

TESTO UFFICIALE
TEXTE OFFICIEL

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

PREMIÈRE PARTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS

Allegato alla legge regionale 4 settembre 2001, n. 18.

Piano socio-sanitario della Valle d'Aosta 2002-2004.

INDICE

PREMESSA

I principi ispiratori del Piano Socio Sanitario Regionale 2002 - 2004
Nota metodologica
Continuità e punti di contatto con il precedente Piano Socio Sanitario Regionale
Analisi della struttura socio demografica regionale
Mortalità e morbosità
Il quadro normativo nazionale
Gli atti normativi regionali
Le finalità strategiche del nuovo Piano
 Il distretto
 L'ospedale
 Il ruolo delle politiche sociali

LE RISORSE

Le risorse umane
Le risorse finanziarie
Le risorse strutturali

L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

I principi
Materno infantile
Anziani
Disabili
Salute mentale
Tossico e alcoldipendenza
Cronici oncologici e HIV
Trapiantati ed emodializzati

IL GOVERNO DELLA SALUTE

Gli obiettivi generali di salute e di tutela sociale
Ob. 1 Prevenzione e promozione della sicurezza
Ob. 2 Promuovere il miglioramento del contesto ambientale
Ob. 3 Promuovere sani stili di vita
Ob. 4 Contrastare le patologie causa di mortalità e di morbosità evitabile
Ob. 5 Migliorare la qualità della vita dei soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti
Ob. 6 Adeguare i servizi all'evoluzione del contesto sociale ed allo sviluppo tecnologico
Ob.7 Supporto alle fasi della vita

I livelli di assistenza

- Prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro
 - Profilassi delle malattie infettive e diffusive
 - Prevenzione ambientale
 - Aria
 - Acqua
 - Radiazioni
 - Rifiuti
- Tutela dei rischi infortunistici e sanitari connessi all'ambiente di vita e di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria
- Tutela igienico sanitaria degli alimenti
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- Assistenza territoriale distrettuale
 - Assistenza socio sanitaria di base
 - Assistenza farmaceutica
 - Assistenza specialistica territoriale
 - Assistenza specialistica ambulatoriale
 - Assistenza riabilitativa
 - Assistenza termale
 - Assistenza medico legale
 - Urgenza territoriale
 - Assistenza temporanea a stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale
- Tutela sanitaria delle attività sportive
- Assistenza territoriale semiresidenziale
 - Servizi per la prima infanzia
 - Servizi socio assistenziali ed educativi per bambini ed adolescenti
 - Servizi diurni per disabili psichici
 - Servizi di assistenza psichiatrica
 - Servizi di assistenza per tossico-alcoldipendenti
 - Servizi per anziani
 - Assistenza domiciliare integrata (ADI)
 - Servizi per immigrati
 - Centro diurno per malati di Alzheimer
- Assistenza residenziale
 - Residenze sanitarie assistenziali (RSA)
 - Centro residenziale di cure palliative
 - Microcomunità
 - Comunità alloggio
 - Comunità per minori
 - Comunità protette per disabili
 - Comunità di recupero per tossico-alcoldipendenti
 - Casa alloggio per affetti da AIDS
 - Comunità riabilitativa per malati psichici
 - Country Hospital (Ospedale di comunità)
- Assistenza ospedaliera
 - Attività di Emergenza e Urgenza
 - Assistenza per acuti
 - Organizzazione e personale
 - Attività ambulatoriale ospedaliera
 - Attività ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza

LA GESTIONE DELLA SANITÀ

I sistemi di management

- La valutazione economica nel management sanitario
- Il governo delle tecnologie nel management sanitario
- Il controllo di gestione nel management sanitario
- Il Nucleo di valutazione
- Le linee guida
- Linee programmatiche sul medio periodo
- Programma qualità

GLI OBIETTIVI «TRASVERSALI»

Assistenza economica

Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali

Autorizzazione

Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali, socio educative, nonché all'esercizio delle relative attività

Individuazione dei fabbisogni strutturali e produttivi

Struttura ospedaliera

Altre strutture sanitarie e socio sanitarie

Strutture socio assistenziali e socio educative

Strutture per disabili psichici

Aggiornamento dei fabbisogni

Accreditamento

Accreditamento delle strutture: il programma regionale

Accreditamento dei professionisti

Accreditamento delle strutture socio assistenziali e socio educative

Soggetti erogatori per conto del Servizio sanitario nazionale

Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali e Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale

Realizzazione di una rete sanitaria interaziendale interregionale tra la Valle d'Aosta e il Piemonte

Medicine non convenzionali

PARTECIPAZIONE E RAPPRESENTANZA

La cittadinanza nei servizi

La Conferenza socio sanitaria regionale

PREMESSA

I principi ispiratori del Piano Socio Sanitario Regionale 2002 - 2004

Per l'ideazione e l'architettura del presente Piano, oltre ai riferimenti normativi nazionali e regionali, hanno rappresentato motivo conduttore i seguenti principi, ritenuti elementi imprescindibili di una corretta politica di programmazione socio sanitaria:

1. Garantire una distribuzione equilibrata dei servizi sul territorio per facilitare la massima accessibilità agli stessi e la più ampia libertà di scelta delle persone;
2. Individuare la prevenzione come momento fondamentale di approccio ai problemi e come criterio di impostazione degli interventi;
3. Sviluppare il sistema di conoscenza e di valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari e sociali sul territorio regionale;
4. Promuovere l'efficienza e la qualità degli interventi e attuare una verifica di efficacia anche riguardo alla soddisfazione delle persone e all'attività di autovalutazione degli operatori;
5. Valorizzare il coordinamento tra le istituzioni e tra gli operatori ai fini dell'integrazione degli interventi dedicati a persone, famiglie e gruppi sociali;
6. Assicurare l'ulteriore crescita del servizio sanitario regionale anche attraverso il completamento ed il monitoraggio del processo di aziendalizzazione della USL;
7. Sviluppare la diffusione e la qualità dei servizi sociali, promuovendo l'autonomia e la responsabilità di gestione degli enti locali e il ruolo di indirizzo e coordinamento della Regione;
8. Riquilibrare e razionalizzare lo stato sociale regionale, con particolare attenzione alla rete dei servizi sociosanitari e dei servizi alla persona, nell'ottica di una tutela dei soggetti meno protetti, come previsto dal «Patto per lo sviluppo della Valle d'Aosta».

Nota metodologica

Il Piano per il prossimo triennio 2002 - 2004 è stato predisposto tenendo in considerazione la storia e l'esperienza dei servi-

zi regionali, i principi dello statuto, le recenti normative in materia sanitaria e sociale, la necessaria integrazione tra i servizi sanitari e sociali, la politica di gestione delle risorse, ma soprattutto le analisi di quanti, in prima persona, hanno ruoli di responsabilità diretta nell'erogare servizi al cittadino.

L'intenzione, e al tempo stesso l'elemento di novità di questo Piano, è stato il metodo nel paragrafo denominato «Le finalità strategiche del nuovo Piano» sono stati individuati alcuni elementi programmatori innovativi per la sanità e i servizi sociali regionali nel triennio 2002-2004, verificati, nella loro capacità di attuazione e nella pertinenza, con i responsabili dei servizi interessati ed inseriti, sotto forma di azioni, in un modello socio-sanitario ed assistenziale il più possibile vicino alle esigenze che la popolazione ha manifestato nel tempo.

La metodologia attraverso la quale sono state raccolte le proposte e le indicazioni operative, costituisce inoltre la base per l'individuazione di futuri indicatori e parametri utili alla valutazione della rispondenza dei servizi con i bisogni dell'utenza e dei risultati economico gestionali, nonché alla individuazione delle cause dei relativi disservizi e dell'attività svolta.

Per effettuare una corretta analisi di stato dei livelli quali quantitativi dell'assistenza erogata dall'area sanitaria e socio assistenziale sono state predisposte delle schede per la rappresentazione delle attività, con particolare attenzione agli elementi di criticità, alle aree di eccellenza e alle eventuali proposte operative suggerite.

Le schede hanno raccolto informazioni circa le azioni e, in alcuni casi, i prodotti attinenti i livelli essenziali di assistenza, oltre agli ambiti di attività «trasversali» e le rispettive articolazioni interne dell'offerta.

Per ciascuna di queste schede, una prima parte ha riguardato l'analisi della situazione esistente, che ha costituito la base per una conoscenza dell'attività svolta, con indicazioni sul fabbisogno informativo in termini di indicatori utili a svolgere i compiti di monitoraggio e valutazione, mentre la seconda parte ha dato spazio alle proposte di soluzione delle aree di criticità emerse dall'attività sul campo.

L'esigenza di monitorare e valutare le prestazioni nasce non solo dalla necessità di verificare il rispetto degli impegni contrattuali definiti in sede di adozione degli strumenti di programmazione, ma anche, ed essenzialmente, di promuovere una crescita «culturale» che, passando attraverso i medesimi procedimenti di descrizione, contribuisca ad implementare la qualità dei livelli di prestazione attesi.

Questo processo può realizzarsi solo attraverso sistemi di controllo esaustivi, attenti cioè all'insieme delle prestazioni erogate, flessibili, cioè in grado di adattarsi alle dinamiche in corso, oggettivi, e per questo anche confrontabili, ma soprattutto compatibili con i sistemi informativi già esistenti.

Questo obiettivo ambizioso, che un Piano triennale non può sicuramente portare a termine entro lo scadere del periodo di validità, può però essere avviato partendo dall'individuazione e dall'applicazione periodica di un insieme minimo di indicatori per ciascuna area. Il Piano infatti demanderà a strumenti tecnici successivi la realizzazione di un elenco di indicatori validi per ciascun livello di assistenza fornendo sia all'azienda, che all'amministrazione regionale, uno strumento oggettivo di valutazione.

La scelta di un Piano a contenuto prescrittivo prevalentemente strategico, è dettata dalla volontà, oltre che dalla necessità, di favorire lo sviluppo della progettualità dell'Azienda sanitaria, impegnata nella delicata fase di transizione dai vecchi ruoli agli spazi decisionali decisi dalla legge regionale n. 5/2000, che impongono una gestione manageriale e al tempo stesso pertinente alle aspettative locali di salute della popolazione.

Rispetto al perseguimento del modello di assistenza socio-sanitaria regionale per il prossimo triennio, ciascun ambito di intervento è stato ripartito in obiettivi ed azioni.

Gli obiettivi, consistono in traguardi da raggiungere nel periodo di validità del Piano in merito a condizioni di salute o di disagio della popolazione, ma possono rappresentare anche traguardi conoscitivi o organizzativi che rappresentano la componente strumentale del sistema socio-sanitario regionale.

Le azioni sono interventi tecnici, in ambito sanitario o socio assistenziale, che derivano dall'obiettivo indicato dal Piano e sono volti al suo raggiungimento; possono consistere in tipologie di intervento, adeguamenti quali-quantitativi delle prestazioni, o altro ancora, purché ad esse corrispondano coerenti strategie gestionali, adeguatamente sostenute da risorse umane, strumentali e finanziarie.

L'Azienda USL e i servizi socio assistenziali avranno come «mission» principale la funzione di tutela della salute dei cittadini residenti che dovrà prevalere rispetto alla pura produzione delle prestazioni, le quali, per altro, andranno viste in un contesto misto di offerta pubblica e privata, garantito dal rispetto dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, ma volto a garantire la massima libertà di scelta al cittadino e lo stimolo all'aumento della qualità e dell'efficienza dei servizi.

A fronte di uno scenario a risorse sempre più limitate, l'efficienza produttiva dei servizi si pone come utile strumento per

recuperare risorse da destinare alla realizzazione di obiettivi di consolidamento e sviluppo della salute e del benessere sociale della popolazione regionale.

Continuità e punti di contatto con il precedente Piano Socio Sanitario Regionale

Il presente Piano si pone in continuità con quello precedente, di cui riprende le scelte di fondo, delineando tuttavia un percorso graduale di transizione verso un servizio socio-sanitario regionale innovato sotto numerosi aspetti.

I punti di contatto con il precedente piano sono:

- Il decongestionamento dell'ospedale da tutte le prestazioni improprie e a basso contenuto clinico e la conferma del modello satellitare;
- La valorizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali;
- L'integrazione socio-sanitaria.

Gli aspetti innovativi sono:

- Il ruolo di committenza assegnato al distretto come interprete principale dei bisogni socio-sanitari;
- La valorizzazione delle strategie di prevenzione e di tutela ambientale;
- Lo sviluppo della riabilitazione;
- L'impulso dato ai sistemi per la conoscenza e la comunicazione, quali l'osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali e il sistema informativo socio-sanitario regionale;
- La regolamentazione di una politica basata sulla razionalizzazione e sulla responsabilizzazione della spesa a fronte di precisi livelli qualitativi di prestazioni da erogare.

Sotto il profilo operativo gli elementi introdotti implicano un importante ed impegnativo mutamento nelle concezioni, ancora prima che nelle azioni, ed è per questo che la gradualità si impone come criterio necessario a garantire quella razionalità dei processi che potrà condurre, a medio e lungo termine, al successo del percorso innovativo avviato.

Sul versante del metodo l'elemento innovativo del presente Piano, è stato il coinvolgimento il più possibile esteso e partecipato alle scelte che governeranno la sanità valdostana del prossimo triennio. Ed è proprio dalla forza che deriva dal coinvolgimento e dal confronto che è possibile delineare questo processo di trasformazione senza eccessive incertezze e indugi.

Analisi della struttura socio demografica regionale

La popolazione regionale è la meno numerosa d'Italia, sia in valore assoluto che in termini di densità abitativa, e rappresenta lo 0,2% della popolazione nazionale. Al 31.12.1999 ammontava a 120.342 abitanti, di cui il 49,3% maschi e il 50,7% femmine ed una densità abitativa di 37 abitanti per Km². La distribuzione demografica per distretto indica che il 15% della popolazione risiede nei 17 comuni dell'Alta Valle, il 52,2% nel capoluogo e nei 22 comuni limitrofi, il 13,8% nei 12 comuni della Media Valle ed infine il 19% nei rimanenti 22 comuni della Bassa Valle.

Rispetto al censimento del 1991 la crescita demografica è stata di circa 5000 unità attribuibile a fenomeni di tipo immigratorio senza i quali ci sarebbe stato un saldo naturale negativo tra i nati vivi e i deceduti nello stesso anno.

La forte valenza sanitaria e assistenziale di questo dato è da attribuire al fatto che gli immigrati modificano in modo «innaturale» la struttura demografica della popolazione regionale, inserendosi prevalentemente tra i maschi in età adulta lavorativa. Ne consegue una riduzione proporzionale della quota di giovani (il 12% contro una media nazionale del 15%) ed una accelerazione del cosiddetto «rovesciamento della piramide demografica» che, nel medio termine, porterà ad un considerevole incremento della popolazione ultra sessantacinquenne, notoriamente a maggiore consumo di servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali.

Nel 1999 la popolazione di ultra sessantacinquenni ha inciso per un valore del 18,5 % sul totale (con un incremento rispetto al 1991 di oltre 2 punti percentuali) e l'indice di vecchiaia ha registrato negli ultimi 7 anni rapidi incrementi passando da un valore di 130 anziani ogni 100 giovani nel 1997, a quasi 146 nel 1999. Tale valore, più alto della media nazionale di circa 28 punti, è strettamente correlato a due fenomeni demografici rilevanti come la contrazione delle nascite e l'allungamento della vita media, ma anche a fenomeni di tipo sanitario che sono: l'aumento dei tassi di mortalità grezza e l'aumento della quota di soggetti affetti da una patologia cronico-degenerativa correlata all'invecchiamento.

Dall'analisi per sesso emergono importanti spunti per la programmazione sanitaria e socio assistenziale. Fino a 59 anni vi è nella popolazione regionale una maggiore presenza di maschi rispetto alle femmine, probabilmente a seguito dei fenomeni migratori di origine lavorativa. Superata questa soglia di età, già dalla classe quinquennale successiva, la proporzione si ribalta a favore delle femmine e la quota di maschi sul totale si riduce drasticamente a seguito della maggiore frequenza di patologie letali. Contestualmente, le femmine, divenute prevalenti, dimostrano una longevità che, dopo gli 85 anni, si traduce nella presenza di circa 6 donne ogni 10 «grandi vecchi», che equivale ad affermare che i maschi muoiono di più ed in età più precoce.

Alla caratteristica di anzianità della popolazione valdostana si associa il fenomeno della bassa fecondità, al punto che l'attuale dinamica demografica non garantisce il ricambio generazionale. In Valle d'Aosta l'indice di carico di figli per donna feconda, inteso come numero di bambini con meno di 4 anni ogni 100 donne fertili, è pari al 23,7%, inferiore quindi alla soglia standard del 30% ritenuta già indicativa di una popolazione anziana e a bassa fecondità.

Anche le caratteristiche sociali del trend sull'abortività spontanea non lasciano pensare ad una ripresa delle nascite. In circa 20 anni in Valle d'Aosta il numero di aborti nelle nubili è rimasto quasi invariato, mentre si è ridotto di circa il 68% nelle coniugate; inoltre, mentre 20 anni fa il 78,8% delle donne che abortiva aveva almeno un figlio, oggi solo poco più della metà ha avuto parti precedenti. I determinanti di questo fenomeno sono sicuramente molteplici e interdipendenti, ma le politiche regionali in materia sanitaria e socio assistenziale non intendono ignorare la tendenza che attualmente porta a contare in un anno 1.012 parti a fronte di 272 interruzioni volontarie di gravidanza.

Attribuire a fenomeni economici la bassa numerosità delle nascite è sicuramente fuorviante. Il numero medio di componenti di una famiglia valdostana è di 2,4 soggetti, contro i 2,8 della media nazionale e i 2,7 della media del nord e del centro Italia. Il reddito pro capite regionale, pari a 35,8 milioni, è di quasi 10 milioni più elevato della media nazionale per cui le motivazioni sono più complesse e chiamano in causa aspetti reali e percettivi della qualità e dello stile di vita locale.

Per rispondere ai bisogni di assistenza della famiglia, intesa soprattutto come portatrice di valori umani e sociali da tutelare all'interno di una collettività, la Regione ha emanato la l. 44/1998, con la precisa finalità di sostenere un'istituzione in cui solitamente giace una forma antica di solidarietà funzionale ad assetti umani migliori.

Il tasso di disoccupazione, pari al 5,6% risulta nettamente inferiore a quello nazionale, su cui sappiamo però incidere pesantemente la situazione del mezzogiorno d'Italia. Degli uomini solo il 3,2% risulta disoccupato mentre nelle donne il tasso di disoccupazione risulta più elevato e pari all'8%. I rispettivi valori nazionali sono per gli uomini il 9,4% e per le donne il 16,6.

Ad una lettura di questi dati più attenta ai bisogni socio assistenziali emerge come, a fronte di un tasso di disoccupazione sicuramente trascurabile per le età produttive, il dato sull'occupazione complessiva della popolazione generale si traduce in un indice di dipendenza particolarmente elevato, pari al 46%. Ciò significa che 36.657 soggetti valdostani sono in condizione di «non autonomia» o comunque dipendono da 79.684 cittadini appartenenti alla fascia di età teoricamente produttiva (15-64 anni).

Sotto il profilo sanitario e socio assistenziale l'obiettivo è quindi quello di garantire ai primi assistenza e ai secondi, assicurare salute.

Da ultimo è opportuno sottolineare la significatività assistenziale con particolare riguardo all'emergenza-urgenza determinata dai consistenti flussi turistici che interessano il territorio valdostano.

Mortalità e morbosità

L'analisi di mortalità costituisce il parametro di riferimento privilegiato per la valutazione di efficacia degli interventi di sanità pubblica.

Questa prassi è dovuta sia al fatto che nello studiare l'evento morte si ha il vantaggio di osservare un evento certo, sia al fatto che una distribuzione regionale, per sesso e cause di morte, che mostra uno scostamento sensibile da uno standard medio nazionale, può legittimamente autorizzare una analisi sulle cause che lo hanno determinato, siano esse imputabili al livello di qualità dei servizi, sia ad abitudini e stili di vita che poco hanno a che vedere con l'efficacia dei servizi, ma che invece richiedono opportune campagne di sensibilizzazione per essere modificati.

In Valle d'Aosta si evidenzia da molto tempo un tasso complessivo di mortalità più elevato rispetto alla media nazionale (anche se in linea con le altre aree del Nord) che è da attribuire essenzialmente ai maschi, poiché per le femmine tale valore è lievemente inferiore.

Anche se per entrambi i sessi le cause di morte riferibili al sistema circolatorio e ai tumori costituiscono, al pari delle altre aree di confronto nazionale, rispettivamente la prima e la seconda causa di morte, esiste uno «specifico regionale» a cui le azioni di politica sanitaria e socio sanitaria intendono rivolgersi per offrire una risposta operativa concreta.

Per cogliere le caratteristiche regionali della mortalità, possiamo esprimere l'evento morte con l'indicatore «Anni Produttivi di Vita Perduti», in quanto unisce la frequenza dell'evento all'età con cui si verifica e fornisce la misura del peso sociale e umano che le singole patologie producono portando alla morte degli individui ancora in età lavorativa.

Ciò che caratterizza la Valle d'Aosta è l'elevato numero di anni di vita perduti attribuibili a cause esterne (traumatismi) che colpiscono essenzialmente le classi giovani e che sono state, per i maschi residenti, la prima causa responsabile degli anni di vita perduti dal 1992 al 1997. A seguire i tumori, le malattie del sistema circolatorio e le malattie dell'apparato digerente.

Diversamente per le femmine, sulla cui longevità si è già detto, la prima causa degli anni di vita perduti sono i tumori, anche se i traumatismi e gli avvelenamenti assumono anche per questo sesso un peso rilevante.

In base invece all'analisi proporzionale della mortalità in Valle d'Aosta l'86,5% dei decessi nei maschi e l'84% nelle femmine è attribuibile alle 5 grandi cause di morte che sono, nell'ordine: le malattie del sistema circolatorio, i tumori, i traumatismi e gli avvelenamenti, le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie dell'apparato digerente per cui anche per la nostra regione risulta appropriata l'indicazione di priorità di impegno suggerita dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nella lotta a queste patologie.

L'analisi della frequenza dei ricoveri ospedalieri specifici per patologia conferma il peso che tale gruppo di patologie assume anche sulla domanda di assistenza in regime di ricovero. Nei casi in cui sia presente uno scostamento evidente tra la frequenza di decessi e la frequenza di ricoveri per quella stessa causa, il Piano offre un indirizzo teso a ridurre la mobilità passiva o a creare dei progetti di dipartimentalizzazione sia aziendale che interaziendale.

Considerando un arco di tempo di 7 anni la Valle d'Aosta ha quindi fatto registrare per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori rispettivamente il primo e il secondo posto tra le cause di morte, con tassi lievemente superiori nei maschi.

Al terzo posto compaiono le malattie dell'apparato respiratorio per entrambi i sessi.

Per i maschi le patologie letali dopo il quarto posto, costituito dai traumatismi, sono quelle relative all'apparato digerente, cause maldefinite, ghiandole endocrine, disturbi psichici, sistema nervoso e apparato genito-urinale, seguite da cause a minore frequenza.

Per le femmine il quarto posto è occupato dalle malattie dell'apparato digerente, seguono i traumatismi, le cause maldefinite, ghiandole endocrine, disturbi psichici dove per queste ultime tre cause i tassi osservati sono maggiori dei corrispondenti osservati nei maschi.

Nella classe di età intermedia, 35-64 anni, è evidente una rilevanza relativa maggiore per i tumori, cui seguono le malattie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente e i traumatismi. Essendo questa la classe di età a maggiore peso umano e sociale e anche quella privilegiata per un monitoraggio della mortalità utilizzabile a fini di Sanità pubblica, è sulla riduzione della mortalità specifica per queste cause che il Piano orienterà i principali obiettivi di salute.

Preponderante infine la frequenza dei traumatismi nella fascia 0-34 anni specie nei maschi, seguita a distanza da ghiandole endocrine e tumori dove, per i traumi si ipotizza una causa riconducibile agli incidenti stradali e alla pratica di sport e sulle altre due cause si profila la necessità di avviare studi analitici di mortalità differenziale per sesso, età e area di residenza.

Il distretto comprendente Aosta ad esempio, e seppure in misura minore quello della Media Valle, evidenziano un rischio di mortalità minore rispetto ai distretti della Alta e Bassa Valle: ciò vale sia per «tutte le cause» che per le singole categorie di causa di morte più frequenti, ad eccezione di «disturbi psichici» che classificano il distretto di Aosta come distretto maggiormente a rischio per tale affezioni. Poiché le analisi descrittive fino ad ora compiute non consentono in nessun caso di avanzare ipotesi eziologiche sulla mortalità differenziale, il Piano prevede la prosecuzione dell'analisi sulla mortalità anche in questa direzione.

Il quadro normativo nazionale

L'attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2002 - 2004 dovrà tenere conto del mutato scenario legislativo che si va definendo su scala nazionale ed internazionale.

Dalla seconda riforma sanitaria (D.lgs n. 502/1992 e successive modificazioni) fino ai principi ispiratori del D.lgs n. 229/1999, il ruolo assegnato alle Regioni è profondamente cambiato.

La legge n. 421 del 23 ottobre 1992 aveva delegato il Governo a provvedere, attraverso l'emanazione di uno o più decreti legislativi, «ad una ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al servizio sanitario nazionale, al perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia dei cittadini, all'equità distributiva ed al contenimento della spesa sanitaria, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio nei limiti e secondo criteri previsti dalla normativa vigente in materia».

Su queste basi il Governo ha predisposto il D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, riguardante il riordino della disciplina in materia sanitaria che, con le modifiche introdotte l'anno successivo, con il D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, può essere considerata la seconda riforma sanitaria italiana.

Le linee fondamentali del riordino del 1992, come è noto hanno riguardato:

- la separazione delle attività di indirizzo da quelle di gestione con un rafforzamento della competenza regionale e l'istituzione delle Aziende Sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere) dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- un nuovo sistema di finanziamento a prestazione sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni, tenuto conto dei costi delle prestazioni medesime, che riflette lo schema della ripartizione dei poteri tra Stato e Regioni;
- l'istituzione delle figure del direttore sanitario aziendale e del direttore amministrativo, nominati direttamente dal direttore generale e la creazione della dirigenza del ruolo sanitario articolata in due livelli;
- l'introduzione del sistema dell'accreditamento con una apertura del mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private e l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni;
- l'istituzione dei Dipartimenti di Prevenzione cui vengono affidate le prestazioni di igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza in ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione e veterinaria.

Successivamente, con la l. 419/1998, il Parlamento ha tracciato i principi generali della nuova riforma attraverso quattro deleghe al Governo:

- la prima, volta ad emanare appositi decreti di modifica ed integrazione del decreto di riordino del servizio sanitario nazionale;
- la seconda, volta a riordinare la medicina penitenziaria;
- la terza, volta a ridefinire i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
- la quarta, volta all'emanazione di un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge concernenti l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Tra gli atti attuativi di tali deleghe, il D.lgs 229/1999, meglio noto come riforma Bindi o terza riforma sanitaria, è senza dubbio quello più significativo. Pur riprendendo gli argomenti trattati nel riordino del 1992, e confermando i principi in esso contenuti, tale decreto ha apportato alcune modifiche di rilievo.

I principali contenuti della Riforma-ter possono così essere riassunti:

- conferma del carattere aziendale delle Unità Sanitarie Locali e introduzione dell'autonomia imprenditoriale in sostituzione delle precedenti autonomie «organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica»;
- istituzione del Collegio di direzione che coadiuva il direttore generale affiancandosi al preesistente Consiglio dei sanitari;
- partecipazione degli Enti locali al processo di programmazione sanitaria regionale anche in materia di valutazione dell'attività del direttore generale;
- individuazione di criteri per la disciplina, da parte delle Regioni, dell'articolazione e dell'attività dei distretti sanitari;
- definizione delle prestazioni socio sanitarie distinguendo in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, che appartengono al settore sanitario, e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che appartengono al settore assistenziale;
- conferma della validità del sistema di contabilità economico patrimoniale;
- rafforzamento del ruolo del Dipartimento di Prevenzione;
- previsione dell'esercizio della libera professione anche per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- esplicitazione della necessità dell'autorizzazione ad attivare strutture sanitarie e conferma dell'accreditamento come requisito necessario per esercitare, attraverso appositi accordi contrattuali, attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale;
- abolizione dell'assistenza sanitaria in forma indiretta;
- disciplina di forme di assistenza sanitaria integrative mediante nuovi criteri;

- definizione di una nuova disciplina per la dirigenza sanitaria che viene collocata in un unico livello e per la quale viene prevista l'esclusività del rapporto di lavoro con il servizio sanitario.

Sul versante della spesa, nonostante il decreto sia sostanzialmente teso al raggiungimento dell'obiettivo del contenimento e del riequilibrio dei costi nel settore, di fatto l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza viene effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, compatibilmente alle risorse della finanza pubblica, quasi che il diritto alla salute si ponesse come «un diritto finanziariamente condizionato».

Per la Regione Autonoma Valle d'Aosta, dove da anni si è concretizzato un federalismo fiscale in materia sanitaria, questo condizionamento risulta solo apparentemente più sfumato, poiché i vincoli e gli standard definiti a livello centrale, agiscono anche sulla nostra realtà e l'esistenza di una autonomia statutaria infatti non è sufficiente a garantire una reale autodeterminazione in materia sanitaria, riducendosi invece sempre di più alla sola funzione di autofinanziamento e autoripianamento di disavanzi spesso indotti da scelte esterne all'ambito locale.

In questo contesto va ad inserirsi il contributo fornito dall'ultimo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che, nello spirito di favorire un «Patto di solidarietà per la salute» tra tutte le regioni italiane che sia il più possibile indipendente dai singoli contesti socio economici e politici a carattere locale, ha alla base dei principi fondamentali che anche il Piano della Valle d'Aosta ha fatto propri.

Tali principi sono:

1. l'universalità di accesso alle cure, basato sulla valutazione del bisogno e non dell'eleggibilità sociale o economica;
2. l'eguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti, eliminando il più possibile le barriere geografiche dalla programmazione dei servizi;
3. la condivisione del rischio finanziario, perché il sistema di finanziamento deve garantire che il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva.

Per quanto attiene le politiche sociali, la l. n. 328/2000, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, si pone al culmine di un processo che ha avuto inizio nel biennio 1990-1992 con l'emanazione di una corposa serie di provvedimenti legislativi di carattere nazionale che ridisegnano il rapporto pubblico-privato, ridefinendone responsabilità e competenze, nella gestione dei servizi pubblici territoriali. È l'insieme stesso dei confini tra le due sfere di relazione che viene messo in discussione e riformulato. Il complesso di rapporti biunivoci che lega i cittadini al proprio territorio di appartenenza e le modalità di governo e di gestione del territorio stesso mutano radicalmente. Si tratta di una stagione legislativa che non ha paragoni nella recente storia del nostro Paese se non con la fase di istituzione dello stato sociale nella seconda metà degli anni '70.

I capisaldi di questo processo di innovazione legislativa sono stati:

- la legge sull'ordinamento delle autonomie locali;
- la legge riguardante nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- la legge-quadro sul volontariato;
- la legge di disciplina delle cooperative sociali;
- la legge-quadro in materia di tossicodipendenza;
- la legge riguardante gli interventi per i minori a rischio di coinvolgimento in attività criminose;
- la legge-quadro sull'handicap.

A questa normativa vanno aggiunte le leggi in materia di infanzia e adolescenza riguardanti la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza e quella riguardante l'istituzione dell'Osservatorio nazionale e di quelli regionali per l'infanzia, approvate nel 1997, nonché la disciplina dell'immigrazione, introdotta nel 1998.

Gli aspetti fondamentali che emergono dalle leggi summenzionate possono essere così sintetizzati:

- «mix pubblico privato», che riguarda la redistribuzione di ruoli e funzioni tra i diversi soggetti delle politiche sociali. Le problematiche inerenti a questa area sono espresse in modo efficace dalle risposte alle seguenti domande:

1. chi eroga?

2. chi regolamenta?
 3. chi finanzia?
- modalità di partecipazione e controllo della cosa pubblica da parte dei cittadini.

Gli atti normativi regionali

Uno degli aspetti più importanti del D.lgs. 229/99 è quello di aver accentuato il ruolo di governo e di controllo delle regioni, a fronte di una più ampia autonomia gestionale attribuita alle aziende sanitarie locali, e di aver previsto una maggiore partecipazione degli enti locali alla programmazione e alla valutazione dei servizi sanitari.

La Regione Valle d'Aosta è stata tra le prime a dare attuazione alla «riforma ter» con la l.r. 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione).

Con la l.r. 5/2000 la Regione ha applicato i principi fondamentali della riforma prevedendo l'ulteriore sviluppo ed il completamento dei processi di:

- regionalizzazione dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- aziendalizzazione dell'Unità sanitaria locale;
- responsabilizzazione economica delle strutture;
- integrazione fra prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale;
- coordinamento fra servizi sanitari e servizi di protezione dell'ambiente.

La l.r. 5/2000 ridefinisce i ruoli e le modalità di negoziazione tra Regione, USL e Comuni, introducendo procedure in grado di responsabilizzare i singoli enti e indirizzarli verso livelli maggiori di funzionalità. La copertura dei bisogni di salute e di assistenza e la qualità dei servizi sono garantiti da un tavolo di negoziazione in cui la Regione, perdendo antiche competenze gestionali, si profila come ente di indirizzo e di controllo, ovvero come una sorta di «cliente» dell'Azienda USL, che, a sua volta, contratta le risorse a disposizione a fronte dei livelli di assistenza richiesti. Il tutto in una logica di coinvolgimento delle autonomie locali nel processo di programmazione, secondo modalità proprie dell'autonomia regionale.

La puntuale applicazione della l.r. 5/2000 e la sua verifica, anche alla luce di eventuali ulteriori mutamenti del quadro normativo nazionale, sono quindi, al di là di quanto sviluppato in alcuni punti del presente piano, obiettivi fondamentali della Regione per il prossimo triennio.

Oltre che dalla l.r. 5/2000 il quadro della principale normativa di riferimento in materia sanitaria è costituito dalla l.r. 70/1982 in materia di igiene e sanità pubblica, dalla l.r. 3/1996, relativa alla profilassi e cura delle malattie degli animali, e della l.r. 41/1995, istitutiva dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente.

Obiettivo del presente piano è la revisione anche in adeguamento alle modifiche intervenute nella normativa statale di riferimento di alcuni ambiti della legislazione regionale.

La legislazione regionale in materia di politiche sociali appare in perfetta coerenza con quella nazionale quando non avviene addirittura una diretta applicazione della normativa statale, come nel caso della l. 104/92 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Per contro, vi sono settori di attività non coperti da norme statali per i quali ha supplito la legislazione regionale: anziani (l.r. 93/82 e successive modificazioni, concernente la gestione dei servizi e l.r. 80/90 in materia di opere pubbliche destinate agli anziani), assistenza economica (l.r. 22/93 e l.r. 19/94), famiglia (l.r. 44/98), asili-nido (l.r. 77/94 e successive modificazioni), formazione degli operatori socio-assistenziali (l.r. 10/87).

Vi è poi da rimarcare che con il D.lgs. 320/94, riguardante norme di attuazione dello Statuto speciale, sono state trasferite alla Regione le funzioni relative alle provvidenze a favore di invalidi civili, ciechi civili e sordomuti con la conseguente emanazione di norme regionali in materia (l.r. 11/99).

Obiettivo del presente Piano è la revisione complessiva della legislazione in materia di assistenza economica con l'istituzione, tra l'altro, dell'indicatore regionale della situazione economica.

Le finalità strategiche del nuovo Piano

Il futuro assetto del servizio socio-sanitario della Valle d'Aosta prende avvio da una serie di linee guida di strategia programmatica.

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono uniformemente interessati da processi di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, problemi acuti, interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità. Contestualmente si sta registrando un progressivo aumento delle problematiche legate alla disabilità ed alle malattie croniche che determinano una crescente domanda di servizi di assistenza a lungo termine ed a basso contenuto sanitario.

Questa situazione, di ampio contesto socio-assistenziale, deriva dai fenomeni sopra caratterizzati, entrambi conseguenti alla evoluzione della scienza medica, che impone di affrontare non solo il problema della specializzazione tecnologica dei servizi sanitari, ma anche quello di organizzare e gestire modelli di «long-term care» (o «assistenza a lungo termine») in ambienti sempre più professionali che riescano a garantire una qualità dell'assistenza costantemente aderente alle necessità della popolazione.

In questo capitolo generale sono descritti la visione generale ed i contenuti ispiratori del Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2002 - 2004 che derivano da un confronto dell'analisi della situazione regionale esistente, ancora in parte condizionata dalle carenze del sistema informativo - comunicativo regionale, con la politica programmatica nazionale e delle altre Regioni e l'evidenza scientifica in materia di allocazione ordinata e validata delle risorse.

Tutto il canovaccio programmatico è stato sviluppato in una ipotesi di macro contesto caratterizzato dalla ricerca continua dell'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria perché capace di garantire risposte:

- equamente distribuite nella popolazione;
- efficaci perché sinergiche;
- complementari e quindi efficienti.

Le dinamiche dei nuovi bisogni sono evidenziate dalla necessità di servizi assistenziali per cure a lungo termine che sono in aumento costante perché condizionate da quattro fondamentali fattori:

1. L'invecchiamento generale della popolazione;
2. La riduzione della potenzialità di assistenza da parte dei nuclei familiari;
3. La caratterizzazione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti con livelli sempre più spinti di specializzazione e di tecnologia;
4. L'aumento, specifico per classi di età, dell'aspettativa di vita media dei cittadini affetti da malattie croniche e disabilitanti.

In ogni contesto sociale studiato, l'invecchiamento della popolazione è sempre accompagnato da un incremento assoluto e relativo della popolazione disabile e della prevalenza delle malattie croniche. A sua volta esso determina l'aumento della aspettativa di vita dei cittadini affetti da patologie croniche disabilitanti (diabete, arteriosclerosi, scompenso cardiaco, malattie degenerative del sistema nervoso, lesioni midollari, emiplegie post-ictali, forme tumorali), spesso associate tra di loro o con altre malattie.

Con l'aumento dell'età media cresce inoltre il rischio di malattie disabilitanti, prima tra tutte l'ictus, con un forte incremento di domanda di assistenza nell'anno che segue l'evento disabilitante acuto.

L'incremento della popolazione anziana disabile, che cresce in Italia ad un ritmo del 2% l'anno (dato sostanzialmente analogo alla Valle d'Aosta) impone il problema della sua gestione continuativa di base, ma anche quello della assistenza nelle fasi di post-acuzie seguenti la ricorrenza di altre malattie o traumi.

Nel corso degli ultimi anni si è registrata peraltro una progressiva riduzione del numero medio dei componenti i nuclei familiari ed un aumento del lavoro femminile con la conseguente caduta delle tradizionali forme di assistenza familiare.

