

**LEGGE REGIONALE N. 13 DEL 20-06-2006
REGIONE VALLE D'AOSTA**

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

Fonte: BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE VALLE D'AOSTA
N. 27
del 4 luglio 2006
SUPPLEMENTO ORDINARIO
N. 1

Indice:

Articoli della Legge:

[1](#) [2](#)

Allegato 1:

[Allegato](#)

Allegato 2:

[Allegato](#)

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

promulga

la seguente legge:

1

NALE PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE 2006 - 2008

Principi generali di riferimento	Pag. 8

	Pag.8
gia	Pag.10
e sulla base dei nuovi bisogni e delle nuove condizioni di vita	Pag.11
e per una popolazione di montagna	Pag.12
della territorialità e l'orientamento per l'evoluzione del distretto	Pag.13
ziali delle prestazioni sociali (LEP)	Pag.14
ità del rapporto tra risorse ed attività o prestazioni	Pag.15
ne ed il contesto di riferimento	Pag.17
tura demografica e sociale	Pag.17
benessere sociale	Pag.19
ato di salute	Pag.21
egie di sviluppo e qualificazione per la promozione della salute e e sociale	Pag. 24
appare il ruolo di governo della Regione nella definizione degli tivi di salute e benessere sociale, nonché nella determinazione stema di offerta delle prestazioni.	Pag.24
ementare i sistemi di conoscenza delle differenze di salute e di essere sociale nella popolazione.	Pag.24
rastare le disuguaglianze nella salute mediante azioni esplicite, di osciuta evidenza e sostenibili secondo i criteri di finanziamento stema.	Pag.24
ntire a tutti i cittadini equità ed universalità di accesso a cure e ad i appropriate ed efficaci rispetto ai bisogni, con particolare zione alla congruità dei tempi e alle modalità di risposta.	Pag.25
enziare il ruolo strategico della prevenzione.	Pag.25
umere decisioni di programmazione in relazione ai bisogni di e e di benessere sociale della popolazione, documentati analisi epidemiologica e sociale.	Pag.25
uire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e delle	Pag.26

azioni sociali (LEP) garantiti dalla Regione.	
umere il territorio come riferimento fondamentale per lo sviluppo ualificazione del servizio socio-sanitario regionale e per la ozione di un sistema di servizi che si fa carico, in modo unitario, necessità sanitarie e socio-educative-assistenziali della lazione.	Pag.26
curare autonomia della persona ed il suo diritto ad una vita eterminata.	Pag.27
trizzare e sostenere la famiglia, riconoscendo e sostenendone il nella formazione e cura della persona, nella promozione del essere e nel perseguimento della coesione sociale.	Pag.27
curare la sostenibilità delle decisioni assunte in rapporto alla nibilità di risorse finanziarie, tecnologiche ed umane necessarie lizzare gli obiettivi della pianificazione.	Pag.28
ividere un Piano che è anche Progetto.	Pag.29
il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere sociale	Pag. 30
ntire lo sviluppo della conoscenza dei bisogni di salute e di essere sociale, con particolare riguardo all'analisi delle guaglianze di salute e dei loro determinanti	Pag.31
olidamento dell'osservazione epidemiologica	Pag.31
ppio dell'osservazione sociale	Pag.33
ndere l'osservazione epidemiologica ai determinanti di tipo mentale	Pag.37
zionalizzazione dell'osservazione epidemiologica ambientale	
onalizzare l'organizzazione delle attività di prevenzione e di ozione della salute	Pag.39
ppio della distrettualizzazione delle attività e revisione dei iti del Dipartimento di Prevenzione	

attuare programmi di prevenzione primaria per la promozione della salute e per la tutela dai rischi	Pag.41
promozione di corretti stili di vita	
attuare la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro, nonché prevenzione degli incidenti domestici	Pag. 45
prevenzione dell'infortunistica sul lavoro	Pag.45
prevenzione degli incidenti domestici	Pag.46
garantire la sicurezza degli alimenti conformemente alle indicazioni della normativa comunitaria e sostenere il miglioramento qualitativo delle produzioni tradizionali	Pag 48
responsabilizzazione dei produttori alimentari	Pag.48
rafforzamento del sistema di analisi del rischio	Pag.49
analizzare le principali cause di morte per malattia presenti nella popolazione, con particolare riguardo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari ed ai tumori	Pag. 51
attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria	Pag. 51
rafforzamento ed attivazione di programmi di screening	Pag.53
rafforzare i rapporti tra ospedale e territorio e rendere effettiva la continuità assistenziale e lo sviluppo dell'organizzazione unitaria dei servizi basata sul distretto	Pag.55
rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio	Pag.55
rafforzamento delle attività dell'area materno infantile	Pag.56
ottimizzazione delle liste di attesa e potenziamento dei percorsi di cura	Pag.58
rafforzare l'assistenza primaria, la medicina specialistica territoriale e i servizi palliative e monitorare l'assistenza farmaceutica	Pag.60

ornamento del modello di assistenza primaria e della medicina alistica ambulatoriale	Pag.60
toraggio dell'assistenza farmaceutica e della sua appropriatezza	Pag.61
ecuzione delle pratiche riconducibili alle medicine non enzionali	Pag.62
ppio delle cure palliative,dlla terapia del dolore e degli interventi enziali nella fase finale della vita	Pag.63
enere e monitorare la qualità e la specificità del sistema di genza e urgenza sanitaria	Pag .65
toraggio dell'attività del sistema di emergenza e urgenza aria finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza delle azioni	
enziare attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e enziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione servizi sanitari e sociali	Pag. 67
ppio di servizi domiciliari, semi- residenziali e residenziali in un sto di rete tra servizi sanitari e sociali	Pag.67
ppio e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale	Pag.71
ppio della rete dei servizi per le dipendenze patologiche	Pag.72
ioramento della rete dei servizi per la tutela della salute dei uti	Pag.74
ppare l'attività di lungoassistenza e l'attività di riabilitazione siva secondo la logica di rete integrata di servizi alla persona	Pag.76
ioramento dell'offerta assistenziale nei settori della riabilitazione la lungodegenza	
uovere una nuova organizzazione delle sedi ospedaliere secondo i di eccellenza	Pag.78
ppio dell'organizzazione ospedaliera secondo logiche orientate ai essi e ai differenti gradi di intensità di cura	

tenere la mobilità sanitaria passiva	Pag.81
controllo della domanda di prestazioni sanitarie e implementazione offerta in rapporto alle cause di fuga e allo sviluppo di attività di prevenzione	
consolidare l'attenzione della programmazione sanitaria verso le attività rivolte a garantire servizi ai turisti	Pag.84
consolidamento e sviluppo delle funzioni dell'assistenza sanitaria maggiormente interessate dai flussi turistici	
definire la definizione delle politiche sociali dalla realizzazione delle attività conseguenti e promuovere il coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona	Pag.86
individuazione dei soggetti con compiti di realizzazione delle politiche sociali di livello regionale	Pag.86
promozione e sviluppo, nell'ambito dell'offerta di servizi sociali, dell'interdisciplinarietà e del coordinamento con le politiche per la famiglia, per l'istruzione, per la formazione, per il lavoro, per la casa, per i trasporti e per la tutela dei diritti.	Pag 87
definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) regionali quale riferimento per assicurare l'uniformità dei servizi e delle prestazioni in ambito assistenziale e socio-educativo e destinare in maniera vincolata, anche per la parte della finanza locale, il fondo regionale e le politiche sociali	Pag.89
individuazione delle prestazioni che costituiscono i livelli essenziali	Pag.89
definizione vincolata, anche per la parte di finanza locale, del fondo regionale e del fondo nazionale per le politiche sociali	Pag.90
definire il territorio del distretto come ambito di lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi	Pag.92
attuazione delle azioni finalizzate alla stesura dei Piani di zona	

ppare un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre ostacoli all'accesso ai servizi	Pag.94
ppro di un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre ostacoli all'accesso ai servizi, mediante l'attivazione di una logica di informazione in una logica di rete	
pletare la definizione degli standard delle prestazioni sociali e consolidare ed estendere l'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi	Pag.96
pletamento della definizione di standard delle prestazioni sociali	Pag.96
olidamento ed estensione dell'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi	Pag 96
ppare la solidarietà e la responsabilità sociale secondo il principio della sussidiarietà verticale ed orizzontale	Pag.99
ozione di un coordinamento regionale per le politiche giovanili	Pag.99
gno alla famiglia come risorsa di coesione e solidarietà sociale	Pag.100
gno, in ambito regionale, nazionale ed internazionale, del volontariato sociale	Pag.101
are politiche di prevenzione del disagio minorile e giovanile e di intervento a favore di minori e giovani in situazione di disagio	Pag.103
enzione del disagio minorile e giovanile	Pag.103
zzazione di interventi in favore di giovani ultradiciottenni in situazione di disagio	Pag.103
zzazione di uno spazio suppletivo di emergenza alle comunità locali per minori, idoneo ad accogliere minori stranieri non accompagnati	Pag.104
ppare gli interventi tesi a contrastare le situazioni di bisogno sociale, con particolare attenzione alla disabilità e alla non autosufficienza	Pag.106

<p>egno alle persone con disabilità e alle loro famiglie e aziamento del lavoro di rete</p>	Pag.106
<p>egno all'integrazione sociale delle persone con disabilità e il loro amento in contesti occupazionali</p>	Pag.108
<p>o di una sperimentazione di un pronto intervento sociale</p>	Pag.109
<p>curare lo sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e li sulla base delle esigenze della domanda di prestazioni e del sfacimento dei bisogni della popolazione regionale</p>	Pag.111
<p>storaggio dei fabbisogni di risorse umane e definizione di menti omogenei per la programmazione e l'attuazione dello ppo continuo delle professionalità in ambito sanitario e sociale</p>	
<p>ndere il regime dell'autorizzazione a tutte le strutture e le attività arie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle azioni, applicare e sviluppare il regime dell'accreditamento delle ure, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale</p>	Pag.114
<p>orizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di strutture e di tà sanitarie, socio- sanitarie, socio- assistenziali e socio- ative</p>	Pag.114
<p>editamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in to sanitario al fine di orientare i processi di crescita della qualità servizio Sanitario Regionale verso l'eccellenza</p>	Pag.116
<p>ndere la rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali al li favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e di sostenere cessi di programmazione e di controllo delle risorse umane, omiche e tecnologiche in ambito sanitario e sociale</p>	Pag.119
<p>ansione della rete dei sistemi informativi sanitari e sociali nali, al fine di favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino e rità di comunicazione</p>	Pag.119
<p>ppo della rete dei sistemi informativi sanitari e sociali regionali, e di sostenere i processi di programmazione e di controllo delle e umane, economiche e tecnologiche in ambito sanitario e le</p>	Pag.121

<p>organizzare l'unificazione delle sedi ospedaliere al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di strutture, risorse e risorse impiegate</p>	Pag.126
<p>modernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio</p>	
<p>gestire il processo di rinnovamento strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie regionali in base al grado di innovazione tecnologica ed organizzativa in ambito sanitario</p>	Pag.128
<p>attuazione degli interventi di ristrutturazione e di manutenzione ordinaria presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra ad Aosta e attuazione di progetti mirati per lo sviluppo della rete assistenziale sanitaria territoriale</p>	
<p>rafforzare la rete dei servizi sociali di strutture logistiche adeguate a gestire il processo di decentramento dell'assistenza sociale</p>	Pag.133
<p>rafforzamento della rete delle infrastrutture dei servizi sociali ai fini dei bisogni emergenti della popolazione regionale, con particolare riferimento all'attuazione di progetti mirati nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane e disabili</p>	
<p>gestire con adeguate risorse finanziarie le azioni del presente Piano</p>	Pag.136
<p>individuazione dei criteri per il finanziamento delle azioni necessarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale</p>	
<p>la programmazione socio-sanitaria e la programmazione economica regionale e monitoraggio delle attività di Piano</p>	Pag.144
<p>rapporti tra la programmazione socio sanitaria e la programmazione economica finanziaria regionale</p>	Pag.144
<p>monitoraggio delle attività di Piano</p>	Pag.144
<p>obiettivo n. 18</p>	Pag.147

e guida per i Piani di zona	Pag.147
ttori	Pag.150
rogrammazione partecipata	Pag.152
tenuti dei Piani di zona	Pag.153
di predisposizione	Pag.156
li essenziali delle prestazioni	Pag.158
ni di supporto	Pag.159
obiettivo n. 25	Pag. 161
bisogno espresso di residenzialità nelle cure alla persona	Pag. 161
ametri assistenziali	
erta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e oriori regionali	
erta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e oriori extra-regionali	Pag. 164
mma degli obiettivi del Piano	Pag.167

PRINCIPI GENERALI DI

o ad un nuovo documento regionale di
 one sanitaria e sociale si realizza attraverso un processo
 a ed adegua le strategie fino ad allora realizzate, alle
 fattori nel frattempo intervenuti e allo studio delle
 evoluzioni.

sto processo i risultati già raggiunti
ficazione attuata, uniti alle nuove evidenze emerse
i dei bisogni di tipo epidemiologico e sociale.

elaborazione della nuova pianificazione regionale si colloca
sto nazionale di rilevante evoluzione istituzionale,
culturale che può così essere sintetizzato:

so di riforma del Titolo V della Costituzione attuato con la
stituzionale n. 3/2001, che ha sancito la federalizzazione
ponenti sanitarie e sociali del welfare, ponendo le
i per il passaggio da un sistema di welfare statale ad un
i politica comunitaria (welfare community), rafforzando
ederalismo fiscale introdotto dalla legge n. 133/1999 e reso
dal decreto legislativo n. 56/2000;
n. 328/2000, legge quadro lungamente attesa per la
ione del sistema integrato di interventi e servizi

o del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 febbraio
cernente l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di
ni socio-sanitarie;

o del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 novembre
tivo alla definizione dei livelli essenziali di

a;
ioni di una ulteriore fase di devoluzione e ripartizione dei
ra Stato e Regioni in materia di salute e di assistenza

;
a di definizioni di livelli di fabbisogno anche nel campo dei
ociali, in analogia ai livelli di assistenza individuati per
, nell'esigenza di assicurare parametri equi ed
di prestazioni in risposta ai bisogni della popolazione.

ofilo culturale emerge con sempre maggiore
a necessità di sviluppare soluzioni gestionali per
dei servizi alle persone, nell'esigenza di affrontare
ce le componenti sanitarie, socio sanitarie e sociali
rincipi di una politica di comunità, o welfare
Ciò comporta che:

zio sanitario può contribuire all'aumento delle attese di vita
azione, ma è insufficiente, anche al massimo della sua
zza, per affrontare problemi di organizzazione sociale, di sistema
oduttivo, di assetto territoriale, di dinamica demografica che
ofondo impatto sulle condizioni di vita, sulla distribuzione dei
la disponibilità delle risorse, in altre parole, sulla salute ed il
n generale;

zio sanitario va considerato all'interno di un sistema

più ampio e non in sovrapposizione ad esso, che necessita di
i e di coordinamenti tra tutte le componenti del servizio socio
regionale a vario titolo impegnate nel promuovere, mantenere e
uno stato di salute fisica e psichica;

necessario procedere allo sviluppo ed alla qualificazione dei
egli interventi sociali, che consentano al servizio socio-sanitario
si svilupparsi non tanto come organizzazione di elementi aggregati
riungimento di predefiniti obiettivi, quanto come insieme di
a loro interagenti, che operano per perseguire i medesimi
indipendentemente dall'organizzazione amministrativa di
a;

ppo in termini di sistema dei servizi per la salute ed il
sociale, porta a:

nell'integrazione tra tutte le componenti sociali la metodologia
deale per aprire l'organizzazione del servizio sanitario a logiche
o sociosanitarie, ma di salute e di benessere in senso più ampio;
dialogo interdisciplinare ed interistituzionale che sottolinei la
i operare una connessione fra le diverse tipologie di servizi
a popolazione (quelli sanitari, quelli sociali, quelli della casa,
a, dei trasporti e dell'ambiente, che possono tutti influire sullo
alute e di benessere sociale della popolazione) in modo il più
complementare gli uni agli altri, secondo una concezione unitaria
alla persona";

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

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

tutte le potenzialità dell'associazionismo e del volontariato
o i cittadini e le loro associazioni nelle scelte che riguardano la
l benessere sociale, secondo una logica di programmazione

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

nto appena detto, si pone in evidenza che:

one della pianificazione sanitaria non può limitarsi al
salute/malattia;

che per la salute non possono essere affrontate con i soli
del servizio sanitario, ma vanno inquadrare nell'ambito più ampio
na di benessere sociale (ovvero del sistema di garanzie che
il massimo benessere sociale e sanitario alla popolazione nei
lle risorse disponibili);

tematica relativa alla salute ed al benessere sociale deve
solta ponendo al centro la persona e la sua qualità della vita, da
con dinamiche di autosviluppo del singolo, della famiglia e delle
locali;

a nuovo, come quello richiesto dalla politica di comunità,
essere governato con gli strumenti della precedente programmazione.
iede una nuova configurazione e nuove modalità di raccordo fra la
zione regionale, la pianificazione locale e la pianificazione
ale;

a necessità di una intersettorialità sia nella programmazione
serventi per la salute e per il benessere sociale, sia nella
zione dei servizi sanitari e sociali, considerando a tal fine le

di:

fra la programmazione sanitaria e la programmazione
ale più ampia;
ne di strumenti di raccordo fra competenze proprie del
socio sanitario regionale e quelle degli enti locali;
ietà orizzontale, con la presenza del privato sociale e del
ato;
zione del sistema di servizi secondo un modello di reti

gia.

cale scenario, da un lato, si ritengono ancora validi i principi
del precedente Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-
li, pertanto, si rinvia in termini di continuità, dall'altro,
ovi bisogni che richiedono di procedere nell'ottica di:
centro dell'attenzione la persona, come soggetto di diritti e
i e come protagonista dell'organizzazione dei servizi,
ndo però al contempo in essa la consapevolezza del limite. La
di limiti, sia di conoscenza, sia di efficacia, ad oggi
ili persino per la scienza medica più avanzata, aiuta chi è in
e di malattia, e la famiglia che lo assiste, a superare meglio
i spesso molto difficili;
l'eticità del sistema, sia per quanto riguarda gli
- ai quali va l'invito ad aderire alle regole della buona pratica
nale - sia per quanto riguarda i cittadini - che sono invitati ad
i in modo corretto ed esauriente per valorizzare al massimo la
lezza e la libertà di scelta -, sia infine per quanto riguarda il
tra operatori e cittadini, che deve essere imperniato sul reciproco
nel rispetto della persona, dei bisogni e dei ruoli;
è il governo dell'offerta, come definita dai livelli
i di assistenza sanitaria (LEA) e dai futuri livelli delle
ni sociali (LEP), definendo cosa deve essere messo a disposizione,
n quali caratteristiche, al fine di rispondere ai bisogni ed alla
ce domanda di prestazioni;
re l'offerta, della quale è responsabile il Governo della
dalla organizzazione produttiva, di cui rispondono l'Azienda U.S.L.
estazioni sanitarie e sempre più gli enti locali per le prestazioni

e la salute, intendendo con ciò non l'assenza di malattia, ma
so che consente alle persone di esercitare un maggior controllo
pria condizione di benessere psico-fisico e di migliorarla;
e il processo di integrazione fra servizi sanitari e servizi
istenziali orientando l'organizzazione delle prestazioni verso una
stemica che garantisca il coordinamento di adeguati percorsi di
assistenza alla persona;
l processo di modificazione e di decentramento agli enti
ll'organizzazione e della gestione dei servizi socio-assistenziali;
e l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza delle gestioni.
a metodologia si intende passare dalla pianificazione socio-
comunemente detta, alla pianificazione per la salute ed il
sociale o, meglio, da un Piano socio-sanitario regionale ad
per la salute ed il benessere sociale" della popolazione
a.

mente il piano si sviluppa nel rapporto fra obiettivi, attività e
o dei processi e degli esiti, osservando in proposito che:
e gli indirizzi strategici sono le direttrici fondamentali
quali scorre tutto il processo di pianificazione e dalle quali

obiettivi e attività;
tativi sono conseguenti e realizzativi dei valori strategici
ano individua come linee di indirizzo per la pianificazione;
tà sono le azioni, le iniziative, i processi con cui si
endere più efficace ed efficiente l'offerta di servizi e di
ni alla persona per il perseguimento degli obiettivi;
o di validità della pianificazione, per alcune attività può
un valore progettuale di lungo periodo alla cui base però è
o concordare un processo decisionale sui futuri assetti
tativi e sulla loro evoluzione.

ente a tutto ciò, l'attività
ione dei bisogni di salute e di benessere sociale, svolta
stituzionale, assume la funzione di verifica e di
co dell'azione di pianificazione così intrapresa.

sulla base dei nuovi bisogni e delle
zioni di vita.

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

dei bisogni non prescinde dalle
iche del contesto in cui il bisogno nasce e si manifesta,
e generalizzate a livello nazionale o proprie di un ambito

Aosta, al pari di quanto accade a livello
sta vivendo un'epoca caratterizzata da rilevanti
del contesto sociale, scientifico e tecnologico che hanno
bisogni della popolazione, facendo emergere nuove esigenze
di assistenza legate soprattutto alla cronicità.

nto dell'età media della
, dovuto anche alla diminuzione della mortalità per
cute, ha determinato un aumento delle patologie
enerative collegate all'età e spesso associate
lità. E' necessario predisporre ad affrontare una
assistenza di natura diversa da quella tradizionale,
ata da nuove modalità di erogazione, basate sui
lla continuità delle cure per periodi di lunga

soprattutto, dall'integrazione tra prestazioni sanitarie

, l'evoluzione delle professioni ha
il mercato del lavoro, rendendolo più consapevole e
le, ma anche molto più dinamico, al punto che
qualche anno saremo condizionati da carenze dovute ad una
programmazione formativa. Strategico in questo senso risulta
e l'Università della Valle d'Aosta assumerà
zione delle figure professionali, soprattutto se svolto in
laborazione con la realtà del mercato del lavoro.

e delle tecnologie sanitarie e genetiche
oltre oggi di raggiungere risultati quali-quantitativi
nel passato, ma pone il problema dell'assorbimento di
economiche sempre maggiori a fronte della garanzia di
universalità delle prestazioni.

è assistito ad un mutamento
ampio che ha prodotto uno straordinario incremento della
capacità di salute da parte dei cittadini che si sentono
al centro del sistema salute e chiedono prestazioni di
che garantiscano continuità assistenziale,
multidimensionale e multiprofessionale. Un mutamento
che non sempre però ha orientato le richieste nel
l'appropriatezza, poiché l'aumento di
servizi facilmente disponibili su accessi a cure e prestazioni,
ha favorito la finalità educativa arrecando un
danno reale per la salute, ma piuttosto ha di frequente creato
un mercato libero, in cui le regole etiche non sono ancora
definite e le persone non hanno ancora acquisito gli strumenti
adeguati per beneficiare della molteplicità di
prestazioni specializzate, senza essere da questa sovrastata e
danneggiata.

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

per una popolazione di montagna.

ne della salute nelle diverse realtà
un impegno e una garanzia che trae origine dalla
a Costituzionale. Questa stessa Carta afferma che la
ia e la valorizzazione delle zone montane rivestono
di preminente interesse nazionale' (art. 44), da qui
e il dovere, da parte dello Stato di garantire su tutto
io nazionale i livelli essenziali ed uniformi di
sanitaria e sociale.

e gestire servizi sanitari e sociali in
cani comporta senza dubbio difficoltà maggiori e
ce differenziate (parametri diversi, in termini, ad
posti letto per abitante, tassi di ospedalizzazione
petto a zone di pianura, sistema di emergenza più
ecc..). Svantaggi naturali, svantaggi climatici e
squilibri nella struttura demografica e talvolta in
ale rendono più difficile, in montagna,
one dei modelli utilizzati in altre aree del Paese.
ad arrivare in ogni paesino con servizi di
ti più elevati di costruzione delle strutture
sociali sono i problemi con cui confrontarsi stabilmente nelle zone
e inoltre la vita associativa è più
la distanza dal centro ospedaliero è maggiore.

o va quindi sottolineato il nostro problema
è: la sanità in montagna comporta costi strutturali
alla media nazionale. La Commissione sui problemi della
montagna istituita nel luglio del 2000 con decreto
co della Salute ha quantificato l'incidenza di tale
nell'ordine del 20%.

ituazione di partenza, non favorevole,
ò, nella stesura del nuovo piano regionale per la
il benessere sociale, utilizzare al meglio tutte le
à' del nostro territorio, tutte le risorse
prevedendo modelli organizzativi più efficaci.

infatti sono anche territori di qualità.
rtamente riferibile a valori reali ed oggettivi di
lubrità dell'aria e delle acque, alla
il bosco, al panorama, alla minore incidenza di rumori e di
quinamento, a stili di vita che prevedono maggiore
sica, a prodotti alimentari locali di sicura
Così come risorsa importante della nostra
ana è il volontariato, frutto di quella
alpina così importante nel passato e da
anche oggi come grande possibilità di integrazione
zi pubblici.

realtà, portatrice di difficoltà
cca di elementi positivi, bisogna studiare e mettere in
li organizzativi sanitari e sociali più rispondenti
specificità. L'attivazione di questi modelli
un laboratorio di qualità non solo per la nostra
nostro territorio si presta infatti in modo
alla prevenzione sanitaria primaria e secondaria delle
a Valle d'Aosta, che già spende di più
Regioni in questo settore, incentiverà anche la
demiologica per una prevenzione ancora più

nsapevoli infine che fornire un
nitario e sociale efficace e capillare nelle nostre valli
i paesi sarà condizione determinante per il
o della popolazione nelle zone alpine e che ciò
il controllo e la salvaguardia del territorio
ili per la sopravvivenza.

della territorialità e l'orientamento per l'evoluzione del

dei servizi in una prospettiva di sistema e
nte integrazione fra i servizi sanitari e i servizi
la salute e il benessere sociale, attribuisce al
ed agli enti locali in esso istituzionalmente
ci, un ruolo di centralità, sia sotto il profilo
vo, sia sotto il profilo degli strumenti di
one.

indi necessario un ulteriore sviluppo del
ne deve adeguare l'organizzazione dei servizi e delle
bisogni espressi dalla popolazione e cioè
le modalità indotte dall'organizzazione dei
secondo le modalità comunemente previste dai
di cura', in base ai quali il contributo di ogni
ratore, sanitario o sociale è pensato anche al di
onfini fisici e disciplinari del servizio a cui
perché prevede un approccio multifunzionale al
salute e di assistenza, e soprattutto una maggiore
e organizzativa.

si tratta di un processo graduale e lento,
cesso culturale e formativo che lo deve accompagnare

nuova organizzazione dei servizi venga percepita come ottimale - e non imposta - per rispondere in modo integrato a bisogni di salute e di benessere sociale complessi.

È un percorso necessario che ha già cominciato a funzionare efficacemente in alcuni segmenti della sanità, come le strutture ospedaliere, e come da tempo nei settori delle politiche sociali, in cui la sanità in carico è ad opera di équipes professionali che abitualmente operano uscendo dai confini delle strutture di appartenenza per incontrare e risolvere il bisogno della persona, insieme ad altre figure professionali, secondo protocolli di intervento condivisi e comuni.

Comporterà una graduale:

1. Riorganizzazione dei meccanismi organizzativi, consistente nella razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività svolte;
2. Riorganizzazione dei processi, consistente nella ricomposizione delle funzioni in percorsi o processi orientati alla persona, che avrà come risultato anche la riduzione di funzioni di coordinamento fra le funzioni gestionali, organizzative e produttive del servizio socio sanitario regionale,
3. Revisione di sistemi di controllo delle attività esercitate e di sistemi di retribuzione del personale in rapporto ai risultati conseguiti, sia in termini di esito che di soddisfazione degli utenti.

Le funzioni essenziali delle prestazioni sociali (LEP).

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

Per quanto riguarda le politiche sociali, lo Stato è tenuto, in base alla norma della lett. m) del secondo comma dell'art. 117 della Costituzione, a stabilire quali siano i livelli essenziali delle prestazioni sulla scorta di quanto già stabilito dalla legge n. 30/2000, ovvero a garantire quell'insieme di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale e costituiscono un punto di riferimento contro il rischio di diversificazioni delle prestazioni del territorio nazionale.

Infine, a livello nazionale, la riforma del

parte II della Costituzione ha profondamente inciso sulle competenze legislative ed amministrative tra Stato e Regioni, definendo complessivamente i rapporti tra i livelli di governo, vedendo, tra l'altro, che sia lo Stato a definire con norme uniformi su tutto il territorio nazionale i livelli minimi o irrinunciabili delle prestazioni relative ai servizi sociali, e attribuendo alle Regioni la competenza di ogni ulteriore intervento nel settore.

Per i servizi sociali, il 'nucleo essenziale' dei diritti sociali coincide con quel 'livello minimo di prestazioni, al di sotto del quale viene meno la garanzia riconosciuta a tutti i cittadini italiani dalla Costituzione. Questo punto rappresenta il 'livello irrinunciabile' nel quale si progetta una definizione dei livelli essenziali di prestazioni. Come dire che per definire i LEP è necessario partire da questa base comune di prestazioni garantite a tutti i cittadini italiani.

Infine, nelle politiche sociali si definisce il 'livello essenziale' quel livello aggiuntivo, ulteriore al minimo o irrinunciabile già previsto dal diritto costituzionale.

Alcuni esempi di ciò che è immediatamente e direttamente esigibile, in quanto previsto come diritto costituzionale sono:
- il diritto al lavoro previsto dall'art. 4 della carta Costituzionale, dove le condizioni che rendano effettivo questo diritto in ciascun caso sono lasciate secondo le proprie capacità e scelte;
- il diritto previsto dall'art. 38 della carta Costituzionale al lavoro e all'assistenza sociale per gli inabili al lavoro sprovvisti di mezzi necessari per vivere che si esplica attraverso specifiche prestazioni economiche (pensioni assistenziali, rendite INAIL, ecc.);
- il diritto previsto dall'art. 30 della carta Costituzionale in tema di tutela dei minori;
- il diritto previsto dall'art. 32 della carta Costituzionale in tema di tutela della salute, in particolare per quanto riguarda le cure mediche e gli indigenti.

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

osì ad oggi solo delle grandi
sulle quali instradare il sistema integrato di interventi
sociali regionali, lungo le quali andranno progressivamente
le prestazioni da garantire in ragione delle
legate alla contingenza temporale ed ai diversi ambiti
i.

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

ilità del rapporto tra risorse ed attività o

nto dei servizi verso la salute ed il
sociale, l'integrazione fra sanità e servizi
introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni
in fine l'ulteriore sviluppo previsto per
zione del territorio, pongono l'esigenza di una forte
al rapporto fra attività o prestazioni garantite e
legate ed, in particolare, alla certezza delle fonti di
co.

dai dati relativi alla spesa sanitaria e
unti dagli atti contabili di previsione nel periodo
resa nell'ambito della parte del presente Piano
le risorse finanziarie - emerge che l'incidenza della
a assume un peso crescente a carico del bilancio

eriva che il problema della
dei 'livelli essenziali' in ambito sanitario e
A e LEP) pone la questione di una possibile selezione
azioni sanitarie e sociali da garantire alla popolazione

o tra universalità di accesso alle
, equità e qualità delle prestazioni è

pretato in modi differenti; va da sé che, dovendo
i vincoli delle risorse economiche disponibili,
ente si deve sacrificare qualcosa alla garanzia di offrire
tti'.

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

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

di definire il concetto di livello
o meglio di 'livello garantito' di assistenza si
applicare i concetti di utilità, di efficacia e di
, questi ultimi peraltro già enunciati per
sanitaria nel decreto legislativo n. 229/1999.

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

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

proprio il Piano realizzerà questo
processo definitorio consapevole della necessità di

zione delle diverse competenze.

infatti, è necessario disporre di
di tipo epidemiologico e sociale per la definizione del
er fornire una dimensione quantitativa del problema ed
un percorso risolutivo; dall'altro, sono da compendiare
di natura economica e sociale in presenza di vincoli di
ci e predeterminati da parte degli enti coinvolti nei
erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali. Non da
cluso in questo processo definitorio il privato
utti quei testimoni privilegiati che consentono una
bisogno stesso più vicina possibile alla persona
rtatrice.

one ed il contesto di riferimento.

generali considerati nei punti precedenti e
assunti a riferimento del piano regionale per la salute
sere sociale 2006-2008, vanno letti in relazione ai
una popolazione che presenta le seguenti caratteristiche:

emografica e sociale.

el 1° gennaio 2002, la popolazione della
ca ammontava a 120.909 persone di cui 2.630 stranieri
pari al 2,2% del totale, in prevalenza femmine. Il tasso
ione è in linea con la media nazionale e lievemente
rispetto al nord ovest.

mente l'immigrazione valdostana proviene in
iore dall'area africana settentrionale e da quella
tro orientale. La maggioranza di stranieri residenti
e le classi di età più numerose sono quelle
anni. Fino ai 44 anni la geografia più
ta è quella africana settentrionale, mentre dai 45
sono in proporzione più numerosi gli stranieri di
europea. Oltre ad Aosta, che ospita il maggiore
o, in misura sensibilmente inferiore si registra una
esenza di stranieri residenti nei comuni di Courmayeur,
ne e Saint-Vincent.

o che comprende il capoluogo e il distretto
(Alta Valle) sono quelli a più elevata densità
La popolazione è insediata soprattutto nei
e lungo il corso della Dora Baltea. Ad Aosta risiede il
popolazione e, unendo anche i comuni che circondano il
la percentuale approssima la metà della popolazione
Tra gli altri comuni della regione. quelli più
no: Saint-Pierre, Sarre, Villeneuve, Saint-Christophe,
int-Vincent, Châtillon,
Martin e Verrès.

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

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

o con la popolazione più giovane è
(Alta Valle), contrapposto al distretto n. 4 (Bassa Valle),
o a maggiore prevalenza di anziani rispetto
regionale. Questa differenza demografica si traduce
in profili di salute e di bisogni sanitari e socio
li diversi tra le due aree geografiche estreme della

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

nazionale.

ziani e bambini, la società valdostana
o particolare attenzione in termini di offerta di servizi
obiettivi legati sia alla promozione ed al sostegno dei
individuali, sia al sostegno delle responsabilità
legate al lavoro di cura ed alla sua conciliazione con il
il mercato, in particolar modo per le donne. E' noto
e tra le azioni più efficaci nel contrastare e
rischio di povertà per le famiglie vi è la
di disporre di un secondo reddito (anche parziale)
partecipazione al mercato del lavoro.

issima infanzia (0- 3 anni), è in
intensificazione della varietà delle risposte
li organizzate, che registra allo stato attuale un
2 posti ogni 10 bambini. L'ampliamento dell'offerta
creare risposte a tutte le famiglie che includono bambini
riore ai 3 anni che, per scelta educativa o per
familiari, hanno bisogno di usufruire di servizi che
o agevolino la conciliazione tra responsabilità
quelle di tipo lavorativo, considerando sempre centrale
à di garantire e promuovere i diritti dei bambini
one ed alla socializzazione extra-familiare.

iani l'offerta media regionale è di
strutture residenziali ogni 100 persone
tacinquenni, indipendentemente dal loro stato di salute e
vello di autonomia funzionale e psichica. Anche per loro
ei bisogni di salute e di assistenza consentirà
o futuro inserimenti più idonei e conformi alle
i strutture.

riguarda le famiglie, alla data dell'ultimo
2001 dell'Istat, in Valle d'Aosta se ne contano
cui il 34,8 % composte da una sola persona che
no la categoria di famiglia più diffusa nella
one con percentuali superiori sia a quelle del nord-ovest,
o d'Italia.

indi alle politiche sociali ed a quelle
n particolare sarà necessario considerare questa
regionale.

soli nuclei familiari (almeno 2 persone) ed

aree geografiche del nord, in Valle d'Aosta sono
no coppie coniugate; le famiglie composte da coppie con
esentano la percentuale più elevata (50,6%),
cratti di un valore inferiore sia al nord-ovest, sia alla
nale.

enza figli sono in proporzione più
e altrove e rappresentano il 35,1% dei nuclei familiari.

ti inoltre famiglie monogenitoriali, formate
solo genitore con figli, che rappresentano il 14,4%
una percentuale più elevata del nord-ovest e della
nale. Tra queste, particolarmente elevata, anche rispetto
i è la percentuale delle madri sole con figli.

che la crescita della popolazione
fortemente legata ai comportamenti riproduttivi
ni stranieri, che secondo i dati dell'ultimo censimento
no poco più del 2% della popolazione residente
a regione e sono in prevalenza persone adulte. Negli
i anni il numero di cittadini stranieri regolarmente
lla nostra regione è quasi raddoppiato ed è
e evidenziare una progressiva femminilizzazione dei flussi
Dai dati del 'Secondo rapporto su vulnerabilità e
'Valle d'Aosta', il tasso di femminilizzazione
ieri è passato dal 42,8% del 1997 al 51,2% del 2003
gioni di quest'ultimo fenomeno vi sono i processi legati
ngimento familiare, anche se il lavoro, in particolare
dipendenze, rimane in ogni caso il principale motivo di
lla nostra regione.

e sociale.

di benessere si associa spesso prevalentemente quello di ricchezza
anche se l'associazione risulta troppo semplicistica per spiegare i
i reali della condizione di povertà e di
ne sociale.

e stime regionali diffuse dall'ISTAT per il
l'incidenza della povertà relativa - secondo la
ero chi ha accesso ad un consumo pari o inferiore
medio pro-capite - è inferiore in Valle d'Aosta
lo rispetto al valore medio nazionale, ma anche rispetto a
si stima in altre regioni autonome quali il Trentino-Alto
Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 11% e 9%). Le
ensioni della Valle d'Aosta, e delle altre due regioni
riferimento, influiscono tuttavia significativamente sui
el calcolo delle stime ed è quindi necessario
ati con cautela, considerandoli prevalentemente dal punto

Il trend che, per la nostra regione, non mostra
grandi scostamenti tra il 2002 e il 2003. Queste stime,
basano su una soglia di povertà relativa calcolata
rispetto ai consumi medi nazionali e non tengono quindi conto del
costo della vita nella nostra regione, per il
quale dovrebbe esservi una quota di individui e di famiglie che non
rispetto agli standard nazionali, ma lo è rispetto a
standard nazionali.

