tutti gli ambiti di espressione della persona, sia appartenenti all'ambito lavorativo, sia alla vita quotidiana e al tempo libero.

La compartecipazione dei cittadini alla spesa sociale

L'equità nei servizi sociali prevede quindi un'offerta commisurata ai bisogni riconosciuti e accertati e una politica di partecipazione alla spesa da parte delle persone e delle famiglie conforme sul territorio rispetto alle medesime tipologie di servizio reso.

A livello regionale, come noto, ormai da diversi anni si è individuato nell'indicatore regionale della situazione economica (IRSE) lo strumento per definire la situazione reddituale e patrimoniale della famiglia. Tale indicatore regionale, nonostante alcune criticità ancora in studio, sembra garantire più dei precedenti la considerazione dei carichi familiari (numero e tipologia di componenti, costo dell'affitto e altri) e pertanto ne verrà incoraggiata la diffusione anche nel triennio di riferimento del presente Piano. Non solo, anche la creazione di una Banca dati IRSE contribuirà a rendere più equo e sussidiario l'intervento delle istituzioni pubbliche ai soggetti portatori di un bisogno e a valutare per ogni nucleo familiare l'entità e l'ammontare di aiuti ricevuti.

1. LE OPERATIVITÀ

Analisi dei bisogni *Sotto il profilo conoscitivo dell'analisi dei bisogni occorre:*

- mantenere elevata, a tutti i livelli, la capacità di intercettare, attraverso studi e analisi dedicate svolte dall'osservatorio regionale epidemiologico in collaborazione con l'Azienda Usl e altri enti, quali bisogni di salute e di benessere sociale sono ancora inespressi (del tutto o in parte), indicando gli elementi che ne impediscano il soddisfacimento dal lato della domanda e da quello dell'offerta, in relazione soprattutto ai sub ambiti territoriali di riferimento e ai sottogruppi di popolazioni interessate;
- sviluppare, in collaborazione con l'Azienda Usl, una rete regionale per l'epidemiologia con finalità sia di sanità pubblica e programmazione, sia cliniche, capace di valorizzare, con analisi e studi dedicati, dati di rilevanza regionale, i cui archivi, condivisi tra assessorato e Azienda Usl, consentono di documentare la salute e i bisogni dei cittadini valdostani, nonché qualità, efficacia ed efficienza degli interventi realizzati;
- promuovere, in tutte le politiche, una cultura e una prassi che consenta di intervenire, quanto più possibile all'origine, sui determinanti sociali delle malattie e sui fattori che determinano le disuguaglianze nella salute, in particolare in materia di istruzione e lavoro;
- individuare quali fattori di tipo sociale, geografico o amministrativo, ostacolano, dal lato della domanda e da quello dell'offerta, la completa ed efficace adesione dei soggetti portatori di patologie a elevato consumo sanitario ai percorsi assistenziali a maggiore guadagno di salute previsti dalle linee guida raccomandate.

Equità nella salute *Per garantire Equità nella salute occorre:*

- valutare la sostenibilità economica degli attuali livelli di assistenza (LEA) al fine di una redistribuzione della spesa fra gli stessi che possa consentire, attraverso il contenimento dei costi di settori specifici, l'espansione della spesa per altri, in particolare:
 - il potenziamento di settori al momento poco strutturati, quali quello dell'assistenza odontoiatrica attraverso lo sviluppo di un modello, ancorché sperimentale, nei confronti delle fasce deboli della popolazione, come gli anziani, che spesso, per fattori economici e sociali, non possono accedere all'assistenza che oggi viene prevalentemente erogata in forma privata;
 - l'implementazione dell'assistenza protesica con l'inserimento di ausili e presidi innovativi e tecnologicamente avanzati, che favoriscano un miglioramento della qualità della vita, con particolare riferimento alle persone in difficoltà economiche e sociali;
 - il potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria attraverso percorsi assistenziali domiciliari e residenziali in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità e complessità dell'intervento.
- individuare adeguati strumenti di governo della domanda con particolare riferimento a specifici protocolli diagnostici, modalità di accesso prioritario nelle prestazioni, linee guida, utili a conseguire il livello di appropriatezza e altresì un contenimento della mobilità interregionale;
- raccomandare l'*equity audit* dei programmi e delle procedure a maggiore impatto per la salute al fine di valutare le reali garanzie del sistema sanitario di assicurare pari opportunità di accesso.

Equità nella prevenzione

Per garantire l'equità nella prevenzione occorre:

- prevenire mortalità e morbosità cardiovascolare mediante la valutazione del rischio individuale estendendo l'utilizzo della carta del rischio specifico;
- ridurre gli eventi infortunistici e le patologie lavoro-correlate tramite la definizione e l'attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo che prevedano una focalizzazione sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio, a partire dall'edilizia e dall'agricoltura;
- realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKKIO alla salute, HBSC o Health Behaviour in School-aged Children) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi;
- prevenire le patologie odontoiatriche, con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva, attraverso l'attivazione di programmi di prevenzione (igiene orale, alimentazione, fluoro profilassi sistemica e topica, visite periodiche, ecc.).

Equità nel sociale

Per garantire l'equità nella risposta ai bisogni sociali occorre:

- adottare e mettere a sistema strumenti di rilevamento differenti e complementari al fine di intercettare i bisogni impliciti ed espliciti di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario sul territorio regionale;
- tracciare il quadro completo dei destinatari delle iniziative attualmente in essere e dei servizi esistenti, attraverso rilevazioni statistiche complete, annuali, articolate per aree problematiche e per utilizzo di risorse;
- discriminare tra urgenze, alle quali offrire risposte circostanziate, ed "eventi sentinella", indicatori di bisogni diffusi ma poco manifesti, ai quali rispondere secondo modalità che ne prevedano un'emersione il più possibile esaustiva;
- ricorrere a forme esperte di intercettazione dei bisogni quali quelle di *auditing* rivolte a particolari target di popolazione, in particolare le fasce deboli, anche con il contributo delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale, delle organizzazioni sindacali e del terzo settore;
- valutare, congiuntamente alla rispondenza delle iniziative ai bisogni, la sostenibilità del sistema in termini di risorse umane, finanziarie e strutturali al fine di pervenire ad un modello regionale equo e duraturo.

Una equa partecipazione alla spesa

Per garantire l'equità nella partecipazione alla spesa occorre:

- consolidare l'adozione dell'Indicatore Regionale della Situazione Economica (IRSE) ai servizi e ai contributi gestiti direttamente dall'Assessorato regionale alla Sanità, salute e politiche sociali;
- valutare la fattibilità di applicazione dello strumento IRSE presso i diversi soggetti istituzionali che erogano servizi/interventi a favore delle famiglie;
- portare a regime la piattaforma "banca dati IRSE" in modo da permettere la comunicazione in rete tra diversi soggetti istituzionali a differenti livelli a cui le famiglie possono richiedere servizi/interventi riducendo i tempi, semplificando i passaggi formali ed evitando le ripetute consegne di documentazione;

- stipulare accordi istituzionali che rendano più omogenei i presupposti e i criteri di definizione delle politiche tariffarie a livello regionale prescindendo dal luogo di residenza, anche in un'ottica di tutela delle fasce sociali più deboli (minori, anziani, famiglie in situazione di povertà, ecc.);
- individuare, a livello interistituzionale, linee e strumenti comuni di controllo rispetto alle dichiarazioni rese dai fruitori dei servizi/interventi al fine di garantire effettiva equità agli aventi diritto ed evitare eventuali abusi.



2

Garantire e misurare la Qualità del servizio sanitario e sociale

Perché la Qualità

La qualità, caratterizzandosi come un requisito multidimensionale, è certamente definibile in molti modi, alcuni dei quali molto tecnici¹. Ciononostante essa è percepita nel grado con il quale un sistema socio-sanitario pubblico aumenta la probabilità di esiti favorevoli attesi nella salute e nel benessere sociale ed è coerente con le conoscenze scientifiche correnti, ivi compresa l'appropriatezza delle cure e delle procedure impiegate. Altre definizioni sono ovviamente ugualmente legittime e possibili, ciascuna in relazione ai diversi portatori di interesse, siano essi i cittadini, gli operatori o gli amministratori. È noto però a tutti che occorre dotarsi di strumenti per valutarne il livello e che, per governare un sistema pubblico per la salute e il benessere sociale che sia di qualità durevole, è necessario trovare un punto di equilibrio tra le richieste dei diversi portatori di interesse, tenendo conto che un'accresciuta responsabilità etica del sistema pubblico deve dare priorità al cittadino e ai suoi bisogni. Un sistema di qualità non può, infatti, non adottare misure che salvaguardino la dignità della persona in stato di bisogno, offrano risposte appropriate sia di tipo sanitario, sia di tipo socio-assistenziale, secondo un approccio umanizzato alla cura della persona. Così concepita, la qualità rappresenta un assunto imprescindibile per l'ulteriore miglioramento a livello regionale dei servizi, delle cure e dei livelli di salute in relazione ai bisogni della popolazione e ha un livello multidimensionale sintetizzabile nelle seguenti strategie operative:

- priorità al cittadino che richiede una qualità crescente alle strutture sanitarie e sociali che potrebbero tuttavia disporre di risorse sempre minori;
- maggiore attenzione al processo, interno all'organizzazione, che genera il servizio, con riferimento anche alla funzionalità, alla comunicazione interna, al livello di formazione del personale, agli strumenti di lavoro, ecc.;
- ricerca del miglioramento continuo, anche nelle cure, che evidenzia la dinamicità del concetto di qualità collegato ai bisogni della popolazione che sono per definizione evolutivi, e alle scoperte della medicina e della tecnologia medica;
- coinvolgimento delle risorse umane nell'ambito della gestione delle risorse, finalizzato a garantire la crescita professionale del personale e la dotazione degli strumenti necessari al miglioramento dei processi produttivi.

La Qualità nella salute

Da quanto detto, è evidente che la qualità, in sanità, consiste in "quanto" il sistema sanitario pubblico è capace di aumentare la salute attesa nella popolazione, attraverso cure appropriate,

¹ Secondo la definizione proposta dalla norma UNI ISO 8402, la qualità è l'insieme delle proprietà di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite.

efficaci, tempestive e accessibili. In termini aziendali, ciò equivale a garantire un buon governo clinico al sistema salute attraverso un programma di gestione e di miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività medica che non può prescindere da una sistematica azione di aggiornamento del personale (vedi direttrice n.5), da un sistematico sostegno della cultura della qualità, che favorisca la partecipazione del personale ai programmi di miglioramento della qualità medesima e il conseguimento degli obiettivi prefissati. I vantaggi di un buon sistema di governo clinico sono numerosi, sia in termini di indicatori di salute, sia in termini economici. La non-qualità e l'inappropriatezza generano, infatti, costi aggiuntivi, mentre la qualità e l'appropriatezza delle cure generano risparmi. Peraltro, sono proprio i recuperi ottenuti dalla correzione della non-qualità che generano quegli avanzi, anche economici, che consentono di ottenere di più, a costi minori. In una regione piccola e di montagna come la Valle d'Aosta tutto ciò assume portata strategica per la sostenibilità e la durabilità di un sistema delle cure di elevata qualità.

Il governo clinico e la valutazione delle performance

Il governo clinico è considerato dal presente Piano uno strumento prioritario per il miglioramento della qualità delle cure per i cittadini e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del Servizio Sanitario Regionale, che ha lo scopo di mantenere un buon livello di qualità e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica. L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni persona riceva la prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minore consumo di risorse possibile e con la massima soddisfazione per il soggetto in cura. Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale, cui tendere, orientato a: sicurezza, efficacia, centralità della persona, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità. Il miglioramento della qualità attraverso l'attuazione del governo clinico richiede un approccio sistemico in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i cittadini e i professionisti e deve essere realizzato tramite l'integrazione di numerosi determinanti tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'*audit*, la medicina basata sull'evidenza (EBM ed EBHC), le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e la gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei cittadini, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale². È in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il governo clinico offre, prima di tutto agli stessi operatori, la possibilità di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate. Oltre ciò, l'obbligo del rispetto del principio di contenimento della finanza pubblica anche per la Valle d'Aosta che autofinanzia la propria spesa sanitaria, unitamente all'esigenza sempre più sentita di dotarsi di sistemi di valutazione della *performance* in sanità come strumenti di governo del sistema, ha favorito lo sviluppo di iniziative di *benchmarking* tra regioni, finalizzate alla condivisione di modelli e di criteri di misurazione.

Il presente Piano, nel riconoscere l'assoluta utilità di questi strumenti, intende rafforzare le iniziative già avviate dall'Azienda Usl della Valle d'Aosta che prevedono azioni di monitoraggio e coinvolgimento dei cittadini per dare supporto all'attività di programmazione e controllo. Il percorso già condiviso, inerente un sistema attualmente brevettato a livello nazionale, vede la Valle d'Aosta confrontarsi con la quasi totalità delle regioni e province autonome aderenti alla sperimentazione su una batteria di indicatori clinico sanitari significativi per il governo della domanda, la gestione

² È operativo da alcuni anni un Tavolo di confronto e di dialogo tra direzione aziendale e associazione di consumatori. Annualmente inoltre l'Azienda esegue indagini di soddisfazione (*Customer satisfaction*) con questionari autosomministrati per valutare la qualità percepita dei servizi e delle prestazioni chiedendo agli utenti di esprimersi con un giudizio di qualità.

dell'appropriatezza, il presidio della qualità e dell'efficienza. L'adozione di un simile strumento di conoscenza e di valutazione permette di identificare, anche in confronto ad altre regioni, punti di forza e punti di debolezza e migliorare le performance aziendali anche beneficiando delle esperienze che hanno dimostrato la loro efficacia in altre regioni più virtuose

La ricerca clinica

La mortalità per tumore rappresenta la seconda causa di morte in Valle d'Aosta, con circa il 30% del totale dei decessi. Già da diversi anni, la nostra regione, oltre ad aggredire i fattori di rischio con forme di prevenzione attiva e investire nella diagnosi e nella cura, è inserita nella Rete oncologica "Piemonte-Valle d'Aosta", circuito scientifico di alta ricerca, operativa già dal 2003, i cui obiettivi sono, tra gli altri, coordinare e monitorare l'attività di ricerca nonché l'applicazione di nuove tecnologie biomediche. Con il presente Piano si intende imprimere una forza ulteriore alla lotta ai tumori che colpiscono i valdostani, dando vita ad una Fondazione regionale, senza scopo di lucro, denominata "Fondazione della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste per la ricerca sul cancro (Fondazione VdA-RC)", recentemente istituita con legge regionale³. La Fondazione nasce per dare impulso alla ricerca nel campo della biologia molecolare e sviluppare la ricerca clinica translazionale, che consiste nel portare i risultati dell'evidenza scientifica nel campo dell'assistenza oncologica garantita dall'ospedale U. Parini di Aosta, in collaborazione con l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico di Candiolo.

L'obiettivo ultimo, conseguibile nel medio e lungo periodo, è l'implementazione delle strategie terapeutiche più efficaci, mirate, capaci di ridurre la mortalità, specie in età precoce, per questa malattia, nella popolazione valdostana.

Unitamente a questo impegno, e collegato a esso, proseguirà e sarà ulteriormente potenziata la ricerca clinica anche all'interno dell'Azienda Usl della Valle d'Aosta, come processo essenziale della formazione sul campo.

La degenza ospedaliera

La particolare conformazione geografica e la presenza di zone rurali e montane distanti tra loro e dall'ospedale hanno sempre condizionato il modello di utilizzo e di gestione delle cure ospedaliere sia da parte dei cittadini, sia da parte degli operatori. Nel capoluogo risiede circa il 28% della popolazione totale e, unendo anche i comuni della cintura di Aosta, la percentuale approssima il 40% della popolazione regionale. Tale situazione ha per lungo tempo creato un modello sanitario regionale "ospedalocentrico" e una propensione del cittadino a considerare la struttura ospedaliera quale punto di riferimento (ad accesso sulle 24 ore) non solo per la cura delle acuzie, ma anche per l'attività a minore intensità assistenziale, da cui un aumento della percentuale di inappropriata dei ricoveri, soprattutto di quelli medici. Occorre pertanto rideterminare i modelli di accesso alle prestazioni secondo maggiore appropriatezza clinica e gestionale, secondo le finalità alle quali le strutture eroganti sono istituzionalmente preposte, a tutto vantaggio della qualità delle cure e dei costi del sistema. Il futuro dell'organizzazione ospedaliera regionale è strettamente connesso al progetto di ampliamento dell'ospedale Parini. Unificare in un'unica sede le funzioni dedicate all'acuzie, riservando le strutture decentrate a scopi riabilitativi o di lungodegenza, è un'esigenza imprescindibile. A fronte del nuovo assetto strutturale dell'offerta sanitaria, è opportuno prevedere anche una graduale e progressiva riorganizzazione clinica e assistenziale, fondata più sulla intensità delle cure che sulla suddivisione in unità operative della struttura erogatrice, conformemente alle evidenze ormai consolidate nei modelli di organizzazione sanitaria. Naturalmente, sarà necessario ipotizzare un percorso graduale che, tuttavia, prenda in considerazione

³ Legge regionale 4 agosto 2010, n.32 "Istituzione della Fondazione della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste per la ricerca sul cancro".

non soltanto la distribuzione degli spazi, ma anche la formazione del personale, medico e assistenziale, i percorsi di cura e infine le funzioni di supporto.

Particolare attenzione dovrà essere posta alle aree di eccellenza, individuando le possibili soluzioni amministrative che, attraverso accordi con altre regioni e aziende sanitarie locali, consentano di disporre di un bacino di utenza tale da consentire economie di scala. In quest'ottica, assume rilevanza strategica l'avvio del servizio di radioterapia che, con l'entrata in funzione dell'apparecchiatura di tomoterapia⁴ e con l'introduzione a breve dell'apparecchiatura di PET-CT⁵, consentirà di presentare un quadro di offerta diagnostica e terapeutica in campo oncologico di assoluto rilievo. Sempre in ambito oncologico, potranno essere esplorati settori di ricerca, in collaborazione con Istituti scientifici, conformi all'entità della casistica valdostana. Saranno parallelamente perseguiti il miglioramento e il potenziamento delle attività assistenziali in campo oncologico, sia in ambito ospedaliero, sia consolidando l'attività della struttura di *hospice*. Sempre in ambito ospedaliero, grande attenzione andrà rivolta alle attività che vedono coinvolte differenti discipline secondo un'organizzazione più moderna e razionale e andrà sviluppato, anche attraverso opportuna formazione, l'utilizzo della tecnica robotica in chirurgia, anche al fine di favorire periodi di recupero più rapidi negli assistiti rispetto a quelli della chirurgia tradizionale.

Nell'area dell'emergenza-urgenza, il Piano reputa necessario perfezionare il modello, in fase di sperimentazione, di forte integrazione tra ospedale e territorio, mediante équipes mediche e infermieristiche che ruotano sia all'interno delle aree di emergenza-urgenza intra-ospedaliere, sia sul territorio. Ciò al fine di mantenere adeguatamente elevati gli standard qualitativi dell'assistenza sanitaria nelle fasi di primo soccorso e della stabilizzazione del paziente. In tale ambito, andranno sperimentati e in seguito portati a regime, i progetti di tele-soccorso, particolarmente strategici in un territorio non agevole come quello valdostano.

In area medica, tenuto conto dell'evoluzione demografica ed epidemiologica prevista, saranno perfezionati i percorsi di dimissione protetta verso le strutture residenziali o verso il domicilio, introducendo modelli di telemedicina, in particolare per il monitoraggio a distanza dei pazienti cronici. Riguardo l'area riabilitativa, saranno ripensati, non solo i livelli di assistenza maggiormente rispondenti ai bisogni dei cittadini, ma anche i percorsi e i piani riabilitativi che vedono coinvolte le strutture ospedaliere, territoriali ed i centri accreditati.

Il rischio clinico

Il miglioramento continuo deve accompagnare i processi di garanzia e di mantenimento della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, al fine di una sempre maggiore appropriatezza delle prestazioni, rese con la massima efficacia e il minimo rischio per le persone.

Nel caso del trattamento farmacologico ospedaliero, la recente introduzione, in via sperimentale, di "armadietti elettronici" permette la dispensazione monodose della terapia prevista in cartella clinica in tutte le fasi di gestione del farmaco, limitando in misura sensibile il rischio di errori nella somministrazione per le persone ricoverate. Nel corso del triennio di validità del Piano si intende monitorare i risultati della sperimentazione in corso nei reparti di gastroenterologia, oncologia e neurologia dell'ospedale Parini di Aosta e, se dimostrata l'efficacia, estendere la sperimentazione anche ad altri reparti di cura ospedalieri.

⁴ La Tomoterapia è una particolare e avanzata tecnica di radioterapia, utilizzata per eradicare patologie tumorali, o per fini palliativi. È la più moderna tecnica per radioterapia con fasci esterni oggi esistenti. I vantaggi consistono nel colpire con più precisione le cellule malate preservando quelle sane che con le tecniche precedenti venivano danneggiate.

⁵ La PET-CT è una metodica non invasiva che integra l'immagine funzionale e morfologica. A differenza di quanto rilevabile con le sole metodiche di immagine morfologica (Tassonomia Assiale Computerizzata TAC o Risonanza Magnetica Nucleare RMN), consente di ottenere dettagliate informazioni sui processi metabolico funzionali che "regolano" lo stato di salute o l'insorgenza di patologia, localizzando con precisione la sede anatomica.

Più in generale, il Piano intende promuovere una cultura che prevede la sicurezza delle cure come parte essenziale del governo clinico attraverso la gestione del rischio clinico, alla cui base non vigono meccanismi sanzionatori, ma la necessità di imparare dall'errore, di migliorare la sicurezza per l'assistito e la tutela degli operatori, oltre che di contenere i rischi assicurativi. La sicurezza delle cure può aumentare solo se la cultura vigente ammette l'eventualità che l'errore possa accadere e se si utilizzano le informazioni derivanti dall'analisi degli eventi indesiderati (errori o mancati rischi) per sviluppare azioni migliorative e correttive. Un modello conoscitivo e di analisi che il Piano intende promuovere e che è tanto più efficace quanto più si crea un contesto amichevole e protettivo, poiché l'obiettivo principale è lo sviluppo di una cultura diffusa e responsabile del rischio, basata sulla volontaria adesione degli operatori. In questo modo è possibile avere una base di analisi e predisporre strategie e azioni correttive, producendo un miglioramento nell'attività clinica capace di prevenire il riaccadimento di eventi indesiderati in futuro. L'istituzione di un sistema di segnalazione dedicato al rischio clinico ha pertanto due funzioni: la prima, a valenza esterna, è quella di offrire, attraverso la sua esistenza e il suo utilizzo, una misura dell'affidabilità del sistema delle cure; la seconda, a valenza interna, è di fornire informazioni a chi opera per il miglioramento dell'organizzazione sanitaria, specie sotto il profilo della sicurezza. In Valle d'Aosta si è già iniziato a operare secondo queste logiche ma il Piano intende rafforzare le iniziative volte alla sicurezza degli assistiti e delle cure. Oltre a garantire un'assidua partecipazione ai tavoli interregionali preposti a questo tema, proficui a un adeguato confronto, la nostra regione ha già ricevuto riconoscimenti a livello nazionale, in particolare per quanto riguarda le buone pratiche assunte a garanzia della sicurezza e del rischio clinico, che dovranno progressivamente essere estese a tutti gli ambiti di intervento clinico.

Il trattamento del dolore

Proseguendo nell'impegno che le strutture e i servizi sanitari valdostani hanno finora riservato al tema del dolore⁶, il Piano prevede, nel prossimo triennio, il concretizzarsi della rete per la terapia del dolore in Valle d'Aosta, in attuazione della legge nazionale 15 marzo 2010, n. 38⁷. La legge supera il concetto di dolore come prevalentemente di natura oncologica e fino ad oggi l'unico da trattare in forma organizzata e strutturata, per contemplare ogni forma di dolore cronico, severo, invalidante, che colpisce persone di ogni età e condizione sociale, alle quali deve essere data una risposta qualificata e appropriata al bisogno. Ciò dovrà concretarsi in un sistema di offerta nel quale la persona affetta da dolore cronico, invalidante, possa ricevere un trattamento antalgico che tuteli la sua dignità e promuova la migliore qualità di vita possibile, estendendo il "senza dolore" a tutto il processo terapeutico: dall'ospedale, al territorio, fino al domicilio, attraverso una rete sperimentale appositamente costituita, denominata "Ospedale-Territorio senza dolore". La realizzazione della rete comporterà una riorganizzazione funzionale e una razionalizzazione dei protocolli esistenti affinché sia possibile governare efficacemente ed efficientemente l'intero sistema regionale preposto al trattamento del dolore.

Le reti per la qualità clinica

I risultati ottenuti negli ultimi anni dalle attività regionali che, per le loro specificità, hanno richiesto un approccio a rete in termini di sviluppo e qualità del sistema, devono indurre la Valle d'Aosta, anche sulla base di specifiche intese, a sviluppare ulteriormente tale metodologia, favorendo la partecipazione a reti nazionali e interregionali di servizi clinici, assistenziali, di formazione e

⁶ Accogliendo quanto disposto dalle Linee guida nazionali del progetto "Ospedale senza dolore" (marzo 2001) l'Azienda Usl della Valle d'Aosta già dal mese di agosto 2001 si è dotata del Comitato Senza Dolore (COSD) affidando ad esso compiti specifici come stabilito dalla delibera aziendale n. 1936 del 24/9/2001.

⁷ Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

di ricerca. La volontà quindi di mantenere un'offerta di cure di qualità, nonostante le ridotte dimensioni della popolazione e la scarsa numerosità per il trattamento di alcune patologie poco frequenti, è data proprio dall'inclusione e dalla partecipazione della sanità valdostana all'interno di un sistema a rete, volto a soddisfare e integrare in modo efficace e altamente qualificato, la capacità di assistenza ai cittadini. Si tratta non solo di reti per garantire efficienza nella risposta (emergenza, urgenza), o per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto (trapianti, trasfusioni), ma anche di reti per alcuni servizi (malattie rare), per i quali conviene individuare alcuni centri altamente qualificati o condividere alcune strutture per l'erogazione di alcuni servizi, tramite accordi con realtà territoriali e amministrative limitrofe.

Anche per il prossimo triennio quindi si intendono mantenere gli accordi interregionali in essere, nonché la partecipazione valdostana a tutti gli ambiti scientifici di ricerca e cura a vantaggio della qualità del sistema regionale. Tra questi quelli inerenti:

- l'Associazione interregionale trapianti (AIRT)
- il Centro interregionale trapianti Piemonte e Valle d'Aosta
- la Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
- l'Accordo interregionale plasmaderivazione (AIP)
- la Rete per le malattie rare
- la Rete allergologica
- la Rete dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE).

I tempi di attesa per le prestazioni

I tempi di attesa per ottenere prestazioni sanitarie, ambulatoriali o di ricovero, costituiscono l'effetto finale, oltre che l'indicatore della qualità dell'intero servizio sanitario. Aspetti organizzativi, funzionali e di appropriatezza clinica spesso incidono sul fenomeno delle liste di attesa anche come effetti certamente non voluti e indesiderati dagli stessi operatori sanitari e amministratori. Proprio al fine di evitare che effetti non voluti si ripercuotano sulla buona qualità e sulla tempestività delle cure, in relazione al bisogno e alla sua gravità, è necessario intervenire sia dal lato della domanda, sia dal lato dell'offerta. Dal lato della domanda è necessario dotare maggiormente i cittadini degli strumenti necessari a richiedere prestazioni appropriate e pertinenti al bisogno, rivalutando la relazione con il medico di fiducia, e portando a conoscenza tutte le persone, conformemente allo status e alla condizione sociale, dei loro effettivi diritti e doveri in una relazione responsabile tra cittadini e istituzioni. Dal lato dell'offerta è necessario intervenire per migliorare la capacità erogante del sistema che, oltre ad essere determinata da fattori quali la disponibilità di personale, di tecnologie e di strutture adeguate sul territorio, soffre per certo anche della inapproprietezza prescrittiva, di modelli e procedure organizzative migliorabili per efficacia, oltre che della mancata applicazione, in alcuni casi, di linee guida già validate in ambito scientifico. La qualità durevole del servizio sanitario valdostano, per essere garantita ai cittadini, deve porre attenzione a questi fenomeni, che il Piano intende contrastare non solo singolarmente – mediante il rispetto di quanto già previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 140 del 25 gennaio 2008 concernente l'approvazione del programma regionale di contenimento delle liste di attesa e dei relativi atti di indirizzo all'Azienda Usl della Valle d'Aosta – ma anche secondo una logica di sistema e approcci trasversali e integrati.