È inoltre aumentata la consapevolezza dei bisogni e la gamma degli interventi clinico-terapeutici realizzabili a domicilio e nelle fasi post-acute, con necessità di un approccio più professionale alle cure domiciliari.

Analoga «visione» emerge dallo studio coordinato dall'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali in merito alla realizzazione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nel nostro territorio.

Per questi motivi, l'assistenza a domicilio è divenuta più complessa e condizionata dalla necessità di forti supporti esterni.

A questi fattori di ordine demografico e sociale si sono poi sovrapposte le nuove strategie organizzative della struttura ospedaliera, sempre più orientata alla gestione delle fasi acute di malattia o di interventi diagnostico-terapeutici di elevata complessità ed impegno che si contrappongono alle forme di assistenza fino ad ora prestate, parzialmente impegnate a soddisfare bisogni assistenziali non sufficientemente coperti dalla rete di servizi distrettuali territoriali. Anche in questo caso la realtà regionale trova analogie con quella nazionale ed è opportuno evidenziare come attualmente la struttura ospedaliera si fa responsabilmente carico, all'interno della struttura per acuti, di bisogni tipicamente lungodegenziali e riabilitativi a valenza programmatica tipicamente territoriale.

La diversità delle necessità strutturali, professionali, organizzative e gestionali tra acuzie e «long term care» obbliga tuttavia ad un ripensamento programmatico capace di distinguere le due principali fasi assistenziali ma anche di integrarle in una rete di servizi coordinata e funzionale in continuità con quanto affermato dal precedente piano socio-sanitario regionale valdostano.

Si pone quindi con urgenza assoluta il problema dello sviluppo della assistenza sociosanitaria a lungo termine (domiciliare, intermedia e residenziale) di più ampie fasce e tipologie di cittadini, con almeno tre diverse necessità:

1. Gestione a breve/medio termine di cittadini anziani, disabili, in fase di convalescenza post-acuta o post-chirurgica, o comunque con necessità di eseguire terapie programmate in un ambiente con assistenza infermieristica;
2. Riabilitazione in fase post-acuta;
3. Gestione a lungo termine di cittadini non autosufficienti.

Le modalità di intervento variano naturalmente in relazione alle diverse tipologie di cittadini assistiti ed ai loro specifici bisogni, ma appaiono sempre riconducibili all'originario concetto di Salute, richiamato anche recentemente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel programma «Health for all», capace di integrare l'assenza di malattia e la prevenzione dei rischi con il benessere fisico, psichico e sociale.

Le modalità di sviluppo della domanda di servizi di assistenza a lungo termine si concretizzano in risposte strutturali che possono variare tra due estremi: da un ambiente domiciliare adeguatamente attrezzato e seguito da équipes sociosanitarie professionali di riferimento, a soluzioni di ricovero in strutture autonome collegate al contesto di un complesso ospedaliero per acuti.

In Europa e in Italia le cure domiciliari hanno visto sperimentare modelli assistenziali diversi, che vanno dalla semplice ADI, (Assistenza Domiciliare Integrata) ad esperienze di vera ospedalizzazione domiciliare, passando attraverso esperienze settoriali quali l'hospice, l'ospedale di comunità (country hospital), i letti di sollievo (inserimento temporaneo presso strutture residenziali).

Negli ultimi anni si è quindi registrato in Italia un progressivo incremento dell'utilizzo di servizi domiciliari, con una spesa che è salita del 38% dal 1996 al 1998, passando dal 1,56 al 2,12 % del Fondo Sanitario Nazionale (stima su Dati Ministero della Sanità), per una quota di cittadini assistiti in ADI che costituisce circa il 3,5% della popolazione anziana.

Per quanto concerne le attività di degenza nel corso degli ultimi anni, in assenza di una precisa strategia di sviluppo del long-term care, si sono affermati in Italia diversi modelli assistenziali realizzati in parte in sede ospedaliera ed in parte in strutture residenziali.

Nel corso degli ultimi anni si è registrato un forte incremento della degenza ospedaliera classificata come cod. 60 (Lungodegenza) e cod. 56 (Riabilitazione), con un incremento annuo medio di ricoveri del 9,5% nel triennio 1995-1997 (Fonte: Banca Dati SDO, Ministero della Sanità).

Per quanto concerne le strutture extra-ospedaliere, in una situazione in cui l'Italia si presenta ancora come uno dei paesi europei con maggior carenza di servizi per l'assistenza continuativa, la tipologia organizzativa delle RSA appare tuttora abbastanza «incerta», con forti differenze regionali.

Il contesto valdostano ha tuttavia trovato risposta efficiente nella realizzazione delle Microcomunità, risposta organizzativa quest'ultima capace di adeguarsi alla variegazione del territorio, di mantenere le radici e di promuovere lo sviluppo di attività lavorative locali. Nonostante l'indice di sviluppo di strutture extra-ospedaliere dedicate sia molto aumentato negli ultimi anni, esso risulta ancora molto inferiore rispetto ai dati di utilizzo di paesi con sistemi più avanzati di «continuing care», come il Canada, o verso paesi europei come la Francia, la Gran Bretagna o l'Olanda, dove circa il 15-20% della popolazione anziana riceve assistenza continuativa a domicilio o in residenze specializzate.

Anche se questi dati possono essere viziati da un diverso modello socio-familiare e di tradizioni assistenziali, l'analisi struttu-

rale dei bisogni assistenziali della popolazione disabile porta a prevedere un'ulteriore crescita della domanda, negli anni, in questi settori di attività, in rapporto più che proporzionale all'aumento degli indici di invecchiamento e di disabilità della popolazione.

Sul versante della specializzazione, che presuppone lo studio di tipologie edilizie, percorsi assistenziali, formazione specifica del personale, bisogna sviluppare una sperimentazione capace di valutare, o definire se inesistente, l'adozione di sistemi di riparto della spesa sociosanitaria basati sulla tipologia dei cittadini assistiti, studiati rispetto non alla diagnosi clinica ma al carico assistenziale.

La programmazione sanitaria deve inoltre prevedere la realizzazione di strutture destinate alla gestione sociosanitaria integrata di specifiche problematiche clinico-assistenziali come i nuclei assistiti speciali per l'Alzheimer, o specifiche forme di assistenza per cittadini con comi. Il collegamento di queste strutture con il sistema ospedaliero dovrà essere di tipo sia strutturale che organizzativo. Se la loro localizzazione più adeguata appare infatti fuori dall'ospedale, avrà valore fortemente strategico che esse mantengano con l'ospedale una connessione funzionale, nell'ambito di programmi di gestione della malattia (Disease Management) e di gestione del singolo caso clinico (Case Management) che garantiscano continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e garanzia dei livelli assistenziali necessari.

La situazione come sin qui delineata obbliga la funzione programmatoria a disegnare una rete dei servizi sanitari che preveda:

- una forte funzione di analisi dei bisogni;
- una funzione preventiva capace primariamente di contrastare i fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative e secondariamente di riconoscerne le iniziali manifestazioni;
- una funzione distrettuale capace di governare la domanda ed organizzare la produzione di assistenza primaria e di cure a lungo termine;
- una funzione ospedaliera efficace ed efficiente nella cura dell'acuzie ed in grado di fornire il corretto supporto alle strutture extra ospedaliere di assistenza sociosanitaria.

Per quanto attiene la prevenzione, da molti anni le attività di cui è nota l'efficacia, si sono moltiplicate e ampliate anche al di là dell'ambito classico dell'igiene pubblica, storicamente centrato su interventi di contrasto delle patologie infettive.

Rilevanti sono al riguardo i risultati ottenuti con il controllo dell'approvvigionamento idrico, dell'allevamento del bestiame, e dell'inquinamento da inquinanti dell'aria e con le vaccinazioni.

Questo Piano vuole consolidare i risultati raggiunti dalle numerose campagne di prevenzione, da quelle per i tumori femminili, a quelle contro l'abuso di alcol e droghe, a quelle contro gli infortuni e gli incidenti stradali e perfezionare la valutazione dei programmi attuati anche mediante la valorizzazione del servizio comunicativo ed informativo verso la popolazione e gli operatori del settore.

La vera novità consiste però nella possibilità di contrastare alcune forme patologiche cronico-degenerative che costituiscono ormai la parte preponderante della mortalità generale.

Se fin dall'antichità era noto che gli stili di vita e l'alimentazione potevano condizionare la salute, non nota era l'entità del beneficio preventivo che alcuni di questi fattori possono indurre.

È possibile infatti sapere di quanto l'attività fisica moderata o l'alimentazione corretta possono ridurre la mortalità per incidente cardiaco acuto, quanto l'abitudine al fumo di sigaretta incide sulla prevalenza e sull'incidenza del tumore del polmone.

Per quanto riguarda altre forme di esposizione al rischio, l'esperienza di Nazioni vicine e delle stesse campagne avviate in territorio valdostano in applicazione delle indicazioni del precedente Piano, dimostrano l'efficacia di estendere la prevenzione dei rischi agli infortuni domestici e stradali, divenuti entrambi una delle maggiori cause di morte per la popolazione attiva.

Riguardo agli interventi di tipo secondario, l'efficacia di screening, effettuati sulla base di esami diagnostici sempre più sensibili e specifici, è sicuramente fondata per patologie tumorali femminili che sempre più possono essere affrontate con successo quanto più precoce è la loro diagnosi.

Tuttavia la funzione programmatoria deve tenere in considerazione le due principali criticità che limitano la penetrazione e l'applicazione di programmi preventivi efficaci e di alto valore morale e finanziario:

1. le attività di prevenzione per essere efficaci devono essere applicate in maniera vasta e continua;
2. le attività di prevenzione comportano un disagio certo per un gran numero di persone in vista di un vantaggio che sarà distribuito statisticamente.

Molti dei fattori di rischio delle patologie cronic-degenerative sono costituiti da abitudini particolarmente piacevoli o socialmente premianti, ne consegue che gran parte della popolazione è fortemente riluttante a modificare i propri stili di vita preferendo la soddisfazione immediata ad un ipotetico e statistico vantaggio futuro.

La valenza strategica prioritaria appare quindi essere la costruzione di un paradigma culturale di riferimento e, di conseguenza, di operatori di prevenzione che siano in grado di mettere in discussione l'attuale impianto generale (normativa, abitudini degli operatori, percorsi formativi universitari) orientato esclusivamente alla repressione.

La strategia ipotizzata nel presente piano si fonda sui seguenti presupposti:

- Attenzione specifica all'interazione con i destinatari della prevenzione grazie alla quale definire strategie veramente efficaci di intervento;
- Formazione degli operatori volta a sviluppare tecniche di approccio alla popolazione che possano condurre a risultati concreti.

Il distretto

Il D.lgs 229/99 individua il Distretto come una delle principali macrostrutture dell'Azienda USL, che, in un definito ambito territoriale, governa la domanda sanitaria e organizza la produzione di «assistenza primaria» erogata dai servizi territoriali.

Viene quindi a delinarsi la nuova funzione del distretto quale struttura organizzativa preposta all'erogazione dell'assistenza primaria e all'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale ed informale.

In tale ambito si esplica e si valorizza il ruolo assegnato, anche dalla normativa, all'assistenza sociale, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, quali referenti diretti per la salute delle persone e delle famiglie, indirizzo e guida all'utilizzazione dei servizi e agenti delle funzioni educative e di promozione della salute.

Oltre alle funzioni di produzione e di integrazione fra i servizi sanitari e sociali, il Distretto è chiamato a garantire ai propri cittadini utenti l'accesso ai servizi reputati necessari per avere una risposta appropriata ai loro bisogni di salute. Questa funzione si configura in termini di «committenza» e rende il Distretto «porta di accesso» privilegiata alle reti dei servizi regionali, aziendali e degli enti locali.

Il Distretto dovrà quindi assicurare la funzione di produzione, la funzione di committenza e la funzione di integrazione socio-sanitaria sviluppando modelli di integrazione orizzontale che garantiscano l'appropriatezza, l'adeguatezza e la continuità degli interventi multiprofessionali.

È opportuno sottolineare come sarà importante valorizzare l'autonomia del Distretto nell'ambito del consolidamento da parte dell'azienda delle funzioni di programmazione e di controllo delle attività svolte e degli obiettivi perseguiti.

Lo strumento organizzativo più idoneo al perseguimento degli obiettivi di salute indicati risiede nella rete integrata dei servizi del Distretto.

Il modello prevede che i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta operino all'interno del Distretto e che vengano poste le basi per la realizzazione delle reti integrate dei servizi che ipotizzino l'instaurarsi di relazioni funzionali fra équipes multiprofessionali orientate ai processi di cura degli utenti.

Ne deriva che l'organizzazione distrettuale deve definire chiaramente i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, assicurando sia l'accesso tempestivo a tutti i servizi sia la continuità delle cure.

È quindi automaticamente favorito uno stile di lavoro per équipes multiprofessionali che sviluppino programmi ed obiettivi orientati al cittadino ed all'applicazione al cittadino dei percorsi assistenziali standardizzati all'interno di dipartimenti misti ospedale - territorio.

Troverà così solide basi di sviluppo il modello delle reti cliniche integrate che prevede che la maggior parte delle attività sanitarie svolte sul territorio sia caratterizzata da bassa complessità sanitaria e da alta complessità assistenziale.

Il concetto di bassa complessità sanitaria fa riferimento alla bassa intensività delle cure e si distingue, rappresentandone contestualmente la complementarietà, dall'alta complessità sanitaria, riferita alla intensività delle cure, proprie dell'assistenza ospedaliera.

L'alta complessità assistenziale fa riferimento invece alla molteplicità dei professionisti dell'ambito sanitario e sociale coinvolti e ai fattori di contesto ambientale.

La programmazione secondo reti di servizi si deve applicare:

- a livello aziendale, evidenziando la necessità di integrare i piani di attività delle diverse unità operative secondo programmi orizzontali orientati a sottogruppi di popolazione focalizzati sul servizio reso, anziché sulla prestazione prodotta;
- a livello del singolo servizio, favorendo l'organizzazione per team multiprofessionali orientati all'utilizzatore e per processo, anziché per ambiti di competenze e/o per linee gerarchiche proprie degli ordinamenti professionali.

La «mission» del Distretto è quella di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie che il D. lgs. n. 229/99 richiama ed elenca all'art. 3-*quinquies*, e che sono riprese e specificate all'art. 30, comma 4, della l.r. 5/ 2000.

Le funzioni derivanti dall'impianto normativo che rientrano nella «mission» del Distretto comprendono sia attività strettamente gestionali, sia attività riferibili alla funzione strategica aziendale.

È necessario pertanto distinguere le responsabilità proprie della produzione di servizi a valenza territoriale dalle funzioni di committenza.

Queste ultime si richiamano:

- all'esercizio della funzione di programmazione dei servizi necessari per la popolazione di riferimento;
- alla funzione di integrazione istituzionale dei servizi sanitari e sociali;
- alla titolarità dei rapporti con le rappresentanze istituzionali della popolazione e con le forme di aggregazione spontanea;
- al monitoraggio delle attività e alla valutazione dei servizi prodotti.

Per conseguire la sua «mission» il Distretto:

1. Valuta sistematicamente i problemi di salute della popolazione di riferimento al fine di governare la domanda di servizi;
2. Coordina e integra fra loro le attività di assistenza sanitaria territoriale con l'assistenza sociale e valorizza l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà formale e informale;
3. Garantisce l'assistenza primaria alla popolazione di riferimento attraverso le strutture ed i servizi presenti sul territorio destinati all'assistenza sanitaria di primo livello ed all'assistenza sociosanitaria a rilievo sanitario;
4. Assicura l'equità di accesso, la tempestività, l'appropriatezza e la continuità delle cure per la popolazione di riferimento ovvero organizza l'accesso dei cittadini a tutte le prestazioni ed i servizi direttamente gestiti secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente con gli enti locali;
5. Definisce i servizi necessari per la popolazione di riferimento;
6. Programma le attività territoriali sulla base di priorità, obiettivi e risorse definiti tra la Regione, l'Azienda USL e gli Enti locali;
7. Valuta l'efficacia dei servizi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti;
8. Promuove la comunicazione nei confronti dei cittadini degli obiettivi di salute e dell'accessibilità ai servizi sanitari e socio-sanitari all'interno di un sistema aziendale integrato di comunicazione.

Al fine di perseguire efficacemente detti obiettivi risulterà necessario operare in un contesto che preveda una funzione di governo clinico inteso come strumento di realizzazione della qualità dei servizi prodotti dall'Azienda sanitaria.

Il governo clinico è l'insieme di comportamenti, responsabilità e azioni che l'organizzazione e i professionisti si danno per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia degli standard assistenziali.

Gli strumenti del governo clinico sono:

- linee guida condivise redatte grazie alla medicina basata sulle evidenze;
- procedure definite;
- chiara definizione delle linee di responsabilità organizzative;
- programma di miglioramento continuo della qualità;

- piani per la formazione professionale permanente;
- politiche per la gestione dei rischi e per affrontare adeguatamente i problemi di scarsa performance;
- valutazione multidimensionale dei problemi e dei bisogni del cittadino;
- presenza di chiare linee di responsabilità per la qualità dell'assistenza, tenendo conto del ruolo dei cittadini e degli assistiti nel definire e valutare la qualità percepita;
- audit clinico sui singoli casi.

La funzione di committenza che il Distretto deve assumere è intesa come la definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di un determinato territorio e come lo strumento indispensabile per la programmazione.

Si ritiene opportuno riportare all'interno dell'Azienda sanitaria l'esercizio della funzione di committenza e il Distretto è la sede elettiva per l'esercizio di detta funzione.

In questa luce si evidenzia la necessità di spostare i centri decisionali per la determinazione dell'offerta dai luoghi di cura (Ospedale) ai luoghi dove nasce e si rileva il bisogno (Distretto).

Il governo di questo complesso processo fa capo ai direttori del Distretto, in stretta connessione con le altre articolazioni aziendali e con la struttura regionale competente in materia di politiche sociali; la direzione generale ne assicura il coordinamento, la coerenza con i bisogni di salute e la compatibilità con le risorse disponibili.

La funzione di committenza ha in sé tutto il potenziale di forte leva per il cambiamento, poiché può accelerare l'evoluzione di servizi equi ed efficaci necessari a migliorare la salute della popolazione di riferimento e orientare tutta l'attività del servizio sanitario regionale verso quel «guadagno in salute» che è l'obiettivo centrale del piano sanitario.

Il fine della committenza è quello di fare l'uso migliore delle risorse per migliorare la salute e prevenire la malattia, sia acquisendo e negoziando i servizi necessari, sia cercando di influenzare altre organizzazioni affinché contribuiscano a questo scopo, in una visione di sistema che pone la salute di una determinata popolazione come preoccupazione globale dell'intero sistema sociale e non solo della sanità.

Per il successo della funzione di committenza è necessaria: l'aggregazione organizzativa e funzionale di quanto è ora svolto frammentariamente nel Distretto e in altre strutture tecniche dell'Azienda USL, un riordino delle attività del sistema informativo distrettuale – compreso quello relativo alla rilevazione delle attività di integrazione socio-sanitaria – una precisa individuazione delle modalità di verifica delle attività e di monitoraggio degli accordi contrattuali di fornitura. Nel Distretto dovranno risiedere le competenze per la lettura e valutazione dei bisogni della popolazione residente, collegate strettamente alle conoscenze distrettuali ed aziendali preposte alle valutazioni epidemiologiche.

Le conoscenze dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati relative al governo clinico delle malattie afferenti alle cure primarie saranno un costante supporto per la definizione qualitativa e quantitativa dei volumi di prestazioni e di attività necessarie per affrontare le patologie prevalenti.

L'ospedale

Di fronte a cambiamenti che riguardano ormai tutto lo scenario in cui l'ospedale opera, appare improcrastinabile una profonda revisione del suo ruolo futuro.

L'ospedale che abbiamo conosciuto negli ultimi decenni è destinato a mutare profondamente sotto la spinta di una crescente domanda, sia di autonomia nelle scelte fondamentali, sia di integrazione tra ospedale e territorio, capace quest'ultima di garantire continuità assistenziale e cura.

Criticità relative a carenze di professionalità sia mediche (anestesisti, radiologi, cardiologi) sia assistenziali (infermieri professionali, tecnici dei servizi) imputabili ad errate scelte programmatiche centrali ed universitarie, impongono una rivisitazione delle scelte organizzative improntata su soluzioni di tipo dipartimentale sia all'interno che all'esterno dell'ospedale (dipartimenti strutturali, per obiettivo, misti, interaziendali).

Uno degli elementi centrali nel processo di trasformazione è costituito dalle esigenze di continuità della cura e di equità allocativa, cioè di pari opportunità di accesso alle prestazioni.

Un altro elemento di rilievo è senza dubbio quello tecnologico, dato che l'ospedale non può non essere la sede di concentrazione delle tecnologie complesse, pur in presenza della necessità di consentire l'accesso ad esse ad una gamma vasta ed anche remota di cittadini.

Tutto ciò porta ad individuare modelli organizzativi futuri profondamente diversi dagli attuali, in cui si perderanno i rapporti fra la complessità delle prestazioni erogate e la dimensione delle sedi di erogazione, fra specializzazione e governo autonomo dei processi di cura, fra territorialità e distribuzione delle specialità.

In questo contesto appare molto complessa la sfida proposta agli operatori del settore, che richiede apertura culturale, capacità di accettazione del rischio e determinazione nella creazione di nuovi sistemi valoriali di riferimento capaci di riconoscere nel pubblico un interlocutore abilitato a scegliere ed a giudicare.

Varie e diversificate possono essere le ipotesi di scenario organizzativo in cui calare la definizione ottimale del futuro ruolo dell'ospedale.

La prima implica un'attenzione privilegiata all'interazione tra ospedale e ambiente sociale di riferimento sotto il profilo del management gerarchico, partendo dalla riverifica periodica della mission aziendale, delle prospettive di privilegio in positivo e in negativo del ruolo istituzionale (core business) e dei processi di selezione della complessità visti in riferimento alle sfide ambientali.

Un'ipotesi diversa tende invece a privilegiare il sistema sociale di area vasta e presenta, al riguardo, due principali forme organizzative:

- la prima è quella che corrisponde alle esperienze del welfare state del dopoguerra in Europa occidentale con un sistema sanitario nazionale organizzato attorno ad un forte potere statale, gestore anche diretto delle cure;
- la seconda, più recente, appena introdotta anche in Italia, vede il sistema sociale ad area vasta come una «rete di nodi» in cui l'ospedale costituisce solo uno dei nodi. Il sistema sociale della rete esprime al meglio un processo di continuo autoadattamento reciproco in funzione dei bisogni della popolazione, in una continua ridefinizione dei percorsi assistenziali individuati grazie alla scelta del latore della domanda (Distretto) tra tutti i servizi offerti dalle strutture sia pubbliche che private.

Un primo aspetto da considerare riguarda il problema, fondamentale di ogni organizzazione, di come raccordare le motivazioni individuali a quelle del gruppo che, per l'ospedale, si pone in forma particolarmente importante per via del radicale mutamento degli scopi che esso sta attraversando come istituzione.

Il vissuto soggettivo dei cittadini s'intreccia infatti con quello degli operatori ed il governo del personale ha effetti diretti sull'utenza; il problema è come promuovere l'identità e l'appartenenza degli operatori in modo che contribuiscano in parallelo a rafforzare l'identità e l'appartenenza dei cittadini.

Per definire il ruolo dell'ospedale, e di conseguenza il suo assetto organizzativo e strutturale, sarà quindi sempre più necessario basarsi su di una analisi epidemiologica dei bisogni di salute che sono talvolta inespressi e quindi non sempre coincidenti con la domanda effettivamente rivolta agli operatori del settore.

Un secondo aspetto significativo della nuova «vocazione» ospedaliera, in parte derivante dall'aspetto appena descritto è comune al territorio ed è quello che riguarda la promozione della salute intesa secondo i dettati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come benessere della persona riguardo al fisico, alla psiche, all'integrazione sociale, alla umanizzazione dei servizi.

Sarà quindi necessario porre attenzione ai problemi riguardanti l'appropriatezza delle prestazioni, ma anche sviluppare intensamente modelli organizzativi ed assistenziali che promuovano l'adeguatezza dei modelli assistenziali al target di cittadini interessati.

Sarà quindi sempre più necessario diversificare e rendere flessibile l'offerta anche in funzione della qualità percepita e delle caratteristiche della popolazione servita; se infatti l'offerta di assistenza diurna (day hospital) per una operazione di cataratta può apparire congrua in un soggetto giovane, per un anziano si tradurrà in un problema assistenziale di non facile soluzione.

L'ospedale sarà inoltre nel futuro sempre più coinvolto in iniziative di cultura della salute in ambiti sia divulgativi, che preventivi e curativi quale catalizzatore non prevaricante o partner scientifico paritario.

La struttura dell'offerta sanitaria, in specie quella ospedaliera, deve quindi essere organizzata in funzione del soddisfacimento dei bisogni complessivi di salute della popolazione, sulla quale incidono naturalmente, in modo più o meno rilevante, fattori esterni quali l'età, l'ambiente, il lavoro, il tempo libero.

La medicina moderna si trova oggi ad affrontare il conflitto fra l'esigenza di garantire continuità tanto nella cura quanto nella conoscenza dell'ammalato e quella di operare in contesti ad alto contenuto in tecnologia e ad alta specializzazione.

Le forme organizzative funzionali alle due esigenze sono diverse e non facilmente compatibili l'una con l'altra.

A titolo di esempio si può, affermare che patologie a bassa intensità di cura e caratterizzate da cronicità, dovrebbero essere

prevalentemente trattate fuori dall'ospedale, pur dovendo garantire anche ad esse un accesso alla migliore tecnologia e alla migliore competenza professionale.

La maggior parte delle patologie croniche richiede inoltre l'integrazione di competenze diverse, in parte non mediche, in parte non sanitarie. Il requisito della comunicazione diviene quindi determinante e dominante ai fini del conseguimento della qualità del servizio e del rapporto con i cittadini.

Nella definizione dei modelli di funzionamento degli ospedali e di quelli di integrazione fra ospedale e territorio, si incontra dunque la contraddizione per cui la maggior parte della competenza medica risiede nell'ospedale ed è poco abituata a fornire prestazioni all'esterno in un contesto di bassa intensità di cura, mentre invece la domanda di cure nasce prevalentemente sul territorio e richiede l'accesso alla competenza medica e alla tecnologia ospedaliera in modo limitato, ma preciso.

Il problema centrale è quindi quello di definire processi clinico-assistenziali in cui l'obiettivo della conservazione di uno stato sufficiente oltre che adeguato di salute e di autosufficienza sociale venga affidato ad un «gestore del processo» (owner of the process) che abbia accesso all'ottenimento di tutte le prestazioni occorrenti al conseguimento del risultato (Distretto).

Pur essendo ipotizzabile, nel breve periodo, l'esistenza di diversi livelli possibili di ospedale, il modello tendenziale è quello tecnologico; con il tempo, gli altri tipi di ospedale dovranno scomparire ed essere assorbiti nell'attività territoriale così da lasciare all'ospedale (per quella parte non gestibile in day hospital o in ambulatorio) lo svolgimento di attività ad elevato contenuto tecnologico non solo chirurgica, ma anche relativa alla medicina per acuti.

Pertanto, gli elementi fondamentali che verranno considerati per la ridefinizione della mission ospedaliera sono:

1. l'intensità di cura;
2. la stratificazione dei tipi di casistica trattata;
3. l'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete;
4. il dimensionamento operativo;
5. il modello organizzativo;
6. l'esigenza didattica.

Per quanto riguarda infine la sovrapposizione tra alcune attività erogate in sede ospedaliera e funzioni proprie di altri livelli assistenziali, questo rappresenta oggi un continuum operativo che spesso garantisce al cittadino opzioni differenziate di scelta, ma non contribuisce ad una visione organica e razionale del servizio.

I problemi della riabilitazione, della lungodegenza e delle attività di Hospice, costituiscono aree di grande interesse, non solo per la fragilità dei cittadini coinvolti, ma anche per la penalizzazione che la carenza di tali servizi pone all'efficienza gestionale dell'attività ospedaliera.

In particolare, per quanto riguarda il ruolo da riservare alla riabilitazione dovrà essere studiata in Valle d'Aosta l'applicazione di modelli organizzativi riguardanti:

- la localizzazione extra-ospedaliera per la riabilitazione estensiva ed intermedia;
- la qualificazione ospedaliera per processi di riabilitazione intensiva per patologie gravi (con strutture mono o polispecialistiche);
- l'inserimento in ospedale della riabilitazione ad alta specialità.

Lo sviluppo di tali ipotesi organizzative è destinato ad accentuare sia l'integrazione intraospedaliera (diagnosi, terapia medica o chirurgica, riabilitazione ad alta intensità) sia la territorializzazione delle cure.

Nell'organizzazione interna dell'ospedale, considerati il D.lgs 229/99 e la l.r. 5/2000, che delineano l'esistenza di una figura organizzativa dipartimentale forte, sarà necessario propendere per un'organizzazione di tipo dipartimentale, in particolare per coinvolgere i medici nelle responsabilità gestionali.

Il numero delle specialità e delle sub-specialità mediche e chirurgiche è in continuo aumento e solo l'interazione dei vari specialisti e sub-specialisti può garantire ai cittadini un'assistenza moderna.

Dal punto di vista organizzativo e gestionale il Dipartimento consente di superare le barriere funzionali e l'attribuzione vincolata di personale e di attrezzature all'interno delle singole specialità, che hanno provocato perdite di efficienza ed elevati costi. Inoltre, l'attribuzione dei posti letto alle diverse specialità tende a dilatare le degenze, con relativi oneri, in un periodo in cui le moderne tecniche chirurgiche e le nuove metodologie organizzative consentono di contrarre i posti letto e di diminuire i costi di degenza.

Anche dal punto di vista della ricerca e della didattica, i vantaggi della dipartimentalizzazione potranno essere considerevoli; quest'ultima può infatti far meglio decollare la ricerca biomedica che è fondamentale per la realizzazione di un'efficace politica di sviluppo e di miglioramento dell'attività assistenziale.

In questa logica sarà necessario perseguire l'integrazione della migliore evidenza, desumibile dagli studi disponibili (medicina basata sulle evidenze), con la pratica clinica, definita alla luce della esperienza di ciascun medico, e con la valutazione delle preferenze del cittadino e del rapporto costo-efficacia delle procedure.

La valutazione dell'attività svolta dovrà considerare anche elementi di soddisfazione della popolazione servita, di adeguatezza, di umanizzazione e di qualità della vita ospedaliera.

L'innovazione tecnologico-comunicativa rappresenta una fondamentale opportunità per consolidare la fiducia del cittadino nel medico, nei servizi sanitari e nell'ospedale quale servizio pubblico.

Occorre gestire con sistematicità l'informazione ai cittadini sull'accessibilità ai servizi sanitari, gestire l'informazione sulla malattia e sui percorsi diagnostico-terapeutici e informare i cittadini stabilendo con essi una relazione di aiuto.

Il modello teorico ideale dell'organizzazione professionale moderna è quello in cui l'informazione, coniugata alla responsabilità, sostituisce la gran parte dei meccanismi autoritari e burocratici di controllo. L'informazione e la comunicazione permettono di orientare il comportamento dei professionisti agli obiettivi strategici dell'azienda e quindi anche all'efficacia ed all'efficienza.

Queste riflessioni confortano la considerazione che sarebbe errato un approccio tutto autoreferenziale all'ospedale rispetto al restante: l'ambiente dell'ospedale sarà sempre meno passivo specie al crescere del livello di istruzione e di reddito dei cittadini (si pensi ad esempio alla crescita della prevenzione e dell'interesse personale del cittadino alla cura).

La configurazione dell'ospedale, basata sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede infatti un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (teleconsulto, teleassistenza) ed una diversa forma di aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l'ospedale tradizionale), ma con un numero pressoché infinito di altre esperienze e competenze.

L'esplicitazione delle linee programmatiche strategiche non può prescindere da un accenno al progetto di costituzione di una rete assistenziale sanitaria interaziendale ed interregionale che porti al superamento di alcune criticità che hanno origine dalla conformazione del territorio, si accentuano a seguito delle difficoltà di reperimento di professionalità sanitarie ed infine si radicalizzano sulla base di sovrapposizioni, o carenze, di offerta assistenziale.

L'opportunità offerta dalla messa in rete delle strutture assistenziali valdostane e canavesane appare quindi una valida risposta a tali esigenze garantendo strutture capaci di rispondere in maniera integrata al fabbisogno assistenziale della popolazione di riferimento.

Il modello sperimentale e la specificazione delle motivazioni che supportano una tale ipotesi programmatica sono descritti nel capitolo appositamente dedicato all'interno del capitolo degli «obiettivi trasversali» del presente Piano.

Il management in sanità ha una funzione strumentale rispetto al fine di tutela della salute: serve a realizzare, tramite un aumento dei livelli di efficienza e di produttività, condizioni più favorevoli per produrre risposte ai problemi di salute delle singole persone e delle diverse comunità; contribuisce, insieme ad altri tipi di conoscenze, a governare la distribuzione e l'impiego delle risorse economiche in modo da perseguire il massimo rapporto tra benefici e costi.

I sistemi di management sono sistemi di conoscenze, competenze e abilità che consentono, se utilizzati correttamente, o impediscono, se al contrario mal utilizzati, agli operatori sanitari di combinare al meglio le risorse per ottenere risultati finali dopo essere passati attraverso risultati intermedi.

L'art. 3 comma 1 *ter* del D.lgs. 229/99 rinforza ulteriormente quanto sancito dalla precedente normativa in tema di principi informativi della attività di gestione della sanità pubblica; esso infatti, testualmente recita: « Le Aziende informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato..... omissis.....»

Il nuovo ambiente istituzionale ed economico impone lo sviluppo di capacità aziendali orientate al budgeting, al controllo di gestione, alla contabilità analitica, al reporting (per i centri di responsabilità e per la direzione), alla valutazione e all'analisi dei dati, al miglioramento dei flussi informativi, ai collegamenti tra budget e salario di risultato, al supporto ai centri di responsabilità, al collegamento tra budget e bilancio preventivo, al collegamento tra contabilità generale e contabilità analitica, alle analisi di convenienza economica. Tutto ciò al fine di coniugare gli obiettivi di qualità delle prestazioni erogate ad un buon grado di efficienza nella gestione delle risorse.

Questo Piano ritiene indispensabile trattare specificatamente alcuni degli strumenti del management sanitario al fine di rendere finalit  prioritari della direzione aziendale e di tutti gli attori dell'assistenza sociosanitaria i seguenti principi:

1. lo sviluppo di una cultura professionale che integri le conoscenze clinico-assistenziali con i concetti della corretta gestione imprenditoriale di un'azienda di servizi;
2. l'applicazione di tali strumenti al fine di raggiungere una equit  distributiva del prodotto sanitario che poggi sull'ottenimento di soddisfacenti livelli di efficienza conseguiti grazie alla scelta di opzioni efficaci sotto il profilo diagnostico, terapeutico, riabilitativo, e sociale.

Nell'ambito della programmazione regionale   sembrato quindi rilevante porre particolare attenzione alla fase di negoziazione interna degli obiettivi (budgeting), alla verifica della attuazione (controllo di gestione), al ruolo del nucleo di valutazione.

Sono state altres  analizzate in modo specifico, ed approfondite in paragrafi dedicati, le valenze programmatiche relative all'utilizzo delle linee guida ed al rapporto tra queste ultime e la medicina basata sulle evidenze.

Concetti, questi ultimi, che sostanziano trasversalmente tutto l'impianto programmatico del Piano 2002-2004.

Il ruolo delle politiche sociali

Come ovunque in Italia, la Valle d'Aosta   oggi al centro di complessi fenomeni di mutamento sociale, dovuti in parte a motivi endogeni alla realt  locale, in parte a cause esterne, ma con notevoli ripercussioni sugli assetti regionali.

Il primo fenomeno   quello relativo all'andamento demografico che, pur tenendo conto dei mutamenti in atto in Italia, presenta caratteri specifici a livello locale, sia per quanto riguarda l'invecchiamento, sia per quanto riguarda il perdurante mantenimento di livelli di natalit  tra i pi  bassi a livello nazionale.

L'altro fenomeno, che ormai non rappresenta pi  una improvvisa emergenza, ma un dato costante della realt  sociale regionale negli ultimi anni,   quello della immigrazione extracomunitaria, caratterizzata anche da una sensibile componente di irregolari.

In questo caso, alla presenza di sensibili fenomeni di devianza, si aggiunge la richiesta di una integrazione nel sistema economico e sociale della regione e di una difesa delle specificit  culturali da parte di molte delle popolazioni immigrate.

Invecchiamento e calo delle nascite sono tendenze che sempre pi  influenzeranno il quadro dei bisogni sociali, cos  come dovranno essere affrontate altre forme del disagio sociale dovute, pur in presenza di una situazione socio-economica sostanzialmente positiva, alle crescenti difficolt  nella ricerca del lavoro, con possibili cadute dei redditi familiari, e alla esistenza di sacche di povert  talvolta misconosciute.

Gli strumenti tradizionali per far fronte a queste realt  si scontrano talvolta con una riduzione nei soggetti interessati della capacit  di iniziativa e di relazioni interpersonali, come si riscontra maggiormente nei settori pi  di frontiera che si occupano delle forme di devianza legate alle dipendenze e al disagio psichico.

Tali tendenze sociali, che producono rischi di esclusione, possono essere contrastate attraverso politiche inclusive, volte al sostegno delle persone e delle famiglie.

Occorre tenere presente, infatti, che il grado di sviluppo di una determinata area si misura non soltanto in relazione a tradizionali indicatori economici ma anche, e non meno, in relazione all'offerta di servizi educativi, formativi e sociali.

In epoca di straordinarie innovazioni tecnologiche e grandi mutamenti nell'organizzazione del lavoro e della vita quotidiana diventano dirimenti la capacit  di coniugare insieme il binomio libert -equit , l'abbattimento delle barriere che a tutt'oggi ingessano la societ  a scapito delle persone pi  sfavorite, la promozione di nuove reti di solidariet  e inclusione.

La coesione sociale appare sempre pi  non solo un segno distintivo e irrinunciabile di civilt , ma anche uno straordinario fattore di competitivit  economica.

In questo senso le politiche sociali si inseriscono nelle strategie di promozione della qualit  sociale e dunque dello sviluppo complessivo del paese con profonde implicazioni, quindi, sul versante della promozione di nuova occupazione.

Già nel 1993 il piano Delors individuava nell'imprenditoria sociale uno strumento per accrescere, a fronte di mutati bisogni delle persone e delle famiglie, l'offerta di servizi, stimando la possibilità di creare, per questa via, circa 3 milioni di nuovi posti di lavoro nei paesi dell'Unione Europea (UE).

Il più forte investimento nella produzione di servizi, che resta una misura di efficacia concepita per accrescere le opportunità di vita delle persone più fragili e delle loro famiglie consiste nell'aprire spazi nuovi di iniziativa nell'economia sociale, anche con riferimento agli obiettivi posti dalla Comunità europea per il periodo 2000-2006.