Esistono talora una situazione certamente non
stabile ma in tensione, a seguito dei processi di
globalizzazione e di trasformazione del mercato del lavoro, di
cambiamento della popolazione e di crisi degli assetti familiari
e di altri fenomeni che possono mettere in difficoltà sia i
membri delle famiglie, sia il sistema di welfare regionale così
strutturalmente sviluppatosi fino ad oggi.

Per sostenere gli individui e le famiglie che
si trovano in condizione di difficoltà socio-economica e con
rischio di evitare che queste condizioni si cronicizzino, sono
in campo numerose strategie sociali regionali. La
possibilità di usufruire di misure di sostegno economico
è certamente essenziale, ma da sola non è sufficiente per
che tutti si trovino a vivere in condizione di povertà.

La presente indagine campionaria (1) ((Complessivamente il gruppo (coorte)
di familiari era composto da 195 individui e l'arco temporale lungo il
quale è stata osservata la storia di questi casi (finestra di osservazione) è
esteso fino a tutto il 2003))regionale pubblicata nel 'Secondo rapporto su
la povertà e povertà in Valle d'Aosta' a luglio 2005 - a cura
della Commissione regionale sullo stato della povertà e
della protezione sociale in Valle d'Aosta - su coloro che a
fine 1999 hanno beneficiato per la prima volta degli
interventi regionali di assistenza economica 'minimo vitale' e
interventi straordinari (artt. 3 e 5, l.r. 19/1994), emergono alcuni
dati utili per la programmazione delle politiche in quest'area
che, pur non potendo essere generalizzati ai fini della
definizione delle caratteristiche delle condizioni di bisogno
della popolazione regionale, certamente tracciano un profilo
che dei cittadini noti ai servizi per essere portatori di
una particolare condizione di bisogno.

Analizzando i risultati della ricerca - nell'ambito
dei beneficiari sono stati suddivisi in persone 'abili'
e 'non abili' (anziane e/o invalide) - quasi tre quarti degli
interventati parte della coorte esaminata sono persone 'abili'
appartenenti a famiglie monogenitoriali in misura del 40,6%,
mentre il 33,1% sono coppie con figli in cui entrambi i
genitori sono disoccupati o senza pensione nel 63% dei casi, ma è
stata anche una significativa quota di famiglie assistite
in cui il coniuge occupato.

dei casi i beneficiari sono giovani
età compresa tra i 30 ed i 40 anni mentre per circa
no persone di mezza età (35% con 45-64 anni).

assistiti si trovano prevalentemente in
nogenitore, con adulto di riferimento la madre.

ri 'non abili' sono nel 70% persone sole.
tre, che la maggioranza degli assistiti è
da donne (68%) e che un quinto dei beneficiari è
da immigrati.

o dato risulta particolarmente interessante
dera che gli immigrati regolari costituiscono circa il 2%
azione residente in Valle d'Aosta.

azione costituisce solo uno dei fattori di
tà e i beneficiari che vivono in nuclei in cui
coniugi lavorano o sono pensionati sono pochi: l'accesso
del lavoro - e soprattutto ad un lavoro sufficientemente
deguatamente remunerato - rappresenta, come noto, un
portante nella prevenzione del rischio di
tà sociale e di situazione di povertà.

a questione del lavoro, un altro elemento di
tà economica e sociale è costituito dalla
di accesso all'abitazione; non a caso, la
di coloro che hanno accesso ai contributi di assistenza
58%), vive in affitto e non in proprietà.

promuovere il benessere sociale in coloro che
a vivere in situazioni di vulnerabilità e
seguito del verificarsi di particolari circostanze
, occorre porre l'attenzione allo sviluppo di politiche di
e sociale trasversali: è necessario pertanto un
pegno nel favorire e migliorare processi basati sulla
one ed il lavoro di rete, non solo tra i diversi livelli
e settori di azione pubblica, ma anche con il Terzo
e comunità locali. Solamente la promozione di una
divisa e una sensibilizzazione ad ampio raggio su questi
portare a mettere in atto strategie sempre più
l prevenire e contrastare le situazioni di disagio e di
sociale, sostenendo coloro che ne sono colpiti.

salute

ll'ultima Indagine Istat sullo stato di
ll'accesso ai servizi del 2000, nonostante il giudizio
o benevolo con il passare degli anni, i valdostani in
ntono di stare bene in salute: solo il 7,3% degli uomini e
e donne ha dichiarato di sentirsi 'male o molto male'
alla propria condizione psico-fisica. Le donne accusano
i degli uomini, specie in età avanzata.

ni sono più colpiti da patologie i
malattie che prevalgono sono quelle allergiche e l'asma

con più di 15 anni che dichiarano di
diagnosticata almeno una malattia cronica sono il 21,1%
ini e il 29,4% tra le donne. Le donne risultano
e colpite rispetto agli uomini da cataratta, malattie
de, lombosciatalgie, osteoporosi, calcolosi del fegato e
iliari, cefalee ed emicranie ricorrenti, vene varicose,
rtriti; mentre negli uomini prevalgono, a confronto con le
farto del miocardio, le ernie addominali, l'ulcera
duodenale, i disturbi cardiologici.

i 64 anni le donne accusano con maggiore
più malattie croniche degli uomini, in modo
vo per quelle che riguardano le vene varicose, le malattie
de, le calcolosi del fegato e delle vie biliari, le
emicranie e l'osteoporosi.

iani ultrasessantacinquenni, ad incidere
e sulla salute delle donne sono l'ipertensione, le vene
e malattie della tiroide, le artrosi e le artriti, le
lgie e l'osteoporosi. Gli uomini ultrasessantacinquenni
maggiormente colpiti da bronchite cronica, ulcera
duodenale e da ipertrofia della prostata.

lazione straniera l'unico dato disponibile
di salute attiene ai ricoveri che,
2003, hanno subito un aumento percentuale (76,6%), a
na contrazione del medesimo fenomeno (-24,3%) sul resto
azione assistita.

anieri sono le donne ad essere maggiormente
ce, in parte anche per effetto dei ricoveri legati a
e parto.

dei ricoveri risulta evidente, rispetto al
popolazione, la maggiore ospedalizzazione di bambini tra
e di adulti tra 20 e 44 anni (su cui incidono anche i
tribuibili alla gravidanza e al parto) oltre che una
alizzazione degli anziani, verosimilmente ancora poco
alla popolazione straniera.

più frequente di ospedalizzazione tra
ri è la gravidanza e/o il parto normale: nei dieci
o di studio, tra le 10 cause di ricovero più
i registrano: l'aborto indotto, i traumatismi
i e l'appendicite o altre malattie dell'appendice, che
presenti. Negli anni invece antecedenti il 1998 le cause
ti per occorrenza sono le fratture - in particolare
i arti inferiori - e le tonsilliti acute e croniche.

scogliere eventuali specificità del
ricovero tra i cittadini stranieri rispetto al resto della
e quindi al fine di individuare bisogni di salute che
ano maggiormente la popolazione straniera rispetto a
le è emerso come gli stranieri contribuiscano, per
particolarmente rilevante, ai ricoveri dovuti a complicanze
ad aborto, soprattutto nel biennio 1996-1997 e in quello
Ciò segnala come le donne immigrate non sempre
informazioni, le competenze, le risorse (cognitive,
di libertà personale) necessarie per rivolgersi
territoriali di base, sia per essere seguite in
sia per ottenere informazioni e strumenti contraccettivi

attiene l'analisi della mortalità,
regionale della mortalità in Valle d'Aosta dal
8 ha individuato alcune aree di criticità su cui
con azioni mirate per contrastare gli eccessi di
er specifiche cause, su selezionati gruppi di
o su aree territoriali definite dagli ambiti
ivi delle comunità montane o dei distretti.
principale della programmazione è infatti quello
le disuguaglianze portando tutti gli ambiti territoriali
allo stesso livello di quelli che registrano i migliori
i salute.

sito l'Atlante documenta come i residenti
classificati 'deprivati' in base all'indice di
e socio-economico dell'ISTAT, abbiano,
emente dalla causa e dall'età, un rischio di
iore dell'11% rispetto a quello medio regionale e come

ciazione tra svantaggio sociale e mortalità sia soprattutto tra gli uomini.

Ordo d'insieme la Valle d'Aosta presenta mortalità tipica delle zone di montagna, dove gli uomini sono spesso sfavorevoli rispetto a quelli registrati nelle altre regioni del territorio nazionale. Rispetto la media nazionale, la mortalità regionale è più elevata tra gli uomini e per gli uomini sia ridotta molto dal 1980 al 2003, la flessione è dunque inferiore a quella registrata nel resto del territorio. Anche la mortalità femminile, che negli anni '90 è superiore a quella media italiana, dal 2000 si sta allineando al livello nazionale. Questa caratteristica sfavorevole nei valori di mortalità, tipica delle zone montane, si produce come risultato di numerosi fattori di cui, alcuni legati a particolari stili di vita e altri alle caratteristiche del territorio, altri ancora alle difficoltà di accesso ai servizi e agli interventi efficaci per

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

Per il dodicennio 1980-1991, a fine 2003 la mortalità generale è stata del 21,1% tra gli uomini e del 26,5% tra le donne. I migliori risultati si sono avuti per la mortalità precoce, quella cioè che si verifica prima dei 75 anni di età, con decrementi del 18,9% tra gli uomini e del 25% tra le donne oltre che in quella infantile, che è diminuita del 41% tra il 1980 e il 2003.

Per quanto riguarda le cause di morte in Valle d'Aosta le principali sono quelle imputabili a patologie dell'apparato circolatorio e ai tumori, che insieme incidono sulla mortalità per il 61,9 % tra gli uomini e per il 70,25 % tra le donne.

Per quanto riguarda i tumori la programmazione socio-sanitaria individua azioni volte a guadagnare più salute, sia attraverso interventi nei loro settori di attività diversi come quello

enzione, della diagnostica, delle cure e, più in
ll'ambiente e degli stili di vita. E' proprio
ce di vita e sulla sua specificità che si

il laboratorio privilegiato entro cui progettare e rendere
programmi di prevenzione, di cura e di riabilitazione per
oni di montagna.

riduzione delle disuguaglianze nella salute
fattori molteplici, dei quali solo una parte è
e controllabile dalle politiche sanitarie, solo un'azione
congiunta, che preveda la cooperazione sistematica tra i
cori interessati (ambiente, istruzione, attività
, potrà ottenere i risultati migliori.

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

ficazione delle azioni preventive che
questo tipo di eventi occorrerà quindi dedicare
attenzione ai giovanissimi, ai lavoratori e alle persone
75 anni, specie se vivono da sole.

montana Evançon è
gionale in cui si sono registrati i rischi di
er cause accidentali più elevati.

i i sessi la mortalità più
tutte le età, si registra nella Comunità
nd Combin, afferente al distretto n. 2, soprattutto per le
ali cause di morte: apparato circolatorio (specie per
erebrovascolari) e tumori. Altre indicazioni l'Atlante
gnalando una mortalità più elevata tra gli
distretto n. 4 (Bassa Valle), specialmente nelle
ntane Evançon e Mont Rose. Tra le donne invece,
minore intensità, si registra una mortalità
nel distretto n. 3 (Media Valle).

sanitario e sociale regionale,
etico ed equo, ha come obiettivo sostanziale quello di
compensare da differenze nel destino di salute dovute a
differenze culturali, linguistiche, sociali, economiche e
tra tutti i sottogruppi che compongono la popolazione di
regione e di fare in modo che le diversità non pesino come
disuguaglianze, cioè come differenze ingiuste e non volute.

STRATEGIE DI SVILUPPO E QUALIFICAZIONE

DEFINIZIONE DELLA SALUTE

BENESSERE SOCIALE

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

1. Definire il ruolo di governo della Regione nella definizione degli
obiettivi di salute e di benessere sociale, nonché nella determinazione del
livello e dell'offerta delle prestazioni.

2. Definizione di una pianificazione che propone le direttrici fondamentali
contenute nella sezione metodologica, richiede la nuova definizione del
ruolo della Regione nella consapevolezza che la prospettiva di
attuazione di un sistema per la salute e il benessere sociale comporta la
visione complessiva del sistema e non di singoli segmenti, in quanto si
tratta di ottenere la massima salute e benessere sociale possibili, non solo
per i soggetti dell'organizzazione pubblica, ma anche attraverso gli
interventi non pubblici e gli altri settori non sanitari.

3. Migliorare i sistemi di conoscenza delle differenze di salute e di
benessere sociale nella popolazione.

4. Il sistema valdostano dispone di un ricco patrimonio di dati e conoscenze che
rispondendo a esigenze diverse, presenta caratteristiche di
specificità e non totale adeguatezza per le finalità conoscitive specifiche
relative al bisogno sociale e del ricorso ai servizi. Nasce quindi la
necessità di migliorare il sistema valdostano di misurare adeguatamente, per continuità,
per qualità, le caratteristiche sociali della popolazione e delle
attività che utilizzano l'assistenza sanitaria e sociale con finalità
di valutazione. L'obiettivo strategico del Piano si propone di
attuare e mettere in opera gli interventi minimi di correzione dei sistemi
che sono necessari per aumentare la capacità del servizio
di studiare, monitorare e valutare problemi ed interventi che
contribuiscano all'equità nella salute e nel benessere sociale.

5. Ridurre le disuguaglianze nella salute mediante azioni esplicite,
con chiara evidenza e sostenibili secondo i criteri del finanziamento del

l'assistenza sanitaria nella salute traggono origine sia dal modo con cui la sanità pubblica produce e distribuisce risorse e sostiene le capacità di affrontare le politiche generali e settoriali, sia da meccanismi più complessi che sono legati ad una diseguale distribuzione dei fattori di rischio per la salute. L'obiettivo strategico del Piano si propone di intervenire, sulla base della letteratura e nell'esperienza di altri Paesi e Regioni, attraverso politiche e quegli interventi (reddito, lavoro, ambiente, welfare) che favoriscano, da un lato, maggiore capacità di influenzare la distribuzione delle risorse e delle capacità di utilizzarle e, dall'altro, maggiore attenzione alla riduzione tra i gruppi più socialmente vulnerabili dell'esposizione a fattori di rischio per la salute (stili di vita, fattori di rischio, fattori di rischio ambientali).

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

Le disuguaglianze nel sistema e nell'assistenza sanitaria nascono quando le differenze socio-economiche della persona, della famiglia o del contesto, costituiscono un ostacolo all'accesso e all'utilizzo degli interventi efficaci. In cui la medicina e la sanità si prendono cura della salute e delle persone. L'obiettivo strategico del Piano si preoccuperà, da un lato, di operare affinché la residenza in un territorio montano non costituisca una disuguaglianza nell'accesso tempestivo ai servizi e, dall'altro, di sottoporre i percorsi assistenziali che hanno maggiore impatto sui termini di speranza e di qualità della vita, ad una rigorosa valutazione di processo e di risultato per valutare se, nei punti più critici di accesso all'assistenza, non si verificano discriminazioni attive od inattive, non volute, attribuibili o ai comportamenti professionali, o a disfunzioni organizzative del sistema sanitario.

È necessario definire il ruolo strategico della prevenzione.

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

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

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

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

Le trasformazioni istituzionali ed organizzative che attraversano il sistema sanitario nazionale, quello regionale e l'intero welfare italiano, determinano, insieme ai cambiamenti socio-economici e demografici della società, importanti effetti sulla salute, diretti o indiretti, cercati o non cercati, ai quali i soggetti ed i processi di presa delle decisioni non sempre prestano il dovuto conto. In questo contesto risultano importanti i

dell'epidemiologia e della ricerca sociale - nell'analisi dei
della scelta delle priorità - nonché delle tecniche di valutazione
tà, dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi e delle

sociale la lettura e la determinazione dei bisogni è tuttavia
e complessa in quanto predominante è la dimensione soggettiva della
Per questa ragione, e a differenza di quanto avviene in ambito
non si dispone nelle scienze sociali di strumenti universalmente
misurare l'efficacia delle risposte istituzionalmente organizzate,
te sono spesso modulate su singoli casi molto personalizzati.
ce, la disponibilità in letteratura di buone pratiche professionali
ci conseguiti attraverso metodologie di lavoro collaudate in altri
risulteranno elementi essenziali per la presa di decisioni, anche in
tradizionalmente qualitativo come quello socio-assistenziale e

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

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

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

sanitario, i livelli sono definiti essenziali ritenendo
ità un elemento di garanzia della indispensabilità della tipologia
le e del beneficio che le prestazioni ed i servizi determinano in
salute, a livello individuale e/o collettivo, sulla base delle
identifiche.

i assistenza, in particolare:

o, attraverso le tipologie assistenziali, ad identificare il
sanitario costituito a livello regionale, quale complesso delle
fferta o funzioni assistenziali costituito ed organizzato da
regione;

no l'offerta assistenziale, organizzata secondo modalità
dalla regione, in rapporto ai bisogni di salute ed alle
ve della popolazione;

la produzione delle prestazioni e dei servizi.

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

erse caratteristiche, LEA e LEP sono un punto strategico
e della programmazione della Regione.

il territorio come riferimento fondamentale per lo sviluppo e
azione del servizio socio-sanitario regionale e per la promozione

ma di servizi che si fa carico, in modo unitario, delle necessità socio-educative-assistenziali della popolazione.

livelli essenziali di assistenza individuino e ripartiscano la distribuzione dei servizi e delle prestazioni in tre aree di offerta, di riferimento territoriale, il ruolo del distretto e degli enti locali istituzionalmente rappresentati dovrà essere ulteriormente potenziato.

ificazione e lo sviluppo della rete assistenziale distrettuale quanto punto fondamentale e strategico della programmazione, il distretto, secondo quanto in precedenza evidenziato nella prima Piano ed avendo attenzione al rapporto fra sanità, salute, ambiente socio-economico per rispondere alle esigenze che il quadro epidemiologico e sociale della Regione evidenzia.

re l'autonomia della persona ed il suo diritto ad una vita sana.

ata residuale e superata la visione delle politiche sociali e con gli interventi di assistenza economica, collocando le risorse (a favore di singole persone e delle famiglie) in un più ampio spettro di servizi finalizzati alla promozione, al trattamento ed alla cura sociale di chi è in difficoltà, favorendo la sua autonomia e la capacità di affrontare i problemi.

opo le eventuali erogazioni economiche sono definite nel quadro di un progetto di sostegno e di servizio, contrastando la dipendenza economica ed evitando le erogazioni meccanicamente collegate a meriti formali.

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

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

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

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

cano, quindi, le famiglie e l'associazionismo familiare quali attori attivi nel campo delle politiche sociali, valorizzando e promuovendo le solidarietà e le responsabilità interne della famiglia e delle istituzioni.

are la sostenibilità delle decisioni assunte in rapporto alla

tà di risorse finanziarie, tecnologiche ed umane necessarie a
gli obiettivi della pianificazione.

ogni processo di programmazione, sotto il profilo delle strategie
non è indipendente dalle risorse disponibili per il raggiungimento
di.

vi proposti dal Piano e le azioni previste per il loro
to sono pertanto sostenibili nella misura in cui tengono conto dei
nomici, di professionalità e di disponibilità di risorse umane e
e.

di un Piano, ovviamente, non può essere intesa come sovrapposizione
corso di attività secondo una passiva e tacita convivenza del
l passato.

senziali delle azioni che caratterizzano il Piano e la scelta degli
evono pertanto coniugare le linee direttive del piano, dalla
del sistema salute al miglioramento della efficacia e
enza degli interventi, con revisioni delle logiche clinico-
li di erogazione delle prestazioni e fornitura dei servizi,
ivo della efficacia e della appropriatezza, e con l'introduzione di
nomico-produttive e gestionali nella organizzazione e gestione dei
ll'obiettivo della efficienza.

ti ritenuti a tal fine più indicati sono:

ce Based Prevention, la Evidence Based Medicine e la Evidence
sing (E.B.P., E.B.M e E.B.N.), quale sistema
ionalmente definito, che garantisce l'uso coscienzioso,
e giudizioso della migliore evidenza scientifica per
decisioni sulla assistenza clinica al singolo paziente;
ce Based Health Care (E.B.H.C.) quale attività che
a coloro che gestiscono servizi sanitari ed hanno
ilità decisionali, di determinare il mix di servizi
e e da operare secondo criteri eticamente e scientificamente

logy Assessment (T.A.), quale studio delle implicazioni
sociali, etiche ed economiche delle decisioni in ambito
, allo scopo di supportare le scelte e le azioni di politica
;

e Management (D.M.), quale sistema di organizzazione e gestione
ssi clinico-assistenziali basato sulla aggregazione di
o pazienti in rapporto alla severità del quadro
d alla omogeneità dei profili assistenziali;
Pratica Professionale (B.P.P.) nei servizi e negli interventi
cativi-assistenziali, quale standard o valori di riferimento
ce osservati e/o definiti in appositi Studi per orientare
decisioni e comportamenti in relazione ai bisogni di
getti, a garanzia della tutela dei diritti, della sicurezza
essere dei soggetti interessati, nonché della
elle prestazioni.

infine strettamente correlato
ettivi e con le politiche adottate per la formazione e per
ento delle risorse umane impiegate in ambito sanitario e
oramai opinione diffusa che in tutte le organizzazioni
le risorse umane costituiscano elemento strategico e

tico di successo. Ciò è ancor più
organizzazioni che producono servizi sanitari e sociali
e persone. Nei servizi di cui trattasi, il rapporto tra
professionista risulta infatti caratterizzato da un elevato
personalizzazione, di umanizzazione e di affidabilità
azioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei
spesso fortemente influenzato dalla percezione che
di questi aspetti.

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

essere un Piano che è anche Progetto.

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

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

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

In conclusione si ritiene necessariamente di dover assumere una logica di
coerenza, con la definizione di un "piano-progetto" che indichi anche le
condizioni necessarie affinché alcuni degli obiettivi enunciati possano
essere realizzati nei tempi congrui con la certezza e la responsabilità dei
compromessi.

SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI

DI BENESSERE SOCIALE

I dati di seguito riportati sono presentati secondo un criterio di

e logica.

engono a finalità conoscitive, utili ad orientare le
valutare l'efficacia delle azioni, i successivi sono
li ambiti della salute e del benessere sociale - alcuni
ntegrati - orientati a dare inizio al nuovo corso della
one in una logica sistemica orientata 'per processi',
rispondere ai bisogni della popolazione in forma
ed integrata.

ttivi infine non hanno un ambito di riferimento specifico nel
l'offerta socio-sanitaria regionale poiché, in
loro natura 'trasversale' all'offerta
aria stessa, la qualificano, la dotano di strumenti di
e di valutazione, di strutture fisiche funzionali ed
ai bisogni noti della popolazione regionale.

vazioni precedentemente richiamate, la trattazione degli
trasversali risulta più articolata e corredata di
ferimenti ad atti normativi ed amministrativi

lungimento di alcuni degli obiettivi riportati nel presente
la rilevanza, la novità e la complessità
ità e delle azioni previste, può rendersi
il ricorso a consulenze ed a collaborazioni esterne
trazione regionale che coinvolgono esperti qualificati
ia tecnico, sia amministrativo. Le spese per la copertura
lenze e delle collaborazioni esterne rientrano
are complessivo delle risorse finanziarie quantificate
zione del Piano stesso e sono attribuite in via
nel triennio di riferimento - alle strutture complesse
mento regionale competente in materia.

no infine presupposto necessario per un corretto, efficace e
conseguimento degli obiettivi di seguito esposti, la collaborazione e
azione di tutti i soggetti interessati, istituzionali e
o le modalità previste dalla normativa regionale

. 1.

o sviluppo della conoscenza dei bisogni di

benessere sociale, con particolare riguardo all'analisi
maglianze di salute e dei loro determinanti.

consolidamento dell'osservazione epidemiologica.

iferimento.

gionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni,
ire l'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le
ociali, o OREPS (art. 5), assegna alla struttura una
noscitiva in materia di bisogni di salute e di benessere
o fa soprattutto in relazione ai fattori che li
o che potrebbero ostacolarli.

gionale stabilisce inoltre un debito
che la struttura deve assolvere verso l'esterno
la produzione della Relazione sanitaria e sociale (art. 4)
cazioni scientifiche su singole aree tematiche della
l benessere sociale.

i questa
zione - conoscitiva e comunicativa - sono quelli di:

lementi utili alla programmazione e alla valutazione dei
e degli esiti in materia di salute e di protezione sociale;
le scelte di programmazione e le linee di indirizzo della
ne in base ai bisogni;
politiche per un accesso appropriato ed equo ai servizi.

revista istituzionalmente dalla legge regionale 25 gennaio
stata concretizzata nella deliberazione della Giunta
. 5187 in data 30 dicembre 2002, recante l'istituzione
regionale dei referenti dell'Osservatorio Regionale
ico e per le Politiche sociali (OREPS) e l'approvazione
i attività 2002-2004.

attività di osservazione istituzionale è esercitata
la valorizzazione epidemiologica di differenti tipologie di dati,
di fonte istituzionale ed uno solo di provenienza regionale:

ndagine ISTAT quinquennale sulla salute e sul ricorso ai servizi

itari,
ati ISTAT sulle cause di morte,
ati INAIL,
ati sulle cause di ricovero, rilasciati dagli archivi regionali
le schede di dimissione ospedaliera (SDO).

lisi dei dati, oltre a disegnare il profilo di salute della popolazione
stana in relazione ai bisogni è condotta riservando particolare
zione alla valutazione dell'impatto che le disuguaglianze
li hanno sulla salute e sul ricorso ai servizi, sia quando
e sono rilevate in forma aggregata (indice di deprivazione del
e di residenza), sia quando è possibile rilevarle
idualmente (livello di istruzione, condizione professionale,
civile, tipologia familiare e stimatori del reddito individuale
iliare).

lazione sanitaria e sociale per l'anno 2001 e l'Atlante della
lità in Valle d'Aosta (2005) hanno dimostrato come, anche nella
ne, le disuguaglianze sociali ed economiche differenziano e discriminano
nterno della popolazione regionale, sia nell'accesso
stivo ed appropriato ai servizi, sia nell'attitudine a
are correttamente il proprio stato di salute e ad intraprendere
i necessarie a mantenerlo, dando origine ad un godimento
renziale del bene salute e del suo esito finale.

rticolare interesse suscitano infine le problematiche afferenti
lisi dei bisogni di salute e di assistenza delle popolazioni
vivono in montagna che, grazie allo sviluppo delle tecniche di
vazione epidemiologica differenziate per aree geografiche,
no essere analizzate e contribuire a migliorare la capacità
programmazione e di gestione dei servizi sanitari resi sul
torio regionale, mediante una più appropriata allocazione
risorse umane, tecniche e finanziarie all'interno del SSR.

é tuttavia la funzione epidemiologica è tanto più
a in forma qualificata ed efficace per la programmazione quanto
ono presenti, evoluti e qualificati i sistemi informativi e gli
vi informatizzati locali, si renderà necessario accompagnare le
ità previste nel prossimo triennio da una più
ace e tempestiva capacità di acquisizione dei dati
nali delle indagini statistiche nazionali, oltre che potenziare
nergie organizzative e funzionali tra i detentori di dati e di
i informativi di interesse epidemiologico e sociale ed i
nsabili dell'osservazione epidemiologica e sociale.

rticolare, a determinare i livelli di ambiziosità delle analisi
Osservatorio saranno una serie di attività, esterne ad
a cui l'Osservatorio guarderà con grande interesse,
rtandone, ove di competenza, il conseguimento. Si fa riferimento

collegamenti con l'ufficio di statistica della Regione per il

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

ste competenze, più tecniche, se ne affiancano altre,
mente importanti per le attività dell'Osservatorio, che
gono il sostegno ai processi culturali sottesi all'utilizzo
analisi epidemiologiche nel supportare e valutare gli
venti delle politiche sanitarie, e di quelle non sanitarie, sia
o le istituzioni, sia presso le altre comunità
ssionali della sanità pubblica, al fine di concorrere,
possibile, agli obiettivi di una sanità pubblica basata
prove di 'efficacia'. Sullo scarso radicamento di una
i epidemiologica nella valutazione dei processi e degli esiti
percorsi preventivi e assistenziali che hanno maggiore impatto in
ni di speranza e di qualità di vita, oltre che sul
co consolidamento di una prassi abituale, condivisa ed efficace,
menti istituzionali di comunicazione dei risultati dell'analisi
niologica e sociale ai diversi livelli decisionali ed
izzativi, l'Osservatorio spenderà il suo contributo
ssionale con attività dedicate.

zione delle azioni.

riennio di riferimento, proseguirà l'attività
sta dagli adempimenti di legge regionale, che si
etizzerà,
zialmente, nelle seguenti azioni:

effettuare la revisione del Piano di attività epidemiologica e della
dei referenti regionali in conformità con gli obiettivi previsti dal
nte Piano per la salute ed il benessere sociale 2006-2008;
iluppare nuove competenze professionali per l'uso integrato dei dati
loro valorizzazione epidemiologica, anche attraverso la predisposizione
rcorsi formativi dedicati;
ovvedere alla progettazione ed alla realizzazione di interventi
i di correzione dei sistemi informativi sanitari necessari a studiare,
brare e valutare il problema dell'equità nella salute;
dividare politiche ed interventi (su: reddito, lavoro, ambiente e
re) che hanno mostrato, in contesti diversi da quello regionale, la loro
acia nel ridurre le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi

conseguente presentazione ai diversi livelli di responsabilità tecnica e
ca di un programma di intervento per l'equità nella salute e nella
tà;

effettuare analisi geografiche dei dati sulla salute e sull'offerta di
zi, con particolare attenzione alle problematiche correlate alla salute
zone di montagna;

iluppare, in collaborazione con la rete dei referenti regionali,
tività di epidemiologia pediatrica, con particolare attenzione alle
ogie neuropsichiatriche;

anificare iniziative di comunicazione dei risultati dell'indagine
niologica e lo sviluppo di competenze in materia di comunicazione del
io, con particolare attenzione ai temi della salute nelle zone di
gna.

ità B: sviluppo dell'osservazione sociale.

o di riferimento.

gge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni,
stituire l'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche
li, o OREPS (art. 5), assegna alla struttura una funzione conoscitiva
in materia di bisogni di salute e di benessere sociale, e lo
ia nell'ottica di una lettura del bisogno di salute inteso non
come assenza di malattia, sia nell'ottica di svolgimento di
si mirate su specifici fenomeni sociali o, più in
ale, sulle condizioni sociali e di vita della popolazione.

ri di quanto già ricordato per la valorizzazione
niologica, il debito informativo che la legge regionale
lisce attraverso la produzione della Relazione sanitaria e
le (art. 4) comporta la pubblicazioni di studi su singole aree
iche del benessere sociale e dell'offerta di servizi a questo
o dedicati.

per le politiche sociali, il ruolo svolto
Osservatorio è quello di fornire elementi di conoscenza
lutino a veicolare le scelte strategiche ed a valutare
icacia delle azioni intraprese.

ività prevista istituzionalmente dalla legge regionale 25 gennaio
n. 5, e successive modificazioni, per le competenze in ambito sociale
ca concretizzata nella deliberazione della Giunta regionale n.
del 19 luglio 2004, recante l'istituzione della Rete regionale
eferenti dell'Osservatorio per le Politiche sociali
ambito dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le

politiche sociali (OREPS) e l'approvazione del relativo Piano di
attività 2004-2006, successivamente modificata dalla
decreto n. 3204 del 30 settembre 2005 in relazione agli
obiettivi previsti per l'OREPS dal presente Piano 2006-2008.

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

Alcuni di questa situazione sono in buona parte indipendenti alle
condizioni regionali e attengono a:

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

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

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

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

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

Questa prospettiva la deliberazione della Giunta regionale n. 3204 del 10 settembre 2005 ha previsto l'inclusione di rappresentanti regionali nel Dipartimento competente in materia di salute e politiche sociali nel Comitato Scientifico dell'Osservatorio regionale per le politiche sociali, al fine di accogliere bisogni provenienti dal mondo del lavoro, della scuola e del privato sociale. L'importanza del contributo offerto dalle associazioni di volontariato è stato recentemente riconosciuto dalla legge regionale n. 16/2005 che, per disciplinare l'intero settore, ha attribuito ad esso anche un ruolo di testimone privilegiato nella lettura dei bisogni della popolazione regionale.

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

La crescita necessaria di acquisire competenze di ordine crescente, che richiederanno una presa in carico progressiva, condizionata dai canali di collaborazione e dai canali di informazione, che consentano così possibile l'attività dell'Osservatorio medesimo.

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

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

È prematuro è invece il consolidamento di una rete operativa di operatori dell'Osservatorio politiche sociali da coinvolgere nelle attività di osservazione istituzionale, anche perché poco consolidati sono gli assetti amministrativi stabiliti dalla legge

nale 7 dicembre 1998 n. 54 e dalla successiva legge regionale 8
io 2001, n. 1 che accrescono l'autonomia e trasferiscono
cenze agli enti locali.

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

zione delle azioni.

zioni previste nel triennio per accrescere la capacità
cittiva, valutativa e comunicativa dell'Osservatorio politiche
li riguardano:

ruolare nuovi indicatori rispetto a quelli già individuati relativi
attività, sempre più orientati alla valutazione dei processi e degli esiti;
nsolidare l'attività editoriale dell'Osservatorio per le Politiche
li con la pianificazione programmata di una serie di pubblicazioni in
ia di politiche sociali sia a carattere generale, sia a carattere
ico, come ad esempio quello già avviato sulle problematiche della
lia e della disabilità, anche attraverso strumenti di rilevazione ad hoc;
oportare la creazione e la razionalizzazione dei flussi informativi
ttore, anche in un'ottica integrata, sociale e socio-sanitaria;
crementare e promuovere lo sviluppo, a tutti i livelli, di una
ca fondata sull'osservazione istituzionale come momento irrinunciabile
programmazione e della valutazione delle politiche e degli interventi in
o sociale, anche mediante attività formativa dedicata;
stituire ed avviare una rete di referenti stabile regionale che
cipi alla identificazione dei nuovi bisogni conoscitivi, alla
ttazione dei relativi interventi di rilevazione delle informazioni e alla
ra ed interpretazione dei risultati nei diversi ambiti di competenza;
iluppare competenze in materia di comunicazione, nonché la
ficazione di cicli di presentazione dei risultati, differenziati in base
co recepimento in documenti tecnico-organizzativi o politico-
ammatori.

tivo n. 2.

edere l'osservazione epidemiologica ai
minanti di tipo ambientale.

ità: istituzionalizzazione dell'osservazione epidemiologica
ntale.

o di riferimento.