La mobilità sanitaria interregionale e internazionale

Nonostante il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale nasca dal diritto alla libera scelta dei cittadini di muoversi verso un servizio sanitario diverso da quello della regione di residenza per ottenere assistenza sanitaria, la garanzia dei livelli essenziali, la sostenibilità economico-finanziaria regionale per la salute e il controllo rigoroso verso ogni forma di atteggiamento opportunistico a danno soprattutto delle persone socialmente svantaggiate, pone, in capo al governo della regione,

il dovere di un controllo del fenomeno della mobilità al fine di garantire a tutti il diritto a cure efficaci presso le strutture valdostane e limitare il ricorso extra regionale ai soli casi in cui possa considerarsi “fisiologico” per una piccola regione come la Valle d’Aosta. Occorre, infatti, tenere in debita considerazione l’insieme delle variabili che influenzano la mobilità sanitaria, rispetto alle quali occorre procedere con interventi differenziati, distinguendo fra una mobilità passiva, di fuga, e una attiva, di attrazione. È evidente che mentre la prima deve essere limitata il più possibile alla casistica che necessita di elevate specializzazioni, a casi rari o a casi per i quali l’efficacia delle cure è condizionata da elevati bacini di utenza per assicurare qualità di trattamento; la seconda va ricercata e perseguita, costituendo un utile finanziario oltre che un indicatore di qualità per le specialità che ne beneficiano.

Oltre a ciò, occorre considerare il fenomeno anche secondo la variabile geografica: in particolare, nelle aree di confine tra la Valle d’Aosta e il Piemonte, si registrano dinamiche e comportamenti dei cittadini che danno origine a flussi bidirezionali, determinati da bisogni di beni e servizi di varia natura, nonché abitudini e accessibilità facilitate che determinano una continuità territoriale, di fatto, prevalente sui confini istituzionali.

In virtù della volontà politica di garantire alla Valle d’Aosta un sistema di cure qualificato, efficace, tempestivo e sicuro, ma al contempo appropriato e sostenibile, è intenzione, anche per il prossimo triennio, operare affinché non vi siano costi evitabili per le spese dovute alla compensazione ad altre regioni per prestazioni a cittadini valdostani consentendo proficui investimenti sul sistema sanitario pubblico regionale.

In questo ambito andranno ricercati spazi di collaborazione bilaterale con Aziende sanitarie piemontesi, onde realizzare sinergie operative e, possibilmente, economie di scala.

Il sistema di mobilità internazionale, invece, ha lo scopo di tutelare, sotto il profilo dell’assistenza sanitaria, i cittadini che si spostano all’interno degli Stati dell’Unione europea e dei Paesi in convenzione, con i quali sono in vigore accordi di sicurezza sociale. In questo contesto la Valle d’Aosta garantisce, in applicazione dei regolamenti comunitari di sicurezza sociale e di quanto disposto dalle singole convenzioni, un’adeguata assistenza sanitaria sia ai cittadini valdostani che si recano nei Paesi europei e negli Stati in convenzione (per turismo, studio, cure mediche di altissima specializzazione o, anche, come persone ritirate dal lavoro che trasferiscono la loro residenza), sia agli stranieri presenti sul territorio regionale.

Le medicine non convenzionali

Nella qualità delle cure un’attenzione particolare è rivolta alle medicine non convenzionali. Nei confronti di queste forme di cura la Valle d’Aosta dedica rilevanza già dal Piano socio-sanitario 2002-2004 in quanto risulta essere diffuso tra i valdostani, rispetto alla media nazionale, il ricorso a queste medicine solo parzialmente riconosciute dal servizio sanitario pubblico. Si ricorda, infatti, che la nostra regione include nei livelli essenziali di assistenza⁸, seppure sperimentalmente, le prestazioni di agopuntura (per il trattamento degli effetti collaterali della chemioterapia nei soggetti oncologici, della nausea e del vomito in gravidanza, oltre che per la terapia del dolore muscolo scheletrico) e dell’omeopatia (in ambito ginecologico e pediatrico). Rispondendo a un bisogno di cure conforme non solo alla medicina tradizionale, il Piano, prendendo atto del ricorso frequente a queste forme di cura da parte dei valdostani, prevede un impegno attento e continuo, tale da conferire qualità a questo segmento di cura in termini sia di risposta alle esigenze dei cittadini, sia di sicurezza e utilizzabilità delle pratiche.

⁸ DGR del 2002, n. 5192

La sicurezza alimentare

La verifica di qualità degli alimenti è disciplinata da precisi regolamenti comunitari, in vigore dal 2006, e attuati secondo disposizioni già previste dal precedente documento di programmazione regionale⁹. Tali disposizioni individuano in chi produce la responsabilità della sicurezza alimentare e della rintracciabilità degli alimenti, definita come “la possibilità di ricostruire e seguire il percorso di un alimento o di una sostanza destinata o atta a fare parte di un alimento attraverso tutte le fasi di produzione, della trasformazione e della distribuzione”. La presenza di residui nelle produzioni di latte e carne può indurre problemi alla salute dell’uomo, oltre a conseguenze penali, o sanzioni amministrative, per i produttori. Per ovviare a questi rischi e porre più efficacemente sotto controllo l’intero percorso che dall’animale conduce alla produzione di un bene alimentare, il Piano dispone che la prescrizione veterinaria, eseguita dai medici veterinari che effettuano l’assistenza zoiatrica sugli animali produttori di alimenti a consumo umano, sia resa conforme ai requisiti informativi minimi richiesti, e informatizzata, in modo da operare collegamenti informatici tra la banca dati regionale dell’anagrafe del bestiame e la banca dati farmaceutica e permettere controlli accurati sull’intera filiera di produzione.

La Qualità nel Benessere sociale

Si è detto che la qualità consiste nella capacità di offrire risposte al bisogno in modo appropriato e uniforme sul territorio regionale, sia di servizi sia di operatori, garantendo la sostenibilità del sistema. Secondo quest’accezione, la qualità è misurabile attraverso precise metodologie di valutazione e attraverso l’adozione di “buone pratiche”, cioè di progetti, politiche, iniziative, azioni ed esperienze che, all’interno di un più ampio sistema di welfare, ne rappresentano dei segmenti di eccellenza per il riconosciuto contributo al miglioramento della qualità di vita dei soggetti a cui sono rivolte. Il giudizio “buona”, riferito a una pratica, va quindi espresso con riferimento alla qualità del servizio offerto e, soprattutto, alla sua efficacia concreta nel perseguire gli obiettivi istituzionali richiesti o nel produrre i risultati attesi e per i quali è stata adottata, proprio in quanto riconosciuti positivi per la collettività o per la specifica tipologia di utenza a cui essa si rivolge. La qualità nel sociale è quindi una dimensione misurabile ma, data la sua complessità, è necessario che la valutazione includa anche aspetti qualitativi, come l’accoglienza, l’ascolto, l’assistenza e la soddisfazione, per i quali è opportuno costruire un Piano integrato di valutazione continua appositamente predisposto.

La valutazione del bisogno

Per garantire un elevato livello di competenza nel valutare i bisogni e offrire risposte adeguate, nonché per assicurare un ascolto partecipe e qualificato, occorre che tutte le sedi a cui il cittadino si rivolge nel portare all’attenzione un bisogno, si relazionino in modo sinergico: da quelle istituzionali fino al volontariato.

Il Piano intende quindi promuovere una logica quanto più possibile sistemica nella capacità di risposta al bisogno, che coinvolga tutti gli aspetti della relazione tra cittadino e istituzioni: da quello dell’orario di apertura dei servizi, a quello della formazione multidimensionale del personale preposto alla presa in carico, fino alla predisposizione di specifici protocolli condivisi di accoglienza per persone con condizioni di bisogno particolarmente complesso e diversificato, per modalità e carichi assistenziali (come, ad esempio, le persone disabili). Oltre a ciò, l’intento del Piano è di costruire una presa in carico permanente e prospettica delle persone in situazione di bisogno e

⁹ Obiettivo 6, Piano Regionale per Salute e il Benessere sociale 2006-2008

delle loro famiglie, non limitata alla valutazione della necessità di approntare uno strumentario d'interventi personalizzati o di individuare la struttura residenziale, diurna o semiresidenziale più idonea, ma una valutazione multidimensionale, interdisciplinare e dinamica, che consideri tutti gli aspetti della vita della persona (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica) ogni qualvolta sia necessario decidere le azioni più opportune a seguito dell'evoluzione nel quadro clinico, di un cambiamento esistenziale e socio-relazionale del soggetto. Nella presa in carico, in particolare nell'area della disabilità, occorre focalizzare l'attenzione sulla valorizzazione delle abilità residue, sul rafforzamento di competenze latenti e sulla necessità di garantire pari opportunità di condizione tra i cittadini, eliminando le discriminazioni e le forme di esclusione sociale e culturale, le limitazioni e gli ostacoli nella fruizione di diritti e nell'autonomia personale, nel pieno rispetto dell'equità di trattamento. Nell'ottica di operare secondo principi di economicità ed efficienza, per raggiungere gli obiettivi di assistenza individuale attesi, è opportuno orientare il sistema organizzativo verso due orizzonti distinti e insieme integrati:

- il primo è quello della multi professionalità realmente interdisciplinare e non come risultato di ottiche giustapposte e non coordinate;
- il secondo è quello del *case management*, ove un referente unico, e riconoscibile da tutti i portatori di interesse, si fa carico del complesso di esigenze della persona assistita assumendosi il compito di:
 - coordinare e attivare il lavoro di rete;
 - organizzare piani operativi e di lavoro;
 - avviare e migliorare i percorsi assistenziali monitorandone i processi;
 - mediare e facilitare le relazioni tra la famiglia, la comunità di appartenenza, le istituzioni, il personale sanitario e socio-assistenziale.

I due scenari appena descritti concorrono a disegnare un tipo di sviluppo del welfare regionale che valorizza le singole professionalità, favorisce il lavoro d'équipe e, nello stesso tempo, accompagna la persona (malata, anziana, disabile ma anche bisognosa di essere aiutata a governare e sfruttare al meglio le proprie risorse perché a rischio di marginalità e disagio) in modo dinamico e adattivo lungo l'intero percorso della vita, garantendo una figura di sostegno costante, responsabilizzata e competente, anche alla famiglia cui la persona in stato di bisogno appartiene.

La valutazione dei progetti e dei servizi sociali

Valutare i progetti per il sociale è ormai una prassi comune: la maggioranza delle esperienze di sviluppo della programmazione, concorso, finanziamento, gara e bandi è accompagnata sistematicamente da indicazioni sulla valutazione o da richieste di identificare degli indicatori (di processo o di risultato) sui quali basare la valutazione ex ante e/o ex post del progetto. Solo fino a pochi anni fa, l'idea di valutare i progetti nel sociale non era per nulla praticata, ma il consolidarsi, anche in Italia, dalla fine degli anni '90, di un pensiero teorico metodologico sulla valutazione di programmi, progetti e politiche pubbliche ha prodotto risultati interessanti e discreti progressi in un settore che ancora oggi, trattando dimensioni qualitative, fatica a trovare consenso su procedure condivise di valutazione di riconosciuta validità. Di fatto, però, la progressiva esternalizzazione e il trasferimento di competenze nella gestione dei servizi sociali pongono, in capo all'amministrazione regionale, l'esigenza di conoscere più dettagliatamente l'efficacia e l'efficienza di ciò che è intrapreso in risposta ai bisogni sociali della popolazione. Ciò sia per migliorare le funzioni di governo e di indirizzo, sia per meglio allocare le risorse destinate ai comuni erogatori di servizi sociali. Questa esigenza ha quindi sviluppato e fatto emergere nuove funzioni valutative, coniugando esigenze di rendicontazione dei costi ad analisi della qualità degli interventi, anche dal punto di vista dei cittadini che utilizzano i servizi e di altri portatori di interessi significativi (*stakeholders*), mediante strumenti quali le carte dei servizi e i bilanci sociali. L'esigenza di una valutazione, su cui questo

Piano intende porre particolare attenzione, è dettata dal volere mantenere nella programmazione delle politiche sociali quell'ottica strategica (collegamento tra obiettivi, azioni, risultati e costi) che è fondamentale soprattutto in ambiti prevalentemente qualitativi in cui il rischio di limitare le azioni a una logica di risposta alle urgenze è invece talvolta prevalente. Con questa finalità, anche l'applicazione del primo Piano di Zona della Valle d'Aosta potrà, se correttamente e strategicamente impostato, sostenere progetti sociali associati a piani di valutazione dei risultati e offrire un contributo essenziale al governo del sistema integrato dei servizi sociali di un territorio. Il Piano intende quindi promuovere una cultura della valutazione sociale, cioè adottare un corpus di strumenti di analisi correlati a indicatori di qualità, da considerarsi come parte integrante di un sistema di *welfare*, capaci, ex ante, in itinere ed ex post, di valorizzare il già consolidato volume di offerta e di mettere a disposizione delle direttrici per la programmazione futura, indicando le priorità verso cui indirizzare i propri impegni, le politiche, le risorse finanziarie, quelle umane e strutturali. Le categorie di indicatori sui quali fondare il sistema di valutazione sono così declinati:

per la valutazione dei processi:

- capacità di governo della domanda e tempi di erogazione della risposta;
- appropriatezza della risposta rispetto al bisogno;
- efficienza, efficacia e coerenza nel programmare ed effettuare azioni, nell'ottimizzare i tempi e l'impiego di risorse umane e materiali;
- coerenza in termini di efficienza rispetto agli esiti raggiunti;

per la valutazione esterna:

- livello di soddisfazione dell'utente;
- impatto in termini di cambiamento della situazione su cui l'intervento ha insistito e sul tessuto sociale di pertinenza;
- coerenza degli esiti con gli orientamenti della politica socio-sanitaria regionale;

per la valutazione interna:

- livello di soddisfazione del personale;
- qualità del clima di lavoro;
- tasso di coinvolgimento di tutti gli attori nei processi decisionali oltre che gestionali;
- coefficiente di consapevolezza autovalutativa;

per la valutazione della performance economico-finanziaria:

- livello di spesa procapite in rapporto alla popolazione residente media;
- indice di capacità di spesa complessiva in rapporto al fabbisogno potenziale;
- intensità di spesa.

Un sistema di qualità per la salute e il benessere sociale deve riuscire a guardare al bisogno non in relazione alla capacità di risposta dei singoli segmenti dell'offerta preposti a soddisfarlo istituzionalmente, ma come un insieme di richieste a valenza differenziata che riguarda l'intero sistema di welfare regionale.

Il presente Piano dedica, nella direttrice assegnata alla valorizzazione del territorio, un richiamo specifico all'auspicata piena integrazione socio-sanitaria. In questa sezione, e con riferimento alla qualità come direttrice da perseguire in tutti i segmenti in cui si attua la risposta organizzata al bisogno da parte del sistema dei servizi regionali, il Piano intende dedicare attenzione alla necessità che, prima ancora di offrire una risposta integrata da parte dei servizi, sia il bisogno stesso a ricevere una valutazione integrata. Non solo. Il Piano intende rimarcare la necessità che tale valutazione del bisogno, oltre ad essere integrata, acquisisca le capacità necessarie a porsi in forma dinamica nel tempo, per conformarsi alle mutate esigenze della persona o della famiglia lungo l'intero corso della vita.

L'autorizzazione e l'accreditamento regionale

Un primo livello di qualità nell'erogazione delle attività e dei servizi è garantito dalla definizione di standard minimi regionali, organizzativi e strutturali, ai fini autorizzativi, che rappresentano la condizione per realizzare ed esercitare attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative in Valle d'Aosta. Il Piano intende completare il processo di definizione di questi standard, nonché delle modalità dei tempi per l'espletamento dei relativi controlli, al fine di salvaguardare la salute e la sicurezza del cittadino e la qualità delle prestazioni. Livelli maggiori di qualità sono previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente attraverso il sistema dell'accreditamento, che trova oggi, a livello regionale, piena attuazione in ambito sanitario e socio-sanitario, mentre dovrà essere progettato e realizzato in ambito sociale. Il sistema regionale si fonderà dunque su una programmazione regionale che individui, attraverso un'attenta ricognizione, i fabbisogni assistenziali. La realizzazione di nuove attività sarà subordinata a tali fabbisogni, ma si definiranno, per ciascuna tipologia di servizio o di attività, i criteri per determinare una quota eccedente di potenziali soggetti gestori, necessaria a garantire i principi di concorrenzialità, di equità e di trasparenza, salvaguardando la qualità delle prestazioni erogate e, allo stesso tempo, producendo economie di spesa a vantaggio degli enti committenti. Dal punto di vista dell'accreditamento in sanità, il Piano darà attuazione alla nuova procedura di accreditamento approvata recentemente dall'esecutivo regionale, che oltre a semplificare il procedimento e aggiornare il manuale, si pone l'obiettivo di individuare un sistema di mantenimento dell'accreditamento stesso, basato sullo svolgimento di tre attività:

- assolvimento del debito informativo;
- verifiche periodiche sul campo con metodo campionario;
- attività di monitoraggio di alcuni percorsi (coinvolgimento del paziente e *audit* sulle cartelle cliniche).

La definizione di percorsi socio-sanitari, da monitorare attraverso il coinvolgimento dell'assistito, rappresenterà il punto più qualificante su cui valutare la qualità dei servizi erogati in funzione del grado di soddisfazione degli utenti. Per i servizi sociali, il Piano pone l'obiettivo di definire una procedura di accreditamento, analoga a quella prevista in ambito sanitario, al fine di garantire sia la qualità dei servizi, sia una maggiore economicità nella gestione.



2. LE OPERATIVITÀ

Per un buon governoclinico

Per garantire la qualità e un buon governo clinico delle cure occorre:

- garantire la sicurezza delle cure e delle prestazioni, attraverso la prosecuzione del progetto per la gestione del rischio clinico e la partecipazione alle iniziative previste dal Programma nazionale Pro Qual per la promozione permanente della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale;
- monitorare l'efficacia del progetto "Monodose del farmaco" reso possibile dall'introduzione di armadietti elettronici presso alcuni reparti ospedalieri e, se confermata, estenderne l'inserimento anche ad altri reparti secondo priorità stabilite e concordate con l'Azienda Usl;
- ricercare una sempre maggiore appropriatezza clinica – garantita dalla razionalizzazione degli accessi alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo i principi della "medicina basata sulle evidenze" e secondo modalità conformi al bisogno, supportate da linee guida validate e di riconosciuta efficacia – e alla sua corrispondenza in modelli di appropriatezza organizzativa sia ospedalieri, sia territoriali;
- mantenere gli attuali standard qualitativi sanitari nelle fasi di primo soccorso e stabilizzazione del paziente, anche attraverso i progetti di tele soccorso;
- garantire un adeguato percorso assistenziale che risponda ai bisogni di salute del cittadino attraverso lo sviluppo della collaborazione fra area ospedaliera e territoriale;
- razionalizzare l'attuale offerta di prestazioni sanitarie mediante l'applicazione di linee guida validate che sottopongano le richieste dell'utenza, siano esse di diagnostica, terapeutiche o riabilitative, ad una valutazione di appropriatezza clinica e di efficacia dimostrata;
- promuovere la qualità (appropriatezza, comfort, economia...) del servizio fornito e correlarla al risultato, in base alle evidenze sulla efficacia clinica e sulla efficienza operativa dei servizi;
- fare in modo che l'organizzazione aziendale e le dinamiche interne del suo funzionamento siano ben chiare, valutabili e verificabili per tutti quelli che operano al suo interno, per gli utenti e per quanti sono chiamati a svolgere funzioni di governo, di indirizzo, di valutazione o di controllo;
- incentivare e formalizzare le modalità con cui le competenze professionali possono contribuire al miglioramento della programmazione, della organizzazione e della produzione dei servizi;
- promuovere l'innovazione organizzativa puntando sullo sviluppo e sul rendimento del capitale professionale e dell'innovazione tecnologica.

Lemiglioricure

Per migliorare la qualità della performance delle cure occorre:

- sviluppare l'ambito della ricerca clinica, specie quello oncologico, secondo quanto previsto dalla legge regionale istitutiva della "Fondazione della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste per la ricerca sul cancro (Fondazione VdA-RC)" avviandone le procedure amministrative e scientifiche in essa contenute e in particolare:
 - accrescere le conoscenze sulle cause e sui meccanismi cellulari e molecolari di insorgenza del cancro;
 - identificare bersagli molecolari e cellulari che possano essere sfruttati nella diagnostica e nella terapia delle neoplasie;

- sviluppare terapie innovative mirate;
- sviluppare strumenti di diagnosi e di valutazione precoce della risposta terapeutica;
- favorire e sostenere l'attività di ricerca clinica e traslazionale nel campo dell'oncologia, all'interno dell'Azienda USL e in collaborazione con le strutture di ricovero e cura a carattere scientifico;
- favorire la collaborazione con altri enti o istituti di ricerca con particolare riferimento a quelli operanti e in Piemonte;
- promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale nell'ambito dell'oncologia e, in particolare, dell'oncologia molecolare;
- favorire la ricerca clinica in ambito aziendale come importante strumento di miglioramento della qualità dell'assistenza, contribuendo alla crescita culturale e tecnico professionale dei medici e degli operatori coinvolti, secondo le logiche e i processi della formazione sul campo (ECM);
- monitorare l'andamento degli indicatori di performance sanitaria secondo modelli nazionali validati, ponendo in essere soluzioni atte a contrastare le criticità ed estendendo quanto più possibile la valutazione all'ambito della medicina territoriale;
- confrontare i valori regionali con le buone pratiche di altre realtà sanitarie omogenee per tipologia, geografia e popolazione;
- assicurare un maggior coinvolgimento dell'assistito e il monitoraggio dei percorsi assistenziali (punti fondamentali delle disposizioni regionali vigenti in materia di accreditamento, revisionate in chiusura del precedente Piano sanitario per la salute ed il benessere sociale 2006-2008, nel rispetto delle linee guida previste a livello ministeriale e centrale);
- mantenere standard regionali di qualità ai fini autorizzativi e di accreditamento in ambito sanitario, socio-sanitario;
- operare una ulteriore semplificazione delle procedure di prenotazione, di pagamento dei ticket o di ritiro dei referti;
- ottimizzare la funzione acquisti di beni e servizi, tenendo conto della complessità del mercato dei beni sanitari, della rapida obsolescenza che caratterizza molti prodotti e procedure e dei consistenti fenomeni di asimmetria della domanda e dell'offerta.

Qualità nelle degenze ospedaliere

Per migliorare la qualità delle degenze ospedaliere occorre:

- valorizzare l'attività di ricovero ospedaliero riorganizzandola soprattutto in attività per la cura delle acuzie e adottare misure per conseguire un alto livello di appropriatezza delle prestazioni erogate sia in regime ordinario che in day-hospital e day-surgery;
- potenziare l'utilizzo della robotica in ambito chirurgico, onde consentire minori tempi di ricovero al paziente ricoverato;
- potenziare le cure oncologiche sia attraverso attività di ricerca in collaborazione con istituti specializzati, sia attraverso l'assistenza ai malati terminali, consolidando l'attività dell'Hospice;
- predisporre protocolli di prima accoglienza e di procedure interne per persone disabili al momento dell'accesso alle cure ospedaliere;
- realizzare le modifiche alla legge regionale sull'emergenza n.40/2008, anche a seguito degli esiti della recente sperimentazione, al fine di configurare in maniera sempre più efficace ed efficiente il sistema di emergenza intra ed extra ospedaliero, anche attraverso opportune riorganizzazioni funzionali.

Sulrischioclinico *In particolare per il rischio clinico occorre:*

- implementare, possibilmente fino alla adozione sistematica, le attuali modalità operative previste nell'ambito della gestione del rischio clinico e monitorare, nell'ambito del sistema informativo ministeriale SIMES, i dati relativi agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri;
- applicare, adattandole alla realtà organizzativa e funzionale della Valle d'Aosta, le raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico.

Suldolorecronico *In particolare per la terapia del dolore occorre:*

definire il modello regionale per la realizzazione della terapia del dolore cercando di:

- definire la rete dei servizi e delle strutture coinvolte a garantire risposta adeguata secondo quanto previsto dalla legge 38/2010, siano esse ospedaliere o territoriali;
- formare e aggiornare adeguatamente il personale dedicato;
- garantire l'informazione ai cittadini e agli operatori sulla istituzione della rete per la terapia del dolore, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla rete e sulle modalità d'accesso.

Le medicine non convenzionali *Per garantire qualità alle medicine non convenzionali occorre:*

- procedere ad una ricognizione delle esperienze di attività riferibili al campo delle medicine non convenzionali, condotte sul territorio regionale, anche in collaborazione con altri enti e associazioni operanti in regione;
- valutare l'efficacia e la sicurezza delle diverse pratiche curative, anche attraverso lo sviluppo di adeguate forme di collaborazione con organismi e istituti nazionali ed internazionali;
- promuovere la collaborazione con le istituzioni competenti al fine di sviluppare forme di autoregolamentazione che tutelino la sicurezza degli utilizzatori e la competenza professionale degli operatori;
- promuovere, anche in collaborazione con gli ordini, collegi e associazioni di settore, progetti sperimentali nel campo della medicina non convenzionale da includere nei piani di attività dell'Azienda Usl, individuando forme di integrazione con i processi assistenziali.

Qualità e sicurezza alimentare *Per garantire qualità e sicurezza alimentare occorre:*

- prevedere l'estensione dell'attuale utilizzo dei palmari, in dotazione ai veterinari, utili alla prescrizione informatica della prescrizione veterinaria, mediante opportuno potenziamento ed ampliamento di strumenti hardware e software oggi disponibili;
- rendere compatibile e, quindi, disponibile, il collegamento informatico tra le informazioni contenute nelle banche dati già esistenti dell'anagrafe del bestiame e quelle della banca dati farmaceutica, al fine di migliorare la compilazione della prescrizione veterinaria stessa e di consentire alla struttura veterinaria competente gli opportuni controlli e le decisioni conseguenti.

Il controllo dei tempi di attesa per la salute

Per garantire qualità attraverso il controllo dei tempi di attesa occorre:

- orientare i processi organizzativi, funzionali e di appropriatezza alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti e, comunque, al rispetto dei tempi di attesa conformi alle classi di priorità determinate dai prescrittori;
- che l’Azienda Usl della Valle d’Aosta applichi quanto previsto dalle disposizioni regionali al fine di rispondere adeguatamente ai cittadini, in particolare nei confronti di:
 - criteri di priorità di accesso alle prestazioni stabilite;
 - monitoraggio dei tempi di attesa;
 - criteri per la definizione dei percorsi per le prestazioni di tipo diagnostico-terapeutico;
 - riorganizzazione del CUP;
 - informazione e comunicazione delle liste di attesa;
 - agende chiuse (che rifiutano cioè la prenotazione per eccesso di domanda);
 - misure previste nel caso di superamento dei tempi massimi.