La situazione degli interventi sociali in Italia è attualmente caratterizzata da:

1. accentuata disparità dei sistemi locali quanto a erogazioni di prestazioni e modalità di accesso alle stesse, con l'effetto di rendere il luogo di nascita o di residenza fattore discriminante per la soddisfazione dei bisogni sociali;
2. prestazioni erogate in ragione dell'appartenenza ad una categoria con effetti di difformità di risposte a parità di bisogni, anche nel versante dei trattamenti economici continuativi derivanti da invalidità, età, mancanza di reddito;
3. accentuato squilibrio fra prestazioni economiche, che assorbono gran parte delle risorse, e prestazioni di servizi;
4. frammentazione e incertezza nella titolarità delle competenze istituzionali, sia a livello centrale che locale, con effetti di diseconomicità e inefficacia per l'intero sistema;
5. interventi non sempre e non ovunque capaci di misurarsi con aspettative e bisogni mutati, anche in relazione alle trasformazioni demografiche e alle nuove strategie di convivenza familiare, segnate da una sempre più difficile conciliazione fra impegni di cura e impegni professionali, all'origine dello scarto crescente fra desideri e decisioni procreative.

La situazione regionale è caratterizzata da una sostanziale uniformità dei servizi sul territorio e il luogo di nascita o di residenza non è mai stato fattore discriminante nei confronti della persona fruitrice degli interventi sociali.

La quantità della spesa sociale pone l'esigenza di una sua diversa composizione all'interno del modello di welfare e la sua qualità interna costringe a processi di ricomposizione, riordino e qualificazione ai quali si intende dare risposta, a livello nazionale, con la legge n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Le politiche sociali si legano alle altre politiche territoriali (casa, studio, lavoro) e incontrano problemi che derivano dalla oggettiva complessità degli assetti istituzionali e dalle incertezze tra i modelli di gestione via via adottati. Anche le possibili soluzioni che emergono, dipendenti appunto da scelte organizzative, stentano ad affermarsi e generalizzarsi. All'ente gestore dei servizi risulta molto difficile l'approccio, sui terreni che non governa direttamente, ad una rete integrata, dove le politiche sociali devono appoggiarsi a politiche e servizi promossi e gestiti da altri. Del resto la storia e la dimensione territoriale delle altre istituzioni che gestiscono servizi sul territorio hanno prodotto logiche di ottimizzazione delle risorse proprie, senza considerazione per il dialogo con gli altri.

I criteri guida sono:

1. la costruzione di legami organizzativi dentro l'ente medesimo;
2. la costruzione degli interventi rivolti alle persone in difficoltà all'interno della rete dei servizi rivolti alla generalità dei cittadini.

Ciò comporta accordi tra istituzioni diverse che scelgono, in relazione anche alle loro dimensioni, tra produzione diretta di servizi e creazione di un circuito integrato di prestazioni, fornite da una pluralità di soggetti messi in rete. Va sottolineato il rapporto cruciale con l'azienda sanitaria; solo questa raggiunge infatti la dimensione ottimale con la tipologia dei servizi che eroga, e risulta evidente che lo squilibrio organizzativo tra sociale e sanitario ha sviluppato una vera e propria egemonia anche culturale dell'approccio sanitario rispetto all'approccio sociale. I fattori critici dell'integrazione delle politiche sociali emergono ai diversi livelli delle organizzazioni del sistema:

1. a livello regionale si rileva:
 - la complessità del percorso di integrazione del sistema dei servizi sociali con gli altri sistemi di politiche sociali;
 - la difficoltà a far convergere verso i soggetti svantaggiati l'offerta integrata dei servizi disponibili;
2. a livello locale si rileva:
 - una scarsa visibilità dei legami organici che dovrebbero collegare i servizi sociali con gli altri servizi comunali;

- un ritardo nel coordinamento e nella razionalizzazione degli sportelli di accesso del cittadino ai servizi ed alle prestazioni di un sistema di rete informatica di offerta.

Vi è comunque, in Italia come in Valle d'Aosta, la questione della redistribuzione di responsabilità e risorse tra le istituzioni pubbliche e private al fine di assicurare un livello di benessere coerente con le società civili avanzate che presentano un forte grado di differenziazione interna.

Il sistema dei servizi sociali è organizzato secondo il principio di universalità, è strutturato cioè per consentire l'accesso a tutti i cittadini, anche se riserva priorità di risposta ai cittadini più deboli che non hanno possibilità di provvedere da soli alle proprie esigenze; ci si riferisce a quelle situazioni nelle quali le persone si trovano in stato di povertà, con incapacità di provvedere alle proprie necessità per inabilità fisiche o psichiche, con difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro, oppure a quei soggetti che ogni comunità locale, sulla base di una attenta lettura dei bisogni, inserisce tra le persone meritevoli di protezione sociale.

Il passaggio da una società nella quale i ruoli del pubblico e del privato erano nettamente distinti (e il pubblico si manifesta quasi esclusivamente con provvedimenti autoritari) a una società nella quale il pubblico e privato sono elementi di un complesso sistema di responsabilità per la realizzazione di una società solidale (cioè senza confondere ruoli e responsabilità specifiche), richiede l'individuazione di strumenti che superino l'individualismo e la frammentazione degli interventi. Per la realizzazione dei servizi e delle prestazioni sociali in forma unitaria e integrata devono essere adottati come metodo la programmazione degli interventi e delle risorse oltre che all'operatività dei progetti, la verifica e la valutazione dei risultati.

Solo in un sistema integrato dei servizi sociali sono veramente valorizzati il ruolo dei soggetti pubblici e le forme di partecipazione dei soggetti privati.

Nel rapporto tra soggetti pubblici e privati si assiste ad una richiesta, specie da parte dei soggetti privati del terzo settore, di ottenere sempre maggiori opportunità di intervento nella gestione dei servizi pubblici, in forza della legittimazione loro conferita dal ruolo e dalla capacità di rappresentare le istanze sociali, di cogliere i bisogni emergenti, di costituire rapporti con i diversi soggetti della comunità locale.

Abbiamo una serie di ragioni, in negativo e in positivo, che sostengono un ridisegno del sistema dei servizi sociali in grado di passare dal «welfare state» di tipo istituzionale al «welfare community».

Le tre ragioni in negativo riguardano:

1. l'impossibilità a mantenere l'attuale livello e qualità di prestazioni con il modello di erogazione dei servizi finora attuato che vede nel pubblico il principale se non l'unico erogatore di servizi;
2. l'impossibilità a far affidamento sulle tradizionali forme di partecipazione alla gestione e controllo della cosa pubblica basate sul concetto di rappresentanza;
3. l'impossibilità a considerare i beneficiari delle prestazioni come utenti passivi o come mere categorie di assistiti.

È necessario attuare una separazione tra i vari momenti di realizzazione delle politiche sociali riservando i momenti della definizione delle politiche, della verifica e del controllo in prevalenza all'ente pubblico, che risulta così ridimensionato nei compiti ma rafforzato nella capacità di intervento, e affidando il momento della gestione ad una pluralità di attori istituzionali e non, a fini di lucro e non. Vi è qui una preferenza per i soggetti del terzo settore che presentano carattere di imprenditorialità privata non finalizzata al profitto economico, consentendo nel contempo di ridurre i costi unitari del servizio. È necessario infine prevedere per la funzione del finanziamento una redistribuzione delle responsabilità tra enti pubblici (Regione ed Enti locali), forze economiche private, fondazioni e famiglie, che dovranno contribuire in modo differenziato alla copertura delle spese di servizi differenziati.

Vi è inoltre una riformulazione complessiva delle forme e delle modalità di accesso e di controllo dei cittadini singoli od organizzati alla definizione delle politiche di welfare. Le norme sul procedimento amministrativo che prevedono anche modalità privilegiate di coinvolgimento dei soggetti associativi (vedi la figura giuridica della concertazione) riservano alle associazioni di volontariato e alle cooperative sociali un ruolo preminente quali partner nella definizione e nella determinazione delle linee guida e degli standard quanti-qualitativi dei servizi.

Si pone con forza quindi una concezione attiva del ruolo dei destinatari dei servizi, strettamente legata alla dimensione della responsabilità. Si riconosce che la comunità di appartenenza è il referente ed il luogo più qualificato per la risoluzione dei problemi della persona: il territorio è visto non unicamente come bacino di utenza, ma come rete di relazioni interdipendenti, come comunità che costituisce al contempo l'ambito in cui sorgono i bisogni, ma anche la fonte delle risorse per soddisfarli. Le associazioni di volontariato e le cooperative sociali si pongono come catalizzatori ed attivatori di queste risorse potenziali frammentate.

Le tre ragioni in positivo consentono il superamento di tre stereotipi che caratterizzano la rappresentazione collettiva circa il sistema pubblico di welfare in Italia. I tre stereotipi sono i seguenti:

1. politico è sempre sinonimo di male e tecnico è sinonimo di bene, per cui la soluzione diventa: sostituire il più possibile politici con tecnici;
2. pubblico è sempre sinonimo di male e privato (o privato non profit) è sinonimo di bene. Con un corollario, una espansione del privato non profit si accompagna sempre con una riduzione del pubblico (tra i due settori vi è, in sostanza, un gioco a somma zero);
3. il volontariato è gratuito, quindi non costa nulla. Concezione strumentale che serve per far risparmiare il pubblico.

Circa il primo aspetto, le innovazioni del quadro normativo possono contribuire ad una maggiore chiarezza tra i due ruoli del politico e del tecnico e ad una rivalutazione della funzione della politica come via democratica di mediazione di interessi espressi dai molteplici soggetti della società civile.

Il secondo aspetto riguarda la questione della privatizzazione (gestione dei servizi da parte dei privati che possono convenzionarsi con la pubblica amministrazione) o esternalizzazione (gestione pubblica indiretta, affidando il servizio a un organismo privato) dei servizi pubblici. Anche questo problema è stato sin qui posto in modo fuorviante tanto più che le riflessioni finora avanzate hanno dimostrato l'infondatezza del corollario «più privato uguale meno Stato». Rivelando con chiarezza che tra pubblico e privato esiste un rapporto di gioco a somma positiva per cui il rafforzamento e l'espansione dell'uno si accompagna con il rafforzamento e l'espansione dell'altro, la questione è dunque: su quali basi e in quali ambiti è necessario riarticolare le rispettive competenze e responsabilità? A questo proposito le associazioni di volontariato e le cooperative sociali possono porsi come istanza di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema di allocazione del welfare pubblico in una data comunità, ponendosi come partner qualificati di un ente pubblico rafforzato nelle sue capacità decisionali.

In effetti, le amministrazioni pubbliche, anche per alcune loro caratteristiche strutturali (poca flessibilità, grandi dimensioni, attenzione agli atti formali) hanno adottato sempre più, negli ultimi anni, politiche di esternalizzazione dei servizi alla persona; in particolare hanno affidato al privato sociale gran parte della gestione dei servizi per gli anziani, i minori, i disabili, i tossicodipendenti, gli immigrati.

Il terzo stereotipo infine si basa su una interpretazione superficiale del fenomeno del volontariato che associa la gratuità della prestazione del volontariato singolo con l'assenza di costi nell'erogazione del servizio. Una simile concezione è erronea per almeno due motivi: il primo perché il volontariato ha comunque un suo costo, non solo e non tanto in termini monetari diretti ma anche indirettamente, in termini gestionali ed organizzativi ed ancora di più in termini programmatori ed operativi; in secondo luogo perché esso, benché essenziale, non è sempre in grado di assolvere a compiti e funzioni di tipo istituzionale per le quali occorrono invece garanzie di universalismo, equità e continuità che sono proprie dell'intervento pubblico. Le cooperative sociali e le organizzazioni di volontariato potranno operare in modo efficace quanto più ne saranno riconosciute specificità e differenze.

La cooperazione sociale, in particolare, presenta vantaggi specifici rispetto sia alle pubbliche amministrazioni, sia alle altre organizzazioni del terzo settore e soprattutto alle organizzazioni di volontariato. Il vantaggio rispetto alle pubbliche amministrazioni è dato dalla sua capacità di ottimizzare i costi, grazie alla flessibilità organizzativa e a una più contenuta ed economicamente più corretta remunerazione dei fattori produttivi.

Il vantaggio rispetto alle altre organizzazioni del terzo settore, in particolare a quelle di volontariato, è dato dal fatto che la cooperativa sociale ha interesse ad operare in settori dove il bisogno non è così eclatante da far scattare quello spirito di solidarietà che è alla base dell'attività volontaria e dove quindi è impensabile un impegno delle organizzazioni di volontariato. In sintesi si può affermare che la funzione principale delle organizzazioni del terzo settore è quella di essere corpi intermedi tra la dimensione pubblica e privata della vita sociale, di essere indispensabili strumenti di mediazione tra i cittadini e le istituzioni pubbliche, la cui funzione, peraltro, va rivisitata alla luce di un diverso rapporto tra Stato-comunità e Stato-apparato. In passato si è ritenuto che lo Stato, inteso come apparato istituzionale, contenesse la comunità, mentre una concezione moderna dello Stato riconosce che le istituzioni, nazionali, regionali e locali, sono una parte dello Stato-comunità che si autoorganizza anche in molte altre forme. Lo Stato, infatti, è l'insieme dei cittadini che partecipa collettivamente al presidio del bene comune con gli strumenti adeguati, tra cui le istituzioni pubbliche. Appare prioritario far ruotare una parte considerevole del sistema pubblico-privato dei servizi su uno specifico progetto sociale relativo alle politiche per la famiglia: sostenere e rendere possibile il lavoro di assistenza, senza che questo abbia a penalizzare i soggetti femminili della famiglia e in modo tale da ridurre solo a casi estremi le pratiche di istituzionalizzazione dei componenti deboli e non autosufficienti del nucleo di convivenza. Non bisogna poi dimenticare come spesso il benessere delle quote «deboli» del nucleo familiare venga a dipendere anche dallo «star bene» degli adulti «normali». Tale progetto presuppone la realizzazione di una organizzazione sociale che riesca a far dialogare continuamente i circuiti familiari-parentali con i servizi pubblici ed i soggetti del privato, con particolare attenzione al terzo settore. Anche le pratiche professionali e le culture specifiche degli operatori dovranno confrontarsi con la necessità di dar vita a «nuo-

ve generazioni» di servizi che dovranno superare la logica dello «sportello». Alla base di tutto ciò occorrerà andare alla ricerca e rendere possibili modalità collaborative profonde fra tutti i soggetti, superando logiche strettamente contrattualistiche.

Inoltre occorre ampliare l'area dei bisogni presi in considerazione verso le forme di disagio dei soggetti cosiddetti «normali»: le trasformazioni socio-economiche, demografiche e culturali in atto hanno infatti ormai ampliato notevolmente l'area del disagio di giovani, adulti ed anziani al di là delle forme note e conclamate sulle quali si sono fino ad oggi modellati l'offerta dei servizi e la formazione degli operatori. È necessario quindi riorganizzare la rete dei servizi immettendovi nuove capacità volte all'ascolto, al dialogo, all'informazione, al consiglio, all'orientamento, all'accompagnamento mediante centri promotori di cittadinanza agili, snelli, diffusi capillarmente sul territorio.

Da tutto ciò consegue il grande obiettivo del Piano: progettare e realizzare un sistema di servizi per tutti coloro che abitano nella regione, laddove, evidentemente, l'universalismo dell'offerta si concilia perfettamente con una partecipazione differenziata al sostegno economico delle prestazioni.

Il ridisegno dei ruoli che ciascun attore assume nelle politiche sociali porta a riconsiderare il problema della qualità dei servizi.

Porre attenzione alla qualità dei servizi sociali diventa essenziale in un sistema complesso in cui:

- il settore pubblico sempre più interagisce con il privato non profit ed eventualmente, con il privato profit;
- diventa sempre più necessario un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse;
- l'utente si trasforma in cittadino, quindi diventa soggetto attivo che interagisce in posizione interlocutoria con i produttori dei servizi.

Quando si cerca di definire la qualità nel campo dei servizi sociali occorre essere consapevoli che applicarvi la logica dell'industria o del commercio sarebbe un errore.

I servizi pubblici non possono porsi sullo stesso piano del libero mercato perché ciò vorrebbe dire non considerare i valori di solidarietà e il rispetto per le persone qualunque sia la loro condizione personale, sociale, etnica e culturale.

Si possono quindi individuare come criteri di qualità relativi ai servizi sociali:

- l'equità;
- la soddisfazione del cittadino;
- l'efficacia delle prestazioni;
- l'efficienza, che comprende l'accessibilità alle prestazioni in termini di facilità, chiarezza, rispetto, rapidità, attenzione ai bisogni.

Per valutare la qualità dei servizi occorre valutare tutte le fasi del percorso e non soltanto il prodotto finale; quest'ultimo può infatti essere insoddisfacente anche se sono stati usati metodi e strumenti altamente qualificati.

La valutazione dell'intero percorso assume quindi importanza come capacità di autoanalisi da parte di tutti gli attori che hanno preso parte all'intervento.

Nel campo dei servizi, inoltre, la qualità è determinata dalla relazione, dalla comunicazione, dal rapporto, dall'ascolto, in definitiva, dall'investimento umano.

Ciò significa che per valutare la qualità nel settore dei servizi sociali occorre considerare due parametri complementari, uno più tecnico-scientifico, misurabile, l'altro più intuitivo ed emotivo collegato alle relazioni interpersonali.

In effetti la qualità non è determinata dai tecnici e dagli specialisti ma dal cittadino ed è in relazione alla soluzione, anche parziale, del bisogno o del problema reale.

In definitiva, si possono individuare alcune linee guida delle politiche sociali in Valle d'Aosta, tenendo conto che l'obiettivo cui si tende è l'autonomia della persona e il suo diritto ad una vita autodeterminata.

1. Le pari opportunità ed il diritto alla propria individualità:

- I servizi devono mirare a migliorare le pari opportunità per i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni, secondo il dettato dell'art. 3 della Costituzione, in modo che tutti abbiano, nei limiti del possibile, le stesse possibilità di sviluppo

individuale. Ciascuno deve essere in grado di decidere autonomamente della propria vita, secondo i propri bisogni individuali, la propria scala di valori e le proprie capacità.

- Le situazioni di partenza individuali sono diverse, come peraltro differiscono i bisogni e gli obiettivi personali. Bisogna concedere a ciascuno il diritto alla propria individualità e nell'ambito dell'assistenza sociale, va riconosciuto il diritto a soluzioni individualizzate rispetto alle problematiche.
2. L'aiuto all'auto-aiuto:
- I servizi devono essere imperniati sul principio secondo cui i cittadini adulti possono e devono provvedere autonomamente ai propri bisogni ed eventualmente ai bisogni della propria comunità familiare, che ha diritto ad essere assistita. Solo al venire meno della capacità all'autonomia, all'indipendenza ed alla partecipazione sociale la collettività deve attivarsi sostenendo, secondo il principio della sussidiarietà, il ripristino dell'autonomia dell'individuo.
 - L'auto-aiuto presuppone, oltre ai mezzi finanziari, anche conoscenze e competenze. Le informazioni e le consulenze dei servizi sociali sono quindi un importante strumento di mantenimento o di ripristino della capacità del soggetto di agire autonomamente. Bisogna fare in modo che l'offerta di informazioni e di consulenze abbia una «bassa soglia» e sia accessibile a tutti, in modo da facilitare il compito a chi ne ha bisogno.
3. La priorità della prevenzione ed il coordinamento interdisciplinare:
- Lo scopo generale dell'attività dei servizi sociali è quello di prevenire la comparsa di situazioni di bisogno e di eliminare le situazioni di bisogno già esistenti. Si tende ad un superamento di un orientamento prevalentemente interventzionistico delle prestazioni, a favore di un approccio preventivo, sia pratico che teorico. I problemi devono essere affrontati e risolti quanto più precocemente possibile, nel luogo dove si manifestano.
 - La prevenzione deve essere considerata un compito di tutta la società. Si tende ad un coordinamento quanto più soddisfacente possibile dell'offerta dei servizi sociali, sia pubblici sia privati, con i servizi del settore sanitario; inoltre, si mira ad una maggiore cooperazione con altre istituzioni della società, nel campo dell'educazione, della formazione, della giustizia, del lavoro.
4. L'attenzione per l'ambiente circostante anziché la lotta contro i sintomi:
- Il punto di riferimento dell'assistenza sociale non devono più essere soprattutto determinate categorie di soggetti bisognosi di aiuto. Il sostanziale orientamento della domanda di aiuto deve essere smantellato, a favore di una visione che abbracci la vita nel suo complesso e l'insorgere delle problematiche, orientando di conseguenza le offerte di sostegno (approccio ambientale o situazionale). Una premessa importante è data dalla collaborazione interdisciplinare.
5. La prossimità ai cittadini e l'adeguatezza ai bisogni:
- Tutte le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità ai cittadini. Le prestazioni devono essere erogate il più vicino possibile al domicilio degli interessati e devono essere quanto più adeguate possibile ai loro particolari bisogni. Ecco perché i bisogni vanno rilevati nelle comunità locali, vicino a dove vivono le persone.
 - Il principio della prossimità ai cittadini porta alla seguente gerarchia delle prestazioni assistenziali: l'offerta di un aiuto istituzionalizzato qualificato deve avvenire solo quando il potenziale di auto-aiuto e le reti sociali di sostegno sono giunti al limite. In un primo momento, nei limiti del possibile, l'aiuto deve essere offerto in forma domiciliare o semi-residenziale; l'assistenza residenziale deve limitarsi allo stretto necessario. Vale il principio: tanta assistenza semi-residenziale o domiciliare possibile, quanto assistenza residenziale necessaria. Anche per l'assistenza residenziale bisogna mirare ad una struttura dell'offerta il più decentrata possibile, senza mai perdere di vista il criterio dell'economicità.
 - Le persone bisognose di assistenza dovrebbero poter scegliere, nel quadro delle possibilità e delle strutture dell'offerta di volta in volta disponibili, tra le diverse prestazioni e gli offerenti, quelle e quelli che meglio rispondono alle loro esigenze personali.
6. L'informazione e la sensibilizzazione della popolazione:
- La premessa perché le offerte di sostegno siano utilizzate, è che i cittadini e le cittadine siano informati della loro esistenza e che sappiano come accedervi. Le informazioni sulle prestazioni dei servizi sociali devono essere diffuse capillarmente sul territorio, in prossimità dei cittadini, essere comprensibili da tutti e rendere trasparente l'offerta di misure di sostegno.
 - Un compito importante dei servizi sociali è anche quello di sensibilizzare la popolazione, tramite un lavoro di informazione, nei confronti dei bisogni e dei problemi dei gruppi socialmente svantaggiati.
7. La creazione di solidarietà:
- In una società solidale la responsabilità sociale non deve essere lasciata solo alle persone competenti, ma deve diventare un interesse di ogni cittadino o cittadina.

Si tratta di promuovere e sviluppare solidarietà e non semplicemente di organizzare l'assistenza. La disponibilità dei singoli cittadini di prendere in considerazione i desideri degli altri, senza limitarsi ad imporre direttamente i propri interessi, fa parte di un «capitale sociale» che deve essere organizzato per contribuire in modo più efficace a migliorare la qualità dei servizi. In tale ambito un ruolo determinante è assunto dal Centro di Servizio per il Volontariato della Valle d'Aosta per il sostegno progettuale che fornisce alle organizzazioni di volontariato ed agli enti locali per iniziative di rilevante impatto sociale.

I servizi di assistenza sociale non vanno confusi e assimilati agli interventi di assistenza economica. È anzi necessario superare una visione residuale delle politiche sociali, collocando le prestazioni (a favore di singole persone, delle famiglie, del loro lavoro di assistenza) in un più ampio quadro di servizi finalizzati alla promozione, al trattamento e alla integrazione sociale di chi è in difficoltà, favorendo la sua autonoma capacità di affrontare i problemi. A questo scopo le eventuali erogazioni economiche dovranno essere definite nel quadro di un più ampio progetto di sostegno e di servizio, contrastando la dipendenza assistenziale ed evitando le erogazioni meccanicamente collegate a meri accertamenti formali.

Pertanto i servizi e gli operatori sociali, a fronte delle domande loro rivolte, dovranno analizzare in modo globale il bisogno, individuare i problemi da affrontare e, tenendo conto delle priorità stabilite in sede politica e delle risorse disponibili, intervenire con la metodologia di lavoro per progetti. Nelle diverse fasi attuative del Piano, si dovrà perseguire una chiara distinzione tra titolarità politiche e responsabilità gestionali, in modo da garantire al sistema dei servizi chiarezza nelle responsabilità e maggiori possibilità di verifica dei risultati. Si dovrà inoltre procedere ad una analisi sistematica delle ricadute economiche delle decisioni e del loro impatto sociale. A questo scopo la Regione fornisce criteri e supporti per favorire processi di verifica e di valutazione sistematica dei servizi e dei benefici prodotti a vantaggio delle persone, delle famiglie, delle comunità locali.

LE RISORSE

Le risorse umane

Il ruolo del personale nell'ambito dell'assistenza sanitaria assume particolare rilevanza in quanto il fattore umano costituisce un elemento strategico che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza, oltre che sul grado di soddisfazione delle persone che usufruiscono dei servizi.

I processi di cambiamento del sistema sanitario e della pubblica amministrazione impongono una valorizzazione ed un uso efficiente delle risorse umane attraverso strategie coerenti con le linee strategiche di evoluzione del SSN e che abbiano rilevanza e ricaduta sia sul sistema produttivo che sulla situazione sociale locale.

A livello locale, l'analisi del quadro delle risorse umane anche alla luce della carenza di talune figure professionali sanitarie, consente di individuare le seguenti necessità ed esigenze:

- Una precisa valutazione del fabbisogno per ciascuna specifica figura professionale tenuto conto dell'elevato livello di spesa sostenuto per il personale;
- La necessità di sviluppare cultura e competenze professionali finalizzate allo sviluppo dell'assistenza territoriale-distrettuale;
- Lo sviluppo delle capacità e competenze gestionali ed amministrative adeguate all'evoluzione delle modalità organizzative nell'azienda sanitaria;
- Lo sviluppo di capacità e competenze per garantire l'appropriatezza delle prestazioni e l'efficienza nell'uso delle tecnologie sanitarie innovative;
- Lo sviluppo di una adeguata programmazione strategica della formazione di base finalizzata a garantire la copertura del fabbisogno di personale e ad evitare squilibri e tensioni imputabili ad eccessi di offerta per alcune figure professionali;
- La flessibilità dell'impiego delle risorse umane tenendo conto dei ruoli previsti e riconosciuti dalla contrattazione.

Sul piano degli obiettivi operativi più generali si possono quindi individuare:

- La definizione di politiche per la individuazione dei livelli di responsabilità individuale e di gruppo omogenee nel territorio regionale e compatibili con le necessità e risorse disponibili;
- Il potenziamento dei processi di formazione finalizzati al superamento della carenza di specifiche figure professionali indispensabili, oltre che al mantenimento delle attività erogate, anche all'attivazione di nuovi servizi, nonché al miglioramento continuo delle culture professionali in rapporto al completamento del processo di aziendalizzazione.

Per quanto attiene la formazione il riordino del sistema sanitario, iniziato con il D.lgs 502/1992, proseguito con il D.lgs.

229/1999, nonché i processi di evoluzione dei rapporti di lavoro nella pubblica amministrazione hanno attivato, come è noto, un profondo cambiamento istituzionale ed organizzativo.

È riconosciuto che il nodo critico fondamentale di qualsiasi processo innovativo sul versante istituzionale e organizzativo è rappresentato dalla formazione. Infatti nessuna modificazione istituzionale ed organizzativa può essere efficace in termini di risultati se non è accompagnata da un processo parallelo di formazione che attiene i destinatari, i contenuti, le metodologie, gli obiettivi principali del cambiamento.

La formazione attraverso la professionalizzazione degli operatori, a partire dalla loro formazione di base, consente il miglioramento continuo dei valori di riferimento ed accompagna e sostiene i programmi di sviluppo dei servizi.

Rispetto alla formazione di base la Regione Autonoma Valle d'Aosta intende potenziare la collaborazione con l'Università sviluppando protocolli d'intesa in ordine:

- alla formazione di base nei corsi di diploma universitario;
- alla formazione dei medici specialisti;
- alla definizione del fabbisogno formativo di operatori tenuto conto delle esigenze della programmazione regionale e dello svolgimento del tirocinio presso le strutture dell'Azienda USL.

Tale attività di formazione dovrà tenere conto nel corso del triennio dell'istituzione e della conseguente operatività della «Università della Valle d'Aosta – Université de la Vallée d'Aoste».

Appositi accordi tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e l'Università di Torino regoleranno, inoltre, la realizzazione di corsi annuali di perfezionamento universitari in medicina di montagna rivolti a laureati in medicina e chirurgia con l'obiettivo di sviluppare specifiche professionalità tra il personale addetto al servizio di soccorso sanitario in zone di montagna.

Restando nell'ambito del settore dell'emergenza sanitaria la Regione Autonoma Valle d'Aosta dovrà dotarsi di nuovi strumenti operativi per la qualificazione del personale volontario afferente al sistema dell'emergenza sanitaria al fine di migliorare, attraverso un'implementazione dei contenuti formativi, il servizio offerto soggetto a continui mutamenti determinati dall'evoluzione della domanda sanitaria e delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

Rispetto alla formazione del medico di medicina generale, tenuto conto della specificità del ruolo di tale figura professionale, la Regione Autonoma Valle d'Aosta intende perseguire una formazione professionalizzante mirata:

- al miglioramento del rapporto medico-cittadino con particolare riferimento ai malati terminali e critici;
- alla razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- alla realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio;
- all'integrazione nel sistema informativo ed epidemiologico;
- all'acquisizione di capacità gestionali e budgetarie.

Tenuto conto del numero esiguo di risorse da formare nella regione si ritiene di addivenire alla stipula di appositi accordi con la Regione Piemonte per consentire l'attività formativa, a completamento di quella effettuata in sede, presso strutture piemontesi.

L'attività di formazione continua degli operatori costituisce un elemento strategico dell'Azienda USL per favorire e promuovere il processo di innovazione e di costante adeguamento ai cambiamenti determinati dall'evoluzione della domanda sanitaria e delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

I percorsi e le azioni formative a livello aziendale vanno elaborati in coerenza con gli obiettivi generali determinati annualmente dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta tenuto conto che la formazione continua comprende:

- l'aggiornamento professionale ovvero sia l'attività successiva al corso di prima formazione, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali;
- la formazione permanente ovvero sia l'attività svolta al fine di migliorare le competenze, le abilità cliniche, tecniche e manageriali degli operatori sanitari.

La Regione Autonoma Valle d'Aosta, nell'ambito della determinazione degli obiettivi generali per l'attività di formazione

continua, ritiene che debba essere assegnata priorità agli interventi che favoriscono i processi di riorganizzazione aziendale, quali:

- la gestione economica ed aziendale delle strutture e dei servizi;
- la programmazione, il budgeting e il controllo aziendale;
- l'organizzazione del lavoro per processi avendo riguardo non alla singola prestazione ma alla centralità del cittadino e alla globalità dei percorsi diagnostico-terapeutici e all'efficacia e appropriatezza delle prestazioni;
- il miglioramento delle capacità relazionali tra operatori sanitari e cittadini;
- l'integrazione e la valorizzazione delle risorse umane e del lavoro in équipe;
- la verifica, revisione e miglioramento della qualità intesa quale metodo permanente di lavoro;
- l'introduzione e l'incentivazione dell'uso sistematico di linee-guida cliniche nei percorsi diagnostico-terapeutici;
- il sistema informativo e la gestione di strumenti informatici;
- la formazione manageriale rivolta alle categorie di operatori più direttamente impegnate nella gestione delle risorse e dei servizi.

Ovviamente la formazione deve essere diffusa presso tutte le figure professionali in coerenza con le specifiche competenze ed il ruolo ricoperto. L'accesso del personale agli interventi di formazione deve essere programmato secondo criteri di pertinenza e di priorità rispetto alle funzioni assolte dallo stesso ed alla necessità di acquisire per lo svolgimento di queste ultime le conoscenze ed abilità proposte dalle iniziative formative.

Potranno essere promosse iniziative che per i contenuti, la metodologia e la valutazione consentano di mettere a punto moduli formativi da mettere a disposizione dei servizi.

L'Azienda dovrà dare particolare importanza alle iniziative strutturate quali stage e frequenze presso servizi esterni che consentono di acquisire esperienza, abilità.

Come sopra ricordato il D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni nonché la l.r. n. 5/2000 hanno portato a compimento il processo di aziendalizzazione, attribuendo «autonomia imprenditoriale» alle aziende sanitarie ponendo in capo al direttore generale la loro organizzazione interna, inclusa la gestione delle risorse umane.

Nel settore sociale il personale, ancor più che in ogni azienda, rappresenta la risorsa più importante poiché la qualificazione e la motivazione degli operatori incidono sostanzialmente sulla qualità del servizio erogato alle persone in quanto in questi servizi il rapporto tra operatore e cittadino, proprio perché caratterizzato per la sua personalizzazione, diventa fondamentale affinché le risposte ai bisogni siano corrette nella loro globalità.

Le complessità del sistema sociale e dei bisogni della popolazione, in costante cambiamento, impongono, quindi, risposte nuove, creative, flessibili, diversificate. Ne consegue che l'investimento sulle risorse umane, che devono essere appropriate qualitativamente e quantitativamente, e sulla loro manutenzione, in termini di accompagnamento formativo permanente, è una necessità irrinunciabile.

La Regione Autonoma Valle d'Aosta si pone come compito prioritario quello di promuovere attivamente in tutti gli operatori, tecnici e amministrativi, l'attenzione al cittadino e alle prestazioni, facendo in modo che ai soggetti gestori dei servizi sia messo a disposizione personale qualificato e motivato dotato di competenze professionali che consentano di far fronte alla realtà dinamica della società e dei servizi in relazione all'analisi e lettura delle situazioni, alla progettazione e alla programmazione, alla organizzazione e alla gestione, alla verifica e alla valutazione.

Una particolare attenzione va posta alle aree di intervento trasversali: l'integrazione socio-sanitaria, l'integrazione tra i servizi sociali e la scuola, la multiculturalità come caratteristica innegabile della società, la nascita e la crescita diversificate, per offerta e modalità di gestione, di nuovi servizi, la qualità, lo sviluppo di studi, ricerche e sperimentazioni, lo scambio di esperienze a livello interregionale ed europeo.

Non va dimenticato, peraltro, che la formazione in senso lato, intesa quale strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo, deve essere rivolta anche a chi, a livello istituzionale, ha compiti di definizione degli obiettivi e di gestione degli interventi.

Per raggiungere questi obiettivi ci si avvale di diversi strumenti di sviluppo del personale, fermo restando che tutti gli aspet-

ti retributivi prescindono dall'ambito di competenza del Piano: la formazione di base, la riqualificazione, l'aggiornamento professionale, la collaborazione con l'università, le strategie per il reperimento del personale.

Per quanto attiene la formazione di base, il processo di apprendimento nella fase che precede l'ingresso nel mondo del lavoro (prima formazione) si rivolge a figure che dovranno essere preparate a svolgere ruoli nuovi o diversi nell'ambito di vecchi e nuovi servizi; per esempio: tate familiari, mediatori interculturali, assistenti alla persona disabile.

Particolare attenzione è riservata alla formazione dell'operatore socio-sanitario (OSS). Questa sarà la figura che riunirà i due profili già esistenti di operatore tecnico dell'assistenza (OTA) e dell'assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST) e svolgerà la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario per soddisfare i bisogni primari della persona. Opererà in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali e semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'individuo malato, in collaborazione con gli altri operatori professionali, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Nella formazione di queste figure professionali, il ruolo della Regione Autonoma Valle d'Aosta potrà essere di volta in volta diverso in base alla titolarità delle singole iniziative: promozione, progettazione e sperimentazione, attuazione, collaborazione ad iniziative di altri enti o progetti europei.

Per quanto attiene la riqualificazione il processo di professionalizzazione per gli operatori socio-assistenziali e socio-educativi che da tempo lavorano nei servizi e quindi hanno acquisito esperienza professionale non sostenuta da una adeguata formazione, intende fornire conoscenze teoriche, competenze metodologiche, tecniche e relazionali, riconosciute formalmente con il rilascio della qualifica professionale.

L'amministrazione regionale continuerà ad impegnarsi su questo fronte nel settore pubblico, in quello privato convenzionato e nel privato sociale, tenendo conto degli orientamenti regionali e delle eventuali indicazioni ministeriali, compresa la nascita di nuove figure professionali.

In modo particolare, conseguentemente alla nascita della nuova figura professionale dell'OSS, verranno avviati percorsi di riqualificazione specifici, in considerazione delle conoscenze e delle competenze acquisite dagli operatori con formazioni pregresse e/o direttamente sul campo.

Per quanto attiene la formazione in servizio, aggiornamento e formazione permanente, questa ha come obiettivo di fornire nuove conoscenze e competenze metodologiche, tecniche e relazionali, legate ad esigenze differenti interne ai singoli servizi per sviluppare tematiche emergenti e far fronte a problemi specifici o di tipo istituzionale, per favorire principalmente uniformità di interventi, forme di valutazione e integrazione fra servizi.

La programmazione degli interventi di aggiornamento per il personale socio-assistenziale, socio-sanitario e socio-educativo avviene attraverso un piano annuale.

In particolare le singole iniziative mirano a raggiungere risultati professionalizzanti anche per gli operatori impegnati in ruoli di coordinamento o chiamati a svolgere funzioni specifiche, ad orientare inoltre la nascita di servizi e ad accompagnare il cambiamento e/o il consolidamento degli stessi, con una metodologia che prevede apporti teorici e analisi di modalità operative.

Nell'ambito dell'aggiornamento possono essere previsti moduli di specializzazione o di formazione in ingresso per operatori che, in possesso di una preparazione di base, iniziano a lavorare con tipologie di utenza per la quale risulta importante approfondire conoscenze e capacità di intervento modulate a bisogni specifici.

Per quanto attiene la collaborazione con le Università, l'impegno dell'Amministrazione regionale nell'ambito della formazione dell'educatore professionale si concretizza attualmente nella collaborazione con le Università di Torino e di Genova, per la realizzazione di tirocini degli studenti del Corso di laurea in Scienze dell'Educazione con indirizzo di educatore professionale.

Inoltre, per quanto concerne la formazione degli assistenti sociali, la struttura regionale competente collabora con alcune sedi universitarie per la realizzazione e la supervisione dei tirocini degli allievi del Diploma Universitario in Servizio Sociale.

L'Amministrazione regionale intende sia consolidare i rapporti di collaborazione con le Università per la formazione dell'educatore professionale e dell'assistente sociale, tenendo conto degli eventuali sviluppi connessi all'applicazione della riforma dell'università, attualmente in corso, sia favorire scambi e attivare collaborazioni per studi e ricerche; infatti la collaborazione tra l'Università e la struttura regionale competente potrebbe prevedere anche scambi di esperienze, arricchenti per la realtà dei servizi.