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

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

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

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

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

quanto di propria competenza e fattibilità, l'Osservatorio regionale si adopererà in questa direzione dedicando impegno e professionalità a questo ambito di studio. Pertanto necessario coinvolgere in questa fase di avvio, oltre alle iniziative attive nella tutela dell'ambiente, anche altri soggetti, interni ed esterni all'amministrazione regionale ed individuabili nel: Dipartimento Sistemi Informativi, per il supporto tecnico del contesto ambientale, Dipartimento Territorio, Ambiente ed Infrastrutture pubbliche, per la condivisione e lo studio di fattibilità delle iniziative individuate, l'Azienda U.S.L. ed, in particolare, il Dipartimento di Prevenzione, per le competenze in materia a questo riguardo ed, infine, professionisti senior, esterni all'amministrazione regionale, per l'acquisizione di tutte le competenze necessarie alla individuazione delle competenze, alla loro verifica, alla progettazione della piattaforma informativa e alla definizione degli indicatori.

attuazione delle azioni.

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

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

attività n. 3.

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

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

o di riferimento.

ssione del Dipartimento di Prevenzione, come definita dalla
tiva nazionale e regionale, è quella di garantire la
a della salute collettiva e di fornire una risposta unitaria ed
ace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione,
guendo le strategie di: promozione della salute, prevenzione
stati morbosi, miglioramento della qualità della vita. A
copo, il Dipartimento promuove le azioni volte ad individuare e
vere le cause di nocività e di malattia di origine
ntale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con le
aree e servizi aziendali.

tivamente, si possono individuare attività ordinarie consolidate ed
ità di tipo innovativo. Le attività ordinarie,
camente svolte dai Servizi del Dipartimento, sono comprese nei
li essenziali di assistenza come definiti dal Decreto del
dente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001.

ueste attività, sono annoverate tutta una
di prestazioni volte a soddisfare esigenze specifiche delle
uzioni presenti sul territorio, che comportano, tra l'altro,
erritorializzazione notevole dell'impegno ambulatoriale.

partimento ha già iniziato una riflessione sulle
ità
arie individuandone alcune che presentano delle connotazioni di
ficienza e/o di inefficacia se valutate con i principi della
nce Based Prevention (E.B.P.); la loro eliminazione ha
ntito un recupero di risorse che potranno essere destinate allo
ppo di programmi di prevenzione.

corso non può comunque ritenersi completato
orre dedicare ancora energie a questo processo. La liberazione
sorse derivante da questa razionalizzazione dovrà servire
icare spazio alla attività di progettazione e di
zzazione di interventi di prevenzione più rispondenti
esigenze della popolazione.

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

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

È inoltre una necessità di forte partecipazione del Dipartimento
di Prevenzione alla realizzazione del Piano regionale di prevenzione
attiva. L'atto di intesa fra Stato, Regioni e Province autonome del
15 marzo 2005, rep. n. 2271 - con il quale è recepito il
Decreto di prevenzione attiva - impegna le Regioni a dotarsi di un
Piano regionale di Prevenzione attiva per il triennio 2006-2008.

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

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

Il documento per raggiungere gli obiettivi di cui sopra è
costituito dalle azioni mirate alla razionalizzazione
e organizzazione delle attività del Dipartimento di
Prevenzione attraverso lo sviluppo della loro distrettualizzazione e
la definizione dei processi e dei relativi compiti.

zione delle azioni.

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

completare l'intervento di revisione delle attività del Dipartimento
prevenzione allo scopo di identificare, catalogare e valutare le attività
prevenzione in corso, promuovere l'adozione delle sole pratiche di provata
efficacia;

definire il modello organizzativo del Dipartimento di prevenzione
verso l'aggiornamento della normativa regionale di riferimento e una
attualizzazione delle sue attività che individui figure referenti che
rispondano al Piano nelle attività distrettuali e rispondono a specifiche
esigenze del territorio di riferimento;

potenziare a livello centrale la capacità di progettazione e indirizzo
attività di prevenzione efficaci attraverso interventi di formazione e
attuazione di progetti pilota come quello dello "Sportello unico" della
prevenzione e l'attuazione dei registri per le cause di morte o per patologie;

progettare l'unificazione logistica delle attività centralmente svolte
Dipartimento di Prevenzione;

sviluppare, in rete con l'Osservatorio epidemiologico regionale e per
politiche sociali (OREPS), le attività di osservazione epidemiologica
sanitaria e ambientale.

articolo n. 4.

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

attività: promozione di corretti stili di vita.

ambito di riferimento.

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

alcuni di questi stili di vita sono divenuti un fatto culturale, ed hanno
determinato il nascere di tradizioni, usi ed abitudini alimentari e
strumentali che, con gli occhi di oggi, sono in netto contrasto

quelli che definiamo corretti stili di vita: una certa tipologia di alimentazione, ricca solo di elementi reperibili in natura e, soprattutto, non del tutto rispondenti da soli a quelli che sono gli standard odierni di una buona e corretta dieta, quali, ad esempio, l'uso di bevande alcoliche che sfocia troppo spesso in abuso e l'eccesso di grassi animali nell'alimentazione.

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

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

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

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

Il ruolo che la Regione svolge da tempo nell'educazione alla salute si

nel più ampio contesto della Promozione della salute
definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
l'attuarsi del processo che mette in condizione gli individui
a agire, anche socialmente, per controllare e migliorare il proprio
livello di salute; un processo che combina attività di
educazione sanitaria, messa a disposizione di servizi e
attività comunitarie (quali ad esempio gli screening neonatali e oncologici),
attività legislative ed indicazioni normative e regolamentari.

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

In questo senso, la politica di promozione della salute perseguita dalla
Regione evolve attraverso un percorso che considera della salute gli
aspetti fisici, mentali, sociali e ambientali. La sostanziale
convergenza di elementi comuni agli argomenti principali oggetto
dei programmi di promozione della salute e educazione sanitaria
ha spinto la Regione a perseguire gli obiettivi mediante programmi
organizzati a più livelli.

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

La promozione alla salute comprende le opportunità di apprendimento
strutturalmente costruite, che includono quelle forme di

icizzazione ideate per migliorare la conoscenza, la motivazione e capacità che contribuiscono al controllo sulla salute da dell'individuo e della comunità. Gli studi sulle e naturali delle malattie e sui determinanti della salute hanno in evidenza il peso e l'impatto che rivestono i fattori -sanitari, in particolare quelli di tipo ambientale e -economico. Tra questi vi sono l'ambiente fisico, guatezza della casa, l'occupazione e le condizioni di o, il reddito disponibile, che sono suscettibili di interventi ttivi e che condizionano e generano disuguaglianze nello stato lute della popolazione.

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

iore obiettivo importante sarà quello di sapere identificare i c di popolazione su cui centrare gli interventi sulla base di ri di efficacia, fattibilità e sostenibilità intervento; ciò soprattutto a fronte di risorse nate, non ulteriormente espandibili.

ggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di nzione delle malattie deriva dalle conoscenze e dalle competenze che disponibili (analisi epidemiologiche, di informazione e icazione del rischio e di valutazione degli interventi che hanno alenza strategica per la promozione della salute), ma é ttutto condizionato dalla percezione, dai giudizi e dai valori tti i soggetti coinvolti. Occorre quindi che il servizio ario, nel promuovere la difesa della salute, faciliti l'accesso nformazione e crei le condizioni per un efficace processo di icazione del rischio tra tutti i soggetti interessati, ppando tutte le competenze necessarie.

omozione della salute dovrà svilupparsi attraverso azioni fattoriali e multidisciplinari finalizzate a realizzare venti informativi ed educativi aventi lo scopo di rendere il dino più consapevole dell'importanza del proprio ruolo gestione del "bene salute" e per sviluppare e/o ziare atteggiamenti e stili di vita favorevoli all'autotutela mantenimento della propria salute sulla base di valori e ipi personali.

promuovere comportamenti e stili di vita corretti per la salute
colare attenzione andrà posta per la Regione Valle
ca al recupero di abitudini alimentari corretti all'adozione
ili di vita positivi che consentano, anche nell'età
a e anziana, una moderata attività fisica e la
nzione e/o la riduzione del danno derivante da comportamenti
lmente negativi come il fumo e l'abuso di alcol.

Questo quadro di riferimento, si inserisce lo sviluppo dell'offerta
rica relativa alla medicina sportiva, intesa sia come supporto
lenziale sia come accertamento dell'idoneità
attività agonistica.

zione delle azioni.

programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione
ziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della
d'Aosta i seguenti interventi:
alizzare interventi, centrati su fasce di popolazione definite anche
base di dati riguardanti le disuguaglianze sociali, che si pongano come
tivo primario la modifica degli stili di vita e delle condizioni
ntali, con particolare riferimento a campagne di informazione e di
zione riguardanti:
percorsi nascita e le campagne vaccinali rivolti in particolare alla
olazione immigrata e svantaggiata;
abitudini alimentari ed il modificarsi delle esigenze nutrizionali
endenti dai momenti e dal progredire della vita con particolare
perimento al periodo gestazionale ed all'età evolutiva;
importanza di una attività fisica corretta, continua ed adeguata
età, intervenendo sia sulla popolazione sia sugli attori del mondo dello
rt amatoriale, agonistico e pre-agonistico e della scuola;
contenimento delle abitudini voluttuarie errate (tabagismo,
olismo) attraverso lo sviluppo e la diffusione territoriale di strumenti
sostegno del singolo (ambulatori specifici, attività territoriali
itarie e sociali) e di azioni mirate a popolazioni di giovani e giovani
lti;
contenimento dei comportamenti a rischio nelle carceri;
alizzare interventi di formazione per gli operatori sanitari e
li volti a:
er interpretare correttamente il proprio fondamentale ruolo
ventivo;
er distinguere gli interventi di prevenzione primaria da quelli di
venzione secondaria (diagnosi precoce);
er direttamente promuovere la salute;
er valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione;
alizzare interventi di comunicazione al pubblico, in alcune
stazioni patrocinate dall'Ente pubblico, in setting definiti
mercati, scuole, servizi sanitari, ecc...) e di educazione sanitaria a
i definiti di popolazione;
viare il servizio di medicina sportiva a gestione diretta
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
alizzare confronti, analisi e studi per sviluppare proposte riferite

problema dell'educazione alla salute nell'Arco alpino, avendo cura di individuare le caratteristiche simili, uguali, parallele tra le regioni alpine; valutare, in base alle risorse disponibili, la possibilità di inserimento di livelli di assistenza aggiuntivi nell'ambito della scuola scolastica; introdurre il monitoraggio del fenomeno del tabagismo e dell'alcoolismo, così da valutarne l'entità e definirne, in prospettiva, le situazioni di diminuzione da perseguire; sostenere le associazioni di mutuo aiuto nell'ambito degli alcoolisti; promuovere programmi per la sorveglianza e la riduzione dell'obesità infantile.

articolo n. 5.

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

attività A: prevenzione dell'infortunistica sul lavoro.

base di riferimento.

prevalenza delle patologie e degli infortuni di qualsiasi origine è determinata da un numero di eventi mortali o permanentemente invalidanti che generano elevati costi sociali e sanitari.

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

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

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

gradatamente prioritariamente percorribile appare sicuramente quella di
appare una prevenzione primaria centrata sui valori della
sicurezza.

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

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

Particolare importanza in Valle d'Aosta, quale territorio di montagna, riveste
il monitoraggio e la valutazione degli effetti delle radiazioni
ultraviolette solari sulla salute dell'uomo considerando che molti
operatori svolgono attività ad alta quota.
In proposito si segnala che l'ARPA Valle d'Aosta ha intrapreso un programma
di monitoraggio le cui attività sono finalizzate, tra l'altro,
ad acquisire dati utili all'approfondimento delle conoscenze in
materia di radiazioni ultraviolette sia alla valutazione di ciò
che comporta l'esposizione alla radiazione ultravioletta solare per
quei soggetti che, per esigenze professionali svolgono
attività ad alta quota.

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

attuazione delle azioni.

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

- costruire le mappe di rischio regionali per comparto e per gravità;
- cofinanziare, in stretto coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione U.S.L. e l'I.N.A.I.L. Valle d'Aosta, un piano preventivo regionale mirato alla tutela della salute nei luoghi di lavoro che moduli efficacemente i strumenti della prevenzione (educazione e formazione, gestione del rischio, repressione, ecc.);
- attuare il piano e verificare i risultati ottenuti;
- collaborare, anche in collaborazione con l'A.R.P.A. Valle d'Aosta, con iniziative di promozione della salute e di prevenzione dei rischi da radiazioni a raggi UV con particolare riferimento ai comportamenti da adottare in relazione all'esposizione al sole sia lavorativa sia non lavorativa, all'uso inadeguato dei mezzi di protezione ed al controllo medico della propria pelle;
- promuovere e migliorare la tutela e la promozione della salute negli ambienti di lavoro, in particolare quello relativo agli ambienti di lavoro in cui è necessario l'utilizzo di agenti chimici.

attività B: prevenzione degli incidenti domestici.

Fonte di riferimento.

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

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

In Italia, secondo i dati dell'indagine multiscopo ISTAT vi sono stati circa 1.000 milioni di persone vittime di incidente domestico nel 2001. Secondo i dati del SINIACA, aggiornati e coordinati per la Valle d'Aosta dal sistema Informativo del Pronto Soccorso, in Italia nel 2001 almeno 1.300.000 persone hanno richiesto assistenza in pronto soccorso ospedaliero a causa di incidente domestico (2% della popolazione nazionale) e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati (0,2% della popolazione nazionale) per un costo totale di circa 400 milioni di euro all'anno. Infine dai dati ISTAT e SINIACA si possono stimare 4.500 morti per incidente domestico.

tico nel 2001 (7,8 morti per 100.000 abitanti).

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

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

sottolineare, infine, come dati sul livello di sicurezza delle
zioni nel loro complesso siano difficilmente disponibili per cui
rende necessaria una raccolta organica che possa in futuro
are interventi specifici.

zione delle azioni.

ogrammazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione
ziative in proprio sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della
d'Aosta, i seguenti interventi:
nitorare il fenomeno attraverso il Pronto Soccorso e il DEA
ngendo un supplemento d'informazioni (non tradizionalmente raccolte dal
o Soccorso) come da protocollo SINIACA dell'Istituto Superiore di Sanità
cegrare queste informazioni con altri sistemi informativi correnti (SDO,
lità);
viare una campagna di informazione mirata ai soggetti più a rischio,
ensibilizzare sulle potenziali fonti di rischio all'interno delle mura
tiche;
omnuovere un Tavolo di lavoro coinvolgente i seguenti soggetti:
sorato Lavori Pubblici, il competente servizio dell' Azienda U.S.L.,
IL, l'ISPEL, i rappresentanti degli Enti Locali, gli ordini
ssionali, nonché altri soggetti interessati, al fine di analizzare le
ematiche concernenti la prevenzione degli incidenti domestici e di
ammare linee di intervento.

tivo n. 6.

tiare la sicurezza degli alimenti conformemente
indicazioni della normativa comunitaria e sostenere il
oramento qualitativo delle produzioni tradizionali.

ità A: responsabilizzazione dei produttori alimentari.

o di riferimento.

rmativa comunitaria sulla sicurezza alimentare è
a incontro negli ultimi anni a importanti evoluzioni, a partire
ibro Bianco e dal Regolamento comunitario 178/2002, fino
stituzione dell'European Food Safety Authority (EFSA). Lo
principale di queste normative è stato quello di
tare la fiducia dei consumatori negli organi preposti alla
a della salute pubblica, che le crisi alimentari legate alla
e Spongiform Encephalopathy (BSE) ed alla diossina hanno
mente minato.

oro Bianco formula proposte atte a trasformare la
ica alimentare in uno strumento dinamico, coerente e completo
ad assicurare un elevato livello di salute umana e di tutela dei
natori.

o principio ispiratore consiste nel prevedere che
litica della sicurezza alimentare debba basarsi su di un
ccio completo e integrato capace di considerare l'intera
a alimentare così da responsabilizzare sia i produttori
ngimi, sia gli agricoltori sia gli operatori dell'alimentare
tto alla loro responsabilità primaria nella sicurezza
alimenti.

o comporta modificazioni di conoscenze ed
giamenti da parte dei produttori primari, dei produttori di
ni, degli operatori del settore della trasformazione,
rvazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti.

lineare il ruolo che riveste la produzione
ria, quale primo anello della catena produttiva, nell'assicurare
urezza alimentare, è fattore determinante ai fini
ottenimento del risultato. Altrettanto importante è far
ere la coscienza che tutta la filiera deve mantenere, attraverso
canismi dell'autocontrollo, i requisiti dell'alimento ai
ni livelli.

zione delle azioni.

programmazione regionale dovrà prevedere, sia
verso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso
attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i
nti interventi:
vorire la sperimentazione in campo delle modalità di gestione della
entazione obbligatoria per le aziende agricole e gli allevamenti di
i ed ovicaprini;
nsolidare la capacità di gestione dei piani di autocontrollo
dale da parte degli operatori alimentari anche attraverso l'attenta
azione da parte del Dipartimento di prevenzione della loro formazione ed
rnamento professionale.
finire e formalizzare a livello regionale un elenco di medici
inari e di agronomi e periti aziendali;
vorire la preparazione e applicazione di manuali di buone prassi
iche nelle aziende agricole e negli allevamenti;
vorire la preparazione di manuali di buone prassi igieniche da
carsi da parte degli operatori che intervengono sulla filiera dei
tti aventi denominazione di origine protetta (DOP) o tradizionali,
endendo anche la fase di somministrazione.

ità B: sviluppo del sistema di analisi del rischio.

o di riferimento.

lisi del rischio rappresenta il fondamento
i si basa la politica di sicurezza degli alimenti mediante una
tta applicazione delle tre componenti fondamentali:
utazione del rischio (consulenza scientifica e analisi
l'informazione)
zione del rischio (norme e controlli)
unicazione del rischio.

lutazione del rischio richiede un sistema
nativo organizzato ed un organismo tecnico scientifico in grado
iluppare tale valutazione sulla base dei dati forniti dal
ma informativo.

stione del rischio si realizza attraverso i
olli esperiti dai servizi del Dipartimento di prevenzione e dai
derivanti dalle attività sul territorio che consentono di
ntare il sistema informativo.

stituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) e
nza Regionale per l'Ambiente della Valle d'Aosta (ARPA)
cipano garantendo sia l'attività di analisi ed il
erto tecnico scientifico, sia l'afflusso di dati che alimentano
stema informativo. Risulta comunque necessario sviluppare la
ità di raccolta di dati da parte dei Servizi territoriali
Laboratori ed adattare i piani di controllo degli alimenti
loro varie componenti alle necessità derivanti da questa
impostazione.

municazione del rischio è anch'essa
lmente ridotta soprattutto se intesa, come vuole la normativa
itaria, quale scambio continuo di informazioni dagli organi di
ollo verso i consumatori ed i produttori e viceversa.

enziamento dell'attuale sistema informativo, la
nalizzazione dei controlli già esistenti, lo sviluppo di
aci programmi di sorveglianza e monitoraggio devono essere
derati i presupposti fondamentali per impostare un approccio
al controllo degli alimenti, basato sulla valutazione, sulla
ta gestione e sulla comunicazione del rischio.

zione delle azioni.

ogrammazione regionale dovrà prevedere, sia
verso la realizzazione di iniziative in proprio sia attraverso
ività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta i
nti interventi:
ovvedere ad una nuova organizzazione dell'anagrafe dei produttori di
nti unificando le anagrafi esistenti;
ovvedere ad una nuova organizzazione del sistema informativo
inario mediante la definizione dei flussi di dati, l'integrazione con i
provenienti dall'Assessorato competente in materia di agricoltura,
IZS e dall'ARPA;
stituire un Comitato Regionale per la Sicurezza Alimentare con il
co di effettuare la valutazione del rischio alimentare;
rmulare un piano di allerta alimentare rapido compatibile con quello
nale;
ottare da parte del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L.
Valle d'Aosta piani di controllo ufficiale degli alimenti adeguati alle
azioni fornite dal Comitato regionale per la sicurezza alimentare;
rificare mediante auditing l'efficacia dei controlli espletati dai
zi del Dipartimento di Prevenzione;
ovvedere all'impostazione di un sistema di comunicazione del rischio
a partecipazione dei cittadini attraverso le associazioni di categoria
oduttori e dei consumatori e la pubblicazione sul sito regionale e sui
messi a disposizione dalle associazioni dell'esito dei controlli
iali effettuati.

tivo n. 7.

astare le principali cause di morte per malattia
nti nella popolazione, con particolare riguardo alle patologie

ovascolari, cerebrovascolari ed ai tumori.

ità A: realizzazione di programmi di prevenzione primaria e
daria.

o di riferimento.

lattie cerebro e cardiovascolari rappresentano le
ipali cause di morte in Italia come in Valle d'Aosta, essendo
nsabili del 44% di tutti i decessi.

ntenimento di questi fenomeni patologici impone
venti di prevenzione sia primaria, rivolta ad impedire
rgenza di nuovi eventi patologici, sia secondaria, rivolta a
osticare precocemente nell'individuo o in gruppi di
azione i segni premonitori o ad individuare un problema di
e nell'intento di arrestare o ritardare la comparsa
evento patologico.

ano Sanitario Nazionale ha specificatamente
lineato la necessità di dedicare particolare attenzione
differenze registrate nella incidenza e nella mortalità
e diverse aree geografiche, al fine di realizzare interventi
cati ad incidere sulla diminuzione dei fattori di rischio.
i, infatti, sono unanimemente riconosciuti nella abitudine al
di tabacco, nella ridotta attività fisica, nelle
dini alimentari che favoriscono eccesso ponderale, elevati
li di colesterolemia, elevati livelli di pressione arteriosa.

enti efficaci di prevenzione primaria si sono
crati sia la modificazione degli stili di vita, sia il
nimento costante dell'attività fisica, anche a livelli
ati.

denza scientifica dimostra come l'efficacia
interventi derivi sia da campagne di sensibilizzazione ad ampia
sione, sia da programmi di formazione, counseling e sostegno a
colari gruppi di popolazione capaci di veicolare ed amplificare
saggi e le indicazioni recepit.

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

Interventi in Valle d'Aosta di questo approccio
unicamente alla prevenzione secondaria sono state sviluppate in alcune
aree distrettuali (progetto Prato) o all'interno di
percorsi specialistici (ipertensione), oltre che nell'ambito della
prevenzione al tabagismo ove sono attivi programmi di ampio respiro
come il progetto 'Ospedali senza fumo' all'interno della rete
nazionale HPH (Health Promoting Hospitals), un network dell'OMS per
la trasformazione degli ospedali da luoghi esclusivamente di cura a
luoghi di promozione della salute. Significativo apporto alla
prevenzione dell'insorgenza dell'ictus è dato dalle
diverse attività realizzate dall'Associazione Alice,
attuata a livello regionale, e diventata punto di riferimento
non solo a livello regionale ma anche a livello nazionale.

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

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

Per il futuro saranno il proseguimento nelle
attività intraprese:
- favorire la maggiore diffusione sul territorio regionale alle varie
iniziative;
- aumentando l'informazione sui regolamenti vigenti e della compliance
e del loro rispetto;
- mettendo, inoltre, strumenti per il monitoraggio dell'applicazione a
disposizione delle strutture sanitarie e dagli uffici pubblici;
- implementando le campagne di comunicazione generali, in coordinamento

le iniziative nazionali ed internazionali, e campagne mirate in particolare al target di popolazione compreso tra i 10 e 18 anni; realizzando i progetti di prevenzione nella scuola, mirati all'acquisizione di stili di vita sani, con caratteristiche di curricolarità e intersectorialità; garantendo la promozione di organizzazioni senza fumo (oltre l'ospedale, i luoghi di lavoro senza fumo, a partire dalla Regione); promuovendo interventi organizzati di cessazione (individuali e di gruppo) ed interventi in setting specifici, quali ad esempio le associazioni sportive.

realizzazione delle azioni.

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

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

Attività B: sviluppo ed attivazione di programmi di screening.

Fonte di riferimento.

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

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

Le quattro aree evidenziate come prioritarie (screening oncologico, prevenzione cardiovascolare, screening per il diabete, screening per le infezioni sessualmente trasmissibili, screening per le malattie infettive, screening per le malattie rare, screening per le malattie genetiche, screening per le malattie neurodegenerative, screening per le malattie autoimmunitarie, screening per le malattie metaboliche, screening per le malattie emorragiche, screening per le malattie renali, screening per le malattie epatiche, screening per le malattie cardiache, screening per le malattie respiratorie, screening per le malattie muscolari, screening per le malattie del sistema circolatorio, screening per le malattie del sistema digerente, screening per le malattie del sistema urinario, screening per le malattie del sistema riproduttivo, screening per le malattie del sistema immunitario, screening per le malattie del sistema endocrino, screening per le malattie del sistema nervoso, screening per le malattie del sistema circolatorio, screening per le malattie del sistema digerente, screening per le malattie del sistema urinario, screening per le malattie del sistema riproduttivo, screening per le malattie del sistema immunitario, screening per le malattie del sistema endocrino, screening per le malattie del sistema nervoso) questa attività sviluppa le attività legate allo screening.

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

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

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

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

Il servizio diagnostico, è intenzione della Regione

re il più possibile le liste d'attesa per i cittadini
n sospetto di neoplasia.

zione delle azioni.

ogrammazione regionale dovrà prevedere, sia
verso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso
ività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i

nti interventi:

effettuare una campagna regionale di sensibilizzazione e promozione
screening del colon-retto, di estensione e miglioramento dei programmi
creening dei tumori femminili e di rafforzamento dei messaggi preventivi
ulla popolazione sia sugli operatori sanitari;
ativare e sviluppare lo screening del colon-retto;
nsolidare i modelli di gestione integrata degli screening;
ativare il Registro dei tumori.

tivo n. 8.

ziare i rapporti tra ospedale e territorio e rendere effettivi la
nuità assistenziale e lo sviluppo dell'organizzazione unitaria dei
zi basata sul distretto.

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

o di riferimento.

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

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

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

enimento di questo obiettivo è funzione di un cambiamento culturale e
ssionale che dovrà essere supportato da importanti modifiche
izzative capaci di incidere sul modo sia di assistere gli ammalati, sia
terfaciarsi professionalmente tra operatori, sia di distribuire le
azioni sul territorio.

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

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

Realizzazione delle azioni.

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

- Completare le modalità di erogazione delle cure per profili di competenza sanitaria anziché per competenze, così da assicurare il rispetto della vera centralità dell'utente;
- Definire ed applicare modelli organizzativi integrati sia distrettuali sia distrettuali;
- Definire le modalità di valutazione multidimensionale e professionale dell'utente che consentano la corretta e completa soddisfazione dell'insieme dei suoi bisogni;
- Definire ed applicare le modalità di lavoro in équipe territoriali - organizzate su base distrettuale - che vedano la presenza di tutte le professionalità (cliniche, specialistiche, organizzative, sociali), necessarie a garantire l'indispensabile continuità di assistenza;
- Realizzare attività formative per sostenere la fase di transito verso lo stabilimento stabile di assistenza distrettuale sinergico con l'assistenza ospedaliera e complementare ad essa nelle medesime aree;
- Provvedere al continuo aggiornamento ed allo sviluppo del sistema informativo, delle basi dati, della comunicazione interprofessionale ed interistituzionale, professionale, interistituzionale e intraistituzionale;
- Prevedere ed attuare forme di coinvolgimento dei rappresentanti degli enti locali in ordine alla programmazione distrettuale delle attività.

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

Obiettivi di riferimento.

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

Lo strumento a disposizione del Dipartimento si è aggiunto nella seconda metà del 2001 il nuovo certificato di assistenza al parto (CEDAP), che consente la rilevazione puntuale dei dati relativi alle nascite e alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori. Esso ha consentito di

zzare più puntualmente i fenomeni connessi alla gravidanza ed al parto e
gli aspetti di salute relativi al neonato (c.d. "percorso nascita") ed
stituito la base per valutare ogni necessità di adattamento o modifica
percorsi assistenziali.

lle d'Aosta vanta il più alto numero di Consultori, in relazione al
o di utenti del SSN, ma l'affluenza delle donne gravide che accedono ai
ltori, o presso l'ambulatorio dell'UB di ostetricia-ginecologia è molto
, anche se le prestazioni necessarie per tutto il percorso della
danza sono gratuite, come definito dal d.m. 10 settembre 1998.
oggetto obiettivo "ambulatorio delle ostetriche della gravidanza
ologica" ha dimostrato che - se pubblicizzato in modo adeguato - emerge
in Valle d'Aosta una larga richiesta di gravidanza demedicalizzata. A
fine si verificherà la possibilità di estendere questa esperienza anche ai
ltori.

005 è stato siglato un protocollo d'intesa tra la Regione e il Comitato
ano per l'UNICEF - Onlus per la protezione, la promozione ed il sostegno
allattamento al seno e per la candidatura della Valle d'Aosta a "Regione
nata per la promozione degli ospedali amici dei bambini OMS - UNICEF".
protocollo viene applicato dal Dipartimento materno-infantile al fine di
prare le competenze, l'integrazione e l'organizzazione degli operatori
ari che svolgono attività di sostegno dell'allattamento al seno in tutto
corso nascita e favorire la creazione di un "Ospedale amico dei bambini"
strutture anche territoriali "amiche dei bambini". In questo ambito si
ca poi il documento approvato dagli Assessori regionali alla salute quale
no per l'applicazione nelle singole regioni e per la promozione congiunta
ello nazionale della "Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione,
zione e sostegno dell'allattamento materno" - adottata dall'UNICEF e
OMS (Firenze, luglio 1990) - nonché per lo sviluppo di ogni possibile
gia con l'UNICEF e le altre organizzazioni impegnate a sostegno
allattamento materno.

no ancora da sviluppare alcune aree, tra le quali emergono in particolare
egrazione tra gli specialisti che operano in ospedale e quelli che
no sul territorio, nei consultori e negli ambulatori, nonché
egrazione tra gli specialisti dipendenti dell'Azienda e i pediatri di
a scelta. Tale integrazione può risultare particolarmente utile per
ungere un'omogeneità di comportamento tra specialisti ospedalieri e
coriali circa le indicazioni di prevenzione, diagnosi e cura ed anche nel
sto dell'attività di prevenzione legata all'interruzione volontaria
gravidanza, attività che trova la sua sede naturale nei consultori sul
corio.

zione delle azioni.

ividuare modalità per potenziare l'integrazione tra gli specialisti
alieri e gli specialisti territoriali ed i pediatri di libera scelta;
stenere il progetto per l'allattamento al seno;
nsolidare il "percorso nascita" dando particolare rilievo alla
za preventiva e di sostegno al ruolo genitoriale;
iluppare l'attività di informazione e prevenzione dell'interruzione
aria di gravidanza, nell'ambito del "percorso nascita", con particolare
imento alla popolazione immigrata;
alizzare, mediante il Dipartimento materno-infantile ed ai fini di
entuale aggiornamento, il modello funzionale ed organizzativo della rete
onsultori sul territorio;
bblicizzare e valorizzare il ruolo specifico delle ostetriche nel
orso della gravidanza fisiologica nei Consultori stessi.

ità C: Riduzione delle liste di attesa e potenziamento dei percorsi di

o di riferimento.

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

no quindi obiettivi prioritari di questo piano sia la ricerca
appropriatezza quale strumento di equità distributiva delle risorse
arie e sociali, sia la concretizzazione delle attività rivolte alla
izione dei piani di zona e sia la ricerca epidemiologica.
ste di attesa vanno intese come un indicatore di risultato del processo
ddisfacimento della domanda di servizio su cui incidono numerosissimi
ri:

anizzativi (corretta stratificazione della domanda, accessibilità,
anizzazione distrettuale, ecc.);

curali (iter formativi della medicina primaria e specialistica,
enzione alla definizione di percorsi comuni ospedale-territorio,
ssioni dei media, medicina difensiva, ecc.);

iali (condizioni della famiglia, modifiche nella distribuzione
la popolazione, educazione, scolarità, ecc.);

itici (integrazione delle politiche sanitarie con i territori
ionali circostanti, sistemi premianti l'appropriatezza della domanda e
la redditività dell'offerta, sostegno all'eticità nella distribuzione
le risorse, ecc.).

enti fondamentali per il pieno raggiungimento dell'obiettivo risultano
e:

sservazione epidemiologica e l'epidemiologia clinica;

definizione dei principali appropriati bisogni e dei relativi
bisogni;

completa integrazione tra componente sociale e sanitaria ottenuta
nente una rivisitazione di ruoli, compiti e responsabilità;

ntegrazione ospedale-territorio capace di assicurare la completa
licazione dei principali percorsi assistenziali di urgenza, elezione e
pilitazione;

stesura di protocolli d'intesa e relativi piani di attuazione con
Regioni limitrofe;

responsabilizzazione di tutti gli operatori al contenimento del
omono attraverso politiche premianti trasversali;

coinvolgimento diretto e responsabile degli osservatori esterni nei
ncipali tavoli programmatici e valutativi.

zione delle azioni.

retto percorso programmatorio dovrà quindi prevedere la definizione dei
ni ottenuta tramite il confronto delle componenti sanitarie e sociali, la
ormazione dei bisogni in domanda secondo percorsi assistenziali condivisi
i sull'Evidenza Scientifica ed Assistenziale, la modulazione dell'offerta
guita grazie a modelli organizzativi congrui ed accordi di produzione
gati anche alle regioni limitrofe.

omento che la completa applicazione del percorso sopra descritto
ederà i necessari tempi attuativi, la ricerca dell'appropriatezza sarà

guita tramite la definizione di percorsi assistenziali condivisi.
programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione
iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della
d'Aosta, i seguenti interventi:

finire i principali percorsi assistenziali connessi ai bisogni;
terminare conseguentemente i fabbisogni di prestazioni sanitarie e
li;
clinare i fabbisogni all'interno dei piani annuali attuativi con le
entità gestionali accreditate;
involgere nel sistema premiante di tutte le componenti sanitarie
nti nel SSR;
stituire un tavolo di monitoraggio regionale delle liste di attesa
eda integrare anche il Difensore Civico, il CELVA, le organizzazioni di
a maggiormente rappresentative e il coordinamento dei servizi di
cariato;
realizzare la formazione specifica degli operatori in tema di Medicina
assistenza basate sulla Evidenza Scientifica;
migliorare il conferimento delle prestazioni diagnostiche, di visite e
ni altra attività medico chirurgica nel sistema informatizzato del CUP e
contempo studiare nuove modalità di prenotazione avvalendosi della
logia internet nonché del collegamento informatizzato con la rete dei
i di medicina generale.

civo n. 9.

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

ità A: aggiornamento del modello di assistenza primaria e della
ina specialistica ambulatoriale.

o di riferimento.

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

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

uale offerta sanitaria include, quale livello aggiuntivo regionale,
fiche prestazioni di assistenza odontoiatrica rivolte a determinate
rie di cittadini, segnatamente quelli in possesso di redditi inferiori
d. "minimo vitale", ovvero con deficit immunologici o con sieropositività
V. Oltre a ciò, sempre nell'ambito dei livelli di assistenza regionali,
no erogati contributi economici per le protesi dentarie e per le cure

ontiche. Al fine di garantire una maggiore equità ed un più razionale
go delle risorse finanziarie, si intende valutare l'opportunità di
dere a questo ambito l'utilizzo dell'indicatore regionale della
zione economica (IRSE), in luogo del reddito. Verrà inoltre valutata,
base delle risorse, sia professionali e strumentali che finanziarie, la
bilità di inserimento dell'offerta di protesi dentarie nei livelli
nali aggiuntivi di assistenza, in luogo del rimborso per il loro acquisto.