Lamobilità sanitaria

Per il buon governo della mobilità sanitaria interregionale e internazionale occorre:

- mantenere e possibilmente migliorare gli attuali trend positivi, sia per la mobilità attiva (in crescita), che per la mobilità passiva (in flessione);
- contenere la fuga delle prestazioni ospedaliere di bassa e media specialità;
- ridurre la mobilità passiva nella riabilitazione intensiva di primo e secondo livello, parzialmente assorbita da strutture regionali;
- individuare le strutture potenzialmente attrattive che possano permettere la definizione di accordi per specifiche prestazioni con aziende extraregionali;
- adeguare le direttive regionali in materia di mobilità sanitaria internazionale alle disposizioni che prossimamente verranno stabilite dall’Unione europea in materia di diritti dei soggetti in cura e a quanto, di conseguenza, verrà recepito dal servizio sanitario nazionale.

Il controllo dei tempi di attesa nei servizi sociali

Per promuovere la valutazione dei progetti e dei servizi sociali occorre:

- effettuare analisi dei bisogni sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari, in modo sistematico e con un approccio qualitativo/quantitativo, capace cioè di raccogliere ed elaborare dati distinguendo evidenze da percezioni, realtà da rappresentazioni, cause da effetti, coniugando le esperienze maturate nella raccolta dei dati e nella loro elaborazione statistica, nell’ambito dell’osservatorio regionale per le politiche sociali, con l’esperienza di raccolta e condivisione avviata con il Piano di Zona, nella quale coinvolgere le realtà organizzate e impegnate sul territorio, in particolare il volontariato e il terzo settore, oltre alle professioni e alle imprese del privato sociale, ma anche il singolo cittadino sensibile o coinvolto individualmente nel settore;
- adottare strumenti di indagine sia quantitativi, sia qualitativi, in cui i campi tematici siano comuni e i dati incrociabili, in modo da rafforzare o ridimensionare alcune evidenze, attraverso forme di

lettura multiprospettica che prevedano anche il coinvolgimento degli eventuali gestori esterni dei servizi ai fini di programmazione e di ridefinizione delle attività offerte;

- promuovere azioni volte a diffondere una cultura della valutazione partecipata in cui tutti gli attori siano attivamente implicati nei processi di lettura, analisi e autoanalisi, giudizio e autovalutazione rispetto alle attività svolte, alle funzioni espletate e ai ruoli assunti rispetto ai bisogni soddisfatti;
- costruire un piano di indicatori e di strumenti di rilevamento e analisi validi, comuni a tutti i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Valle d’Aosta, con la condivisione degli enti pubblici e privati, gestori o prestatori di opera (assessorati, enti locali, cooperazione sociale e Azienda Usl);
- definire misure e indicatori specifici per ciascuna tipologia di servizio o attività socio-assistenziale, socio-sanitaria o di promozione sociale a gestione diretta o indiretta da parte dell’Amministrazione regionale secondo modalità verificate a livello nazionale, o internazionale, adattate al contesto locale o integrati, previa attenta verifica di pertinenza e opportunità;
- stabilire modalità e tempi per lo svolgimento dei vari rilievi per la produzione dei risultati, la loro diffusione e il loro impiego a fini migliorativi sul sistema oggetto di monitoraggio;
- rilevare la soddisfazione del servizio *on line* e con strumenti dedicati (questionari e interviste).

Sulle autorizzazioni

In materia di autorizzazione occorre:

- ridefinire nel loro insieme i fabbisogni assistenziali regionali, determinando, con appositi atti della Giunta regionale, una quota eccedente di potenziali soggetti gestori dei servizi, necessaria a garantire i principi di concorrenzialità, di equità e di trasparenza, salvaguardando la qualità delle prestazioni erogate e, insieme, producendo economie di spesa a vantaggio degli enti committenti;
- proseguire nell’attività di revisione e definizione di standard minimi organizzativi, strutturali e tecnologici sostenibili in ambito sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo;
- definire un piano di interventi con l’Azienda Usl per l’adeguamento delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali agli standard nazionali e regionali;
- condividere con gli Enti locali piani di intervento di edilizia socio-assistenziale per l’adeguamento agli standard strutturali regionali ed erogazione dei conseguenti contributi;
- estendere la programmazione effettuata nell’ambito degli interventi socio-assistenziali per anziani agli altri settori (buone pratiche);
- operare un monitoraggio costante dei piani di intervento di edilizia socio-sanitaria anche attraverso l’eventuale creazione di un osservatorio dei lavori;
- estendere il modello autorizzativo ai professionisti sanitari che esercitano attività cosiddette “a rischio” per il paziente;
- informatizzare l’attuale procedimento autorizzativo.

Sugli accreditamenti

In materia di accreditamento occorre:

- attuare il nuovo manuale di accreditamento attraverso la programmazione triennale ed annuale delle verifiche sul campo ed il monitoraggio dei percorsi assistenziali;
- favorire l’implementazione dei sistemi di gestione per la qualità e gli accreditamenti anche in ambito socio-assistenziale e socio-educativo;

- definire linee guida per l’Azienda Usl in merito all’attività di convenzionamento che prevedano un’attenta verifica dei costi/benefici e dei risultati attesi/effettivi;
- semplificare e completare l’accreditamento delle aree e dei dipartimenti dell’Azienda Usl a garanzia di adeguati livelli di qualità nell’erogazione dei servizi;
- informatizzare le procedure di accreditamento.



3

Creare Alleanze responsabili tra tutti gli attori del sistema

Perché le Alleanze

Per perseguire condizioni diffuse di salute e di benessere nella popolazione occorre passare da un paradigma a prevalente responsabilità clinico sanitaria a un più ampio scenario di politiche e programmi aventi la salute e il benessere come risultante di equità dei diritti tra i vari sottogruppi sociali di popolazione, in cui però devono essere rafforzate, nel contempo, le responsabilità individuali e soggettive verso il proprio patrimonio di salute, in ogni individuo, già dai primi anni di vita¹. A livello delle istituzioni, l'ampliamento del concetto di politiche sociali ad altre politiche di settore (istruzione, lavoro, casa, trasporti e ambiente) – già espresso nel programma di legislatura – è finalizzato a ridurre l'attuale frammentazione amministrativa, offrire maggiore coordinamento e coerenza alle risposte al cittadino da parte dei servizi e produrre un minore costo per le amministrazioni. Alla capacità d'intervento del sistema deve tuttavia fare seguito una chiara definizione degli obiettivi e dei compiti di ciascuno, oltre che un preciso coordinamento degli interventi.

Per tale ragione, con il presente Piano, nel considerare il sistema regionale per la salute e il benessere sociale come un sistema pubblico a elevata responsabilità sociale e sostenibilità globale, si afferma la necessità di ricercare reti e alleanze responsabili tra tutti gli attori coinvolti, al fine di garantire e migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle scelte di programmazione per la salute e il benessere dei cittadini valdostani.

L'ambito entro cui nascono, si esprimono e devono trovare risposta i bisogni è composto da un insieme di soggetti, d'istituzioni e di realtà organizzative che si occupano di salute e benessere sociale a diverso titolo. Il senso di appartenenza alla complessità obbliga i decisori politici, i tecnici e gli operatori a ricercare relazioni a tutti i livelli: di macrosistema (livello internazionale e nazionale), di mesosistema (tra Amministrazione regionale, Azienda Usl, enti pubblici, terzo settore e volontariato) e di microsistema (tra assessorati, uffici, competenze e cittadini) per conseguire i risultati migliori attraverso strategie unitarie ed efficaci. Non è solo l'efficacia a spingere il sistema a ricercare alleanze, è anche la necessità di perseguire maggiore efficienza. Il crescente impegno pubblico nel fornire servizi di primaria necessità impegna progressivamente la spesa pubblica regionale e fa affiorare la consapevolezza che per fare fronte a problemi di benessere dei cittadini, le Regioni – ancora di più in una logica federalista dello Stato – devono sviluppare una più realistica politica di *welfare society* (e non più solo di *welfare state*), che responsabilizzi, quanto più possibile nel tempo, la società civile nel suo insieme, al fine di trovare accordo e consenso sulle priorità dei bisogni e sulle forme per dare loro risposta, monitorando, in progressione temporale, le azioni messe in campo e le risorse finanziarie. L'alleanza con le organizzazioni del volontariato si configura in questo senso strategica e di grande valore, sia in ambito sanitario, sia in ambito sociale e integrato.

¹ Si tratta, ovviamente, di valutazioni più ampie di quelle oggi inerenti il riconoscimento della necessità di includere la salute tra i criteri costitutivi che misurano le scelte di priorità e di intervento di tutte le politiche, perché questo trova già applicazione nelle procedure HIA (Health Impact Assessment), che stimano preventivamente gli effetti sulla salute di un intervento, di una politica o di un investimento, e sulle quali il presente documento di programmazione, garantisce continuità di collaborazione con le parti interessate.

Le Alleanze per la salute

Evidenze scientifiche riportate da indagini nazionali e internazionali dimostrano che la salute è la risultante di politiche altrove progettate (ad esempio nel lavoro, per l'ambiente..) e che il suo miglioramento contribuisce allo sviluppo e al benessere sociale di tutti i settori della società perché impatta sulla produttività e sulla competitività² del sistema sociale. I servizi sanitari a elevata efficienza contribuiscono quindi allo sviluppo economico e al benessere sociale, e non solo perché salute e benessere sono tra i comparti più rilevanti del mercato del lavoro, ma anche perché investire in salute significa investire sul benessere dell'uomo e della società e, quindi, sulla sua capacità di produrre sviluppo, come afferma la Carta di Tallinn sui sistemi sanitari³ diffusa, anche di recente, in Italia, tra tutte le politiche di settore.

La salute in tutte le politiche, le istituzioni e gli interventi pubblici

Dalla enunciazione della Carta di Ottawa fino all'adesione alla rete HPH (Health Promoting Hospital)⁴, per la promozione della salute appare chiaro come il peso delle politiche amministrative assuma oggi, sullo stato di salute della comunità, un ruolo ancor più determinante rispetto a quello delle politiche sanitarie stesse. La promozione della salute include un repertorio di strategie di provata efficacia che deve essere interamente utilizzato per potere essere pienamente efficace. Occorre, infatti, che in tutti i settori e i contesti in cui si attua un intervento, una politica o un investimento, anche apparentemente distante dai tradizionali ambiti che governano la salute, si:

- sostenga la causa della salute, basandosi sui diritti umani e la solidarietà;
- investa in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili per ben governare i determinanti della salute;
- creino competenze per lo sviluppo politico, la capacità di guida, la pratica della promozione della salute, la diffusione delle conoscenze, la ricerca e l'alfabetizzazione sanitaria;
- assicurino un alto livello di protezione da ogni causa di danno alla salute e si favoriscano pari opportunità di salute e di benessere per tutti;
- costruiscano alleanze tra il settore pubblico, quello privato, privato sociale e i cittadini per creare azioni sostenibili a sostegno della salute e del benessere.

L'igiene ambientale e la sicurezza sui luoghi di lavoro

L'ambiente di vita è costituito ormai dall'intero ecosistema, cioè dall'ambito in cui le persone vivono, consumano, lavorano, viaggiano e intessono relazioni sociali secondo modelli comportamentali che influenzano le condizioni generali di salute. Raramente gli agenti e le esposizioni

² La Commissione europea, attraverso la Health and Consumer Protection, ha commissionato uno studio su "Economic implication of socio economics inequalities in Health in European Union" (Mackenbach et al, 2007) in cui la salute è considerata come un capitale da spendere (ad es, per la forza lavoro) e come bene da consumare (ad es. per soddisfare le potenzialità della persona). Nel primo caso, la quota di PIL consumata dalla perdita di speranza di vita per disuguaglianze sociali è stimata di circa l'1,4%; nel secondo caso la stessa quota è dell'ordine del 9,5%. La loro somma è un valore impattante che supera il valore della quota di finanziamento trasferito al SSN del nostro Paese.

³ Tallinn Charter, Health System for Health and Wealth, WHO, 2008

⁴ Dalla 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita appunto a Ottawa il 21 novembre 1986, nasce la Carta di Ottawa che l'OMS diffonde per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. La "promozione della salute" viene definita dalla Carta di Ottawa come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Pietra miliare nella storia delle politiche sanitarie, la Carta di Ottawa è stata seguita da altri documenti a livello internazionale ma soprattutto dalla creazione, per iniziativa dell'Organizzazione Mondiale della sanità, di una vera e propria Rete per la promozione della salute che fa centro negli Ospedali. Diffusa attualmente in numerosi paesi del mondo e in 11 paesi europei, la Rete degli Health promoting Hospitals (HPH) ha conosciuto anche in Italia un rapido sviluppo. La Valle d'Aosta aderisce nel 2002 e nel 2005 organizza a Courmayeur la Conferenza nazionale.

ambientali agiscono da soli, più frequentemente la loro azione si manifesta in combinazione con altri fattori che possono modificare i rischi per la salute, comporre e al contempo confondere, la relazione che si instaura tra ambiente e salute in una persona o in una collettività. Nel prossimo triennio si renderanno disponibili, ove richieste, forme di collaborazione con le istituzioni regionali competenti in materia ambientale, utili all'individuazione congiunta di iniziative di carattere conoscitivo, informativo e formativo, che, anche attraverso il miglioramento ambientale (corretta gestione dei rifiuti, rispetto delle emissioni, del rilascio di sostanze nelle acque o nel suolo ecc), consentano la salvaguardia dello stato di salute dei valdostani. Compatibilmente alle risorse disponibili, parallelamente a queste iniziative, si ritiene di interesse comune predisporre strumenti adeguati di lettura per l'analisi condivisa della morbosità e della mortalità regionale in relazione a specifici fattori o a determinate situazioni di tipo ambientale.

Tra le molte alleanze necessarie ad assicurare la sanità pubblica collettiva, quelle che attengono l'ambiente agricolo zootecnico rivestono specifico interesse nel presente documento di programmazione. In Valle d'Aosta, il contesto agricolo zootecnico è rappresentato, nel 20% dei casi, da borghi rurali, dove, anche per l'esiguità del territorio coltivabile, gli insediamenti abitativi sono spesso contigui alle attività di allevamento. La normativa igienica sanitaria vigente⁵, nonostante consideri le stalle "industrie insalubri di classe I", ne permette la permanenza nei centri abitati subordinandola al giudizio del sindaco, preposto a valutarne l'eventuale nocimento alla salute pubblica. L'evoluzione avvenuta anche nella nostra regione, da una cultura agricola a un'altra più urbana, unitamente agli strumenti di pianificazione territoriale che si sono succeduti nel tempo hanno favorito nei comuni l'estensione degli insediamenti residenziali che hanno conglobato le attività agricole preesistenti ed esposto la comunità ad alcune criticità igienico sanitarie come nel caso delle concimaie. Di esse, l'art. 233 del TULS prevede la dotazione, secondo precise caratteristiche, per le stalle con più di due capi di bestiame adulto o, altrimenti, il conferimento delle deiezioni in appositi depositi comunali. Poiché la concimaia è parte integrante dell'allevamento e la sua presenza, se male governata, può costituire fonte di rischio per la salute pubblica, il Piano dispone che, attraverso un'alleanza responsabile tra tutti i soggetti interessati, i comuni si dotino di una normativa adeguata, conforme alle più recenti disposizioni igienico sanitarie e alle linee guida che la Giunta regionale approverà con successivo atto.

Infine, in relazione all'ambito di lavoro, il Piano prevede che l'Azienda Usl, per il tramite delle strutture preposte alla sicurezza dei luoghi di lavoro, prosegua nell'attività, già avviata, di predisposizione di specifici piani di informazione-formazione, rivolti a particolari settori produttivi maggiormente a rischio e intensifichi il ruolo preventivo, rispetto a quello sanzionatorio, in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro.

Promuovere la salute in rete

Promuovere la salute è una funzione centrale della sanità pubblica e, certamente, il governo della sanità ha un ruolo chiave di leadership nella costruzione di politiche e partnership a favore della promozione della salute. Ma per aggiungere e guadagnare sempre più salute è essenziale che vi sia un impegno di collaborazione con la società civile, il terzo settore, il settore privato e, trasversalmente, con i contesti di vita e di lavoro.

Un ruolo attivo del volontariato nel promuovere la salute e nel costituirsi come tramite tra le campagne di sensibilizzazione, di prevenzione e il cittadino sono già state sperimentate con efficacia in Valle d'Aosta da organizzazioni ormai consolidate a livello nazionale.

Anche per il prossimo triennio, quindi, il Piano valorizzerà il ruolo di comunicazione e di servizio reso dalle associazioni di volontariato come interlocutori strategici tra istituzioni, servizi e cittadini. A livello di politiche, il primo passo per chi si occupa di promozione della salute è quello di fornire

⁵ art. 216 del Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie"

ai *policy makers* il profilo di salute della popolazione di riferimento, per poi definire e concordare, con gli amministratori stessi e i molti altri attori presenti (operatori sanitari, volontari, cittadini, ecc), gli interventi prioritari di promozione della salute fondati e supportati dai criteri della Evidence Based Prevention, valutandone insieme la perseguibilità, la sostenibilità e l'efficacia. Anche per il prossimo triennio i profili di salute regionali confermano l'utilità di ricercare alleanze unitarie su:

1. la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
 - diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti;
 - prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino
 - prevenzione attiva delle complicanze del diabete nell'adulto e nel bambino, aumentando la partecipazione del paziente;
 - prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano;
2. gli screening:
 - del tumore al seno;
 - del tumore della cervice uterina;
 - del tumore del colon-retto;
3. la prevenzione degli incidenti:
 - stradali;
 - domestici;
 - sul lavoro;
4. le vaccinazioni:
 - implementazione coperture vaccinali, attestabili attraverso l'anagrafe vaccinale;
 - implementazione dell'offerta vaccinale per i soggetti appartenenti alle categorie a maggior rischio;
 - miglioramento della qualità dei servizi e delle attività vaccinali.

In conformità a queste premesse è stato emanato dal Ministero della Salute nel 2007⁶ il documento programmatico "Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari", che consente ancora oggi di contrastare i fattori di rischio secondo un approccio non solo sanitario, ma attento anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, prevedendo la condivisione degli obiettivi da parte di tutti gli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali e settori privati). Il documento nazionale si articola in un programma trasversale che riguarda la realizzazione di una "Campagna informativa", in un ambito specifico di collaborazione con le istituzioni scolastiche, e in 4 programmi specifici basilari:

- comportamenti alimentari salutari;
- lotta al tabagismo;
- lotta all'abuso di alcool;
- promuovere l'attività fisica.

⁶ DPCM 4 maggio 2007 (Gazzetta Ufficiale 22 maggio 2007, n.117. Il documento programmatico "Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari" è finalizzato alla promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini. È nato dall'esigenza di affrontare in maniera globale i fattori di rischio principali, rappresentati dal tabagismo, dal consumo di alcool, da una scorretta alimentazione e dall'inattività fisica, garantendo la sostenibilità del Sistema sanitario in termini economici e di efficacia.

Il presente Piano ne conferma la validità di attuazione, specie nella definizione delle reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni e interventi che agiscano trasversalmente sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Alleanza tra medico e cittadino

Anche a livello di microsistema occorrono alleanze responsabili da parte di tutti i soggetti istituzionali e dei diversi soggetti coinvolti: operatori, volontariato e cittadinanza. Soprattutto, andrebbe recuperato il rapporto fiduciario tra il cittadino e il proprio medico, affinché venga quanto più possibile limitata la tendenza al progressivo individualismo nella richiesta di beni e servizi sanitari, a favore di approcci che, nel rispetto dell'appropriatezza clinica, forniscano a ogni richiedente gli strumenti conoscitivi necessari a riconoscere e interpretare correttamente il suo bisogno di salute e di assistenza, di osservare puntualmente la prescrizione medica, seguendone l'eventuale protocollo secondo modalità condivise. Occorre ristabilire equilibrio in questo delicato "contratto di cura", già asimmetrico per saperi, competenze, stati d'animo e linguaggio, poiché l'eccesso di contrattualismo può generare rischi di deresponsabilizzazione nei rispettivi ruoli. Inoltre, l'affermazione nella cultura contemporanea di una medicina "cautelativa" ha generato impropriamente nella domanda di beni e prestazioni quote crescenti di in appropriatezza, che hanno incrementato la spesa sanitaria corrispondente.

All'interno di questo scenario *l'audit civico* può rappresentare una forma di sperimentazione utile anche ad avvicinare cittadini alle istituzioni sanitarie, con l'intento di promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi dell'Azienda Usl, in una logica di leale e responsabile collaborazione, che riconosca tuttavia il giusto rilievo al "punto di vista del cittadino". A tal fine l'Azienda dovrà continuare a promuovere momenti stabili di confronto con i rappresentanti dei cittadini, adeguando le metodologie in uso in relazione all'evolversi delle indicazioni fornite a livello nazionale, anche al fine di consolidare, migliorandole, le indagini periodiche di soddisfazione dell'utenza (*customer satisfaction*) per quanto attiene tutte le aree aziendali.

Nello specifico invece della relazione con i singoli professionisti della salute e, in particolare con il medico curante, è necessario recuperare gli elementi costitutivi di questa antica relazione, specie in una regione piccola e di montagna come la nostra, dove questo rapporto ha avuto, negli anni, riconoscimenti valoriali non comuni alle realtà urbane. Una relazione insostituibile per la tutela e la difesa della salute e del benessere delle persone, la sola in grado di coniugare il principio etico di autonomia della persona, con la garanzia della scelta terapeutica migliore. La "cura migliore" rispetta la libertà del portatore di un bisogno, ma allo stesso tempo ne evita le estremizzazioni nel comportamento, che possono indurre anche danni o conseguenze indesiderate per la persona stessa. Per ridurre tali rischi, nella prassi medica corrente, devono sempre più affermarsi linee guida validate, applicate dai medici, e spiegate in forma semplice al cittadino, che prevedano il corretto e appropriato ricorso a controlli diagnostici e terapeutici da parte della persona colpita da una determinata patologia, attraverso prescrizioni mediche autorizzate e garantite dal servizio sanitario regionale. Dall'altro, occorre che il cittadino, nel riconosciuto rapporto di fiducia con il proprio medico, rispetti il "patto di cura", osservando la prassi prescritta e seguendo il percorso assistenziale prescritto e di dimostrata efficacia.

Le emergenze sanitarie e l'osservatorio veterinario

Tra le alleanze per la salute pubblica, assume particolare rilevanza quella che si attiva in caso di emergenze sanitarie simili a quelle prodotte dall'encefalopatia spongiforme bovina (cd. "mucca pazza"), dalla Sars o dall'influenza aviaria. Il succedersi di grandi emergenze, sia epidemiche, sia non epidemiche, con i conseguenti necessari interventi nel campo della sanità pubblica veterinaria, ha fatto sì che in quest'ultimo decennio si sia prestato notevole attenzione a un problema

fino a poco tempo fa abbastanza trascurato. Si ritiene pertanto indispensabile che anche in Valle d'Aosta si sviluppi e si radichi, attraverso gruppi di lavoro, incontri e seminari, una cultura sanitaria specifica, per definire le modalità operative sempre più idonee ad una rapida ed efficace soluzione dei vari problemi che possono presentarsi in casi di emergenza. Sarà inoltre opportuno rendere quanto più possibile omogenei il linguaggio tecnico e le procedure di intervento tra tutti gli specialisti e gli operatori coinvolti nella gestione dell'emergenza. Si ritiene quindi necessario predisporre un piano di emergenza regionale unico, finalizzato a coordinare le procedure operative di intervento a tutela della popolazione e dei beni in un'area a rischio da parte delle autorità preposte (sindaco, prefetto, protezione civile) secondo linee guida condivise.

Poiché inoltre nelle emergenze epidemiche l'attività di sorveglianza epidemiologica è di prioritaria importanza per gestire con tempestività la risposta organizzata, si valuta positivamente la creazione dell'osservatorio epidemiologico veterinario permanente, progettato come rete regionale tra tutti i soggetti e gli enti interessati, che consenta di espandere la raccolta e l'elaborazione di dati di interesse e di fornire un supporto tecnico-scientifico per l'attuazione dei programmi di eradicazione, sorveglianza e controllo delle patologie animali e dei piani riguardanti gli alimenti di origine animale e i mangimi.

Gli animali d'affezione

Anche quella che unisce l'uomo all'animale d'affezione è un'alleanza che, nella società attuale, deve caratterizzarsi per civiltà e rispetto, come anche il Trattato dell'Unione europea di Lisbona nel 2007 ha stabilito, riconoscendo quella tra uomo e animale una relazione essenziale al pieno equilibrio psicofisico delle persone. Per costituirsi come tale però essa richiede il rispetto dell'animale, evitandone riprovevoli utilizzi, sia diretti sia indiretti, o pratiche disdicevoli come l'addestramento a pratiche di combattimento non autorizzate e punite dalla legge. Il Piano, nel valorizzare l'alleanza tra uomo e animale d'affezione, riconoscendone i benefici per la salute e il benessere globale della persona, intende dare corso, con apposito dettato normativo a:

- promuovere iniziative rivolte a favorire una corretta convivenza tra le persone e gli animali da compagnia, nel rispetto delle esigenze sanitarie, ambientali e del benessere degli animali;
- individuare precise responsabilità e doveri del detentore dell'animale da compagnia, stabilendo che chiunque conviva con un animale da compagnia o abbia accettato di occuparsene è responsabile della sua salute e del suo benessere e deve provvedere alla sua sistemazione e fornirgli adeguate cure ed attenzione, tenendo conto dei suoi bisogni fisiologici ed etologici secondo l'età, il sesso, la specie e la razza;
- sviluppare programmi di informazione e di educazione per affermare il rispetto degli animali e la tutela del loro benessere sia fisico che etologico, ivi compresa la preparazione di cani per le persone fisicamente disabili e l'utilizzazione degli animali da compagnia ai fini della *pet therapy*.

Si intende inoltre promuovere la realizzazione di corsi di formazione per favorire un corretto sviluppo della relazione tra il proprietario e il cane al fine di consentire l'integrazione dell'animale nel contesto sociale. Attraverso un'alleanza responsabile e condivisa tra comuni, scuole e Azienda Usl, il percorso formativo non solo fornisce nozioni sulla normativa vigente e sulle caratteristiche fisiologiche ed etologiche del cane in modo da indirizzare il proprietario verso il possesso responsabile, ma previene nelle giovani generazioni atteggiamenti indesiderati. Il percorso formativo rivolto invece ai proprietari di cani, infondendo la conoscenza dei loro doveri e delle loro responsabilità civili e penali nonché la comprensione del cane e del suo linguaggio, valorizza il rapporto interspecifico e previene lo sviluppo di comportamenti indesiderati da parte degli animali sulla comunità e sui suoi abitanti. Infine, il Piano intende valutare l'opportunità di istituire in Valle d'Aosta un progetto pilota di assistenza continuativa per casi di emergenza e urgenza veterinaria.

Le Alleanze per il Benessere sociale

Anche in ambito sociale, così come per la salute, occorre ricercare alleanze utili a una maggiore efficacia ed efficienza del sistema:

- a livello nazionale, o internazionale, su temi strategici di interesse generale per la gestione di problematiche complesse, secondo prassi di riconosciuta efficacia;
- a livello di amministrazioni pubbliche, per la gestione condivisa, basata anche sulla ricerca della massima ottimizzazione delle risorse, di problematiche sociali complesse, che semplifichino e ottimizzino le modalità organizzative e funzionali attuali;
- a livello di amministrazioni regionali, enti locali e associazioni di volontariato, per la conduzione di specifiche campagne di sensibilizzazione orientate al benessere sociale o per condividere sistemi di sorveglianza di criticità latenti;
- a livello di singolo cittadino o famiglia per costruire relazioni fiduciarie di diritti e doveri, fondate su una responsabilizzazione delle richieste e un'alleanza sociale e civile di solidarietà istituzionale e sussidiarietà orizzontale e verticale.

A ciascuno di questi livelli il Piano si adopererà per massimizzare il valore degli interventi e delle politiche messe in campo. In particolare, questa prospettiva di macro, meso e microsistema è ritenuta particolarmente efficace in alcuni specifici ambiti di intervento strategici, quali la famiglia e la gestione dell'emergenza abitativa, per i quali alcune sinergie hanno già dimostrato di funzionare.