L'Amministrazione regionale, vista da un lato l'esigenza dei servizi di avere personale professionalmente qualificato e dall'altro la propria esperienza nel settore della formazione degli educatori, si impegnerà attivamente per raggiungere l'obiettivo di dotare i servizi educativi di personale adeguatamente formato, intensificando i rapporti con le Università, assicurando la

propria disponibilità per nuove forme di collaborazione e incentivando gli studenti valdostani ad avvicinarsi alle professioni sociali e socio-educative.

Quando si considera il reperimento e l'immagine delle risorse umane, è importante soffermarsi anche sull'aspetto relativo all'immagine del lavoro sociale e delle relative professioni che emerge costantemente e spesso in maniera «non controllabile» dalla realtà quotidiana (rappresentata dai mezzi di informazione e dal «sentito dire» della gente), con il rischio che vengano posti in evidenza solo alcuni aspetti a scapito dell'intera situazione nel suo complesso.

Nella realtà occupazionale della Valle d'Aosta, i servizi socio-assistenziali costituiscono comunque un ambito di impiego sempre più ricercato, soprattutto da parte della popolazione femminile. In modo particolare tale tendenza coinvolge le donne che, precedentemente assorbite dagli impegni familiari legati alla crescita dei figli, si orientano verso un successivo reinserimento lavorativo. Parallelamente, la crescente richiesta in tale settore, rimanda, ancora prima della formazione e dell'aggiornamento, ad impegni legati sia alla selezione del personale, sia all'immagine collettiva che le stesse professioni sociali riflettono all'esterno.

Per il reperimento del personale diventa fondamentale adottare modalità di selezione che siano in grado di evidenziare, oltre che il livello motivazionale ed il possesso di requisiti di partenza necessari all'apprendimento previsto in sede formativa, capacità ed attitudini adeguate al contesto lavorativo socio-assistenziale, in modo da poter maggiormente garantire la qualità dei servizi stessi e, nello stesso tempo, tutelare personalità inidonee o comunque fragili di fronte al lavoro di assistenza, a maggior ragione se protratto nel tempo.

Altro aspetto di cui tenere conto, considerato che il personale dei servizi sociali, socio-assistenziali e socio-educativi è prevalentemente femminile, è la necessità di permettere alle persone, su cui gravano maggiormente le responsabilità familiari, sia in sede formativa che in sede lavorativa, di conciliare concretamente e non solo sulla base di dichiarazioni di principio, le suddette responsabilità e gli impegni professionali o professionalizzanti con misure adeguate, come orari di corso o di lavoro ricordati con gli orari ed i calendari scolastici, prevedendo per quanto possibile una flessibilità effettiva.

In relazione all'attuazione del presente Piano, un'attenzione particolare va posta alla qualificazione del personale dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali sia in termini quantitativi che qualitativi.

Le risorse finanziarie

Il governo economico e il controllo della spesa costituiscono un presupposto imprescindibile nell'ambito di un bisogno crescente di razionalizzazione delle risorse economiche a fronte di costi per la sanità e per le politiche sociali in progressivo aumento.

La variazione negli anni del rapporto tra la spesa sanitaria procapite regionale e il Pil procapite nazionale mostra come da sempre la Valle d'Aosta si sia posizionata al di sopra dei valori medi di riferimento nazionali; ciò è dovuto solo in parte all'invecchiamento demografico della popolazione regionale, quanto piuttosto alla differenza nelle caratteristiche quali quantitative dell'offerta e alla diversa propensione al consumo sanitario.

Dai dati a confronto tra le regioni emerge chiaramente come da alcuni anni la Valle d'Aosta presenti valori per la spesa sanitaria procapite, al netto e al lordo della mobilità, tra le più elevate in Italia. Nel 1999 si sono spesi al netto della mobilità 2.504.131 lire pro capite a fronte di 2.018.156 lire medie nazionali. Questi valori elevati, che non a caso la accomunano ad altre due piccole realtà autonome che sono la Provincia Autonoma di Trento e la Provincia Autonoma di Bolzano, dimostrano che una politica sanitaria basata, non su economie di scala, ma sulla personalizzazione dell'offerta in base ai bisogni della popolazione e alle particolarità morfologiche del territorio servito, incide significativamente sulla spesa, specie se rapportata ai piccoli numeri della popolazione residente.

L'analisi della composizione delle spese correnti per grandi aggregati di spesa, mostra come, anche per la Valle d'Aosta, la spesa per il personale sia la componente più importante e in crescita costante dal 1995. La Valle d'Aosta è inoltre tra le regioni che negli ultimi anni hanno fatto registrare gli aumenti di personale più elevati e quindi ha maggiormente avvertito il peso economico di questa voce sul bilancio per la sanità. L'indicatore, espresso come numero di dipendenti rispetto alla popolazione, risente dell'esiguità numerica della popolazione residente a fronte invece di un'entità numerica pressoché costante di personale da impiegare a parità di servizi resi. Nonostante le carenze di specifiche professionalità che accomunano molte regioni, la Valle d'Aosta registra un rapporto pari a 1 medico dipendente d'azienda (ospedaliero o territoriale) ogni 2 posti letto e, considerando l'intero comparto sanitario, il rapporto è di 14,8 dipendenti ogni 1000 abitanti, contro gli 11,5 della media nazionale con un'incidenza della spesa di circa il 50% sul totale regionale per la sanità a fronte del 40,1 % della media nazionale.

In generale si è verificato come un peso relativo della spesa per il personale superiore alla media nazionale, si correla anche a pesi relativi della spesa per l'acquisto di beni e servizi superiore alla media nazionale, che è quanto si registra a livello regionale dal 1992.

Dal 1994, con la l. 724, la Valle d'Aosta non partecipa più alla ripartizione del fondo sanitario nazionale e utilizza per il fi-

nanziamento dell'assistenza sanitaria, in via prioritaria le entrate derivanti dalle quote IRAP e di addizionale IRPEF ad essa attribuite e, ad integrazione, il proprio bilancio. Come noto, le entrate relative all'IRAP si sono rivelate inferiori alle previsioni e quindi hanno determinato una riduzione nelle entrate che, se è stata tale per tutte le regioni, ha avuto nel 1999 un ripiano da parte dello Stato per le sole regioni a statuto ordinario.

Per tutte le regioni l'aumento della spesa è stato determinato da fattori generali quali:

- l'aumento di personale a contratto per periodi di tempo determinato e per specifiche figure professionali (infermieri ed anestesisti) dovuto alla mancata disponibilità sul mercato;
- il rinnovo contrattuale per la sanità, il cui aumento della spesa può trovare copertura finanziaria a livello regionale solo mediante interventi normativi finalizzati;
- la ripresa della spesa farmaceutica, che ormai non può più essere controllata solo attraverso provvedimenti nazionali, ma che richiede invece precise azioni di responsabilità locale e un continuo monitoraggio dei prescrittori oltre che l'adozione di protocolli terapeutici e linee guida mirate.

Per far fronte a questa maggiore spesa sanitaria, la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha emanato una legge di ripiano con cui, oltre a dare totale copertura al disavanzo di gestione dell'Azienda per l'anno 1999, ha attribuito per il 2000 una maggiore quota indistinta, che tenga conto quindi dei costi sostenuti nell'esercizio precedente e che consenta la copertura dei costi del rinnovo contrattuale delle convenzioni per medici e veterinari che verranno definiti a livello nazionale. Con questo intervento normativo straordinario e con le indicazioni fornite dalla l.r. n. 5/2000 sugli strumenti e le metodologie per la programmazione sanitaria regionale che sono l'accordo di programma e il Piano attuativo locale, si sono volute creare le premesse economico finanziarie, ma anche gestionali ed amministrative, per dare avvio al processo di riordino e di razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

Il Piano si inserisce in questo contesto con importanti variazioni sotto il profilo degli attuali assetti organizzativi e funzionali.

Alla razionalizzazione degli strumenti e delle procedure di programmazione fa quindi seguito un riordino dei servizi e della domanda che a questi deve rivolgersi secondo criteri di adeguatezza ed appropriatezza.

Tali interventi consistono principalmente nel:

- miglioramento della efficacia delle prestazioni territoriali;
- incentivazione dei regimi di assistenza alternativi al ricovero ospedaliero (ADI);
- traslazione funzionale dell'assistenza riabilitativa dagli attuali e spesso impropri ambiti ospedalieri a quelli più appropriati ed a minore costo dell'assistenza territoriale.

Più in generale, attraverso le prime due tipologie di intervento, si intende liberare e/o trasferire risorse oggi allocate nella funzione di ricovero ospedaliero verso altri e più appropriati livelli assistenziali meno costosi, migliorando i livelli di assistenza attuali ed ottimizzando il rapporto costo/efficacia degli interventi.

Per quanto attiene invece la nuova definizione dei ruoli assunti dall'ospedale e dal territorio, quest'ultimo riconosciuto dal presente Piano come ambito di competenza primaria in fase di definizione del bisogno e di committenza, incide sulla definizione e ripartizione del fondo sanitario regionale.

Il processo che prende avvio dal presente Piano infatti, oltre ad attuare programmi di qualificazione del servizio, predispone una «traslazione funzionale» di alcune competenze, tra tutte quella riabilitativa, dall'ospedale per acuti alle strutture territoriali prevedendo, in una prima fase preparatoria, la necessaria sovrapposizione tra i due ambiti istituzionali, con conseguenti effetti sulla spesa.

Questa sovrapposizione funzionale che indurrà inizialmente ad una maggiore spesa, ha però le caratteristiche di un «costo fisiologico» limitato ad un preciso arco temporale, necessario cioè ad una riorganizzazione funzionale che non può attendere oltre, pena il lievitare progressivo e, in questo caso definitivo, della spesa sanitaria per effetto degli elevati costi oggi prodotti per prestazioni inappropriate erogate dalla struttura per acuti.

In base alla l.r. n. 5/2000 la Giunta provvederà al finanziamento dell'organizzazione e delle attività necessarie a garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza tenendo conto che, al fine di riportare alcune prestazioni entro gli ambiti propri di competenza ed adeguatezza, si renderà necessario prevedere, per il prossimo triennio, una maggiore spesa (pari al 5% del totale attribuito alla sanità e alle politiche sociali) dovuta alla momentanea sovrapposizione di alcune competenze tra la struttura ospedaliera e gli ambiti territoriali. Ci si riferisce in modo particolare alle prestazioni di lungodegenza, riabilitazione o a quelle

rivolte a malati terminali che oggi vengono erogate all'interno della struttura ospedaliera per acuti ma che gradatamente verranno ricondotte negli ambiti di un'offerta appropriata tanto sotto il profilo umano quanto sotto il profilo dell'efficienza gestionale. Alla fine del triennio, per effetto del trasferimento predisposto nel periodo precedente, sarà possibile prevedere un'inversione della curva del trend della spesa ottenuta grazie ad una redistribuzione dell'offerta di ricovero ed una razionalizzazione delle prestazioni.

L'impatto economico atteso dalla traslazione funzionale delle competenze riabilitative e di altre prestazioni dall'ospedale al territorio sulla riduzione del tasso di spedalizzazione e sulla eliminazione di posti letto ospedalieri per acuti, deriva dall'assunto che il tasso di spedalizzazione è funzione del miglioramento della efficacia dei servizi sul territorio e delle incentivazioni di regimi alternativi al ricovero stesso.

Se ci si aspetta, come ragionevole, una riduzione del 10 % dei ricoveri nel triennio 2002-2004 per effetto della razionalizzazione prodotta, le quantificazioni economiche dei risultati possono essere stimate nel recupero di circa 42.000 giornate di degenza (di cui 22.000 prodotte attualmente da outliers per metà ultrasessantacinquenni e 20.000 degenze ordinarie) e nella riduzione di posti letto.

I guadagni attesi sul piano finanziario, sono condizionati da:

- i livelli di attuazione del Piano;
- l'evoluzione del quadro normativo nazionale.

Se sul versante nazionale permangono incertezza e una ridotta capacità di controllo, per quanto attiene il primo punto, le condizioni hanno natura infraregionale e possono essere controllate dagli strumenti messi in campo dalla l.r. n. 5/2000 con l'accordo di programma e il piano attuativo locale.

Parallelamente a questo generale processo di riordino, andranno avviati o potenziati se già esistenti, alcuni strumenti finalizzati alla razionalizzazione della spesa e al governo economico della stessa.

I principali di questi, a cui successivi documenti daranno opportune specifiche e finalità, sono:

- la politica locale delle tariffe;
- l'osservatorio sulla spesa;
- l'osservatorio prezzi e tecnologie.

Per quanto attiene la politica locale delle tariffe fino ad ora la Valle d'Aosta si è basata su determinazioni nazionali. A questo punto si rende necessario uno sforzo volto a conoscere i reali volumi delle prestazioni, misurandone la compatibilità con i livelli di finanziamento al fine di ricorrere ad eventuali aggiustamenti tariffari utilizzando la politica delle tariffe come importante strumento di orientamento dell'offerta.

Sarà fondamentale conoscere, anche mediante il potenziamento della contabilità analitica aziendale, l'intensità dell'impiego dei fattori per prestazione, incentivando le prestazioni secondo gli obiettivi del Piano regionale con particolare riferimento a quelle che, a parità di efficacia, si inseriscono in processi assistenziali a minore consumo di risorse e che quindi premiano l'efficienza e la qualità dei processi stessi.

In questa logica sarà utile sperimentare una modalità di classificazione delle prestazioni che metta in evidenza il consumo di risorse legato all'intensità della gravità clinica del cittadino e alla complessità della struttura erogante la prestazione stessa. Nella gamma ed appropriatezza delle prestazioni erogate, in particolare si individua come prioritario il ruolo svolto dal sistema di emergenza. In questa sede va ricordato che una politica delle tariffe che risulti efficace non può disgiungersi dagli obiettivi di Piano e, in particolare da:

- una razionalizzazione della politica dei ricoveri verso una maggiore appropriatezza;
- l'applicazione di sistemi premianti per gli operatori che disincentivano il ricorso al ricovero;
- l'applicazione di sistemi premianti per chi disincentiva la mobilità passiva per le specialità di base;
- l'applicazione di strumenti periodici di controllo sulla appropriatezza dei ricoveri;
- il potenziamento dei servizi territoriali;
- la riduzione dei molteplici e differenziati fattori di sistema che incentivano il ricovero.

L'osservatorio sulla spesa ha avuto recentemente una sperimentazione straordinaria nel gruppo di lavoro regionale e aziendale che ha analizzato le cause del disavanzo prodottosi nel 1999. Si è trattato di un'esperienza estemporanea e soprattutto «a valle» di un processo ormai già compiutosi con finalità quindi conoscitive, anche se non ispettive, invece che programmatiche. A seguito di tale esperienza si procederà con iniziative finalizzate al contenimento e alla valorizzazione delle risorse a fronte di obiettivi regionali concordati. Per quanto concerne l'Osservatorio prezzi e tecnologie (O.P.T.) l'Azienda USL ha avviato una convenzione con la Regione Piemonte per la partecipazione all'Osservatorio prezzi e delle tecnologie della Regione stessa con finalità di raccolta, analisi e monitoraggio di dati inerenti la distribuzione, le caratteristiche tecniche ed i prezzi medi di acquisto delle tecnologie biomediche di maggiore diffusione nelle strutture sanitarie.

Quanto sopra è stato avviato per avere un monitoraggio ed aggiornamento dei dati tecnico-economici inerenti le tecnologie biomediche, per una corretta inventariazione ed acquisizione delle stesse e per il contenimento dei costi connessi al loro utilizzo.

Vista l'importanza di tale strumento il presente Piano ne ribadisce l'utilità e la necessità del monitoraggio dei risultati attesi.

Per quanto attiene le risorse economiche aggiuntive il mondo della sanità pubblica italiana è stato teatro in questi ultimi anni di modificazioni sensibili spingendo sempre di più verso l'aziendalizzazione delle strutture, obbligando così le aree organizzativo-manageriali a ripensare il loro ruolo. La riforma *ter* e la legge finanziaria 2000 vedono entrare in campo il nuovo concetto della capacità di attivazione di risorse aggiuntive da destinare al miglioramento della qualità delle prestazioni. Dovranno quindi essere sviluppati modelli tipici dei settori no profit quali:

- fund raising (reperimento fondi);
- contratti di sponsorizzazione;
- pubblicità;
- accordi economici con attori pubblici e privati;
- attivazione di finanziamenti dell'Unione Europea.

Il versante della spesa per le politiche sociali si è finora caratterizzato in Valle d'Aosta per la frammentazione, ossia per l'articolazione dei finanziamenti in un gran numero di capitoli, e per la «summa divisio» fra spesa diretta della Regione e trasferimenti agli enti locali, ricadenti sotto la disciplina della finanza locale, sia per le spese di gestione che per quelle d'investimento.

A fronte di una spesa per il 2000, al netto di specifici finanziamenti statali, di lire 103.875 milioni (poco meno del 5% del totale della spesa regionale) i trasferimenti agli enti locali rappresentano poco più del 51%. Non va sottaciuto, peraltro, che le pensioni assistenziali a favore di invalidi civili, il cui onere ricade totalmente sul bilancio regionale a seguito del trasferimento di funzioni dallo Stato (D.lgs. 320/94), rappresentano il 64% della spesa corrente diretta, ovvero oltre il 30% di tutta la spesa sociale regionale. Ne consegue che i trasferimenti agli enti locali rappresentano oltre il 74% della spesa sociale al netto del suddetto onere.

Il trasferimento di fondi agli enti locali è avvenuto, sino al 1999, avendo come unico criterio, per le spese correnti, il ripiano a piè di lista dei disavanzi mentre, per le spese di investimento, la Regione Autonoma Valle d'Aosta contribuisce fino al 90% per i servizi per anziani e per il 100% per gli asili-nido. Le modifiche legislative introdotte nel corso di quell'anno hanno portato, nel 2000, all'introduzione del finanziamento delle spese correnti per quota capitaria nel settore dei servizi per anziani e in quello degli asili-nido.

In questo quadro si inserisce l'istituzione del fondo regionale per le politiche sociali come modalità di gestione finanziaria che tende a:

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

Il fondo regionale per le politiche sociali è in linea con gli orientamenti nazionali, espressi dalle legislazioni di altre Regioni e dalla recente introduzione, con la legge finanziaria dello Stato per il 1998, del fondo unico anche sul piano statale. I destinatari del finanziamento sono gli enti locali, ad eccezione di una quota di spettanza della Regione per l'espletamento delle funzioni di sua competenza.

I criteri di ripartizione, stabiliti dalla Giunta regionale, dovranno tenere conto:

- della popolazione complessiva (numero residenti);
- della popolazione anziana residente (ultra 65enni);
- della popolazione minorile residente (minori di 18 anni);
- della popolazione disabile residente (handicap gravi ai sensi della l. 104/92);
- degli indicatori di povertà (p.e. numero dei disoccupati; numero di pensioni sociali);
- degli indicatori di disagio sociale (p.e. tasso di dispersione scolastica, numero di minori coinvolti in attività criminose, numero di famiglie monoparentali);
- dei servizi attivati e della loro valenza territoriale.

L'istituzione del fondo deve essere accompagnata da azioni da parte della Regione Autonoma Valle d'Aosta che orientino l'utilizzo dei finanziamenti e siano corredate della adozione di un set di indicatori per verificare l'efficienza e l'efficacia complessiva della spesa sociale. Per salvaguardare al tempo stesso l'autonomia delle amministrazioni locali nell'assunzione di scelte relative all'operatività dei servizi, tali azioni possono essere rese operative in una prima fase attraverso la definizione di limiti percentuali minimi e massimi da rispettare per l'utilizzazione in singole aree o settori di intervento. Questi limiti percentuali, la cui definizione sarà data con separato atto, dovranno essere valutati in rapporto agli effettivi obiettivi della programmazione in modo tale da garantire l'adeguata copertura dei bisogni delle diverse aree della popolazione. La Regione si riserva una quota della disponibilità complessiva del fondo, oltre che per le proprie attività gestionali, per attività destinate ad incentivare e sostenere proposte di carattere innovativo promosse dagli enti locali, ovvero per promuovere attività sperimentali di interesse regionale. Nel triennio di validità del Piano, la concessione dei finanziamenti a valere su questa riserva sarà condizionata alla presentazione di progetti da enti locali tenendo conto dei seguenti criteri:

1. Vengono finanziate attività che possono essere realizzate con il concorso di più risorse, servizi, soggetti pubblici e di privato sociale secondo pratiche di integrazione territoriale e funzionale.
2. I progetti devono contemplare: definizione di obiettivi, individuazione di enti e soggetti partecipanti alla realizzazione del progetto; strumenti, risorse; ruolo dei diversi soggetti gestionali e servizi coinvolti; definizione dei limiti di tempo entro i quali sono attesi i risultati; interessamento di più fasce/gruppi di popolazione, categorie di utenti interessate.
3. Per l'accesso ai fondi di incentivazione si definisce un sistema di priorità così configurato in relazione alle caratteristiche dei progetti:
 - area distrettuale priva di servizi o con servizi insufficienti;
 - area territorialmente significativa;
 - coinvolgimento di più enti locali con formalizzazione dei rapporti (convenzione, accordo di programma, delega);
 - coinvolgimento del privato sociale funzionale alla messa a punto ed alla gestione del progetto;
 - coinvolgimento della popolazione nella progettazione o nella gestione del progetto;
 - finalizzazione preventiva del progetto.

La programmazione regionale tiene conto degli apporti finanziari derivanti dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Fondi speciali quali ad esempio il fondo per l'infanzia e l'adolescenza, il fondo per le politiche migratorie, il fondo per l'integrazione delle persone disabili): nel determinare le quote di rispetto per le singole aree di intervento (percentuali di finanziamento destinate alle singole aree di servizi) e nell'assicurare l'omogeneità dei criteri di utilizzo rispetto alle regole generali della gestione finanziaria. Per quanto attiene in particolare a questo secondo elemento, vengono richiamati i seguenti principi:

1. riconduzione dei finanziamenti ad aree omogenee (Comune di AOSTA e comunità montane);
2. semplificazione delle procedure di attribuzione dei finanziamenti;
3. semplificazione delle procedure di valutazione dell'utilizzo dei finanziamenti.

L'amministrazione regionale farà ricorso ad ogni ulteriore finanziamento derivante da disposizioni nazionali o dell'Unione Europea per sostenere attività orientate al potenziamento e rafforzamento del sistema dei servizi sociali con azioni coerenti alle linee della programmazione regionale. In tale linea l'amministrazione regionale potrà promuovere attività di ricerca, di forma-

zione o di sperimentazione nel settore dei servizi alla persona, alla famiglia ed alla comunità, ovvero sostenere ed agevolare simili attività proposte da enti, organizzazioni e soggetti impegnati nel settore.

Le risorse strutturali

La dotazione complessiva di posti letto del presidio ospedaliero necessaria alla Regione Valle d'Aosta, in base al progetto di ampliamento dell'ospedale approvato con delibera della Giunta regionale n. 3433 del 9 ottobre 2000, tenuto conto dei bisogni della popolazione valdostana, di un tasso di ospedalizzazione di 170 ricoveri/1000 abitanti, di una durata media di ricovero di 8-9 giorni per cittadino assistito e di una occupazione dei posti letti > 75% e in considerazione degli standards nazionali, è di 567 posti letto di cui 447 nell'ospedale per acuti di viale Ginevra e 120 nell'ospedale per la riabilitazione e lungodegenza del Beauregard.

Per quanto concerne il presidio ospedaliero di Viale Ginevra, per raggiungere la dotazione di posti letto sopraindicata sarà necessario razionalizzare e ristrutturare gli spazi attuali oltre a realizzare nuove aree mediante ampliamento della struttura esistente per trasferire le unità funzionali attualmente collocate al presidio ospedaliero Beauregard e l'U.B. di psichiatria, attualmente collocata presso lo stabile «Ex Maternità», in modo da ottenere un riassetto funzionale e generale delle unità operative e il loro accorpamento secondo specifiche aree di terapia, cura e servizi. Tale previsione programmatica è articolata in più interventi compresi in varie fasi temporali (I^a, II^a e III^a fase). Nell'ambito degli interventi previsti nella I^a fase sono stati conclusi i lavori inerenti la ricollocazione delle UU.BB. di anatomia patologica e medicina legale all'interno del presidio ospedaliero di Viale Ginevra (palazzina «infetti»).

Sempre per la I^a fase attualmente sono in atto:

- Il secondo intervento nel corpo originario e principale del presidio comprendente la ristrutturazione parziale dell'ala nord est per la collocazione delle UU.BB. di oncologia medica e gastroenterologia oltre a interventi di riordino e potenziamento dei percorsi orizzontali e verticali nonché la messa a norma delle zone di intervento per l'antincendio e l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- la ristrutturazione parziale del piano seminterrato della «Piastra» per l'U.B. di radiologia con la previsione di nuove apparecchiature per la Risonanza Magnetica Nucleare e la TAC spirale nonché interventi sistematori civili e impiantistici;
- la parziale ristrutturazione del piano interrato della «Piastra» per la realizzazione dei nuovi spogliatoi ospedalieri e dei magazzini e depositi oltre alla razionalizzazione dei nuovi percorsi orizzontali, e interventi di messa a norma antincendio e per l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- gli interventi parziali e locali di messa a norma antincendio in alcune aree a rischio.

Per quanto concerne la II^a fase sono in fase di aggiudicazione i seguenti interventi:

- ristrutturazione del piano seminterrato dell'ala nord per la ricollocazione provvisoria della farmacia;
- realizzazione delle nuove centrali tecnologiche generali nell'area esterna a sud ovest del presidio oltre alla previsione dei locali per il servizio di manutenzione ospedaliera;
- parziale ristrutturazione e ampliamento, ad ovest e a sud, del corpo originario dell'ospedale per la realizzazione del servizio di radioterapia, della nuova farmacia, della nuova centrale di sterilizzazione, degli ambulatori di oncologia, per il potenziamento della medicina di urgenza con nuove sale radiologiche e una nuova sala operatoria dedicata, nonché per nuovi locali di servizio, socializzazione per le utenze e per il personale. Inoltre verrà realizzato il riordino e la previsione di nuovi collegamenti orizzontali e verticali, oltre alla messa a norma antincendio e all'abbattimento delle barriere architettoniche.

Sempre per la II^a fase sono in previsione i seguenti interventi:

- ristrutturazione del piano terreno e seminterrato dell'ala nord est e realizzazione di un corpo in ampliamento su tre piani fuori terra e un interrato fra le ali nord e nord est del presidio. Quanto sopra comprenderà la ristrutturazione e l'ampliamento dell'U.B. di dialisi, la realizzazione delle nuove endoscopie generali ospedaliere, la ricollocazione dell'U.B. di nefrologia nonché il potenziamento dei percorsi orizzontali e verticali e la messa a norma antincendio e l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- realizzazione del terzo intervento nel corpo originario del presidio comprendente la ristrutturazione del piano secondo e terzo dell'ala nord per la ricollocazione della «medicina uomini» oltre alla messa a norma antincendio e all'abbattimento delle barriere architettoniche e la realizzazione di un'eliperficie sulla copertura del corpo di collegamento fra l'edificio originario e l'ala chirurgica direttamente collegata all'U.B. di medicina d'emergenza mediante specifico montaletti;
- ricollocazione nell'ambito dell'area ospedaliera in specifici spazi dei depositi e apparecchiature per i gas medicali.

I suddetti interventi sono finanziati per la maggior parte con fondi ex art. 20 L. 67/88 e con integrazione di fondi regionali.

La III^a fase comprenderà tutti quegli interventi di ristrutturazione e ampliamento destinati alla ricollocazione e riunificazione delle aree funzionali attualmente presenti nel presidio ospedaliero Beauregard (ostetricia e ginecologia, pediatria, neonatologia, geriatria, dermatologia) e dell'U.B. di psichiatria, attualmente collocata presso lo stabile «Ex Maternità» oltre a interventi sistematori di riordino e riassetto per l'accorpamento delle unità operative secondo specifiche aree.

Per quanto concerne il presidio ospedaliero Beauregard sarà necessario realizzare tutti quegli interventi per la trasformazione degli spazi liberatisi con il trasferimento delle unità operative nel presidio di Viale Ginevra. Il presidio ospedaliero Beauregard sarà riorganizzato con 60 posti letto per la riabilitazione e 60 per la lungodegenza. L'avvio di tali interventi potrà quindi avvenire solo dopo la conclusione delle opere relative alla III^a fase nel presidio ospedaliero di Viale Ginevra. La III^a fase di intervento troverà copertura finanziaria nei pertinenti capitoli del bilancio della Regione in aggiunta a fondi statali ex art. 20 della l.67/88 per l'edilizia sanitaria. Nel triennio di riferimento del presente piano saranno ultimati gli interventi relativi alla I^a e alla II^a fase e sarà dato l'avvio alla progettazione della III^a fase.

Il presidio denominato «Ex Maternità», che ospita tra l'altro attualmente l'U.B. di psichiatria, sarà oggetto di un ampio intervento di sistemazione generale.

I servizi che saranno localizzati in tale struttura sono:

1. Centro di salute mentale;
2. Centro diurno per pazienti psichiatrici (day center);
3. Hospice;
4. Scuola per infermieri professionali;
5. Attività psicomotorie, logopedia;
6. Consultorio;
7. Aule di aggiornamento;
8. Area volontariato.

Obiettivo del presente piano è la realizzazione dell'hospice o struttura per le cure palliative, per la cui realizzazione è assegnato alla Regione Autonoma Valle d'Aosta uno specifico finanziamento statale di lire 1.120 miliardi ai sensi della l. n. 39/1999. Tale opera verrà realizzata a stralcio dell'intero progetto di riassetto generale del presidio «Ex Maternità». Nel triennio di riferimento del presente piano sarà inoltre acquisita e approvata la progettazione esecutiva delle opere di riassetto generale dell'edificio stesso. Tutti gli interventi sopracitati saranno realizzati in modo articolato e graduale secondo un programma di interventi funzionali e troveranno copertura finanziaria nei pertinenti capitoli del bilancio della Regione Autonoma Valle d'Aosta in aggiunta a fondi statali ex art. 20 della l. 67/88 per l'edilizia sanitaria.

Gli interventi sulle strutture esterne all'ospedale per acuti riguardano:

- la rete dei presidi poliambulatoriali e consultoriali;
- il sistema di emergenza sanitaria 118;
- i centri traumatologici;
- il dipartimento di prevenzione;
- la struttura comunitaria residenziale per alcolisti;
- i servizi di salute mentale;
- le strutture sanitarie per soggetti non acuti ad elevato bisogno sanitario assistenziale;
- le strutture per anziani (Microcomunità);
- i centri socio-educativi;
- le strutture per la prima infanzia.

Gli interventi relativi ai presidi poliambulatoriali e consultoriali concernono:

- la riconversione della struttura di Via Guido Rey, n. 3, sede dell'ex dispensario antitubercolare, in poliambulatorio;
- la costruzione di un nuovo presidio socio-sanitario ad Aosta in zona Brocherel;
- l'individuazione dei poli vaccinali in sedi accreditate presso gli attuali presidi consultoriali.

È prevista la ricollocazione della centrale operativa «118» presso la caserma dei Vigili del fuoco ad Aosta nella quale sarà realizzata la sede della «centrale unica di soccorso». Sarà inoltre ristrutturata e ampliata la sede del 118 di Châtillon presso la struttura di proprietà regionale denominata «Ex casa De Matteis». È prevista l'apertura dei centri traumatologici di Ayas, Gressoney-Saint-Jean e Valtournenche.

Le attività e le unità operative facenti parte del dipartimento di prevenzione, attualmente dislocate in più sedi (servizio assistenza veterinaria, igiene pubblica, igiene degli alimenti) saranno ricollocate al fine di una razionalizzazione dei costi di gestione in un'unica sede extraospedaliera, presso lo stabile denominato «Ex scuola Cogne» in Aosta.

È prevista l'apertura di una struttura comunitaria polivalente per alcolisti nella quale saranno svolti i programmi riabilitativi individuali.

Nell'ambito del progetto di ristrutturazione e ampliamento del poliambulatorio di Donnas è prevista la realizzazione degli spazi per un'unità protetta e un centro diurno psichiatrico. Sarà inoltre realizzata in Alta Valle, nel comune di Morgex, una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa. Oltre all'apertura di una RSA in Comune di Antey-Saint-André, finanziata con fondi ex art. 20 della l. 67/88, si prevede la realizzazione di una RSA per ciascuno degli altri 3 distretti. In particolare è prevista la costruzione di una struttura nel comune di Aosta in regione Gotrau e la ristrutturazione di strutture esistenti nei distretti 1 e 4 (Hône e un comune da individuare nell'Alta Valle). Si prevede il potenziamento della rete di strutture a servizio delle persone anziane nei distretti 2, 3 e 4 con la ristrutturazione e ampliamento della microcomunità di Verrayes, di Gaby e di Gignod (fraz. Variney), con l'apertura delle microcomunità di Roisan e Challand-Saint-Anselme, con la realizzazione di comunità alloggio nei Comuni di Aosta – zona Brocherel, Arnad, Courmayeur, Saint-Marcel e Issogne. Si prevede, inoltre, la realizzazione di interventi sistematori di messa a norma delle strutture socio-assistenziali ai criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro ai sensi del DM del 10 marzo 1998 e del D.lgs 626/94. È previsto l'ampliamento della sede del Centro Educativo Assistenziale (CEA) o (in passato denominato Centro Socio Educativo o CSE) di Châtillon presso la struttura di proprietà regionale denominata «Ex casa De Matteis», l'apertura di una struttura in Alta Valle nonché la realizzazione di una struttura da adibire a CEA nel Comune di Hône. È previsto infine l'ampliamento della comunità per minori di Aosta, in via Cerise, grazie al trasferimento del Centro Diurno per Disabili Psicici presso la struttura denominata Ex Maternità, laddove verrà trasferito anche il Centro di Quart. L'ampliamento della Comunità per minori consentirà inoltre la suddivisione per età dell'utenza in due sezioni (0-6 anni e 7-12 anni).

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

I principi

L'integrazione socio-sanitaria è una priorità strategica del Piano poiché essa è condizione indispensabile per superare prassi settoriali e integrare competenze e servizi diversi grazie all'unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela. Gli attori dell'integrazione sono la Regione, nella veste di ente di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo delle attività socio-assistenziali e sanitarie, gli enti locali e l'Azienda USL, gestori dei servizi.

Le scelte qualificanti per l'integrazione devono andare nel senso di riequilibrare le responsabilità nelle politiche per la salute, attribuendo un nuovo ruolo agli enti locali rispetto all'Azienda USL. Ciò significa riorientare i flussi delle decisioni, mettendo gli enti locali nella condizione di essere parte attiva nelle scelte di attuazione e di valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio-assistenziali.

L'integrazione socio-sanitaria definita dal D.lgs 229/99 riguarda, infatti, «tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione». Le prestazioni socio-sanitarie vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali. Avremo pertanto prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori sociali. Avremo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi di inserimento e integrazione sociale.

Le aree dell'integrazione socio-sanitaria riguardano le attività afferenti al settore materno-infantile, agli anziani, ai disabili, alla salute mentale, alla tossico e alcol dipendenza, alle patologie che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento a quelle oncologiche, alle infezioni da HIV e ai trapiantati.

L'integrazione socio-sanitaria si attua a tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale.

L'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (Regione, Azienda sanitaria, Enti locali) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma.

L'integrazione gestionale, disciplinata dall'art. 36 della l.r. n. 5/2000, sia a livello centrale che distrettuale, riguarda le seguenti unità operative: la struttura competente in materia di politiche sociali e gli uffici ad essa facenti capo, da un lato, e i servizi dell'Azienda USL dall'altro. Ciò comporta l'individuazione di configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Per ciascuna area dell'integrazione socio sanitaria, è opportuno quindi costituire un gruppo tecnico interistituzionale, composto, in maniera equilibrata, di rappresentanti dell'Azienda USL, degli Enti locali e della struttura regionale competente in materia di politiche sociali.

L'integrazione professionale avviene a livello di operatori sociali e sanitari.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate. Se non vengono predisposte condizioni istituzionali e gestionali per coordinare gli interventi dei diversi settori impegnati nella produzione di servizi, l'integrazione professionale non può bastare per migliorare la qualità e l'efficacia delle risposte; pertanto, la Regione incentiva la collaborazione istituzionale entro un ambito territoriale adeguato che è quello distrettuale mediante il piano di zona dei servizi che diviene strumento per ottimizzare le risorse e facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

In tale ambito la Regione incentiva e promuove la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, con il sostegno del Centro di Servizio per il Volontariato della Valle d'Aosta, alla predisposizione dei piani di zona.

Il piano di zona è volto a:

- favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- definire criteri di ripartizione della spesa a carico degli enti locali, della Azienda USL e, eventualmente, degli altri soggetti firmatari dell'accordo di programma, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- proporre iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

La dimensione distrettuale e l'integrazione tra le professioni sono condizioni operative necessarie per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno. A questo scopo la personalizzazione degli interventi deve tenere conto del livello di non autosufficienza e della non disponibilità di risorse (economiche, personali, familiari, comunitarie o di altra natura). Va inoltre perseguita una sistematica riduzione degli sprechi di risorse derivanti dalle cronicità evitabili, adottando soluzioni che rispondano a criteri di efficacia, economicità e umanizzazione; anche per questo, i ricoveri nelle strutture sono giustificabili solo quando non siano praticabili altre forme di intervento di natura ambulatoriale, semiresidenziale e domiciliare.

Infine, una particolare attenzione va destinata alla gestione delle risorse umane in quanto il rapporto operatore-cittadino è fortemente caratterizzato dal grado di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Il fattore umano è, quindi, elemento strategico che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza nonché sul grado di soddisfazione delle persone.

Il processo di cambiamento che l'integrazione innesca richiede:

- la responsabilizzazione individuale e di gruppo, nel caso di prestazioni integrate, in ordine alla quantità e alla appropriatezza dei servizi prodotti;
- il superamento delle visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;
- la flessibilità dell'impiego delle risorse umane, senza ancorarle a spazi, tempi e ambiti predefiniti, tenendo conto dei ruoli previsti e riconosciuti dalla contrattazione.

Lo strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo non può che essere la formazione.

Materno infantile

La ricerca di una piena integrazione socio-sanitaria per quanto riguarda gli interventi rivolti ai minori emerge anche alla luce delle indicazioni della normativa nazionale (Piano Sanitario Nazionale, l. 285/97) e regionale (l.r. 5/2000).

L'integrazione socio-sanitaria a livello gestionale comporta l'attivazione di intese ed accordi tra la struttura regionale competente in materia di politiche sociali, l'Azienda USL, nelle sue articolazioni ospedaliere e territoriali, la struttura regionale competente in materia scolastica, gli Enti locali (Comuni e Comunità Montane) e gli organismi del terzo settore attuatori degli interventi, finalizzati a concordare comuni obiettivi di tutela dei minori da realizzarsi mettendo in campo le rispettive competenze e risorse.