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

ogrammazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione
ziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della
d'Aosta, i seguenti interventi:

ovvedere alla previsione ed all'applicazione di un modello
izzativo distrettuale che sviluppi prioritariamente forme associative e
dicina di gruppo capaci di integrare l'attività dei singoli, così da
are quantitativamente e qualitativamente l'assistenza primaria con il
olgimento degli specialisti e della continuità assistenziale, anche
verso forme aggregative che avranno modo e diritto di partecipare alle
ità distrettuali ed in particolare alla definizione dei modelli
izzativi, all'individuazione dei meccanismi di programmazione e
ollo, alla defini-zione degli obiettivi di budget;

finire gli accordi regionali connessi al CNU con particolare
zione alle esigenze della qualità, della continuità di cure ed
assistenza delle zone più periferiche;

finire nuove modalità di collaborazione tra MMG, PLS, MCA e
alisti ambulatoriali in relazione alla continuità delle cure che
ntano alla continuità assistenziale migliori condizioni di lavoro ed un
retto rapporto con i loro colleghi e con i rispettivi assistiti;
finire percorsi formativi sia specifici, sia comuni, rivolti ai
di medicina generale, di continuità assistenziale, specialisti e
tri operanti sul territorio favorendo l'integrazione tra ospedale e
torio;

individuare ogni utile iniziativa per l'assunzione nei ruoli del
zio sanitario regionale del personale medico convenzionato per
letamento dell'emergenza sanitaria territoriale;

edisporre una nuova modalità di verifica delle condizioni economiche
estinatari dei livelli regionali aggiuntivi di assistenza sulla base
IRSE;

edisporre, congiuntamente con l'Azienda U.S.L., uno studio per la
ione delle attuali modalità di erogazione delle protesi odontoiatriche,
pprofondimento sulle modalità e proiezione dei costi ipotetici.

ità B: monitoraggio dell'assistenza farmaceutica e della sua
priatezza.

o di riferimento.

imo quadriennio ha visto modificarsi molto il quadro normativo
rdante l'assistenza farmaceutica sia rispetto ai meccanismi di spesa

5, d.l. 18.9.2001, n. 347, che fissa il tetto massimo di spesa
ceutica convenzionata pari al 13% della spesa sanitaria totale; artt. 48
d.l. 269/2003 che istituiscono, rispettivamente, il tetto massimo di
farmaceutica complessiva pari al 16% della spesa sanitaria totale; il
modello di ricetta e l'obbligo di trasmissione dei dati analitici di
al Ministero dell'Economia e delle Finanze) sia rispetto
appropriatezza prescrittiva e di consumo ("Progetto Mattoni" per la
tuzione del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS); Accordo
renza Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

ssi informativi risentono, da una parte, di questa intervenuta rapida
ssione di modifiche legislative, dall'altra, di un non completo ed
civo aggancio della componente prescrittiva, alle prestazioni erogate ed
loro tipologia.

amai, altresì, evidente un rapidissimo evolversi dell'offerta di farmaci
introduzione di molecole di apparente maggior efficacia ma di costo
co. La frequente assenza di meta-analisi riguardanti l'efficacia ed il
rto costi-beneficio e costi-opportunità, impone un'attenta sorveglianza
tto all'appropriatezza prescrittiva.

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

zione delle azioni.

ogrammazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione
ziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della
d'Aosta, i seguenti interventi:

finire modalità di monitoraggio della spesa farmaceutica
aliera, convenzionata, diretta e per conto;

finire un set minimo di indicatori per la raccolta delle
nazioni necessarie a descrivere in modo quali-quantitativo il consumo dei
ci e la relativa spesa farmaceutica, distinta nelle varie aree in cui
si realizza (ospedaliera, territoriale, diretta, per conto e
nzionata);

ovvedere alla formazione ed al supporto degli operatori coinvolti
quanto attiene alla raccolta e al confronto delle informazioni relative
modalità di assistenza dei pazienti.

ità C: prosecuzione delle pratiche riconducibili alle medicine non
nzionali.

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

nea di continuità con il Piano socio-sanitario regionale per il triennio
2004, si intende riconoscere il valore diagnostico e terapeutico delle
che riconducibili alla medicina non convenzionale attraverso lo sviluppo
ricerca in questo settore e prevedendo inoltre qualificati percorsi
civi per i medici che intendano specializzarsi in queste discipline

native alla medicina tradizionale. A tale scopo, con apposito atto della
a, verrà istituito presso l'Assessorato della sanità, salute e politiche
li un gruppo di lavoro atto a verificare l'evoluzione dell'evidenza
tifica nel settore delle medicine non convenzionali.

zione delle azioni.

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

ovvedere all'analisi degli esiti delle sperimentazioni avviate nel
re delle medicine non convenzionali, consolidando le branche che hanno
riscontro di una positiva risposta rispetto ai fabbisogni della
azione;

stituire un gruppo di lavoro che verifichi l'evoluzione dell'evidenza
tifica nel settore delle medicine non convenzionali e che predisponga un
rto finalizzato alla conferma e/o all'ampliamento dell'offerta sanitaria
stana in tale settore.

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

o di riferimento.

ontinua modifica dello stato soggettivo ed obiettivo della persona
ribile nelle fasi avanzate di malattia, in genere nei tre mesi precedenti
rte, rende necessario nella maggior parte dei casi un progetto
enziale integrato, multidisciplinare, multiprofessionale ed in équipe,
ado di offrire un intervento caratterizzato da continuità nelle 24 ore,
razione professionale degli operatori coinvolti ed elevato standard di
ia/umanizzazione. La necessità di offrire livelli assistenziali a
essità differenziata, adeguati alle necessità del paziente, mutevoli
in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema
te che renda possibile l'integrazione di differenti modelli e livelli di
vento e dei differenti soggetti coinvolti.

ete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la
na malata e la famiglia, ove presente, possano essere guidati nel
orso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento
legiata ed in genere preferita dal paziente e dal nucleo familiare nel
& dei casi, e le strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero
zienti in fase avanzata e terminale di una malattia terminale, non
tibili presso la propria casa, per cause sanitarie o socio-economiche (20-
ei casi).

ete sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-
enziale al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della
na malata, alla quale dovrà essere fornito un adeguato supporto
ioso. Particolarmente stimolata e favorita dovrà essere l'integrazione
rete delle organizzazioni no profit, in particolare di quelle di
cariato.

odalità di intervento saranno ispirate agli standard delle «cure
ative», intendendo con tale termine, secondo quanto indicato
Organizzazione Mondiale della Sanità, «l'insieme degli interventi
eutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, dei malati
i malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale

etti interventi) è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e più generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali».

zione delle azioni.

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

tivo n. 10.

nera e monitorare la qualità e la ficità del sistema di emergenza e urgenza sanitaria.

ità: monitoraggio dell'attività sistema di emergenza e urgenza sanitaria, finalizzato al oramento dell'appropriatezza delle prestazioni.

o di riferimento.

uito dell'approvazione del decreto del Presidente Repubblica in data 27 marzo 1992 con il quale sono stati minati i livelli di assistenza sanitaria di emergenza, l'area i trattasi gode di un'organizzazione e di una diffusione coriale importanti e degne di menzione nel panorama sanitario nale.

lle d'Aosta il sistema è assicurato su base regionale da sieme di strutture e di servizi tra loro funzionalmente rati ed articolato nelle fasi di allarme sanitario (ricevuto ed rato dalla Centrale operativa del 118 regionale, della quale si ca la collocazione all'interno di una Centrale Unica nale), soccorso territoriale ed accettazione ospedaliera di o Soccorso, la cui integrazione ed armonizzazione rappresentano iettivo prioritario di questo PSR e che dovranno essere nati operativamente all'interno di apposita normativa dente, adeguati modelli organizzativi atti a favorire e

ovvero l'integrazione funzionale delle attività sanitarie, e quindi dei professionisti, tra il territorio e l'ospedale, ed il perseguimento di piani formativi comuni, i cui standard saranno definiti a livello regionale sulla base dell'evidenza scientifica. Tale sistema si regge sull'impiego di risorse sia sanitarie, che tecniche, che del volontariato regionale, e la disponibilità ed organizzazione dovranno permettere di dare la risposta, in maniera efficiente ed efficace, a seconda della tipologia degli interventi e della stratificazione dei bisogni, sulla base della distribuzione territoriale delle risorse umane e tecnologiche (ambulanza, auto mediche, elicotteri) ragionevole ed atta ad assicurare una risposta adeguata.

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

Il sistema così articolato e capillare determina un assorbimento delle risorse che pone la necessità di creare meccanismi di partecipazione di eventuali forme partecipative dell'utenza ai costi del servizio, in base ad indirizzi regionali che dovranno trovare il loro quadro di riferimento all'interno di apposite normative regionali.

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

La pianificazione delle azioni.

Strumenti che la programmazione regionale dovrà prevedere possono essere così riassunti:

Il sistema di emergenza regionale deve essere concepito come un'unica struttura operativa superando la dicotomia attuale fra componente ospedaliera e ospedaliera e prevedendo la massima rotazione del personale sanitario;

Devono essere identificate soluzioni contrattuali professionali che tendano a ridurre il turnover dei medici del sistema privilegiando il

possibile soluzioni contrattuali stabili, possibilmente di
denza a tempo indeterminato;
ve essere rivista l'organizzazione della Centrale operativa
endola nella istituenda Centrale unica regionale;
ve essere intrapresa la riorganizzazione della continuità
enziale integrandola completamente nelle attività dell'
enza primaria distrettuale ed identificando un sistema
nativo informatizzato unico per tutto il sistema di emergenza
ompreda la gestione della chiamata di soccorso, del dispatch e
attività territoriali (ambulanza, elicottero, PPS).

civo n. 11.

ziare attività di assistenza domiciliare, semi-residenziale e
enziale alternative al ricovero, mediante processi di integrazione fra
zi sanitari e sociali.

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

o di riferimento.

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

ettivo si pone nell'ottica di estendere e consolidare la
nalizzazione dei percorsi assistenziali sulla base del bisogno
enziale di salute e di assistenza, assegnando all'ospedale la funzione
ra dell'acuzie e decentrando opportunamente al territorio le attività di
enza sanitaria e socio-assistenziale da svolgersi, se possibile, al
ilio dell'utente, ovvero in strutture semi-residenziali (assistenza
a) o residenziali, garantendo una sempre maggiore integrazione fra le
ssionalità dell'area sanitaria e quelle dell'area socio assistenziale. E'
utto evidente che a rendere concreta e fattibile la differenziazione dei
rsi assistenziali è la garanzia di servizi e strutture sufficienti ed
i ad attuarli.

rocesso di definizione delle prestazioni erogabili e del modello
izzativo, occorrerà considerare l'esperienza fino ad ora maturata nella
one:

servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) in Aosta;
la RSA di Antey-Saint-André;
le strutture semiresidenziali e residenziali per anziani in Valle
osta.

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

rvizio, rivolto a tutta la popolazione, può, in base alla valutazione
professionale dei bisogni della persona interessata, prevedere interventi

socio-assistenziali, solo interventi sanitari o interventi socio-sanitari
rati. Questi ultimi sono in sintonia con la definizione di ADI
stenza domiciliare integrata) data dal Piano sanitario nazionale.
usa una sperimentazione dell'ADI nel Comune di Aosta - che ha previsto la
in carico multiprofessionale e comunitaria delle situazioni
ematiche, l'integrazione socio-sanitaria e l'avvio di un sistema
nativo finalizzato alla valutazione del servizio - si è provveduto ad
re l'estensione dell'ADI a tutto il territorio regionale.

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

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

nsiderazione dell'importanza di promuovere e garantire l'equità per
esso e per la contribuzione degli utenti che fruiscono dei servizi, è
estesa l'applicazione dell'Indicatore Regionale della Situazione
mica Equivalente quale strumento di valutazione della situazione
mica.

A di Antey-Saint-André è stata progettata per integrarsi nella rete dei
zi distrettuali collocandosi come anello di congiunzione tra la rete dei
zi domiciliari e il presidio ospedaliero ed ha come obiettivi funzionali:
consolidamento dello stato clinico generale e dei risultati
apeutici ottenuti nel reparto ospedaliero;
prevenzione delle complicanze ed il recupero dell'autonomia del
getto in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso ad altre forme
istenziali territoriali.

ne di assicurare alle persone ospiti le prestazioni più adeguate in
rto alle loro condizioni di disabilità e di dipendenza, la RSA è
curata, in termini organizzativi e di dotazione di personale, in funzione
seguenti aree di intervento:

ea della senescenza, riferita a persone anziane con temporanea,
tale o prevalente limitazione della propria autosufficienza, con
rticolare riguardo alle persone affette da malattie croniche;
ea della disabilità, riferita a persone portatrici di handicap
nzionale transitorio o permanente in condizioni di notevole dipendenza,
e necessitano di terapia riabilitativa di tipo intensivo ed estensivo;
ea del disagio mentale, riferita a persone portatrici di disturbi
ichici e neurologici in condizione di notevole dipendenza.

rganizzazione consente di accogliere, anche nella stessa struttura
enziale, gruppi di ospiti con differenti caratteristiche e di garantire
uona flessibilità nell'organizzazione interna e nelle modalità gestionali.

uale offerta di servizi semiresidenziali e residenziali per persone
ne, costituisce uno dei nodi della rete territoriale e deve essere
carizzata da una progettazione fortemente dinamica ed integrata
ambito del distretto.

derata l'importanza strategica dei servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane è stato costituito, con deliberazione della Giunta regionale n. 4603 del 10 dicembre 2004, un "Tavolo di lavoro" per la definizione dei suddetti servizi con l'obiettivo di:

1. Analizzare l'attuale situazione dei servizi semiresidenziali e residenziali;

2. Individuare le necessità ed i bisogni delle persone anziane;

3. Definire gli standard strutturali e gestionali.

Il documento prodotto evidenzia, in particolare, che in Valle d'Aosta nel 2001 (dati Istat, 2001) su 10.076 persone anziane oltre i 75 anni, 717 erano istituzionalizzati (7,11%), mentre una successiva verifica effettuata dalla Regione nel 2003 ha rilevato che gli anziani ospitati in microcomunità erano (3,32%)

La offerta di servizi semiresidenziali e residenziali per persone anziane prevede:

1. Servizi residenziali (microcomunità e comunità alloggio)

La microcomunità è un servizio socio-sanitario integrato a carattere residenziale destinato ad anziani che presentano deficit funzionali tali da compromettere lo svolgimento autonomo degli elementari atti di vita quotidiana; non sono assistibili a domicilio per carenza della famiglia o mancanza di servizi territoriali e necessitano di un'elevata assistenza tutelare o di specifici percorsi riabilitativi, ma non di prestazioni sanitarie intensive.

La comunità alloggio è un servizio socio-sanitario assistenziale a carattere residenziale e a prevalente accoglienza alberghiera destinato ad anziani e/o a persone disabili che abbiano una condizione psicofisica di autosufficienza o parziale autosufficienza, non abbiano particolari problemi assistenziali e, anche per periodi temporanei, non possano restare in famiglia o nel proprio domicilio.

2. Servizi semiresidenziali (centro diurno e centro di incontro)

Il centro diurno è un servizio socio-sanitario integrato a carattere semi-residenziale che ospita, in regime diurno, anziani e/o disabili che non sono più in grado di permanere presso il proprio domicilio e prevede prestazioni assistenziali, sanitarie e riabilitative.

Il centro di incontro è un servizio sociale che offre attività creative e culturali per favorire la vita di relazione.

La offerta di servizi residenziali sul territorio si completerà con la prima attivazione di:

1. Un nucleo di posti letto destinati alla cura dei malati terminali (Hospice) che, nell'ambito della riorganizzazione delle sedi ospedaliere, avrà l'ideale collocazione presso il presidio ospedaliero del Beauregard. Il centro, progressivamente, non sarà più destinato a funzioni sanitarie per la cura delle acuzie. L'Hospice, o Centro di cure palliative, rappresenta uno dei ambiti nei quali i pazienti terminali possono avvalersi di cure attive globali con il fine di lenire il dolore e gli altri sintomi legati alla malattia. Tale struttura garantisce, tra l'altro, la continuità tra le cure erogate in ospedale e quelle erogate sul territorio;

2. Un nucleo di posti destinati alla cura dei malati affetti dal morbo di Alzheimer attraverso idonea collocazione presso una struttura ubicata in Valle d'Aosta.

3. La attivazione delle azioni.

Il programma regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione

iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della
d'Aosta, i seguenti interventi:

provvedere alla definizione ed all'estensione al territorio regionale
condizioni uniformi di accesso ai servizi domiciliari, semiresidenziali e
residenziali, sulla base della valutazione multiprofessionale e
dimensionale dei bisogni sanitari e sociali dell'utente, garantendo
integrazione dei servizi sanitari territoriali con quelli socio
residenziali gestiti da enti locali, a vantaggio di tutta la popolazione
regionale;

attuare la pianificazione a livello di singolo Distretto delle
condizioni e prestazioni sanitarie erogabili senza il ricorso alla struttura
ospedaliera;

effettuare il monitoraggio, a livello di singolo Distretto della
realizzazione dei percorsi assistenziali;

estendere il servizio di Assistenza domiciliare integrata sull'intero
territorio regionale, a seguito della positiva sperimentazione svoltasi nel
Distretto di Aosta;

potenziare la centrale operativa telematica integrata unica con
servizi di supporto all'ADI;

qualificare il mercato privato relativo all'offerta del servizio di
assistenza domiciliare attraverso specifiche azioni formative e di
sensibilizzazione e, allo stesso tempo, orientarne e sostenerne la domanda, anche
attraverso l'erogazione di contributi economici rapportati alla capacità di spesa
delle famiglie e all'effettività della spesa sostenuta;

realizzare nel capoluogo o nelle sue immediate vicinanze, una sede di
attività sia di riabilitazione che di assistenza post-acuta, anche
prevedendo il ricorso ad accordi contrattuali con strutture esistenti
e funzionalmente accreditate;

definire un nuovo modello organizzativo di strutture semiresidenziali
residenziali per persone anziane caratterizzato dai seguenti tre livelli di
cure finalizzate ai bisogni e alle patologie delle persone anziane:

le strutture protette di primo livello sono un servizio socio-
assistenziale a media complessità organizzativa in relazione al numero di
persone ospitate;

le strutture protette di secondo livello sono un servizio socio-
abitativo integrato a carattere residenziale di natura prevalentemente socio-
assistenziale;

le strutture protette di terzo livello sono un servizio socio-
abitativo integrato a carattere residenziale di natura prevalentemente socio-
abitativa;

prevedere - non appena ultimata la struttura - il servizio residenziale
per la cura dei malati terminali (Hospice);

prevedere l'attivazione in Aosta di un nucleo residenziale per la cura
precoce di Alzheimer.

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

Fonte di riferimento.

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

re, enti locali, ecc.) insostituibili per rendere efficaci i processi di
razione o reintegrazione.

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

enta l'accesso dei minori;

prevalenza di utenti adulti è passata negli ultimi anni dall'1,5%

2,5% della popolazione di riferimento (con punte fino al 3%), in

seguenza dell'incremento degli accessi delle persone portatrici di

ologie tradizionalmente considerate minori (disturbi d'ansia e disturbi

ressivi non psicotici);

entano sempre di più i disturbi del comportamento, tra cui i

urbi del comportamento alimentare (D.C.A.) e i disturbi noti

e "doppia diagnosi", dove l'uso di sostanze si accompagna ad un disagio

opatologico;

problemi relativi alla salute mentale hanno avuto maggiore

ibilità nell'ambito della Medicina Generale e della Pediatria di libera

lta. Il fenomeno, già rilevato dalle ricerche epidemiologiche sulla

olazione che segnalavano tassi di prevalenza vicini al 25-30%, è stato

fermato dagli studi sull'uso dei farmaci psico-attivi. Oggi, non meno del

della popolazione adulta richiede e riceve, almeno una volta l'anno,

scrizioni psico-farmacologiche nell'ambito della medicina generale.

i enunciati confermano che è in corso una nuova fase che è caratterizzata

cambiamento, sia del quadro epidemiologico sia degli atteggiamenti

rali della popolazione, nei riguardi della sofferenza psichica ed

nziano il diffondersi di condizioni di malessere sociale e di disagio

ico sia nell'infanzia e negli adolescenti, sia nella popolazione adulta

a conseguente necessità di coinvolgimento della medicina generale e dei

cri di libera scelta.

ntemente con la logica organizzativa e funzionale fin qui esposta i

ipali obiettivi di salute che dovranno essere perseguiti, attraverso

one complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che,

io titolo, concorrono alla tutela della salute mentale, sono:

nuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche

interno di programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;

endere l'offerta di servizi secondo moduli differenziati sulla base

le diverse tipologie di bisogno assistenziale.

zione delle azioni.

ogrammazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione

iziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della

d'Aosta, i seguenti interventi:

tuare, tramite specifici protocolli di collaborazione, interventi di

nzione mirati alla individuazione nella popolazione giovanile,

ttutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a

io;

rtare a conclusione la realizzazione delle strutture assistenziali

enziali differenziandone i programmi, anche con il fine di poter

ogliere i cittadini valdostani attualmente ospitati in strutture

alistiche site fuori dalla regione;

ativare strutture per la realizzazione di programmi di assistenza

a;

stenere la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo aiuto di

riari e di pazienti e di cooperative sociali, con finalità di inserimento

ativo.

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

o di riferimento.

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

nterventi per le dipendenze rientrano infatti pienamente nel sistema
ale di riordino del welfare, e vanno sempre più ad integrarsi con le
i e con le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione al
o, le politiche di promozione dei diritti ed opportunità per gli
scenti ed i giovani, le politiche per l'immigrazione, le attività di
amento e di tutela della popolazione detenuta.

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

idenza il ruolo strategico degli enti locali e del terzo settore nella
azione dei bisogni e nella erogazione di servizi.

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

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

ce così costituita, che necessita comunque di modalità organizzative ed
tive meglio raccordate ed integrate (intendendo per integrazione non la
ca di identità e specificità, ma la condivisione e il potenziamento delle
arità, connesse in reciproca complementarietà, tramite una efficace co-
ttazione) costituisce lo strumento per:

ualificare l'offerta complessiva della cura e dei trattamenti
politativi attraverso la ridefinizione di profili di assistenza integrati
ico-farmacologici, psicologici e sociali, che, a partire da procedure
"presa in carico" strutturate, consentano l'individuazione di percorsi

individualizzati calibrati sulla diagnosi di stato bio-psico-sociale del soggetto e inseriti in una cultura sanitaria "per progetti" che consenta, per ognuno dei soggetti in trattamento, la determinazione di obiettivi di breve, medio e lungo termine e fornisca indicatori di processo e di risultato. Farà parte della riqualificazione dell'offerta una approfondita indagine clinica, di livello regionale, sulle modalità più appropriate di assistenza anche in regime ospedaliero, di degenza e di day hospital, con la definizione di profili di assistenza sia per le de-tossificazioni (per le quali la prestazione ambulatoriale o comunitaria appare inappropriata), sia per la definizione delle "urgenze" non esauribili in protocolli di pronto soccorso, così come per le disfunzioni comportamentali gravi da bisogno compulsivo e dalla conseguente sindrome astinzionale (craving); contare, come problema rilevante, quello del contatto precoce dei giovani consumatori di vecchie e nuove droghe "all'inizio di carriera", che presentano una consistente fascia di sommerso e non hanno ancora scoperto le proprie risorse personali, familiari e sociali, per i quali interventi di prevenzione e contrasto sarebbero molto più efficaci dove fosse possibile raggiungerli tempestivamente. L'approccio, per essere efficace, ha bisogno di riorientarsi dalla esclusiva lettura del disagio come unica matrice dei comportamenti, allo studio degli atteggiamenti, consumi e modalità, che fanno parte del mondo giovanile, dove il consumo occasionale o continuato di sostanze psicoattive, legali e non, rientra ormai in una rappresentazione giovanile di normalità, non oggetto di indagine o criticità di alcun tipo; assicurare una risposta esauriente e qualificata ai soggetti con doppia diagnosi ed ai bisogni di cura delle dipendenze indotte dalle cosiddette nuove droghe. A tal fine andranno predisposti protocolli diagnostici di valutazione condivisi con il Dipartimento di Salute mentale, per l'individuazione della prevalenza patologica (tossicomania o schizofrenia), nonché per la definizione di trattamenti adeguati ai soggetti che presentano caratteristiche effettive di doppia diagnosi; potenziare qualitativamente le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo, con modalità integrate sin dalla fase progettuale, in sinergia con i sindacati, le associazioni degli imprenditori, le agenzie di formazione; potenziare l'operatività dei servizi per l'individuazione, l'orientamento, il trattamento ed il monitoraggio nel tempo dei soggetti con problemi alcolcorrelati.

attuazione delle azioni.

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

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

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

o di riferimento.

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

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

l senso le iniziative assunte in Valle d'Aosta sono state il frutto di
portante opera di confronto e di collaborazione con il Provveditorato
nale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), la Direzione della Casa
ndariale di Brissogne, l'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche
li e l'Azienda U.S.L. che hanno cercato di promuovere la costruzione di
processo d'interazione tra gli Enti ed gli operatori interessati.

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

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

ella consapevolezza delle criticità presenti e di un contesto nazionale
nto e contrastato procedere nel percorso della riforma, la Regione Valle
ca intende perseguire, i seguenti obiettivi:

inire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario,
attuazione del D.lgs 230 del 1999 e del prossimo Protocollo d'Intesa tra
ministrazione Penitenziaria e la Regione;
seguire nell'azione di raccordo con l'Amministrazione
itenziaria, al fine di favorire una approfondita conoscenza dei problemi
itari, e sostenere tutte le collaborazioni possibili tra l'Azienda U.S.L.
a Casa Circondariale di Brissogne per migliorare le condizioni di salute
detenuti;
icurare la presenza attiva dei servizi dell'Azienda U.S.L. nei
cori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel
core dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le
gettualità avviate, anche avvalendosi delle risorse del Fondo nazionale
le politiche sociali- Area di intervento "Dipendenze", volte a
muovere sia interventi formativi integrati, sia modalità di trattamento
istenziale omogenee tra le varie carceri;
ervenire nelle aree di maggiore criticità, rappresentate
icolarmente dai problemi di salute mentale e di natura infettivologica,
raverso la realizzazione di progettualità specifiche;
seguire nella promozione delle progettualità già avviate e per le

li siano emerse risultanze positive.

zione delle azioni.

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

effettuare interventi di offerta attiva per la tutela della salute

le (anche attraverso l'utilizzo di mediatori culturali);

venire e ridurre le malattie infettive (miglioramento delle

zioni igieniche ambientali e personali), la tossicodipendenza e le forme colesionismo;

fririre supporto specifico ai detenuti immigrati (mediazione

rale);

realizzare percorsi socio-assistenziali per il reinserimento (accordi

da U.S.L., Comuni, Agenzia del Lavoro, sindacati, volontariato, ecc..).

tivo n. 12.

ppare l'attività di lungoassistenza e l'attività di riabilitazione

siva secondo la logica di rete integrata di servizi alla persona.

ità: miglioramento dell'offerta assistenziale nei settori della

litazione e della lungodegenza.

o di riferimento.

ttore della post-acuzie comprende quel complesso di attività

enziali che sono erogate una volta stabilizzata la malattia in fase

e che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in

e alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire. Per quanto

orda gli aspetti temporali, si tratta di cure che si inseriscono in un

so momento della storia della malattia, successiva alla fase acuta (o

riticità) e precedente la fase stabilizzata (o di "cronicità"). Ha quindi

mpo di inizio, una precisa successione temporale nella storia di malattia

durata non indefinita. Per quanto concerne gli obiettivi si tratta di

che sono finalizzate ad accompagnare la stabilizzazione della malattia

i due possibili esiti di "guarigione" o di "cronicità".

gione delle caratteristiche della patologia di base e dello specifico

ppo delle cure gli obiettivi saranno riferibili alle grandi categorie

medicina della post-acuzie (lungodegenza e/o lungoassistenza) ed al

ero e rieducazione funzionale (riabilitazione).

iluppo dei servizi di assistenza in regime di ricovero per lungodegenza e

litazione costituisce quindi un complemento essenziale del programma di

lificazione del presidio ospedaliero.

andard programmatico per questa tipologia di prestazioni è fissato a

lo nazionale nel parametro di 1 posto letto per 1.000 abitanti (in Valle

ta dovrebbero figurare 120 posti letto ripartiti equamente tra

degenza e riabilitazione), ma si tratta di un parametro che deve essere

pretato a livello regionale in rapporto all'effettivo sviluppo dei posti

ospedalieri per acuti e della estensione e specializzazione della rete

servizi residenziali.

lle d'Aosta, non figurano formalmente posti letto per questa tipologia di

azioni anche se di fatto sono distribuiti nei vari reparti ed in

colare nell'U.B. di Geriatria. Questo comporta una non conoscenza

effettiva attività di lungodegenza e di riabilitazione in quanto rientra propriamente nell'attività di ricovero per acuti.

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

zione delle azioni.

programmazione regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:
definire con chiarezza gli ambiti ed i limiti dell'assistenza post-acuzie nei confronti dell'acuzie da un lato e delle cronicità dall'altro, identificando percorsi coerenti e modelli di evidenza clinica misurabili;
realizzare il sistema attraverso flussi informativi oggettivi e pertinenti atti a valutare quale sia il miglior modello organizzativo intermedio tra la fusione dell'ammodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio, con conseguente specializzazione del presidio del Beaugard verso attività di non acuzie;
ampliare l'offerta assistenziale territoriale di riabilitazione e di lungodegenza attraverso, sia l'aumento del numero di posti letto di RSA, sia l'incremento qualitativo-quantitativo dell'assistenza domiciliare e la realizzazione del presidio di Beaugard.
Sviluppare l'attività riabilitativa dal punto di vista sia della struttura clinica sia dell'offerta di programmi riabilitativi che potrà essere attuata anche attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento di nuove strutture pubbliche e/o private in modo da contrastare e ridurre la mobilità sanitaria che, in questo settore è attualmente molto elevata;
ridurre progressivamente il livello convenzionale extraregionale.

articolo n. 13.

prevedere una nuova organizzazione delle sedi ospedaliere secondo criteri di razionalità.

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

di riferimento.

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

La rete assistenziale può prevedere anche il soddisfacimento dell'offerta attraverso l'interazione con la rete dei servizi di regioni limitrofe e la partecipazione professionale degli operatori al fine di creare reciproche sinergie in grado di garantire un'offerta qualitativamente integrata e qualificata. In un'ottica di rete la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha già

que sempre cercato di aderire ad accordi interregionali volti a
sfare ed integrare la propria capacità di assistenza partecipando
amente agli stessi e si possono citare:

ociazione interregionale trapianti (AIRT);
cro interregionale trapianti Piemonte e Valle d'Aosta;
e oncologica Piemonte e Valle d'Aosta;
orbo interregionale plasmaderivazione (AIP)

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

glioramento degli spazi e dell'organizzazione clinica nonché l'aumento
sale operatorie permetterà sia di adeguare l'offerta alla richiesta di
azioni altamente specialistiche sia di sviluppare attività di eccellenza,
sarie e fondamentali per risolvere alcuni problemi di equità della
sta assistenziale e per attrarre presso la nostra Regione professionisti
evata caratura tecnica e l'Università.

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

dello organizzativo prefigurato darà infine la possibilità di suddividere
i percorsi di cura per acuzie, attività riabilitative e
assistenziali, attività territoriale, così da correttamente attribuire i
ai vari livelli di assistenza.

no altresì preservati tutti gli ingenti investimenti strutturali,
ntistici e tecnologici ultimamente effettuati presso quest'ultimo plesso
aliero così come sarà significativamente ampliata la funzione di
eggio per utenti e dipendenti.

agli interventi strutturali di ampliamento e di nuova organizzazione,
importante sostenere funzionalmente e tecnologicamente le attività di
lenza sinora sviluppate, quali la robotica, l'alta chirurgia (oncologica,
trica, urologica, vascolare, neuro-traumatologica), l'interventistica
invasiva (con particolare riguardo all'ortopedia), l'interventistica
logica, l'assistenza medica specialistica, in particolare dell'anziano e
aziente complesso e fragile (dimissione protetta, percorso ictus e
ensione, stroke unit), il sistema di emergenza e di urgenza, nuove aree
alistiche come la chirurgia plastica.

attività dovranno essere assecondate sia mediante modelli strutturali
ati, sia attraverso una organizzazione per aree e per dipartimenti,
e di permettere quelle sinergie cliniche e specialistiche che
esentano sempre di più un fattore determinante per una assistenza
aria di qualità.

mo a tale scopo sviluppate sinergie con centri di riferimento,
rsitari e non, volte a migliorare sia l'offerta locale sia la
razione tecnica e la formazione degli operatori in ambito sanitario, così
cere rispondere ad esigenze specialistiche quali quelle
endocrinologia interventistica, della radiobiologia e delle genetica

a.

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

zione delle azioni.

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

garantire lo sviluppo delle capacità di direzione verso il governo

co ed organizzativo;

garantire lo sviluppo della collaborazione fra personale medico

area delle degenze e servizi territoriali;

provvedere alla valorizzazione dell'attività di ricovero

organizzandola secondo criteri che distinguano:

attività per la cura delle acuzie: incentivando l'integrazione

artimentale e lo sviluppo dell'eccellenza, sviluppando l'organizzazione

aree assistenziali quali la sub-intensiva, l'area pediatrica e l'area

l'emergenza;

attività a minore intensità assistenziale ("low care"): grazie alle

li dare una risposta completa, integrata ed efficiente, ma funzionalmente

arata, ai bisogni di una popolazione che invecchia sempre più e quindi

senta necessità assistenziali maggiormente complesse e multidimensionali;

attività di supporto territoriale: con cui supportare le esigenze

cialistiche territoriali di tipo ambulatoriale in misura più decentrata

sibile ma anche di supporto specialistico a tutte le attività domiciliari;

garantire il consolidamento delle attività di eccellenza attraverso il

perimento delle conoscenze e del supporto tecnologico inserendo queste

ità in reti di servizio interregionali, nazionali e/o internazionali e

rendo un coinvolgimento dell'Università;

stenero lo sviluppo della logica dei processi nell'ambito della

izzazione produttiva delle prestazioni;

olvere iniziative di aggiornamento professionale centrate sui temi

organizzazione e del coordinamento.

civo n. 14.

mere la mobilità sanitaria passiva

ità: controllo della domanda di prestazioni sanitarie e implementazione

offerta in rapporto alle cause di fuga e allo sviluppo di attività di

lenza.

o di riferimento.

regolamentazione dei flussi di mobilità passiva è una problematica

ordante tutte le Regioni che trova particolare evidenza negli accordi

Regioni con i quali vengono richieste alle Regioni stesse azioni

izzate al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni ed al

nimento della spesa.

sto proposito, nella prossima legge finanziaria 2006, nell'ambito delle

sizioni previste, fermo restando il principio della libera scelta da

dei cittadini per l'accesso a strutture sanitarie anche diverse da

e presenti nella regione di appartenenza, viene stabilito un tetto

no regionale di rimborsabilità e di compensabilità entro il quale le

le Regioni regolano l'attività erogata dalle proprie strutture sanitarie

iche e private accreditate.

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

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

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

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

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

È opportuno considerare anche i seguenti punti di attenzione:

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

ca della loro attività verso gli extraregionali stessi.

zione delle azioni.

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

realizzare un sistema regionale di monitoraggio annuale necessario per valutazione delle priorità di intervento, analizzando le prestazioni verso l'incrocio dei dati relativi ai flussi informativi delle schede di sezione ospedaliera e della mobilità sanitaria interregionale;

definire quali prestazioni di ricovero a maggior fuga debbano essere ricoverate presso il Presidio ospedaliero, attraverso il miglioramento qualitativo dell'offerta, sia con mezzi propri, sia attivando accordi interregionali, soprattutto con il Piemonte e con l'Università, per garantire in loco alte professionalità in campi specialistici di competenza;

definire, in applicazione della recente normativa statale e regionale, i criteri di accreditamento, i costi e i benefici, in base ai diversi accordi con le strutture e le regioni interessate dalla mobilità, al fine di determinare volumi di attività e tetti di spesa e, parallelamente, di definire le modalità di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni;

individuare, sulla base dei dati di mobilità, le strutture di riferimento con le quali sviluppare accordi per specifiche prestazioni alla cui attuazione possa partecipare anche personale medico specialista operante nella regione;

garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni di ricovero a maggior fuga, attraverso iniziative finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa, ad un maggiore e migliore utilizzo delle sale operatorie e ad un miglioramento formativo dei professionisti interessati, anche acquisendo le competenze di specialità di specialisti extraregionali per operare, con criteri di efficienza, presso il Presidio ospedaliero regionale;

per venire sui MMG prescrittori, agevolando l'interscambio di informazioni tra gli stessi ed i medici ospedalieri al fine di migliorare il rapporto interno;

prevedere interventi di formazione permanente nei confronti degli operatori dei reparti soggetti a maggior fuga al fine di migliorare le competenze, le abilità cliniche, tecniche e manageriali.

ativo 15.

consolidare l'attenzione della programmazione sanitaria verso le attività volte a garantire servizi ai turisti.

attività: consolidamento e sviluppo delle funzioni dell'assistenza sanitaria particolarmente interessate dai flussi turistici.

di riferimento.