Alleanze per il sostegno alla famiglia

Nelle politiche familiari non è più pensabile di prescindere dalla ricerca continua di alleanze fra soggetti sociali diversi che possano intervenire nel sostegno alla famiglia, seppure con strumenti e metodi diversi, riguardo ai bisogni e agli obiettivi da raggiungere. La molteplicità di esigenze espresse dalla famiglia stessa (economiche, occupazionali, relazionali, educative, ecc...) spesso supera, rendendola inefficace, la presa in carico e gli interventi propri ed istituzionali dei soli servizi sociali; è necessaria quindi una rete di rapporti fra istituzioni, associazioni e volontariato che, se opportunamente sostenuta e coordinata, dia luogo a interventi efficaci e costruttivi, specialmente nelle situazioni complesse.

L'emergenza abitativa

Il fenomeno dell'emergenza abitativa sta assumendo, in questi ultimi anni, anche in Valle d'Aosta, caratteristiche rilevanti, anche perché non riguarda più, come in passato, quasi esclusivamente la popolazione extracomunitaria immigrata, ma colpisce persone e nuclei appartenenti al ceto medio a causa dell'indebolimento economico prodotto dalla crisi finanziaria. In tale situazione è necessario che il sistema pubblico superi le difficoltà che rendono complessa la presa in carico di queste situazioni, dovute al fatto che il disagio abitativo costituisce un indicatore a molteplici dimensioni: dall'inadeguatezza dell'abitazione, alle difficoltà economiche nel sostenere le spese attinenti alla fruizione stessa del bene casa. Il Piano individua pertanto la necessità di creare strumenti di conoscenza in rete tra i diversi soggetti titolati a rispondere istituzionalmente al problema della casa. Tale banca dati, nell'includere l'elenco di tutti i nuclei che rientrano in condizioni di emergenza abitativa, o che hanno accesso al fondo per l'affitto, permetterebbe sia una conoscenza complessiva del fenomeno, sia una gestione coordinata delle situazioni e degli interventi. Si rende pertanto necessario continuare a cercare, con ogni strumento, politiche finalizzate a garantire un'adeguata sistemazione a nuclei privi di abitazione, attivando iniziative di lavoro integrato fra il settore delle politiche sociali e quello competente in materia di edilizia residenziale, al fine di individuare strategie di contrasto efficaci a questo crescente fenomeno.

Alleanze con la famiglia per ogni cittadino in condizione di disagio

Nell'alleanza tra istituzioni e cittadino, le persone e le loro famiglie prendono coscienza dei propri diritti e dei propri doveri e operano per rafforzare le loro capacità individuali, assicurando una piena, consapevole e responsabile partecipazione alla vita della società. Il Piano riconosce che le persone, anche quelle in situazioni di disagio, di disabilità o d'isolamento sociale – e le loro famiglie – possono essere in grado di autodeterminarsi, al pari di qualunque altro cittadino, se adeguatamente supportate in una logica di sussidiarietà e non di assistenzialismo passivo e possono diventare risorsa per l'intero contesto sociale in cui vivono. I cittadini diventano inoltre affiancatori insostituibili delle istituzioni quando scelgono di prendersi cura di un familiare in condizioni di fragilità. La consapevolezza del valore della famiglia per l'intera società deve essere sostenuta *in primis* fra le famiglie stesse che, assolvendo per loro natura a compiti di procreazione, di cura, di educazione, di aiuto reciproco, possono, in alcune situazioni particolari, non avere coscienza della portata di tale valore e della risorsa che esso rappresenta per tutti. Inoltre, un'attenta pianificazione regionale facilita, e valorizza, il ruolo diretto della famiglia nei processi di crescita e di miglioramento del benessere sociale e di coesione comunitaria. Questa è la ragione per cui, in continuità con il precedente Piano 2006-2008, la famiglia e il mutuo aiuto familiare rappresentano, anche per il presente documento di programmazione, una risorsa insostituibile nell'alleanza per una salute e un benessere diffuso tra la popolazione. Occorre quindi incoraggiare, premiare e dare il necessario supporto alle famiglie che intendono ricostituire se stesse come principale risorsa affettiva, di cura e di accoglienza degli stati di bisogno di un familiare in condizione di difficoltà o di fragilità. Inoltre, nei confronti delle persone disabili, è necessario che le alleanze, oltre che tra la famiglia e le istituzioni, investano il mondo del lavoro, dell'imprenditoria, della formazione e della cooperazione sociale, affinché sia possibile progettare forme di risposta globale – e possibilmente durevoli nel tempo – alla loro domanda di sistemazione in un ambito lavorativo interessante benché protetto, non meramente socio-assistenziale, ma inserito in filiere produttive legate al tessuto economico regionale. Questo progetto persegue una politica d'inclusione globale e attribuisce un valore tangibile alle competenze residue possedute da ogni persona, in particolare dalla persona disabile, restituendo a lei, e alla sua famiglia la dignità di chi si percepisce utile alla comunità di appartenenza e, per questo, anche pienamente accolto.

I minori in difficoltà

La collaborazione e l'alleanza tra istituzioni o organismi di tutela si dimostrano strategiche in ambito sociale nel proteggere specifici soggetti a elevato rischio di vulnerabilità, come i minori in difficoltà. Nell'ampio panorama degli interventi avviati sul territorio regionale in favore dei minori in situazione di abuso e maltrattamento, la costituzione del gruppo di coordinamento interistituzionale⁷, quale ambito privilegiato di confronto e progettazione interdisciplinare, ha avuto un ruolo fondamentale nell'evoluzione e nella condivisione di aspetti e di esigenze professionali collegati a una condizione così complessa e fortemente caratterizzata dal bisogno di integrazione e di collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti. In ragione del lavoro triennale sinora realizzato, si ritiene opportuno incrementare ed estendere le attività, già avviate, di sensibilizzazione sul territorio e di ampliare il numero dei soggetti da coinvolgere (es. gruppi di animatori di oratorio, gruppi appartenenti al volontariato che sono a contatto con bambini ecc.). Poiché l'efficacia di tali attività dipende dal consolidamento e dall'acquisizione delle capacità applicative di conoscenze e strumenti idonei, si rende necessario procedere, parallelamente, a iniziative di monitoraggio dell'attività svolta, finalizzate alla valutazione delle ricadute sul piano dell'operatività orientando così alla maggior efficacia la progettazione futura.

⁷ Di cui alla deliberazione della Giunta regionale del 27 aprile 2007, n. 1114

Alleanze di progettualità sociale responsabile

Esclusa la gestione delle criticità, un'alleanza da ricercare, responsabile, è quella che si produce a livello locale, nel favorire forme di programmazione partecipata alle scelte di gestione delle priorità nei bisogni della comunità e, di conseguenza, di allocazione condivisa delle risorse, sviluppando adeguatamente ed estendendo l'esperienza già condotta per pervenire al primo Piano di Zona della Valle d'Aosta (di cui si tratta più diffusamente in una successiva direttrice). Già avviata in Valle d'Aosta⁸, questa modalità di responsabilizzazione dei cittadini alle decisioni e alla gestione delle risorse si è dimostrata utile sia per accrescere il consenso e la conoscenza dei processi amministrativi di governo, sia per migliorare la consapevolezza delle richieste da parte delle persone.



⁸ Un esempio è quello realizzato in un comune valdostano della cintura di Aosta e presentato al Convegno presso l'Università della Valle d'Aosta "Le scelte di responsabilità sociale e la governance locale", il 22 ottobre 2009, dal titolo: "Scelte pubbliche e governo locale: la sfida della sostenibilità".

3. LE OPERATIVITÀ

Alleanze per la salute

Per creare alleanze per la salute occorre:

- programmare interventi di promozione della salute che affrontino in maniera globale i 4 principali fattori di rischio (fumo, alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica) con un approccio non solo agli aspetti sanitari ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e che prevedano la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati);
- promuovere una fattiva collaborazione interistituzionale, in particolare tra mondo della scuola e mondo della salute, al fine di sostenere comportamenti sani nelle persone in formazione e in fasi della vita in cui si acquisiscono e si radicano abitudini che andranno poi a costituire i principali fattori di rischio delle malattie croniche;
- proseguire e ampliare le iniziative progettuali, sia a livello locale, sia inserite in più ampi programmi nazionali o europei inerenti la prevenzione primaria, l'educazione alla salute e la promozione della salute;
- estendere le esperienze virtuose, in materia di prevenzione attiva, realizzate in alcuni ambiti territoriali o distretti, a tutto il territorio regionale, in relazione alle specificità dei diversi ambiti distrettuali, valorizzando reti locali, luoghi, momenti di sensibilizzazione da valutare come più efficaci attraverso scelte ampiamente partecipate;
- promuovere lo studio e la realizzazione di programmi di promozione della salute in forma congiunta e condivisa tra ospedale e territorio su specifiche tematiche di rilevanza epidemiologica regionale;
- favorire la metodologia di lavoro di rete e pervenire a forme di alleanza tra comuni, comunità montane e Azienda Usl, (nella sua articolazione in distretti) per la programmazione e la realizzazione di risposte organizzate a specifici problemi locali di salute e benessere;
- costruire in ciascun ambito territoriale, ad esempio il distretto socio-sanitario, forme di alleanze stabili tra gli operatori interessati alla salute (comunità montane, comuni, scuola, volontariato e medici di famiglia), i cittadini e il contesto di riferimento (biblioteche, pro loco, ecc), investendo soprattutto nella consapevolezza del bene salute e dei comportamenti a rischio nelle nuove generazioni;
- pervenire a forme di alleanza tra comuni e istituzioni regionali per la salute e il benessere (ad esempio: incidenti stradali e pianificazione urbana, scuola materna ed elementare e sport, sedentarietà e aree verdi attrezzate per sport nei comuni) anche mediante la stesura di Patti interistituzionali per la salute e il benessere per progettare "comuni amici della salute";
- mantenere momenti di confronto tra l'Azienda Usl e i rappresentanti dei cittadini (audit civico) adeguando le metodologie in uso in relazione all'evolversi delle indicazioni fornite a livello nazionale, al fine di consolidare e migliorare le prassi valutative già in corso.

Le emergenze sanitarie

Per le emergenze sanitarie occorre:

- acquisire più complete informazioni relative alle caratteristiche e alla struttura del territorio, comprese le reti di monitoraggio già presenti, in modo da poter procedere all'elaborazione degli scenari di rischio e individuare gli obiettivi da conseguire;

- redigere un piano regionale come documento che, per le emergenze sanitarie:
 - istituisce una rete integrata tra tutti i soggetti competenti in materia di emergenza sanitaria;
 - assegna la responsabilità alle organizzazioni e agli individui per effettuare azioni specifiche, progettate nei tempi e nei luoghi, in una emergenza che supera la capacità di risposta o la competenza di una singola organizzazione;
 - descrive come le azioni dovranno essere coordinate, ivi incluse le relazioni fra organizzazioni;
 - descrive secondo quali modalità proteggere le persone e la proprietà in situazioni di emergenza e di disastri;
 - identifica il personale, l'equipaggiamento, le competenze, i fondi e altre risorse disponibili da utilizzare durante le operazioni di risposta e recupero;
 - identifica le modalità da attuare per migliorare le condizioni di vita degli eventuali evacuati dalle loro abitazioni;
 - prevede l'addestramento e le esercitazioni come procedure per aiutare il personale da impiegare nelle emergenze a familiarizzare con le responsabilità assegnate e ad acquisire le capacità per adempiere alle mansioni conseguenti, oltre che come momenti di validazione e verifica dei contenuti del piano stesso e delle capacità operative e gestionali del personale;
 - prevede lo sviluppo in Valle d'Aosta di un osservatorio epidemiologico veterinario istituito in rete tra tutti i soggetti tecnici e scientifici interessati, in collaborazione con l'Istituto zooprofilattico sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta.

Per l'igiene ambientale e la sicurezza nei luoghi di lavoro

Per l'igiene ambientale e la sicurezza nei luoghi di lavoro occorre:

- realizzare, congiuntamente alle strutture e ai professionisti deputati alla tutela ambientale, momenti di sensibilizzazione rivolti alla popolazione, diversificati per ambito territoriale in relazione ai determinanti specifici, sulle implicazioni tra salute e rispetto dell'ambiente, inteso come determinante riconosciuto dello stato di salute della popolazione;
- verificare la fattibilità di forme di collaborazione tecnico-scientifica tra enti deputati alla tutela della salute pubblica e enti deputati alla tutela del territorio e dell'ambiente, al fine di individuare strumenti di lettura condivisi dello stato di salute della popolazione in riferimento ai determinanti ambientali;
- approvare, con atto della Giunta regionale, linee guida per i comuni, affinché si dotino di un regolamento di igiene urbana (anche rinnovato se già esistente), in materia di concimaie e conferimento delle deiezioni animali, aggiornato alla recente normativa e conforme alle specificità del territorio valdostano così come previsto dalle stesse linee guida regionali;
- prevedere la vigilanza e la verifica di recepimento delle linee guida regionali nei regolamenti comunali così predisposti;
- sottoporre a vigilanza o a verifica dei requisiti stabiliti dalle linee guida regionali le concimaie insediate nei comuni valdostani da parte del servizio veterinario;
- demandare all'Azienda Usl la predisposizione di specifici piani di formazione e informazione rivolti ai settori produttivi a maggiore rischio di infortunio sul lavoro intensificando il ruolo preventivo rispetto a quello sanzionatorio.

A favore degli animali d'affezione

Per gli animali d'affezione occorre:

- modificare la legge regionale 28 aprile 1994, n. 14 (Norme per la tutela e per il corretto trattamento degli animali d'affezione) accogliendo i principi generali a tutela del benessere degli animali, combattendo le forme di maltrattamento attraverso la codificazione di norme che indichino i comportamenti corretti, nonché sensibilizzando i proprietari a una corretta conduzione dell'animale nei luoghi pubblici, garantendo, al contempo, l'incolumità delle persone e il rispetto dell'animale;
- combattere, attraverso il sistema sanzionatorio previsto dalla suddetta legge, i comportamenti scorretti, ponendo fine a pratiche disdicevoli, quali l'addestramento a combattimenti non autorizzati, facilitando l'accertamento degli illeciti per mezzo di agenti incaricati;
- regolamentare attraverso la suddetta legge la gestione, il trasporto e il commercio dell'animale, rimandando le specifiche disposizioni al regolamento di attuazione della legge stessa;
- rafforzare le misure di lotta al randagismo (nuove campagne di sterilizzazione e attività di sensibilizzazione e informazione presso le scuole, in collaborazione con l'ordine dei veterinari);
- promuovere, attraverso i comuni e l'Azienda Usl, corsi di formazione per favorire un corretto sviluppo della relazione tra il proprietario e il cane, al fine di consentire l'integrazione dell'animale nel contesto sociale;
- valutare la fattibilità di istituire un progetto pilota di assistenza continuativa per casi di emergenza e urgenza veterinaria.

Le alleanze nel sociale

Per creare alleanze in ambito sociale occorre:

A livello di macrosistema:

- partecipare e promuovere iniziative di confronto e collaborazione fattiva, a livello nazionale e internazionale (in particolare di area francofona), con le amministrazioni pubbliche e la comunità scientifica su temi strategici d'interesse regionale;
- costituire una rete di scambio di buone pratiche e di ricerca sperimentale tra strutture amministrative pubbliche competenti in materia di politiche sociali che insistono su territori di montagna e beneficiano di un livello elevato di autonomia politica e gestionale;

A livello di meso e di microsistema:

- promuovere collaborazioni sistematiche tra Amministrazione regionale ed enti locali finalizzate alla messa a punto di progetti sperimentali di ottimizzazione delle risorse umane ed economiche, valutazione di qualità, snellimento delle procedure e *benchmarking* per la pubblica amministrazione su aree di intervento di interesse comune;
- farsi promotori di patti tra i competenti assessorati regionali, enti locali e associazioni di volontariato per la promozione della salute e del benessere sociale, legati agli stili di vita (fumo, alcool, sedentarietà ecc...), all'educazione alla cittadinanza e al valore sociale e preventivo dello sport e delle attività culturali, ricreative ed artistiche;
- individuare figure di collegamento e di riferimento tra i vari attori implicati in un processo di presa in cura, rafforzando il ruolo, la responsabilità e la visibilità della figura del *Case management*, referente unico d'interfaccia con i diversi servizi/operatori del sistema integrato sanitario, sociale e socio-assistenziale alla persona in condizioni di particolare fragilità o di bisogno particolarmente complesso.

Perlefamiglie *Per sviluppare le alleanze per la famiglia occorre:*

- sensibilizzare le amministrazioni locali ad avviare iniziative dedicate alla famiglia al fine di aumentare la consapevolezza del valore che essa rappresenta e le ricadute dell'azione amministrativa su di essa;
- favorire esperienze concrete di sussidiarietà orizzontale attraverso l'ascolto della famiglia, anche attraverso la mediazione delle associazioni che la rappresentano;
- coinvolgere il settore del volontariato nell'individuazione di soluzioni e sostegno alle forme di solidarietà esistenti;
- valorizzare i tavoli di lavoro interistituzionali già attivi che coinvolgano assessorati ed enti locali su questo tema, non solo come sede di consultazioni e informazioni ma anche quali proponenti di percorsi e di finalità da raggiungere concretamente entro tempi prefissati;
- garantire sostegno alle iniziative di mutuo aiuto familiare in affiancamento alle istituzioni e promuoverne la diffusione in specifici campi di applicazione;
- ideare percorsi formativi finalizzati all'aumento della consapevolezza del valore della famiglia come soggetto sociale, all'identificazione di risorse all'interno del proprio nucleo familiare che possano rappresentare un aiuto per chi è sprovvisto di legami familiari significativi e all'individuazione di strumenti e metodi per la costruzione di reti fra famiglie all'interno delle comunità di appartenenza;
- proseguire nell'impegno a sostenere, anche finanziariamente, progetti di auto-organizzazione familiare, al fine di riconoscere e incentivare l'aiuto reciproco fra famiglie in relazione ad esigenze comuni quali ad esempio la cura dei figli o l'assistenza nello studio al di fuori dell'orario scolastico;
- offrire percorsi di formazione rivolti a famiglie disponibili all'accoglienza volontaria o all'affidamento familiare, anche valorizzando le forme spontanee già in atto tra le famiglie straniere, per lo sviluppo di competenze spendibili anche con modalità semplici di accoglienza e di aiuto ad altre famiglie in difficoltà.

Per ogni persona fragile *Per un'alleanza a favore di ogni persona, anche in situazione di fragilità, occorre:*

- sostenere, sia economicamente che attraverso progetti di sensibilizzazione culturale e di informazione, iniziative di mutuo aiuto tra persone prossime e dotate di competenze informali, e soggetti in stato di bisogno assistenziale, in condizione di solitudine o isolamento sociale;
- favorire, anche con il contributo del volontariato, la crescita di una cultura dell'auto-mutuo aiuto tra persone che condividono percorsi esistenziali fortemente caratterizzati in termini di difficoltà, disagio, devianza o dipendenza;
- avviare, con enti di ricerca accreditati, nell'ambito della tematica legata alla non autosufficienza, lo studio di progetti di autonomizzazione personale anche in ambito domestico, con ricadute sulla vita quotidiana mediante la sperimentazione di nuove soluzioni architettoniche e strumentali che facilitino la vita di relazione;
- creare alleanze operative stabili tra le strutture competenti in materia di salute e politiche sociali, quelle competenti in materia di politiche del lavoro e della formazione, la cooperazione sociale e l'imprenditoria locale, al fine di co-progettare e co-gestire una rete di laboratori occupazionali per persone disabili;
- favorire l'inserimento dei soggetti fragili in generale (disabili, soggetti poco qualificati, disoccupati maturi...) nel mercato del lavoro e della formazione creando patti interistituzionali stabili.

Perchiononhacasa *Per le alleanze inerenti l'emergenza abitativa occorre:*

- creare interventi di mediazione per l'accesso alla casa a cura degli enti locali, in sinergia con i servizi sociali, per garantire, in particolare ai nuclei in situazione di disagio estremo, quali ad esempio gli extracomunitari, per i quali spesso emergono anche difficoltà legate alla discriminazione e alla speculazione, un accompagnamento nel processo di ricerca di un'abitazione;
- istituire una banca dati a disposizione di tutti gli attori che, a diverso titolo, si occupano del problema abitativo, per coordinarne gli interventi;
- stipulare accordi e potenziare procedure con gli enti locali per l'attuazione dei Piani di Eliminazione delle Barriere Architettoniche (PEBA).

Periminoiindifficoltà *Per le alleanze in favore di minori in difficoltà occorre:*

- proseguire l'opera di sensibilizzazione dei soggetti interessati ad utilizzare la consulenza offerta dal gruppo di coordinamento interistituzionale sul maltrattamento e l'abuso;
- rendere più sistematica la prassi di collaborazione tra servizi socio-sanitari e gli organi giudiziari in risposta a bisogni territoriali specifici e a specifici target di utenti;
- verificare l'efficacia dell'utilizzazione degli indicatori individuati nelle linee guida approvate con deliberazione della giunta regionale n. 1114 del 27 aprile 2007, in merito all'istituzione del gruppo di coordinamento interistituzionale sul maltrattamento e l'abuso all'infanzia e all'adolescenza da parte degli operatori interessati;
- proseguire le attività di sensibilizzazione e formazione verso gli operatori e/o soggetti che a diverso titolo operano a contatto con i minori, finalizzate ad acquisire ed incrementare gli strumenti idonei ad affrontare la problematica dell'abuso e del maltrattamento di minori.



4

Orientare alla Semplificazione e alla prossimità i servizi per il cittadino

Perché la Semplificazione

Semplificazione amministrativa vuol dire rendere più chiaro, facile, comprensibile e snello il funzionamento della Pubblica Amministrazione. Semplificare l'azione amministrativa significa quindi abbreviare la filiera dei passaggi procedurali, dei controlli, degli adempimenti normativi e snellire i processi decisionali e di risposta al cittadino. La semplificazione amministrativa non è dunque un fine, ma un mezzo per migliorare il rapporto tra amministrazione, cittadini, soggetti economici, formazioni sociali e, ovviamente, anche tra gli operatori del sistema amministrativo stesso. In questo senso la semplificazione amministrativa si configura al pari di una vera riforma, cioè un cambiamento complessivo finalizzato a rendere l'azione dei pubblici uffici più efficiente, rapida ed economica. La semplificazione amministrativa è una delle priorità già indicate dal programma di legislatura. Alcuni ambiti si sono già attivati in modo sostanziale e proficuo, ma molti altri ancora mantengono modalità di accesso ai servizi non conformi ai requisiti richiesti da una Pubblica Amministrazione di prossimità ai cittadini e soprattutto le iniziative realizzate, seppure pregevoli, mancano di un Piano organico di riqualificazione dei processi nell'ottica della semplificazione complessiva. L'informatica e gli strumenti messi a disposizione dall'*Information Communication Technology* (ICT) sono senza dubbio centrali e irrinunciabili per dare concretezza a questo processo, ma non bastano. È indubbio, infatti, che una Pubblica Amministrazione digitale sia per tutti la nuova realtà da gestire, ma occorre farlo dando centralità all'organizzazione e alla razionalizzazione e non all'informatizzazione che è, e rimane, una tecnica e uno strumento. È necessario pertanto ripensare alle tappe procedurali, all'organizzazione interna degli uffici e ai rapporti istituzionali tra servizi ed enti diversi coinvolti nel dare risposta al cittadino per migliorarne la capacità di risposta, i tempi e i linguaggi e non attribuire al solo primato della tecnologia le possibilità di riuscita. Anche per questa sfida saranno necessarie alleanze stabili e molto motivate tra amministrazioni centrali e locali altrimenti si osserveranno solo singole applicazioni che perderanno parte della loro efficacia perché inserite in un sistema inalterato nelle logiche e nelle procedure.

Un'altra declinazione della semplificazione amministrativa riguarda l'accessibilità ai servizi, qui intesa non tanto e non solo in senso fisico – di eliminazione di barriere architettoniche o di unicità di sportello – ma di strumenti di contatto e modalità per fare accedere ogni persona, specialmente quelle a ridotto capitale umano e sociale (bassa istruzione, lavori manuali, scarse reti familiari), al sito preposto a soddisfarlo. Un'accessibilità quindi da intendere anche rispetto ai linguaggi della comunicazione istituzionale, che devono essere comprensibili a tutti i cittadini, di ogni nazionalità e livello sociale.

Il Piano indica nella modernizzazione delle forme della comunicazione istituzionale una delle strategie unitarie da perseguire, includendo nei piani strategici informativi strumenti economicamente vantaggiosi e strategicamente efficaci come forum, *social network* e comunicazione multimediale.

La Semplificazione per la salute

Il Piano, pur riconoscendo l'importanza dell'ausilio delle moderne tecnologie – che applicherà in alcuni ambiti sperimentali – considera prioritario orientare i processi a una maggiore semplificazione amministrativa. L'Azienda Usl, pertanto, dovrà proseguire il lavoro di semplificazione avviato nel 2009 e nel 2010 occupandosi, in particolare, dei percorsi di accesso ai servizi sanitari. Più precisamente, dovranno essere sperimentati nuovi percorsi per l'accesso ai servizi di prevenzione, territoriali e ospedalieri, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di controlli e monitoraggi frequenti. A complemento della semplificazione amministrativa e di processo, potranno anche essere impiegate, a vantaggio dei cittadini, le nuove tecnologie a disposizione, che consentono e facilitano i controlli sanitari a distanza, specialmente tra i residenti in comuni decentrati.

La Semplificazione per il sociale

Il Piano, nell'indicare la riduzione dei tempi di attesa per gli esiti delle richieste di alcuni servizi sociali come una delle priorità operative, orienta l'attività futura alla riduzione delle richieste di documentazione al cittadino, privilegiando strumenti di autocertificazione e convertendo parte del tempo-lavoro dei pubblici dipendenti verso azioni di controllo e verifica dell'attendibilità dei dati forniti (anche tramite accesso alle reti anagrafiche comunali); all'individuazione di protocolli per l'abbreviazione dei tempi di risposta alle richieste di contributo economico attraverso forme di automatizzazione delle procedure di compilazione della modulistica e loro decodifica sintetica a vantaggio della commissione di valutazione.

4. LE OPERATIVITÀ

LaSemplificazione per la salute

Per la semplificazione nella salute occorre:

- individuare alcuni percorsi a maggiore consumo di risorse sanitarie e a elevata domanda e, su questi, sperimentare modalità semplificate di accesso che siano trasversali alle varie competenze implicate nella risposta al bisogno complesso;
- creare circuiti virtuosi, anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, per eliminare o ridurre gli adempimenti amministrativi a carico degli utenti che necessitano di controlli sanitari frequenti;
- promuovere, in accordo con gli enti competenti, una rete telematica tra gli studi periferici dei medici di famiglia e le microcomunità, al fine di creare una rete informativa di supporto a una gestione *on line* e bidirezionale dell'utente (dai servizi al cittadino e dal cittadino ai servizi);
- migliorare le procedure amministrative di verifica delle esenzioni;
- identificare modalità operative che consentano maggiori facilitazioni nei pagamenti dei ticket, in particolare sul territorio;
- sperimentare modalità di prenotazione on-line o attraverso il canale digitale terrestre;
- avviare la sperimentazione dei progetti di tele-assistenza;
- operare in termini di semplificazione della comunicazione istituzionale (linguaggi, sinteticità dei contenuti, veste grafica ecc) su: web, moduli, opuscoli illustrativi anche al fine di facilitarne l'accesso a persone a potenziale svantaggio sociale.