Gli accordi suddetti devono favorire l'attivazione ed il coinvolgimento delle risorse formali ed informali presenti sul territorio, facilitando così la partecipazione dei cittadini fin dalla fase di progettazione degli interventi nell'ottica di quanto indicato dalla l. 285/97.

L'integrazione gestionale viene realizzata sia a livello distrettuale che nell'ambito di specifici servizi rivolti ai minori (Comunità per minori, servizio di assistenza domiciliare educativa, consultorio adolescenti, servizio affidi), mediante la creazione di modelli organizzativi condivisi e omogenei e forme di coordinamento e di accompagnamento alla realizzazione degli interventi.

L'integrazione professionale tra operatori sociali e sanitari deve essere facilitata dalla maggiore definizione e conoscenza circa le rispettive competenze e responsabilità e dalla costruzione condivisa di prassi operative e dall'utilizzo di strumenti. Anche in base alle evoluzioni intercorse rispetto al Piano 1997/1999, successivamente prorogato, ci si pone i seguenti obiettivi:

1. Ridefinire, alla luce del progetto obiettivo materno infantile del Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, il dipartimento materno infantile.

Il dipartimento deve garantire nella sua composizione:

- l'equilibrio tra il livello ospedaliero e quello territoriale;
 - l'equilibrio tra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale;
2. Promuovere e sensibilizzare una cultura comune tra tutti i soggetti istituzionali e non coinvolti nelle problematiche minorili;
 3. Aumentare la conoscenza e promuovere la diffusione di tutte le informazioni relative agli interventi, ai servizi e alle iniziative concernenti le problematiche minorili.

Anziani

L'integrazione socio-sanitaria consente di perseguire gli obiettivi di efficacia ed efficienza già delineati dal precedente Piano. In tal senso va completato il processo di trasferimento sull'intero territorio regionale del modello di lavoro sperimentato nell'ambito del progetto Itaca, con particolare riferimento all'estensione dell'assistenza domiciliare integrata.

Fermi restando i compiti che la legge di attuazione del presente Piano attribuisce all'Azienda USL e agli Enti locali, occorre procedere alla stesura e all'approvazione di accordi di programma tra tutti i soggetti interessati che per ogni distretto svolgano la funzione di piani di zona dei servizi. Si dovrà quindi:

1. mettere a fuoco gli obiettivi che si intendono raggiungere;
2. individuare le risorse che ciascun attore può mettere a disposizione;
3. individuare i percorsi di attività, con i relativi tempi di attuazione e di verifica;
4. individuare ed attuare le iniziative di formazione ed aggiornamento per gli operatori, finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

Un altro elemento che può concretamente concorrere al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi è costituito dalla gestione unitaria in ambito distrettuale.

Un incentivo a tale gestione è stato dato dalla Regione con l'approvazione della l.r. 54/98. Allo stato attuale, sono 4 le

Comunità Montane che hanno assunto la delega della quasi totalità dei relativi Comuni per la gestione dei servizi di cui si tratta. In futuro la Regione si assumerà il ruolo di accompagnare e promuovere una gestione unitaria dei servizi che trova ancora qualche difficoltà per via di una cultura ancora prevalentemente centrata sui particolarismi locali. L'integrazione gestionale va perseguita anche curando in dettaglio, nei confronti degli attori dell'interazione (enti gestori dei servizi, Azienda USL, coordinatori dei servizi per anziani, UVG), la chiarificazione dei rispettivi ruoli e responsabilità, al fine di evitare la creazione sia di ambiti di intervento non riconosciuti come propri sia di ambiti di intervento sovrapposti.

Si ritiene pertanto indispensabile individuare delle strategie per affrontare e risolvere nel modo più opportuno alcune situazioni che si sono rivelate problematiche sia sul piano culturale che sul piano organizzativo: a tal fine sono state valutate come utili le iniziative finalizzate ad una migliore conoscenza reciproca da parte delle diverse professionalità coinvolte (medici, infermieri professionali, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, Adest). A tal riguardo è particolarmente importante completare la trasferibilità sull'intero territorio regionale del modello di lavoro sperimentato nell'ambito del progetto Itaca, rivelatosi molto efficace nel creare collaborazioni miste tra professionalità anche molto diverse tra loro, tenendo conto delle criticità e dei nodi problematici emersi nel corso dei vari anni di sperimentazione e, in particolare:

- delle difficoltà di integrazione, all'interno delle équipes di base, tra le componenti sanitarie e quelle socio-assistenziali;
- dei problemi di funzionamento delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) sia a livello tecnico, ossia di operatività delle stesse, sia a livello di carichi di lavoro, molto differenziati tra i vari distretti sociosanitari;
- del problema del rapporto tra l'ospedale ed il territorio.

Occorrerà quindi porre particolare attenzione ai fattori che fanno parte del processo di cambiamento innescato dalla integrazione sociosanitaria come:

- la responsabilizzazione individuale e di gruppo in merito alla quantità ed alla appropriatezza dei servizi prodotti;
- il superamento delle visioni settoriali a favore di un approccio sistemico e multidisciplinare.

Disabili

La presenza di disabilità, soprattutto se in forma grave, richiede una molteplicità di interventi che, nel caso di disabilità psichica, quasi sempre riguardano l'arco dell'intera vita.

Tali interventi concernono sia aspetti sanitari che aspetti educativi, sociali ed assistenziali. La molteplicità delle problematiche da affrontare porta inevitabilmente all'intervento di più soggetti istituzionali (Azienda USL, Regione, Comuni, Scuole, Associazioni), di più tipologie di servizi (territoriali, specialistici, educativi, riabilitativi) e di differenti figure professionali (insegnanti, medici, riabilitatori, psicologi, assistenti sociali, educatori). Al fine di evitare la parcellizzazione degli interventi e di salvaguardare la lettura unitaria e globale della persona disabile, nonché di consentire a quest'ultima e alla sua famiglia di ipotizzare un progetto di vita caratterizzato dalla riabilitazione e dall'integrazione sociale, risulta necessario operare in modo integrato a livello di progettazioni istituzionali, di gestione operativa e di collaborazione professionale.

A livello istituzionale occorre:

- organizzare le risposte ai bisogni in ambiti territoriali comuni;
- avvalersi di specifiche professionalità dell'area socio-assistenziale che affianchino il Direttore del distretto nell'azione di integrare l'assistenza a livello territoriale.

A livello gestionale occorre:

- individuare i referenti territoriali responsabili dell'erogazione delle prestazioni e del lavoro in équipes;
- adottare modalità condivise di raccolta e analisi dei dati mediante il diario dell'équipe per il disabile;
- prevedere protocolli relativi agli interventi che gli operatori dell'Azienda USL devono assicurare alle strutture educative non scolastiche nei riguardi degli utenti inseriti.

A livello professionale occorre:

- operare per la presa in carico multiprofessionale delle situazioni di handicap di minori e adulti;
- realizzare percorsi di formazione rivolti agli operatori socio-sanitari per acquisire modalità di lavoro comune (lavoro per progetti).

Salute mentale

Per quanto concerne la salute mentale l'integrazione socio-sanitaria tende a:

- garantire l'equilibrio integrato delle risorse pubbliche, private, familiari ed individuali al fine di aumentare l'accessibilità, la continuità e l'efficacia dell'assistenza;
- costruire un programma di lavoro condiviso e di cui sia possibile verificare periodicamente l'andamento.

A livello istituzionale occorre:

- garantire una programmazione sistemica ed integrata attraverso la predisposizione di linee guida;
- promuovere attività di formazione, informazione, sensibilizzazione ed aggiornamento continue a vari livelli;
- garantire la tutela dei diritti economici dei malati e delle loro famiglie predisponendo normative e ridefinendo le procedure di attuazione delle leggi esistenti.

Il livello gestionale, riguardante le competenze e il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale, è volto in particolare alla predisposizione di linee guida relative sia alle procedure diagnostiche, sia ai trattamenti terapeutici, farmacologici, riabilitativi al fine di garantire l'appropriatezza ed il riconoscimento delle malattie psichiche nella fase iniziale.

Il livello professionale riguarda infine il momento del coinvolgimento degli operatori pubblici e del terzo settore nella concreta prestazione dei servizi. A tal riguardo l'attuazione di protocolli operativi con e tra i soggetti interessati, all'interno delle strutture e nel territorio si configura come strumento indispensabile.

Tossico e alcoldipendenza

Per poter definire le modalità di integrazione delle competenze, delle risorse e degli interventi nell'ambito della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza è necessario far riferimento a quanto previsto dal DPR 309/90, «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza», con gli opportuni adattamenti alla realtà istituzionale della Valle d'Aosta.

In questo contesto trova la sua corretta dimensione la necessità di un accordo di programma fra le varie istituzioni coinvolte (Amministrazione regionale, sistema scolastico, Azienda USL, Enti Locali, amministrazione penitenziaria), al fine di definire gli obiettivi, il ruolo, le sedi di programmazione degli interventi, gli impegni finanziari di ciascuno, le azioni e le modalità di integrazione gestionale e professionale.

Si ritiene che l'integrazione socio-sanitaria possa essere raggiunta attraverso:

- la definizione di linee guida relative alla pratica clinica ed all'integrazione tra competenze sanitarie e sociali;
- la programmazione e il coordinamento di attività di formazione e aggiornamento degli operatori;
- la programmazione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole, nei quartieri, nei gruppi;
- l'effettuazione di interventi in carcere e a favore di ex detenuti;
- lo svolgimento di attività volte a favorire l'inserimento scolastico e lavorativo (recupero dispersione scolastica, formazione professionale e inserimento lavorativo);
- la definizione di protocolli operativi volti a favorire gli inserimenti in strutture socio-assistenziali, semiresidenziali e residenziali;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare con finalità di aiuto alle famiglie e di aiuto domestico.

Cronici oncologici e HIV

Diversi atti normativi nazionali ed in particolare il Decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999, ribadiscono il concetto di unità operative di cure palliative: si tratta di centri di riferimento per la cura di malati in fase avanzata o terminale con lo scopo di migliorare la qualità di vita del cittadino ammalato e sostenere la famiglia nel difficile compito dell'assistenza.

Queste unità, collocate sia in ambito ospedaliero che territoriale, devono prevedere cure ambulatoriali, domiciliari, day ho-

spital e hospice e devono assicurare la necessaria continuità terapeutica nell'erogazione di prestazioni pertinenti ai diversi livelli di assistenza. Occorre quindi potenziare il ruolo del volontariato e del Terzo settore attivando un modello centrato sul cittadino assistito nel rispetto della sua dignità che favorisca la permanenza nel contesto familiare e riduca significativamente il ricorso al ricovero in struttura ospedaliera. Inoltre, l'integrazione diventa strumento strategico per attuare il progetto «hospice», nel senso della valorizzazione delle conoscenze, delle competenze, della professionalità di ciascuno per un più corretto ed efficace uso delle risorse.

L'hospice può infatti qualificarsi come una struttura ove l'équipe multidisciplinare può operare integrando la struttura di ricovero e l'assistenza domiciliare, per garantire la continuità e la flessibilità delle cure palliative, secondo percorsi assistenziali personalizzati.

Per quanto attiene invece i malati di AIDS, le necessità di contrastare la diffusione dell'infezione mediante attività di prevenzione attraverso idonei interventi di assistenza alle persone affette da tale patologia, e di rispondere a questi bisogni in maniera sempre più personalizzata e diversificata, impone di sviluppare un sistema «a rete» che ha le sue basi fondamentali, oltre che nell'integrazione tra sociale e sanitario, nella valorizzazione di tutte le competenze e le risorse dei soggetti singoli, delle famiglie, del volontariato, dei gruppi e delle associazioni. A proposito dell'assistenza ai malati di AIDS si cita l'art. 1, comma 2, della l. 35/1990, che recita testualmente: «(omissis) le UU.SS.LL, sulla base di indirizzi regionali, promuovono la graduale attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio di soggetti affetti da AIDS e patologie correlate. (omissis). Il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego, per il tempo necessario, del personale infermieristico che opererà secondo la stessa norma prevista per l'ambiente ospedaliero con la consulenza dei medici di reparto stesso, la partecipazione all'assistenza del medico di famiglia e la collaborazione, quanto possibile, del volontariato e del personale tecnico dei servizi territoriali».

I soggetti con malattia avanzata sono portatori di un insieme di problematiche che vanno dalla necessità di trattamenti farmacologici al supporto psicologico, dall'alimentazione al bisogno sociale, dall'importanza di trascorrere nell'ambiente familiare il maggior tempo possibile al bisogno di aiuti per lo svolgimento di pratiche assistenziali di tipo personale ed infermieristico.

Concretamente, l'integrazione socio-sanitaria si esplica nel:

- programmare azioni coordinate sul versante dell'assistenza domiciliare e di sostegno domestico;
- attivare iniziative di supporto assistenziale mirate all'integrazione sociale;
- programmare azioni di formazione ed aggiornamento del personale direttamente coinvolto estendendola anche ad altri operatori.

Trapiantati ed emodializzati

La legge n. 91 del 1° aprile 1999 («Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti»), abrogativa della legge n. 644/1975 e successive modificazioni, enunciando per la prima volta che «le attività di trapianto di organi e di tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del servizio sanitario nazionale», ha di fatto sottratto l'attività di prelievo ai ristretti e selezionati ambiti del passato, in cui veniva demandata alle capacità e alle sensibilità di singoli medici e amministratori, per conferirle lo status di terapia garantita dal SSN ai propri assistiti; tutto ciò anche se a distanza di due anni permangono numerosi aspetti della legge che attendono di essere normati ed applicati.

Con il riconoscimento dell'attività di prelievo come prestazione garantita dal servizio sanitario nazionale e con il conseguente aumento di soggetti portatori di dialisi o di trapianto, nasce la necessità di offrire delle forme di risposta organizzata a quei bisogni che, pur non appartenendo espressamente all'area clinico assistenziale, a questa si collegano direttamente e che possono essere concretizzati nel sostegno psicologico, ad opera di psicologi e di operatori professionali opportunamente formati, nei riguardi delle persone portatrici di trapianti d'organo, di tessuto, dei dializzati e dei loro familiari, al fine di sostenerli durante tutto il difficile percorso di vita che va dall'evidenziarsi della malattia, all'attesa e alla conquista del trapianto, per concludersi attraverso le diverse fasi che lo seguono fino alla riabilitazione.

Dal punto di vista dei bisogni del cittadino è stata inoltre evidenziata l'assenza di una struttura che svolga il ruolo di «centro di riferimento e di ascolto» tanto per i cittadini emodializzati, quanto per le persone che attendono o che già hanno subito un trapianto, in quanto, allo stato attuale, a soddisfare tale bisogno sono solitamente le strutture nelle quali si è svolto il trapianto o dove si effettua la dialisi, con evidenti problemi di inadeguatezza sia per la struttura che per il cittadino. In realtà, oltre agli organismi istituzionali già presenti all'interno del servizio socio sanitario regionale, la legge n. 91/1999 attribuisce alle associazioni di volontariato un'importanza strategica nella relazione con le istituzioni sanitarie sul versante della promozione, dell'informazione e del sostegno alle persone e ai loro familiari attraverso un'attività di promozione dei loro diritti fondamentali. Nel riconoscerne il ruolo di tali associazioni, il presente Piano individua in esse un punto di riferimento essenziale per ottenere informazioni corrette, essere indirizzati alle strutture sanitarie più adeguate alla specifica condizione patologica, segnalare carenze e bisogni.

Concretamente, l'integrazione socio-sanitaria che potrà essere realizzata come risposta ai bisogni delle persone emodializzate o con esperienza di trapianto si esplica nel:

- programmare ed attivare azioni di sostegno psicologico coordinate tra il versante dell'assistenza clinico sanitaria, quello dell'assistenza sociale e quello delle associazioni di volontariato;
- programmare azioni di formazione e di aggiornamento del personale direttamente coinvolto.

IL GOVERNO DELLA SALUTE

Gli obiettivi generali di salute e di tutela sociale

La concretizzazione dell'azione programmatica in Valle d'Aosta, caratterizzata dall'approvazione e dall'attuazione del Piano, si colloca in un contesto di evoluzione dello scenario normativo, finanziario e contrattuale della sanità in Italia.

La contestualizzazione delle indicazioni programmatiche derivanti dal Piano Sanitario Nazionale impone di definire a priori gli obiettivi generali di salute che dovranno trovare concreta applicazione nella definizione dei livelli di assistenza, ma soprattutto nelle azioni ad essi collegate, tenendo conto che l'ottica del Piano regionale è quella dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Obiettivo 1. Prevenzione e promozione della sicurezza

Una quota importante di costi in termini di salute, sociali ed economici è imputabile a cause che possono essere rimosse, in tutto o in parte, con interventi di prevenzione.

Questo tipo di interventi consente di aumentare la sicurezza dei cittadini rispetto ai rischi per la salute presenti negli ambienti di vita e di lavoro. Obiettivo di questo Piano è quello di incrementare gli interventi di prevenzione ed il guadagno da essi prodotto in termini di salute.

Obiettivo 1.1 – Promuovere la sicurezza nell'ambiente domestico

Il fenomeno degli incidenti in ambiente domestico sta assumendo dimensioni particolarmente rilevanti a causa della elevata presenza di popolazione anziana residente. In Valle d'Aosta nel solo 1999 sono stati registrati 4802 casi denunciati d'infortunio entro le mure domestiche.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, che è caratteristica costante della nostra realtà, risulta fattore predisponente se non contrastato da una opportuna opera di sensibilizzazione controllo e sorveglianza sul fenomeno, caratterizzata sia da campagne di educazione delle fasce di età a rischio, sia da iniziative di controllo degli impianti domestici e di adeguamento degli spazi di vita alla disabilità e/o ridotta funzionalità dei soggetti anziani.

Obiettivo 1.2 – Promuovere la sicurezza negli ambienti di lavoro

Malattie professionali e incidenti sul lavoro costituiscono cause di invalidità e di morte ancora troppo frequenti in Italia, seppure in progressiva riduzione.

Nella Regione Valle d'Aosta i casi di infortunio sul lavoro nell'industria denunciati nel 1998 all'INAIL sono stati pari a 4,5/100 addetti rispetto a 5,9/100 in Italia.

Il quadro statistico non tiene conto della sottostima dovuta alla non rilevazione di alcune aree lavorative non assicurate all'INAIL e del fenomeno del sommerso.

Rilevante è ancora il problema delle malattie professionali anche in considerazione della manifestazione attuale di patologie a lunga insorgenza causate da esposizioni occorse nei decenni scorsi.

Appare quindi inderogabile il perseguimento nel triennio della riduzione percentuale della incidentalità professionale ponendo come limite minimo il decremento del 10% rispetto ai dati del 1999.

Presupposti imprescindibili sono: da un lato, l'effettivo incremento delle risorse destinate alla prevenzione collettiva e la loro adeguata ripartizione tra le diverse funzioni della prevenzione, dall'altro il potenziamento della struttura regionale di interfaccia con il Dipartimento di Prevenzione e dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali anche avvalendosi dell'istituzione di un «Osservatorio Infortuni».

Le strategie d'intervento volte a ridurre il fenomeno infortunistico e delle malattie professionali si basano sui seguenti obiettivi:

- realizzare una informazione continua e completa nei confronti dei lavoratori;
- monitorare i parametri indicativi e la realizzazione di una funzionale rete epidemiologica occupazionale;
- perseguire la piena realizzazione dell'adeguamento alle esigenze di prevenzione e sicurezza sancite dalla recente normativa di settore;
- coordinare i diversi soggetti appartenenti alla Pubblica Amministrazione, con compiti in materia, anche attraverso la promozione dell'attività del comitato regionale di coordinamento di cui all'art. 27 del D.lgs. 626/1994;
- garantire la migliore assistenza nelle fasi diagnostiche, riabilitative e di reinserimento lavorativo attraverso l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e delle politiche del lavoro.

Obiettivo 1.3 – Promuovere la sicurezza sulle strade

In Italia la mortalità associata agli incidenti stradali rappresenta il 5%-7% della totalità dei decessi. Obiettivo triennale proposto è la riduzione della mortalità per incidenti stradali di almeno il 20%, con particolare attenzione alla classe di età tra i 15 e i 24 anni.

Gli obiettivi intermedi sono i seguenti:

- sensibilizzare un crescente e corretto uso dei dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini e casco);
- stimolare il miglioramento delle condizioni di viabilità (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilità) nelle zone ad alto rischio di incidenti stradali;
- sensibilizzare in merito ai rischi indotti dalla guida in stato di ebbrezza in particolare nelle ore serali e notturne;
- stimolare il potenziamento dei trasporti pubblici.

In Valle d'Aosta dovranno essere continuate le attività, già consistentemente poste in essere, aumentando il supporto agli Enti locali in materia di sicurezza stradale, incrementando le azioni di educazione stradale dei giovani anche grazie alla ricerca di sinergie con la scuola, le società di gestione autostradali, le associazioni di categoria e di volontariato e gli Enti locali stessi, provvedendo al potenziamento dei mezzi di trasporto pubblico accessibili alle persone disabili.

Obiettivo 1.4 – Promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e sociali

Nelle strutture sanitarie e sociali la compresenza di lavoratori e utenti in condizioni di bisogno rende ancora più pressante il problema di raggiungere un effettivo grado di sicurezza nell'adeguatezza strutturale, tecnologica e organizzativa al fine di concretizzare un triplice risultato: garantire gli utenti, tutelare i lavoratori, migliorare la qualità delle prestazioni.

Il consistente piano di adeguamento ai requisiti tecnico-strutturali ed organizzativi, previsti dagli obblighi normativi contenuti nel DPR 14.01.1997, attualmente interessante la struttura ospedaliera regionale, appare rispondere concretamente a tali esigenze, tuttavia risulta indispensabile perseguire parallelamente l'obiettivo di contenere i rischi per la sicurezza nelle strutture extra ospedaliere, socio sanitarie e socio assistenziali e di ridurre il tasso di incidenza delle infezioni ospedaliere.

Obiettivo 1.5 – Promuovere la sicurezza nelle collettività

La percentuale di copertura vaccinale regionale è pari al 98% per quelle obbligatorie, mentre per quelle facoltative le percentuali sono il 97,8% per la pertosse, il 90,6% per il morbillo, il 66,7% per l'*Hemophilus*. Rispetto allo standard indicato dal Piano Sanitario Nazionale solo la pertosse supera il valore indicato del 95%, per le altre vaccinazioni facoltative tale valore soglia rimane da conseguire.

Due ulteriori problemi assumono inoltre particolare rilevanza e devono tradursi in obiettivi da perseguire:

- la revisione dell'attuale sistema informativo delle malattie infettive che non consente una integrazione tra le diverse basi di dati al fine di valutare complessivamente l'andamento della patologia infettiva a livello regionale;
- la patologia tubercolotica che risulta essere in incremento nella regione per la quale è opportuno garantire il trattamento antitubercolare a difesa dei malati e della collettività.

Obiettivo 1.6 – Promuovere l'incremento del livello della sanità animale

La salute del patrimonio zootecnico regionale mantiene il suo peso determinante, sia nell'ottica della tutela del patrimonio zootecnico stesso, quale risorsa economica, sia in quella dell'abbattimento del rischio di trasmissione di malattie zoonosiche all'uomo, per contatto diretto o tramite i prodotti di origine animale.

In quest'ultimo ambito, va considerata la crescente importanza nell'economia delle aree marginali della produzione di alimenti di origine animale ad uso locale (carni di animali da macello, selvaggina, derivati del latte, uova, miele).

Non va dimenticata infine l'importanza del controllo del livello di salute degli animali sinantropi, sempre allo scopo di diminuire il rischio di contagio per l'uomo.

Obiettivo 1.7 – Promuovere la sicurezza degli alimenti

Parametro fondamentale per il mantenimento del benessere psicofisico, che è alla base del concetto di salute, è la persecuzione di corrette abitudini alimentari che dipendono anche dalla sicurezza dell'alimentazione e dalla salubrità degli alimenti.

Risultano a questo proposito di interesse centrale il monitoraggio ed il controllo della produzione agricola, della lavorazione e della trasformazione industriale, della distribuzione e della conservazione sia dal punto di vista igienico che, più in generale, delle modalità di produzione.

A tal fine sono coinvolti tutti i rami di attività della filiera alimentare delle attività di ristorazione ed i consumatori stessi per quanto riguarda le fasi della preparazione, cottura, somministrazione e conservazione degli alimenti.

Le attività volte al contenimento del rischio alimentare appaiono quindi da consolidare sotto il profilo delle educazione sanitaria degli operatori del processo produttivo soprattutto stimolando i processi di autoverifica ed autovalutazione, percorso peraltro già da tempo indicato dall'Unione Europea.

Obiettivo 2. Promuovere il miglioramento del contesto ambientale

Un'importanza primaria assume sempre di più nel contesto della tutela della salute delle persone il miglioramento della qualità dell'ambiente.

È indubbio, infatti, che vi sia una stretta correlazione fra l'insorgere di talune malattie e la presenza di attività umane o produttive che possono essere all'origine di inquinamento ambientale.

L'impegno, pertanto, di raggiungere o di migliorare (laddove già raggiunti) gli standard minimi di qualità previsti dalle diverse disposizioni legislative comunitarie, nazionali e regionali in materia di tutela dell'ambiente dagli inquinamenti, è uno degli obiettivi che il presente Piano si pone nell'ambito delle attività di prevenzione per la tutela della salute delle persone.

Obiettivo 2.1 – Promuovere una corretta gestione dei rifiuti

Una delle maggiori cause di inquinamento ambientale in senso lato è rappresentata dalla gestione dei rifiuti, sia urbani che speciali (derivanti cioè da attività diverse da quelle domestiche). La contaminazione del suolo provocata dall'abbandono dei rifiuti o dal non corretto smaltimento o recupero degli stessi può avere sia effetti diretti sulla salute delle persone (attraverso gli inconvenienti che si possono avere dal contatto involontario con i rifiuti, oppure dalla formazione di odori e dalla presenza di animali indesiderati – insetti, roditori, - a seguito della putrefazione di rifiuti organici mal gestiti), che effetti indiretti, conseguenti questi alla formazione di percolati che possono inquinare le falde acquifere.

Il rilevante lavoro svolto dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta sin dal 1982, sia dal punto di vista della riorganizzazione dei servizi di gestione dei rifiuti urbani che dal punto di vista dell'ottimizzazione dello smaltimento finale degli stessi, ha fatto sì che la Valle d'Aosta risulta essere l'unica regione italiana che non presenta sul proprio territorio impianti di smaltimento abusivi, e che ha la piena conoscenza dell'intero flusso della gestione dei rifiuti urbani ed assimilabili.

Un'importante azione di riorganizzazione, rivolta alla migliore gestione sia igienico-sanitaria che economica dei rifiuti, è stata avviata presso le strutture dell'Azienda USL della Valle d'Aosta. Attraverso l'inserimento del nuovo sistema di raccolta dei rifiuti nei diversi reparti ospedalieri prima, e gradualmente in tutte le strutture territoriali dell'azienda, oltre ad aver raggiunto in breve tempo gli obiettivi di raccolta differenziata fissati per il 2003 dal D.lgs. n. 22/97 e successive integrazioni e modificazioni, sono state evidenziate notevoli economie nella spesa fino ad ora sostenuta dall'azienda per tale servizio.

Principale obiettivo è pertanto quello di proseguire nella piena riorganizzazione dei servizi di gestione dei rifiuti con particolare riferimento ai rifiuti urbani, oltreché completare la riorganizzazione all'interno dei presidi e servizi dell'Azienda USL.

Obiettivo 2.2 – Promuovere il miglioramento della qualità delle acque

Così come risulta dalla situazione sullo stato della qualità delle acque superficiali predisposto dall'ARPA per l'anno 1998, la Regione ha mediamente già conseguito il livello qualitativo «buono» previsto dall'art. 4 del D.lgs. n. 152/99, con molto anticipo rispetto alla scadenza di legge. Tale norma, infatti, prevede il raggiungimento di tale obiettivo entro il 31 dicembre 2016.

In tale situazione, pertanto, obiettivo principale è quello del mantenimento e del miglioramento di tale situazione, attraverso il completamento degli impianti di depurazione delle acque reflue già previsti dal Piano regionale di risanamento delle acque.

Per quanto concerne le acque sotterranee, con particolare riferimento a quelle destinate al consumo umano, si precisa che le stesse sono regolarmente monitorate e che non sono mai stati evidenziati fenomeni di inquinamento di origine chimica. Gli unici casi di inquinamento che si rilevano sporadicamente ed esclusivamente nel periodo estivo, sono principalmente legati alle attività di pascolo e stazzo di bestiame negli alpeggi posizionati a monte o nelle vicinanze di punti di captazione.

In tale situazione l'obiettivo principale è quello di migliorare le modalità di captazione di dette acque, ponendo particolare attenzione a non penalizzare eccessivamente le attività di pascolo, in quanto risorsa primaria nell'economia generale valdostana.

Obiettivo 2.3 – Promuovere il miglioramento della qualità dell'aria

Come noto le principali cause dell'inquinamento atmosferico in Valle d'Aosta sono rappresentate dalle emissioni da attività civili (impianti di riscaldamento) e emissioni da traffico veicolare. Importanti risultano essere anche le emissioni di polveri diffuse, derivanti generalmente dalle diverse attività di lavorazione di materiali inerti e che risultano particolarmente fastidiose nei periodi maggiormente ventilati (da marzo a novembre). Per quanto concerne le emissioni in atmosfera di agenti inquinanti da impianti produttivi, si rileva che le imprese sono state regolarmente autorizzate e che tutte risultano rispettare i limiti e le prescrizioni fissate in sede di rilascio dell'autorizzazione.

Principale obiettivo è quello di predisporre il Piano regionale di tutela della qualità dell'aria e di avviare gli interventi finalizzati alla costituzione del catasto delle emissioni e le prime azioni rivolte alla riduzione dell'inquinamento del traffico veicolare.

Obiettivo 3. Promuovere sani stili di vita

La salute è un bene fondamentale per le persone e per la collettività, è quindi necessario promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita che favoriscono e sostengono la salute della popolazione.

Numerose condizioni di malattia, disabilità e mortalità prematura derivano da comportamenti e stili di vita sbagliati. Gli stili di vita sono importanti in quanto il mantenimento della salute è strettamente legato anche ai comportamenti dei singoli, sia in quanto individui sia in quanto parte di comunità. Significativi progressi in termini di riduzione della mortalità prematura e di disabilità in generale possono essere conseguiti attraverso l'adozione di stili di vita e comportamenti positivi condivisi ed appresi attraverso campagne di sensibilizzazione e di informazione unitamente a progetti specifici.

Obiettivo 3.1 – Promuovere una sana alimentazione

È scientificamente accertato che un'alimentazione squilibrata concorre ad aumentare il rischio di insorgenza di malattie, quali quelle cardiovascolari e tumorali. L'alimentazione ha influenza determinante anche su altre malattie, non meno importanti dal punto di vista del costo sociale e della qualità della vita dei singoli individui, quali: l'obesità, l'ipertensione, alcune malattie del ricambio, la carie dentale, le allergie, le intolleranze alimentari, l'osteoporosi, le anemie nutrizionali. È altrettanto importante, per una alimentazione sana, l'aspetto igienico, che deve essere garantito da tutti gli operatori della filiera alimentare e sempre tenuto presente anche dai consumatori durante la conservazione e la preparazione degli alimenti.

I tassi di incidenza nella popolazione valdostana delle patologie sopra menzionate evidenziano la necessità di promuovere e rafforzare appropriati comportamenti alimentari.

A questo proposito per la popolazione generale, devono essere previste azioni che contribuiscano a migliorare l'assunzione di calorie, grassi, carboidrati, sale, adeguandosi agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici, e a ridurre la percentuale di soggetti in sovrappeso definiti in base all'Indice di Massa Corporea (IMC).

Per i gruppi di popolazione a rischio si devono prevedere interventi volti a modificare abitudini alimentari al fine di ridurre condizioni di rischio specifiche, disporre di appropriate diete ed indicazioni dietologiche durante il periodo di ricovero, disporre di adeguato supporto nutrizionale, orale ed artificiale, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Obiettivo 3.2 – Promuovere l'attività fisico-motoria

È ormai universalmente accettato che l'attività motorio-sportiva permette una sana esistenza, promuove l'aspettativa di vita in anni e ritarda o modera gli effetti di malattie cronico-degenerative.

Nella giovinezza, l'eventuale opzione agonistica offre una ulteriore opportunità di maturazione psico-fisica. Nella vita adulta la pratica sistematica di attività fisico-motorie contrasta le manifestazioni e gli esiti della «malattia ipocinetica», che ha come bersagli l'apparato locomotorio, il sistema metabolico e quello cardiovascolare. Nella senilità l'esercizio fisico previene il declino delle capacità organico-funzionali e fornisce stimoli adeguati alla vita intellettuale ed affettiva, promuovendo l'indipendenza e l'autonomia fisica e mentale.

Coerentemente con quanto affermato gli obiettivi prioritari sono:

- favorire l'educazione motoria a partire dalla prima infanzia;
- garantire un orientamento allo sport che tenga conto delle caratteristiche e dei bisogni individuali;
- ampliare l'offerta di sport per tutti;
- estendere la tutela sanitaria al controllo di qualità dell'offerta di attività motorie;
- incrementare la percentuale di popolazione che, in tutte le fasce di età, svolge regolarmente attività fisica nel tempo libero in particolare tra gli anziani.

Obiettivo 3.3 -Contrastare l'abitudine al fumo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il tabacco come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società. La nicotina viene oggi riconosciuta al pari dell'alcol, cocaina, allucinogeni e oppiacei tra le sostanze psicoattive capaci di generare dipendenza fisica e psichica.

Prendendo in considerazione i dati tratti dalle indagini Multiscopo dell'ISTAT riferiti al periodo dal 1980 al 1996 in Italia si evidenzia una graduale riduzione del numero totale dei fumatori. Tale riduzione non ha seguito però il medesimo andamento nei due sessi: i maschi dal 54,3% sono passati al 34,9%, le femmine invece dal 16,7% al 17,9%. Sembra che solo il 3% delle fumatrici sia disposto ad abbandonare la sigaretta, mentre la disponibilità dei maschi a smettere di fumare è del 15%. Anche la Valle d'Aosta non si discosta in maniera significativa dalle tendenze nazionali.

L'ultima rilevazione effettuata dall'ISTAT, riferita all'anno 1996, riporta che le persone di età superiore ai 14 anni che dichiarano di fumare in Valle d'Aosta ammontano al 27,8% di cui il 98,1% sono fumatori di sigarette.

Un indicatore interessante proviene dai dati della Relazione Socio sanitaria annuale che evidenziano come le broncopneumopatie rappresentino un problema non trascurabile in quanto anticipatori di eventi patologici più letali quale, appunto, il tumore al polmone che potrebbe colpire in futuro più pesantemente, la popolazione femminile valdostana.

L'abitudine al fumo è causa di una quota rilevante di mortalità e morbosità evitabile e di costi sanitari dovuti a tumori, broncopneumopatie croniche e malattie cardiovascolari. La cessazione dell'abitudine al fumo anche in età adulta comporta importanti benefici poiché è stato verificato che il rischio degli ex-fumatori dopo 15 anni dalla interruzione dell'abitudine è prossimo a quello dei non fumatori anche se non vanno sottaciuti gli effetti dannosi del fumo passivo nei non fumatori e sulle persone in generale, specie nei bambini.

Un dato interessante è quello per cui la maggior parte dei fumatori acquisisce l'abitudine durante l'adolescenza.

Le azioni in materia dovranno tendere al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- La riduzione della percentuale dei fumatori;
- La riduzione della prevalenza dei fumatori tra gli adolescenti (qualsiasi programma che voglia conseguire il recupero definitivo del fumatore deve contemplare un più rilevante impegno a dissuadere i possibili futuri fumatori);
- La riduzione, tendendo a zero, della percentuale di donne in stato di gravidanza che fumano.

Tali azioni si concretizzeranno in opportune campagne di informazione e di sensibilizzazione nelle scuole, nelle sedi consultoriali dei distretti e attraverso i contatti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Obiettivo 3.4 – Contrastare l'abuso di alcol

Sussiste in Valle d'Aosta, come in tutta Italia, una estrema incertezza sui dati relativi al consumo di bevande alcoliche. Le stime epidemiologiche e di dati desumibili da recenti studi portano a considerare l'esistenza di una analogia tra i dati della Valle d'Aosta e quelli complessivamente riferibili all'Italia, come ha dimostrato anche lo studio «Alcol, produzione, consumi e

morbosità», realizzato a livello regionale dall'Assessorato competente per valutare gli interventi di politica socio sanitaria sull'alcolismo.

Dalle ulteriori indagini risulta che la stragrande maggioranza dei consumatori è nella fasce d'età tra i 15 e i 24 (77,8%), percentuale che sale all'82,3% solo tra i 33 e 44 anni per poi diminuire intorno ai 54 anni al 72,3%.

L'aumento dei consumi di superalcolici è maggiore nei giovani fino a 34 anni con una accresciuta presenza femminile che passa dall'8,5% al 13,6%.

La birra è considerata la bevanda dei giovani (+ 6,2% fra i 15-24 anni), ma anche l'aumento del consumo degli aperitivi e digestivi (+ 2,4%) è più evidente fra la popolazione giovanile. Per tutti i tipi di bevande alcoliche diminuisce il consumo solitario. L'incidenza dell'abuso è valutabile attorno ai 4 milioni di persone e la mortalità correlata, che comprende, oltre alla mortalità per patologie croniche degenerative anche gli incidenti stradali, gli omicidi e i suicidi, viene valutata attorno ai 30 mila decessi l'anno, ma è di certo una sottostima se si pensa che una serie di cause sfugge alla correlazione con l'abuso etilico.

In Valle d'Aosta il tasso grezzo di mortalità mostra un aumento dal 1991 al 1992 (dal 5,2 per 10.000 al 6,4 per 10.000) confermato anche negli anni successivi (1993: 6,3 per 10.000 abitanti, 1994: 6,1 per 10.000 abitanti; 1995: 6,2 per 10.000 abitanti).

Negli anni considerati le cause di morte per alcol rappresentano complessivamente il 5% circa delle morti totali (non sono state considerate le cause violente quali incidenti stradali, omicidi, suicidi) con un picco nel 1995 (5,68%).

L'analisi della mortalità per sesso evidenzia un aumento della percentuale di femmine decedute per queste cause dal 1994 in poi mentre gli anni a maggiore prevalenza di maschi sono il 1992 e il 1993; si potrebbe ipotizzare una modifica del «profilo» di consumo alcolico con una maggiore frequenza di donne bevitrici.

Per ridurre il consumo di alcol e di conseguenza i problemi correlati (patologie e mortalità precoce) possono essere assunte misure efficaci; queste offrono significative opportunità per un investimento mirato finalizzato al miglioramento della salute.