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

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

ambito dell'assistenza ospedaliera, il Dipartimento di Emergenza e di Pronto Soccorso (DEA) ed i servizi di diagnosi storicamente adeguano la propria organizzazione per garantire le risposte sanitarie nei periodi di maggior afflusso

tico, incrementando i turni di servizio in media del 30%. Nell'ambito assistenza territoriale, è periodicamente attivata una guardia medica stata ai villeggianti, nelle zone in cui è maggiore l'attrazione turistica.

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

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

Il quadro di riferimento di cui trattasi ben si inserisce nel termalismo storico, storicamente presente nel territorio valdostano, soprattutto nella Valle d'Aosta, di cui si intendono approfondire e sviluppare le potenzialità in campo sanitario con particolare riferimento alle cure cardiovascolari e termali.

Realizzazione delle azioni.

Il programma regionale dovrà prevedere, sia attraverso la realizzazione di iniziative in proprio, sia attraverso l'attività dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, i seguenti interventi:
- Integrare la rete dei centri traumatologici nelle sedi dei servizi territoriali, anche attraverso il potenziamento, soprattutto nei periodi di picco di afflusso turistico, delle attività distrettuali svolte nei ambulatori centrali, valutarne la distribuzione rispetto al reale utilizzo e collegarli con i servizi di emergenza ed urgenza;
- Consolidare la flessibilità di risposta delle strutture del Servizio sanitario regionale alle varie esigenze assistenziali legate ai flussi turistici;
- Sviluppare la medicina termale ed approfondirne i possibili sviluppi terapeutici nelle cure delle patologie;
- Favorire e promuovere l'inserimento dell'ambiente montano nei percorsi riabilitativi delle principali patologie croniche e degenerative.

Articolo n. 16.

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

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

Quadro di riferimento.

Art. 5 della legge regionale n. 18/2001 e poi la legge regionale n. 1/2002 che ha definito la Regione come ente di programmazione, di indirizzo operativo,

ordinamento e di controllo, nonché gestore di alcune attività di
attuazione delle politiche sociali, mantenendo, in questi casi, in capo
alla Regione il ruolo di ente che programma e verifica attività da esso stesso
gestite. Queste funzioni sono attinenti alle attività di realizzazione delle
politiche sociali non suscettibili di frazionamento a causa del loro carattere
di elevata specializzazione e di una complessità organizzativa e gestionale
che non consente ai Comuni, singolarmente o associati nelle Comunità
montane, il loro esercizio secondo criteri di efficienza e di economicità;
che riguardano:

il servizio sociale professionale, ferme restando le competenze del
Comune di Aosta;

la tutela dei minori (servizio adozioni e affidamenti familiari,
comunità e altre strutture di accoglienza, assistenza domiciliare educativa
per i minori, ecc.);

le provvidenze in favore di invalidi civili, ciechi civili e
disoccupati;

i servizi di interesse regionale per le persone disabili (Centri
di Servizi Assistenziali, servizi residenziali, servizi diurni, soggiorni
estivi, ecc.), compresa l'informazione in materia di accessibilità ed
assistenza.

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

attuazione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
seguenti azioni:

1) completare il trasferimento delle funzioni agli enti locali secondo
il modo previsto dalla l.r. 1/2002;

2) individuare le eventuali ulteriori funzioni regionali attinenti alla
attuazione delle politiche (l.r. 18/2001, art. 5 nn. 1-4 e 6-9) e quelle
attribuite alla loro realizzazione (l.r. 18/2001, art. 5 nn. 5 e 10) da
trasferire agli enti locali, prestando attenzione a distinguere, tra queste,
le funzioni di livello esclusivamente regionale, non suscettibili di frazionamento
a causa del loro carattere di elevata specializzazione e della complessità
organizzativa e gestionale tale da non consentire ai Comuni associati nelle
Comunità montane il loro esercizio secondo criteri di efficienza e di
economicità;

3) costituire un gruppo di lavoro per l'approfondimento degli aspetti
tecnico-organizzativi funzionali alla individuazione e definizione dei
compiti con compiti di realizzazione delle politiche sociali;
4) predisporre e sviluppare attività di accompagnamento ai processi
relativi al trasferimento delle funzioni, nell'ottica di assumere un effettivo
controllo di regia.

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

Fonte di riferimento.

Il Piano Socio-sanitario per il triennio 2002-2004 indicava l'integrazione
socio-sanitaria come una priorità strategica in quanto condizione

pensabile per superare prassi settoriali e integrare competenze e servizi si grazie alla unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

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

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

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

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

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

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

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

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

Realizzazione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. Avviare il processo di coordinamento e integrazione delle politiche insieme con le altre politiche di attenzione alla persona;
2. Creare Gruppi di concertazione interistituzionali e disciplinari, tra Regione, Enti locali e Terzo settore, per la

visione di funzioni, ruoli e modalità di intervento nelle scelte di attuazione e attuazione degli interventi sociali;

promuovere attivamente maggiore coordinamento, collaborazione ed assunzione di responsabilità a tutti i livelli istituzionali, al fine di organizzare e programmare adeguate risposte ai bisogni, in particolare per quanto riguarda l'emergenza abitativa e l'immigrazione;

presentare, alla Commissione consiliare competente, entro il mese di dicembre di ogni anno, contestualmente al rapporto sullo stato di attuazione dei programmi di zona di cui all'allegato all'obiettivo 18, una relazione sulle attività e sui risultati delle azioni suddette;

promuovere, sulla base dei dati di conoscenza e monitoraggio del territorio, alla definizione di una legge-quadro sull'immigrazione, che disciplini l'accoglienza, l'integrazione e la partecipazione alla vita sociale e lavorativa degli immigrati, nel rispetto dei loro diritti.

articolo n. 17.

definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) regionali quale strumento per assicurare l'uniformità dei servizi e delle prestazioni in materia di assistenza e socio-educativa e destinare in maniera vincolata, anche con il contributo della finanza locale, il fondo regionale per le politiche sociali.

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

Articolo di riferimento.

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

È fondamentale, in tale ambito, in coerenza con quanto indicato nei principi generali, distinguere tra nucleo essenziale del diritto e livello minimo delle prestazioni. Il "nucleo essenziale" può essere considerato il minimo di quel "livello minimo" di prestazioni, al di sotto delle quali non meno la garanzia costituzionale e che, pertanto, risulta essere un "livello irrinunciabile" nel momento in cui si progetta una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Di conseguenza, il livello essenziale delle prestazioni è "qualcosa in più" rispetto al livello minimo (o irrinunciabile) del diritto.

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

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

È necessario predisporre l'elenco delle prestazioni già garantite e, quindi, intervenire a livello di programmazione regionale e distrettuale le ulteriori prestazioni, compatibili con le risorse di bilancio, che assumono la

caratteristica di diritti soggettivi, alcune delle quali immediatamente disponibili mentre altre possono entrare nella programmazione dei servizi per divenire esigibili secondo criteri di gradualità, in relazione anche alle risorse che saranno rese disponibili (principio della "esigibilità sostenibile").

Prendersi a criteri di flessibilità, di gradualità e di progressività nella definizione dei livelli essenziali nel settore dell'assistenza è richiesto dalle particolari caratteristiche delle prestazioni di questo settore, legate a esigenze specifiche dei destinatari ed alla loro situazione personale e, di conseguenza, non modulabili secondo rigide logiche di standardizzazione.

Definizione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. Provvedere alla ricognizione delle prestazioni attualmente erogate, individuando quelle che costituiscono il "livello minimo", costituzionalmente garantito;

2. Promuovere un confronto sul tema coinvolgendo tutti gli attori sociali interessati;

3. Definire le prestazioni rese a livello regionale che costituiscono il "livello essenziale" delle prestazioni sociali, assumendo la caratteristica di diritti soggettivi perfetti per cui è sempre garantita la copertura finanziaria;

4. Definire le ulteriori prestazioni che possono entrare nella programmazione dei servizi per divenire esigibili secondo criteri di gradualità, compatibilmente con le risorse disponibili (principio della "esigibilità sostenibile").

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

Fonte di riferimento.

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

1. Promuovere l'autonomia decisionale degli enti locali preposti alla erogazione dei servizi sociali e socio-educativi secondo le forme definite dalla programmazione regionale;

2. Garantire l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo da parte della Regione;

3. Semplificare e rendere più veloci le modalità di erogazione dei servizi e di verifica sui livelli e sulla qualità della spesa.

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

Definizione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

ncordare con gli enti locali le modalità per la destinazione, anche
a parte della finanza locale, di un fondo vincolato all'effettivo
izio delle funzioni socio-assistenziali e socio-educative;
rrelare, avendo definito i livelli essenziali delle prestazioni
, il fondo di finanza locale all'effettiva erogazione delle prestazioni
di rese a livello locale.

tivo n. 18.

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

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

o di riferimento.

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

tro, già il Piano Socio-sanitario per il triennio 2002-2004 aveva
ato la Regione come l'ente che incentiva la collaborazione istituzionale
un ambito territoriale adeguato, quello distrettuale, mediante il Piano
na, che diviene strumento per ottimizzare le risorse e facilitare le
nsabilizzazioni e le collaborazioni.

ano di zona, oltre che strumento tecnico di programmazione, è infatti
casione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere
orto delle diverse comunità locali, valorizzandone il ruolo di autonomia
unito alla solidarietà e sussidiarietà, sapranno esprimere nelle concrete
e programmatiche, gestionali, operative ed organizzative. Si avrà la
bilità di avviare un processo di realizzazione di un welfare comunitario,
ppando partnership tra istituzioni e cittadini, per una crescente
visione di responsabilità e di indirizzi, rischi ed esiti.

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

esta prospettiva tutti i soggetti che realizzano interventi, servizi e
azioni sociali sono chiamati a collaborare affinché, con il loro positivo
ivo coinvolgimento, siano efficacemente perseguiti gli obiettivi del
di zona.

fase successiva all'approvazione delle "linee guida" per i Piani di
allegate al presente documento, la Regione garantisce:
realizzazione del percorso di accompagnamento per gli

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

definizione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
seguenti azioni:

1. avviare il procedimento per la stesura dei Piani di zona (percorso di
preparazione e successiva costituzione della Conferenza dei sindaci
di ambito distrettuale che definisce gli indirizzi per il lavoro del "Gruppo
di piano");

2. definire il lavoro preparatorio (il "Gruppo di piano" individua le
modalità di partecipazione e di coinvolgimento dei soggetti interessati,
racoglie le informazioni secondo le indicazioni e le modalità previste
nelle "linee guida", acquisisce dagli uffici regionali e dall'OREPS e da
altri osservatori attivati dal Terzo settore le informazioni e i dati in
suo possesso, elabora, sulla base delle informazioni raccolte, un rapporto di
analisi che diventa la base conoscitiva dei bisogni e delle risorse
di ambito territoriale).

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

4. In tutti gli ambiti territoriali la definizione dei Piani di zona potrà avvenire
entro il triennio di validità del presente Piano.

Articolo n. 19.

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

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

Articolo di riferimento.

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

2. Promozione e la qualificazione di servizi di informazione sociale

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

È i servizi e gli interventi di sostegno sono spesso offerti da molti e sificati attori presenti sul territorio, è importante nella progettazione fusione di un'informazione sociale corretta, puntuale e completa delle se disponibili sul territorio, l'attivazione di un ampio lavoro di rete li stessi, instaurando un coerente ed efficace sistema di scambio e di senza reciproca.

Attivare una efficace ed uniforme strategia di informazione sociale re una azione di ampio respiro che mobiliti i diversi livelli uzionali, nonché le risorse comunitarie.

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

ttadino che ha bisogno di informazioni e orientamento rispetto al sistema ervizi sociali disponibili sul territorio regionale non ha, in Valle ca, un unico punto di riferimento in quanto sono numerosi i soggetti che, erso titolo e con diversi livelli di competenza, offrono indicazioni in o: i patronati, gli uffici per le relazioni con il pubblico, le iazioni, il volontariato, ed altri.

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

ambito dei servizi sociali, a livello istituzionale sono attivi in tal l'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali, essorato alle Politiche Sociali del Comune di Aosta, nonché altri tti per settori più specifici (INAIL, SERT). rticolare, l'Assessorato regionale fornisce informazioni e orientamento ce i seguenti mezzi:

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

zione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

ativare un gruppo di lavoro per la definizione di azioni di
bramamento in tema di informazione sociale;
ordinare i diversi punti informativi e di orientamento sociale
enti;
iluppare un Piano regionale di comunicazione sociale.

tivo n. 20.

etare la definizione degli standard delle prestazioni sociali e
olidare ed estendere l'utilizzo di strumenti atti a garantire l'equità di
so alle prestazioni e ai servizi.

ità A: completamento della definizione di standard delle prestazioni
li.

o di riferimento.

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

lmente sono stati approvati i seguenti standard delle prestazioni sociali

iberazione della Giunta regionale n. 3148 in data 18 settembre 2000
ante approvazione degli standard qualitativi e organizzativi dei servizi
l'infanzia diversi dall'asilo-nido ai sensi dell'articolo 6 della legge
ionale 27 maggio 1998, n. 44;

iberazione della Giunta regionale n. 4594 in data 2 dicembre 2002
ante approvazione degli standard strutturali e gestionali dei servizi per
abili;

iberazione della Giunta regionale n. 5190 in data 30 dicembre 2002
ante approvazione, ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 4 settembre
l, n. 18, degli standard strutturali e gestionali delle strutture e dei
vizi per minori.

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

izzazione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

finire e applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi
nziani;
finire e applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi
a prima infanzia.

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

o di riferimento.

unta regionale, con propria deliberazione del 19 luglio 2004, n. 2454, ha
vato in via sperimentale l'Indicatore Regionale della Situazione
nica Equivalente (I.R.S.E.E.) di cui all'articolo 4 della legge regionale

tembre 2001, n. 18. Si è trattato del primo atto per la determinazione, dopo le specifiche direttive regionali, della partecipazione dei beneficiari e dei loro familiari alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi.

Dopo questo strumento la valutazione della situazione economica del beneficiario o del nucleo familiare è determinata dall'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 30, al cui vanno sommate le rendite INAIL e le provvidenze di cui alla legge n. 7 del 7 giugno 1999, n. 11, erogate direttamente a favore dell'utente del servizio o del beneficiario della prestazione economica, parametrate sulla base della relativa scala di equivalenza.

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

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

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

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

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

La definizione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

- valutare gli esiti della sperimentazione dell'I.R.S.E.E. nel contesto delle politiche sociali, con il coinvolgimento delle parti sociali, sentita la competente commissione consiliare;
- estendere l'applicazione dell'I.R.S.E.E. ad altre aree di intervento della protezione sociale;
- promuovere l'applicazione dell'I.R.S.E.E. ad altre aree di governo della programmazione regionale quali i trasporti, l'istruzione, la casa, ecc.;
- prevedere l'adeguato accompagnamento dei cittadini - per la valutazione della documentazione relativa al calcolo dell'I.R.S.E.E. - e degli operatori - per definire l'accesso ai servizi e la contribuzione a carico degli utenti fruitori;
- individuare i criteri per la definizione di omogenee politiche tariffarie per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, seguendo la strategia di concertazione partecipata.

tivo n. 21.

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

ità A: promozione di un coordinamento regionale per le politiche
nili.

o di riferimento.

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

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

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

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

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

zione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

attivare un confronto con i soggetti pubblici e del privato sociale,
é con i giovani, per condividere l'analisi delle esperienze attualmente
enti in Valle d'Aosta e sollecitare il protagonismo e la responsabilità
le dei giovani stessi in progetti che li vedano chiamati ad agire;
finire gli orientamenti regionali per la realizzazione di interventi
area giovanile, anche tenendo conto dell'esperienza europea e di altre
ni italiane;

stituire un coordinamento regionale che possa fungere da organismo
omozione, sviluppo e monitoraggio delle politiche giovanili in Valle

ca.

ità B: sostegno alla famiglia come risorsa di coesione e solidarietà
le.

o di riferimento.

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

la necessità di intendere la famiglia non tanto e non solo come
rice di servizi e portatrice di bisogni ma soprattutto come risorsa da
overe, sostenendone i processi di crescita, prevenendo al suo interno
i e difficoltà, rafforzandone le competenze per renderla sempre più
oma.

ni passi in tal senso si sono concretizzati:

lavoro di preparazione alla seconda Conferenza regionale sulla
iglia tenutasi nel 2004, che ha visto una fase preliminare di lavoro di
ersi gruppi rappresentanti le realtà associative familiari presenti in
le d'Aosta;

l'applicazione dell'art. 20 della citata legge regionale 27 maggio
8, n. 44 che prevede finanziamenti per la realizzazione di progetti
imentali, formulati e gestiti direttamente da parte di famiglie
anziate anche in forma cooperativa ed associazionistica;

l'avvio della sperimentazione ad Aosta del Centro per le
iglie "Il Cortile", finanziato dai fondi della L. 285/1997, quale luogo
accoglienza e di incontro per le famiglie e che vuole permettere a queste
ime, in collaborazione con altri soggetti pubblici e del Terzo settore,
confrontarsi su problemi comuni e sostenersi per la loro risoluzione.

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

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

izzazione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

compagnare l'attività del Gruppo regionale sulla famiglia, istituito
eliberazione della Giunta regionale del 17 settembre 2005, n 2989, quale
tunità di incontro stabile tra rappresentanti istituzionali, del terzo
ce e delle famiglie;

compagnare l'applicazione dell'articolo 20 della legge regionale 27
o 1998, n. 44 che prevede finanziamenti per la realizzazione di progetti
mentali, formulati e gestiti direttamente da parte di famiglie
izzate anche in forma cooperativa ed associazionistica;
eparare la terza Conferenza regionale sulla famiglia.

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

o di riferimento.

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

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

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

- sostegno alle attività trasfusionali da parte dei donatori

- volontari del sangue;

- coinvolgimento dei volontari del soccorso nell'attività di

trasporto e soccorso sanitario;

- iniziative dei volontari per il contrasto della povertà e a favore dei

progetti senza fissa dimora, mediante specifici progetti.

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

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

Realizzazione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

- rafforzare la collaborazione con le forze del volontariato nella

attuazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute con

particolare riferimento agli screening oncologici;

- coinvolgere il volontariato nella sensibilizzazione alle iniziative di

promozione nonché nella conoscenza e analisi dei bisogni sociali, specie dei

privati;

- consolidare l'esperienza nell'ambito del progetto "Madagascar. Aiutare

ali africani" promuovendo la partecipazione all'iniziativa da parte degli operatori sanitari;
perseguire nel sostegno delle iniziative tese a contrastare le situazioni di povertà ed esclusione sociale.

ativo n. 22.

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

ità A: prevenzione del disagio minorile e giovanile

o di riferimento.

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

izzazione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario prendere alle seguenti azioni:

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

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

o di riferimento.

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

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

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

ggiorenni che presentano ancora importanti bisogni di accompagnamento
tà adulta e per i quali non è stato ancora possibile costruire e
zzare un ambito di vita indipendente e di gestione autonoma.

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

alizzazione di interventi rivolti alla fascia di età 18-21 anni assume un
ficato fortemente preventivo rispetto al rischio di devianza e
inazione sociale, rischio particolarmente elevato considerata la
ogia dell'utenza.

nterventi, sulla base di progetti individuali costruiti in collaborazione
équipe socio sanitaria di riferimento, sono caratterizzati dalle
nti attività di sostegno volte a:

forzare o individuare le potenzialità personali;

decitare la responsabilizzazione e l'interiorizzazione delle

ole;

portare la sfera affettiva e sessuale;

enziare le capacità di una corretta gestione delle risorse

onomiche;

prire la ricerca del lavoro e potenziare gli strumenti utili a

tenerlo nel tempo;

pletare l'iter scolastico;

tenere le capacità di rapportarsi in modo adulto nelle relazioni di

vivenza.

izzazione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

vedere nuove forme di sostegno, anche economico, in favore delle

lie affidatarie disponibili a proseguire l'accoglienza dell'affidato

uto maggiorenne;

ativare una struttura residenziale temporanea (comunità di

izzazione per ultradiciottenni) che accolga soggetti in età compresa tra i

i 21 anni, in carico ai servizi socio sanitari territoriali o inseriti

comunità regionale per adolescenti che non possano rientrare o restare

famiglia di origine o affidataria e che presentino la necessità di

e accompagnati e sostenuti nel raggiungimento di un sufficiente livello

onomia personale al fine di consentirne l'inserimento nella vita

le;

finire le caratteristiche della gestione e degli obiettivi educativi

struttura.

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

o di riferimento.

lle d'Aosta sono presenti due comunità regionali per minori, finalizzate
nserimento di soggetti in stato di abbandono o che non possono
raneamente permanere presso il nucleo familiare di origine, che prevedono
posti residenziali ciascuna.

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

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

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

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

Definizione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

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

Articolo n. 23.

Il presente articolo ha lo scopo diappare gli interventi tesi a contrastare le situazioni di bisogno sociale, con particolare attenzione alla disabilità e alla non autosufficienza

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

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

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

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

Struttura di riferimento.

Il contenuto degli interventi in materia di disabilità deve essere posta la centralità nella globalità dei suoi bisogni, delle sue potenzialità e delle sue caratteristiche. Alla centralità della persona si accompagna quella della sua famiglia, che rappresenta il più importante agente educativo con cui le

uzioni e gli operatori devono costruire un rapporto di collaborazione.

rispondere al meglio ai bisogni delle persone disabili e per consentire il
no sviluppo delle loro autonomie e capacità residue, si stanno
ziando i servizi territoriali esistenti e prevedendo l'ampliamento e
rttura di nuove strutture a carattere semi-residenziale e residenziale.

uale offerta di servizi territoriali, semi-residenziali e residenziali
persone disabili comprende:

servizio di accompagnamento, integrazione ed assistenza per persone
abili;

servizio di accoglienza ed assistenza continuativo rivolto a
getti disabili psicofisici privi dell'assistenza dei familiari;

servizio di assistenza alla vita indipendente rivolto a persone
lte con disabilità fisica o sensoriale;

servizi diurni per disabili psichici denominati Centri Educativo
istenziali (C.E.A.), che hanno una utenza complessiva pari a 57 posti.

o attualmente operanti n. 4 C.E.A. gestiti direttamente dalla Regione;

servizio denominato "Easy contact", che ha lo scopo di fornire alle
sone sordomute ed audiolese sostegno nel far fronte alle necessità
tidiane tramite l'inoltro di richieste attraverso la trasmissione di
rt message service (SMS).

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

oltre in corso di attivazione, nel comune di Montjovet, una comunità
tta per persone con disabilità prive di sostegno familiare con
atteristiche sia residenziali, sia di sollievo temporaneo.

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

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

ambito delle funzioni di indirizzo e programmazione, proprie della
ne, primaria importanza assume la classificazione I.C.F. "Classificazione
nazionale del funzionamento della disabilità e della salute" dell'O.M.S.
nizzazione mondiale della sanità), che è uno strumento innovativo
cato come standard per misurare e classificare salute e disabilità, il
tilizzo avrà, tra gli altri risultati, importanti ricadute sulla pratica
a, sulla ricerca, sulla statistica di popolazioni e sulle politiche socio-
arie. L'ICF, infatti, fornisce un modello di riferimento che permette di

comunicare un'ampia gamma di informazioni ed usa un linguaggio comune e semplificato, permettendo la comunicazione in materia di salute e di prevenzione sanitaria su larga scala tra varie scienze e discipline.

Realizzazione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. Ampliare l'offerta di comunità protette per persone con disabilità, prestando particolare attenzione a quelle rivolte a persone prive del sostegno familiare in considerazione dell'innalzamento della loro aspettativa di vita e dell'invecchiamento delle loro famiglie;

2. Incrementare, in accordo con gli enti locali, la disponibilità di servizi presso i C.E.A. su tutto il territorio regionale, estendendone l'offerta al territorio circoscritto n. 1 (Alta Valle).

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

Luogo di riferimento.

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

Obiettivi del Centro agricolo sono i seguenti:

1. Sviluppo di attività occupazionali, educative e di addestramento

per i soggetti con disabilità gravi;

2. Accoglimento temporaneo di soggetti psichiatrici in fase di

inserimento sociale;

3. Addestramento lavorativo per soggetti appartenenti alle "fasce

intermedie" in collaborazione con gli enti promotori.

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

Realizzazione delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle seguenti azioni:

1. Prevedere un servizio educativo di supporto territoriale per garantire percorsi differenziati al fine di potenziare al meglio le capacità lavorative residue delle persone disabili;

2. Creare laboratori occupazionali;

3. Promuovere, nell'ambito delle politiche del lavoro e delle attività di

prevenzione, iniziative per favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti

intermedie;

4. Creare collaborazioni con Enti e istituzioni competenti in materia

al fine di agevolare l'inserimento lavorativo delle persone disabili.

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

o di riferimento.

nel territorio valdostano, e soprattutto nel capoluogo regionale, si
ntano situazioni di persone con bisogni primari che richiedono risposte
ti e in situazione di emergenza sociale, ovvero la situazione di vita che
mina un bisogno improcrastinabile di rispondere a diritti primari di
stenza.

servizi attualmente esistenti che in Aosta rispondono a bisogni primari
gnalano in particolare:

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

è chiamato a far fronte all'emergenza il Servizio sociale professionale
nale, sia nella componente presente negli uffici dell'Assessorato Sanità,
e e Politiche Sociali, sia nella componente presente nei presidi socio-
ari territoriali.

definizione chiara delle competenze e delle principali modalità di
evento e di risposta ai bisogni urgenti, permetterebbe di rendere sempre
fficaci e soddisfacenti le risposte che vengono offerte a livello sia
uzionario sia del volontariato. Diventa pertanto necessario promuovere una
bilizzazione sul problema che faccia acquisire la consapevolezza circa le
icazioni sociali del contesto territoriale (le vecchie e nuove povertà),
ogni presenti e la responsabilità delle comunità e soprattutto delle
uzioni pubbliche di farsene carico.

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

profondimento dovrà riguardare anche la ricerca di nuovi strumenti che, a
e della precarietà di molte situazioni che rischiano di passare da
zioni di vita modeste ad una situazione di miseria, come emerso dal
do Rapporto su vulnerabilità e povertà in Valle d'Aosta, prevenivano tali
coltà.

zione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alle
nti azioni:

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

civo n. 24.

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

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

o di riferimento.

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

cessi di cambiamento e di evoluzione del sistema sanitario e dei servizi
li impongono una valorizzazione ed un uso efficiente ed efficace delle
se umane anche attraverso percorsi attenti e mirati di formazione
ssionale secondo i principi previsti dalla normativa vigente. Infatti,
iasi processo innovativo sul versante istituzionale e organizzativo non
rescindere dalla formazione e dall'aggiornamento del personale che ne è
olto.

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

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

ontempo, è necessario favorire la promozione dell'aggiornamento degli
cori già inseriti nel contesto lavorativo regionale, anche mediante
ni informativi innovativi sia formativi (c.d. formazione a distanza -
sia gestionali e di supporto alle decisioni (data warehouse).

esente Piano disciplina dal punto di vista normativo i ruoli dei soggetti
pri e attuatori delle iniziative di formazione, di qualificazione e di
ornamento delle figure professionali in ambito sanitario e sociale. Il
lo di riferimento prefigurato individua la seguente suddivisione delle
cienze:

attività di rilevazione e di analisi dei fabbisogni formativi e
ndi di programmazione, di controllo e di valutazione degli interventi in
eria di formazione, di qualificazione e di aggiornamento delle figure
professionali in ambito sanitario e sociale, attribuite alle strutture
ionali competenti in materia;

secuzione degli interventi in materia di formazione, di
lificazione e di aggiornamento delle figure professionali in ambito
tario attribuita alle strutture competenti in materia dell'Azienda
L. e/o in collaborazione con le istituzioni accademiche;

secuzione degli interventi in materia di formazione e di
lificazione delle figure professionali in ambito sociale attribuita agli

di formazione pubblici o del terzo settore a livello regionale o in collaborazione con le istituzioni accademiche.

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

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

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

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

Attività delle azioni.

La Regione e dei soggetti gestori dei servizi sanitari e sociali, in quanto di rispettiva competenza, devono essere previsti i seguenti interventi:

- 1. Valutare il fabbisogno dei medici specialisti e di altre figure professionali sanitarie e sociali per programmare interventi volti ad assicurare la formazione specifica;
- 2. Concludere protocolli d'intesa e convenzioni con le istituzioni accademiche per la riserva di posti a favore degli studenti valdostani per le discipline carenti, nonché per lo svolgimento di parte del tirocinio nelle strutture sanitarie e sociali regionali;
- 3. Finanziare, mediante l'erogazione di assegni di formazione, gli studenti che frequentano corsi di base e corsi di perfezionamento per aumentare la frequenza a percorsi formativi necessari alla qualificazione di professionisti carenti nel sistema sanitario e sociale regionale;
- 4. Organizzare con frequenza annuale corsi di formazione per operatori sanitari che svolgano attività finalizzate a soddisfare i bisogni della persona favorendo il benessere e l'autonomia dell'utente e assicurando - in ambito ospedaliero - un adeguato supporto alla figura infermieristica tale da promuovere una diversa e più appropriata assistenza sanitaria;
- 5. Organizzare corsi post-universitari di specializzazione in discipline correlate alla montagna ed al soccorso alpino;
- 6. Completare lo sviluppo del sistema regionale di educazione continua in medicina (ECM) prevedendo anche l'attivazione della formazione a distanza al fine di offrire a tutti gli operatori sanitari la possibilità di acquisire i crediti formativi previsti attraverso un'offerta completa di formazione;
- 7. Realizzare un nuovo sistema informativo regionale che consenta di

re e di monitorare il modello regionale ECM partendo dalla richiesta di
addebitamento dell'evento fino alla registrazione dei crediti finalizzato ad
attività di analisi e di controllo del sistema stesso;

promuovere la definizione del sistema regionale di certificazione
competenze rivolto alla creazione del repertorio delle qualifiche
professionali delle figure sociali e dei relativi standard formativi minimi.

articolo n. 25.

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

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

articolo di riferimento.

Il regime autorizzativo pertiene a quanto stabilito dalle disposizioni
nazionali e regionali vigenti, con particolare riferimento agli articoli 8-bis
e 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituiti
dall'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante norme
per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma
dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, ed all'articolo 38 della
legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. La
autorizzazione di strutture sanitarie, socio-sanitarie o socio-assistenziali e
l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie sono subordinate ad
autorizzazione della Giunta regionale, rilasciata in conformità ai fabbisogni
strutturali e produttivi, nonché ai requisiti strutturali, organizzativi e
tecnologici per classi di strutture e per tipologia di attività previsti dalla
programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale.

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

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

Deliberazione della Giunta regionale n. 3148 in data 18 settembre 2000
con la quale è stata approvata la programmazione degli standard qualitativi e organizzativi dei servizi
per l'infanzia diversi dall'asilo-nido, ai sensi dell'articolo 6 della legge
regionale n. 27 maggio 1998, n. 44;

Deliberazione della Giunta regionale n. 4594 del 2 dicembre 2002
con la quale è stata approvata la programmazione degli standard strutturali e gestionali dei servizi per
gli anziani;

Deliberazione della Giunta regionale n. 1604 del 6 maggio 2002 recante
l'approvazione dei requisiti minimi strutturali organizzativi dei servizi e
delle strutture del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda U.S.L. Valle
d'Aosta;

Deliberazione della Giunta regionale n. 5190 del 30 dicembre 2002
con la quale è stata approvata, ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 18/2001,
la programmazione degli standard strutturali e gestionali delle strutture e dei servizi per
i disabili;

Deliberazione della Giunta regionale n. 3754 del 13 ottobre 2003
con la quale è stata approvata la programmazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione
all'esercizio e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle
persone dipendenti da sostanze d'abuso;

Deliberazione della Giunta regionale n. 772 del 15 marzo 2004 recante

valutazione di ulteriori requisiti organizzativi per l'esercizio di attività socio-sanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private destinate a prestazioni sanitarie assistenziali (RSA);

Delibera della Giunta regionale n. 4372 del 29 novembre 2004 concernente l'approvazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture veterinarie pubbliche e private, mediante l'adesione all'Accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 26 novembre 2003.

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

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

Non sono poi particolari di interesse alcuni punti di attenzione emersi da studi effettuati dall'Agenzia dei servizi sanitari regionali (ASSR) sull'ambito di applicazione delle norme vigenti in materia di autorizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie che risulta essere progressivamente esteso dal campo della "particolare complessità" a quello più ampio di "rischio per la sicurezza del paziente" (art. 8-ter, comma 2, del decreto legislativo n. 2992 e successive modificazioni). L'estensione del regime autorizzativo si applica, ad esempio, anche agli ambulatori associati dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (PLS) comporterà la revisione del quadro normativo di riferimento in materia di autorizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie favorendo il miglioramento qualitativo delle strutture stesse.

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

I limiti di prestazioni sanitarie e sociali definiti dalla Giunta regionale, sulla base della Commissione consiliare competente, calcolati tenuto conto dei dati di mobilità passiva registrati nell'ultimo triennio e delle proiezioni degli standard alla luce dell'evoluzione dei livelli assistenziali da assicurare, costituiscono vincolo ai procedimenti di autorizzazione o di accreditamento delle strutture sanitarie previste dall'art. 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 10 e successive modificazioni. In particolare, ai fini del rilascio delle autorizzazioni e dell'accreditamento delle nuove strutture si dovrà tener conto del fatto che in Valle non è ancora rispettato il rapporto di 1 posto letto su ogni 1000 abitanti dedicato alla riabilitazione e alla lungodegenza, per cui dovranno da favorire le strutture dedicate alle patologie riabilitative, e dell'apparato muscolo-scheletrico, a quelle cardiovascolari, nonché ai

crbi del metabolismo nutrizionale.

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

zione delle azioni.

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

terminare, con deliberazione della Giunta regionale, i limiti istituiti alle prestazioni sanitarie e sociali necessari per garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere sociale;

vedere il quadro normativo regionale di riferimento per il regime autorizzativo, estendendo l'ambito di applicazione dal concetto di "particolare complessità" a quello più ampio di "rischio per la vita del paziente";

definire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per anziani;

definire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la prima infanzia;

definire ed applicare gli standard strutturali e gestionali dei servizi per la cura delle dipendenze patologiche;

definire ed applicare norme regionali per l'attività di day-surgery;

applicare procedure di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private.

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

di riferimento.

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

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

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

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

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

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

licazione a regime del procedimento amministrativo ha evidenziato alcune
coltà procedurali nell'esecuzione delle verifiche presso le strutture
poste ad accreditamento indotte anche della carenza di specifiche
ssionalità, amministrative e tecniche sanitarie, in grado di procedere
a necessaria accuratezza alle verifiche stesse.

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

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

zione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alla
zzazione delle seguenti azioni:

nsolidare la normativa regionale in materia di accreditamento al
di orientare la programmazione sanitaria e sociale e di assicurare il
sfacimento dei bisogni di qualità percepita da parte della popolazione;
ntenere i livelli di accreditamento attuali ed estendere
accreditamento alla totalità delle attività sanitarie, socio-sanitarie e
-educative pubbliche e private;
edisporre la normativa in materia di accreditamento dei
ssionisti in ambito sanitario e sociale, in presenza di linee guida
ite a livello statale.

civo n. 26.

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

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

o di riferimento.

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

udio, effettuato da Finaosta S.p.A. e dal Dipartimento Sistema
nativo dell'Amministrazione regionale, è stato articolato su tre
trici:

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

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

ambito del contesto sopra esposto, è volontà del Dipartimento sanità,
e e politiche sociali, in sinergia con il Dipartimento sistema
nativo, dare seguito a progetti che possano contribuire alla
zzazione di sistemi informativi in grado di fornire direttamente al
dino servizi in ambito sanitario e sociale.