LaSemplificazione per il sociale

Per la semplificazione nel sociale occorre:

- individuare i principali percorsi di richiesta di servizi o prestazioni (per quantità e costi per il servizio pubblico) al fine di semplificarne l'accesso da parte dei cittadini, la gestione tra i diversi operatori e di ottimizzarne le prese in carico e l'efficacia;
- predisporre la creazione di flussi informativi e di banche dati tra uffici dell'Amministrazione e altri enti pubblici, per condividere la documentazione richiesta al cittadino all'atto della domanda di un contributo o di un servizio, evitando doppie presentazioni a comparti della pubblica amministrazione;
- garantire la visibilità ai servizi sociali interessati degli stati di famiglia al fine di migliorare l'efficacia e l'equità della risposta e ottimizzare la pianificazione dei servizi e degli aiuti (semplificazione amministrativa interna);
- ampliare l'accesso a prenotazioni e adempimenti di vario genere via web (on line) e valutare la fattibilità degli sportelli unici;
- razionalizzare il sistema di commissioni di studio, gruppi di lavoro e incontri programmatori in modo da abbreviare i tempi decisionali senza perdere il livello di condivisione dei cambiamenti;
- operare in termini di semplificazione della comunicazione istituzionale (linguaggi, sinteticità dei contenuti, veste grafica ecc) su: web, moduli, opuscoli illustrativi anche al fine di facilitarne l'accesso a persone a potenziale svantaggio sociale e rendere i contributi tecnico-professionali più pertinenti nei contenuti e sintetici nella forma, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione codificati;
- ridefinire la modulistica e gli stili di redazione adottati nelle relazioni presentate dalle diverse figure professionali implicate o dalle équipe multidisciplinari.

5

Valorizzare le Competenze dei cittadini e degli operatori come strumento e fine per migliorare salute e benessere

Perché le Competenze

Della salute e del benessere, in ogni società ed epoca, si producono descrizioni, valutazioni e giudizi coerenti e conformi alle tendenze prevalenti. Accade così che i principi che governano, nelle persone, la ricerca di maggiore salute e di maggiore benessere sociale siano imperniati sui medesimi modelli di consumo di molti altri beni a larga diffusione. Dal punto di vista della logica organizzativa uno dei problemi del servizio sanitario, e per certi aspetti anche di quello sociale pubblico, è la discontinua attenzione dedicata alle dinamiche con cui si forma la domanda, poiché non è sufficiente concentrare l'attenzione sulla razionalizzazione dell'offerta per conformare un servizio efficace ed efficiente. Creare competenze significa dotare di strumenti conoscitivi e valutativi coloro che per primi sono chiamati a riconoscere il proprio bisogno, cioè i diretti portatori di interesse, affinché possano riconoscere ciò che lo ha determinato e, se possibile, costituirsi già loro stessi come principale risorsa per il suo soddisfacimento e fonte di contrasto per il suo riaccadere. Ciò costituisce un investimento di particolare importanza se è condotto, nello specifico, sui giovani, nei confronti dei quali anche l'offerta di esperienze di servizio alla società come scelta volontaria, possono costituire un patrimonio importante di sviluppo delle loro competenze. La valorizzazione di competenze come strumento e fine per migliorare la salute e il benessere in una logica di consolidamento e sostenibilità durevole attiene quindi, da un lato, il portatore di un bisogno e, dall'altro, chi è istituzionalmente preposto a soddisfarlo. A un cittadino sempre più competente deve quindi corrispondere un operatore parimenti competente, sia in termini di professionalità tecnica, sia in termini di lettura delle dinamiche che influenzano (im)propriamente la domanda. Con queste due finalità complementari il Piano delinea la sua strategia di azione.

Le Competenze per la salute

Nella società attuale il modello culturale prevalente induce le persone a considerare qualunque malattia non come un evento possibile lungo il corso della vita, ma come una condizione che, indipendentemente dalla severità, deve essere contrastata con ogni mezzo, prescindendo da un'analisi di corresponsabilità individuale nello stile di vita e da valutazioni di appropriatezza. La cura di sé deve, *in primis*, essere vissuta attraverso l'adozione di stili di vita più salutari. Ecco che ogni progettualità finalizzata a promuovere corretti stili di vita, sin dall'infanzia, andrà sostenuta e coordinata sul territorio, anche con l'aiuto di altre istituzioni, tra tutte quelle scolastiche. La cultura prevalente frequentemente produce comportamenti e modelli di consumo spesso acritici, talvolta distorti o pericolosi, spesso inappropriati, intempestivi e costosi per il singolo, in termini di spesa e di ansia, e per la collettività, in termini organizzativi e di sostenibilità. La propensione ai controlli sanitari periodici è, infatti, molto più frequente oggi, rispetto ad alcuni decenni fa, tra i soggetti sani, spesso privi dei fattori di rischio collegati alle malattie che sono persuasi di contrastare con esami e accertamenti inappropriati. Inoltre, questi atteggiamenti producono pesanti conseguenze etiche e di sostenibilità economica e finanziaria sulle collettività e sui sistemi sociali, perché riguardano una

“medicina dei sani”, governata più da logiche di mercato che non dal desiderio di responsabilizzare ragionevolmente ogni persona a mantenere, e a tutelare, il patrimonio di salute e di benessere di cui è portatrice. Prima ancora del ricorso a terzi è bene quindi sostenere e accrescere, con le forme più efficaci, le competenze di ogni individuo in merito al mantenimento e al ripristino della propria salute. Ciò comporta sia la comunicazione dei fattori di rischio delle principali malattie croniche e gravi, sia la responsabilizzazione di ciascuno all’osservanza di stili di vita e di controlli di dimostrata efficacia (per tipologia e periodicità) nel proteggere la salute e contrastare il rischio di malattia. Un investimento sulle conoscenze e sui comportamenti responsabili è tanto più efficace quanto più si differenziano le modalità della comunicazione in base al livello sociale e all’età delle persone da raggiungere. Questo processo, informativo, educativo e culturale, noto come *empowerment*¹ nei recenti documenti di sanità pubblica nazionale, è riconosciuto dall’OMS a più riprese², assieme alle azioni di comunità, come uno dei prerequisiti per la salute e il benessere per tutti. A livello europeo ne parla l’attuale “Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica 2008-2013” e, a livello nazionale, ne compare traccia per la prima volta nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Se ne distinguono tre livelli: psicologico, organizzativo e di comunità. Quello psicologico scaturisce dalla convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che incidono sulla propria vita, inclusa la salute e il benessere, sulla capacità di comprendere l’ambiente socio-politico in cui si vive e sulla partecipazione ad attività collettive mirate a influenzare questi fattori a vantaggio della propria salute. Quello organizzativo include i processi e le strutture organizzative che aumentano la partecipazione dei singoli e migliorano l’efficacia dell’organizzazione nel raggiungimento dei propri fini. Quello di comunità attiene all’azione collettiva, finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità. Attraverso questo tipo di *empowerment* si realizza la cosiddetta “comunità competente”, in cui tutti i cittadini possiedono le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della propria vita.

Il Piano quindi giudica essenziale l’*empowerment* per almeno due fattori strategici nella programmazione per la salute e il benessere regionale. Il primo, attiene al riequilibrio – individuale e collettivo – negli attuali livelli di responsabilizzazione dei bisogni di salute e di assistenza sociale. Il secondo, attiene all’effetto di contenimento di una quota di aumento di domanda impropria di salute e benessere al servizio regionale, sostituita da un più efficace “patto di sussidiarietà” solida e durevole tra cittadino e sistema.

Investire sulla salute e il benessere dei giovani

L’investimento sui giovani può portare, in un futuro, migliori profili di salute e di benessere generale e, per il sistema, un’ottimizzazione delle risorse destinate alla salute. Per mantenere o raggiungere una condizione di buona salute è necessario essere in grado di percepire e riconoscere come importante il condurre un corretto stile di vita e saperlo modificare, quando abitudini scorrette lo rendono non adeguato. Per fare ciò, è necessario acquisire consapevolezza e competenza, e non solo informazione, che, a livello individuale, possono essere maturate con il supporto di mirati interventi educativi e di sensibilizzazione attiva. I contesti familiari, scolastici e sociali (luoghi di incontro e frequentazione) risultano, in questo contesto, significativamente importanti per l’adozione di particolari comportamenti, atteggiamenti e stili di vita soprattutto in età infantile e adolescenziale. Diventa quindi strategico e utile promuovere la salute (intesa non solo come assenza di malattia) a scuola, con il supporto di docenti, studenti, famiglie e operatori socio-sanitari che

¹ Empowerment – uno dei pochi termini stranieri privo di corrispettivo in italiano – indica l’insieme di conoscenze, abilità relazionali e competenze che permettono a un singolo o a un gruppo di porsi obiettivi e di elaborare strategie per conseguirli utilizzando le risorse esistenti.

² Dichiarazione di Alma Ata (1978), Carta di Ottawa (1986), Dichiarazione di Jakarta (1998), Carta di Bangkok (2005)

lavorano in sinergia e collaborazione per favorire il raggiungimento dello stato di benessere psico-fisico e sociale nelle giovani generazioni. Educare la popolazione, in particolare i giovani, ad assumere comportamenti corretti, a svolgere con regolarità attività fisica e ad alimentarsi correttamente, rafforza l'autostima, previene il rischio di malattie gravi, l'insorgere di depressioni e disturbi del comportamento e contrasta la dipendenza da sostanze nocive.

Il Piano conferma quindi la priorità di intervento per i programmi volti a contrastare il fumo di tabacco, l'utilizzo di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool nella popolazione valdostana e, in particolare, tra i giovani, secondo le modalità ricercate nella direttrice n.3 (Alleanze), con attenzione al coinvolgimento di tutti gli attori, al coordinamento degli interventi già in atto e orientati al medesimo fattore di rischio, prevedendo la valutazione degli interventi, sia per quanto riguarda gli indicatori di processo, sia per quanto riguarda gli esiti attesi.

La formazione in sanità

La valorizzazione delle risorse umane attraverso percorsi mirati di formazione professionale garantisce la presenza di professionisti adeguati e capaci di rispondere alle esigenze della domanda di prestazioni e di soddisfare i bisogni della popolazione regionale. Le politiche di sviluppo delle professionalità messe in atto con il precedente Piano trovano conferma per la loro attualità anche per il triennio 2011-2013, data l'importanza che le risorse umane e la loro formazione assumono nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Si ritiene quindi necessario proseguire le collaborazioni con le istituzioni accademiche per la formazione di specifiche professionalità e di quella specialistica medica e non medica che già nel passato hanno consentito di soddisfare i bisogni professionali del servizio sanitario regionale.

Particolare attenzione deve essere rivolta, altresì, alla formazione complementare sia nei confronti delle professioni sanitarie che del personale dirigente, al fine di aumentare le singole competenze professionali e di valorizzare qualitativamente il livello professionale di tali operatori, per accrescere l'efficacia e l'efficienza dei servizi resi al cittadino. Il presente Piano riconosce altresì la formazione professionale continua delle figure professionali quale elemento fondante dell'assistenza e strumento qualificante della qualità dei servizi erogati: a tale scopo promuove la formazione anche attraverso la collaborazione con *partners* nazionali ed esteri in un'ottica di sviluppo delle competenze. L'attività formativa è programmata con cadenza triennale all'interno di un Piano Formativo Annuale approvato dall'Azienda Usl. Si evidenzia come il ruolo degli interventi formativi previsti nel Piano di formazione aziendale rivesta particolare importanza per il personale dell'Azienda stessa, poiché attraverso gli stessi l'Azienda Usl persegue aspetti organizzativi, clinici e gestionali relativi alle tematiche individuate nella programmazione triennale della formazione. La partecipazione a tali eventi deve consentire, oltre al conseguimento dei crediti formativi inerenti l'Educazione Continua in Medicina, la condivisione di modalità attuative delle strategie aziendali. L'Azienda Usl, oltre a favorire la formazione sui temi strategici individuati dalla programmazione regionale, perseguirà il trasferimento delle conoscenze e l'integrazione tra i professionisti delle diverse figure professionali, avuto riguardo alle competenze e ai ruoli ricoperti. Il presente Piano, in sinergia con le strutture formative presenti sul territorio, si impegna, in un'ottica di innalzamento della qualità dell'offerta formativa, a realizzare un sistema di standard professionali e di certificazione delle competenze attraverso specifiche operatività collegate; così come provvederà – con altrettante operatività – allo sviluppo della formazione continua di tutto il personale, in applicazione delle normative di riferimento e dei contenuti espressi nelle direttrici del presente documento di programmazione.

Le Competenze per il Benessere sociale

Per responsabilizzare le richieste dei cittadini e traslare il sistema di welfare da modelli assistenzialistici passivi a forme di protagonismo responsabile occorre investire nelle competenze e nella percezione del valore che ogni persona ha all'interno della comunità sociale, a prescindere dall'età e dalla condizione sociale. È opportuno favorire questo processo negli adulti, ma ancor più è importante che si realizzi tra le giovani generazioni, per garantire sostenibilità e durabilità a un sistema pubblico dei servizi che, anche a fronte di risorse sempre più limitate, possa mantenersi realmente solidale e di qualità per ogni persona in condizioni di reale bisogno.

Investire sulla cittadinanza attiva dei giovani

L'acculturazione rapida degli ultimi trent'anni ha permesso di colmare il differenziale regionale nei livelli d'istruzione registrato fino agli anni '70 e di contare su una popolazione giovanile propositiva, dotata d'idee, competenze e strumenti progettuali e operativi: le amministrazioni devono essere indotte a intercettare e sostenere, anche nel medio termine, le iniziative positive delle nuove generazioni, risorsa insostituibile per il tessuto sociale valdostano attuale e futuro. Per tale ragione il Piano intende perseguire politiche per i giovani volte a sostenere il loro protagonismo diretto e facilitare la progettazione e la realizzazione di idee e proposte autodeterminate. Partecipare alla vita della società significa comprenderne i meccanismi e le dinamiche, ma anche sentirsi promotori del suo sviluppo e dei suoi valori; significa instaurare un rapporto con le istituzioni imperniato sulla sussidiarietà e sulla reciproca responsabilità; significa assumere un ruolo attivo nella realizzazione del proprio benessere e maturare una capacità di valutazione evoluta del bisogno.

Il Piano intende pertanto promuovere la presenza, la partecipazione attiva e l'assunzione di responsabilità da parte dei giovani nella vita pubblica e sociale del loro territorio e della comunità locale di appartenenza, facilitando la crescita di una "cultura giovanile" anche tra gli adulti, che non percepisca più le generazioni nuove essenzialmente come portatrici di problematiche, ma le rivaluti come risorsa attiva e feconda per la comunità intera. Per facilitare questo processo il Piano prevede che nel prossimo triennio si proceda anche alla revisione della legge regionale di riferimento³. Occorre creare le condizioni affinché amministratori locali, funzionari, responsabili di servizi, operatori del terzo settore e volontari di associazioni coinvolgano i giovani nella ideazione, nella programmazione e nella realizzazione di iniziative di pubblico interesse, allo scopo di contribuire a edificare una moderna *social community* e a incrementare il livello di responsabilità e di impegno civile nella rete gestionale e decisionale pubblica, spesso ad appannaggio esclusivo della popolazione adulta.

Per queste ragioni il Piano sostiene, inoltre, la nascita di occasioni di aggregazione, socializzazione e crescita e lo sviluppo dell'espressività e della creatività delle generazioni nuove, anche attraverso la coltivazione di nuovi modelli di comunicazione mediale, e intende valorizzare la capacità di costruire partenariati e collaborazioni con altri soggetti pubblici (comuni, comunità montane e distretti socio-sanitari) e soggetti privati (cooperative, associazioni, volontariato sociale, ecc.) per finalità di benessere collettivo che coinvolgano i giovani valdostani.

Sempre nello spirito di rafforzare nei giovani la propensione a scelte di cittadinanza attiva e responsabile, il Piano intende dare maggiore sviluppo al Servizio civile, nazionale e regionale⁴. La partecipazione a progetti nei settori dell'assistenza, dell'ambiente e della protezione civile, della cultura ed educazione, oltre a quelli condotti all'estero, costituisce, nei giovani appartenenti alla fascia di età prevista dalla legge regionale, un'opportunità preziosa di vivere esperienze di solidarietà e di apprendimento e, al tempo stesso, coltivare il valore della cittadinanza attiva, ponendo

³ Legge regionale 21 marzo 1997, n. 8 "Promozione di iniziative sociali, formative e culturali a favore dei giovani"

⁴ Legge regionale 16 novembre 2007, n.30 "Disposizioni in materia di servizio civile in Valle d'Aosta"

al servizio della comunità, tempo, conoscenze e competenze. Inoltre, la scelta di dedicare parte del loro tempo al servizio della società civile garantisce loro una formazione generica in materia di educazione civica, diritti umani, pace e dialogo interculturale, e una formazione specifica inerente le tematiche proprie dell'Ente o delle categorie di volontari accreditati, garantendo infine il riconoscimento di un assegno mensile corrispondente a quello dell'abolito servizio militare obbligatorio. Il Piano riconosce pertanto nell'insieme di queste opportunità un valore e un investimento per la comunità valdostana.

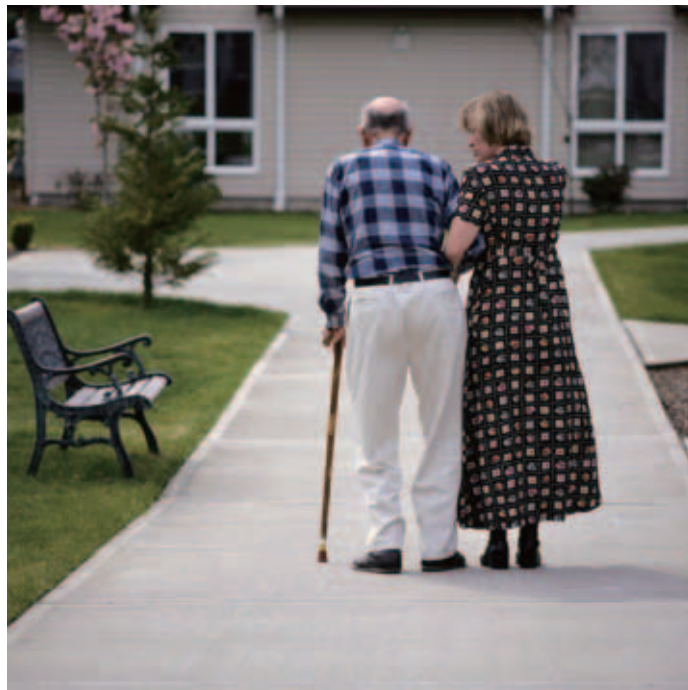
Valorizzare gli anziani attivi

A fronte dell'invecchiamento della popolazione, la quota di persone che supera 75 anni di età aumenta in progressione esponenziale. Ciò è certamente da leggersi come segnale positivo di una società che, nonostante le molte contraddizioni, consente, rispetto al passato, a un numero più elevato proporzionalmente di persone, di realizzare esperienze di vita gratificanti e appaganti anche in età avanzata, se adeguatamente sostenute e valorizzate. Le scienze sociali e quelle mediche concordano in questo nell'affermare che quanto più una persona si mantiene attiva, interessata, partecipe e curiosa, tanto più aumenta le sue probabilità di invecchiare bene, rimanendo a lungo utile a se stessi e agli altri. Diventare anziani mantenendo intatta la propria vivacità, e conservando l'autonomia, è la sfida che le nuove generazioni di anziani europei si preparano ad affrontare, in un quadro di benessere più diffuso, con l'auspicabile supporto delle istituzioni, cui è demandato il compito di promuovere azioni dedicate e con la collaborazione fattiva di tutte le componenti del territorio e per iniziativa diretta del cittadino. L'invecchiamento, quindi, non è da intendersi come un fenomeno solo di accresciuta domanda di assistenza nella non autosufficienza e nella cronicità, ma è anche, per una quota di popolazione crescente, l'opportunità di vivere una fase della vita ancora ricca di opportunità e di occasioni per esprimersi e realizzarsi. Per contrastare i rischi di emarginazione, di depressione e di demotivazione che la persona anziana può subire, il Piano intende valorizzare le competenze di chi ha piacere e desiderio di costituirsi ancora come risorsa attiva per se stessa e per la comunità entro la quale vive, impegnandosi, ad esempio, in forme volontarie di mutuo aiuto tra pari, o di presenza ricca, portatrice di esperienze di vita passata, al fianco di giovani o di bambini o in altri progetti di solidarietà sociale e civile.

La formazione nel sociale

Nella società dinamica e complessa rispetto ai bisogni di assistenza sociale, solo un'adeguata formazione garantisce un sistema dei servizi di qualità e può costituire il rinnovamento e insieme lo strumento di promozione sociale e professionale. Anche per il triennio 2011-2013 proseguirà l'impegno a favore delle iniziative di *lifelong learning* per il personale socio-sanitario e per aree di intervento (trasversali, tecnico-professionali e socio-relazionali) proponendo attività differenziate non solo per tematiche e destinatari, ma anche per approcci metodologici e strumenti di lavoro il più possibile innovativi. Tutto ciò in raccordo con il piano generale di comparto e le altre iniziative formative promosse in Valle d'Aosta, evitando dispersioni e inutili sovrapposizioni formative. In assenza di una normativa nazionale organica in materia di professioni sociali, si perseguirà l'obiettivo di qualificare tutte le figure professionali che operano in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo, attraverso gli strumenti della prima formazione, della riqualificazione, della formazione continua, della certificazione delle competenze e della ricerca, in stretta collaborazione con gli enti locali, l'Azienda Usl, la scuola, l'Università e il terzo settore per disporre, alla fine del triennio, di operatori impiegati in ambito sociale con il titolo previsto dalla normativa vigente, in coerenza con gli standard di funzionamento dei vari servizi. L'impegno a favore delle

iniziative di formazione continua da parte dell'Assessorato si concreta da anni in un piano annuale di aggiornamento per il personale socio-sanitario impegnato a definire la sua organizzazione per aree di intervento (trasversali, tecnico-professionali e socio-relazionali). Le attività sono differenziate non solo per tematiche e destinatari, ma anche per approcci metodologici e strumenti di lavoro il più possibile innovativi e devono raccordarsi con il piano generale di comparto e le altre iniziative formative promosse in Valle d'Aosta evitando dispersioni di energie e inutili sovrapposizioni di proposte analoghe.



5. LE OPERATIVITÀ

Competenze nella salute

Per favorire maggiori competenze di salute e benessere sociale nella popolazione occorre:

- affiancare un nuovo approccio alle attuali iniziative di prevenzione: non più solo medicina preventiva (esami, visite e diagnostica) ma maggiore responsabilità sugli stili di vita e sull'osservanza dei percorsi assistenziali;
- favorire, in alcuni ambiti prescelti, la partecipazione degli operatori e dei cittadini o associazioni di malattia all'individuazione dei bisogni per una programmazione più partecipata alla gestione dei servizi;
- sensibilizzare e responsabilizzare gli amministratori locali sulle dinamiche favorenti la programmazione partecipata e l'*empowerment*, anche ai fini di un maggiore controllo sulle dinamiche della domanda di servizi sociali (da dove nasce, come si forma e da chi è sostenuta) e sulla sostenibilità dei sistemi locali di welfare.

Per la salute dei giovani

Per favorire le competenze di salute e benessere nei giovani occorre:

- elaborare e offrire programmi basati su evidenze scientifiche che promuovano competenze, forniscano informazioni e si incentrino su resistenza, intelligenza emotiva e agire psicosociale nei bambini e nei giovani;
- sensibilizzare la popolazione, in particolare i giovani, ad assumersi la responsabilità degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, ad esempio aumentando la consapevolezza dell'importanza delle scelte di vita;
- programmare azioni rivolte ad accrescere le capacità degli individui nel fronteggiare le situazioni problematiche di stress: queste azioni sviluppano le "capacità" e le competenze delle persone aiutandole ad affrontare efficacemente le situazioni difficili e a creare le condizioni di apprendimento che possono evitare alle persone l'esperienza dell'insuccesso;
- sviluppare programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze legali ed illegali nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali ed informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischi personali e sociali nella fascia adolescenziale.

Il personale sanitario

Per la formazione del personale sanitario occorre:

- effettuare il monitoraggio della offerta di formazione presente a livello locale e nazionale, della offerta professionale già presente sul "mercato" e delle previste emissioni di nuovi operatori negli anni futuri;
- ottimizzare i flussi informativi tra Assessorato e istituzioni regionali (ordini, collegi, assessorato competente in materia di istruzione e università) al fine di creare un collegamento informativo per la condivisione di informazioni rispetto alla formazione di figure professionali sanitarie;
- favorire il collegamento tra "necessità del sistema" e "offerta formativa", al fine di formare e/o

qualificare figure professionali necessarie al servizio sanitario regionale anche attraverso l'attivazione di protocolli d'intesa e convenzioni con le istituzioni accademiche per la formazione di studenti valdostani nelle discipline carenti;

- pianificare accordi bilaterali con uno o più atenei universitari, al fine di disporre di canali formativi per tutte le specialità mediche e le professioni sanitarie, che consentano la formazione di studenti valdostani, ma anche garantiscano una risposta al *turn-over* delle figure professionali particolarmente carenti, mediante accordi mirati, tra l'altro, a garantire l'effettuazione dei tirocini presso le strutture sanitarie regionali.

La formazione continua

Per la formazione continua del personale sanitario occorre:

- confermare il valore dell'aggiornamento e della formazione permanente promuovendo reti e intese tra enti di formazione, ordini, collegi e associazioni di settore, per condividere i fabbisogni di competenza e orientare coerentemente l'offerta;
- aggiornare l'attuale sistema regionale di educazione continua in medicina in applicazione delle nuove disposizioni, con particolare riferimento allo sviluppo del processo di accreditamento dei *provider* regionali, alla disciplina dei crediti ECM, alla regolamentazione degli sponsor al sistema di formazione continua e al contributo alle spese da parte dei provider;
- procedere alla revisione o definizione dei crediti da assegnare alle attività ECM identificate come: formazione residenziale (RES); convegni e congressi; formazione residenziale interattiva (RES); training individualizzato (FSC); gruppi di miglioramento o di studio, commissioni, comitati (FSC); attività di ricerca (FSC); audit clinico e/o assistenziale (FSC); autoapprendimento senza tutoraggio (FAD); autoapprendimento con tutoraggio (FAD); docenza e tutoring ed altro;
- implementare, con forme innovative e alternative rispetto alle attuali, la formazione degli operatori sanitari (formazione a distanza, stage, formazione sul campo, audit clinico ecc);
- sperimentare il dossier formativo individuale e/o di gruppo, che deve essere composto da un insieme di informazioni quali: obiettivi relativi alle necessità soggettive e aziendali; verifica delle attività formative svolte attraverso la verifica degli attestati; valutazione triennale da parte degli organi preposti relativamente ai percorsi formativi.

I giovani cittadini attivi

Per favorire la cittadinanza attiva nei giovani occorre:

- proseguire nella strategia che individua, nella formula del bando aperto, la strada per lanciare proposte tematiche di interesse regionale, lasciando ai giovani un ampio margine di libertà ideativa e progettuale e, nello stesso tempo, pianificando azioni di accompagnamento e di facilitazione da parte dei tecnici adulti e del personale amministrativo della Regione;
- promuovere la realizzazione di percorsi di formazione per giovani animatori territoriali volti ad acquisire competenze progettuali, di comunicazione, di stimolo del territorio di appartenenza e di coinvolgimento dei pari, per renderli sempre più cittadini partecipi e responsabili nelle comunità territoriali di appartenenza;
- operare una revisione della legge regionale n. 8/1997 in modo da:
 - aggiornarla rispetto ai riferimenti normativi e culturali italiani ed europei;
 - offrire un sostegno normativo alla volontà di promuovere le idee innovative e sostenibili dei giovani che sperimentano strade propedeutiche all'ingresso nel mondo del lavoro progettando attività strutturate di medio periodo;

- integrare la dimensione della formazione – anche tra pari – nelle iniziative finanziabili per chi si occupa di politiche del settore;
- coinvolgere settori dell'amministrazione pubblica che, a diverso titolo, operano a favore dei giovani – in particolare cultura, istruzione, sport e turismo – in operazioni condivise e concrete che facilitino, nella vita delle giovani generazioni, il raccordo tra i tempi della scuola e del tempo libero, tra vocazioni e lavoro, passioni e impegno civico;
- favorire le occasioni di scambio e confronto tra giovani valdostani e di altre regioni italiane, europee e di area francofona su temi condivisi legati alle differenti forme di realizzazione di sé, sotto il profilo lavorativo, espressivo e politico-sociale;
- promuovere iniziative di dibattito e collaborazione con istituzioni e organizzazioni competenti in materia di politiche giovanili provenienti da altre realtà territoriali nazionali ed internazionali, la realizzazione di interventi di formazione rivolti agli "addetti ai lavori" e alla popolazione e la realizzazione di scambi per un confronto su più livelli in materia di politiche giovanili;
- promuovere il Servizio civile nazionale al fine di avvicinare maggiormente i giovani, informandoli e formandoli a questa esperienza di cittadinanza attiva;
- portare a regime il Servizio civile regionale, prevedendone sia una maggiore flessibilità sia formule diverse d'incentivazione, collegandolo efficacemente al territorio attraverso il coinvolgimento del volontariato, degli enti locali, dell'Azienda Usl e incrementando il numero e la tipologia di Enti interessati.