Per ridurre i livelli di consumo di alcol è possibile utilizzare un approccio basato su tutta la popolazione e misure specifiche nei confronti dei comportamenti a rischio elevato.

L'approccio a rischio elevato è primariamente interessato ad identificare e ad aiutare gli individui con problemi particolari.

L'approccio basato su tutta la popolazione è più produttivo in termini di guadagno in salute, non solo perché una riduzione complessiva dei consumi diminuisce i problemi che nascono da tutti i tipi di bevitori, ma anche perché i forti bevitori e i loro problemi sono particolarmente sensibili agli interventi basati su tutta la popolazione.

Un approccio basato su tutta la popolazione ha inoltre lo scopo di cambiare la percezione di quelli che sono considerati i livelli normali del consumo di alcolici e dei modelli culturali del bere.

Un contesto in cui l'uso ridotto del bere costituisca la norma, eserciterebbe una potente pressione sui forti bevitori a ridurre il loro livello di consumo di alcol, potenziando in questo modo l'approccio al rischio elevato.

Un approccio a rischio elevato è pertanto necessario quale complemento all'approccio basato su tutta la popolazione.

In questa cornice sono inclusi gli obiettivi del presente Piano che sono:

- Rafforzare le azioni finalizzate alla prevenzione dei danni provocati dall'abuso di alcol;
- Creare e sostenere ambienti che favoriscano la promozione della salute e rafforzino la motivazione e le capacità individuali ad evitare i danni provocati dall'abuso di alcol;
- Rafforzare il sostegno pubblico per comportamenti più sicuri nel bere, attraverso programmi educativi;
- Rafforzare il contributo dei sistemi sanitari e in particolare dell'assistenza sanitaria di base, alla prevenzione e al trattamento dei danni provocati dall'abuso di alcol;
- Rafforzare il contributo dei servizi di assistenza sociale alla prevenzione dei danni provocati dall'abuso di alcol.

Tali obiettivi sono pertanto traducibili in azioni che proseguono e implementano quanto già in atto attraverso le campagne di prevenzione regionale, come la «Sbronza di Noé», l'opera dei servizi e degli operatori sul territorio, in particolare quelli del servizio di alcologia dell'azienda USL della Valle d'Aosta.

Obiettivo 3.5 – Contrastare l'uso di sostanze stupefacenti

Il fenomeno droga investe tutti i piani della condizione umana, dagli aspetti filosofici a quelli etici, dagli aspetti politici a quelli sociali e l'estensione del fenomeno è crescente.

Le ricadute sul terreno sociale e nei luoghi di lavoro, significano quasi sempre, aumento della criminalità, grande e micro, crescita dell'economia illegale e mafiosa, rottura nei luoghi di lavoro di radicate culture di solidarietà, accentuazione di rotture intergenerazionali e familiari, crescita delle insicurezze.

La tossicodipendenza è stata definita come un classico fenomeno multifattoriale è necessario quindi sviluppare iniziative su tutto il terreno dell'organizzazione dell'intervento verso le tossicodipendenze tenendo conto che sta mutando il rapporto tra droghe e consumatore di droghe: tende cioè a crescere il numero dei consumatori che coabita con le droghe senza diventare nettamente tossicodipendente.

Su questi presupposti diventa prioritario affermare una politica d'intervento verso la dipendenza che spazia dalla prevenzione ed educazione, alla coprogettazione, accoglienza e continuità terapeutica, alla risocializzazione, all'inserimento lavorativo.

Solo così anche il rapporto tra pubblico e privato sociale può funzionare in maniera integrata, integrazione ancor più necessaria alla luce dell'evoluzione delle stesse modalità di consumo di droghe e della crisi delle consuete modalità terapeutiche.

Coerentemente con quanto finora espresso gli obiettivi prioritari sono:

- aumento della percentuale di consumatori in contatto con i servizi, con particolare riferimento a coloro che fanno uso di «nuove droghe»;
- riduzione della mortalità e della morbosità;
- aumento della quota dei soggetti in contatto con i servizi che iniziano e completano i trattamenti terapeutici previsti e recuperano un livello accettabile di integrazione sociale;
- ampliamento della gamma delle alternative terapeutiche;
- miglioramento della qualità di vita delle persone dipendenti.

Le azioni corrispondenti si traducono nel proseguimento e nel potenziamento, anche attraverso approcci interdisciplinari, dell'attività già svolta dal Servizio di alcolologia e Tossicodipendenza (SerT) dell'azienda USL della Valle d'Aosta e in azioni di prevenzione primaria da svolgersi presso le scuole e i centri di incontro per giovani, volte ad informare sui rischi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, specie quelle di nuova generazione.

Obiettivo 4. Contrastare le patologie cause di mortalità e di morbosità evitabile

Dal punto di vista epidemiologico si intende per mortalità evitabile la mortalità in soggetti deceduti ad una età inferiore a 65, o alla durata media della vita, riferendosi al concetto generale di anni di vita potenziale persi (APVP) per cause prevenibili con interventi appropriati di prevenzione, terapia e riabilitazione.

La struttura demografica valdostana, le abitudini di vita tipiche di una popolazione ad elevato sviluppo economico e le caratteristiche delle attività produttive attuali e pregresse, determinano gli aspetti più rilevanti dell'epidemiologia regionale, ovvero la preminenza di patologie cardiovascolari e cerebrovascolari e delle patologie oncologiche, che sono anche tra le prime cause di morte in regione.

Il trend epidemiologico della mortalità in Valle d'Aosta, calcolata rispetto all'indicatore «Anni di Vita Produttivi Perduti» è caratterizzato da un'elevata perdita di anni/uomo attribuibili, oltre che a cause esterne (traumatismi), ai tumori, alle malattie del sistema circolatorio, alle malattie dell'apparato digerente e a quelle dell'apparato respiratorio. Anche analizzando la mortalità secondo parametri proporzionali, il trend epidemiologico risulta simile a quello nazionale attribuendo nel complesso a queste 5 principali cause di morte l'86,5% dei decessi nei maschi e l'84% nelle femmine.

Obiettivo 4.1 – Ridurre la mortalità precoce per malattie del sistema cardiovascolare

Le malattie del sistema cardiocircolatorio (e le altre principali forme morbose comprese in tale raggruppamento, quali le malattie del cuore, la cardiopatia ischemica, le malattie circolatorie cerebrali) rappresentano la principale causa di morte nella Regione (il 39% dell'intera mortalità) anche se il miglioramento nelle capacità di controllo dei principali fattori di rischio, implicati nella loro genesi (diminuzione dell'abitudine al fumo, controllo dell'ipertensione, raccomandazioni dietetiche), potrà in

futuro determinare un'inversione tendenziale rispetto ai valori attuali, che appaiono stazionari dal 1992. Tra tutte, le malattie cardiovascolari hanno, in termini assoluti, un'incidenza e una prevalenza elevate tanto che, dal 1992 al 1997, in Valle d'Aosta sono state la causa di 1428 decessi nei maschi e di 1526 nelle femmine e sono state responsabili mediamente di circa 240 decessi /anno tra i maschi e 250 nelle femmine, anche se la mortalità per questa causa e per lo stesso periodo ha evidenziato valori più bassi in entrambi i sessi rispetto a quelli nazionali. Dei 490 decessi complessivi annui, circa 270 sono da attribuire a soggetti ultraottantenni. Con il progressivo invecchiamento della popolazione aumenterà il numero assoluto di soggetti con malattie cardiache e soprattutto con malattie cerebrovascolari, particolarmente impegnative sul piano dell'assistenza a medio termine, di conseguenza non è da attendersi una futura diminuzione dell'elevato carico assistenziale sia in fase acuta sia in fase riabilitativa legato ad infarti, scompenso cardiaco e affezioni cerebrovascolari, neanche in presenza di un'eventuale diminuzione dei tassi standardizzati per età.

La situazione descritta impone un vigoroso impegno finalizzato al raggiungimento sia di obiettivi generali, quali:

- la riduzione della mortalità derivante da malattie ischemiche del cuore;
- la riduzione della morbosità derivante da disturbi circolatori dell'encefalo;
- la riduzione della eventuale mortalità differenziale registrata fra aree geografiche o gruppi di popolazione;

che di obiettivi specifici, quali:

- il miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare con implementazione di interventi di prevenzione secondaria e di riabilitazione;
- miglioramento della qualità dell'assistenza (tempestività ed efficacia) per gli eventi acuti;
- il miglioramento della qualità della vita del cittadino assistito affetto da patologie cardio e cerebrovascolari anche mediante interventi di tipo sociale-assistenziale con sperimentazioni di assistenza «mista», cioè domiciliare, ma governata da un centro ospedaliero.

L'attuazione del Piano dovrà prevedere altresì la sperimentazione di forme sinergiche di assistenza ai malati colpiti da cerebrovasculopatie.

Obiettivo 4.2 – Ridurre la mortalità precoce per tumori

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte in Italia e in Valle d'Aosta registrano, da sole, il 30% della mortalità complessiva regionale.

Nel periodo compreso tra il 1992 e il 1999, si sono registrati infatti in Valle 3.901 decessi per tumore, in particolare, rispetto ai valori nazionali, si rileva un eccesso di mortalità standardizzata nei tumori del cavo orale negli uomini, dell'esofago in entrambi i sessi, dell'intestino nell'uomo, delle vie biliari in entrambi i sessi, della laringe in entrambi i sessi, della pelle nelle donne, oltre che della mammella e della prostata.

Lo stile di vita e le tendenze demografiche registrate in Valle d'Aosta sono in grado di spiegare la più elevata mortalità differenziale nei maschi residenti in Valle d'Aosta rispetto ai valori nazionali (324 decessi ogni 100.000 abitanti in Valle d'Aosta contro 322,4/100.000 in Italia).

Coerentemente con quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale e tenuto conto del quadro epidemiologico locale, gli obiettivi tendenziali individuati dal Piano sono:

- sviluppare, promuovere e coordinare le attività di prevenzione, diagnosi e cura delle neoplasie in particolare quelle a maggiore rilevanza epidemiologica in ambito regionale collegabili a fattori di rischio legati all'alimentazione, fumo, alcol e all'esposizione prolungata a raggi ultravioletti;
- perfezionare la collaborazione con le strutture piemontesi di radioterapia e di screening oncologico mediante l'integrazione della Valle d'Aosta nella Rete Oncologica Piemontese;
- ridurre la mortalità derivante da tumore maligno con particolare attenzione al tumore alla mammella, alla prostata, al polmone, all'esofago, al cavo orale, alla pelle;
- avviare indagini epidemiologiche mirate alla comprensione delle disuguaglianze di incidenza e mortalità per tumore tra aree geografiche;
- migliorare la qualità della vita del cittadino affetto da patologia oncologica.

Obiettivo 4.3 – Ridurre la mortalità e le conseguenze di altre patologie di rilievo sociale, quali:

Diabete – Il numero dei soggetti affetti da diabete mellito in Valle d'Aosta può essere stimati attraverso alcuni dati riferiti alle dimensioni del problema a livello regionale. Sono infatti 3.100 gli esenti ticket nel 2000 e 1.500 i casi seguiti dai servizi di diabetologia nello stesso anno.

Costituiscono quindi impegni prioritari per questo Piano, la riduzione e la cura delle complicanze del diabete (cecità, insufficienza renale cronica, amputazioni, patologia cardiovascolare che causano altissimi costi umani ed assistenziali) e della mortalità associata mediante un'assistenza specialistica ospedaliera, territoriale ed integrata tra ospedale e territorio.

Insufficienza renale cronica – Si tratta di una patologia che si presenta con sempre maggiore frequenza per effetto di un consistente invecchiamento della popolazione. In Valle d'Aosta le dimensioni del problema possono essere riassunte dai dati del trend di nuovi casi che si sono presentati ai servizi negli ultimi anni e che ammontano ad oltre 150 l'anno nel triennio 1995-1997, mentre l'incidenza annuale di cittadini in terapia sostitutiva è stata di circa 140 soggetti nel 1998. Gran parte delle malattie renali ha la caratteristica della progressione verso l'insufficienza renale terminale, con necessità di terapia sostitutiva della funzione renale. Ne derivano costi elevatissimi di salute ed economici.

Considerata l'evidenza di una buona copertura assistenziale costituisce impegno del presente Piano: il mantenimento dei livelli quali-quantitativi raggiunti integrando tali azioni con l'adozione di linee guida per il riconoscimento e la prevenzione primaria e secondaria delle nefropatie progressive e per il rallentamento dell'evoluzione dell'insufficienza renale cronica; la realizzazione del Registro dell'insufficienza renale cronica; la valutazione dell'eventuale potenziamento della dialisi domiciliare.

Altre patologie – Si individuano altre patologie di rilevanza sociale che dovranno essere oggetto di definizione della domanda e di conseguente eventuale attuazione di progetti regionali mirati. Si tratta delle:

- malattie reumatiche croniche;
- malattie allergiche in età pediatrica;
- malattie dell'apparato respiratorio con particolare riguardo all'asma ed alla bronchite cronica;
- disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia;
- epatopatie di origine virale;
- fibrosi cistica, errori del metabolismo congenito o acquisito e celiachia;
- demenze, sclerosi multipla, neuropatie croniche, Morbo di Parkinson, epilessia.

Obiettivo 4.4 – Sorveglianza delle patologie genetiche e/o rare

Tra i settori per i quali sono richiesti sforzi organizzativi, cambiamenti culturali ed un importante intervento pubblico è stata inclusa la «Sorveglianza delle patologie rare», anche per adeguarsi e collegarsi ai programmi europei che da anni si occupano di queste malattie.

In letteratura sono identificate circa 5.000 malattie rare, per la maggior parte (90%) ad origine genetica.

Di particolare interesse per la Valle d'Aosta sarà lo studio della distribuzione delle patologie genetiche correlate all'età senile e presenile (es. Corea di Huntington, sindrome di Alzheimer, atassie cerebellari) e il progetto di ricerca per il «Rilevamento, predizione e prevenzione di alcune delle più comuni malattie endocrino-metaboliche» in convenzione con l'Ospedale Maggiore IRCCS di Milano, considerato l'impatto assistenziale sanitario e sociale che anche piccoli numeri impongono al sistema regionale per garantire la diagnosi appropriata e tempestiva, il pronto riferimento per la terapia presso centri specialistici, il consolidamento delle attività di prevenzione e il sostegno alla ricerca scientifica.

Obiettivo 5. Migliorare la qualità della vita dei soggetti affetti da malattie croniche e invalidanti

Obiettivo 5.1- Migliorare la qualità della vita dei soggetti con malattie mentali e delle loro famiglie

Nella fase di avanzata deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale sono ormai chiari i fenomeni che stanno emergendo. Innanzitutto quello di nuove forme di assistenza, più «morbide» rispetto ai vecchi istituti segreganti, quali case-famiglia, comunità protette. Il secondo aspetto, ben visibile, è che la fine del manicomio non significa fine del bisogno d'internamento.

Inoltre, in questi ultimi anni si stanno registrando nuovi approcci alla salute mentale, vista non solo come aspetto della vita del singolo, ma inserita in un'ottica di comunità, che possa riconoscere, valorizzare e potenziare le energie e le competenze de-

gli stessi soggetti portatori del problema e, nello stesso tempo, promuovere e rafforzare le reti sociali, sia naturali (familiari curanti, amici, vicini, colleghi); che formali (servizi, associazioni, istituzioni).

Se a questi aspetti si aggiunge un'altra problematica rilevante nell'ambito della salute mentale quale è il suicidio, che è una tra le dieci principali cause di morte nei paesi sviluppati ed in via di sviluppo e che rappresenta la seconda o terza causa di decesso di adolescenti e giovani tra i 15 e 24 anni, l'inevitabile conclusione è che la mortalità per suicidio costituisce un serio problema di salute pubblica.

Il suicidio è un comportamento fortemente associato ai disturbi mentali e contribuisce ad incrementare i tassi di mortalità delle persone affette da disturbo psichico. La presenza di un disturbo mentale (incluso l'alcolismo e l'abuso di sostanze) rappresenta il più importante fattore di rischio per suicidio e per questo motivo la prevenzione ed il trattamento dei disturbi psichici ha un significativo effetto preventivo sul suicidio stesso.

Appare pertanto evidente che l'eterogeneità delle situazioni e delle problematiche inerenti la salute mentale rende necessaria una strategia globale che si avvale di una molteplicità di interventi. Tali tipi di interventi presentano caratteristiche e finalità specifiche attraverso tutti e tre i tipi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria. Di fronte ad un fenomeno multi causale che origina nell'intero tessuto della società è preferibile avere un approccio che, accanto a specifici interventi sui gruppi a rischio, sia anche orientato sugli individui, sulle famiglie e sulla comunità.

Ciò premesso, in linea con il Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale» 1998-2000, i principali obiettivi di salute mentale che la Regione Autonoma Valle d'Aosta si propone di perseguire sono indicati di seguito:

- sviluppare il momento assistenziale territoriale, con interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- incentivare una rete di servizi socio-sanitari territoriali coerente con i reali bisogni dell'utenza, privilegiando l'istituzione dei centri di salute mentale, dei punti ambulatoriali nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- promuovere ogni possibile iniziativa finalizzata a soddisfare l'urgenza psichiatrica territoriale;
- attivare un sistema di monitoraggio delle dimensioni del fenomeno dei disturbi mentali.

Obiettivo 5.2 – Migliorare l'attività di riabilitazione rivolta ai soggetti con disabilità

Con le linee-guida ministeriali per le attività di riabilitazione sono stati formulati indirizzi alle Regioni in particolare affinché provvedano:

- a disciplinare l'attività riabilitativa in ambito ospedaliero;
- a classificare i presidi di riabilitazione extra-ospedaliera pubblici e privati;
- ad individuare le quantità e le tipologie di prestazioni che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e private avvicinandosi con gradualità agli obiettivi posti dalle stesse linee-guida;

Le linee-guida nazionali identificano quattro fasi del trattamento riabilitativo:

- fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni (nella fase acuta);
- fase della riabilitazione intensiva (nella fase post-acuzie per persone clinicamente instabili con elevato potenziale di recupero);
- fase della riabilitazione intermedia od estensiva (completamento del progetto di recupero e del progetto di riabilitazione);
- fase di mantenimento (per persone clinicamente stabilizzati, finalizzata a prevenire la progressione della disabilità).

In relazione alla intensità e complessità assistenziale le attività di riabilitazione sono distinte in due tipologie:

- attività di riabilitazione intensiva, diretta al recupero di disabilità importanti e modificabili con elevato impegno diagnostico e specialistico che si inseriscono nella fase dell'immediata post acuzie della malattia al fine di influire sui processi biologici che sottendono il recupero e/o riducono la disabilità e che richiedono il ricovero ospedaliero o il ricovero in presidi di alta specialità riabilitativa;
- attività di riabilitazione estensiva o intermedia con moderato impegno terapeutico ed elevato impegno per il supporto assistenziale riguardante la fase di completamento del processo di recupero dove viene completato l'intervento riabilitativo con modalità non intensive. Rientrano in queste attività anche le fasi di mantenimento e/ prevenzione della progressiva disabilità caratterizzate da diverse tipologie di interventi riabilitativi abitualmente integrati con l'attività di riabilitazione sociale.

Il trattamento intermedio o estensivo e di mantenimento deve essere garantito, secondo l'evidenza scientifica, operando in servizi degenziali, non degenziali o al domicilio

Obiettivo 6. Adeguare i servizi all'evoluzione del contesto sociale ed allo sviluppo tecnologico

Obiettivo 6.1 – Tutela dei soggetti immigrati

Rispetto alle popolazioni migranti, gli aspetti più rilevanti di ordine sanitario riguardano quel complesso di situazioni legate alla povertà e alle difficili condizioni di vita relative all'inserimento sociale. Inoltre, l'estrema mobilità delle persone, comporta anche una estrema mobilità delle malattie, alcune di queste di difficile diagnosi perché pressoché sconosciute nel nostro paese.

Per garantire il miglioramento delle condizioni di salute di questi cittadini sia regolari che non regolari è necessario che gli interventi dell'ambito sanitario si integrino con interventi che affrontino complessivamente le problematiche degli immigrati, dal punto di vista sociale, scolastico e del lavoro. La Regione Autonoma Valle d'Aosta, riconoscendo la rilevanza che il fenomeno dell'immigrazione sta avendo anche sul proprio territorio, e consapevole del valore da riconoscere a società sempre più multietniche, ha previsto, all'interno di una legge più ampia la tutela dei soggetti immigrati. L'obiettivo è stato e sarà anche per il futuro, quello di garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria a tutti gli immigrati, secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno, la l. 40/1998, all'articolo 33 commi 3 e 6 assicura le cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali qualora sprovvisti di mezzi sufficienti al proprio sostentamento. Le relative spese fanno carico al Ministero dell'Interno. Le rimanenti prestazioni, costituite dalle cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali e da tutte le patologie cliniche comprese nella tutela sociale della gravidanza e della maternità ai sensi delle leggi 405/1979 e 194/1978, la tutela della salute del minore ai sensi della l. 176/1991, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle Regioni, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai, gravano sul Fondo sanitario regionale senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

Riguardo alla prevenzione primaria dovrà essere garantita l'estensione della copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana alla popolazione immigrata.

Obiettivo 6.2 – Garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria ai viaggiatori ed turisti

Il turismo rappresenta una delle principali, oltre che tradizionali, fonti di reddito per la Valle d'Aosta. La regione, che registra un numero di cittadini residenti pari a 120.000 unità, nei periodi di massima attrazione turistica conta un numero di presenze che, ad agosto 1999, è stato di 771.031 soggiorni, equivalenti a 139.072 arrivi. Secondo una stima proveniente da questi dati, nei mesi estivi, in cui l'affluenza è massima, la popolazione che ogni giorno necessita di potenziale assistenza è pari quasi al doppio di quella abituale. Alla popolazione turistica in generale, sia essa passeggera o stanziale, il presente piano intende offrire un'assistenza ancora più attenta ai bisogni specifici. Per quanto riguarda nello specifico il turismo stanziale, per motivi ricreativo-culturali o alpinistico-sportivi, considerato l'elevato sviluppo della rete dell'emergenza sanitaria e lo stato di attuazione di alcuni progetti specifici attualmente in applicazione, è obiettivo di questo Piano il mantenimento dei centri già attivi e l'istituzione di altri nelle località definite dai programmi esecutivi sopracitati.

Per quanto riguarda invece il numero dei viaggiatori internazionali che prendono in considerazione la necessità di un programma di profilassi vaccinale o che richiedono informazioni sanitarie relative ai luoghi di soggiorno che li attendono il Piano ritiene necessario diffondere conoscenze e promuovere forme di aggiornamento a carattere specifico, oltre che sviluppare servizi atti a corrispondere alle esigenze dei viaggiatori affinché essi possano osservare le basilari misure di igiene, si sottopongano alle vaccinazioni consigliate e siano a conoscenza di particolari rischi riguardanti i territori che dovranno visitare.

Necessita quindi prevedere in questo Piano obiettivi riguardanti la riduzione dell'incidenza delle malattie infettive di importazione, la più rapida diagnosi di patologie poco frequenti nel nostro paese, l'adeguata informazione ed accessibilità delle prestazioni per la prevenzione ai turisti ed ai viaggiatori italiani e stranieri.

Obiettivo 6.3 – Attuazione Piano Nazionale Sangue 1998-2000

L'attività di indirizzo e coordinamento fino ad ora promossa, ha consentito di determinare, nell'ambito di un rapporto di piena collaborazione con i referenti tecnici ospedalieri e con le Associazioni dei donatori, una linea operativa efficace. Sono definiti annualmente i fabbisogni di emocomponenti e di farmaci plasmaderivati articolati per tipologia. È in atto la partecipazione della Regione all'Accordo interregionale coordinato dalla regione Veneto, per il servizio di ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali e produzione, stoccaggio e consegna di emoderivati. Il presente Piano prevede la stesura del Piano Regionale Sangue, il consolidamento dell'autosufficienza regionale di sangue ed emocomponenti e la partecipazione al raggiungimento dell'autosufficienza nazionale. A tal fine occorre valorizzare il ruolo delle Associazioni dei donatori alle quali è affidato il compito di diffondere l'informazione e l'educazione al

dono del sangue nonché favorire lo sviluppo della coscienza donazionale. È necessario promuovere presso gli operatori sanitari, attraverso il Comitato ospedaliero per il buon uso del sangue, la responsabilizzazione e la razionalizzazione dei consumi di sangue e dei suoi componenti o derivati.

Dovrà essere garantita inoltre la partecipazione della Regione agli scambi di sangue e di emocomponenti, attraverso la pianificazione nazionale e gli accordi interregionali (attualmente Piemonte e Sardegna), modulando a tal fine l'attività di produzione in rapporto al numero di donatori disponibili e al fabbisogno della propria struttura ospedaliera.

Il Piano è finalizzato a rendere sicura la trasfusione di sangue, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso la massima riduzione possibile del rischio trasfusionale ed infettivo, con l'attivazione quindi di standard e sistemi operativi che consentano la verifica sistematica della sicurezza e dell'efficacia terapeutica del sangue e dei suoi prodotti. Infine il Piano stabilisce di garantire alla popolazione l'accesso a tutti i prodotti terapeutici derivati dal sangue alle condizioni più favorevoli per effettuare le terapie più appropriate.

Obiettivo 6.4 – Migliorare l'utilizzo delle tecnologie diagnostiche e favorire l'innovazione tecnologica

La presenza nelle strutture sanitarie valdostane di un sufficiente parco tecnologico diagnostico terapeutico è ancora caratterizzata da significativi elementi di criticità in ordine alla capacità del sistema pubblico regionale di assicurarne un utilizzo appropriato.

Le lunghe liste di attesa ed un ricorso elevato a strutture extra regionali, estere o private, soprattutto per gli accessi ambulatoriali, si accompagnano a volte a forme di sovrautilizzo di talune apparecchiature, dovuto a inappropriata o, al contrario, ad attrazione per l'elevato livello qualitativo offerto.

Vengono tuttavia a mancare alcune branche diagnostico-terapeutiche (radioterapia, RMN) che dovranno sicuramente trovare soluzione, o inizio di soluzione progettuale nel periodo di vigenza di questo Piano e permane una carenza generalizzata di alcune professionalità specialistiche; una situazione che incide sulla definizione dei livelli tecnologici in quanto sempre di più la struttura ospedaliera ed assistenziale in genere sarà costretta a proporsi in maniera sempre più tecnologicamente aggiornata, così da essere professionalmente attrattiva per i pochi professionisti presenti sul mercato del lavoro.

Sarà altresì indispensabile raggiungere livelli sufficienti di appropriatezza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e riabilitative attraverso l'applicazione dell'evidenza scientifica, della responsabilizzazione dei prescrittori, della integrazione tra ospedale e territorio.

Obiettivo 6.5 – Potenziare la dotazione tecnologica diagnostica

La Regione Autonoma Valle d'Aosta intende favorire l'aggiornamento e le tecnologie biomediche in grado di migliorare la diagnosi precoce ovvero di ridurre il ricorso a tecniche diagnostiche e terapeutiche invasive. In tale ambito appare prioritario sviluppare la diagnostica delle patologie invalidanti segnatamente oncologiche (la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) che fornisce importanti informazioni sulla funzione di organi e tessuti e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) anche previa identificazione di accordi interregionali e/o interaziendali in grado di garantire un adeguato bacino di utenza

Obiettivo 6.6 – Ridurre la mobilità passiva per le alte specialità

La mancanza di alte specialità (cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia plastica) da un lato comporta un flusso migratorio verso altre regioni anche per patologie non gravi, dall'altro limita fortemente lo sviluppo di alcune specialità di base e di servizi di supporto già presenti nell'ospedale regionale (es. emodinamica possibile solo per la fase diagnostica e non per la fase terapeutica). Allo stato attuale la Valle d'Aosta esporta in un anno in mobilità passiva circa 130 angioplastiche (incluse le PTCA primarie), 80 ernie discali, circa 40 urgenze neurochirurgiche differibili, con disagi per il cittadino, necessità di trasporti da parte del 118, e costi elevati per l'amministrazione. L'ammontare dei rimborsi per le sole angioplastiche è di circa un miliardo e 240 milioni di lire annue. È necessario pertanto sviluppare tali attività altamente specialistiche fattibili in Valle d'Aosta attraverso la collaborazione interregionale e/o interaziendale per l'utilizzo di specialisti provenienti da altri centri. Nonostante infatti allo stato attuale l'offerta regionale sia in grado di affrontare sotto il profilo diagnostico e terapeutico medico e chirurgico buona parte delle problematiche legate alla patologia vascolare, rimane ancora da risolvere il problema dell'emodinamica cardiaca, con particolare riferimento all'esecuzione di angioplastiche coronariche. Poiché ad oggi è possibile concepire tale tipologia di prestazioni senza la presenza di uno «stand by» cardiochirurgico, il presente Piano ipotizza, previo un adeguato periodo di formazione dei propri cardiologi interventzionisti e angiologi presso centri qualificati, l'attivazione in loco di tali prestazioni con il supporto di un «tutor» e con uno «stand by» effettivo, intervenendo selettivamente su persone trattabili con PTCA senza «stand by» rimandando alla presenza di un cardiochirurgo i casi più complessi. Ciò permetterebbe inoltre di affrontare, in collaborazione con i chirurghi vascolari e gli angiologi, la parte di patologia cosiddetta «di confine» dell'aorta toracica (ascendente, arco e discendente) attualmente trattata in mobilità passiva.

Per quanto attiene gli accordi interregionali e/o interaziendali, l'obiettivo è quello di sviluppare tra aree geografiche amministrativamente distinte, accordi che portino alla creazione di poli specialistici di attrazione complementari tra le due aree nell'offerta globale di servizi per ottenere una migliore performance clinica, un ampliamento dei bacini di utenza ed un abbattimento dei costi di mobilità passiva.

In ambito ospedaliero regionale la sola specialità con rilevanza di unità budgetaria tra quelle previste dal presente obiettivo è la chirurgia maxillofacciale che, già presente nella dotazione attuale, vedrà, in attesa di una sua ricostituzione, una temporanea riorganizzazione funzionale all'interno dell'UB di otorinolaringoiatria per il solo trattamento di casi che necessitano una stabilizzazione clinica prima dell'invio ad un centro specializzato.

Si evidenziano quindi le seguenti attività:

- Chirurgia maxillofacciale, ad integrazione dell'attività dell'UB di otorinolaringoiatria e per il solo periodo di tempo necessario a ricostituire l'UB maxillofacciale;
- Chirurgia plastica nell'ambito dell'UB di dermatologia;
- Angioplastica coronarica e chirurgia dell'aorta toracica per le patologie cosiddette «di confine»;
- Neurochirurgia ad integrazione dell'attività dell'UB di neurologia e del DEA

Obiettivo 6.7 – Realizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale

L'esigenza di conciliare la crescente domanda di qualità del Servizio sanitario e Sociale con il contenimento della spesa e il controllo dei costi, determina la necessità dell'utilizzo integrato dell'ICT (Information and Communication Technology) in ambito amministrativo e sanitario.

In virtù di tale ruolo la Regione intende favorire lo sviluppo e l'integrazione di un Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, articolato nei due livelli:

1. il livello Regionale, finalizzato al controllo ed alla programmazione, nell'ambito del quale vengono sviluppati i necessari sistemi di supporto decisionale;
2. il livello Aziendale USL, finalizzato alla gestione amministrativa ed al miglioramento dei servizi socio sanitari offerti dalla Azienda stessa.

A tale proposito, l'avvio e lo sviluppo delle attività dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali, favorirà l'individuazione di indicatori utili a descrivere i bisogni di salute e di assistenza sociale e ad individuare e sperimentare indicatori di qualità e di appropriatezza dei servizi sanitari e sociali a livello regionale che la Giunta regionale emanerà con successivo atto e che renderanno possibile il monitoraggio delle principali fasi del processo socio-sanitario. I cambiamenti delle politiche sanitarie succedutesi con frequenza a livello nazionale negli ultimi anni impongono infatti di innovare anche i sistemi di monitoraggio a livello locale. La regionalizzazione dei servizi sanitari impone a ciascuna regione di costruire un sistema di indicatori che, pur avendo un denominatore comune negli indicatori validi in tutti i contesti ha una valenza specifica alla propria realtà locale. Il processo in Valle d'Aosta avverrà per tappe successive e per livelli di assistenza in modo conforme ad esempio agli indicatori già disponibili e validati su scala nazionale. Si individua tuttavia una priorità per le misure relative all'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere e all'assistenza distrettuale territoriale.

Obiettivo 7. Supporto alle fasi della vita

Obiettivo 7.1 – Gestione della fase iniziale della vita

In Valle d'Aosta negli ultimi decenni il fenomeno della riduzione della natalità si è verificato con forte intensità. Se l'Italia è oggi il paese con la più bassa fecondità del mondo, la Valle d'Aosta, insieme alla Liguria, al Friuli Venezia Giulia, al Piemonte, all'Emilia Romagna e alla Toscana, si distingue per livelli di fecondità pari o inferiori ad un figlio per donna.

La riduzione delle nascite è confermata dal basso valore dell'indice di carico di figli per donna feconda, inteso come numero di bambini di età inferiore a 4 anni rapportato a 100 donne di età compresa tra 15 e 39 anni. Tale indicatore in Valle d'Aosta è pari al 23,7%, sensibilmente inferiore alla quota del 30%, ritenuta uno standard indicativo di popolazioni anziane ed a bassa fecondità.

Particolarmente interessante il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza. Tale fenomeno, in diminuzione in Valle d'Aosta fino al 1995, ha presentato in questi ultimi anni un leggero incremento (255 IVG nel 1995 e 306 nel 1999). Il

tasso di abortività registrato nel 1999 è pari a 10,65 aborti ogni 1000 donne in età feconda (15-49 anni), superiore quindi al tasso nazionale del 1998 pari a 9,7.

Relativamente alle caratteristiche sociali delle donne che hanno fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza va evidenziato che allo stato attuale, l'età più frequente nel ricorso all'IVG è più elevata rispetto a venti anni fa; mentre prima si attestava tra i 20 ed i 24 anni, oggi l'età più frequente è quella compresa tra i 25 e i 34 anni ed inoltre, a differenza di venti anni fa, sono le donne nubili e non quelle coniugate a farne maggiormente ricorso incidendo maggiormente sulla propensione alla procreazione; mentre nel 1981 il tasso di interruzione di gravidanza nelle nubili era di 24,35 contro 71,38 nelle coniugate, oggi questo tasso si ribalta a favore delle nubili che registrano un valore del tasso di 45,12 contro 42,09 nelle coniugate.

Inoltre, se nel 1981 il 74% delle donne che ricorreva all'IVG aveva almeno un figlio, oggi tale percentuale è appena superiore al 50%.

Questo fenomeno è fortemente associato allo spostamento in avanti del processo riproduttivo, con un progressivo incremento dell'età media alla nascita del primo figlio che implica una riduzione nel numero di figli per coppia anche perché, col crescere dell'età, aumentano i rischi per la gravidanza. Oltre al calo della fecondità programmata, legato all'allungamento dei percorsi scolastici, e alla acquisizione della autonomia economica, lo spostamento «in avanti» del calendario riproduttivo ha determinato una quota crescente di infertilità.

Anche se la natalità è attualmente in lieve ripresa, non sembra da attendersi nel futuro un forte incremento della domanda di prestazioni sanitarie nel settore materno-infantile, mentre c'è da attendersi una richiesta di supporto e tutela ai genitori che lavorano con strutture adeguate all'accoglienza e all'intrattenimento (nidi, garderie d'enfance o altri servizi alternativi). Questo contesto non esime dalla necessità di garantire un'adeguata offerta di interventi e servizi a favore della coppia relativi alla gravidanza, al parto e alla prima infanzia.

In particolare, in ambito ospedaliero, deve essere concentrata l'attività connessa alla nascita, potenziando invece il territorio di tutte le attività di prevenzione e cure oltre ad ogni altra possibile forma di integrazione.

La progressiva riduzione della mortalità infantile, assestata a livello nazionale sul 9 per mille, come pure di quella perinatale, sul 6,4 per mille, ha seguito in Valle d'Aosta una tendenza analoga a quella nazionale e di altri paesi dell'Europa occidentale. È comunque in evidenza il problema dei bambini portatori di disabilità, per patologie congenite o acquisite, che richiedono una maggiore capacità di intervento precoce di natura intensiva e riabilitativa ed un qualificato monitoraggio.

Specifiche attenzioni devono essere dedicate nella prima infanzia alle cure primarie e ai disturbi dello sviluppo psichico nell'età evolutiva.

In tal senso occorre rivedere le prerogative del consultorio familiare sede di coordinamento di tutti gli interventi territoriali nell'area materno infantile nell'ambito del presidio socio-sanitario distrettuale, ridefinendo le peculiarità che lo differenziano da presidi di esclusiva natura ambulatoriale quali:

- Priorità e prevalenza del carattere preventivo e riabilitativo dell'assistenza;
- Garanzia di un lavoro di équipe sia tra figure sanitarie e sociali che tra queste e i servizi (reparti ospedalieri, scuola, asili nido).

Posizione centrale sul piano organizzativo deve assumere il Dipartimento Materno Infantile quale entità tecnico funzionale che attiva azioni mirate al soddisfacimento dei bisogni della popolazione dell'area materno infantile secondo le indicazioni regionali. Il compito del Dipartimento è quindi quello di elaborare protocolli operativi coordinando le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello territoriale e ospedaliero garantendo:

1. La tutela della salute della donna in tutte le fasi e ambienti di vita;
2. La tutela della procreazione e della maternità e paternità responsabile;
3. La tutela della salute dei minori fino al raggiungimento dell'età adulta con particolare attenzione al minore disabile e ai soggetti socialmente deboli;
4. La prevenzione, la cura e la riabilitazione del disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali anche in riferimento agli abusi e maltrattamenti.

Obiettivo 7.2 – Gestione della fase dell'età anziana

Si conferma l'importanza di promuovere, in conformità agli indirizzi contenuti nel progetto obiettivo Anziani« il manteni-

mento/recupero dell'autosufficienza dell'anziano, di adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio, di promuovere l'assistenza continuativa ed integrata (intra ed extra ospedaliera) e socio-sanitaria.

In particolare nella nostra realtà occorre continuare ad investire nelle iniziative che hanno lo scopo di promuovere la salute e ridurre la mortalità e la disabilità, attribuibili a patologie per le quali disponiamo di interventi efficaci di prevenzione primaria o di diagnosi precoce.

Occorre inoltre migliorare l'esito dell'assistenza (prognosi e durata della malattia, disabilità, qualità della vita, soddisfazione dell'individuo) adeguando i processi di diagnosi e cura alle conoscenze scientifiche e alle risorse disponibili. Occorre creare le condizioni per evitare i ricoveri e le ospedalizzazioni non necessarie, garantire le dimissioni precoci dall'ospedale, migliorare l'assistenza a domicilio, nonché garantire agli anziani ricoverati presso le strutture ospedaliere e socio-sanitarie assistenza, riabilitazione e cura di qualità.