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

sistema di collegamento telematico dei medici di medicina generale
(G) e dei pediatri di libera scelta (PLS) con le strutture ospedaliere e
ritoriali regionali: il sistema consente a circa il 60% dei MMG di
porre in tempo reale di informazioni di carattere anagrafico e sanitario
propri assistiti. I dati oggi disponibili afferiscono all'anagrafe degli
istiti, alle schede di dimissione ospedaliera ed alle informazioni dei
erti diagnostici di laboratorio e di radiologia. E' prevista l'estensione
sistema sia orizzontale (alla totalità dei MMG e dei PLS) sia verticale
sistema di prenotazione diretta delle prestazioni sanitarie ed al
tema delle malattie infettive). Di ritorno, l'Amministrazione regionale e
zienda U.S.L. della Valle d'Aosta dispongono dei dati epidemiologici
li assistiti e delle informazioni sull'attività prescrittiva dei MMG e
PLS;

sistema informativo delle malattie infettive (SIMI): il SIMI è sviluppato con risorse interne all'Azienda U.S.L. su piattaforma WEB e consente di gestire le informazioni di igiene e sanità pubblica, con particolare riferimento agli obblighi di notifica ed alle vaccinazioni. È prevista l'integrazione del SIMI nell'applicativo distribuito ai MMG e

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

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

La disponibilità delle informazioni di carattere anagrafico (anche di natura sanitaria) deve consentire infatti di censire il potenziale e l'effettivo numero di beneficiari dei servizi sanitari e sociali e di collegare i sistemi informativi socio-sanitari sulla base di codici identificativi univoci, contribuendo a migliorare la conoscenza dei fabbisogni (e della loro soddisfazione) di salute e di benessere sociale espressi dalla popolazione regionale.

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

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

zione delle azioni.

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

iluppare interventi di realizzazione di infrastrutture telematiche
ca velocità, anche nel settore dell'assistenza sanitaria e sociale;
rodurre e diffondere la tessera sanitaria (TS) per l'accesso ai
zi sanitari regionali;

integrare l'anagrafe degli assistiti del Servizio sanitario
nale (SSR) e degli assistiti dei servizi sociali con il centro di
amento regionale delle informazioni anagrafiche (CSIA);

iluppare il sistema anagrafico di base dell'assistenza sociale in
o regionale finalizzato alla progettazione ed all'allineamento
ttivamente dei nuovi e degli esistenti sistemi gestionali per
gazione di prestazioni sociali complesse;

tendere in senso verticale ed orizzontale il sistema informativo di
gamento telematico dei medici di medicina generale (MMG) ed ai pediatri
oera scelta (PLS) con le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

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

o di riferimento.

stema informativo sanitario regionale (SISR) ha la caratteristica
ntiva di essere condiviso da soli due soggetti: l'Amministrazione
nale che ha compiti di programmazione e di controllo e l'Azienda U.S.L.
Valle d'Aosta che, disponendo di autonomia organizzativa ed
nditoriale, ha compiti di gestione.

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

ncipali applicativi in uso consolidato nell'ambito del SISR sono i
nti:

agrafe assistiti del SSR: l'anagrafe è gestita direttamente
l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta con proprio applicativo su
ttaforma MEDTRAK. L'anagrafe assistiti contiene i dati dell'assistenza di
e (dati anagrafici, scelta del MMG o del PLS, eventuali esenzioni, ecc.)

universalità dei cittadini aventi diritto all'assistenza sanitaria;
sistema informativo ospedaliero (HIS): l'HIS è sviluppato su
ttaforma MEDTRAK. Oltre a consentire di adempiere agli obblighi
ormativi verso l'Amministrazione regionale ed il Ministero della Salute
n particolare riferimento alle schede di dimissione ospedaliera SDO ed al
AP), la piattaforma MEDTRAK ospita la gestione delle liste di attesa via
e garantisce la visualizzazione delle informazioni degli applicativi
zionali ad uso interno della struttura ospedaliera;

sistema informativo radiologico (RIS): il RIS è sviluppato su
licativi specifici - a partire dalla seconda metà degli anni Novanta - in
ordo con il fornitore del sistema digitalizzato radiologico (PACS). Il
consente l'integrale gestione su base digitale del processo diagnostico
iologico, con stampa su file o su pellicola tradizionale dell'immagine
iografica. E' in corso di chiusura il progetto di integrazione del RIS
la piattaforma MEDTRAK;

sistema informativo dell'urgenza: il sistema dell'urgenza in uso
GO) è stato sviluppato in modo dedicato. Come per il RIS, anche per SAGO
n corso di realizzazione l'integrazione sulla piattaforma MEDTRAK;

istemi informativi di supporto ai programmi di screening: sono i
temi informativi verticali che consentono la gestione dei programmi di
eening attualmente in corso.

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

data warehouse socio-sanitario regionale: sviluppato in accordo e
piattaforma SAS® WEB oriented, il data warehouse socio-sanitario
ionale consente oggi di collegare sulla base della "chiave" unica
l'assistito del SSR cinque differenti flussi informativi: l'anagrafe
li assistiti del SSR, le schede di dimissione ospedaliera, i flussi della
ilità interregionale, i dati sulla mortalità ed il CEDAP;

data warehouse del personale del SSR: anch'esso sviluppato in
ordo e su piattaforma SAS® WEB oriented, il data warehouse del personale
SSR consente oggi di collegare sulla base della "chiave" unica della
ricola del personale dipendente e convenzionato del SSR le informazioni
carattere anagrafico, giuridico, organizzativo (incluse le informazioni
l'ECM) ed economico ad esso afferenti.

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

ambito dell'assistenza sociale e dei correlativi sistemi informativi, si
veduto al mantenimento ed allo sviluppo di sistemi informativi di
orto all'attività svolta dall'Amministrazione regionale, con particolare
imento a:

sistema di gestione delle informazioni relative ai servizi per gli
iani (ITACA);

anagrafe regionale delle persone disabili (ARDI);

sistema di gestione provvidenze per invalidità civile ed ex-
pattenti (SANI);

sistema di gestione del servizio per il superamento del disagio
lutivo in ambito scolastico (DEAS);

sistema di gestione del servizio per l'assistenza domiciliare
cativa (ADE);

sistema di gestione del servizio per l'inserimento lavorativo delle
sone disabili (HALPI).

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

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

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

quanto concerne lo sviluppo dei sistemi informativi di programmazione e di

collo del SSR, si tratta di porre in atto - mediante l'adeguamento dei sistemi informativi esistenti o la progettazione di nuovi sistemi - gli elementi che scaturiranno dalla conclusione del c.d. "Progetto Mattoni del Servizio sanitario nazionale (SSN)" strettamente correlato al Nuovo sistema sanitario (NSIS).

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

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

Questi elementi comuni rappresentano i "Mattoni del SSN". E' stato avviato pertanto un progetto parallelo e complementare a quello del NSIS, con la partecipazione di numerosi gruppi di lavoro su diverse tematiche e con la partecipazione di un numero molto ampio di referenti regionali. I progetti previsti per la costruzione dei "Mattoni del SSN" si riferiscono a:

- classificazione delle strutture; classificazione delle prestazioni sanitarie; evoluzione del sistema DRG nazionale; ospedali di riferimento; standard minimi di quantità di prestazioni; tempi di attesa; misura di appropriatezza; misura dell'outcome; realizzazione del "patient file"; prestazioni farmaceutiche; pronto soccorso e sistema 118; prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali; assistenza primaria e prestazioni di assistenza sanitaria collettiva.

Le azioni delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

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

imento alla programmazione ed alla gestione della formazione continua del personale sanitario (c.d. sistema ECM);
sviluppare sistemi di controllo a supporto dei principali applicativi
gestione di servizi di assistenza sociale, con particolare riferimento ai
servizi di affidamento, all'assistenza per le persone disabili mediante la
certificazione internazionale (ICF) ed all'assistenza residenziale per le
persone anziane;
progettare e realizzare un sistema di gestione per l'erogazione di
servizi economici aventi natura socio-assistenziale e di un sistema
gestitivo direzionale a supporto delle pratiche di assistenza economica per
i disabili civili.

articolo n. 27.

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

obiettivo: ammodernamento delle strutture ospedaliere in un unico presidio.

ambito di riferimento.

Le linee guida su cui deve svilupparsi il progetto di ammodernamento delle
attività ospedaliere in un unico presidio devono tener conto delle principali
caratteristiche dei sistemi organizzativi sanitari ed, in particolare a:
riduzione della durata delle degenze, che determina la riduzione
della dotazione di posti letto;
gradualità delle cure, che porta alla diversificazione dei posti
di ricovero non più rapportata alla patologia ma riferita alle modalità ed
all'intensità delle cure prestate (terapia intensiva, terapia sub-intensiva,
assistenza ordinaria, day hospital, day surgery, ambulatori);
costituzione di unità di degenza indifferenziate dipartimentali,
più attribuite alle singole unità operative;
riorganizzazione dell'ospedale per aree funzionali omogenee e coerenti
dal punto di vista logistico, necessaria per l'organizzazione dipartimentale
dell'attività ospedaliera;
diminuzione precoce dei pazienti, che esige a valle del ricovero
la disponibilità di strutture idonee per ulteriori trattamenti di
abilitazione e di lungodegenza.

Il progetto di unificazione è stato incluso tra le opere di rilevante
interesse regionale previste dalla legge regionale 17 agosto 2004, n. 21.

sviluppo delle azioni.

Per dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere - nel
periodo 2006-2008 - alla realizzazione delle seguenti azioni:
sviluppare lo studio di fattibilità previsto dall'articolo 3, comma 3,
della legge regionale 21/2004 che prenda in esame le diverse ipotesi
operative dell'ammodernamento delle sedi ospedaliere in un unico presidio;
sviluppare - in collaborazione con le strutture interne ed esterne
dell'amministrazione regionale competenti in materia - procedure per accedere a
le diverse alternative di finanziamento dell'intervento, con particolare
riferimento a quelle di provenienza dello Stato e dell'Unione europea;
individuare ed utilizzare forme ad evidenza pubblica di affidamento
per la progettazione e della realizzazione dell'opera che garantiscano tempi e
certezze di conclusione dell'intervento;
sviluppare e realizzare la progettazione delle opere di edilizia
pubblica necessarie per realizzare la concentrazione delle funzioni

aliere per acuti rese dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
viare la realizzazione delle opere di edilizia sanitaria necessarie
realizzare la concentrazione delle funzioni ospedaliere per acuti rese
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

tivo n. 28.

nerare il processo di rinnovamento strutturale e
nologico delle strutture e delle attività sanitarie e
-sanitarie regionali commisurato al grado di innovazione
logica ed organizzativa prevalente in ambito sanitario.

ità: conclusione degli interventi di
utturazione e di manutenzione straordinaria presso il presidio
aliero di Viale Ginevra ad Aosta ed attuazione di progetti
i per lo sviluppo della rete assistenziale sanitaria
coriale.

o di riferimento.

ultimo decennio, il processo di rinnovamento
strutturale e tecnologico delle strutture e delle attività
sanitarie e socio-sanitarie regionali è stato fortemente
motivato dai benefici derivanti dall'art. 20 della legge 11 marzo
1978 n. 67 che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale
di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di
ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di
realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti.

Il programma pluriennale è finalizzato alla
modernizzazione e all'ammodernamento strutturale e tecnologico del
patrimonio sanitario pubblico (ospedali, servizi sanitari
ambulatoriali, ecc.) e allo sviluppo di una rete socio-assistenziale
per anziani e soggetti non autosufficienti, strutture per
prevenzione e l'igiene sanitaria).

Il disegno strategico intende perseguire il miglioramento delle condizioni di
sicurezza, di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e
socio-sanitarie rese da parte dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta nel
seguente modo:

1. Cure per le acuzie prestate nell'unico presidio

pedaliero;
cure per le post-acuzie e le cure riabilitative intensive prestate in
o più RSA;
cure per la lunga degenza prestate nel presidio del
uegard.

programmazione di interventi di ristrutturazione
ambito dell'edilizia sanitaria da parte della Regione è
ata nell'anno 1990 con l'approvazione da parte della Giunta
nale della deliberazione n. 875 in data 26 gennaio 1990.

na prima fase di interventi, elencati nella tabella
egue, la Regione ha ottenuto un finanziamento ex art. 20 legge
88 pari a lire 28,558 miliardi (I° triennio). Lo stato
anzamento degli interventi è pari a circa il 90%, in
o l'adeguamento alla normativa antincendio, per non
omettere la funzionalità del Presidio Ospedaliero, è
corso di realizzazione a lotti sequenziali.

di intervento	Importo fin.to (in lire)	Concluso
o lotto ristrutturazioni ti (Medicina ' ologia)	7.600.000.000	Sì
locazione mensa e lla	950.000.000	Sì
ali tecnologiche del PO le Ginevra	6.300.000.000	Sì
operatoria per la chirurgia lare	1.330.000.000	Sì
medicali	792.000.000	Sì
uamento del PO di viale ra a normativa cendio	6.175.000.000	In corso
mbulatorio di Châtillon	1.140.000.000	Sì
e poliambulatorio di -Saint-André	4.256.000.000	Sì

ALE GENERALE	28.543.000.000	***
--------------	----------------	-----

ca 21 marzo 1997, il CIPE, con propria
 erazione pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 maggio 1997,
 4, approva il documento proposto dal Ministero della Sanità
 'avvio della seconda fase del Programma straordinario degli
 timenti previsto dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67
 cessive modificazioni ed integrazioni.

deliberazione della Giunta regionale n. 3320 in data
 settembre 1998, è approvato il secondo programma regionale
 eria di edilizia sanitaria ai fini dell'avvio della seconda
 del programma straordinario ex art. 20 legge 67/1988 e
 ssive modificazioni. La deliberazione è stata
 ssivamente modificata con provvedimenti della Giunta regionale
 in data 18 gennaio 1999, n. 4822 in data 20 dicembre 1999 e n.
 n data 12 marzo 2001. La Regione, in base al programma del
 do triennio, ha ottenuto i finanziamenti per la realizzazione
 interventi indicati nella tabella seguente:

--	--	--

di intervento	Importo fin.to (in lire)	Concluso
do lotto di ristrutturazioni urgenti (c.d. Radioterapia)	30.000.000.000	In corso
e Radiologia	2.500.000.000	Sì
ali tecnologiche del PO di viale Ginevra -completamento	8.785.468.000	Sì
zzazione del c.d. "Triangolo"	8.001.000.000	In corso
uamento impianti tecnologici del PO del Beauregard	2.500.000.000	Sì
ramento poliambulatorio di Donnas	7.914.532.000	Sì
a sede dell'U.B. 118 di Châtillon	2.000.000.000	Sì
ALE GENERALE	61.701.000.000	***

deliberazioni della Giunta regionale n. 3239 in data 25 settembre 2000 e n. 3240 in data 8 aprile 2002 adottate ai sensi della legge 28 febbraio 1999, n. 40, è stato approvato il programma regionale da presentare al Direttore della Sanità per la realizzazione di una struttura per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali. Per la realizzazione della struttura, sono stati stanziati alla Regione Valle d'Aosta due finanziamenti complessivamente di euro 578.431,72 e di euro 323.664,33. Nel corso dell'anno 2005, è stata avanzata al Ministero della Salute la proposta di realizzare la struttura di cui trattasi, non più ubicata nell'edificio denominato 'Ex-Maternità' di Aosta, ma presso il presidio ospedaliero del Beauregard sito nel comune di Aosta. Avendo ricevuto riscontro favorevole, dalla proposta è scaturito il mandato all'Azienda U.S.L. di realizzare gli interventi di ristrutturazione e di manutenzione straordinaria necessari per l'attivazione dell'Hospice entro il primo semestre dell'anno 2007.

In seguito alla pubblicazione della deliberazione del Consiglio Interministeriale per la Programmazione Economica in data 20 ottobre 2002 concernente 'Prosecuzione del programma nazionale di interventi in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 40, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388', nella quale è prevista l'assegnazione di un ulteriore finanziamento, a favore della Regione di euro 4.131.655,00, la Giunta Regionale con deliberazione n. 3757 in data 13 ottobre 2003 approva il presente programma di interventi di ristrutturazione e di adeguamento del presidio ospedaliero di Viale Ginevra di Aosta in merito al seguente:

Descrizione di intervento	Importo fin.to (in euro)	Concluso
Adeguamento del blocco operatorio del PO di viale Ginevra	2.112.335,00	In corso
Ristrutturazione Laboratorio di analisi del PO di viale Ginevra	1.330.985,00	No
Localizzazione Punto Prelievi del PO di viale Ginevra	688.335,00	No
TOTALE GENERALE	4.131.655,00	***

La realizzazione di tali interventi è stato
in data 13 gennaio 2005 apposto accordo di programma tra il
Ministero della Salute e la Regione autonoma Valle d'Aosta, di
accordo con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa
alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni
e le Province Autonome.

La Regione autonoma Valle d'Aosta è stata
assegnato un finanziamento di euro 1.418.336,69, ai sensi del
Decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 54 concernente 'Disposizioni
organizzative ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n.
166 per il potenziamento delle strutture per l'attività
libero-professionale dei dirigenti sanitari nell'ambito del
Piano nazionale per l'attività libero-professionale
sanitaria'. L'Azienda U.S.L. ha posto come obiettivo la
creazione di 28 nuovi posti letto dedicati alla libera
professione pari al 5,40% dei posti letto attualmente disponibili,
con l'intento di garantire una dotazione di posti letto per tutte le
attività mediche e chirurgiche, fatta eccezione per le
attività operative di terapia intensiva e di emergenza. Mentre, per quanto
riguarda le strutture ambulatoriali, è stata determinata una
dotazione da destinarsi complessivamente alla libera professione pari
al 5,40% della dotazione complessiva di ambulatori.

Allo corso del quadriennio 2002-2005, si sono infine
attuato le procedure per la cessione in comodato delle strutture
ambulatoriali all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, ai sensi
dell'articolo 40 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e
delle successive modificazioni, nonché per la destinazione dei fondi
destinati alla riqualificazione del settore termale ai sensi della legge
regionale 26 maggio 1998, n. 38 e successive modificazioni.
Complessivamente, sono state cedute in regime di comodato 9 strutture
ambulatoriali, inclusi gli immobili compresi nei presidi ospedalieri di
Ginevra, del Beauregard e dell'Ex-Maternità' siti
a Courmayeur, la residenza sanitaria assistenziale di
Saint-André e le sedi poliambulatoriali di Châtillon e di
Courmayeur. Nel contesto di cui trattasi, restano da definire i rapporti tra
l'Amministrazione regionale e l'Azienda U.S.L. per la disciplina
della presenza stabile di personale regionale in strutture
ambulatoriali e territoriali possedute dall'Azienda stessa.

La cessione in comodato dei beni immobili ha comportato
per l'Azienda U.S.L. l'obbligo di provvedere in proprio - previa
autorizzazione della Regione - alle manutenzioni straordinarie ed
ordinarie dei beni immobili stessi, ricorrendo ai fondi trasferiti
dalla Amministrazione regionale.

li interventi di edilizia sanitaria, è stato pertanto configurato un modello di riferimento che individua le seguenti competenze:

- competenze di programmazione e di controllo degli interventi in materia di edilizia sanitaria attribuite alla struttura regionale del dipartimento sanità, salute e politiche sociali;
- competenze per l'esecuzione di opere di nuova concezione in ambito sanitario attribuite alle strutture regionali competenti in materia di opere pubbliche;
- competenze per l'esecuzione di opere di manutenzione straordinaria ed ordinaria in ambito sanitario attribuite alle strutture tecniche ed amministrative dell'Azienda U.S.L..

In tale contesto è necessario prevedere la realizzazione da parte della Regione di strutture a ciclo continuativo da adibire a residenze sanitarie assistenziali (RSA) nel capoluogo regionale o nelle sue vicinanze, in grado di dare seguito ad un disegno strategico di lungo periodo della costituzione di un modello di erogazione delle prestazioni sanitarie distinto dal punto di vista metodologico per intensità di cura. Allo stato attuale, la stima dell'intervento ammonta a circa 10 milioni di euro.

Il disegno strategico intende perseguire il miglioramento delle condizioni di assistenza, di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rese da parte dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta nel seguente modo:

- cure per le acuzie prestate nell'unico presidio ospedaliero;
- cure per le post-acuzie e le cure riabilitative intensive prestate in una o più RSA;
- cure per la lungodegenza prestate nel presidio del Beauregard.

Si chiarisce che l'edificio denominato "Ex-Maternità", sito nel comune di Courmayeur, è destinato ad attività amministrative correlate all'assistenza sanitaria e sociale oppure ad attività di supporto all'assistenza stessa.

Quanto concerne gli acquisti di tecnologie effettuati negli ultimi anni, la Regione ha provveduto a trasferire annualmente all'Azienda U.S.L. un finanziamento in conto capitale indicativamente pari all'1% del finanziamento complessivo. Il finanziamento si è frequentemente dimostrato insufficiente per soddisfare le esigenze dell'Azienda U.S.L., in relazione alla rapida evoluzione ed obsolescenza delle tecnologie sanitarie. L'Azienda U.S.L. ha di spesso fatto ricorso all'impiego dell'avanzo di gestione per sopperire al maggiore fabbisogno finanziario per acquisire nuove tecnologie sanitarie da gare nelle strutture pubbliche da essa stessa condotte.

Per sviluppare strumenti avanzati di programmazione e di controllo degli investimenti in materia di tecnologie sanitarie è necessaria l'adozione di un sistema informativo efficace sul patrimonio tecnologico sanitario (inventario) in possesso dell'Azienda U.S.L., nonché un sistema condiviso di valutazione delle tecnologie sanitarie (health technology assessment). Si consentirebbe anche di effettuare una programmazione triennale di controllo degli acquisti delle tecnologie sanitarie da parte dell'Azienda U.S.L. derivante dagli interventi di edilizia sanitaria e socio-sanitaria in corso, nonché dal grado di obsolescenza del parco tecnologico disponibile.

Per infine dare seguito allo sviluppo dell'Osservatorio degli investimenti in sanità, peraltro correlato al sistema di finanziamento statale in materia di edilizia sanitaria, nonché all'avvio del sistema di classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie previsto nell'ambito del progetto "Mattoni del Servizio sanitario nazionale" che consentiranno di raccogliere di importanti informazioni sul patrimonio delle infrastrutture

ionali e di effettuare valutazioni comparative con quello di altre regioni.

zione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo è pertanto necessario procedere alla
zzazione delle seguenti azioni:

ottare un modello di riferimento per l'esecuzione degli interventi
strutture sanitarie che preveda: in capo alla struttura regionale del
tamento sanità, salute e politiche sociali competenze di programmazione e
ntrollo degli interventi in materia di edilizia sanitaria, in capo alle
ture regionali competenti in materia di opere pubbliche competenze per
uzione di opere di nuova concezione in ambito sanitario, in capo alle
ture tecniche ed amministrative dell'Azienda U.S.L. competenze per
uzione di opere di manutenzione straordinaria ed ordinaria in ambito
ario;

edisporre strumenti amministrativi e finanziari per la
ammazione triennale degli interventi di manutenzione straordinaria da
zzare da parte dell'Azienda U.S.L., inclusi di quelli conclusivi della
"terza fase";

alizzare da parte dell'Azienda U.S.L. gli interventi di edilizia
aria cofinanziati dallo Stato, con particolare riferimento
deguamento del presidio ospedaliero di Viale Ginevra alla normativa
cendio, alla realizzazione di spazi dedicati alla libera professione
muraria, alla realizzazione dell'Hospice per la cura dei malati terminali
le restanti opere previste dalla terza fase degli interventi presso il
dio ospedaliero di Viale Ginevra;

finire un accordo contrattuale con l'Azienda U.S.L. per la
plina della presenza stabile del personale regionale nelle strutture
aliere e territoriali in possesso dell'Azienda stessa;

ottare formalmente, in accordo con l'Azienda U.S.L., strumenti per
lutazione propedeutica all'acquisto di tecnologie da parte dell'Azienda
(health technology assessment);

alizzare, da parte della Regione, una struttura a ciclo diurno o
nuativo da adibire a residenza sanitaria assistenziale (RSA) nel
uogo regionale o nelle sue immediate vicinanze;

ativare procedure per l'accesso ai finanziamenti previsti a livello
eo o statale in materia di edilizia sanitaria;

cedere ai nuovi sistemi informatici per la gestione dei dati
ivi agli investimenti strutturali e tecnologici (Osservatorio degli
tamenti pubblici in sanità) e per la classificazione delle strutture
arie e socio-sanitarie.

civo n. 29.

e la rete dei servizi sociali di strutture logistiche adeguate a
nere il processo di decentramento dell'assistenza sociale.

ità: adeguamento della rete delle infrastrutture dei servizi sociali ai
sogni emergenti della popolazione regionale, con particolare attenzione
ttuazione di progetti mirati nell'ambito dell'assistenza alle persone
ne e disabili.

o di riferimento.

orso del quadriennio 2002-2005, è stato dato corso ad importanti
venti di edilizia socio-assistenziale per favorire lo sviluppo dei
zi per le persone anziane e disabili, nonché per la prima infanzia.

ambito degli interventi di ristrutturazione, di ampliamento e di
enzione straordinaria per l'adeguamento funzionale delle strutture socio-

tenziali per anziani, la programmazione regionale è attuata mediante due differenti procedimenti amministrativi:

mediante interventi di finanza locale tramite il combinato disposto dall'articolo 1, comma 2, e dell'articolo 2, comma 1, della legge regionale 21 ottobre 1990, n. 80 e successive modificazioni;

mediante interventi finanziari diretti della Regione tramite l'art. 17 della legge regionale 15 dicembre 2003 n. 21 e successive modificazioni.

L'approvazione della Giunta regionale n. 3733 in data 25 ottobre 2004, sono stati approvati - in particolare - i criteri e le modalità per l'ammissione a finanziamento e per l'esecuzione degli interventi di ampliamento, di ristrutturazione e di manutenzione straordinaria per l'adeguamento funzionale delle opere pubbliche per l'assistenza alle persone anziane ed inabili, ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21 e successive modificazioni. Allo stato attuale, la stima degli interventi di cui trattasi è pari a circa 5 milioni di euro annui.

Per evidenziare che, nell'ambito delle strutture per l'assistenza agli anziani, sono in corso di trasferimento la proprietà di otto strutture per anziani ancora di proprietà regionale (Brusson, Cogne, Fénis, Gaby, Gressan, Lullin, Perloz e Verrayes) agli enti locali gestori delle medesime, ai sensi del comma 2 dell'art. 40 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. Il trasferimento delle strutture di cui trattasi è, inoltre, direttamente correlato alla disposizione - approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 1164 in data 18 aprile 2005 - di affidare le medesime in gestione alle sole Comunità montane.

Quanto concerne le strutture destinate all'assistenza alle persone disabili, si è dato corso agli interventi previsti dal Piano socio-sanitario regionale 2004 ed, in particolare, l'ampliamento della sede del Centro Educativo e Riabilitativo (CEA) di Châtillon presso la struttura di proprietà regionale denominata «Ex casa De Matteis» e la realizzazione di un nuovo CEA nel Comune di Quart.

In tale contesto, nel corso dell'anno 2004, il CEA di Quart è stato trasferito in una parte dei locali del centro agricolo per disabili di "Ollignan" in Comune di Quart, affinché gli utenti e gli operatori fruissero di una migliore struttura logistica in cui svolgere le proprie attività; mentre l'ampliamento della sede del CEA di Châtillon sta procedendo secondo le indicazioni contenute nella progettazione definitiva ed esecutiva. La struttura di Châtillon è momentaneamente ospitata presso un edificio di proprietà dell'Amministrazione comunale in località Perolle sita nel comune medesimo.

È stato poi ritenuto che il CEA in cui dare ospitalità agli utenti dei CEA di Châtillon e di Aosta non sia individuato presso i locali siti al piano terreno dell'edificio denominato "Ex-Maternità" in comune di Aosta. Si è considerato opportuno che l'utenza attesa di circa 25-30 unità debba essere ospitata in una struttura nuova da realizzare nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze, consentendo all'Amministrazione regionale una migliore allocazione delle risorse umane e tecnologiche impiegate all'interno di una struttura moderna, inserita in un contesto urbano e dotata di adeguati spazi destinati all'attività verde. Allo stato attuale, la stima dell'intervento di cui trattasi è pari a circa 5 milioni di euro. Parimenti, all'utenza dell'Alta Valle, sarà data la possibilità di usufruire di un'ulteriore struttura posta - dal punto di vista logistico - in posizione più favorevole di quelle adiacenti al capoluogo regionale.

La realizzazione di una nuova struttura nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze consentirebbe, tra l'altro, di incrementare la disponibilità di posti della comunità per minori "Petit Foyer" che oggi

vide una parte del medesimo edificio in cui è ospitato il CEA di Aosta.

Realizzazione di un nuovo CEA nel comune di Hône è motivata dall'esigenza di individuare una struttura unica in cui ospitare attualmente i servizi presenti nel piano terreno della struttura socio-assistenziale per anziani situata nel comune medesimo, nonché in una struttura in comune di Champdepraz. La realizzazione del nuovo CEA è stata pertanto prevista nell'ambito di un più ampio accordo di programma stipulato con l'Amministrazione comunale di Hône, nel quadro di più interventi di qualificazione urbanistica del comune stesso. L'attuale sviluppo potrebbe infine avere la destinazione di strutture a servizio turistico per scopi di tipo sociale.

Quanto riguarda invece l'edilizia sociale per la prima infanzia, il finanziamento regionale per la realizzazione degli asili nido è disciplinato dalla legge regionale 15 dicembre 1994, n. 77 che prevede che le spese per la progettazione, la costruzione, la ristrutturazione, l'acquisto di arredamenti e attrezzature, nonché per la manutenzione straordinaria degli asili-nido sono finanziate dalla Regione sulla base di propri piani triennali, approvati dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale. Nel caso in cui si venisse a verificare l'emergere di nuovi fabbisogni della popolazione regionale nell'ambito della prima infanzia, sarebbe pertanto opportuno concordare con il Consiglio permanente degli enti locali le modalità per finanziare - anche attraverso interventi diretti della Regione - eventuali nuove edificazioni di asili nido.

Il contesto generale di cui trattasi, è infine emersa l'esigenza di garantire l'ottimale condivisione degli spazi fisici all'interno delle strutture socio-assistenziali o socio-assistenziali di personale appartenente alla Regione, agli enti locali ed all'Azienda U.S.L. per il tramite della stipula di accordi che assicurino ottimali condizioni di lavoro e la piena fruibilità delle strutture stesse a tutto il personale interessato, favorendo in tal modo anche l'integrazione socio-sanitaria.

Realizzazione delle azioni.

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

- 1) Completare il trasferimento agli enti gestori dei beni immobili di proprietà regionale destinati all'assistenza delle persone anziane, ai sensi dell'art. 40 della legge regionale n. 5/2000 e successive modificazioni;
- 2) Adottare un programma pluriennale di finanziamento degli interventi di adeguamento funzionale delle strutture per l'assistenza alle persone anziane, in relazione ai fabbisogni derivanti dall'applicazione degli standard strutturali ed organizzativi per il funzionamento delle strutture stesse;
- 3) Adottare un programma pluriennale di finanziamento degli interventi di adeguamento e di adeguamento funzionale delle strutture socio-educative, con particolare riferimento agli asili nido;
- 4) Avviare la progettazione delle opere di realizzazione dei due nuovi asili socio-educativi assistenziali (CEA) nel comune di Hône e nel capoluogo regionale o nelle sue immediate vicinanze;
- 5) Definire - in accordo con il Consiglio permanente degli enti locali - le procedure che disciplinino la compresenza degli operatori sanitari e sociali, appartenenti anche ad enti diversi, all'interno delle strutture socio-assistenziali e socio-assistenziali dislocate sul territorio regionale, garantendo ottimali condizioni di lavoro e favorendo l'integrazione socio-sanitaria.

Articolo n. 30.

Provvedere con adeguate risorse finanziarie le azioni del presente Piano.

ità: individuazione dei criteri per il finanziamento delle azioni sanitarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale.

o di riferimento.

entamento dei servizi verso la salute, l'integrazione fra servizi sanitari e servizi sociali, l'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, lo sviluppo della organizzazione su base territoriale e strategie che pongono l'esigenza di una forte attenzione al rapporto fra domanda e risorse impiegate ed, in particolare, alla certezza delle fonti di finanziamento.

La conoscenza dei fondi regionali complessivamente impiegati nei diversi esercizi presenta il seguente quadro in via generale e specifica (dati storici in previsione ad inizio anno):

	ESERCIZI FINANZIARI						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Totali a carico del bilancio regionale	2.038.350.540	2.027.276.000	1.939.655.000	2.108.376.000	2.130.176.000	2.257.239.000	2.246.642.000
di cui: a carico delle contabilità sanitarie							
				VALORI ASSOLUTI			
per la salute	166.599.699	225.642.148	210.213.476	229.580.279	233.668.890	251.480.856	256.537.791
per le politiche sanitarie	51.081.407	47.823.268	51.431.194	59.690.983	61.800.130	67.807.734	67.334.000
per le risorse sanitarie	16.968.191	19.728.536	14.483.757	11.333.103	11.948.320	13.382.500	33.037.500
delle spese sociali	234.649.298	293.193.952	276.128.427	300.604.365	307.417.340	332.671.090	356.909.291
				VALORI PERCENTUALI			
per la salute	8,17%	11,13%	10,84%	10,89%	10,97%	11,14%	11,42%
per le politiche sanitarie	2,51%	2,36%	2,65%	2,83%	2,90%	3,00%	3,00%
per le risorse sanitarie	0,83%	0,97%	0,75%	0,54%	0,56%	0,59%	1,47%
delle spese sociali	11,51%	14,46%	14,24%	14,26%	14,43%	14,74%	15,89%

Un esame dai dati relativi alla spesa sanitaria e sociale desunti dagli atti contabili di previsione nel periodo 2001-2008, emerge che l'incidenza della spesa sanitaria assume un peso crescente a carico del bilancio regionale.