L'anzianoattivo

Per mantenere le competenze negli anziani attivi occorre:

- promuovere azioni informative e di sostegno per accompagnare al pensionamento, aiutando le persone giunte al termine del proprio percorso lavorativo pienamente autosufficienti affinché non considerino questo momento di transizione come la conclusione della propria vita attiva;
- dotare le persone anziane di tutti gli strumenti informativi su come impegnarsi in attività di volontariato e socializzazione per ri-orientarle verso occupazioni utili fuori dal mondo del lavoro;
- progettare e mettere in campo misure atte a favorire l'aggregazione associativa autorganizzata degli anziani come strumento per contrastare i rischi di esclusione sociale e realizzare nuove opportunità di relazione;
- incentivare l'impiego del tempo del non lavoro con finalità sociali di solidarietà, a partire dall'auto-aiuto verso i pari, ma anche verso le intere comunità locali, con forme di collaborazione intergenerazionale e in particolare a favore dei giovani;
- diffondere nella popolazione anziana la cultura dell'informazione telematica, utilizzando le nuove tecnologie come mediatori di relazioni interpersonali, mezzi per coltivare passioni e allargare gli orizzonti geografici e culturali.

Le professioni nel sociale

Per la formazione del personale sociale occorre:

- completare e di seguito aggiornare il repertorio delle qualifiche professionali delle figure sociali e dei relativi standard formativi minimi, da inserire nel sistema regionale dei profili professionali e di certificazione delle competenze, con particolare attenzione alle figure professionali dell'operatore socio-sanitario, della tata familiare, dell'assistente personale, del mediatore interculturale, del referente di struttura e dell'animatore sociale;

- mettere a punto, di concerto con il Dipartimento politiche del lavoro e della formazione, un sistema regionale di certificazione delle competenze delle figure professionali che operano in ambito sociale;
- organizzare corsi di prima formazione per le varie figure professionali già regolamentate a livello regionale laddove se ne rilevi la necessità e laddove i procedimenti di certificazione delle competenze e di riqualificazione non siano sufficienti a dotare i servizi delle risorse umane necessarie;
- completare i processi di riqualificazione degli operatori assistenziali impiegati in ambito socio-sanitario, pubblico e privato in operatore socio-sanitario;
- consolidare e fondare su una attendibile e competente analisi dei bisogni il piano annuale di formazione continua per gli operatori socio-sanitari, socio-assistenziali e socio-educativi;
- rafforzare la collaborazione con tutti gli organismi interessati alla qualificazione degli operatori socio-sanitari, socio-assistenziali e socio-educativi, per la condivisione di obiettivi comuni e la massima sinergia nell'organizzazione delle varie iniziative formative;
- consolidare i rapporti con l'Università della Valle d'Aosta per attuare sinergie volte a migliorare la qualità della formazione continua degli operatori, a migliorare l'organizzazione dei tirocini nei servizi della regione, a incrementare l'attività di ricerca in ambito socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo, oltre a valutare la fattibilità di percorsi per la riconversione del titolo degli educatori professionali formati in regione nel decennio 1988/1998.



6

Configurare un ambito Territoriale sempre più interprete e attore del bisogno

Perché il Territorio

Occorre precisare il significato del concetto che guida questa direttrice, perché in essa “il territorio” non coincide solo con uno degli ambiti organizzativi e funzionali del servizio sanitario e sociale regionale, ma assume il significato, ben più ampio, di ambito nel quale il cittadino vive, manifesta o lascia latenti e inespressi i suoi bisogni di salute e di benessere sociale. È l’ambito dove opera il servizio sanitario e sociale, insieme a molti operatori di diversa formazione, molte istituzioni e organizzazioni che incidono nei complessi meccanismi di domanda e di risposta di beni e servizi alla persona e alla famiglia.

In quest’accezione la configurazione di un “ambito territoriale” competente supera, nelle intenzioni, lo spirito della legge di riforma del servizio sanitario nazionale (L. 833/78) che, nel prevedere l’integrazione socio-sanitaria solo come modalità di risposta al bisogno, lasciava non presidiati i complessi meccanismi che formano e influenzano il bisogno stesso nei singoli e nelle famiglie. Lo sviluppo della qualità e della pertinenza dell’agire sociale istituzionale deve trovare quindi più reti sul territorio tra amministratori e operatori e riconoscere nel Piano di Zona uno strumento che può costituire il valore aggiunto delle scelte e la sede per una programmazione partecipata da parte di tutti i gruppi rappresentati: sanitario, sociale, integrato, di volontariato, cooperazione sociale e di cittadini. Attraverso il Piano di Zona è necessario individuare nei distretti e nelle comunità montane dei punti intermedi di raccolta, lettura e interpretazione dei bisogni, attraverso procedure il più possibile adatte, e individuare soluzioni a problemi locali specifici, attraverso forme di programmazione partecipata e responsabile, utilizzando tutti gli attori presenti sul territorio (con attenzione particolare al coinvolgimento dei giovani: investimento irrinunciabile per il futuro della società valdostana), per lo sviluppo del principio di cittadinanza attiva.

L’ambito della salute e l’integrazione dei bisogni

Se l’*empowerment* è finalizzato a costruire un cittadino competente, nel senso di persona con piena capacità di orientarsi nelle questioni che riguardano la propria salute sia nella prevenzione, sia nella cura sia, infine, nella responsabilizzazione delle richieste, un cittadino competente deve muoversi all’interno di una comunità competente, intesa come un insieme strutturato di conoscenze, capacità e atteggiamenti occorrenti per svolgere efficacemente i propri compiti. L’insieme di queste competenze sarà indispensabile per governare i percorsi che fanno guadagnare salute, individuale e collettiva, sia promuovendola (promozione della salute), sia recuperandola (presa in carico), sia conservandola, anche se in parte perduta (continuità assistenziale).

Nel bisogno di salute ciò significa riservare all’ospedale i soli casi di acuzie, urgenze ed emergenze che hanno bisogno di alta intensità di cure e di elevate tecnologie, e riservare all’ampia offerta di risposte diversificate, esterne ad esso, il soddisfacimento degli altri bisogni. Per questa ragione, in ambito sanitario, ma soprattutto in tutti i casi di bisogno integrato, sociale e sanitario, il Piano intende che le strutture territoriali debbano razionalizzare e riorientare le attuali modalità opera-

tive per adeguarsi alle reali finalità istituzionali. Con ciò si auspicano più sinergie e collaborazione tra operatori diversi, più percorsi integrati, più presa in carico globale della fragilità, più continuità assistenziale e la diffusione di una moderna medicina di assistenza primaria, associativa e di prossimità. Occorre quindi operare in modo organico e trasversale rispetto ai livelli in cui sono collocati i vari attori del sistema, con un complesso d'interventi che devono puntare a perfezionare alcune attività, affinare procedure e riconoscere reciprocamente ruoli e competenze in modo condiviso da tutti e su ambiti particolarmente nevralgici, per i quali è opportuno sanare alcune criticità. Tra le criticità non modificabili vi è la residenza in zone geograficamente decentrate rispetto l'asse centrale della Valle e, pertanto, meno servite da servizi, sanitari e sociali, a svantaggio di persone a ridotta mobilità, sole o anziane.

Per conseguire un loro pieno inserimento nella comunità regionale, il Piano favorisce progetti di solidarietà e di socializzazione a favore di persone residenti in villaggi isolati, lontani o poco popolati¹. Con quest'obiettivo è stato recentemente introdotto il progetto sperimentale denominato "assistant de hameau" che prevede un servizio reso attraverso la figura di un assistente operante in villaggi e siti appositamente individuati dall'Amministrazione regionale, in accordo con il Consiglio Permanente degli Enti locali. L'intento è di intercettare persone e famiglie in situazioni di bisogno, non ancora raggiunte dai servizi sociali ordinari, per isolamento geografico, distanza, condizione sociale e sanitaria sfavorevole (persone povere, sole, anche solo parzialmente non autosufficienti), al fine di soddisfarne piccole necessità quotidiane, favorire l'informazione di servizi e opportunità utili al miglioramento della qualità di vita, orientarle verso servizi appropriati e pertinenti alle necessità espresse.

L'appropriatezza e la valorizzazione nella medicina territoriale

Il recupero e la valorizzazione delle competenze della medicina territoriale devono tradursi progressivamente in una riduzione di accessi impropri alle cure ospedaliere e a un recupero dell'efficienza, a parità di efficacia clinica, anche attraverso l'adozione di protocolli verificati e conformi alla medicina basata sulle evidenze.

Con questa finalità, il Piano dispone affinché l'Azienda Usl realizzi nel triennio:

- una riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso;
- una riduzione dei ricoveri impropri;
- la massima deospedalizzazione possibile degli interventi;
- il contenimento e la riduzione della spesa farmaceutica.

Questo percorso di recupero dell'efficienza gestionale deve accompagnarsi a iniziative di supporto tese a garantire un adeguato percorso assistenziale che risponda ai bisogni di salute del cittadino attraverso lo sviluppo della collaborazione tra area ospedaliera e area territoriale. Occorre quindi sensibilizzare i medici sulle logiche aziendali, anche tramite opportuni interventi formativi, e attivare sistemi di orientamento e di appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie. Per farlo, è necessario coinvolgere tutte le componenti professionali interessate alla costruzione delle linee guida e dei percorsi assistenziali più appropriati, anche implementando il sistema informativo aziendale con dati necessari al monitoraggio e alla valutazione di tali processi. Il recupero di una maggiore efficienza gestionale deve interessare soprattutto alcuni percorsi assistenziali in atto, quali l'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'assistenza ai malati terminali, l'assistenza domiciliare programmata, che necessitano di un maggiore coordinamento. È evidente infine che, trattandosi di efficacia, occorre individuare un livello di spesa, e relativo *range* di scostamento accettabile, per ciascuna delle iniziative sopra elencate.

¹ Nel Quarto Rapporto dell'Osservatorio per le Politiche sociali (novembre 2008) la sezione dedicata all'Approfondimento trattava espressamente del tema dell'accessibilità, mobilità ed equità sociale in una regione di montagna, ponendo le basi per la progettazione di servizi quali, appunto, quello introdotto con l'Assistant de hameau.

L'ambito della medicina territoriale è certamente quello più idoneo a conseguire tali obiettivi, valorizzando e potenziando le attività in essa presenti, capaci di garantire, ai cittadini, prestazioni non più erogabili, per appropriatezza ed economicità, presso la sede ospedaliera. Si rende pertanto necessario avviare un adeguamento dell'attuale sistema di offerta della medicina territoriale ai bisogni di salute e di assistenza della comunità, affinché si conformi maggiormente alle esigenze dei cittadini, per semplificazione amministrativa, vicinanza ed efficacia delle cure. Ciò è possibile solo creando un sistema di rete cui affidare funzioni peculiari e specifiche del servizio sanitario regionale pubblico, depositario di competenze e funzioni deputate, da sempre, alla sorveglianza sanitaria del territorio. Nel periodo di validità del presente Piano si intende quindi ricercare il più ampio consenso e la condivisione degli operatori al fine di avviare in forma sperimentale progetti dedicati alla gestione di specifici ambiti assistenziali o di specifici quadri clinici ed epidemiologici a favore soprattutto delle zone periferiche e delle vallate laterali. Le attività funzionali alla realizzazione dello sviluppo della medicina territoriale sono pertanto le seguenti:

- assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
- sviluppo della medicina d'iniziativa;
- miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica;
- definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza;
- valutazione dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogati;
- sviluppo dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata – ambulatoriale e domiciliare – a favore dell'anziano, soprattutto se fragile, con il coinvolgimento di tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale.

Tali attività saranno conseguite anche grazie alla razionalizzazione e alla riorganizzazione funzionale e operativa di alcuni specifici settori di intervento quali, ad esempio, la psicologia territoriale, al fine di renderli più conformi al bisogno e più rispondenti ai requisiti di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

La condivisione dei nuovi scenari per la medicina territoriale impone anche il perseguimento di un maggiore impulso alla "innovazione tecnologica" del territorio.

La medicina d'iniziativa e i nuovi modelli di assistenza primaria

Attraverso il presente documento di programmazione si giudica inoltre necessario adottare e sperimentare modelli innovativi di cure primarie, per altro già dimostratisi efficaci, basati sulla medicina d'iniziativa. L'intero sistema sanitario, di fronte alla crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti, ha a lungo investito le sue risorse in misura maggiore nel settore delle malattie acute; si rende invece necessario a questo punto un intervento riformatore. Applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute (cioè il paradigma dell'attesa di un evento morboso acuto su cui mobilitarsi per risolvere il problema) non solo può risultare inefficace perché tardivo, ma inefficace anche perché rischia di mobilitare il sistema prevalentemente quando il soggetto portatore di una cronicità si aggrava, diventando un paziente acuto. Occorre quindi adoperarsi con efficacia in una fase clinica antecedente, di prevenzione dello scompenso e dell'aggravamento, finalizzata alla rimozione dei fattori di rischio, al controllo delle eventuali comorbidità e al trattamento adeguato della malattia cronica di base. Contrapposto al paradigma dell'attesa, il paradigma dell'iniziativa diventa in questo contesto quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche perché più efficace rispetto alla gestione delle cure primarie, dove l'assistenza è per gran parte "estensiva" e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine e dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato sia dalla capacità di presidiare la continuità delle cure sia dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi e utenti, tra terapeuta e soggetto portatore della cronicità. Il paradigma dell'iniziativa è quindi fondato su:

- la valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti di salute (anche quelli socio-economici che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute);

- la propensione agli interventi di prevenzione, alle attività programmate e agli interventi proattivi (cioè in grado di prevedere e prevenire eventuali complicazioni e aggravamenti della malattia: stratificazione del rischio, richiamo programmato di pazienti, corretti stili di vita, ecc.);
- il coinvolgimento e la motivazione degli utenti e l'interazione con le risorse di comunità (associazioni di volontariato, gruppi di auto aiuto, ecc.) .

Gli strumenti a supporto delle attività della medicina di iniziativa sono certamente quelli orientati alla costruzione di registri di patologia e all'utilizzo dei sistemi informativi.

Il Territorio espressione e valutazione del bisogno sociale

Il territorio è l'ambito di incontro ideale di tutte le politiche sociali rivolte alla persona e alla famiglia. Tali politiche necessitano di maggiore condivisione in fase di ideazione e pianificazione, oltre che di più strumenti per valutare gli effetti conseguenti l'applicazione di un provvedimento in settori (istruzione, lavoro, trasporti opere di edilizia residenziale ecc) che potrebbero essere considerati distanti, ma che in realtà producono un impatto rilevante sul benessere delle persone e della collettività.

Il segretariato sociale

All'interno della progettualità garantita dall'applicazione del primo Piano di Zona della Valle d'Aosta si intende recepire uno dei bisogni emersi durante la fase di ricognizione che ha preceduto la stesura dello stesso, quello cioè inerente l'accessibilità ai servizi. Il Piano di Zona ha evidenziato una certa parcellizzazione dei servizi offerti, in alcuni casi una sovrapposizione degli stessi rispetto ai medesimi bisogni, e una informazione orientata ad un loro corretto ed appropriato utilizzo da sviluppare ulteriormente su tutto il territorio con attenzione a tutti i gruppi sociali potenzialmente interessati. La Valle d'Aosta dispone di un corredo di servizi e di strumenti normativi molto ampio per rispondere alle molteplici necessità della popolazione regionale, ma i dati relativi all'attività dei servizi hanno rivelato in certi ambiti un sotto utilizzo dell'offerta di soluzioni previste per il soddisfacimento dei differenti bisogni. Poiché tra le cause vi è certamente una limitata visibilità e conoscenza dell'azione amministrativa pubblica e delle iniziative promosse dal privato sociale e dal volontariato, si ritiene di condividere quanto proposto dal Piano di Zona relativamente all'opportunità di realizzare un progetto di segretariato sociale con il compito di svolgere sul territorio, in modo capillare e accogliente, sia attività di tipo informativo orientativo, sia attività di supporto alla presentazione di domande per servizi o prestazioni, sia, infine, attività di raccordo tra il cittadino e i segmenti dell'offerta preposti a soddisfarne il bisogno specifico. Nell'ambito degli interventi previsti dal progetto di segretariato sociale è opportuno prevedere l'apertura di punti unici di accesso equamente posizionati sul territorio regionale. Poiché la lettura del bisogno costituisce un elemento imprescindibile della pianificazione e della valutazione dei modelli organizzativi offerti, s'intende altresì dotare questo servizio di funzioni di raccolta, conservazione, analisi e valutazione delle richieste dei cittadini.

Il Pronto intervento sociale

All'interno del progetto di segretariato sociale, il Piano intende affrontare il tema dell'emergenza attraverso l'istituzione del servizio di Pronto intervento che, al pari del Pronto soccorso sanitario, si configura come risposta tempestiva, visibile, permanente sulle 24 ore, a bisogni sociali urgenti, che di recente hanno assunto una crescente entità anche in Valle d'Aosta, al pari di altre regioni più densamente popolate. Il pronto intervento sociale soddisfa bisogni non rinviabili, di sussistenza e di relazione, in situazioni imprevedibili di abbandono, di privazione o di allontanamento improv-

viso dal nucleo familiare, per tutte le persone residenti o temporaneamente presenti sul territorio. Ciò comporta prevedere risposte qualificate e differenziate, con tempi e modalità definite dalla gestione dell'emergenza e un grado di protezione più o meno elevato in relazione al bisogno del destinatario, consentendo di soddisfare urgentemente bisogni primari e creare un raccordo operativo con i servizi per un percorso di continuità nella eventuale presa in carico successiva.



6. LE OPERATIVITÀ

I bisogni integrati

Per un territorio interprete del bisogno integrato occorre in particolare:

- perfezionare l'integrazione tra équipe ospedaliera, medici di medicina generale, équipe e servizi territoriali nella presa in carico delle persone anziane affette da demenze con disturbi del comportamento;
- migliorare la collaborazione tra équipe ospedaliera, medici di medicina generale e équipe e servizi territoriali nella presa in carico di persone con speranza di vita da 30 a 180 giorni;
- potenziare l'integrazione tra Dipartimento di salute mentale, medici di medicina generale, équipe, servizi territoriali e residenziali, servizi per l'inserimento lavorativo nella presa in carico delle persone con problemi psichiatrici;
- definire e condividere le modalità di accesso al Pronto soccorso da parte di pazienti provenienti da strutture protette per anziani in collaborazione tra Pronto soccorso, 118 e strutture protette;
- valutare, anche tramite indicatori quali-quantitativi, l'efficacia e la rispondenza al bisogno del progetto "Assistant de hameau" nei villaggi e siti individuati, al fine di migliorarne i processi e gli esiti, renderlo efficiente e sostenibile, in un'ottica di eventuale diffusione ad altre zone isolate della valle e, quindi, ad altri cittadini meno favoriti.

Medicina di territorio

Per una medicina del territorio più appropriata occorre:

- programmare l'assistenza territoriale attraverso i distretti che tecnicamente sono competenti ed in grado di interpretare correttamente la complessità dei bisogni della popolazione, di stabilirne le priorità, di programmare il complesso dei servizi sanitari e sociali, producendo quelli di base e quelli intermedi, garantendo l'accesso alle cure secondarie mediante una integrazione tra ospedale e territorio basata sul modello della continuità assistenziale e sull'adozione di linee guida condivise;
- sviluppare l'associazionismo dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta ed il processo di attuazione nelle nuove forme organizzative (AFT-Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP-Unità Complesse delle Cure primarie) previste dalle nuove convenzioni nazionali uniche;
- potenziare l'integrazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale tra di loro, e con i restanti servizi aziendali, al fine di garantire una migliore continuità assistenziale al cittadino;
- proseguire quanto realizzato nell'ambito dell'assistenza di base, valorizzando ulteriormente il ruolo dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali nei percorsi aziendali e, parallelamente, potenziare – nell'ambito della specialistica ospedaliera – la presenza sul territorio, onde evitare l'eccesso di ospedalizzazioni o, comunque, la sovrapprenotazione delle liste di attesa ospedaliere;
- potenziare la presenza del medico di medicina generale e dell'infermiere sul territorio anche attraverso sperimentazioni che implementino l'assistenza sanitaria specie nelle vallate laterali e nei territori svantaggiati, al fine di estenderne l'applicazione a ulteriori ambiti territoriali;
- perfezionare gli attuali sistemi di valutazione multidimensionali e multiprofessionali per la presa in carico integrata, specie dei soggetti fragili, in sinergia tra ospedale e territorio;

- razionalizzare e riorganizzare l'organizzazione e l'ambito di competenza della psicologia territoriale secondo prese in carico funzionali e orientate all'appropriatezza, all'efficacia e all'efficienza dei percorsi assistenziali;
- potenziare l'assistenza intermedia in risposta all'incremento del bisogno assistenziale nell'area della cronicità (anziani, disabili, malati mentali, tossicodipendenti ecc), favorendo la domiciliarità delle cure, anche con l'aiuto di strumenti tecnologici come la telemedicina e la teleassistenza e l'implementazione del "patient summary" per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.

Verso un servizio di segretariato sociale

Per creare un progetto di segretariato sociale occorre:

- definire, con tutti gli attori coinvolti, le modalità e le risorse necessarie con le quali attribuire ad esso funzione di:
 - informazione in *front-office* mirata sui servizi, i contributi e le prestazioni offerte dall'Amministrazione regionale, enti locali, organizzazioni di volontariato, associazioni ed organismi pubblici e privati presenti sul territorio comunale, regionale, nazionale ed europeo;
 - diffusione di materiale informativo su supporto cartaceo o elettronico appositamente predisposto e rispondente a requisiti di chiarezza, comprensibilità, esaustività e attualità;
 - attività di raccordo e di riferimento per tutti gli attori pubblici e privati che contribuiscono alla promozione delle iniziative sociali;
 - raccolta, decodifica e orientamento delle istanze che possono condurre a una eventuale presa in carico, a una chiusura del caso e al loro indirizzo verso altri servizi;
 - attività di analisi della casistica emergente dalle richieste presentate dai cittadini e dalle relative risposte mediante opportuno flusso informativo dedicato;
 - "servizio di prossimità" avente cioè le caratteristiche di intervento non solo recettivo delle istanze, ma anche propositivo ed interattivo con la persona e la famiglia.

Il pronto intervento sociale

Per realizzare il Pronto intervento sociale occorre:

- attivare un tavolo decisionale/promozionale congiunto fra i vari enti all'interno dei quali opera il servizio sociale professionale di base, finalizzato all'attivazione del servizio di pronto intervento sociale in Valle d'Aosta;
- definire il repertorio delle prestazioni di pronto intervento sociale inquadrandolo nel contesto organizzativo dei servizi, ponendo particolare attenzione alla definizione delle aree delle urgenze e all'individuazione delle aree di bisogno (ad es. minori non accompagnati, soggetti senza fissa dimora, anziani in situazioni di gravi carenze, tratta di donne o minori ecc);
- valutare la collocazione territoriale ottimale del servizio di pronto intervento sociale in relazione all'intensità e alla frequenza del bisogno ad esso collegato;
- individuare le possibili risposte presenti in ambito regionale attraverso un'indagine che consideri l'insieme dei soggetti sia pubblici sia privati;
- attivare un protocollo operativo e un conseguente accordo istituzionale fra gli enti coinvolti e con i soggetti del privato sociale nella realizzazione del servizio di pronto intervento sociale;
- individuare eventuali nuove risposte da attivare in relazione ai bisogni emergenti sul territorio e che ancora non trovano risposte adeguate.

7

Tutelare la Fragilità e valorizzare ogni persona, con attenzione alle prime e alle ultime fasi della vita

Perché la Fragilità

Il concetto di “fragilità”, molto usato in ambito geriatrico, coincide con “una condizione generale di instabilità fisica e sociosanitaria; si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita totale o parziale della capacità dell’organismo di tendere all’omeostasi¹. Tale condizione è determinata dalla concorrenza di diversi fattori, da quelli biologici a quelli psicologici e socio-ambientali che, agendo in modo sinergico, si amplificano e si perpetuano vicendevolmente”². La comunità scientifica dimostra crescente interesse per questa condizione nonostante non ne esista una definizione univocamente accettata per cui, spesso, sono molti i concetti che si confondono, usati come sinonimi. La fragilità è quindi uno stato, o una condizione, in cui ciascuna persona può trovarsi per un tempo definito, o indefinito, lungo il corso della sua vita, e che comporta la perdita di risorse e di capitale umano cui un sistema pubblico, solidale e sussidiario, deve garantire un’adeguata risposta. Con questo assunto il Piano individua diverse tipologie di fragilità a cui è necessario rivolgersi con interventi specifici e dedicati da parte di una pluralità di attori: da quelli istituzionali, a quelli della cooperazione sociale, del volontariato, o degli stessi cittadini, mediante forme di auto mutuo aiuto solidale, secondo un’operatività il più possibile concertata. Quanto più, infatti, le diverse forze opereranno in forma sinergica e organizzata, quanto più efficace e duratura sarà l’azione intrapresa. Il principio guida di ogni azione deve essere che ogni fragilità pone al centro una persona in condizioni di particolare debolezza o vulnerabilità:

- o per specifiche età della vita, in particolare, i primi anni (prima infanzia) e gli ultimi (anziani non attivi);
- o per malattia, disabilità, invalidità, non autosufficienza;
- o per disagio sociale o economico (disoccupazione, violenza o conflitti, dipendenza, abbandono, immigrazione).

Molto spesso la presenza di una di queste condizioni, seppure transitoria, porta al coesistere di altre, dando origine ad un bisogno complesso, che richiede interventi multidisciplinari e interistituzionali integrati.

Un sistema di *welfare community* regionale che non si configura solo come sistema di servizi, ma che intende costituirsi prioritariamente come sistema di valori, non può orientare la sua azione di contrasto alla fragilità in base alle singole tipologie, ma orientarsi allo stato di bisogno globale della persona e della famiglia. È un sistema che intende valorizzare ciascun essere umano, anche stabilmente disabile o non autosufficiente, per le risorse e le competenze residue di cui è portatore insostituibile per la sua famiglia e la comunità di riferimento.