Obiettivo 7.3 – Gestione della fase terminale della vita

Le persone con patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, necessitano di una assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale.

L'attenzione, in questo campo, oltre alla persona in assistenza, va dedicata ai familiari nelle fasi terminali e dopo il decesso. Un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o quando questo non è più possibile, in strutture residenziali adeguate alla natura dei problemi sanitari.

Compito della Regione è: migliorare l'assistenza alle persone che affrontano la fase terminale della vita ed individuare le azioni conseguenti, adeguare il personale dedicato all'assistenza palliativa medica e infermieristica a domicilio, potenziare le risorse tecnologiche, definire linee-guida per interventi di terapia palliativa e antalgica e per il sostegno psicologico e per l'aiuto socio assistenziale a favore del malato e dei suoi familiari, definire direttive di coordinamento con il volontariato per l'assistenza ai malati terminali.

Con la delibera della Giunta regionale n. 3239 del 25 settembre 2000 è stato approvato il programma per la realizzazione di un centro residenziale per cure palliative Hospice, ove sarà possibile garantire un alto grado di umanizzazione dell'assistenza ed una adeguata accoglienza, anche ai familiari tenendo conto delle convinzioni religiose dei soggetti per offrire assistenza e cura ad una categoria di persone ammalate e in fase critica che per diverse motivazioni non possono essere seguiti in regime domiciliare e per i quali il ricovero ospedaliero risulta non necessario ed inadeguato alle loro esigenze.

I livelli di assistenza

Governare lo stato di salute di una popolazione comporta la conoscenza epidemiologica dei principali determinanti della condizione di salute o di malattia di quella popolazione e, sotto il profilo dell'erogazione dei servizi, comporta una gestione della sanità coerente e conforme ai riferimenti obbligati del Piano Sanitario Nazionale e alle recenti leggi di riordino del servizio sanitario. Sotto il profilo epidemiologico i principi e gli obiettivi sanciti dalla prima legge di riforma sanitaria risultano tuttora validi, mentre sotto il profilo organizzativo i riferimenti del Piano nazionale indicano tre principali funzioni che corrispondono a raggruppamenti logici dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza e che rispondono a tre aree di bisogno rispettivamente qualificanti:

- la prevenzione, che fa riferimento prevalentemente al rischio e si caratterizza con interventi tendenzialmente di «iniziativa»;
- l'assistenza distrettuale, che risponde ai bisogni percepiti, li analizza in termini di «problemi» e li affronta con interventi tipici delle cure primarie, di iniziativa o di attesa su chiamata ai fini di prevenzione primaria o secondaria, di diagnosi e cura, con mandato specifico e riservato a garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio sanitaria;
- l'assistenza ospedaliera, che fa riferimento alla malattia occasionale e alla patologia acuta, ha compiti integrativi di diagnosi e cura di alta intensità o complessità, e fa parte delle cure secondarie praticando solo interventi in regime di attesa o di emergenza.

La Regione Autonoma Valle d'Aosta, per il triennio 2002- 2004, si impegna ad assicurare livelli essenziali ed appropriati di assistenza relativi a servizi e prestazioni corrispondenti a specifiche condizioni cliniche, per i quali sono disponibili evidenze scientifiche circa i benefici in termini di salute, nel rispetto della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità, appropriatezza ed economicità nell'uso delle risorse.

L'adesione a tali criteri comporta:

- l'esclusione dai livelli di assistenza garantiti delle prestazioni e delle tipologie di assistenza che non soddisfano tali principi;

- l'impegno collettivo per la promozione di linee guida che garantiscano il rispetto dei principi indicati anche in relazione alle singole prestazioni e ai percorsi assistenziali propri di specifiche condizioni cliniche.

Tale scelta è dettata dalla necessità di una valutazione di efficacia, a fronte di risorse sempre più limitate e di una spesa sanitaria crescente, che consente di meglio destinare le risorse verso interventi di pubblico beneficio.

Per la realizzazione di linee guida tecnico professionali la Regione si impegna ad adottare, nel triennio di validità del Piano, un programma coerente ed integrato con quello nazionale previsto dal Piano Sanitario Nazionale e che farà riferimento ai principi della medicina basata sulle evidenze (Evidence Based Medicine).

Questo percorso di razionalizzazione, che è vincolato all'impegno di tutti (cittadini utenti, operatori sanitari, amministratori e manager della sanità), se coerentemente portato avanti, determina, nel medio e lungo periodo, vantaggi tangibili per tutti gli attori menzionati:

- ai cittadini garantisce una maggiore certezza circa l'uso di prestazioni diagnostico-terapeutiche prescritte, favorisce un consenso maggiormente informato e insegna una migliore gestione individuale della salute;
- agli operatori sanitari fornisce delle indicazioni condivise e concordate a livello regionale su percorsi diagnostico-terapeutici specifici per tipo di patologia;
- agli amministratori offre la certezza di contare su un sistema basato su obiettivi e scelte di organizzazione, pianificazione e allocazione delle risorse che tengano conto dell'efficacia sanitaria e che forniscano validi strumenti a supporto delle decisioni;
- ai manager consente una maggiore possibilità di pianificazione dell'offerta a fronte di un contesto a domanda predefinita sia dagli strumenti del Piano regionale che da quelli della pianificazione locale e quindi offre la possibilità di migliorare l'efficienza produttiva in un contesto di scelte trasparenti e stabili nel tempo.

Prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro

La prevenzione costituisce il più importante, complesso ed articolato progetto a favore della salute di una popolazione. La sua realizzazione, che presuppone il riconoscimento che i determinanti dello stato di salute si estendono ben oltre le possibilità di intervento dei servizi sanitari, impone una assunzione di responsabilità da parte di tutti – operatori e cittadini – tanto a livello individuale, che collettivo.

L'esito, non sempre di facile valutazione, è rappresentato da una riduzione nel tempo delle malattie, delle disabilità e delle morti che, con più frequenza, colpiscono la popolazione oggetto di prevenzione. Le difficoltà di valutazione di efficacia sono generate dalla finestra temporale, spesso molto ampia, con cui valutare i risultati e dalla ineliminabilità di azioni di cattivo uso individuale della propria vita che contribuiscono a determinare esiti di morte «evitabili».

Poiché quindi il concetto di «morte evitabile» è strettamente collegato a quello di prevenzione, e poiché molte malattie si possono prevenire è importante che l'indagine epidemiologica identifichi le malattie e le morti di maggiore peso umano e sociale, unitamente ai fattori di rischio che le producono e demandi al Piano Socio Sanitario Regionale le azioni utili a contrastarle.

Valutata quindi l'importanza di una prevenzione orientata a obiettivi di salute e all'utilizzo di strumenti efficaci, sono delineate le seguenti linee di indirizzo regionale.

Il Dipartimento di Prevenzione, istituito con l.r. 41/1995 è la struttura operativa dell'Azienda USL preposta alla tutela della salute collettiva attraverso il perseguimento degli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento degli stili di vita.

Le azioni del Dipartimento, individuate e supportate da una lettura del territorio che solo l'analisi epidemiologica può garantire, devono coordinarsi con i Distretti, le strutture operative aziendali e la struttura delegata al controllo ambientale (ARPA).

Il Dipartimento contribuisce alle funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale ed eroga attività di:

- profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- tutela della collettività dai rischi negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;

- tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Il Dipartimento, nel promuovere le sue azioni preventive e di tutela, prevede il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. A tal riguardo è precisa linea di indirizzo del Piano, la promozione di programmi di prevenzione interdisciplinari che consentano la transazione ad un modello integrato con tutti gli ambiti coinvolti, incluso quello sociale, caratterizzato da forme di autovalutazione, autocertificazione e di accreditamento di qualità.

Le priorità operative del Dipartimento vengono definite sulla base degli obiettivi di salute, locali e regionali, con la necessità di garantire interventi omogenei sul territorio di competenza.

Gli strumenti di intervento devono rispondere a criteri di efficacia dimostrata.

Le funzioni individuate devono essere supportate da una lettura epidemiologica del territorio garantita dalla struttura competente a livello regionale che è la premessa indispensabile per l'elaborazione di quei Piani di prevenzione in cui il Dipartimento esprime il proprio mandato istituzionale.

Profilassi delle malattie infettive e diffuse

La mortalità conseguente a malattie infettive e parassitarie in Valle d'Aosta rappresenta nei maschi lo 0,8% di tutti i decessi, mentre nelle femmine la percentuale è dello 0,5%. Superiore è invece la frequenza ospedaliera delle numerose patologie inscrivibili nel capitolo delle patologie di origine microbica: ogni anno una media di 330 residenti, di cui 180 maschi e 150 femmine pari, rispettivamente al 2,3% e all'1,8% di tutti i ricoveri a favore dei residenti, beneficiano di assistenza ospedaliera finalizzata alla cura di queste malattie.

I dati forniti dai servizi territoriali presentano purtroppo un problema di sottonotifica in quanto non tutti i medici di medicina generale e i pediatri inviano le notificazioni sui casi da loro accertati. La maggior parte delle notifiche proviene ovviamente dai pediatri, essendo queste malattie molto frequenti (75%) nella fascia di età fino ai 14 anni.

Per quanto attiene le malattie infettive di classe II, la frequenza più elevata è registrata dalla varicella (35,4%) che ha una presenza continua durante tutto l'anno, seguita a distanza da parotite (17,6%), pertosse e rosolia (11%), scarlattina (7,3%) e salmonellosi non tifoide (6,2%).

L'alta adesione alle campagne di vaccinazione in Valle d'Aosta ha determinato una frequenza del solo 4% di casi di malattia in soggetti vaccinati e un rapporto di 1 soggetto vaccinato su 79 ricoveri per le malattie soggette a vaccinazione.

La copertura vaccinale dell'influenza negli anziani ultra 65enni è attualmente in Valle d'Aosta del 45% e va incrementata fino a raggiungere il parametro previsto dal Piano Sanitario Nazionale del 75%.

La frequenza degli effetti indesiderati delle vaccinazioni è molto bassa a livello regionale: si segnalano meno di 3 casi in media dal 1996 ad oggi.

Infine, per quanto attiene il sistema di sorveglianza degli esiti del trattamento antitubercolare, avviato a livello nazionale a partire dal 1999, la Valle d'Aosta ha individuato l'unità di Pneumotisiologia come centro unico a cui far pervenire i dati che regolarmente devono essere inviati al Ministero da parte della Regione.

Vengono quindi individuati i seguenti:

Obiettivi

- Diffondere, attraverso la Relazione Sanitaria e Sociale annuale (prevista dalla l.r. n. 5/2000) l'analisi epidemiologica relativa all'incidenza e alla prevalenza delle malattie infettive presenti a livello regionale e all'individuazione dei principali fattori di rischio;
- Mantenere ed elevare la copertura vaccinale obbligatoria per poliomelite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, entro i 24 mesi di vita continuando a perseguire l'obiettivo tendenziale di una copertura del 100%;
- Raggiungere e mantenere il 95% di copertura vaccinale facoltativa per morbillo, rosolia, parotite, pertosse ed Hemophilus influenzale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi di vita;
- Estendere alle popolazioni immigrate i livelli di copertura vaccinale obbligatoria e facoltativa validi per la popolazione residente;

- Raggiungere la copertura vaccinale per influenza del 75% della popolazione con oltre 64 anni di età;
- Monitorare gli effetti indesiderati di tutte le vaccinazioni;
- Monitorare i casi di infezione ospedaliera riguardo alle infezioni delle vie urinarie, infezioni da ferita chirurgica, polmoniti post operatorie o associate a ventilazione assistita e infezioni associate a cateteri intravascolari rispettando un'incidenza sul totale dei ricoveri non superiore al 10% (limite massimo del range nazionale 5%-10%);
- Proseguire il monitoraggio della frequenza di casi di tubercolosi e il relativo completamento del trattamento farmacologico rispettando, per quest'ultimo aspetto, il limite di almeno l'85% dei casi diagnosticati;
- Implementare l'attuale sistema informativo delle malattie infettive con tutte le informazioni mancanti riguardo agli attuali debiti conoscitivi per farne strumento di osservazione epidemiologica attiva;
- Migliorare l'eshaustività delle notifiche e la tempestività dell'invio dei dati al fine di consentire un monitoraggio efficace delle patologie infettive sul territorio regionale.

Azioni

- Rafforzamento del ruolo del Dipartimento di Prevenzione nella funzione di coordinamento e valutazione interna delle prestazioni erogate;
- Adeguamento del servizio di Igiene e sanità pubblica dell'Azienda USL al fine di corrispondere alle decisioni della Comunità europea sul sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili e per mantenere la Regione Valle d'Aosta all'elevato livello raggiunto in tema di controllo delle malattie infettive;
- Attivazione di sistemi informativi di rapida allerta collegati con gli analoghi europei ed extraeuropei;
- Attuazione del progetto di riorganizzazione del sistema vaccinale che prevede l'individuazione di poli vaccinali in sedi accreditate;
- Adeguamento ed integrazione dell'attuale sistema informativo delle malattie infettive con altre basi di dati sanitari in collaborazione con le strutture competenti dell'Assessorato in materia di informatica ed epidemiologia;
- Consolidamento del sistema di monitoraggio per la sorveglianza epidemiologica e della farmacoresistenza della tubercolosi umana e predisposizione di linee guida per la profilassi ed il trattamento della TBC anche verso le popolazioni immigrate;
- Attivazione di un programma per la sorveglianza, la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere, orientato sia ai cittadini assistiti che agli operatori, con invio periodico dei dati alla struttura regionale competente. Tale programma rappresenta criterio di accreditamento della struttura e deve prevedere un Comitato di controllo, l'assegnazione di specifiche responsabilità gestionali a personale qualificato e la definizione di precise strategie di intervento con protocolli scritti.

Prevenzione ambientale

Essendo noto a tutti come qualsiasi contaminante presente nell'ecosistema interagisca con gli organismi viventi, l'attivazione di un processo finalizzato al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute non può più prescindere dalla valutazione dei determinanti ambientali.

La qualità dell'ambiente dipende sostanzialmente dai modelli di vita e di produzione dei beni in essere sul territorio; essa è quindi direttamente orientata dalle scelte di governo del sistema. In generale, gli elementi descrittivi del sistema non sono attualmente sufficientemente conosciuti e, in particolare, mancano informazioni sulle correlazioni tra tali elementi, specie quando rappresentano fattori di rischio, e lo stato di salute della popolazione.

Anche utilizzando informazioni derivanti da esperienze già acquisite è necessario in via prioritaria colmare questo debito informativo.

Certo è che tra le diverse aree di competenza della prevenzione, quella relativa all'ecosistema costituisce senza dubbio il momento più critico. La Valle d'Aosta ha da sempre, come elemento costituente il proprio patrimonio culturale, una spontanea attenzione ed un profondo rispetto per l'ambiente, sicuramente anche in virtù dell'enorme patrimonio di cui è dotata e che si trova a dover difendere. Tutto ciò, pur non rappresentando un vuoto istituzionale, ha però prodotto, per questa specifica competenza:

- Assenza di continuità di intervento;
- Carezza di coordinamento e di interdisciplinarietà tra enti e azioni;

- Incertezze circa l'eshaustività delle azioni da intraprendere;
- Mancanza di un «progetto quadro» unitario per l'ambiente;
- Sviluppo a velocità e complessità differenziate tra i diversi ambiti della prevenzione ambientale (aria, piuttosto che acqua, piuttosto che suolo).

Sono indiscutibili i meriti di questi ultimi anni che la campagna di gestione differenziata dei rifiuti e le azioni volte allo studio del loro smaltimento ha visto riconosciuti, tuttavia, rispetto alla totalità delle competenze verso la tutela e la salvaguardia degli altri elementi (acqua, aria), costituiscono un'area di eccellenza a fronte di aree di criticità.

La mancanza di sistemi informativi organizzati e di un reale coordinamento tra operatori del settore non ha fino ad ora permesso di realizzare un sistema di collegamento a rete (con i diversi soggetti impegnati come «nodi») che consenta di valutare correttamente i rischi per la salute connessi alle matrici ambientali e la loro conseguente gestione. Si rende perciò indispensabile valutare, con adeguate «mappe», l'impatto di un inquinante sull'ecosistema, censire i punti o i fattori di rischio e graduarne il livello, stimare la popolazione coinvolta e la durata dell'esposizione e le eventuali correlazioni intercorrenti al fine di accertare i riflessi sanitari e l'eventuale entità del danno. Solo in questo modo è possibile gestire l'ipotetico rischio individuando, dove necessario, le possibilità di intervento (economico, giuridico, amministrativo, tecnico).

A tal fine e per rendere coerenti i valori della cultura valdostana in merito al rispetto dell'ambiente con un progetto concreto ed integrato di azioni, il Piano Socio Sanitario 2002-2004 intende assegnare a questo ambito di competenza i seguenti:

Obiettivi

- Promuovere le necessarie sinergie fra i soggetti interessati alla gestione delle problematiche ambientali, al fine di consentire una lettura uniforme dei dati di rilevamento della qualità ambientale, finalizzata all'individuazione delle necessità di intervento e di coordinamento per la tutela dell'ambiente dagli inquinamenti e la tutela della salute delle persone;
- Individuare gli obiettivi di qualità dell'ambiente, distinti tra aria, acqua, suolo, radiazioni (ionizzanti e non ionizzanti), rumore;
- Coordinare gli interventi di risanamento e miglioramento della qualità ambientale in attuazione del Piani di settore e per la predisposizione di mappe di rischio relative alle patologie più frequentemente legate a fattori di ordine ambientale.

Azioni

- Predisposizione di un sistema di connessione a rete tra i diversi soggetti impegnati nel settore (Servizi regionali, Osservatorio Epidemiologico, Dipartimento di Prevenzione aziendale, Arpa);
- Predisposizione dei Piani regionali di settore per l'individuazione degli obiettivi di qualità ambientale finalizzati in particolare modo alla tutela della salute delle persone, oltreché il potenziamento dell'attività del Gruppo tecnico di lavoro per il coordinamento degli interventi e delle attività per la tutela dell'ambiente dagli inquinamenti, già operante e coordinato dall'Assessorato regionale della Sanità, Salute e Politiche Sociali (composto dai rappresentanti di tutti i servizi competenti in materia di tutela dell'ambiente sia della Regione che di altri organismi quali Azienda USL, ARPA);

Per quanto riguarda i singoli elementi oggetto di prevenzione, si espone di seguito la politica decisa dal Piano.

Aria – L'inquinamento atmosferico derivante dal traffico urbano, dai sistemi di riscaldamento o dai sistemi di produzione industriale, rappresenta un noto fattore di rischio sia per l'eziologia del tumore polmonare (stimata con un eccesso di rischio fino al 33% per gli esposti), sia per l'insorgenza e l'aggravarsi di forme morbose a carico del sistema respiratorio, con esiti di cronicità o morte che producono elevati costi umani e non, un maggiore ricorso all'assistenza sanitaria e ospedaliera da parte delle popolazioni colpite.

Oltre ai già noti fattori di inquinamento dell'aria che arrecano potenziale rischio alla salute (anidride solforosa, ossido di carbonio, benzene, amianto e ozono), va inoltre ricordata l'importanza della qualità dell'aria negli ambienti confinati, in particolare l'inquinamento da fumo di tabacco e la contaminazione da radon.

Per il miglioramento della qualità dell'aria atmosferica nel triennio 2002-2004 viene indicato il seguente:

Obiettivo

- Fissare gli standard di risanamento e miglioramento della qualità dell'aria derivante sia da traffico veicolare che da emissioni civili e produttive, prevedendo anche il sostegno alle politiche dei trasporti basate sull'utilizzo di fonti energetiche alternative, il sostegno alle politiche di utilizzo di sistemi di riscaldamento o produttivi che prevedono la riduzione o l'eliminazione di emissioni nell'ambiente di agenti inquinanti.

Azioni

- Predisposizione del Piano regionale di tutela della qualità dell'aria;
- Attivazione del catasto regionale delle emissioni ed aggiornamento periodico dello stesso;
- Predisposizione di un piano annuale di controllo delle emissioni di agenti inquinanti in atmosfera derivanti da attività produttive;
- Predisposizione con il supporto dell'ARPA della relazione annuale sulla qualità dell'aria.

Acqua – Per quanto concerne il settore della tutela delle acque, la Regione, l'Azienda USL della Valle d'Aosta e l'ARPA hanno svolto, a partire dal 1982, successivamente all'approvazione del Piano regionale di risanamento delle acque, un grosso lavoro di monitoraggio e controllo della qualità delle acque superficiali, degli scarichi, delle acque destinate al consumo umano e delle acque di balneazione.

Pur non avendo ancora la Regione predisposto il Piano di tutela delle risorse idriche previsto dalle disposizioni di cui al D.lgs n. 152/1999 (Disposizioni sulla tutela delle acque dall'inquinamento e recepimento delle direttive concernente il trattamento delle acque reflue urbane e alla protezione delle acque dall'inquinamento provocato dai nitrati provenienti da fonti agricole), che comporta un imponente lavoro di coordinamento fra i soggetti competenti in materia di concessioni e subconcessioni, di usi diversi (destinate al consumo umano, destinate alla balneazione, alla vita dei pesci, a scopo turistico e ricreativo, minerali e termali) di qualità delle acque di scarico, ha già comunque acquisito dati ed informazioni, riportati in diverse pubblicazioni, che costituiscono una base importante per il lavoro da svolgere.

Obiettivi

- Classificare i corsi d'acqua superficiali ai fini della destinazione d'uso dei medesimi, secondo quanto previsto dal D. lgs. n. 152/99;
- Mantenere i livelli di qualità delle acque superficiali raggiunti ed individuare gli interventi per il raggiungimento degli ulteriori livelli qualitativi;
- Mantenere i livelli qualitativi delle acque destinate al consumo umano ed individuare gli interventi per la riduzione e l'eliminazione degli inconvenienti derivanti dalle contaminazioni batteriche nei periodi estivi delle stesse, con particolare riferimento al coordinamento di interventi tecnici ed igienico-sanitari derivanti dall'uso dei suoli in prossimità di punti di captazione di acque destinate al consumo umano;
- Individuare le potenzialità di sfruttamento di acque minerali e termali in Regione.

Azioni

- Predisposizione, in collaborazione con i servizi regionali competenti, l'Azienda USL della Valle d'Aosta e l'ARPA, del Piano regionale di gestione e di tutela delle risorse idriche;
- Predisposizione della nuova legge regionale per la gestione degli scarichi delle acque reflue.

Radiazioni – L'esposizione a sorgenti di radiazione comporta il rischio di insorgenza di manifestazioni patologiche sia nel breve che nel lungo periodo. È opportuno distinguere tra radiazioni ionizzanti (sostanze radioattive e macchine radiogene) e radiazioni non ionizzanti (campi elettromagnetici a bassa e alta frequenza) in relazione alla diversità delle caratteristiche di natura fisica e delle modalità di interazione con la popolazione.

Per le radiazioni ionizzanti è noto come il Radon costituisca la principale fonte di esposizione e di rischio. Per questa sostanza, alla quale gli studi epidemiologici assegnano un valore stimato dal 5% al 20% come fattore di rischio per l'insorgenza del tumore al polmone, esistono alcune azioni perseguibili che la Regione intende porre tra gli obiettivi di Piano.

Un'altra principale fonte di esposizione a radiazioni ionizzanti è costituita dal l'utilizzazione di radioisotopi o di macchine radiogene in ambito medico, verso le quali il Piano intende avviare un'azione di controllo.

Tra le fonti di esposizione alle radiazioni non ionizzanti le più comuni sono costituite dai raggi ultravioletti e dai campi elettromagnetici.

In entrambi i tipi di radiazioni, valutare gli effetti sulla salute è un obiettivo che la Regione reputa di grande rilevanza.

Per quanto attiene le *radiazioni ionizzanti* sono:

Obiettivi

- Monitorare la radioattività ambientale da Radon mediante la preventiva individuazione delle situazioni con concentrazioni elevate e delle rispettive fonti di provenienza al fine di individuare opportuni interventi correttivi;
- Attuare le nuove disposizioni emanate con il D.lgs. n. 187/2000 sulla protezione dei lavoratori e delle persone da radiazioni ionizzanti.

Azioni

- Predisposizione del Piano regionale di controllo dell'inquinamento ambientale da radon;
- Promozione di una campagna informativa alla popolazione e alle categorie professionali interessate sui rischi da esposizione al Radon;
- Promozione di una campagna di sensibilizzazione per la riduzione degli esami diagnostici non necessari;
- Adozione di adeguati programmi che assicurino la qualità delle apparecchiature mediche, fonti di emanazione di radiazioni;
- Attuazione dei programmi di formazione professionale obbligatoria per i medici ed i tecnici operanti in strutture pubbliche che effettuano la diagnostica con utilizzo di radiazioni.

Per quanto attiene le *radiazioni non ionizzanti* sono indicati i seguenti:

Obiettivi

- Attuare la normativa regionale emanata contenente la regolamentazione per l'esercizio di impianti fissi e mobili di radiotelecomunicazioni;
- Disciplinare in merito ai limiti di esposizione ai campi elettromagnetici derivanti da linee elettriche.

Azioni

- Verifica della predisposizione dei piani comprensoriali di realizzazione dei siti attrezzati per l'installazione degli impianti per radiotelecomunicazioni previsti dalla nuova legislazione regionale;
- Predisposizione di un'apposita legge regionale che disciplini, in attuazione delle disposizioni nazionali, i limiti di esposizione ai campi elettromagnetici da elettrodotti (50 Herz).
- Promozione di campagne di sensibilizzazione della popolazione al fine di modificare abitudini di vita e ridurre il rischio connesso con l'esposizione non protetta ai raggi UV, specie nella pratica sportiva e nelle attività lavorative e professionali che si svolgono all'aperto.

Rifiuti – La tutela del suolo dall'inquinamento è un aspetto rilevante ai fini sia della tutela della salute delle persone e che della salvaguardia dell'ecosistema locale. In questi ultimi anni sono state intraprese molte attività:

- È stato predisposto ed approvato il documento preliminare contenente gli obiettivi e gli indirizzi per l'aggiornamento del Piano regionale di gestione dei rifiuti;
- Sono state avviate le procedure per la predisposizione di tale nuovo Piano;
- Sono stati approvati progetti per la realizzazione di impianti di smaltimento e recupero di rifiuti ed emanate circolari interpretative e di indirizzo per la corretta applicazione delle nuove norme in materia;
- Sono state autorizzati impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti ed avviati controlli in collaborazione con l'ARPA sulle attività di discarica autorizzate nella regione;
- È stato creato un sito Internet informativo per l'educazione al problema ed una corretta informazione.

Obiettivi

- Rafforzare la cultura e l'informazione dei cittadini verso la differenziazione dei rifiuti, come già si sta facendo a partire dalle istituzioni scolastiche, fino agli amministratori e alle famiglie;
- Potenziare le azioni di controllo ambientale, sia finalizzate ai controlli fiscali (attraverso il Corpo forestale regionale) che attraverso indagini e controlli preventivi (attraverso l'ARPA);

- Favorire il coordinamento tra le azioni svolte in ambito di tutela del territorio e le indagini epidemiologiche condotte dalla struttura regionale competente, al fine di individuare possibili associazioni causali tra frequenza di malattie e esposizione a rischi ambientali.

Azioni

- Attuazione, in via preliminare, degli interventi tecnici, amministrativi e informativi e formativi previsti dal Piano regionale di gestione dei rifiuti;
- Predisposizione di un piano annuale di controllo coordinato per l'effettuazione di controlli finalizzati alla verifica delle modalità tecniche di gestione di impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti, nonché al controllo ufficiale sugli stessi;
- Predisposizione di piani di lavoro coordinati fra le strutture regionali competenti in materia di tutela dell'ambiente, l'Azienda USL, l'ARPA e la struttura regionale competente in materia epidemiologica per l'individuazione delle modalità tecnico-amministrative di predisposizione di una mappa di rischio legata alla frequenza di malattie ed esposizioni imputabili a problemi di carattere ambientale.

Tutela dai rischi infortunistici e sanitari connessi all'ambiente di vita e di lavoro

In Valle d'Aosta la mortalità associata a traumatismi è particolarmente elevata. L'8% dei decessi tra la popolazione maschile e il 5% tra quella femminile, riconoscono al decesso una causa traumatica o comunque violenta. Dall'analisi per fasce di età risulta che nessuna età è esente dalla mortalità traumatica e il dato preoccupante deriva dal fatto che nei maschi i valori assoluti rilevati, che raggiungono i massimi livelli intorno ai 20 anni, rimangono tali fino alle fasce di età più avanzate. Le percentuali più elevate si riscontrano tuttavia in età giovanile dove gli incidenti stradali e una pratica degli sport poco prudente determinano un differenziale di rischio superiore a quello delle altre classi di età. Nei maschi la percentuale di decessi per traumatismi è del 50% tra i 5 e i 14 anni, del 58% tra i 15 e i 29 anni con una flessione al 13% tra i 39 e i 65 anni. Lievemente inferiore, ma comunque elevata, la corrispettiva percentuale nelle femmine. La giovane età dei deceduti per traumi comporta un grande numero di anni produttivi di vita perduti e il pesante significato umano che rivestono.

Anche la frequenza ospedaliera dei ricoveri è pesantemente condizionata da questo fenomeno; infatti, il 10,7% della frequenza ospedaliera nei maschi e il 7,5% nelle femmine è determinata da affezioni traumatiche, una percentuale che sale al 37% dei ricoveri se si considerano solo i maschi in età compresa tra i 12 e i 18 anni.

A livello regionale si è cercato da tempo di individuare, attraverso la lettura analitica di questi dati, i probabili fattori di rischio a cui associare con maggiore frequenza l'evento traumatico. È stata avviata una campagna di prevenzione finalizzata all'uso del casco sui ciclomotori che si spera possa produrre, in un arco di tempo relativamente breve, una parziale riduzione del fenomeno nelle classi di età interessate. Occorrerà invece essere più incisivi nelle campagne di educazione alla popolazione sui rischi da infortunistica domestica e nella pratica degli sport.

Per quanto riguarda l'infortunistica domestica, sulla base della l. 493/1999 che detta «Norme per la tutela della salute nelle abitazioni ed istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici» verrà sviluppato nel prossimo triennio un progetto denominato «Sicurezza nelle nostre case», approvato con deliberazione della Giunta regionale e articolato su tre filoni:

1. l'analisi del fenomeno «incidente domestico» come evento in cui il fattore «uomo – ambiente domestico» compromette repentinamente la salute dell'individuo;
2. l'educazione sanitaria intesa come prevenzione attiva, cioè come informazione sui rischi, sui comportamenti, sulle possibilità di intervento personalizzato, sulle modalità di primo intervento per evitare di peggiorare il danno da incidente;
3. la prevenzione passiva che vede impegnato l'ente pubblico, sia esso Regione, Azienda o Comune nel controllo sull'impiego dei dispositivi anche strutturali che contribuiscono al contenimento o all'eliminazione di alcuni rischi in ambito domestico.

Per quanto concerne gli aspetti assicurativi, occorrerà armonizzare alla normativa nazionale quella regionale che già prevede una copertura assicurativa in caso di infortunio e di ricovero alle casalinghe che risultano iscritte al Registro regionale delle casalinghe (art. 10 l.r. 44/1998).

Molto ancora rimane da fare nel settore dell'infortunistica legata agli ambienti di lavoro. In base ai dati INAIL, che confrontano gli incidenti sul lavoro del primo semestre 2000 con quello analogo dell'anno precedente, la Valle d'Aosta è una delle poche regioni che ha fatto registrare un saldo negativo (-7,3 %) rispetto al 1999, anche se elevato rimane il numero di incidenti: 1.503 nel primo semestre 1999, 1.394 nel primo semestre 2000. L'elevata mortalità (in Italia 4 infortuni mortali al giorno) con alcune categorie come gli edili a maggiore rischio di infortunio, indica con chiarezza un obiettivo di prevenzione che non può essere tralasciato, anche se per intervenire è prioritario conoscere le reali dimensioni e le caratteristiche regionali del fenomeno, pertanto il sistema informativo sanitario regionale dovrà dotarsi dei dati utili a soddisfare questo bisogno.

Obiettivi

- Ridurre la mortalità e la disabilità permanente conseguenti a incidenti stradali con particolare riguardo alla classe di età 15-24 anni;
- Ridurre gli infortuni domestici;
- Monitorare i dati relativi all'infortunistica sul lavoro;
- Ridurre gli incidenti sul lavoro;
- Ridurre gli incidenti nell'attività sportiva.

Azioni

- Campagna di informazione relativa all'utilizzo dei dispositivi di sicurezza;
- Attivazione di uno sportello regionale sulla prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro, con funzioni di monitoraggio e di controllo dell'applicazione delle disposizioni di cui al d. lgs. n. 626/1994, nonché di osservatorio infortuni, inteso questo come rete integrata di banche dati provenienti da archivi locali e da enti preposti a livello nazionale;

Sanità pubblica veterinaria

In Valle d'Aosta le attività di profilassi e di risanamento degli allevamenti bovini da tubercolosi e degli allevamenti bovini e ovi-caprini da brucellosi e da leucosi viene espletata efficacemente secondo i programmi regionali annuali di bonifica sanitaria del bestiame. Anche la prevenzione dalle encefalopatie spongiformi (sindrome della «mucca pazza») trasmissibili, viene regolarmente condotta. La Valle d'Aosta, inoltre, può vantare il fatto che tutte le aziende e tutti i capi di bestiame sono identificati e registrati con un apposito codice, consentendo così la costituzione di un'anagrafe regionale del patrimonio zootecnico ed una corretta verifica delle documentazioni sanitarie. Inoltre, al fine di prevenire e ridurre i rischi di frode, oltre che per esigenze di natura sanitaria, tutti i bovini e ovi-caprini della Valle d'Aosta verranno sottoposti anche all'identificazione elettronica prima della prossima campagna di bonifica sanitaria in base ad un progetto che ha già ricevuto l'approvazione della Commissione dell'Unione Europea.

A fronte di questi punti di eccellenza permangono alcuni punti di criticità nella collaborazione degli allevatori alla riuscita dei piani di profilassi, che questo Piano intende risolvere. Nonostante ciò i dati relativi all'attività svolta dai servizi veterinari a tal riguardo sono rassicuranti e indicano come prossimo l'obiettivo di eradicare dagli allevamenti della Valle d'Aosta la tubercolosi e la brucellosi. Per quanto attiene invece le mastiti bovine, non potendo ottenere la loro totale eradicazione, a causa della multifattorialità dei fattori di rischio, sarà obiettivo di questo Piano lavorare affinché ne venga ridotta l'incidenza. Buona risulta la condizione igienica delle strutture di ricovero degli animali durante il periodo invernale. Non altrettanto favorevole risulta invece la situazione delle strutture di alpeggio, mentre risulta buona l'igiene negli stabilimenti di macellazione, di trasformazione e di deposito di prodotti di origine animale, sottoposti regolarmente a vigilanza e controllo e in tempi diversi a disinfezione. In merito ai rifiuti di origine animale a rischio, asportati nel corso della macellazione, sui quali attualmente viene effettuato un controllo prima dell'invio fuori Valle per la distruzione, la Regione si è dotata di un proprio inceneritore situato in località Les Iles di Brissogne per offrire una risposta locale a queste importanti procedure per la tutela delle infezioni all'uomo.

Per quanto attiene la tutela delle condizioni igieniche dei mezzi di trasporto di animali e delle relative modalità per il trasporto, la Valle d'Aosta vanta un punto di eccellenza nella prossima attivazione di una stazione fissa di disinfezione presso il Foro Boario che consentirà di avere a disposizione un impianto in regola con le disposizioni sanitarie vigenti e con i requisiti previsti dalle norme in materia di tutela delle acque dall'inquinamento.

Con il recente decreto ministeriale del 4 ottobre 1999, è stato istituito presso la sede di Aosta dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta il «Centro di riferimento nazionale per le malattie degli animali selvatici», cui spetta lo svolgimento di attività specialistiche nel settore della fauna selvatica a salvaguardia della salute di questi animali e dei possibili contatti con l'uomo. Occorrerà adeguare la legislazione regionale ai mutamenti della legislazione nazionale su questi istituti concertando le modifiche con le regioni Piemonte e Liguria.

La vigilanza, il controllo e la ricerca dei residui animali sono assicurati con le modalità previste dai dd.lgs. n. 118/1992, 119/1992, 336/1999 e dal Piano nazionale dei residui.

Per quanto riguarda l'attività del canile e gattile regionale, questa risente dell'aumento dei casi di randagismo e di abbandono degli animali domestici da parte dei proprietari, nonostante rappresenti un punto di forza dell'azione regionale l'identificazione canina mediante tatuaggio elettronico.

Obiettivi

- Potenziare il coordinamento delle azioni di controllo negli allevamenti e nei macelli previste dalle vigenti normative ai fini della prevenzione dalle encefalopatie spongiformi trasmissibili, volte a garantire la sicurezza e la salubrità delle carni, a salvaguardia non solo dei consumatori ma anche del patrimonio zootecnico;
- Ridurre l'incidenza delle mastiti bovine e assicurare una corretta gestione dei farmaci veterinari antimastite;
- Verificare e mantenere i livelli di igiene delle strutture di ricovero degli animali e degli stabilimenti per la fabbricazione di prodotti a base di latte, per la macellazione, trasformazione e deposito dei prodotti animali;
- Adeguare le norme di igiene previste dal DPR 54/1997 delle casere di alpeggi e delle strutture non ancora in regola per la stabulazione bovina;
- Ampliare il numero delle stazioni di disinfezione di mezzi per il trasporto degli animali;
- Individuare le possibili forme di trasmissione all'uomo e conseguenti azioni preventive contro le patologie più frequenti negli animali presenti in Valle d'Aosta;
- Sensibilizzare la popolazione al problema dell'abbandono degli animali di affezione e all'aumento delle colonie feline.

Azioni

- Predisposizione di un programma di prevenzione basato sull'intensificazione dei controlli, sulla composizione qualitativa dei mangimi destinati ai bovini, sulla vigilanza negli allevamenti, sulla sottoposizione al test di diagnosi rapida per la malattia di tutti i bovini macellati in età superiore ai 24 mesi e sulla intensificazione della sorveglianza su mangimi, animali e carni importate da altre nazioni;
- Predisposizione di un piano regionale di controllo e di profilassi delle mastiti bovine, di concerto con l'Assessorato competente in materia di zootecnia;
- Predisposizione di un piano di controllo sulle strutture di ricovero degli animali e degli stabilimenti per la fabbricazione di prodotti a base di latte, per la macellazione, trasformazione e deposito dei prodotti animali;
- Attivazione, in collaborazione con l'Assessorato competente in materia di zootecnia, delle iniziative miranti all'individuazione delle strutture ancora da adeguare ai sensi del DPR n. 54/97 e pianificazione dei relativi interventi;
- Predisposizione di uno studio di fattibilità per l'individuazione di ulteriori due stazioni fisse di disinfezione dei mezzi che trasportano animali;
- Predisposizione di uno studio epidemiologico sulle possibili forme di trasmissione all'uomo di patologie animali presenti in Valle d'Aosta;
- Attivazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte sia agli amministratori locali che alla popolazione sulle problematiche legate all'abbandono dei cani e dei gatti ed al conseguente aumento sul territorio dei fenomeni di randagismo.