Le spese per la salute possono essere ricondotte per buona parte ai contributi versati in ogni esercizio all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta interamente a carico del bilancio regionale per effetto della disposizione contenuta nell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante misure di razionalizzazione

finanza pubblica (legge finanziaria per l'anno 1995), in base al quale
 gione provvede autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario
 nale "senza alcun apporto del bilancio dello Stato, utilizzando
 titariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa
 outi [...] e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci".

lisi del conto economico degli ultimi cinque esercizi, opportunamente
 ificato fino a livello del risultato operativo, consente di trarre le
 nti indicazioni:

ontributi in conto esercizio, circa 204 milioni di euro nel 2004,
 tituiscono circa il 94-95% del valore della produzione in tutti gli anni
 si in esame; mentre le altre componenti di ricavo - proventi e ricavi
 ersi, costi capitalizzati e compartecipazione alla spesa sanitaria -
 no ciascuna un'incidenza attorno al 2% circa;

Conto economico (in milioni di euro)	2000	in val. %	2001	in val. %	2002	in val. %	2003	in val. %	2004	in val. %
Contributi in conto esercizio	153,8	95,56%	150,7	94,39%	190,2	95,08%	194,6	94,10%	204,2	93,99%
Proventi e ricavi diversi	2,8	1,73%	3,4	2,14%	3,3	1,67%	4,2	2,03%	4,4	2,03%
Risparmi, recuperi, rimborsi e attività caratteristica	0,3	0,18%	0,6	0,36%	0,6	0,28%	0,5	0,23%	0,6	0,27%
Compartecipazione alla spesa sanitaria	2,9	1,80%	2,9	1,83%	3,0	1,50%	3,3	1,60%	3,8	1,76%
Costi capitalizzati	1,2	0,73%	2,0	1,28%	2,9	1,47%	4,2	2,05%	4,2	1,95%
TOTALE DELLA PRODUZIONE	161,0	100%	159,7	100%	200,1	100%	206,8	100%	217,2	100%
Costo per acquisto di beni	18,7	9,06%	17,4	8,39%	19,3	9,35%	20,8	10,07%	22,9	10,56%
Costo per acquisto di attrezzature sanitarie da magazzino	5,7	2,77%	1,1	0,52%	1,6	0,77%	2,1	1,00%	2,2	1,00%
Costo per acquisto di attrezzature sanitarie da magazzino	44,5	21,50%	50,5	24,42%	52,3	25,31%	56,1	27,16%	62,2	28,62%
Costo per acquisto di attrezzature non sanitarie da magazzino	5,5	2,65%	7,8	3,76%	8,0	3,88%	7,6	3,65%	7,9	3,63%
Costo per manutenzioni e riparazioni	5,3	2,54%	5,1	2,46%	5,0	2,41%	4,8	2,34%	5,2	2,42%
Costo per godimento di beni materiali	2,9	1,42%	3,7	1,79%	4,1	1,96%	3,9	1,89%	4,1	1,89%
Variazione delle rimanenze materiali e non materiali	-1,2	-0,59%	0,4	0,20%	-0,3	-0,13%	1,3	0,63%	0,2	0,07%
Costi diversi di gestione	10,3	4,96%	10,9	5,29%	5,5	2,64%	6,5	3,15%	7,7	3,56%
Costo di acq. beni e servizi di op.	91,6	56,92%	96,9	60,65%	95,5	47,74%	103,2	49,89%	112,4	51,76%

ORE AGGIUNTO	69,4	43,08%	62,8	39,35%	104,6	52,26%	103,6	50,11%	104,8	48,24%
stipendi, oneri sociali altro - P. sanitario	61,9	29,96%	63,5	30,73%	65,7	31,79%	66,9	32,35%	70,4	32,41%
stipendi, oneri sociali altro - P. professionale	0,1	0,06%	0,2	0,10%	0,3	0,14%	0,3	0,15%	0,3	0,13%
stipendi, oneri sociali altro - P. tecnico	12,3	5,93%	12,6	6,07%	12,6	6,09%	12,3	5,97%	12,8	5,87%
stipendi, oneri sociali altro - P. amministrativo	7,2	3,47%	7,9	3,82%	7,9	3,84%	8,3	4,00%	8,8	4,05%
Fondo di quiescenza et a	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
del lavoro	81,5	50,63%	84,2	52,71%	86,6	43,26%	87,8	42,46%	92,2	42,46%
GINE OPERATIVO OO	-12,2	-7,55%	-21,3	-13,35%	18,0	9,00%	15,8	7,65%	12,5	5,78%
ortamento delle obilizzazioni imm.	0,6		1,1		1,6		1,8		1,4	
ortamento delle obilizzazioni mat.	0,5		0,9		1,4		2,4		2,9	
svalutazioni delle obilizzazioni	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
cazione di crediti ativo a B/T	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
tonamenti per rischi	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
ccantonamenti	0,0		0,0		5,5		4,3		0,7	
ort., svalut. ed onamenti	1,2	0,76%	2,1	1,31%	8,4	4,21%	8,6	4,14%	5,0	2,29%
LTATO OPERATIVO	-13,4	-8,31%	-23,4	-14,66%	9,6	4,79%	7,2	3,50%	7,6	3,48%

Assiste a una progressiva crescita sia del valore della produzione
dei contributi con un andamento che, dopo gli incrementi nell'ordine del
% fatti registrare tra il 1999 e il 2000 e tra il 2001 e il 2002, ha
registrare un sostanziale adeguamento, nel 2003, e una lieve crescita
nel 2004 rispetto all'inflazione.

--

	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
di bilancio					
e della zione	19,4%	-0,8%	25,3%	3,3%	5,0%
e del valore della zione	16,4%	-3,4%	22,3%	0,9%	3,0%

ionato					
buti in ercizio	19,1%	-2,0%	26,2%	2,3%	4,9%
buti di esercizio ionato	16,1%	-4,6%	23,2%	-0,2%	2,9%

voci di costo relative al personale, alle prestazioni di terzi (in
colare prestazioni sanitarie da parte di privati) e all'acquisto di beni
cuiscono tra l'85% e il 90% circa del valore della produzione.

Voci di costo	Anno 2000	Prog.%	Anno 2001	Prog.%	Anno 2002	Prog.%	Anno 2003	Prog.%	Anno 2004	Prog.%
Costo del lavoro	81,5	50,63%	84,2	52,71%	86,6	43,26%	87,8	42,46%	92,2	42,46%
Costi per acquisto di prestazioni sanitarie da privato	44,5	72,14%	50,5	77,13%	52,3	68,57%	56,1	69,62%	62,2	71,09%
Costi per acquisto di beni	18,7	81,20%	17,4	85,52%	19,3	77,92%	20,8	79,69%	22,9	81,65%
Costi per acquisto di prestazioni non sanitarie da privato	5,5	83,84%	7,8	89,29%	8,0	81,80%	7,6	83,34%	7,9	85,28%
Costi per acquisto di prestazioni sanitarie da pubblico	5,7	86,61%	1,1	89,81%	1,6	82,57%	2,1	84,35%	2,2	86,28%

la relazione al bilancio 2004, si evince come una consistente parte
ostri possano essere considerati non pienamente assoggettati al governo
dale in quanto derivanti da decisioni assunte a livello delle
istrazioni centrali dello Stato come, ad esempio, accade per la
attazione del comparto e della dirigenza delle professioni sanitarie e di
e ad esse correlate.

idenze precedentemente descritte portano a prevedere un andamento in
ita dei contributi in conto esercizio di almeno due punti percentuali
il tasso di inflazione, salvo non si individuino ulteriori necessità
anti dal potenziamento o dall'introduzione di nuove attività sanitarie e
-sanitarie o da spese obbligatorie generate dalla contrattazione
nale di settore.

quanto concerne gli investimenti in conto capitale, la Regione ha
eduto a trasferire annualmente all'Azienda U.S.L. un finanziamento
mente pari all'2,5% del finanziamento complessivo. Il finanziamento di
rattasi si è frequentemente dimostrato insufficiente per soddisfare le
nze dell'Azienda U.S.L., in relazione sia all'avvenuta cessione in regime
modato dei beni di proprietà regionale a destinazione sanitarie (ed il
guente obbligo a provvedere alle manutenzioni straordinarie) sia alla
a evoluzione ed obsolescenza dei sistemi informativi e delle tecnologie
arie. L'Azienda U.S.L. ha quindi spesso fatto ricorso all'impiego

avanzo di gestione per sopperire al maggiore fabbisogno finanziario per
tuare investimenti in conto capitale.

base di recenti analisi condotte a livello nazionale, è emerso inoltre
a spesa sanitaria regionale presenta un totale dei costi pro capite per
gazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) riferito all'anno 2002
ca per la Regione autonoma Valle d'Aosta a circa 1.688 euro a fronte di
edia nazionale di 1.409 euro (+19,8%), evidenziando il valore assoluto
lto dopo quello della Provincia autonoma di Bolzano.

esame dei dati relativi all'anno 2002, emerge che la composizione del
pro capite comprende:

euro per l'assistenza sanitaria collettiva di vita e di lavoro
spetto alla media nazionale di 55 euro pari a +89%) [si tenga presente
il dato contiene le voci di spesa relative alla sanità veterinaria];
euro per l'assistenza territoriale distrettuale (rispetto alla
ia nazionale di 699 euro pari a +7,3%) di cui 223 euro per l'assistenza
cialistica ambulatoriale (rispetto alla media nazionale di 181 euro pari
23,2%), 183 euro per l'assistenza farmaceutica territoriale (rispetto
a media nazionale di 207 euro pari a -12%), 11,2 euro per l'assistenza
ritoriale ambulatoriale e domiciliare per anziani non autosufficienti
spetto alla media nazionale di 13,7 euro pari a -18%), 5,4 euro per
ssistenza territoriale semiresidenziale e residenziale per anziani non
osufficienti (rispetto alla media nazionale di 38,2 euro pari a -75%)
che se il dato non tiene conto delle spese di competenza del settore
iale di seguito riportate];
euro per l'assistenza ospedaliera (rispetto alla media nazionale
557 euro pari a +27%).

ncipali voci di costo pro capite dell'assistenza sanitaria dimostrano
i come l'erogazione delle prestazioni sanitarie in Valle d'Aosta
cano anche delle particolari condizioni geografiche, orografiche e
riche delle zone montagna, come evidenziato nelle premesse del presente
. Una quota pro capite di circa il 20% superiore della media nazionale è
i in linea con quanto espresso dalla Commissione sui problemi della
à in montagna istituita dal Ministero della salute.

quanto concerne l'esame della spesa sociale, si fa ricorso agli indicatori
liti con deliberazione della Giunta regionale n. 2453 del 19 luglio 2004.

ni indicatori si riferiscono alla consistenza complessiva della spesa per
litiche sociali, con attenzione alle differenti aree di attività e agli
i tre anni (2002-2004). Nell'ultimo anno preso in considerazione lo
iamento definitivo di fine anno è stato pari a 63.481.709 euro, con un
mento rispetto al 2002 di circa 8,7 milioni di euro, pari al 15,9%.

di attività essiva	Stanziamen finale 2002	Stanziamen finale 2003	Stanziamen finale 2004
ni e disabili	27.052.387	31.146.596	27.635.051
zione	69.700	50.000	45.000
onamento	274.887	400.943	377.500
li e altri enti nziali	20.591.958	22.044.000	24.200.000

ni e famiglia	5.980.450	6.145.532	9.648.228
he migratorie	175.877	150.000	600.000
à ed ione sociale	399.314	675.000	809.800
odipendenza e mentale	224.073	224.000	150.000
ori izzazioni	0	46.799	16.130
	54.768.646	60.882.870	63.481.709

annualità prese in esame, è possibile osservare la consistente incidenza percentuale della spesa in corrispondenza delle aree di attività anziani-disabili (50,2% nel 2002, 51,1% nel 2003, 44,2% nel 2004), invalidi (rispettivamente 36,6%, 36,2% e 37,4%) e minori e famiglia (11,1%, 10,1% e 15,3%). Le rimanenti aree di attività presentano quote inferiori all'1% della spesa complessiva.

	% della spesa per area di attività 2002	% della spesa per area di attività 2003	% della spesa per area di attività 2004
ni e disabili	50,28%	51,16%	44,24%
zione	0,13%	0,08%	0,07%
onamento	0,45%	0,66%	0,61%
li e altri interventi assistenziali	36,67%	36,21%	37,44%
i e famiglia	11,11%	10,09%	15,27%
he migratorie	0,33%	0,25%	0,98%
à ed esclusione sociale	0,62%	1,11%	1,11%
odipendenza e salute mentale	0,42%	0,37%	0,24%
ori finalizzazioni	0,00%	0,08%	0,03%
	100,00	100,00	100%

seconda categoria di indicatori si riferisce al Fondo

nale per le politiche sociali e dedica attenzione alla spesa
nata per area di attività nel medesimo periodo. In
ale, la spesa riferita al Fondo ha avuto un incremento del 28,7%
ultimi tre anni, passando da quota 2.226.537 euro a 2.866.130
La distribuzione dell'incidenza della spesa effettiva per
di attività è stata differente nei tre anni
derati: nel 2002 la spesa si è concentrata nell'area
ni e disabili (61%) ed in quella della tossicodipendenza e del
onamento (rispettivamente il 10%); nel 2003 si osserva invece
aggiore distribuzione della spesa, con quote tuttavia più
stenti nell'area anziani e disabili (38%), infanzia e
scenza (19%) e funzionamento (14%); nel 2004 si evidenzia infine
ggiore equilibrio nella distribuzione della spesa tra le aree
ive agli anziani e disabili, alle politiche migratorie ed alla
infanzia.

--

di attività del Fondo nale per le politiche sociali	Spesa impegnata 2002	Spesa impegnata 2003	Spesa impegnata 2004
ni e disabili	1.354.966	950.000	850.000
onamento	222.655	350.000	350.000
ia e adolescenza	157.866	464.667	300.000
he migratorie	175.877	150.000	600.000
à ed esclusione sociale	67.000	100.000	0
infanzia	24.100	200.000	600.000
odipendenza e salute le	224.073	224.000	150.000
ori finalizzazioni	0	46.799	16.130
	2.226.537	2.485.466	2.866.130

nsistenza del Fondo Regionale per le politiche sociali e la sua
tizione tra stanziamento e spesa impegnata rappresenta la terza tipologia
indicatori proposti per descrivere la spesa socio-assistenziale in Valle
ca.

mente agli altri fondi osservati, anche quelli regionali sono aumentati
ultimi due anni, passando dal valore di 14.547.411 euro del 2002 a
o di 15.185.948 del 2003 (+ 4,2%) ed a quello di 16.659.604 del 2004
%). Le aree di attività con la più consistente incidenza di spesa sono
a relativa agli anziani e disabili (52% nel 2002, 55% nel 2003, 52% nel
e quella dell'area minori e famiglia (40% nel 2002, 36% nel 2003, 40%
004).

--

Attività Fondo sociale per le politiche sociali	Stanziamiento 2002	Stanziamiento 2003	Stanziamiento 2004
Spese correnti e investimenti	7.560.519	8.461.962	8.695.051
Finanziamento	69.700	50.000	45.000
Ammortamento	52.232	50.943	27.500
Utile e altri interventi assistenziali	734.162	709.000	532.000
Spese in capitale	5.798.484	575.000	809.800
Spese di investimento e finanziamento	332.314	5.339.043	6.550.253
Totale	14.547.411	15.185.948	16.659.604
Utile di esercizio totale	2.027.276.000	1.939.655.000	2.108.376.000
Quota sul totale di esercizio totale	0,72%	0,79%	0,79%

ai fondi sopra descritti, alla spesa regionale per
 politiche Sociali afferiscono i flussi per la copertura delle
 esigenze a favore degli invalidi civili e di altri interventi
 assistenziali la cui consistenza è stata pari a
 7.796 euro nel 2002, a 21.335.000 euro nel 2003 ed a 23.758.000
 euro nel 2004, nonché gli investimenti in conto capitale
 effettuati nell'ultimo triennio alle strutture socio-assistenziali
 finanziati che sono progressivamente aumentati nel triennio
 2002-2004 da 3.521.727 euro a 6.460.867 euro.

regionali
 Fondo sociale
 sociale per l'area
 di ed altri
 interventi

enziali'			
	Stanziamiento	Spesa impegnata	Differenza
	19.857.796	18.824.795	1.033.011
	21.335.000	21.245.000	90.000
	23.758.000	22.571.507	1.186.493

interventi per l'area di attività
 disabili'

Stanziamiento	Spesa impegnata	Differenza
3.521.272	3.366.336	154.936
4.934.634	4.933.042	1.592
6.460.867	6.124.029	336.838

anno a parte meritano gli interventi di finanzia
 e per la copertura delle spese sostenute dagli enti locali
 ambito dei servizi sociali che, nel triennio di riferimento,
 progressivamente aumentati fino a raggiungere circa un terzo
 intera spesa sociale.

enti di finanzia locale

Stanziamiento	Spesa impegnata	Differenza
14.615.630	14.615.630	0
16.800.000	16.800.000	0
20.197.975	20.197.975	0

proposito, già il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-
 prevedeva l'istituzione di un fondo regionale per le politiche sociali,

distinzione tra spese dirette della regione e finanza locale, come attività di gestione finanziaria tendente a perseguire le seguenti finalità: potenziare l'autonomia decisionale degli enti locali preposti alla erogazione dei servizi sociali e socio-educativi secondo le forme definite dalla programmazione regionale;

- potenziare l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo da parte della Regione;
- semplificare e rendere più veloci le modalità di erogazione dei finanziamenti e di verifica sui livelli e sulla qualità della spesa.

quadro di riferimento, emerge pertanto quanto segue:

- peso crescente sul bilancio regionale della spesa sanitaria e sociale associato ad un non completo grado di governo della spesa stessa;
- pressoché totale assenza di forme alternative alle risorse del bilancio regionale per il finanziamento della spesa sanitaria e sociale, considerato anche lo scarso apporto di risorse di provenienza dall'Unione europea o dallo Stato;
- non piena copertura finanziaria per le spese in conto capitale di competenza dell'Azienda U.S.L. per la manutenzione straordinaria delle strutture sanitarie e sociali nonché per l'acquisto e le manutenzioni delle tecnologie e dei sistemi informativi in ambito sanitario;
- necessità di individuare un criterio vincolante e costante nel tempo per la definizione dell'ammontare delle risorse finanziarie attribuite al Fondo regionale per le politiche sociali;
- necessità dell'avvio di un confronto con gli enti locali;
- l'equità dell'istituzione di un fondo vincolato all'effettivo esercizio delle funzioni socio-assistenziali e socio-educative e della definizione di criteri di ripartizione del Fondo per le politiche sociali da attribuire ai enti locali;
- necessità di prevedere una diretta correlazione tra l'accesso ai finanziamenti regionali da parte degli enti erogatori di servizi sanitari e sociali e la garanzia di un livello qualitativo minimo dei medesimi;
- necessità di prevedere forme di finanziamento, anche alternative (come la c.d. "filantropia comunitaria"), per il sostegno del volontariato in ambito sanitario e sociale, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale vigente in materia.

zione delle azioni.

ne di dare attuazione all'obiettivo di cui trattasi e di fornire cura alle azioni necessarie per perseguire gli obiettivi del presente Piano, è pertanto necessario procedere alla realizzazione delle seguenti azioni:

- prevedere un andamento in crescita dei contributi in conto esercizio destinare annualmente all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta di norma pari a punti percentuali sopra il tasso di inflazione, salvo non si individuino maggiori necessità derivanti dal potenziamento o dall'introduzione di nuove attività sanitarie e socio-sanitarie o da spese obbligatorie generate dalla attuazione nazionale di settore;
- prevedere un finanziamento in conto capitale da destinare annualmente all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta di norma pari ad almeno il 5% della spesa corrente per la copertura della spesa in investimenti;
- prevedere un finanziamento annuale per il Fondo sociale regionale di norma pari ad almeno l'1 % della ammontare totale del bilancio regionale (al netto delle partite di giro);
- garantire una copertura finanziaria incrementale per i nuovi interventi in edilizia sanitaria e sociale previsti nei rispettivi obiettivi contenuti nel presente Piano;
- prevedere, anche per la parte di finanza locale, il Fondo regionale per le politiche sociali, come già riportato nell'obiettivo specifico;

individuare formule per l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per la spesa sanitaria e sociale, al fine di alleviare il carico finanziario sul bilancio regionale; prevedere formule amministrative che, con gradualità, condizionino l'accesso ai finanziamenti regionali da parte degli enti erogatori di servizi sanitari e sociali al possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di autorizzazione e di accreditamento, allo scopo di accrescerne progressivamente il livello qualitativo; avviare in collaborazione con le strutture interne ed esterne all'Amministrazione regionale competenti in materia - procedure per accedere a soluzioni alternative di finanziamento del sistema socio-sanitario regionale, con particolare riferimento a quelle di provenienza dell'Unione europea.

Con riferimento ai criteri individuati per il finanziamento delle azioni sanitarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale, in merito ai fini della formazione del bilancio di previsione annuale e triennale, è necessario che l'Amministrazione regionale - anche per il tramite della Aosta S.p.A. - attui forme di monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei criteri stessi, almeno con cadenza annuale.

Le attività di monitoraggio dei criteri di finanziamento delle azioni sanitarie al perseguimento dei bisogni di salute e di benessere sociale dovranno avere lo scopo di accertare la funzionalità dei criteri stessi rispetto agli obiettivi strategici in ambito sanitario e sociale dell'Amministrazione regionale, anche nell'ottica di un loro progressivo sviluppo ed affinamento nei futuri bilanci di programmazione socio-sanitaria di medio termine.

Quanto concerne l'istituzione di fondi assistenziali di natura pubblica in grado di coprire una parte del fabbisogno per la spesa sanitaria e sociale ed, in particolare, quella prioritaria, quello per il sostegno dei cittadini non autosufficienti, ritiene opportuno il conferimento di un mandato alle società partecipate della Regione in materia di credito e di previdenza complementare al fine di assicurare la sussistenza delle condizioni normative, socio-economiche e finanziarie per attuare anche in Valle d'Aosta forme innovative per la realizzazione di interventi socio-assistenziali di natura economica, analogamente a quanto recentemente avvenuto nella regione Trentino-Alto Adige (Legge regionale 18 febbraio 2005, n. 1).

CONCORDANZE TRA LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA E LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA REGIONALE MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI PIANO

Concordanze tra la programmazione socio sanitaria e la programmazione economico finanziaria regionale

Per quanto riguarda l'anno in corso, nell'ambito dei documenti di programmazione economica e finanziaria regionale, sono definiti i principali momenti di attuazione del presente Piano.

Per l'anno di riferimento, in particolare, sono individuati sia gli obiettivi prioritari di medio termine, sia le risorse finanziarie necessarie per la loro attuazione che devono trovare copertura nella legge finanziaria e nel bilancio di previsione della Regione per l'anno successivo.

Il presente Piano conferisce sostenibilità agli obiettivi individuati nel presente documento triennale e orienta, di anno in anno, le scelte del bilancio in modo che il presente Piano individua come prerogativa necessaria il raggiungimento di quegli obiettivi che, per ambiziosità e

essità, si pongono oltre il triennio di validità
to dai vincoli della programmazione economico finanziaria
nale.

stenibilità delle azioni previste dai singoli obiettivi è
cita dalle leggi regionali con cui l'amministrazione regionale
erisce le risorse economico finanziarie all'Azienda sanitaria locale, o
enti locali, sulla base delle rispettive competenze e vincola tale
erimento ad un'attività istituzionale di verifica e di
ollo.

obiettivi sanitari di breve termine (triennali) - per il cui
ungimento risulta fondamentale l'attività dell'Azienda sanitaria
e - vengono garantiti dagli strumenti previsti dalla programmazione
le, così come regolamentata dalla legge regionale 25
io 2000, n. 5 e successive modificazioni, consistenti nelle
tive regionali all'Azienda sanitaria locale nel piano
civo locale (PAL) e nell'accordo di programma tra Regione e
enda stessa.

quanto riguarda invece le politiche sociali, nel completare la fase di
erimento delle competenze e delle relative risorse finanziarie agli enti
i, verranno contestualmente individuati anche gli strumenti
verso i quali esercitare le funzioni di controllo e di
braggio del conseguimento degli obiettivi concordati.

braggio delle attività di Piano

ne di consentire agli organismi competenti, delegati in forma democratica
presentare la popolazione regionale, una corretta attività
onitoraggio e di verifica del conseguimento degli obiettivi
ati nel presente documento di programmazione, sono state
iduate due modalità diverse, ciascuna delle quali adotta
enti propri di monitoraggio e di verifica.

ima modalità si attua per obiettivi aggregati e di natura
alizzata, nei confronti dei quali le pubblicazioni rilasciate annualmente
Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche
li (OREPS) ai sensi della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5
cessive modificazioni, costituiscono un momento istituzionale
l monitoraggio degli esiti di lungo periodo derivanti dagli atti
ogrammazione pregressi. Ne sono degli esempi la Relazione sullo
di salute e di benessere sociale della popolazione regionale in
one strategica (esempi: la Relazione sanitaria e sociale 1999-
e la successiva edizione del 2001) o congiunturale (esempi:
ce della mortalità 1980-2003, Gli infortuni sul lavoro
2000, Gli anziani), nonché il Rapporto dell'Osservatorio
e Politiche sociali. (esempio: Primo rapporto 2005)

e pubblicazioni, nello specifico istituzionale, si connotano sia come atti
deutici alla programmazione sanitaria e sociale di lungo periodo
entandone le scelte di priorità - sia come strumenti per
valutazione generale, e non puntuale, dei risultati della
programmazione in corso di attuazione e di quella pregressa in quanto
esso i meccanismi causali dei fenomeni osservati si collocano molto
dietro nel tempo.

pubblicazioni sono basate sulla valorizzazione e sull'analisi di indicatori
biologici e sociali comunemente utilizzati dalla comunità
specifici per la valutazione dello stato di salute e di benessere
regionale e hanno una validità sia di monitoraggio
situazione regionale nel tempo, sia di confronto con altre
regioni. La valutazione dell'attività e degli esiti di
queste attività è garantita quindi da sistemi di indicatori validati,
sia a livello nazionale, come quelli per il monitoraggio dei
servizi essenziali di assistenza previsti dal decreto ministeriale 12
dicembre 2001 recante sistema di garanzie per il monitoraggio
dell'assistenza sanitaria, quanto a livello regionale come quello
allegato per il monitoraggio dell'attività sanitaria
regionale.

La seconda modalità di monitoraggio degli obiettivi del Piano è
realizzata da uno strumento sicuramente più puntuale del precedente, nei
contorni del quale però è doveroso un richiamo di
attenzione, sia alla complessità degli enti ed istituzioni
coinvoltati al conseguimento degli obiettivi individuati e condivisi,
sia ai fattori variamente intervenienti che potrebbero costituire dei
ostacoli in corso d'opera e nei confronti dei quali dovranno essere
trovate in campo soluzioni al momento non prevedibili.

Lo strumento di monitoraggio è il cronoprogramma - allegato al
presente documento di programmazione - dove, per ogni obiettivo, viene
definita la progressione temporale delle azioni previste per il suo
raggiungimento.

Trattata di un atto dovuto in una logica di programmazione trasparente,
realizzata secondo attente metodologie di analisi di fattibilità, che
superi però tutti i limiti di una rendicontazione statica e,
inoltre, 'a monte' dei molteplici e complessi processi che, nel tempo,
contribuiranno realmente, ed in forma dinamica, di conseguire l'unico
obiettivo politico generale che è una maggiore salute ed un
migliore benessere sociale nel futuro dei cittadini valdostani.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi del presente Piano è quindi
affidato al monitoraggio delle strutture regionali competenti in
materia e degli organi della Regione in relazione alle rispettive
funzioni. Entro il primo quadrimestre di ogni anno, l'Assessore

sanità, salute e politiche sociali riferirà alle
centi Commissioni consiliari sulle attività svolte
anno precedente.

oncludere, lo stato di attuazione della presente programmazione sanitaria
iale verrà discusso ogni anno nell'ambito della Conferenza socio-
aria, sede privilegiata dell'incontro tra i soggetti attuatori ed i
esentanti degli enti pubblici e privati del settore.

ATO ALL'OBIETTIVO N. 18.

ere il territorio del distretto come ambito di
ra, analisi e soddisfacimento dei bisogni e come area
legiata della programmazione della rete di servizi e di
ioni interdipendenti.

guida per i piani zona.

ere il territorio del distretto come ambito di lettura, analisi e
sfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione
rete di servizi e di relazioni interdipendenti.

guida per i piani zona.

lle d'Aosta è oggi al centro di complessi fenomeni di mutamento sociale,
i in parte a motivi propri della realtà locale, in parte a cause esterne,
notevoli ripercussioni sugli assetti regionali.

imo fenomeno è quello dell'andamento demografico che, pur in armonia con
ndenza italiana, presenta caratteri specifici a livello locale, sia per
o riguarda l'invecchiamento, sia per quanto riguarda il perdurante
nimento di livelli di natalità molto bassi.

ano Socio-sanitario Regionale 2002-2004 definisce il "ruolo delle
iche sociali" in Regione Valle d'Aosta avendo presenti i forti rischi di
sione, prodotti dalle attuali tendenze sociali, che hanno portato alla
atazione della necessità di investire nelle politiche di inclusione volte
stegno delle persone e delle famiglie.

ò deriva la necessità di migliorare, quantitativamente e
cativamente, l'offerta dei servizi, di aumentarne la flessibilità, di
inarli il più possibile al domicilio delle persone e di integrarli, sia
l'aspetto operativo che organizzativo, con gli altri servizi alla
na (sanitari, sociosanitari, educativi, formativi).

nssegue la necessità di qualificare le risorse, economiche e professionali
posizione nel territorio.

atta cioè di un problema di "qualità della spesa sociale" e di una sua
sa composizione all'interno del welfare regionale.

processo è stato avviato - a livello nazionale - con la Legge n. 328/00
a realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

verso processi di ricomposizione, riordino e qualificazione della spesa e risorse a disposizione nel settore.

luzione socio-economica e demografica, unita alla particolare situazione socio-istituzionale e geografico-morfologica ha portato la Valle d'Aosta a affidare modalità operative, nei servizi alla persona, del tutto proprie. La Regione si caratterizza, infatti, per la presenza uniforme di servizi sul territorio, tenendo conto di una serie di problemi e peculiarità: la piccola dimensione dei Comuni non permette di realizzare servizi adeguati alle diverse e plurime caratteristiche di bisogno; le difficoltà negli spostamenti in un territorio prevalentemente rurale richiede un forte coinvolgimento delle comunità locali per garantire gli interventi a domicilio della persona, garantendo loro il benessere nei propri ambiti di vita; la dispersione demografica ed abitativa rende necessario un maggiore impegno organizzativo per garantire equità di offerta anche nei territori montani e questo risulta oggettivamente difficile.

Inoltre, nel tempo si sono consolidate nel tempo prassi operative, sia istituzionali, sia tecnico-organizzative, che hanno portato all'attuale rete di offerta.

La Regione si caratterizza in termini di: presenza della Regione nella programmazione e nella gestione dei servizi; significativo impegno del Comune di Aosta, anche quale soggetto istituzionale, in modo del tutto peculiare rispetto agli altri Comuni della Valle d'Aosta.

Le oggettive difficoltà da parte dei Comuni - in particolare quelli a bassa densità di popolazione - di gestione dei servizi alle persone, ha indotto alcuni Comuni ad affidare - in forma associata - alla Comunità Montana la gestione di particolari servizi sociali.

Il Piano socio-sanitario per il triennio 2002-2004 ha garantito una prima attuazione ed attualizzazione dei principi sanciti dalla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. In particolare ha investito per consolidare le garanzie e le opportunità presenti sul territorio regionale, per dare priorità alle persone ed alle famiglie più vulnerabili, per perseguire concreti obiettivi di coesione ed inclusione sociale.

In questo contesto, il Piano di zona è chiamato ad assumere un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, nella misura in cui diventerà strumento condiviso per individuare le priorità e strategie di risposta efficace e sarà in grado di qualificare le risorse disponibili e condivise tra soggetti istituzionali e cittadini.

In questo sarà possibile grazie alla realizzazione di percorsi partecipati nella costruzione della programmazione di zona, per meglio condividere con le comunità locali i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di attuazione e le condizioni per promuovere la valutazione sociale dei servizi alle persone.

Il Piano di zona, oltre che strumento tecnico di programmazione, è, infatti, un'occasione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere il contributo delle diverse comunità locali, all'interno della comunità regionale, rafforzando il ruolo di autonomia, che, unita alla solidarietà e

diarietà, ogni comunità locale saprà esprimere nelle concrete scelte
ammattorie, gestionali, operative ed organizzative.

Queste premesse i diversi soggetti istituzionali - Regione, Comuni,
Comunità Montane, Azienda U.S.L., Amministrazioni periferiche dello Stato, ex-
sociali, Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato,
operative sociali, Associazioni di promozione sociale, Enti con finalità
sociali ed altre Organizzazioni private - nel rispetto della specificità dei
territori e delle competenze, sono chiamati a condividere un modello collaborativo
di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di
valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in
comune e ai risultati.

Al Piano di zona e al processo che lo stesso va ad avviare, i Comuni e
la comunità locale possono diventare protagonisti delle "politiche sociali"
partendo dal presupposto che solo in un sistema integrato di servizi sociali
possono essere veramente valorizzati il ruolo dei soggetti pubblici e le forme
di partecipazione dei soggetti privati.

L'avvio del processo che porterà i territori al primo Piano di zona si
fonda sul contenuto dispositivo degli artt. 2 e 3 della Legge n. 328/00;
questo si è attraverso la programmazione zonale degli interventi e dei servizi
sociali in forma unitaria che si integrano le risorse a disposizione, si
garantisce un'operatività per progetti e si promuove la verifica sistematica dei
risultati, in termini di qualità e di efficacia delle risposte.

Le "linee guida" vogliono condurre il programmatore zonale all'assunzione di
precisi indirizzi per promuovere, in ciascun territorio, la realizzazione di un
sistema integrato di interventi e servizi sociali, che abbia caratteristiche
di universalità, che sia fondato su livelli essenziali di prestazioni
minimi, che garantisca accesso prioritario ai soggetti deboli, cioè le
persone in condizioni di povertà o con limitato reddito, con incapacità totale
o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico
o psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel
mercato del lavoro.

I presupposti di carattere generale possono pertanto essere sintetizzati
nelle seguenti indicazioni specifiche nei Piani di zona per:
- garantire l'organicità alla materia sociale nello specifico ambito zonale in
modo da sostenere e realizzare la programmazione unitaria;
- promuovere soluzioni organizzative che producano equità di offerta di
servizi e servizi sociali distribuiti in ciascun territorio;
- definire le priorità di bisogno nello specifico della propria
situazione sociale con particolare riferimento ai cittadini più deboli;
- individuare strumenti e percorsi al fine di favorire equità di accesso
alle prestazioni ed ai servizi ai cittadini.

Le "linee guida" vanno quindi intese come aiuto e supporto per l'avvio ed il
sviluppo di un processo che si è definito con il Piano sociosanitario
della Valle d'Aosta 2002-2004, tenendo conto delle seguenti criticità:

al livello regionale:

- complessità del percorso di integrazione del sistema dei servizi
sociali con gli altri sistemi di politiche sociali e sanitarie;
- difficoltà di far convergere verso i soggetti svantaggiati l'offerta
integrata dei servizi disponibili;

al livello zonale:

- scarsa visibilità dei legami organici che dovrebbero collegare i
servizi sociali con gli altri servizi comunali;
- ritardo nel coordinamento e nella razionalizzazione degli sportelli di

esso del cittadino ai servizi ed alle prestazioni".
io della programmazione zonale attraverso i Piani di zona può cominciare
ccciare un percorso di unitarietà e di globalità sia delle informazioni
ei processi. D'altro canto la Legge n. 328/00 ed il Piano sociale
nale 2001-2003 hanno meglio caratterizzato questa strategia
ammatoria e possono quindi costituire utili riferimenti nella fase
tiva di realizzazione.

imo passo è quello di allargare l'asse di osservazione e programmazione
livello prevalentemente regionale al livello dei Comuni e delle comunità
i.

uesto le "linee guida" si prefiggono l'obiettivo primario di favorire
programmazione zonale la capacità di leggere e conoscere in modo
neo:

isogni sociali e sociosanitari dell'ambito territoriale,
risorse operative ed economiche a disposizione del medesimo.

ndizione prioritaria da privilegiare è la "conoscenza" del territorio in
ni di bisogni e di offerta. Solo infatti da un chiaro quadro conoscitivo
no prendere le mosse percorsi di programmazione effettivamente basati sui
ni e sulle potenzialità presenti nei diversi territori.

ttori.

nzione di coordinamento nella formulazione del piano è stabilita in
derazione delle responsabilità che i diversi attori istituzionali hanno
materie oggetto della programmazione locale.

identificati - in ordine di rilevanza - due soggetti istituzionali
nsabili della redazione ed elaborazione del Piano di zona:
uni, compresi negli ambiti territoriali - di cui alla Legge
ionale n. 54/98 - secondo la suddivisione di cui all'elenco allegato, in
nto enti rappresentativi della comunità locale.
zienda U.S.L., per le funzioni sociosanitarie, nella sua
icolazione in Distretti sociosanitari.

n particolare, per quanto riguarda i Comuni è importante ricordare che il
no di riordino delle competenze e delle funzioni è definito a livello
nale con le Leggi regionali n. 54/98 e n. 1/02 e, a livello nazionale con
licazione della Legge n. 328/00 che rappresenta una tappa fondamentale
evoluzione del processo di acquisizione da parte dell'ente Comune della
zza dei poteri e delle competenze nel settore dei servizi alla persona.
orta ad una maggiore responsabilizzazione nella programmazione e nella
one diretta e/o indiretta di tutte le prestazioni e dei servizi sociali.
e all'impulso dato dal processo di decentramento, il Comune è chiamato a
tare effettivo promotore delle politiche sociali e del loro sviluppo;
come evidenziato altresì dalla riforma del Titolo V° della Costituzione
e Costituzionale n. 3/01).

enda U.S.L. - attraverso i Distretti - è responsabile con i Comuni
integrazione sociosanitaria, ai sensi dell'art. 3 septies del D.lgs. n.
2 e successive modificazioni e del Piano socio sanitario regionale
04. Gli interventi sociosanitari interessano i bisogni di salute nelle
materno-infantile, della disabilità e della non-autosufficienza, della
e mentale, delle dipendenze, delle patologie da HIV e delle patologie
ie della fase terminale della vita.

uni e i Distretti organizzano le rispettive risorse professionali ed
native per promuovere in modo collaborativo una conoscenza sistematica

territorio, dei bisogni, del rapporto tra bisogni e risposte, nonché delle
e di efficacia degli interventi.

collaborazione tra Comuni e Azienda diventa non solo un importante
lo nella realizzazione del sistema integrato dei servizi, ma soprattutto
condizione per programmare e realizzare servizi direttamente ed
acemente correlati ai bisogni delle diverse comunità locali.

ontempo i soggetti titolari sono chiamati a sviluppare le scelte di Piano
retto rapporto con la Regione, non solo in forza delle titolarità
ali proprie, in ordine alla programmazione, valutazione, controllo del
na di welfare regionale, ma anche per le dirette competenze gestionali
a Regione esercita tenendo conto dell'elevata specializzazione e della
essità organizzativa delle funzioni elencate dall'allegato A alla Legge
nale n. 1/02. La Regione pertanto concorre in modo attivo alla
ammazione zonale, impegnandosi direttamente nella analisi, nel
raggio dei bisogni, nella valutazione del rapporto fra bisogni e
ste e quindi nel riequilibrio e qualificazione dei sistemi locali di
ca.

gione garantisce supporto costante in tutte le fasi del processo di
ammazione al fine di concorrere, in forme e modalità adeguate,
laborazione di tutte le informazioni e le conoscenze necessarie al
ammatore zonale.

lo scopo potrà avvalersi dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per
litiche sociali (OREPS).

le materie di apporto regionale sono comprese anche la formazione
ssionale, l'integrazione lavorativa, la mobilità (importante in
derazione della distribuzione territoriale delle Comunità Valligiane) in
rto con i tempi di vita delle famiglie e tenendo conto di altri
minanti di salute psicosociale nonché in materia di prevenzione delle
enze.

reare condizioni favorevoli ad una buona riuscita del percorso
ammatorio è fondamentale il ruolo di promozione e di supporto tecnico-
izzativo del Consorzio enti locali Valle d'Aosta (CELVA). È una
one

e particolare tesa a facilitare l'opera dei Comuni, soprattutto quelli
nore dotazione operativa, attraverso azioni di divulgazione delle
nazioni e di raccordo tra gli enti.

fase di programmazione e in quella di realizzazione del Piano di zona,
munità Montane - quali enti istituzionalmente preposti all'esercizio
iato delle funzioni comunali - potranno svolgere un ruolo fondamentale
uelle materie che, per caratteristiche tecniche e dimensionali, non
no essere svolte in modo ottimale dai Comuni (Legge regionale n. 54/98).

ltri organismi pubblici presenti nel territorio sono anch'essi chiamati a
il loro apporto e svolgere un ruolo incisivo per la conoscenza, le
ioni, l'attuazione e la verifica dei risultati del Piano di zona, in
ri quali ad esempio la scuola, la formazione professionale, il lavoro, la
ità.

ganizzazioni sindacali e il Terzo settore, operanti nelle rispettive
ciascuno tenuto conto delle proprie specifiche competenze e conoscenze
singole realtà, sono chiamati a dare il loro apporto per
ividuazione dei bisogni per la lettura delle criticità del territorio,
a formulazione di proposte innovative.

programmazione partecipata.