All’interno di quest’assunto valoriale che il Piano intende darsi, l’attenzione alle prime e alle ultime fasi del ciclo naturale della vita qualifica, in particolare, un sistema regionale per la salute

¹ L’omeostasi è la condizione di stabilità interna degli organismi che deve mantenersi anche al variare delle condizioni esterne attraverso meccanismi autoregolatori

² Trabucchi M, “I vecchi, la città e la medicina”, Bologna, Il Mulino, fondazione Smith Kline, 2005.

e il benessere. In ciascuno di questi due periodi, infatti, che segnano i momenti di potenziale maggiore fragilità, il sistema pubblico dei servizi alla persona, e alla famiglia deve qualificare se stesso ai livelli più alti. Occorre assicurare: da un lato, accoglienza alla vita di ogni nascituro e un buon investimento di salute e benessere per la vita futura e, dall'altro, sostenere nella senescenza le persone, portatrici di un'umanità e di una sensibilità da proteggere e preservare, specie quando la non autosufficienza rischia di emarginarle dalla comunità. Occorre, inoltre, accompagnare, con professionalità, e soprattutto con rispetto, chi si trova nelle fasi terminali di una grave malattia, o in condizione di dolore cronico, specie se privo di reti familiari in grado di sostenerlo.

In tutto questo la famiglia ha un ruolo essenziale nella cura e nell'assistenza alla persona e assume un'insostituibile funzione di supporto, di vicinanza e tutela nei confronti dei suoi componenti più deboli e il dato relativo al carico assistenziale familiare rappresenta ancora oggi la percentuale più alta rispetto a quelle, molto più basse, delle badanti, dei servizi socio-sanitari e del volontariato. Tuttavia, nella maggioranza delle famiglie, il dovere fronteggiare i costi diretti e indiretti (non solo economici) dell'assistenza a una persona priva o a ridotta autonomia ha conseguenze negative sulla vita affettiva, di relazione, professionale, sulla situazione economica e, in numerosi casi, anche sullo stato di salute degli altri membri del nucleo familiare.

Una situazione delicata, anche perché le risorse familiari tendono a ridursi con il progressivo contrarsi delle dimensioni della famiglia. È necessario pertanto istituire delle forme diverse di supporto alle famiglie (finanziarie, di servizio, di rete tra famiglie o di mutuo aiuto, di consulenza e supporto psicologico) in particolare a sostegno degli interventi assistenziali domiciliari alternativi alle forme assistenziali residenziali.

Le prime fasi della vita

La presenza di un unico punto nascita presso l'ospedale regionale e di 23 tra consultori e sedi distrettuali dislocate su tutto il territorio regionale ha da sempre favorito nella nostra regione l'integrazione tra ospedale e territorio portando, già nel 1982, ad istituire un servizio di coordinamento materno-infantile per assicurare a tutti i neonati a rischio un corretto *follow-up*. Il Dipartimento materno-infantile ha fino ad oggi progressivamente ampliato le sue funzioni, occupandosi anche di bambini ricoverati con problemi sanitari e sociali, creando una efficace rete operativa tra le strutture ospedaliere di ostetricia e ginecologia, quelle di pediatria e neonatologia, i servizi territoriali ostetrico-ginecologici e pediatrici, i servizi sociali territoriali, la neuropsichiatria infantile ospedaliera e territoriale ed i pediatri di libera scelta. Il Piano, nel riconoscere il valore di questa struttura regionale che ha contribuito a qualificare l'ospedale regionale di Aosta come "Ospedale Amico dei Bambini"³, pone al monitoraggio del Dipartimento materno infantile, secondo le indicazioni fornite dall'Unicef, il percorso che dal concepimento giunge alla nascita, al fine di assicurare a tutti i neonati, soprattutto a quelli a rischio, o disabili, un'adeguata accoglienza alla vita e un corretto *follow-up* di crescita.

Per quanto attiene l'accoglienza in servizi pubblici e privati convenzionati per la prima infanzia (inclusivi di nidi, guarderie, nidi aziendali e tate familiari), si tratta di dare attuazione al Piano di azione annuale per la promozione e il sostegno del sistema dei servizi per la prima infanzia,⁴ evidenziando che, per quanto concerne il raggiungimento dell'obiettivo stabilito dal Consiglio europeo di Lisbona, l'approvazione degli ulteriori posti finanziabili e non finanziabili, previsti per il 2010, porterebbe l'offerta regionale di posti in strutture socio-educative per la prima infanzia alla copertura del 37,59% dei bambini di età inferiore a 3 anni, superando, così, il 33% da garan-

³ Riconoscimento istituito dall'Unicef nel 1992 agli ospedali che accolgono nel migliore modo possibile i nuovi nati e danno sostegno all'allattamento al seno. L'ospedale regionale ne ha ricevuto il riconoscimento a marzo 2010.

⁴ DGR n. 2019 del 17 luglio 2009 recante: "Approvazione, ai sensi dell'art. 2, comma 2, lettera a), della legge regionale 19 maggio 2006, n. 11, del Piano di azione annuale per l'anno 2009 per la promozione e il sostegno del sistema dei servizi per la prima infanzia. Impegno e finanziamento di spesa."

tire entro il medesimo anno. Una percentuale elevata che, nel periodo di validità del presente Piano, si intende ulteriormente razionalizzare, dando copertura uniforme sul territorio in base al bisogno documentato dai singoli ambiti distrettuali e monitorando costantemente la reale capacità di risposta, con opportuni indicatori statistici, al fine di rendere conto sia in merito alle liste di attesa sia alle rinunce da parte delle famiglie e alle motivazioni della rinuncia fornite a riguardo. Qualora si tratti di motivazioni economiche, il Piano intende garantire, a ogni famiglia una quota di contribuzione equa, che riduca le attuali differenze di partecipazione alla spesa tra i comuni di residenza e che sia rapportata alle reali capacità di spesa della famiglia. Nel progettare e razionalizzare i servizi per l'infanzia questo Piano intende inoltre qualificare maggiormente i progetti educativi attraverso proposte innovative capaci di sviluppare i potenziali espressivi e creativi nei bambini tra 0 e 3 anni. In particolare, si intende favorire la differenziazione educativa all'interno degli asili nido, accompagnando processi di approfondimento verso orientamenti specializzanti, come i nidi artistico-espressivi, gli agrinidi e i nidi bilingue.

Nel caso dei bambini nati con disabilità, specie se gravi, occorre sostenere la famiglia attraverso alleanze stabili tra tutti gli operatori e le istituzioni coinvolte, nel sostegno a una vita il più possibile indipendente e corrispondente al bisogno di affettività, sviluppo delle capacità (anche residue) e integrazione di ogni persona nella propria comunità di riferimento. Il bambino disabile deve poter contare su una diagnosi precoce che consenta, dove possibile, il più elevato livello di funzionalità, deve essere inserito nella sua comunità e beneficiare di ogni opportunità che possa contrastare gli effetti indesiderati della sua condizione di particolare fragilità. I servizi sanitari, sociali, educativi e la comunità sono preposti a sostenere la famiglia quando nasce un figlio con disabilità. I momenti in cui è comunicata la diagnosi sono, infatti, decisivi e delicati per la costruzione di un nuovo futuro assetto familiare caratterizzato da questa specificità esistenziale. Altrettanto, lo sono i primi anni di vita, in cui è fondamentale una convergenza di azioni da parte di tutti coloro che hanno responsabilità nella crescita e nella cura del bambino, del quale è importante promuovere lo sviluppo globale e, di riflesso, una qualità di vita sufficientemente buona anche per il nucleo familiare.

Le ultime fasi della vita

L'attenzione agli ultimi anni della vita è considerata dal presente Piano principalmente secondo due accezioni: quella relativa alle persone anziane non autosufficienti ospitate in strutture residenziali e quella relativa a persone con malattie gravi, sofferenza cronica o in fase terminale. Differenti per bisogni assistenziali e intensità di cure, entrambe queste tipologie di cittadini sono caratterizzate da una grande fragilità umana che richiede, oltre ad un'assistenza qualificata e professionale, una elevata e particolare attenzione alle persone e alle famiglie che vivono queste difficili esperienze di vita.

I bisogni sanitari della popolazione anziana ospite delle microcomunità negli ultimi anni sono aumentati in modo esponenziale. L'innalzamento dell'età della popolazione e l'incremento delle polipatologie è il vero problema che l'intero sistema si troverà ad affrontare nei prossimi anni. Le risposte organizzative che devono essere progettate, in tempi rapidi, riguardano più ambiti:

- l'organizzazione ospedaliera;
- la presa in carico territoriale;
- il sistema dell'emergenza-urgenza;
- il monitoraggio delle malattie croniche;
- le invalidità;
- il sostegno alle famiglie.

Per tutti questi punti è fondamentale un ripensamento dell'organizzazione, che andrà dai percorsi di cura alla diffusione dei progetti di telemedicina, per finire alla trasformazione delle strutture residenziali.

Inevitabile anche una revisione delle politiche del personale mirata alle mutate esigenze dei pazienti.

Se per le persone parzialmente non autosufficienti le risposte fornite dall'assistente personale, dai servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata rispondono meglio alle richieste di mantenimento al domicilio, per gli anziani del tutto non autosufficienti la struttura residenziale è spesso l'unica risposta ai loro bisogni e a quelli delle loro famiglie. Ad oggi, gli anziani presenti nelle strutture residenziali regionali con livello di autonomia N3⁵ sono quasi il 60% del totale, con incrementi annuali progressivi del tasso di incidenza degli inserimenti a tempo indeterminato. Poiché questa situazione, nel tempo, rischia di produrre un tasso di saturazione dei posti disponibili e poiché questa percentuale di anziani con insufficienza grave dei livelli di autonomia (e spesso con pluripatologie) richiede livelli di specializzazione sanitaria elevati (e a minore contenuto assistenziale), il governo regionale si riserva di valutare, nel corso del prossimo triennio, la necessità di istituire poli specializzati a favore di questi cittadini sul modello delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). La presa in carico integrata dell'anziano non attivo inizia già al momento dell'invio in un struttura residenziale. Sia che la richiesta provenga dall'ospedale, sia dall'abitazione, occorre meglio definire la procedura che permette ai soggetti e alle strutture coinvolte di accogliere, con la massima efficacia possibile, la richiesta di residenzialità. E ciò sia per vicinanza al luogo di residenza e per tempestività della risposta, sia per le caratteristiche della struttura di accoglienza che devono essere conformi al bisogno sotto il profilo strutturale e assistenziale. Al pari, è necessario che, qualora l'anziano – sia esso già presente in struttura o al domicilio – necessiti di un ricovero urgente, si disponga, sotto la responsabilità di un medico di medicina territoriale, di un protocollo condiviso tra ospedale e territorio, contenente una procedura da seguire che eviti ricoveri impropri, un inutile, se non rischioso, trasferimento dell'anziano fragile e un congestionamento del presidio, specie nei giorni festivi o nelle ore serali e notturne.

Nel caso in cui l'anziano sia portatore di demenza senile o di malattia di Alzheimer, è necessario supportare adeguatamente la sua famiglia affinché conosca le caratteristiche della malattia, sia adeguatamente sostenuta psicologicamente e possa collaborare con gli specialisti, gli operatori e tutte le strutture deputate a fornire una risposta di cura condivisa con le strutture assistenziali e socio-sanitarie presenti sul territorio regionale.

Il Piano dedica attenzione specifica alla presa in carico della persona alla fine della vita e della sua famiglia.

Si prevede infatti, nel prossimo triennio, la realizzazione della rete delle cure palliative in Valle d'Aosta, in attuazione dei principi definiti a livello nazionale con la legge 15 marzo 2010, n. 38⁶. Ciò dovrà concretarsi in un sistema di offerta nel quale la persona affetta da malattia inguaribile, non necessariamente neoplastica, e la sua famiglia, possano essere sostenuti nel percorso assistenziale che comprende il proprio domicilio, le strutture di degenza e le strutture residenziali, al fine di promuovere il contenimento della sofferenza globale nella delicata fase finale della vita di ogni persona. Il modello precede una presa in carico rapida e multidisciplinare per garantire una risposta appropriata e sistematica al bisogno sanitario e assistenziale del malato e della sua famiglia e ciò anche attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato. La realizzazione della rete comporterà una riorganizzazione e un eventuale potenziamento dei servizi e delle attività già presenti in un'ottica di migliore efficacia ed efficienza.

La disabilità

La definizione di disabilità cambia in relazione alla rilevazione statistica utilizzata e si confonde spesso con la non autosufficienza, l'invalidità e l'inabilità. Il cosiddetto sistema tabellare usato per l'accertamento delle percentuali di invalidità civile, fissate con DM 25 febbraio 1992, ha recepito,

⁵ Il grado di autonomia prevede 4 livelli: A equivale ad autosufficienza, N1 dipendenza lieve, N2 parziale sufficienza e N3 insufficienza grave.

⁶ Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

seppure in forma limitata, alcune indicazioni elaborate dall'OMS nell'ambito della classificazione internazionale delle menomazioni⁷, tuttavia, il sistema rimane legato all'analisi e alla misurazione percentuale di ciascuna menomazione anatomofunzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa. E ciò, nonostante la tutela assistenziale del cittadino disabile non si realizzi solo attraverso l'istituto dell'invalidità civile, della cecità e del sordomutismo, ma anche, ad esempio, attraverso la legge del 5 febbraio 1992 n. 104⁸, che fa riferimento alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se tramite ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana. Questo perché la legge si prefigge di rimuovere, attraverso specifici benefici di natura assistenziale, le difficoltà che la persona disabile e la sua famiglia incontrano promuovendone l'integrazione nella scuola, nella famiglia nel lavoro e nella società. Nel maggio 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica la "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità, della Salute", o ICF, che, diversamente dal sistema di classificazione ICIDH-1 del 1980 – che considera la disabilità, la conseguenza di una menomazione strutturale o funzionale a livello corporeo – definisce la disabilità come il risultato di una complessa relazione tra salute, fattori personali e ambientali. Lo scopo generale della classificazione ICF è di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati (come l'istruzione e il lavoro). La valutazione non è circoscritta quindi alle abilità corporee, ma anche a quei fattori di contesto (ambientale e personale) che limitano o favoriscono le capacità di funzionamento a livello individuale. Si tratta quindi di una definizione con una forte implicazione nel sistema di rilevazione dei bisogni e, quindi, nella programmazione dei servizi. Nonostante che al momento non vi siano applicazioni su base regionale di tale classificazione per il riconoscimento di diritti esigibili, per il prossimo triennio, il Piano, nel mantenere l'attuale offerta di servizi diversificata per le persone disabili residenti in Valle d'Aosta, prevede l'avvio dello studio e l'analisi approfondita delle sperimentazioni in corso, in ambiti diversi e in realtà territoriali e organizzative differenti, al fine di elaborare un progetto innovativo per l'applicazione di questo importante strumento anche in Valle d'Aosta, nel settore strategico e prioritario delle certificazioni, con il coinvolgimento consapevole di tutti gli operatori socio-sanitari interessati alla formazione specifica. Parallelamente, il Piano indica come necessaria una valutazione dei servizi esistenti in termini di efficacia, efficienza, nonché soddisfazione dell'utenza, stante la salvaguardia della specifica finalità del servizio che non applica in via prioritaria criteri economici per la sua programmazione e gestione a livello regionale. Inoltre, al fine di garantire stabilità e continuità, funzionale e operativa, alle alleanze istituzionali esistenti tra tutti i settori maggiormente interessati e già operanti in sinergia (sanità, scuola, istruzione, trasporti e lavoro) il Piano rafforza le iniziative esistenti. Al fine di migliorare il risultato prodotto dal precedente documento di programmazione regionale in materia di inserimento pre lavorativo di alcune persone disabili, si intende ribadire ulteriormente l'utilità di queste sinergie ed esercitare un'attività dedicata, anche attraverso nuove forme di collaborazione con organismi istituzionali regionali per favorire lo sviluppo dei laboratori occupazionali che valorizzano le capacità dei ragazzi o degli adulti disabili migliorandone il percorso di vita. A questo riguardo, a seguito dell'approvazione del Nuovo Piano di Politica del lavoro⁹, valido per il triennio 2009-2011, è stata sancita una collaborazione tra la struttura competente in materia di politiche sociali e quella competente in materia di politiche del lavoro e della formazione, la cooperazione sociale e l'imprenditoria locale, al fine di co-progettare e co-gestire una rete di laboratori occupazionali per persone con disabilità. I laboratori intendono offrire alle persone con disabilità (e alle loro famiglie) una risposta globale, duratura nel tempo e differenziata in base alle loro diverse abilità e alla loro richiesta di collocazione, in un ambito lavorativo protetto ma stimolante, non di tipo meramente socio-assistenziale, ma inserito in più filiere

⁷ "Classificazione internazionale delle menomazioni, della disabilità e degli handicap" (ICIDH-1, 1980);

⁸ Legge 5 febbraio 1992 n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

⁹ Consiglio regionale, deliberazione 668/XII del 15 luglio 2009.

produttive, legate al tessuto economico regionale e con caratteristiche marcatamente produttive. Questa iniziativa persegue concretamente la politica dell'inclusione e attribuisce un valore tangibile alle competenze residue possedute dalla persona con disabilità, restituendo a lei e alla sua famiglia la dignità di chi si sente utile alla comunità di appartenenza e dunque pienamente accolto. Da un punto di vista metodologico, la redazione di linee guida per i laboratori occupazionali, già disposta dalla Giunta regionale¹⁰, applica concretamente modalità di lavoro interdisciplinare fra i numerosi attori coinvolti, appartenenti sia all'Amministrazione regionale sia all'imprenditoria privata. Valorizzare le funzionalità residue per mantenere alta la qualità di vita di ogni persona, a prescindere dai livelli ottimali di salute, dall'età o dalle eventuali fragilità presenti è lo spirito con cui questo Piano intende supportare le operatività conseguenti.

La salute in carcere

Le persone detenute rappresentano un gruppo potenzialmente fragile, non solo per la condizione di reclusi, quanto per le condizioni di devianza ed emarginazione che ne hanno prodotto lo stato e che ne determinano uno stato di salute frequentemente sfavorevole rispetto a quello dei cittadini liberi oltre che un diverso accesso alle cure per ragioni imposte dalle procedure di sicurezza. Dal 2000 a oggi sono state individuate¹¹ le principali aree e le azioni di maggior rilievo per la promozione e la tutela della salute dei detenuti e degli internati. In particolare, sono state fornite indicazioni per la definizione di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie maggiormente diffuse e sono stati forniti indirizzi per l'attivazione di una rete di servizi sanitari volti a soddisfare la domanda di assistenza e a migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi e cura, così da garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute all'interno degli Istituti Penitenziari. Le principali aree di intervento riguardano: la medicina generale, la medicina d'urgenza, la medicina specialistica, l'assistenza dei detenuti dipendenti da sostanze, le patologie infettive con particolare riferimento all'infezione da HIV e sindromi correlate, le attività di riabilitazione, la tutela della salute dei detenuti disabili e portatori di handicap, l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute, la tutela della salute mentale e l'assistenza farmaceutica. L'imminente trasferimento delle funzioni concernenti la medicina penitenziaria alle Regioni¹² favorirà un miglioramento del servizio ora reso a questi cittadini. In attesa che le norme di attuazione terminino l'iter procedurale, la sanità penitenziaria fa riferimento al Protocollo d'intesa del 2007 tra il Ministero della Giustizia/Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e la Regione Autonoma Valle d'Aosta, che prevede l'impegno ad attuare la territorializzazione della pena, l'assistenza sanitaria socio-riabilitativa di tossicodipendenti o alcolodipendenti, l'educazione alla salute, l'istruzione, la formazione professionale, l'orientamento al lavoro e alle attività lavorative all'interno dell'istituto e, per soggetti in esecuzione penale, l'integrazione tra servizi territoriali dell'Azienda Usl, l'amministrazione regionale, i comuni e i servizi penitenziari, per la programmazione e la realizzazione di interventi a favore di beneficiari di trattamenti non custodiali, dimettenti e dimessi, nonché la formazione e aggiornamento congiunto degli operatori. In ottemperanza all'art. 2, comma 2 del Protocollo d'intesa è stata inoltre costituita una specifica Commissione per il coordinamento degli interventi di assistenza sanitaria, socio-riabilitativa ed educazione alla salute, anche al fine di attivare le azioni previste dalla normativa in materia, sia nazionale sia regionale, per l'assistenza sanitaria in carcere.

Tra le priorità d'intervento sanitario il Piano evidenzia le seguenti aree:

- riorganizzazione del servizio per la tutela della salute mentale in carcere;
- incremento dell'assistenza infermieristica;
- incremento ed adeguamento dell'assistenza sanitaria in materia di cure odontoiatriche;

¹⁰ Deliberazione della Giunta regionale n. 3584 del 4 dicembre 2009.

¹¹ Con decreto del Ministero della Sanità del 21 aprile 2000 "Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario".

¹² Art. 9 del Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230

- potenziamento ed integrazione del Servizio medico di base e della continuità assistenziale (h.24);
- miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche (assistenza cardiologica, monitoraggio infettivologico, assistenza radiologica, ecc.).

Il disagio familiare

La fragilità caratterizza in particolare tutte le persone vittime di violenza, che assumono, rispetto al passato, una frequenza crescente anche per effetto della maggiore propensione a denunciarne l'accadimento e, nei confronti delle quali, il Piano intende agire nella delicata fase di mediazione dei conflitti. Gli ambiti nei quali la violenza o i conflitti gravi si manifestano, sono molteplici, anche se quello familiare registra un crescente numero di episodi. La violenza riguarda, unitamente al conflitto, il confronto tra generazioni, tra ex coniugi, assume comportamenti devianti nei confronti dei pari (bullismo) e della comunità (atti vandalici ecc.), nonché verso se stessi (uso di droghe, di alcool). Essa colpisce inoltre le donne, con manifestazioni di vario genere (psicologica, economica, sessuale, ecc.), fino a interessare fenomeni aberranti quali la tratta di persone. Il diffondersi di un vivere sociale frequentemente conflittuale e violento si ripercuote sui minori, anch'essi spesso vittime di cure inadeguate o di maltrattamenti agiti frequentemente all'interno della famiglia stessa.

Rispetto a questi temi, negli anni, si sono attivate diverse azioni d'intervento, con obiettivi sia di tipo preventivo, sia di tipo riparativo e curativo. I dati di attività nei settori della tutela dei minori, del sostegno alle donne vittime di violenza, della presa in carico di minori e giovani-adulti autori e/o vittime di reato, della presa in carico di coppie di genitori separati o divorziati in elevato stato di conflitto, soprattutto rispetto alla gestione dei figli, evidenziano l'esigenza di mantenere e di potenziare, anche nel periodo di validità del presente Piano, la rete degli interventi e dei servizi dedicati. In effetti, negli anni, grazie anche a costanti e qualitativamente elevate offerte formative previste per gli operatori educativi, scolastici, sociali, sanitari, delle forze dell'ordine ecc., che hanno favorito la costruzione di cultura e approcci condivisi, la creazione di reti e alleanze interistituzionali, che hanno migliorato la capacità di gestire situazioni di emergenza e di offrire risposte adeguate a superare la condizione di sofferenza e di bisogno, sono aumentate sia la capacità di attivare segnalazioni precoci di situazioni di violenza da parte delle strutture sul territorio, sia le richieste di aiuto rivolte ai servizi direttamente dai cittadini. Si ritiene tuttavia che il mantenimento dell'offerta attuale di servizi, per essere più efficace, deve accompagnarsi a un'attenta attività valutativa, alla costruzione di approcci condivisi tra operatori e alla creazione di reti e alleanze interistituzionali, ivi inclusa la partecipazione del volontariato.

Le dipendenze patologiche

Tra le fragilità, ricoprono un ruolo importante le persone colpite da dipendenza patologica e che presentano disturbi psichiatrici. In merito all'uso di sostanze stupefacenti, il fenomeno sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, specie se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze. Si sono diffuse inoltre moderne forme di dipendenza in cui non è implicata alcuna sostanza chimica (gioco d'azzardo, internet, shopping, cibo ecc). Per la maggior parte delle persone queste attività sono parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze. Negli ultimi anni si è assistito a un'enorme diffusione di queste forme di dipendenze.

Per fronteggiare questo fenomeno, negli anni trascorsi è stato attivato un sistema regionale integrato, preventivo e assistenziale, per le dipendenze patologiche che, grazie ad una rete capillare di servizi pubblici e privati accreditati, fornisce prestazioni di natura preventiva, terapeutico-riabilitativa e di reinserimento sociale e lavorativo. Il presente Piano, nel confermare l'attuale sistema integrato, preventivo e assistenziale, intende operare un adeguamento del modello organizzativo

di intervento per sostenere le persone che presentano un rischio, un uso o una dipendenza da sostanze stupefacenti o psicoattive, per agire in modo più tempestivo e conforme all'evoluzione dei bisogni, all'emergere di nuovi tipi di droghe e di nuove forme di dipendenza, nonché più efficaci nelle risposte.

La salute mentale

Strettamente correlata e interdipendente rispetto alle dipendenze patologiche è l'area riguardante alla salute mentale.

I fattori sociali all'origine dei problemi di salute mentale sono numerosi e possono variare da motivi di sofferenza personale a questioni che hanno incidenza su un'intera comunità o società. Tali problemi possono essere provocati o aggravati in numerosi ambiti, tra i quali quello domestico, scolastico, lavorativo o istituzionale. Particolarmente esposti a questo rischio sono i gruppi a maggiore svantaggio sociale come i rifugiati e gli immigrati, i disoccupati, le persone detenute o ex-detenute, i tossicodipendenti, chi ha orientamenti omosessuali non interiorizzati, disabilità fisiche o sensoriali e coloro che hanno già sofferto, in passato, di problemi di salute mentale. Il Piano stabilisce che, per i prossimi anni, si preveda l'elaborazione, la realizzazione e la valutazione di una strategia regionale integrata, capace di offrire, nel settore delle dipendenze e della salute mentale, attività in grado di migliorare il benessere della popolazione, prevenire i problemi di salute mentale e stimolare l'inclusione e la partecipazione attiva di chi ne soffre. Diventano quindi prioritari la promozione dell'importanza del benessere mentale, la lotta collettiva contro lo stigma e contro la discriminazione e l'ineguaglianza, la responsabilizzazione e il sostegno delle persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie in modo che possano partecipare attivamente a questo processo.

L'immigrazione

In materia di immigrazione la Valle d'Aosta assiste da tempo ad un processo di assestamento strutturale del fenomeno migratorio che rende sempre più visibili i tratti della presenza immigratoria sul territorio. Dalla scuola al mondo del lavoro, dai servizi agli spazi urbani è dagli anni '80 che la Valle d'Aosta, attraverso un processo di crescita costante di arrivi, costituisce un polo di attrazione per gli immigrati stranieri grazie all'offerta di lavoro espressa dal sistema economico locale e a una relativa facilità di inserimento nel tessuto sociale. L'incremento della popolazione non italiana è stato di oltre il 200% tra il 2000 e il 2008, evidenziando un'accelerazione che corrisponde alla tendenza osservata anche a livello nazionale. Questa capacità attrattiva della nostra regione è dimostrata, inoltre, dalla mobilità migratoria interna che evidenzia un saldo positivo equivalente al 20,6 per mille, il più alto fra tutte le regioni italiane. A fronte di ciò il Piano intende, anche per il prossimo futuro, valorizzare gli effetti positivi dell'immigrazione portando gli immigrati a sentirsi inseriti nella società, a rispettarne le leggi, a coglierne le possibilità di partecipazione e a contribuire a dare tutto il loro apporto per la crescita del Paese, poiché la vera sicurezza nasce dall'integrazione che sempre tutela la dignità della persona. Per favorire il percorso che conduce alla convivenza tra popoli di diversa cultura, etnia e religione, si prevede la prosecuzione dell'attività di sostegno a iniziative rivolte al settore dell'immigrazione mediante l'assegnazione, con prevalente utilizzo di fondi statali, di contributi per progetti di mediazione interculturale, presentati da istituzioni scolastiche ed enti, e l'utilizzazione di fondi statali per l'assegnazione di contributi per progetti relativi alla diffusione della conoscenza della lingua italiana tra i cittadini extracomunitari a favore di istituzioni scolastiche ed enti. Il Piano valuta l'attività di mediazione interculturale come un'attività importante per la formazione di una coscienza dell'integrazione e per la sensibilizzazione degli enti preposti ad operare in tal senso. Essa facilita la relazione, la comunicazione e la comprensione tra persone di culture differenti permettendo, ai cittadini stranieri, un migliore inserimento nella società e sarà svolta da mediatori iscritti nell'elenco regionale aperto della Regione

Autonoma Valle d'Aosta, con competenze socio-educative e una buona conoscenza della lingua e della cultura locale e della lingua e della cultura dei soggetti a cui il servizio è rivolto, capaci di orientarsi sul territorio e utilizzarne i servizi.