Il processo di programmazione territoriale deve vedere la compartecipazione di tutti i soggetti istituzionali che hanno competenze nelle politiche sociali, e deve favorire la concertazione di funzioni, ruoli e modalità di intervento collaborativi.

Devono pertanto essere individuati percorsi, strumenti ed occasioni ad hoc che favoriscano la realizzazione del percorso, anche in considerazione delle esperienze che fino ad oggi i diversi territori hanno avuto la possibilità di realizzare.

Al fine di facilitare l'attuazione delle linee guida per l'elaborazione dei piani di zona il Presidente della Regione promuove la convocazione della Conferenza dei Sindaci di ciascun ambito distrettuale.

In ciascuna Conferenza dei Sindaci avvia il processo di programmazione con l'attenzione alle peculiarità dei tre livelli implicati: il livello politico per la concertazione degli indirizzi e delle strategie e per la pianificazione dell'integrazione istituzionale; il livello tecnico-operativo per la definizione delle scelte, del loro grado di realizzabilità, anche nella ricerca delle migliori condizioni organizzative; il livello comunitario, per promuovere la conoscenza e la valorizzazione delle specificità degli attori territoriali e la possibilità che gli stessi condividano gli obiettivi da raggiungere.

In tutto nella prima fase di lavoro diventa indispensabile, per un'adeguata e corretta azione di analisi delle risorse e dei bisogni, avviare modalità di lavoro collaborative ed integrate che permettano ai Comuni, in quanto titolari della programmazione, di acquisire le necessarie competenze e capacità operative.

Per il processo diventa essenziale il supporto che, con modalità diverse, possono garantire la Regione e il CELVA, in modo da promuovere conoscenze, processi collaborativi e integrazione delle responsabilità ai diversi livelli.

La comunità locale è il luogo più qualificato per la risoluzione dei problemi di ogni persona e per rispondere ai suoi bisogni. Il territorio non è cioè soltanto un bacino di utenza ma è anzitutto rete di relazioni, cioè comunità, che sostituisce nel tempo un patrimonio di opportunità e risorse, e luogo dove si agiscono responsabilità solidali.

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

Per questo fine dovranno essere valorizzate le diverse responsabilità del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale, delle imprese sociali, delle fondazioni, degli enti religiosi e di tutti gli altri soggetti e della solidarietà sociale che contribuiscono alla realizzazione del welfare sociale.

Nella prima fase della stesura del primo Piano di zona i territori dovranno pertanto trovare capacità concrete di coesione nelle diverse fasi del lavoro di individuazione dei bisogni e di individuazione delle risorse a disposizione. Per un'attenta e positiva partecipazione a questa fase della programmazione può facilitare la responsabilizzazione nella definizione degli interventi strategici di benessere sociale, attraverso il miglioramento e la

ficazione della rete dei servizi del territorio.

rtecipazione, fin dalle prime fasi, nel rispetto delle singole
nsabilità potrà portare ad una maggiore chiarezza dei ruoli all'interno
programmazione, senza confondere la funzione di partecipazione sociale
mento programmatico con le successive scelte di gestione dei servizi.

uni sono i promotori e i garanti della concertazione territoriale e sono
tti attivi di partecipazione nelle varie fasi del percorso di
ammazione con riferimento:

analisi dei bisogni e delle risorse,
a scelta delle priorità e all'attuazione dei programmi,
a definizione dei criteri di valutazione partecipata dei risultati.

ntesi, con il primo Piano di zona dei servizi alle persone ogni comunità
e ha la possibilità di dar vita ad una nuova politica sociale, attraverso
rtecipazione delle persone, delle famiglie e dei gruppi sociali, rendendo
consapevoli dei problemi ma, soprattutto, delle capacità che essi
no esprimere, per dare risposte positive a vantaggio di tutti coloro che
territorio risiedono, lavorano e vivono.

tenuti dei Piani di zona.

ano di zona è strumento di programmazione strategica per la gestione
ria dei servizi alla persona.

perimenti per operare in questa direzione sono:

rt. 22 del comma 2 della Legge n. 328/00, con particolare
enzione alle misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito
iliare, le misure economiche per favorire la vita autonoma e la
manenza al domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di
piere gli atti propri della vita quotidiana, gli interventi di sostegno
i minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti
l'infanzia e dell'adolescenza, le misure di sostegno alle responsabilità
iliari, le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di
a, le misure di sostegno alle donne in difficoltà, gli interventi volti
integrazione delle persone disabili, le prestazioni integrate di tipo
io educativo per l'infanzia e l'adolescenza, per il contrasto delle
endenze, della povertà e l'esclusione sociale, per favorire l'inclusione
iale della popolazione immigrata;

rt. 22 comma 4 della Legge n. 328/00, che identifica le principali
altà di risposta sociale da garantire su scala zonale e quindi il
vizio sociale professionale ed il segretariato sociale, il pronto
ervento sociale, l'assistenza domiciliare, le risposte residenziali e
rne.

rt. 3 septies del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, con
erimento ai bisogni che riguardano l'esperienza quotidiana di molte
sone e famiglie nelle aree materno-infantile, delle malattie mentali,
la disabilità, delle dipendenze, delle patologie a forte impatto sociale
li ad esempio l'HIV, delle inabilità o disabilità conseguenti a patologie
nico-degenerative, che richiedono integrazione sociosanitaria di diversa
ensità;

e al loro utilizzo, il Piano di zona prevede soluzioni per realizzare nel
torio il sistema integrato dei servizi alle persone, qualificando la
e le altre risorse a disposizione.

ntesi, le fasi da attuare sono:

conoscenza dei bisogni sociali e sociosanitari della popolazione;
conoscenza delle risorse operative, attraverso la raccolta delle

mazioni messe a disposizione da tutti i soggetti del territorio;
scelta delle priorità di intervento, da realizzare nei diversi
ri operativi.

quanto concerne gli aspetti che riguardano la "conoscenza" tre sono le
da seguire per la raccolta e la elaborazione delle informazioni:
ogni rilevati su base demografica per Comune di riferimento e per
ssi d'età;

core di bisogno a partire da quelli già definiti nel Piano sociale
ionale 2001-2003 e nel PSSR 2002-2004 e pertanto: minori e famiglia,
sone anziane, persone disabili, disagio mentale, nuove povertà ed
rgenze;

poste esistenti - sia in termini di prestazioni sia in termini di
vizi - che insieme compongono il sistema zonale di offerta.

ni della conoscenza dei bisogni è importante approfondire i bisogni
lati all'età - minori, adolescenti, adulti, anziani; i bisogni che
ano da patologie - menomazioni ed handicap; i bisogni connessi a povertà
nata da disoccupazione ed esclusione sociale, da disagio abitativo, da
ematiche familiari dovute a separazioni conflittuali ed a gravosi carichi
enziali, da emarginazione sociale e situazioni di solitudine
ionale, da devianza sociale, da disuguaglianza nell'accesso ai servizi ed
e povertà originata dalla immigrazione, da problematiche di integrazione
le ed educative.

a rilevazione delle risposte esistenti è necessario partire da un quadro
fondito di conoscenza del sistema attuale dei servizi in ciascun
torio. In particolare si dovrà considerare, per ciascun livello
izzativo - domiciliare, diurno, residenziale - la tipologia e i volumi
prestazioni e dei centri di offerta, le modalità di accesso, i costi e
lative forme di copertura, l'organizzazione delle responsabilità, la
ogia e la consistenza delle diverse figure professionali, le modalità di
zia dei livelli essenziali di assistenza.

nterno di tale percorso è importante in particolare approfondire la
uenza delle risposte con l'effettiva presenza dei bisogni e l'equità di
so dei cittadini ai servizi.

sto fine vanno utilizzate le schede per la raccolta delle informazioni
isogni e delle risorse previste dalle linee guida.
quanto concerne gli aspetti che riguardano la scelta delle priorità, dovrà
e posta l'attenzione su due tipi di obiettivi:
efficacia, cioè a impatto diretto sulla salute e sul ben essere
le persone e delle famiglie;
miglioramento del sistema di offerta e sulle soluzioni
anizzative che possono contribuire a qualificarlo.

per questa parte del Piano di zona dovranno essere tenuti in
derazione i settori di bisogno precedentemente evidenziati.

ciascuno dovranno essere individuate le azioni ritenute prioritarie per il
ungimento degli obiettivi, i tempi e le risorse necessarie, le
nsabilità, gli indicatori di verifica dei risultati.

imo Piano di zona deve contenere quindi tutti gli elementi indispensabili
l programmatore zonale per avviare il processo e passare in ciascun
torio dalla "raccolta delle informazioni" al "governo delle conoscenze".

are questo, la "regola" da tenere in considerazione è quella di mettere
idenza le peculiarità storiche e culturali che ciascun territorio ha nel

consolidato e, tenendo conto di questo dato, avviare il processo di programmazione lungo due direttrici fondamentali:

- direttrice strategica, mettendo a fuoco le scelte di politica sociale attraverso il collegamento tra l'analisi dei bisogni e la individuazione dei livelli di offerta su base di equità e di giustizia sociale e la corrispondente definizione delle priorità;
- direttrice della partecipazione, nel percorso che dalla conoscenza dei bisogni e delle risorse porta al governo solidale delle politiche sociali nelle loro diverse sfaccettature. Ciò si realizza nell'ottica di una programmazione partecipata e condivisa, favorente un più efficiente utilizzo delle risorse - finanziarie, professionali e solidaristiche.

così si potrà, nella successiva fase della programmazione, giungere a una programmazione condivisa come comunità locale, capace di un incontro consapevole e responsabile tra diritti e doveri su cui fondare il proprio sviluppo sociale e definire il proprio sistema locale di welfare.

A questo fine il primo Piano di zona dovrà considerare le titolarità e le responsabilità integrate sociali e sociosanitarie per la messa in comune di tutte le risorse economiche ed operative, insieme con le rispettive responsabilità.

Le condizioni per promuovere l'integrazione sociosanitaria si basano essenzialmente sulla capacità di articolare l'integrazione e i suoi contenuti in quattro livelli: quello istituzionale, quello gestionale e organizzativo, quello professionale e quello comunitario, grazie al coinvolgimento dei diversi soggetti della comunità locale.

In questa strategia il Piano della attività territoriali (PAT) ed il Piano di programmazione (PdZ) sono due facce di una stessa medaglia; sono infatti strumenti di programmazione che devono - nel rispetto della metodologia dell'integrazione - individuare le specifiche strategie di sviluppo dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, garantendo unitarietà al processo programmatico, al fine di rendere compatibili le due programmazioni. Questo risultato può essere ottenuto facendo coincidere i rispettivi tempi e integrando i percorsi operativi, per pervenire ad una migliore condivisione politica e tecnica delle scelte.

Il Piano di zona, nel rispetto dell'autonomia e della singolarità di ciascuna area territoriale, per Piano di zona ha la seguente struttura (schema-tipo):

Contesto sociale del Piano
Analisi del contesto sociale dell'ambito: la situazione territoriale e la situazione istituzionale;
Situazione socio-demografica;
Situazione dei servizi alla persona;
Servizi a rilevante impatto sociale: trasporti, istruzione, formazione;

Fondamenti
Basi di approfondimento e soggetti coinvolti nella conoscenza;
Bisogni della comunità locale (analisi);
Offerta esistente e sua distribuzione (analisi).

Risorse
Risorse finanziarie e strutturali;
Risorse operative e professionali;
Risorse del volontariato e della comunità solidale.

Scelte
Priorità di intervento con riferimento ai bisogni;
Priorità di intervento sull'offerta;
Risultati attesi;

di Piano e modalità di gestione;
oggetti essenziali di assistenza;
azioni strategiche.

sistema di responsabilità e di valutazione
oggetti istituzionali responsabili e le modalità d'integrazione e
cooperazione;
oggetti sociali, le rispettive responsabilità e la loro partecipazione;
livelli di responsabilità nella realizzazione degli obiettivi di Piano;
di valutazione politica e tecnica dei risultati;
di valutazione sociale dei risultati.

di predisposizione.

iniziativa per l'elaborazione del Piano di zona viene assunta dal Presidente
Regione o dall'Assessore competente per materia delegato, che promuove
l'invocazione della Conferenza dei Sindaci dell'ambito distrettuale. Nella
prima fase la Conferenza definisce gli indirizzi per il lavoro del "gruppo di
Piano".

Sulla base degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci il "gruppo di Piano":
definisce le modalità di partecipazione e di coinvolgimento dei
soggetti interessati ed il percorso idoneo a favorire la partecipazione di
tutti e le risorse attive del territorio;
racoglie le informazioni secondo le indicazioni e le modalità
definite nelle linee guida e nelle schede allegate;
acquisisce dagli uffici regionali le informazioni e i dati in loro
possesso, in relazione alle esigenze evidenziate da ciascun territorio. In
questa fase interviene anche il contributo informativo e di conoscenza
dell'OREPS;

elabora, sulla base delle informazioni raccolte, un rapporto di
analisi che diventa la base conoscitiva dei bisogni e delle risorse
nell'ambito territoriale.

La Conferenza dei Sindaci, sulla scorta del rapporto di fase 2, definisce le
modalità per il "gruppo di Piano" che formula gli obiettivi.

Il "gruppo di Piano" elabora il Piano di zona sulla base degli indirizzi della
Conferenza dei Sindaci, seguendo lo schema tipo precedentemente indicato.

L'attuazione del percorso di programmazione avviene con l'approvazione del
Piano di zona da parte della Conferenza dei Sindaci.

Il Piano di zona è adottato con accordo di programma quale atto di impegno per
l'esecuzione del processo di programmazione e la realizzazione degli
obiettivi definiti nel Piano stesso. All'accordo di programma partecipano,
oltre ai soggetti titolari - Comuni, Regione e Azienda U.S.L. - anche le
Comunità Montane e gli altri soggetti pubblici che hanno partecipato alla
elaborazione del Piano, nella misura in cui abbiano conferito proprie risorse e
sono resi corresponsabili nell'attuazione.

L'accordo di programma è approvato con atto formale del Sindaco Presidente
della Conferenza dei Sindaci (Legge regionale n. 54/98).

Accordi, contratti e convenzioni sono stipulati con i soggetti del "terzo
settore" ed altri soggetti privati coinvolti nella programmazione e
nell'attuazione del Piano di zona.

Il Sindaco Presidente della Conferenza dei Sindaci inoltra alla Regione il
Piano di zona per la valutazione, che viene realizzata dal "gruppo di

inamento regionale per i Piani di zona".

uni che non adottano nei termini e nelle modalità stabilite dalle
nti "linee guida" i rispettivi Piani di zona sono esclusi da tutti i
ziamenti previsti dalla Regione allo scopo.

gruppo di piano" è istituito dalla Conferenza dei Sindaci dell'ambito
coriale ed è finalizzato alla redazione del Piano di zona. È

tuito
ferenti designati dai soggetti responsabili della programmazione che
no nell'ambito territoriale: Comuni, Distretto sociosanitario, Regione,
ità Montana e altri soggetti pubblici e del terzo settore presenti nel
corio.

pprio interno il "gruppo di Piano" individua un coordinatore ed una
ceria tecnica con sede operativa nel Comune o nella Comunità Montana del
dente della Conferenza dei Sindaci.

gruppo di Piano" può avvalersi di eventuali collaborazioni professionali
izzate a specifiche esigenze operative e di approfondimento legate alla
ammazione non presenti nel gruppo. Il "gruppo di Piano" tiene
ntemente informata la Conferenza dei Sindaci sulle attività svolte.

base delle indicazioni della Conferenza dei Sindaci, predispone il
rto di analisi della situazione zonale dei bisogni e dell'offerta e,
do conto delle priorità indicate, redige il Piano di zona da sottoporre
approvazione della Conferenza stessa.

gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona" viene
tuito dalla Regione ed è composto, oltre che dai Dirigenti dei settori
nali interessati, anche dal Direttore di "area territoriale" della
da U.S.L. e da due rappresentanti del CELVA.

gruppo svolge una funzione di supporto alla Regione nelle attività di
azione dei Piani. Collabora nelle fasi di attribuzione di risorse e di
azione di efficacia. Nello svolgimento di tali funzioni è garantita la
ltazione dei soggetti sociali di cui all'art. 1 comma 5 della Legge n.
0).

gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale" predispone un rapporto
le sullo stato di attuazione dei Piani di zona da presentare, alla
ssione consiliare competente, entro il mese di marzo di ogni anno,
stualmente alla relazione sull'attività e sui risultati delle azioni di
ll'obiettivo 16, attività B.

li essenziali delle prestazioni.

obiettivi di azione sui bisogni e sul sistema di offerta potranno essere
o conseguiti - con specifiche azioni programmate per diverse aree di
no - nella misura in cui il Piano di zona si pone nell'ottica di
nare i diversi fattori costitutivi delle politiche sociali.

le prospettiva uno dei passaggi fondamentali consiste nella definizione
interventi che, per ciascuna area di bisogno, costituiscono il livello
ziale delle prestazioni sociali, erogabili sotto forma di beni e servizi,
do requisiti fissati dalla programmazione zonale e regionale.

livelli sono definiti tenendo conto dei contenuti indicati dal comma 2
art. 22 della l. 328/2000, e cioè:

ure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare e
vizi di accompagnamento;

ure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a

ricilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

serventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio, tramite sostegno al nucleo familiare, l'inserimento presso famiglie o strutture accoglienza di tipo familiare;

serventi per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

serventi per il sostegno delle responsabilità familiari, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

serventi di sostegno alle donne in difficoltà;

serventi per la piena integrazione delle persone disabili;

serventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio;

stazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare tendenze;

serventi di informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere forme di solidarietà reciproca.

guardi che il primo Piano di zona deve prefigurare nel breve-medio periodo sono pertanto rappresentati dall'articolazione sul territorio di poli di offerta per le aree di bisogno sopra indicate. Deve inoltre essere e quantificare le risposte descritte al comma 4 del medesimo art. 1, cioè l'organizzazione e qualificazione del segretariato sociale e del servizio sociale professionale, l'individuazione di risposte di pronto intervento sociale, l'articolazione dell'offerta di servizi domiciliari, centri diurni e residenziali in modo omogeneo nel territorio.

potrà essere facilitato con sperimentazioni finalizzate a qualificare il tessuto unitario dei servizi, la progettazione personalizzata degli interventi, la presa in carico integrata dei bisogni, la continuità assistenziale.

Le sperimentazioni dovranno inoltre favorire azioni sistematiche di verifica e valutazione dei risultati.

servizi di supporto.

La Regione accompagna con un adeguato supporto tecnico e informativo le diverse fasi di realizzazione dei processi programmatori territoriali.

Per questo fine realizza - in collaborazione con il CELVA - un percorso di accompagnamento che permetta, insieme alle "linee guida", una maggiore conoscenza da parte di amministratori e tecnici locali della legislazione sanitaria e socio-sanitaria e delle condizioni per attuare i Piani di zona.

La Regione, attraverso i propri uffici di settore, opera in modo da mettere a disposizione le informazioni - relative ai bisogni e alle risorse - in suo possesso, in forma aggregata per area distrettuale.

La Regione garantisce inoltre, nella fase successiva all'emanazione delle "linee guida", la realizzazione di percorsi di aggiornamento e di formazione per gli operatori pubblici e del privato sociale, al fine di assicurare ogni soggetto interessato nelle condizioni di meglio collaborare in piena consapevolezza del proprio ruolo e delle funzioni proprie nel percorso di attuazione zonale.

Il Gruppo di coordinamento regionale per i Piani di zona, in stretto rapporto con le Comunità Montane ed il Comune di Aosta, favorisce un proprio percorso di informazione e conoscenza.

la Regione, per sostenere e incentivare azioni innovative e di qualificazione del sistema di offerta, garantisce un proprio apporto di risorse finanziarie in modo complementare ad analoghi investimenti degli Enti locali.

In particolare, il finanziamento regionale per la realizzazione del processo di programmazione consiste di:
- risorse gestite direttamente per le iniziative di accompagnamento del processo di programmazione;
- risorse per la messa a disposizione delle informazioni e delle risorse umane e tecniche dei servizi per ciascun ambito territoriale;
- risorse, messe a disposizione degli ambiti territoriali, per la realizzazione del processo di programmazione attraverso la Conferenza dei sindaci, il gruppo di Piano e gli eventuali apporti professionali specifici che si rendessero necessari;
- risorse per le funzioni del gruppo di coordinamento regionale per i territori di zona.

ATTINENTE ALL'OBIETTIVO N. 25.

Per assicurare il regime dell'autorizzazione a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle prestazioni, si intende promuovere e sviluppare il regime dell'accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario e sociale.

Il bisogno espresso di residenzialità nelle cure alla persona.

Parametri assistenziali.

I parametri fissati dalla programmazione nazionale per le regioni che hanno accesso ai finanziamenti statali per la sanità prevedono entro il 2007 quanto

- contenimento del tasso di ospedalizzazione a 180 ricoveri ogni 1.000 abitanti;
- prorogazione del 20% dei ricoveri con regimi di degenza diurna (day-hospital e day-hospital);
- rapporto di 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti di cui 1 posto ogni 1.000 abitanti dedicato alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

Per quanto riguarda i parametri fissati dalla programmazione nazionale, la Regione Valle d'Aosta evidenzia:

- tasso di ospedalizzazione superiore a 180 ricoveri ogni 1.000 abitanti e pari a 200 ricoveri ogni 1.000 abitanti (inclusa la mobilità sanitaria passiva ed esclusi i ricoveri presso la Casa di cura San Michele Albenga);
- mancato rispetto del vincolo del 20% dei ricoveri in regime diurno rispetto al numero complessivo di ricoveri;
- mancato rispetto del rapporto di 1 posto letto ogni 1.000 abitanti dedicato alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

La necessità di realizzare un differente rapporto tra l'assistenza ospedaliera e la residenziale territoriale è strettamente correlata all'esigenza di migliorare la mobilità sanitaria passiva, oltreché di migliorare le condizioni di efficienza e di appropriatezza del sistema sanitario e sociale regionale.

grafici che seguono contengono i principali punti di attenzione su cui
 care l'azione strategica e congiunturale dell'Amministrazione regionale
 prossimo triennio.

erta di residenzialità erogata presso strutture ospedaliere e
 toriali regionali.

ambito dell'assistenza ospedaliera, l'offerta è risultata essere la
 nte:

la 1 - Numero di ricoveri a residenti valdostani ovunque ricoverati, per
 e, tipologia di ricovero ed anno. Valori assoluti e tassi per 100.000
 nti (anni 2002-2004).

--

gione			
ari	13.665 (70%)	13.350 (71,4%)	13.254 (59%)
ni	5.852 (30%)	5.360 (28,6%)	5.477 (41%)
i	19.517 (100%)	18.710 (100%)	18.731 (100%)
letto medi di degenza aria	454,75	447,50	436,67
letto medi di degenza a	49,75	53,50	54,58
regione (fuga)			
ari	3.311	3.539	3.576
ni	1.293	1.246	1.410
er	48	61	50
odegenti	12	6	7
litazione	311	327	370
e	4.975	5.179	5.413

e ai residenti	24.492	23.889	24.144
o di ospedalizzazione (a fuga)*	162	155	155
o di ospedalizzazione e*	203	200	200

ricovero diurno si intende il day-hospital di tipo sia medico, sia
chirurgico.

calcolato sulla popolazione al 31.12.2001 di 120.909 abitanti.

l'ultimo triennio appena trascorso ha denotato quindi da un lato, una contrazione
della domanda e, correlata ad essa, dell'offerta di cure ospedaliere rese
dalle strutture regionali, dall'altro, un aumento di ricoveri in
ospedali diurno, con una progressione più rapida in Valle
d'Aosta rispetto a quanto indicato dai parametri nazionali per il

come indicato in premessa, il tasso di ospedalizzazione complessivo è
inferiore ai parametri previsti a livello nazionale per il 2007, ma
risultando che una buona parte del fabbisogno complessivo è stata
soddisfatta entro i confini regionali e quanta parte da strutture
extra-regionali, si osserva un tasso inferiore ai parametri nazionali
per il fabbisogno soddisfatto in regione e un tasso superiore con
l'eccezione dei ricorsi a strutture extra-regionali.

Per l'assistenza prestata nelle strutture ospedaliere regionali, i
ricoveri 'outlier', quelli cioè che superano la soglia di degenza
prevista per ogni DRG, sono stati suddivisi per fascia di età nel modo
seguente:

Fascia di età	Dimessi 2003	Dimessi 2004
	14	14
4	88	94
65	259	237
e	361	345

Si evince che nel 2003 il 71% e nel 2004 il 68% delle giornate ricoveri outlier è stata prodotta su anziani ultrasessantacinquenni. Questo è un indicatore indiretto di un fabbisogno di assistenza residenziale superiore a quella attualmente prevista da una struttura per acuti. Il totale quindi delle giornate organizzative ospedaliere, le giornate di degenza prodotte dai casi 'outlier' sono state:

	Giornate di degenza		Giornate outlier		Dimessi	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Ospedale regionale	21.116	19.198	8.142	6.902	361	345

Il totale in fabbisogno residenziale, le 6.902 giornate 'outlier', se riferite a potenziale rischio di inappropriata, producono una copertura di circa 20 posti letto.

In ambito dell'assistenza territoriale, l'offerta di residenzialità pubblica e privata a livello regionale è quella descritta nella tabella 2.

Tabella 2. Posti letto in strutture residenziali territoriali in Valle d'Aosta per distretto (anno 2006).

Anni	Assistenza socio-sanitaria in RSA (inclusa l'assistenza per malati del morbo di Alzheimer)		Assistenza socio-sanitaria per utenti psichiatrici		Assistenza socio-sanitaria per utenti dipendenti da abuso di sostanze		Assistenza socio-assistenziale per anziani e per disabili	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Distretto 1	0	0	25	25	8	8	178	185
pubblico	0	0	0	0	0	0	113	120
privato	0	0	25	25	0	0	65	65
Distretto 2	0	20	0	8	40	40	412	417
pubblico	0	20	0	0	0	0	177	277
privato	0	0	0	8	40	40	235	140

Intervento 3	0	20	0	0	0	0	117	124
pubblico	0	0	0	0	0	0	52	59
privato	0	0	0	0	0	0	65	65
Intervento 4	11	11	0	10	0	0	217	242
pubblico	0	0	0	10	0	0	147	170
privato	11	11	0	0	0	0	70	72
TOTALE	11	51	25	43	48	48	924	968
per 1.000 ab.	0,09	0,43	0,21	0,36	0,40	0,40	0,77	0,81

rispetto alla disponibilità di posti letto in strutture residenziali autorizzate nel 2003, per fare fronte alla crescente domanda di cure per le patologie rilevata nell'ultimo triennio, l'Amministrazione regionale ha aumentato l'offerta assistenziale sia in ambito sanitario sia in ambito socio-sanitario, mediante:

1. l'apertura della residenza sanitaria assistenziale (RSA) di Antey-Saint-André e quella successiva di Aosta presso l'Azienda pubblica servizi sanitari; 2. l'apertura di B. Festaz che hanno una capienza di venti posti letto ciascuna; 3. l'incremento dell'offerta pubblica e privata accreditata per le cure psichiatriche;

4. l'incremento di posti letto presso le strutture socio-assistenziali pubbliche e private per anziani da 924 a 968 ed il contestuale avvio di un nuovo programma di ristrutturazione e di ampliamento della capacità operativa delle strutture pubbliche stesse.

5. l'aver conseguito pertanto che la riduzione delle giornate di degenza ordinaria nelle strutture ospedaliere di quasi il 5% ha avuto come riscontro un incremento delle giornate di degenza nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-sanitarie, secondo un percorso che migliora l'efficienza e l'appropriatezza del sistema socio-sanitario regionale.

6. l'aver avviato, una parte dell'assistenza di riabilitazione è ancora resa all'interno del percorso ospedaliero e non sufficientemente con strutture ospedaliere e differenziate per tipologia e per intensità riabilitativa, soprattutto per gli utenti ultrasessantacinquenni.

7. l'aver avviato il potenziamento e la valorizzazione dell'offerta regionale di cure a carattere termale, che trova citazione sia nell'obiettivo 15 (azione 3), sia nell'obiettivo di riferimento dell'obiettivo 28 con il richiamo alla legge regionale n. 26 maggio 1998, n. 38 e successive modificazioni, si configurerà una nuova azione di contrasto alla mobilità extra-regionale offrendo, ad esempio, un complesso sito nel comune di Saint-Vincent, non un centro termale senza caratterizzazioni in un mercato nazionale già consolidato, quanto una struttura di eccellenza regionale specifica, che unisce all'offerta turistica una capacità attrattiva per residenti e turisti in materia di cura specializzata in patologie come quelle vascolari (secondo gruppo di diagnosi per ricoveri in regione) e cardio-vascolari in particolare.

8. l'aver avviato la valorizzazione del centro termale in un'ottica di ricerca e di cure personalizzate alla persona non in salute consente di potenziare l'offerta sanitaria di residenzialità nelle cure in una concezione, diversa da quella tradizionale, di salute non solo intesa come assenza di malattia, ma anche e soprattutto di benessere in presenza di malattie per le quali risulta doveroso garantire la migliore qualità di vita.

erta di residenzialità erogata
o strutture ospedaliere e territoriali extra-regionali.

alutare correttamente quanta parte del fabbisogno
sidenzialità nelle cure ospedaliere e territoriali
trovare risposta entro i confini regionali, fatta sempre salva la
tà di scelta di ogni individuo e quanto già
sto dal presente Piano, è sufficiente valutare la
ogia di cure ora prestate ai residenti fuori regione.

ANNI	FUGA		
	Valore Assoluto	Variazione Valore Assoluto	Variazione Valore %
1997	4.159	***	***
1998	4.640	481	11,57%
1999	4.848	208	4,48%
2000	4.998	150	3,09%
2001	4.991	-7	-0,14%
2002	4.975	-16	-0,32%
2003	5.179	204	4,1%
2004	5.413	234	4,52%

anno 2004, relativamente ai DRG chirurgici, i ricoveri di cittadini
enti effettuati da strutture extraregionali sono stati 3.145
(4 nel 2003), mentre, relativamente ai DRG medici, i ricoveri di
dini residenti effettuati da strutture extraregionali sono stati
(2.150 nel 2003).

lisi per tipologia di cure può essere condotta anche attraverso lo
o delle macro-categorie di diagnosi che hanno portato ad un
ero fuori regione, come illustra la tabella che

la 3. Numero di ricoveri di residenti fuori regione per le prime tre
-categorie di diagnosi (MDC). Valori assoluti e percentuali
(2002-2004).

				Percentuale
--	--	--	--	-------------

MDC	2002	2003	2004	sulla fuga
Codice 08	1.191	1.419	1.548	27 %
Codice 05	549	554	669	11 %
Codice 01	403	409	428	8 %
Tutti i codici	4.975	5.179	5.413	100 %

malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo;

malattie e disturbi dell'apparato circolatorio;

malattie e disturbi del sistema nervoso.

restando le cause di ricovero imputabili alle c.d. 'alte mobilità', le patologie ascrivibili alle tre grandi aree, di peraltro verte buona parte dell'attività riabilitativa, costituiscono circa il 40% della mobilità regionale ed è pertanto evidente che l'offerta futura di assistenza può collocarsi entro queste aree di bisogno essenziale.

Particolare le prestazioni di riabilitazione erogate fuori regione, a pazienti valdostani, ammontano ad oltre il 7% di quelle complessive. La componente più rilevante, che attiene l'apparato muscolo-scheletrico, è stata ulteriormente indagata. Nel 2004, se alle degenze con almeno un codice di procedura per la prestazione di fisioterapia muscolo-scheletrica, su un totale di 315 ricoveri, ben 315, pari al 5,8%, presentavano questo requisito di fabbisogno riabilitativo, prestato ad una popolazione per il 54,6%, pari a 172 ricoveri, è costituita da anziani di età maggiore o uguale a 65 anni.

L'assistenza riabilitativa ospedaliera è inoltre integrata dall'Azienda Ospedaliera della Valle d'Aosta che, annualmente, acquisisce - mediante apposito accordo contrattuale con la Casa di cura San Michele di Courmayeur - circa 11.000 giornate di degenza ospedaliera. Il numero complessivo di pazienti annui oscilla tra le 650 e le 730 unità.

postetti letto riservati a residenti valdostani risultano pari a 30.

completare il quadro di riferimento dell'assistenza resa in strutture residenziali fuori regione, si rammenta che ancora 36 valdostani sono ospitati in centri per le cure psichiatriche, un numero complessivo di giornate di assistenza pari a circa 100 all'anno e che, da un recente studio concluso dal tavolo di lavoro interdisciplinare sulle problematiche del bisogno di assistenza delle persone anziane, da cui è scaturita una proposta tecnica per la definizione di standard strutturali e gestionali dei servizi e delle attività ad esse destinate, è emerso che il fabbisogno tendenziale di assistenza residenziale sarà di circa 1.400 posti letto entro il 2003.

La domanda di assistenza residenziale per le persone anziane si aggiunge a quella già espressa e non soddisfatta in precedenza.

Il gruppo (coorte) dei beneficiari era composto da 100 individui e l'arco temporale lungo il quale è stata osservata la storia di questi casi (finestra di osservazione) è esteso a tutto il 2003.

[zione](#)