Poiché, inoltre, il fenomeno dei ricongiungimenti familiari, unitamente al momento di crisi economica, sta evidenziando la fragilità di tenuta materiale, relazionale e psicologica di molte famiglie straniere, si rende necessario operare in sinergia con i servizi già attivi nell'area specifica (Centro Comunale Immigrati Extracomunitari/Mediazione Interculturale) e con le associazioni di volontariato per sperimentare nuove modalità di accoglienza e di accompagnamento di nuclei stranieri, o di familiari che si ricongiungono al proprio nucleo, tese a prevenire situazioni di isolamento, emarginazione e conflittualità sia interne alla famiglia (relazioni complesse da ricostruire per esempio tra figli e genitori dopo anni di distanza) sia con l'esterno. Il Piano prevede a tal riguardo un sostegno finanziario per la gestione del CCIE (Centro Comunale Immigrati Extracomunitari) che opera su tutto il territorio regionale.

Il disagio economico

La particolare instabilità che caratterizza l'economia globale da qualche anno ha prodotto, anche nella nostra regione, una fragilità di tipo economico che colpisce persone e famiglie tradizionalmente protette in passato. Si moltiplicano quindi le tipologie di intervento a sostegno delle situazioni di difficoltà economica, capaci di intercettare nuovi bisogni, anche temporanei, scaturiti dall'evolversi delle dinamiche produttive e dei flussi nei consumi. Sono colpiti anche i cittadini che prima della crisi erano pienamente inseriti nel tessuto del lavoro e della produzione, oltre alle fasce di popolazione con redditi familiari appena superiori alla soglia di povertà, in situazione cronicizzata, che possono trovarsi in gravi difficoltà di fronte a spese improvvise, anche di piccola entità. Questo contingente di cittadini e nuclei è andato ad aggiungersi a quote di povertà che, seppure in percentuale inferiore che nel resto d'Italia, sono presenti anche nella nostra regione. Al fine di contrastare, nelle famiglie valdostane, l'insorgere di nuove povertà sono stati adottati, di recente, alcuni strumenti sia conoscitivi – l'indagine regionale per individuare le tipologie di nucleo familiare a maggiore rischio di povertà – sia operativi – la nuova legge regionale¹³ sul microcredito e il prestito d'onore. Consapevoli della dignità che caratterizza le popolazioni di montagna e della conseguente resistenza a esporre la propria situazione di indigenza, si è voluto individuare, con sollecitudine, strumenti per indurre il cittadino a perseguire un obiettivo di riscatto sociale e di autodeterminazione di sé, ideando forme di aiuto alternative a quelle consolidate che sviluppino la cultura della reciprocità, tra cittadino e istituzioni, nella richiesta di aiuto sociale.

¹³ Legge regionale 23 dicembre 2009, n. 52 "Interventi regionali per l'accesso al credito sociale".

6. LE OPERATIVITÀ

Le prime fasi della vita

Per le prime fasi della vita occorre:

- potenziare il ruolo di coordinamento del Dipartimento materno-infantile lungo tutto il percorso gravidanza-parto-puerperio, anche alla luce delle Indicazioni Unicef sugli “Ospedali Amici dei Bambini”, al fine di assicurare a tutti i neonati, soprattutto per quelli a rischio, un corretto follow-up;
- mantenere e stabilizzare la protezione, la promozione e il sostegno dell’allattamento al seno nell’ambito del riconoscimento “Ospedale Amico dei Bambini” rilasciato dall’organizzazione dell’OMS-Unicef e avviare un percorso per il riconoscimento “Territorio amico del Bambino” sempre da parte dell’OMS-Unicef;
- diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, 35% nel 2009, invertendo il trend negativo e riducendo sostanzialmente la percentuale;
- definire i criteri e le procedure che consentano a tutti i bambini interessati, e alle loro famiglie, di accedere su tutto il territorio regionale ai servizi per la prima infanzia in modo più omogeneo sia rispetto al trattamento standard sia rispetto ai costi;
- favorire la mobilità dei bambini tra tutti i servizi per la prima infanzia presenti sul territorio regionale, in modo da superare l’attuale sistema delle convenzioni bilaterali e facoltative tra enti di durata normalmente annuale;
- rendere più conforme e omogenea rispetto al bisogno documentato l’attuale offerta di servizi per la prima infanzia;
- stipulare accordi di collaborazione con altri assessorati per co-progettare, promuovere e monitorare servizi per la prima infanzia, in particolare con l’assessorato competente in agricoltura per la realizzazione sperimentale di agrinidi, anche con la collaborazione scientifica dell’Università della Valle d’Aosta e con l’assessorato competente in materia di turismo per normare le iniziative di assistenza e presa in cura della prima infanzia nelle località turistiche a cura di enti locali e imprenditori del privato sociale;
- modellizzare e diffondere la cultura bi- e plurilingue in collaborazione con l’assessorato regionale competente in materia di istruzione e cultura nei servizi alla prima infanzia, come strumento educativo e comunicativo radicato nella storia locale e, insieme, proiettato verso il mondo dinamico, aperto e globalizzato.

Ibambinidisabili

Se il bambino è disabile occorre:

- adottare misure di accompagnamento alla “genitorialità speciale”, con il coinvolgimento delle strutture sanitarie e del volontariato, in particolare delle associazioni di famiglie con figli disabili, capitalizzando le iniziative analoghe già consolidate per iniziativa di volontari e personale sanitario sensibile;
- informare adeguatamente le famiglie, in piena coerenza e integrazione con lo sportello di segretariato sociale, sulla tipologia di disabilità da accogliere, sui servizi attivi dedicati, sulle agevolazioni e le iniziative di aiuto e sugli adempimenti da espletare. A ciò si correla il sostegno umano, psicologico e pratico da perseguire anche attraverso iniziative di auto-mutuo-aiuto;
- coordinare, fin dalla nascita, le azioni costituenti il progetto individuale di vita delle persone con

disabilità attraverso la competente Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale operante in ambito distrettuale, avendo cura che i vari interventi vengano implementati e riformulati in relazione alle reali necessità, alle risorse disponibili e alla libertà di scelta degli interessati;

- adottare le linee guida per l'autismo della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) e formare gli operatori scolastici, socio-sanitari e assistenziali e socio-educativi attraverso percorsi dedicati.

L'anzianofragile

Per la fragilità dell'anziano non attivo occorre:

- identificare, attraverso i dati dei distretti, i gruppi di anziani a rischio tra la popolazione, al fine di prevederne i bisogni assistenziali e monitorarne gli andamenti;
- valutare, attraverso un'analisi dei bisogni e uno studio di fattibilità, l'eventualità di destinare strutture residenziali per anziani a profili ad elevata assistenza sanitaria;
- stabilire, in caso di persone anziane con disturbi del comportamento, in dimissione dall'ospedale, una procedura per la quale il territorio sia preventivamente informato sui bisogni assistenziali del paziente in modo da individuare con tempestività la risposta più pertinente;
- predisporre un protocollo sperimentale attraverso il quale il personale preposto alla cura dell'anziano possa valutare quali sono:
 - i bisogni delle persone ospiti delle strutture residenziali su cui intervenire, con l'individuazione degli eventi prevedibili connessi al tipo di patologie e bisogni assistenziali prevalenti che affluiscono alle strutture;
 - i percorsi e le procedure da standardizzare in risposta ai bisogni, con l'individuazione delle responsabilità e delle procedure da applicare verso il Pronto soccorso e verso i reparti;
 - le modalità per la condivisione delle informazioni sulle persone per ridurre i tempi di attesa (per i medici di assistenza primaria e per i medici del pronto soccorso) servendosi di strumenti informatici;
 - le modalità per una valutazione partecipata dell'accesso al pronto soccorso concordando criteri di valutazione e procedure per la stessa;
 - i criteri per definire percorsi formativi dedicati;
- fornire, alle famiglie degli anziani affetti da demenza senile o da malattia di Alzheimer, consulenza e supporto, insieme a del materiale informativo di semplice comprensione, in modo che siano portate a conoscenza delle caratteristiche della malattia e dei bisogni che ne derivano.

Alterminedellavita

Per la fragilità che colpisce le fasi terminali della vita occorre:

- definire il modello regionale per la realizzazione delle cure palliative cercando di:
 - definire la rete dei servizi volti a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio;
 - agevolare la permanenza a domicilio, sede di intervento privilegiata in quanto quasi sempre preferita dal malato e dalla famiglia garantendo la più alta qualità di vita possibile;
 - fornire il sostegno psicologico e sociale al malato ed ai suoi familiari;
 - formare ed aggiornare adeguatamente il personale socio-sanitario dedicato;
 - garantire l'informazione ai cittadini ed agli operatori sulla istituzione della rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla rete e sulle modalità d'accesso.

Le persone disabili *Per la fragilità da disabilità occorre:*

- avviare, con enti di ricerca accreditati, nell’ambito della tematica legata alla non autosufficienza, lo studio di progetti di autonomizzazione personale anche in ambito domestico, con strette e immediate ricadute sulla vita quotidiana e con la sperimentazione di nuove soluzioni architettoniche e strumentali che facilitino la vita di relazione;
- predisporre modalità di risposte globali e riconoscere valore alle competenze residue della persona attraverso la costruzione di un sistema intercomunicante e modulare di laboratori occupazionali;
- avviare, anche in collaborazione con altre realtà regionali, un’analisi per lo studio e la valutazione della disabilità, prevedendone una correlata attività formativa;
- elaborare un progetto che preveda l’applicazione – ad alcuni ambiti limitati – di nuovi strumenti di valutazione della disabilità;
- predisporre dei sistemi di valutazione dell’efficacia, dell’efficienza e della soddisfazione da parte dell’utenza dei servizi attualmente offerti;
- stipulare accordi e potenziare procedure con gli enti locali per l’attuazione dei Piani di eliminazione delle barriere architettoniche (PEBA);
- favorire la partecipazione dei cittadini interessati all’ideazione e alla realizzazione di soluzioni abitative, di natura residenziale, rivolte a persone con disabilità, rimaste prive di sostegno familiare;
- focalizzare l’attenzione sulla valorizzazione delle abilità residue, sul rafforzamento di competenze latenti ma reali e sulla necessità di garantire pari opportunità di condizione tra i cittadini, eliminando le discriminazioni e le forme di esclusione sociale e culturale, le limitazioni e gli ostacoli nella fruizione di diritti e nell’autonomia personale.

La salute in carcere *Per tutelare la salute in carcere occorre:*

- completare l’iter di trasferimento alla Regione delle competenze in materia di sanità penitenziaria;
- attivare interventi, rivolti sia ai detenuti sia al personale operante nella struttura carceraria, atti a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo con particolare riferimento ad attività di prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative e di educazione sanitaria;
- assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati, organizzando percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l’appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la verifica dei risultati.

Conflitti e disagi in famiglia *Per la fragilità da conflitti e disagi familiari, occorre prevedere:*

- un monitoraggio costante sui servizi e sugli interventi già in essere, per valutarne l’efficacia e attuare, se opportuno, ridefinizioni in termini quali/quantitativi. Ciò deve valere soprattutto per servizi e progetti di recente attuazione quali il servizio di mediazione familiare;
- azioni di tipo preventivo tese a sostenere il benessere nelle persone e nelle famiglie, offrendo spazi di ascolto e di confronto in una logica di superamento della solitudine nell’affrontare situazioni di difficoltà e di disagio (esperienze di auto-aiuto, formazione per famiglie, ecc.);

- azioni tese a responsabilizzare la comunità allargata con azioni di acculturazione contro gli atteggiamenti che favoriscono la violenza e a segnalare e a intervenire rispetto a situazioni di maltrattamento e di disagio per ridurre l'indifferenza e per sostenere la costruzione di un territorio sicuro perché solidale;
- l'attivazione, in via sperimentale, di uno spazio idoneo ad accogliere genitore-figli, collegato alle comunità regionali per minori già attive sul territorio regionale;

Ledipendenze *Per contrastare la fragilità da dipendenze occorre:*

- garantire una formazione professionale per chi soffre di problemi di tossicodipendenza e di salute mentale sostenendo l'adattamento dei luoghi e delle pratiche di lavoro alle loro speciali esigenze, con l'obiettivo di assicurare il loro accesso al sistema occupazionale competitivo;
- migliorare la qualità dei servizi specializzati, definendo, o migliorando, la capacità di offrire interventi specialistici e di assistenza, formando e impiegando un numero adeguato di specialisti;
- migliorare il coordinamento tra gli enti e le organizzazioni coinvolte nei programmi per la lotta all'abuso di alcool e droga in quelli destinati alla salute mentale e potenziare la collaborazione tra le rispettive reti;
- rafforzare con ogni mezzo (campagne, incontri, manifestazioni, testimonianze) e in ogni luogo, gli strumenti culturali, conoscitivi e relazionali che ciascuna persona possiede, e in particolare i giovani, per evitare e allontanare il rischio indotto dalle nuove forme di dipendenza.

Lementifragili *Per contrastare la fragilità da problemi di salute mentale occorre:*

- individuare nel Dipartimento di salute mentale (D.S.M.) il soggetto preposto a coordinare la predisposizione di un piano di integrazione per il settore della salute mentale che indichi quali obiettivi perseguire e quali processi, modalità, risorse umane strutturali e finanziarie mettere in campo, definendo linee guida, rivedendo e implementando i protocolli operativi già esistenti per la gestione di servizi e strutture, proponendo iniziative formative per il personale socio-sanitario;
- promuovere interventi di comunità, articolati su diversi livelli, con campagne di sensibilizzazione generale e partecipazione di operatori delle cure primarie e facilitatori quali insegnanti, membri del clero e rappresentanti dei media;
- offrire programmi di prevenzione per la depressione, l'ansia, lo stress patologico, il suicidio e altre problematiche a rischio, sviluppati sulla base delle esigenze specifiche di questi soggetti mentalmente fragili e attenti all'ambiente sociale e alla cultura di appartenenza;
- fornire alle famiglie a rischio interventi educativi domiciliari, per aiutare attivamente a migliorare le capacità genitoriali, i comportamenti sani e l'interazione tra genitori e figli;
- sviluppare le capacità di protezione e promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro, mediante la valutazione dei rischi e la gestione dello stress e dei fattori psicosociali, la formazione del personale e l'aumento della consapevolezza;
- garantire assistenza nelle situazioni di crisi, fornendo servizi nei luoghi in cui le persone vivono e lavorano, prevenendo, quando possibile, il peggioramento o l'ospedalizzazione, da prevedere esclusivamente per chi ha problemi molto gravi o è potenzialmente pericoloso per sé stesso o per gli altri;
- attivare, in via sperimentale, un sistema di laboratori occupazionali e progetti di lavoro dedicati in ambito sia pubblico sia privato.

L'immigrazione

Per sostenere la fragilità da immigrazione occorre:

- promuovere interventi a favore dell'inserimento sociale di adolescenti stranieri, spesso a rischio di devianza;
- promuovere interventi di supporto a favore di donne straniere sole o con figli minori addette all'assistenza di persone non autosufficienti, nel momento in cui si trovano prive di attività lavorativa coincidente spesso con la perdita di collocazione abitativa e di tutti i minimi riferimenti relazionali esistenti;
- proseguire l'attività di sostegno, mediante l'assegnazione di contributi, a progetti di mediazione interculturale, presentati da istituzioni scolastiche e enti, e l'assegnazione di contributi per progetti relativi alla diffusione della conoscenza della lingua italiana tra i cittadini extracomunitari a favore di istituzioni scolastiche e enti;
- garantire l'attività di mediazione interculturale svolta da mediatori iscritti nell'elenco regionale aperto della Regione Autonoma Valle d'Aosta;
- sostenere il finanziamento delle spese per la gestione del CIEE che opera su tutto il territorio regionale.

Fragilità economica e sussidiarietà

Per contrastare la fragilità economica secondo il principio della sussidiarietà occorre:

- promuovere azioni atte a:
 - intercettare i bisogni impliciti di cittadini appartenenti al ceto medio, in temporanea difficoltà e non disposti a rivolgersi ai canali ordinari dei servizi sociali;
 - introdurre forme di aiuto che prevedano atteggiamenti di reciprocità e scambio tra il singolo e la comunità e forme di restituzione di quanto elargito in situazione di bisogno in modo tale da superare una mentalità di tipo meramente assistenzialistica e unidirezionale (società *versus* soggetto). Affinché ciò sia realizzabile, è condizione fondamentale che i beneficiari degli interventi si sentano in dovere di restituire il prestito ottenuto, come impegno sociale, morale e legale.



Indice analitico

La scelta della trasversalità espositiva dei contenuti di questo documento di programmazione è, operativamente, la scelta di una metodologia di lavoro auspicata a tutti i livelli di gestione della salute e del benessere sociale nel prossimo triennio. Ciononostante, al fine di facilitare il lettore nell'individuazione di alcuni temi d'interesse specifico, si offre un elenco delle voci che maggiormente ricorrono nel linguaggio tecnico di settore, indicando, per ciascuna, la pagina che ne contiene il riferimento.

A

accreditamento: 7; 27; 53; 55; 58; 59; 86
 acuzie: 15; 18; 20; 29; 30; 45; 55; 89; 91
 agopuntura: 49
 alcool: 29; 36; 64; 70; 72; 80; 103; 109
 alcooldipendenti: 102
 alimentazione: 36; 41; 64; 70
 alimentare: 7; 15; 50; 56
 alimentari: 64
 alimenti: 27; 49; 50; 66
 Alzheimer: 18; 100; 107
 ambiente: 36; 61; 62; 63; 80; 109
 animale: 8; 27; 50; 66; 71; 72
 anti crisi: 16; 19
 anziani: 8; 19; 21; 26; 28; 30; 40; 42; 51; 58;
 83; 87; 90; 91; 94; 95; 97; 99; 100; 107
 appropriatezza: 8; 11; 13; 15; 21; 23; 29; 30;
 36; 37; 40; 43; 44; 45; 46; 48; 52; 54; 55;
 57; 65; 90; 91; 95; 108
 inappropriatezza: 29; 30; 37; 44; 45; 48; 65
 assistant de hameau: 90; 94
 assistenti sociali: 26; 28
 assistenza
 assistenza distrettuale: 18; 36
 assistenza domiciliare: 18; 28; 90; 91; 100
 assistenza domiciliare integrata: 18; 90; 100
 assistenza farmaceutica: 18; 102
 assistenza infermieristica: 102
 assistenza ospedaliera: 18; 36
 assistenza primaria: 8; 18; 30; 90; 91; 94;
 107
 assistenza protesica: 40
 assistenza sanitaria: 25; 30; 36; 38; 46; 49;
 81; 94; 102; 107
 assistenza sociale: 80; 83
 assistenza socio-sanitaria: 30; 40
 assistenza territoriale: 37; 94
 associazionismo: 30; 94
 audit: 44; 53; 58
 audit civico: 65; 70
 auditing: 41
 equity audit: 36; 40
 autorizzazione; 7; 15; 53; 58

B

badanti: 98
 bambini: 64; 68; 83; 85; 98; 99; 106
benchmarking: 22; 37; 44; 72
 bilanci sociali: 51
 buone pratiche: 15; 20; 26; 47; 50; 55; 58; 72

C

cardiovascolare: 37; 41; 64
 carta
 carta dei servizi: 23; 51
 carta del rischio: 41; 64
 carta della qualità: 39
 Carta di Ottawa: 62; 80
 Carta di Tallinn: 62
 cartella sociale: 28
 casa: 11; 61; 67; 74
case management: 51; 72
 Centri Educativi Assistenziali (CEA): 21; 26
 continuità assistenziale: 15; 18; 89; 90; 94; 103;
 107; 108
 cooperazione sociale: 26; 58; 68; 73; 89; 97;
 101
 credito sociale: 16; 105
 cronicità: 15; 17; 19; 20; 25; 37; 46; 64; 70; 76;
 80; 83; 91; 95; 98; 99; 105; 108
customer satisfaction: 65

D

devianza: 73; 102; 110
 diabete: 37; 64
 dimissione protetta: 46
 dipendenza: 73; 80; 97; 100; 102; 103; 104;
 109
 patologica: 9; 103; 104
 tossicodipendenza: 19; 95; 102; 104; 109
 disabilità: 9; 15; 16; 19; 21; 26; 28; 30; 50; 51;
 55; 66; 68; 73; 95; 97; 98; 99; 100; 101;
 102; 104; 106; 107; 108
 disagio: 8; 15; 51; 68; 73; 74; 108; 109
 dolore: 7; 47; 49; 56; 98; 100
 droghe: 29; 103; 104; 109

E

Educazione Continua in Medicina (ECM): 55; 81; 86
 emergenza-urgenza: 46; 48; 66; 72; 99
empowerment: 31; 80; 85; 89
 enti locali: 19; 26; 27; 58; 64; 67; 70; 72; 73; 74; 83; 87; 90; 95; 106; 108
 amministrazioni locali: 73; 75
 epidemiologia: 35; 36; 40

F

fabbisogni: 15; 18; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 30; 38; 52; 53; 58; 86
 famiglia: 8; 15; 19; 39; 51; 52; 67; 68; 73; 95; 97; 98; 99; 100; 101; 103; 105; 107
 fascicolo sanitario elettronico: 27
 formazione: 8; 19; 22; 25; 26; 41; 43; 46; 47; 50; 55; 63; 66; 68; 70; 71; 72; 73; 74; 75; 81; 83; 85; 86; 87; 88; 89; 101; 102; 104; 108; 109
 fragilità: 90
 fumo: 29; 64; 70; 72; 80
 tabagismo: 64

G

giovani: 8; 15; 25; 29; 66; 79; 80; 81; 82; 83; 85; 86; 87; 89; 103; 109
 governo clinico: 7; 44; 47; 54

H

hospice: 46; 55

I

ICF: 101
 infanzia: 19; 26; 30; 74; 79; 97; 98; 99; 106; 107
 integrazione socio-sanitaria: 36; 37; 52; 89
 invalidità: 19; 97; 99; 100
 invalidità civile: 19; 100; 101
 IRSE: 28; 39; 41
 istruzione: 40; 61; 85; 87; 92; 101; 102; 106
 scuola: 37; 70; 80; 83; 87; 101; 104
 università: 83; 85; 88; 106

L

lavoro: 8; 11; 26; 36; 40; 61; 62; 63; 68; 73; 76; 86; 87; 88; 92; 101; 105; 109
 incidenti: 64
 infortuni: 41; 71
 sicurezza: 63; 71
 livelli essenziali
 LEA: 7; 12; 18; 36; 38; 49
 LEP: 30; 38

M

maltrattamento: 68; 72; 74; 109
 violenza: 97; 103; 109
 medicina: 43; 80; 90; 94; 89; 102
 basata sulle evidenze: 12; 15; 37; 54; 90
 cautelativa: 65
 d'urgenza: 102
 d'iniziativa: 8; 91; 92
 penitenziaria: 102
 preventiva: 85
 primaria: 15
 specialistica: 102
 territoriale: 8; 15; 55; 91; 94; 100
 tradizionale: 49
 medicine non convenzionali: 7; 49; 56
 medico di medicina generale: 27; 37; 77; 94
 medico di famiglia: 70; 77
 medico di fiducia: 48
 microcomunità: 18; 30; 77; 99
 minori: 8; 19; 26; 42; 68; 74; 95; 103; 109; 110
 montagna: 5; 22; 29; 31; 44; 65; 72; 105
 mutuo aiuto: 68; 73; 83; 97; 98; 106

N

non autosufficienza: 15; 19; 73; 83; 90; 97; 98; 99; 100; 108; 110

O

ospedale: 25; 27; 45; 46; 47; 89; 98; 100; 107
 Ospedale Amico dei Bambini: 98; 106
 ospedale-territorio: 46; 70; 94; 98; 100

P

patto di cura: 65
 pediatra: 17; 27; 37; 94; 98
 percorsi assistenziali: 18; 30; 40; 44; 46; 51; 54;
 55; 58; 65; 85; 90; 95; 99; 100
 Piano di Zona: 23; 31; 39; 52; 57; 69; 89; 92
 pianificazione di zona: 12
 povertà: 38; 42; 105
 prescrizione veterinaria: 27; 50; 56
 prevenzione: 7; 15; 18; 25; 29; 30; 37; 41; 45;
 63; 64; 70; 76; 85; 89; 91; 92; 102; 108; 109
 privato sociale: 26; 57; 62; 92; 95; 106
 pronto intervento sociale: 8; 92; 95
 pronto soccorso: 90; 92; 94; 107

R

radioterapia: 17; 46
 Residenze Sanitarie Assistenziali RSA: 18; 100
 riabilitazione: 18; 20; 25; 37; 45; 46; 54; 57;
 102; 103
 rischio clinico: 7; 44; 47; 54; 56
 robotica: 46; 55

S

screening: 29; 37; 64
 Servizio civile: 82; 87
 sindacato
 organizzazioni sindacali: 19; 20; 39; 41
 socio
 assistenziale: 21; 41; 43; 51; 53; 57; 58; 68;
 72; 83; 88; 101
 educativo: 58; 83; 88; 107
 sanitario: 11; 15; 17; 20; 24; 26; 27; 28; 41;
 53; 55; 57; 58; 70; 74; 80; 82; 83; 87; 88;
 98; 100; 101; 107; 109
 solidarietà: 11; 15; 20; 62; 67; 73; 83; 87; 90
 specialistica ambulatoriale: 27; 94
 speranza di vita: 19; 94
 sprechi: 12; 21; 23
 standard: 11; 12; 15; 16; 18; 19; 21; 23; 25;
 38; 46; 53; 54; 55; 58; 81; 83; 87
 stili di vita: 29; 35; 36; 41; 72; 79; 80; 85; 92
 stranieri: 25; 49; 104; 105
 Centro Comunale Immigrati Extracomunitari
 (CCIE): 105
 immigrazione: 9; 97; 104; 110
 sussidiarietà: 6; 15; 38; 67; 68; 73; 80; 82; 110

T

tate familiari: 26; 87; 98
 tele-
 lavoro: 26
 medicina: 27; 46; 95; 99
 tempi di attesa: 7; 48; 57; 76; 107
 liste di attesa: 48; 57; 94; 99
 territorio: 8; 11; 18; 20; 29; 35; 37; 39; 41; 46;
 48; 50; 52; 57; 68; 70; 79; 81; 83; 91; 92;
 94; 95; 98; 100; 103; 106; 107; 109; 110
 Territorio Amico del Bambino: 106
 tomoterapia: 18; 46
 trasporti: 11; 37; 61; 92; 101
 tumori: 29; 37; 45; 64
 cancro: 45; 54
 oncologico: 45; 46; 48; 54; 55

U

Unità di Assistenza Prolungata (UAP): 18
 Unità di Valutazione Multidimensionale
 Distrettuale (UVMD): 28; 107

V

valutazione: 7; 8; 12; 21; 22; 23; 24; 25; 27;
 28; 39; 41; 44; 45; 50; 51; 52; 54; 55; 57;
 58; 65; 67; 68; 72; 76; 77; 80; 82; 86; 90;
 91; 92; 101; 104; 107; 108; 109
 autovalutazione: 58
 sistemi di valutazione: 24; 44; 94; 108
 volontariato: 41; 50; 57; 63; 65; 68; 70; 72; 73;
 82; 87; 89; 92; 95; 97; 98; 100; 103; 105;
 106
 terzo settore: 19; 38; 41; 57; 61; 63; 82; 83

W

web: 77

Z

zooprofilattico: 71

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2010
dalla TIPOGRAFIA DUC
Saint-Christophe (Aosta)