Tutela igienico sanitaria degli alimenti

L'evoluzione delle disposizioni normative, sia comunitarie che nazionali, in materia di tutela igienico-sanitaria degli alimenti ha imposto una modificazione degli atteggiamenti sia da parte dei produttori dei prodotti alimentari che da parte degli organismi di controllo, spostando il livello di controllo alle fasi preliminari alla preparazione dei prodotti stessi rispetto al controllo fiscale ufficiale effettuato sino ad ora. Ciò ha comportato un maggior coinvolgimento dei produttori i quali, in applicazione del sistema di autocontrollo HACCP, hanno dovuto approfondire le proprie conoscenze sui cicli di produzione, confezionamento, somministrazione degli alimenti, cercando di individuare le eventuali fasi critiche responsabili di possibili contaminazioni. L'attuazione di tali disposizioni, con particolare riferimento al decreto legislativo n. 155/97, ha comportato l'avvio di una fase di formazione degli imprenditori che ha coinvolto tutte le associazioni di categoria e l'Azienda USL della Valle d'Aosta, la quale ha svolto un importante ruolo di informazione e formazione. La Regione, al fine di facilitare l'applicazione di dette nuove disposizioni, ha attivato presso l'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali, un ufficio di consulenza gratuita alle imprese finalizzata alla predisposizione dei programmi aziendali di autocontrollo.

L'imponente lavoro promosso dalla Regione e dall'Azienda USL ha fatto sì che ormai a quasi due anni dall'entrata in vigore della nuova normativa, tutte le aziende interessate all'applicazione della stessa hanno predisposto i piani di autocontrollo e che durante tutte le visite ispettive effettuate non sono state effettuate sanzioni.

Obiettivi

- Potenziare la sorveglianza sanitaria nella produzione, confezionamento, manipolazione e somministrazione dei prodotti alimentari;

- Consolidare la qualità sanitaria dei prodotti alimentari tradizionali;
- Potenziare l'attività di consulenza in materia di autocontrollo con l'applicazione del sistema HACCP, con particolare riferimento alle attività svolte da soggetti pubblici (mense scolastiche, servizi di preparazione pasti in comunità per anziani, attività di somministrazione svolta dalle pro-loco)

Azioni

- Predisposizione del piano annuale di controllo dei prodotti alimentari e delle bevande e del piano annuale di controllo dell'uso dei fitofarmaci sulle coltivazioni agricole;
- realizzazione di un centro informatico dipartimentale aziendale finalizzato alla raccolta, classificazione e valutazione dei dati sugli alimenti;
- Continuazione dell'attività di consulenza svolta dall'apposito ufficio istituito presso l'Assessorato regionale della Sanità, Salute e politiche sociali sull'applicazione del sistema di autocontrollo HACCP

Sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Tra i fattori in grado di aumentare la capacità di mantenere e migliorare lo stato di salute, l'alimentazione riveste un ruolo fondamentale. L'alimentazione sana ed equilibrata è un fattore fondamentale per il mantenimento dello stato di salute. In Italia circa la metà delle morti precoci in età inferiore ai 65 anni è dovuta a patologie cui la dieta contribuisce in misura sostanziale.

Il conseguimento di alcuni standard nutrizionali raccomandati dalle «Linee guida per una sana alimentazione italiana» dell'Istituto Nazionale della Nutrizione nel 1997, appare in grado di determinare importanti riduzioni nell'incidenza e nella mortalità per patologie cardio e cerebrovascolari e per tumore del colon retto, oltre che per numerose altre patologie (diabete, ipertensione, ecc). Analogamente, la riduzione dell'obesità, che oggi inizia ad interessare anche i bambini, è un importante obiettivo di salute collegato all'alimentazione e all'attività fisica.

In Valle d'Aosta le neoplasie più strettamente correlate all'alimentazione come le neoplasie dell'apparato digerente, costituiscono il 32% dell'intera mortalità per tumori. Con una percentuale rispetto a tutti i decessi del 6,8% nei maschi e del 5% nelle femmine, la patologia digestiva si colloca al quinto posto tra le cause di morte dei valdostani. Poiché la letalità e la curabilità di tali malattie muta molto lentamente, una tendenza, anche se lieve, può essere prodotta intervenendo su uno dei fattori di rischio principali, cioè l'alimentazione.

Dalla consultazione degli elenchi dei residenti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria regionale (esenti ticket) emerge che in Valle d'Aosta la patologia più frequente è l'ipertensione arteriosa resistente. Assumendo come denominatore la popolazione di età superiore a 40 anni, risulta che il 15% dei cittadini appartenenti a questa fascia di età è «teoricamente» affetto da ipertensione arteriosa controllabile solo farmacologicamente (9.246 soggetti). Al secondo posto, per frequenza di malattie socialmente rilevanti, si posiziona il diabete mellito (2.243 casi). Pur trattandosi di patologie attese in una popolazione tendenzialmente anziana, come quella valdostana, è evidente l'effetto dovuto all'esposizione ad un regime alimentare ipercalorico e a maggiore rischio.

Conoscere la frequenza di queste patologie e di altre di minore gravità (carie dentale e intolleranze da cibo), associandola alla proporzione di rischio attribuibile all'alimentazione è un obiettivo del presente Piano.

Obiettivi

- Conseguire livelli corretti di assunzione di calorie, grassi, carboidrati e sale adeguandosi agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici;
- Ridurre la percentuale di soggetti in sovrappeso (cioè con Indice di Massa Corporea >30);
- Predisporre l'attivazione di un osservatorio regionale per il monitoraggio dei parametri antropometrici e dei fattori di rischio alimentare.

Azioni

- Avvio di campagne di educazione sanitaria per una sana alimentazione;
- Individuazione e stima nella popolazione regionale degli indicatori sullo stato di nutrizione, sull'adeguatezza della dieta, sui trend di consumo alimentare e sulle condizioni di rischio nutrizionale;
- Predisposizione di strumenti per la rilevazione dei dati sull'abitudine alimentare nella popolazione;

- Predisposizione di linee guida per il counseling negli ambulatori dei medici di medicina generale e pediatri finalizzato all'adozione di una corretta alimentazione in età adulta e pediatrica;
- Inserimento di opportune indicazioni dietologiche nell'ambito delle linee guida per patologie sia in termini di prevenzione primaria che secondaria;
- Predisposizione di linee guida per una corretta ed adeguata alimentazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale e dei servizi dell'infanzia;
- Sviluppo di tutte le indicazioni dietologiche utili durante il periodo di ricovero, al fine di rispondere ai requisiti di adeguatezza ed appropriatezza dell'alimentazione offerta.

Assistenza territoriale distrettuale

L'integrazione dei servizi e delle competenze si realizza massimamente a livello territoriale e nei distretti.

Le forme di intervento che questo livello assistenziale comprende sono:

- l'assistenza socio-sanitaria di base;
- l'assistenza farmaceutica;
- l'assistenza specialistica territoriale;
- l'assistenza territoriale e semiresidenziale;
- l'assistenza residenziale.

Il nuovo ruolo di committenza, che il presente Piano assegna a questo livello assistenziale, aggiunge una nuova centralità al Distretto e lo legittima a luogo privilegiato per l'individuazione, l'interpretazione e il dimensionamento dei bisogni di salute e di assistenza sociale che la popolazione regionale esprime. Spetta quindi al Distretto socio-sanitario tradurre in concreto il ruolo di tutela della salute dei cittadini residenti, facendolo prevalere sul piano culturale e dei valori a quello produttivo delle prestazioni erogate. Nel governo della salute questa centralità avvia un processo di trasformazione e di sovvertimento radicale degli attuali assetti organizzativi ed interpretativi del bisogno a lungo impernati sul ruolo e sul potere attrattivo della struttura a maggiore costo, cioè l'ospedale per acuti, con importanti conseguenze sia sull'appropriatezza che sul controllo della spesa.

Il Distretto deve quindi assicurare la funzione di produzione, di committenza e quella di integrazione socio sanitaria, sviluppando modelli di integrazione orizzontale che garantiscano l'appropriatezza, l'adeguatezza e la continuità degli interventi multiprofessionali, diventando sempre di più per il cittadino:

- centro di riferimento per tutte le prestazioni erogate e garantite dalla Regione, dall'Azienda sanitaria e dagli Enti Locali;
- polo unificante di tutti i servizi sanitari e socio assistenziali e delle reti sociali di solidarietà formale ed informale;
- garanzia di continuità e di globalità dell'assistenza, specie dopo il ricovero per acuzie, indipendentemente dalle sedi di erogazione, anche attraverso l'utilizzo dei medici di medicina generale e dei pediatri, da sempre considerati i principali mediatori tra bisogno e risposta organizzata;
- garanzia di copertura dell'emergenza attraverso i medici di emergenza territoriale che svolgono un importante ruolo di filtro verso le strutture appositamente delegate;
- punto di orientamento per l'accesso alle prestazioni ospedaliere specialistiche e integrative a carico del servizio socio-sanitario regionale.

Per assolvere efficacemente al suo mandato, il Distretto vede valorizzata la propria autonomia nell'ambito del consolidamento da parte dell'Azienda USL di tutte le funzioni di programmazione e di controllo delle attività svolte. Nell'ambito delle risorse assegnate esso è dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda USL.

Dal punto di vista organizzativo e gestionale l'Azienda sanitaria deve orientare il percorso evolutivo della struttura distrettuale in base a criteri che vedano:

1. la ridefinizione della direzione del distretto anche con competenze multidisciplinari, tali da garantire la rilevazione del bisogno sanitario e sociale, il corretto utilizzo delle risorse e l'analisi dei risultati e delle prestazioni erogate;

2. la collaborazione attiva tra i responsabili stessi del management direzionale dei distretti e tra questi e l'azienda;
3. la ridefinizione in forma integrata di ruoli e responsabilità delle varie figure professionali dell'équipe distrettuale tale da renderli funzionali ai nuovi obiettivi e criteri di operatività;
4. la ridefinizione dei principali processi organizzativi e decisionali interni al distretto e relativi ai rapporti con gli altri servizi dell'Azienda USL e con i servizi sociali;
5. l'applicazione dei nuovi processi di programmazione, budgeting e controllo di gestione anche a livello distrettuale, anche in forma differenziata a seconda della dimensione demografica del distretto;
6. l'istituzione del sistema informativo distrettuale;
7. lo sviluppo dei contenuti e della qualità dei rapporti con i cittadini;
8. la valorizzazione e il coinvolgimento della rete informale di assistenza (famiglia, volontariato).

La dotazione complessiva di servizi distrettuali non può essere stabilita in via teorica o a priori, né omogeneizzata per ciascun distretto, bensì deve essere valutata in relazione al bisogno, verificando in continuo l'efficacia assistenziale e l'esattività in termini di interventi prodotti nel distretto stesso. Rispetto ai servizi distrettuali sono complementari tutti gli interventi integrativi di altri servizi dell'Azienda USL o del servizio sanitario regionale. La mobilità del personale costituisce la principale valenza della dotazione organica dei servizi precedentemente citati.

L'Ufficio di Coordinamento distrettuale previsto dal comma 9 dell'art. 30 della l.r. 5/2000 è sede di valutazione comunitaria delle attività e della rispondenza ai bisogni del servizio distrettuale, contribuisce inoltre alla elaborazione e redige la relazione annuale di distretto.

L'Azienda USL stabilirà le cadenze e le forme della sua attività.

Per cittadini assistiti diversi da quelli già in carico all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e al fine di favorire un approccio multidisciplinare alle situazioni di scompensamento socio-sanitario, l'Ufficio di Coordinamento, avvalendosi delle competenze specialistiche necessarie, affronta tali situazioni e programma gli interventi coordinati e coerenti al fine di:

- prevenire lo scompensamento socio-sanitario (passaggio dallo stato di autosufficienza alla dipendenza);
- prendere in carico la persona;
- definire percorsi ottimali di integrazione socio sanitaria.

Gli interventi dell'Ufficio di Coordinamento avvengono su proposta del medico di famiglia, della struttura ospedaliera alla vigilia di una dimissione protetta e degli assistenti sociali al fine di definire il percorso ottimale della persona in stato di bisogno tra le seguenti strutture: servizi ambulatoriali, servizi domiciliari, strutture residenziali e semiresidenziali, ospedale.

Assistenza socio sanitaria di base

A livello territoriale l'assistenza socio sanitaria assicura sia prestazioni specifiche sanitarie e sociali, sia prestazioni integrate, finalizzate a dare una risposta adeguata a dei bisogni di salute tipicamente a bassa complessità sanitaria e/o ad alta complessità assistenziale.

L'obiettivo che si intende perseguire risponde all'esigenza di costruire un sistema territoriale di servizi tra loro integrati in una logica di continuità assistenziale e di personalizzazione e umanizzazione degli interventi.

Nel prossimo triennio in Valle d'Aosta l'assistenza socio sanitaria di base dovrà mantenere i livelli quali-quantitativi raggiunti, che la qualificano tra le regioni italiane con buoni livelli di assistenza, grazie anche all'elevata disponibilità di personale e di servizi territoriali completamente pubblici, e dovrà potenziare l'offerta relativa ai minori e alla prima infanzia anche sulla base delle risultanze di uno specifico progetto (Projet Bébé) concluso nell'estate del 2000, concernente lo sviluppo dell'occupazione femminile e i nuovi servizi per l'infanzia. Per quanto attiene l'area minori, rispetto al precedente Piano Socio Sanitario Regionale va risolta la frammentazione degli obiettivi che si ritrovano in settori di competenza distinti e che a volte si sovrappongono con finalità analoghe, oppure risultano incompleti.

Sotto il profilo dell'istituzione di sistemi per la conoscenza, la comunicazione e la valutazione dei bisogni socio-assistenziali il triennio di validità del presente Piano vedrà come prima tappa l'attivazione dell'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza istituito con l. 451/1997.

Sia per l'area sanitaria che per l'area delle politiche sociali, il prossimo triennio impone processi di ricomposizione, riordino e qualificazione, ai quali si intende far fronte a livello locale mediante una attenta programmazione, una redistribuzione delle responsabilità e risorse tra le istituzioni pubbliche e private, ma soprattutto attraverso la definizione di linee guida e standard tramite cui valutare le tipologie di intervento a fronte di una crescente quantità di spesa sostenuta.

Le priorità organizzative e gestionali riguardano la sburocratizzazione dei servizi al fine di renderli più operativi verso l'utenza, il coordinamento degli stessi ed una prima valutazione sull'attività svolta.

Il Piano demanda a successive linee guida di settore e a standard gestionali regionali la definizione dei criteri per la razionalizzazione.

Obiettivi

- Promuovere la salute e stili di vita corretti mediante attività di educazione sanitaria e attraverso ogni forma di comunicazione e momento di contatto dei cittadini con le istituzioni e gli operatori privilegiando la promozione della salute dei minori in famiglia e a scuola, il controllo degli incidenti sul lavoro, le cause delle malattie infettive e il potenziamento delle campagne di vaccinazione;
- Trasmettere, attraverso gli operatori del territorio, la cultura dell'autopromozione della salute come processo teso allo sviluppo di capacità personali di controllo e di miglioramento della propria condizione psicofisica;
- Rivedere le prestazioni socio-sanitarie nella loro globalità in relazione ai nuovi bisogni di salute e al soddisfacimento degli stessi;
- Favorire la partecipazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ai processi di sviluppo delle attività distrettuali e in particolare ai progetti di assistenza medica programmata e di assistenza domiciliare integrata;
- Sviluppare e potenziare il sistema informativo territoriale;
- Predisporre le condizioni per l'espletamento delle competenze previste dalla L. 476/98 sull'adozione internazionale e l'avvio del progetto affido, finalizzato a promuovere nuove disponibilità all'accoglienza di minori.

Azioni

- Riordino e sviluppo delle attività da ricondursi ai consultori e ai presidi territoriali anche attraverso una nuova organizzazione del lavoro territoriale ipotizzando aree di specializzazione;
- Predisposizione di accordi di programma tra Regione, Azienda USL ed Enti locali per la definizione di ruoli di coordinamento e delle rispettive competenze nell'ambito dell'attività distrettuale;
- Sviluppo della medicina di gruppo di cui all'art. 40 comma 6, lettera c del DPR del 28.07.2000, n. 270 anche mediante la messa a disposizione, ove possibile, di locali idonei da parte dell'azienda USL o degli enti locali;
- Sviluppo dell'attività di prevenzione ed assistenza mediante iniziative di educazione sessuale, assistenza psicologica, consulenza legale, assistenza sociale professionale, assistenza ostetrico-ginecologica, pediatrica ed attività di screening;
- Consolidamento attività consultoriale rivolta agli adolescenti ed ampliamento dell'offerta anche in Bassa Valle;
- Individuazione di standard di funzionamento dei servizi e dei criteri di accesso da parte dell'utenza;
- Individuazione degli indicatori per la valutazione dell'attività svolta;
- Attivazione dell'osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza;
- Coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri nel sistema di sorveglianza delle malattie infettive incrementando il numero di notifiche;
- Responsabilizzazione dei medici di medicina generale e pediatri sull'appropriatezza e necessità delle prescrizioni di farmaci e diagnostica di laboratorio anche attraverso programmi formativi e meccanismi di budgeting;
- Informatizzazione e collegamento in rete di tutti gli operatori a cominciare dai medici convenzionati.

Assistenza farmaceutica

La spesa farmaceutica ha assunto ovunque negli ultimi anni una crescita esponenziale con individuazione solo parziale dei determinati che la producono (adeguamento del costo dei farmaci, impiego di farmaci più costosi, aumento del numero di ricette e prescrizioni, impiego di nuovi farmaci ammessi alla rimborsabilità del SSN). Anche se la Valle d'Aosta registra parametri

allineati a quelli nazionali è necessario conoscere le caratteristiche locali del fenomeno soprattutto in riferimento alle patologie più diffuse e quelle a maggior consumo di farmaci. È necessario altresì responsabilizzare i medici in merito al numero e all'appropriatezza delle prescrizioni.

La spinta ad una maggiore territorializzazione dell'assistenza vede in futuro la possibilità per le farmacie di costituirsi come nodi di erogazione di particolari prestazioni del servizio sanitario regionale quali la prenotazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche collegandosi alla rete CUP, l'erogazione di ausili sanitari e l'esecuzione di alcuni semplici esami diagnostici di laboratorio, con notevoli vantaggi per il cittadino e per l'organizzazione che può in questo modo sgravare di queste attività alcune strutture centralizzate e distribuirne l'offerta in modo più omogeneo sul territorio.

La dislocazione capillare delle farmacie consente inoltre un loro efficace utilizzo come «sportelli per la prevenzione» di campagne che vengono messe sistematicamente in campo quali ad esempio quelle influenzali o vaccinali per le malattie infettive.

Obiettivi

- Monitorare l'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica al fine di individuare eventuali distorsioni dalla media nazionale e adottare i conseguenti interventi correttivi;
- Razionalizzare le risorse destinate all'assistenza farmaceutica mediante meccanismi di responsabilizzazione economica;
- Utilizzare la rete delle farmacie convenzionate per l'attività di informazione ai cittadini sui servizi garantiti a livello locale e sulle modalità di accesso, nonché per la prenotazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche in collegamento con il CUP, per l'erogazione di ausili sanitari e per l'esecuzione di alcuni esami di diagnostici di laboratorio.

Azioni

- Attivazione di un osservatorio sulle prescrizioni anche in relazione alla spesa;
- Adozione del budgeting per i singoli medici convenzionati e per centri di costo all'interno dell'ospedale, dei presidi ambulatoriali e distrettuali;
- Individuazione di percorsi per i medici prescrittori anche attraverso lo strumento delle linee guida.

Assistenza specialistica territoriale

In Valle d'Aosta l'attività presente sul territorio comprende:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'assistenza riabilitativa;
- l'assistenza termale;
- l'assistenza medico legale;
- la medicina d'urgenza;
- l'assistenza sanitaria a stranieri temporaneamente residenti;
- la tutela sanitaria delle attività sportive.

Alcuni di questi ambiti di intervento presentano dei livelli di qualità e rispondenza al bisogno elevati con procedure gestionali già consolidate, per altri si tratterà di sviluppare e meglio orientare l'offerta sulla base del bisogno percepito o rilevato e predisporre dei meccanismi che ne consentano la valutazione.

Assistenza specialistica ambulatoriale – La copertura specialistica sul territorio in Valle d'Aosta, nonostante la carenza di alcune figure professionali, risulta sostanzialmente adeguata, nel senso che la quasi totalità di cittadini assistiti che lamentano disturbi correlati a patologie vascolari, malattie legate alla senescenza, condizioni di interesse ostetrico ginecologico, disturbi urologici, polmonari, trovano una risposta ambulatoriale ai loro problemi. Al pari si può dire per le patologie di interesse internistico, patologie otorinolaringoiatriche, pediatriche ed infettive. Adeguata risulta essere la sorveglianza assicurata ai residenti che necessitano di trattamento dialitico o comunque affetti da patologie di interesse nefrologico. Un ridotto ricorso a prestazioni ambulatoriali si registra per le patologie di interesse oculistico, odontoiatrico e dermatologico rispetto alla frequenza dei dati di morbosità specifica per queste cause nella popolazione, che potrebbe però essere giustificato dalla cultura del ricorso alla medicina privata. Il triennio di validità del presente Piano deve quindi assicurare pari copertura migliorando la tempistica delle risposte al bisogno e adottando modelli integrati con il resto del territorio e con l'ospedale. Deve in altre parole vedere la rea-

lizzazione sia sotto forma di adozione di protocolli diagnostico terapeutici uniformi che sotto il profilo della condivisione delle risorse il modello della continuità assistenziale tra ospedale e territorio già affermato dal precedente Piano.

Per quanto riguarda l'attività specialistica ambulatoriale, è da sottolineare che essa, nel sistema dei servizi sanitari regionali è presente in modo preponderante nel capoluogo, nell'ospedale e nel presidio di via G. Rey, sia in termini di risorse e prestazioni, che in termini di capacità di offerta pluridisciplinare e di intensità assistenziale.

Occorre, contemperando l'esigenza di garantire la capillarità della rete di servizi e la facile accessibilità da parte dell'utenza, ribadire che il fabbisogno e l'offerta dell'attività specialistica territoriale non può essere pensata in termini disgiunti da un raccordo tecnico professionale ed organizzativo con l'ospedale.

Quanto sopra implica l'esigenza di ridefinire, in termini di integrazione di risorse, l'apporto della specialistica convenzionata esterna, delle strutture ambulatoriali extra ospedaliere, ivi comprese quelle accreditate.

Principio fondamentale è che tutta l'attività specialistica ambulatoriale deve essere gestita in modo unitario a prescindere dalle molteplicità delle strutture erogatrici mediante formule organizzative stabilite nel Piano attuativo aziendale.

Obiettivi

- Favorire la creazione di protocolli misti ospedale e territorio per la conoscenza e il trattamento di alcune patologie a rilevanza regionale e in particolare delle forme allergiche;
- Riordinare l'attività specialistica capillarizzando e ristrutturando l'offerta di servizi e prestazioni, razionalizzando l'utilizzo delle risorse umane in rapporto all'appropriatezza delle prestazioni;
- Incrementare quali-quantitativamente l'attività specialistica ambulatoriale;
- Ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- Realizzare interventi per garantire idonee condizioni al miglioramento della qualità della vita in carcere.

Azioni

- Individuazione e rispetto di protocolli uniformi delle prestazioni e delle refertazioni al fine di evitare le duplicazioni legate alla gestione frammentaria delle competenze della medicina specialistica;
- Adozione di protocolli misti ed interdisciplinari tra ospedale e territorio per il trattamento delle principali patologie;
- Definizione della tipologia delle prestazioni e dotazione delle attrezzature;
- Organizzazione di un sistema informativo su base individuale mediante l'utilizzo di strumenti che consentano la registrazione delle prestazioni e dei relativi esiti su apposita cartella personale;
- Revisione del tariffario delle prestazioni specialistiche;
- Applicazione della disciplina che regola l'esenzione per patologia e per reddito;
- Revisione ed aggiornamento delle prestazioni a regolamentazione regionale (ex aggiuntive);
- Determinazione delle nuove tariffe da applicare sul territorio regionale per l'instaurazione dei nuovi rapporti previsti dall'art. 8 *quater* del D. lgs. 229/99;
- Individuazione di modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di salute dei detenuti.

Assistenza riabilitativa – La molteplicità degli aspetti connessi alla riabilitazione richiede una definizione di due ambiti generali:

1. Interventi riabilitativi generici, orientati ad eliminare o ridurre qualunque forma di disabilità temporanea al fine di prevenire menomazioni permanenti alla persona;
2. Interventi riabilitativi specifici caratterizzati dal ricorso a tecniche, mezzi ed operatori impegnati alla soluzione di problemi medico riabilitativi più complessi.

Sulla base del DPR 14.01.1997 che articola le diverse strutture per tipologia e per livelli e coerentemente con quanto stabilito dalle linee guida occorre procedere, in relazione alle necessità assistenziali, a riorganizzare il settore riabilitativo extra ospedaliero razionalizzando l'utilizzo delle risorse e garantendo l'unitarietà dell'intervento.

Saranno pertanto inviati alle strutture territoriali i soggetti che necessiteranno di prestazioni riabilitative e diagnostiche finalizzate, che assicurino la presa in carico del soggetto con approccio interdisciplinare ed integrato. Le prestazioni potranno essere erogate in forma diversa e, se possibile anche al domicilio, secondo le specifiche presenti nelle linee guida regionali e dovranno assicurare la personalizzazione degli interventi al fine di raggiungere il più alto livello di autonomia funzionale possibile utile a restituire la persona, con ruolo attivo, nella vita familiare, lavorativa, scolastica e sociale.

Obiettivi

- Razionalizzare il sistema di erogazione delle prestazioni riabilitative in funzione dei bisogni di base e specialistici;
- Valutare l'efficacia di programmi di riabilitazione domiciliare e mista (domiciliare ma gestite da un centro di riferimento ospedaliero) per le patologie più frequenti (ad es. cardiologica e cardiovascolare) al fine di favorire la stabilità clinica e ridurre il rischio di successivi eventi patologici ed invalidità soprattutto nella popolazione che risiede lontana dal distretto comprendente l'ospedale regionale;
- Garantire la copertura del fabbisogno di fisioterapisti.

Azioni

- Definizione di linee guida regionali sulle attività di riabilitazione extra ospedaliere e sulle modalità di prescrizione, autorizzazione e controllo dei programmi riabilitativi con collegamenti funzionali ed operativi relativi all'attività riabilitativa intraospedaliera;
- Avvio di programmi sperimentali di riabilitazione domiciliare e mista facilmente gestibili dal cittadino assistito, a basso costo per il servizio sanitario e con efficacia clinica paragonabile ai programmi riabilitativi standard;
- Definizione delle procedure per la prescrizione, consegna, riutilizzo degli ausili in applicazione del D.M. del 27.08.99 e della l.r. 3/99 che detta norme per favorire la vita di relazione delle persone disabili;
- Revisione delle modalità degli accordi con le strutture private accreditate per l'integrazione e razionalizzazione delle prestazioni;
- Individuazione di attività di prevenzione delle patologie in ambito riabilitativo dell'età dello sviluppo come ad esempio gli screening sui minori per la prevenzione delle scoliosi;
- Mantenere le convenzioni universitarie per la formazione di fisioterapisti.

Assistenza termale – Tra le priorità di questo settore vi è nel prossimo triennio l'individuazione dei requisiti minimi per la medicina termale in base a quanto previsto dalla legge n. 323 del 24 ottobre 2000 «Riordino del settore termale». La legge prevede che le patologie per le quali sarà garantita l'erogazione da parte del SSN verranno indicate con apposito decreto, cui dovrà seguire l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici per ciascuna patologia, prevedendo l'articolazione in cicli di applicazioni singoli o combinati. Così facendo le terme di Saint-Vincent, e in futuro anche quelle di Pré-Saint-Didier, potranno rappresentare un ulteriore nodo della rete dei servizi regionali con finalità terapeutiche.

In Valle d'Aosta la stagione termale a Saint-Vincent inizia ad aprile e termina a novembre e in questo periodo vengono offerte sia cure idropiniche inalatorie, tipiche del settore termale italiano, di cui i residenti beneficiano al 53%, mentre la rimanente quota è rappresentata dall'utenza attratta dal Piemonte e dalla Lombardia.

Considerati i benefici che questa forma assistenziale può produrre nelle patologie più frequenti nelle popolazioni che vivono in ambienti naturali a maggior rischio di allergie o in ambienti freddi, tipici delle zone di montagna e il potenziale attrattivo di tipo «turistico riabilitativo», è opportuno recepire quanto sancito dal testo di riordino delle attività termali che con 14 articoli istituisce il marchio di qualità per le acque termali, la specializzazione in termalismo per i futuri medici, il sostegno economico alle imprese attente all'ambiente ed incentivi per il turismo.

Obiettivi

- Potenziare il servizio di assistenza termale aumentando l'attrazione della popolazione regionale e di quella extra regionale;
- Adeguare l'attuale offerta alle disposizioni normative nazionali.

Azioni

- Incentivazione della partecipazione a corsi di formazione specifici per medici e operatori termali per la specializzazione in medicina termale.
- Predisposizione di campagne pubblicitarie sulle terme a livello regionale ed extra regionale.

Assistenza medico legale – La legge regionale n. 5/2000 istituisce all'art. 33 l'unità organizzativa per le attività di medicina legale, attribuendole funzioni anche di supporto all'attività del direttore del presidio ospedaliero in merito all'appropriatezza delle procedure clinico assistenziali effettuate dai servizi sanitari ed a tutela dei diritti degli utenti del servizio sanitario regionale oltre che di arricchimento multidisciplinare nella fase diagnostica.

Allo stato attuale il servizio rimane ancora molto confinato nello specifico disciplinare espletando prevalentemente compiti di accertamento clinico biologico e di certificazione.

Obiettivi

- Armonizzare le funzioni valutative medico-legali con le attività delle strutture sanitarie e socio sanitarie;
- Ampliare l'attività di controllo dell'esercizio delle professioni sanitarie e socio-sanitarie;
- Ampliare e potenziare gli strumenti di indagine e controllo del Registro delle cause di morte.

Azioni

- Definizione del ruolo del medico legale come supporto nelle future équipe valutative dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni;
- Istituzione di una idonea rete informativa;
- Integrazione dei concetti medico-legali nella formazione dei soggetti certificatori e dei medici curanti sia sul territorio che in ospedale.

Urgenza territoriale – In Valle d'Aosta l'attività del 118 presenta le caratteristiche tipiche di un'offerta efficace ad alto costo, situazione però non tollerabile indefinitamente. Infatti, se la qualità tecnica del servizio d'urgenza è da considerarsi ad un livello sostanzialmente medio alto, il volume delle risorse finanziarie impegnate per tale offerta è eccessivo, specie se rapportato alla frequente «traslazione istituzionale» del servizio verso la medicina di base.

È necessario quindi, a fronte di un mantenimento dei livelli qualitativi raggiunti e di un eventuale potenziamento dei centri traumatologici, passare da una situazione di efficacia ad alto costo, ad un'altra di ipocosto ad isoefficacia, grazie ad un'opera di razionalizzazione degli interventi, ad un recupero delle spese sostenute per prestazioni effettuate a non residenti ed infine ad una opportuna campagna di educazione degli utenti e dei medici in merito al corretto impiego del servizio stesso.

Obiettivi

- Valorizzare i centri traumatologici attribuendo ad essi, oltre all'attuale ruolo di supporto sanitario alle stazioni sciistiche, il ruolo di effettive strutture di rete sanitaria, finalizzate a decentrare e decongestionare, con appropriata azione di filtro, prestazioni specialistiche oggi erogate impropriamente dalla struttura ospedaliera;
- Ridefinire le tariffe per un graduale rientro finanziario del servizio senza perdite assistenziali;
- Pianificare l'eventuale istituzione di ulteriori centri traumatologici.

Azioni

- Responsabilizzazione dei medici prescrittori del servizio;
- Avvio di campagne di informazione all'utenza;
- Predisposizione di procedure necessarie al totale recupero dei crediti da mobilità attiva.

Assistenza temporanea a stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale – Con la recente istituzione di uno sportello dedicato alla tutela della salute degli stranieri privi di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, la Valle d'Aosta può registrare una punta di eccellenza del suo servizio sanitario regionale ed un elemento di coerenza con il progetto nazionale di portare la sanità in Europa. Il servizio infatti si rivolge al cittadino straniero come portatore di un bisogno di salute e non come soggetto in regola con i permessi di soggiorno. L'aver aperto questo canale di accesso anche agli stranieri non in possesso di regolare permesso ha consentito inoltre di controllare, seppure indirettamente, i rischi legati a quadri epidemiologici dei Paesi di origine e a culture o semplici abitudini, diverse dal Paese di accoglienza

Obiettivi

- Promuovere la conoscenza dello sportello informativo per la salute degli immigrati (SIS);

- Fornire alle popolazioni in ingresso le conoscenze necessarie ad una tutela del proprio stato di salute anche in relazione alle condizioni epidemiologiche e alla cultura del Paese di accoglienza.

Azioni

- Avvio di campagne di informazione presso i centri operativi e di volontariato regionali preposti all'identificazione, accoglienza e supporto delle popolazioni straniere in transito sul territorio regionale;
- Segnalazione alle strutture di competenza di eventuali rischi indotti da specifici problemi originati nel Paese di partenza che possono trovare nel Paese di destinazione condizioni di aggravamento (es. tubercolosi);
- Istituzione dello sportello come osservatorio privilegiato dei bisogni di salute e di assistenza sociale delle popolazioni in ingresso.

Tutela sanitaria delle attività sportive – L'elevata attività sportiva presente in Valle d'Aosta, dimostrata dai dati forniti dal CONI relativi ai circa 6.000 sportivi – di cui circa 2.850 minori – sottoposti a visita per l'idoneità agonistica tra il giugno 2000 e il giugno 2001, ha determinato la necessità di una tutela sanitaria e di un controllo regolamentato da disposizioni regionali. Allo stato attuale sono state emanate disposizioni per la standardizzazione delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva e sono state individuate strutture accreditate operanti ad Aosta e in Bassa Valle per svolgere tale attività in convenzione con l'Azienda USL. È stato inoltre adottato il libretto dello sportivo ed è stata istituita l'anagrafe dei medici sportivi.

Considerato il numero dei tesserati per le federazioni nazionali che praticano prevalentemente attività agonistica (17.500 circa in tutta la regione), pur sottraendo almeno 1.500 dirigenti e tecnici, è possibile presumere che siano ancora numerosi gli atleti che non si sottopongono alla visita di idoneità sportiva agonistica, la cui funzione di medicina preventiva è considerata molto importante.

Obiettivi

- Ampliare la fascia di tutela anche agli anziani ultra sessantacinquenni e ai soggetti disabili che praticano attività agonistica;
- Affrontare il problema della tutela dei minori che praticano attività sportiva non agonistica al di fuori dell'ambito scolastico;
- Predisporre i necessari sistemi di sorveglianza per la tutela della pratica sportiva inclusi i controlli anti doping;
- Sensibilizzare le società e le strutture sportive all'utilità della visita preliminare all'attività sportiva.

Azioni

- Campagne di informazione sui criteri di una corretta pratica sportiva anche in relazione allo stato di salute e ai rischi in presenza di determinate patologie.

Assistenza territoriale e semiresidenziale

In Valle d'Aosta l'assistenza territoriale e semiresidenziale comprende un'offerta ricca e multifunzionale articolata in:

- servizi per la prima infanzia;
- servizi socio-assistenziali ed educativi per minori ed adolescenti;
- servizi diurni per disabili psichici;
- servizi di assistenza psichiatrica;
- servizi di assistenza per tossico e alcolodipendenti;
- servizi per anziani;
- assistenza domiciliare integrata (ADI).

Per tutte queste tipologie di offerta, la risposta che viene data allo specifico bisogno varia dalla prestazione sanitaria a quella esclusivamente sociale, con un continuum che include forme di risposta mista, adatte a soddisfare bisogni complessi ed interdipendenti tra la condizione patologica e il disagio sociale che ne può derivare.

Allo stato attuale si rileva una certa promiscuità di utenze rispetto alle sedi appropriate di risposta al bisogno e questo è par-

tiolarmente visibile nelle microcomunità. Obiettivo strategico del Piano sarà lo sviluppo consistente dell'assistenza domiciliare integrata al fine di evitare e contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce di persone non autosufficienti.

Servizi per la prima infanzia – La Valle d'Aosta, a fronte di poco più di 1.000 nati all'anno, dispone di servizi per la prima infanzia (0-3 anni) che soddisfano la capienza potenziale massima di 577 posti (di cui 390 negli asili-nido e 187 nei servizi alternativi), ovvero il 18% circa della popolazione infantile interessata, con punte di oltre il 23% nel distretto n. 2 e dell'8,3% nel distretto n. 4.

In Valle d'Aosta i servizi collettivi, che ospitano gruppi di bambini in strutture, sono ubicati in misura più consistente nella città di Aosta e nei centri più popolati del fondovalle. Sono praticamente scoperte le zone di media ed alta montagna, soprattutto i Comuni meno popolati.

I servizi domiciliari attualmente disponibili sono organizzati privatamente da cooperative sociali o società di servizi sotto forma di baby sitter, qualificate secondo gli schemi previsti dall'organizzazione di appartenenza.

In prospettiva, come emerso dal già citato *Projet Bébé*, appare difficilmente ipotizzabile in alcune aree della regione l'implementazione di strutture tradizionali (asili-nido) per la prima infanzia. Le caratteristiche geografiche del territorio ed alcuni aspetti socio-demografici ed economici della popolazione suggeriscono infatti, per numerose aree territoriali, l'attivazione di forme innovative di servizi.

Peraltro, i risultati della ricerca suggeriscono un atteggiamento di prudenza nella messa a punto di una rete definitiva di nuovi servizi. L'eterogeneità del territorio e la diversificazione dei comportamenti familiari non permettono una dimostrazione certa della pertinenza delle strutture inedite, in rapporto alle diverse aree della regione. Per questo motivo sarà opportuno avviare una sperimentazione limitata in alcune aree del territorio, fermo restando una graduale tendenza ad omogeneizzare l'offerta di servizi nei diversi distretti.

Obiettivi

- Garantire un'offerta omogenea di servizi nei vari distretti;
- Mantenere gli standard di affidabilità garantiti dal modello educativo attuale;
- Sviluppare modelli alternativi o integrativi agli asili nido (garderie; spazio gioco; tata familiare; nido condominiale, di villaggio o aziendale);
- Migliorare la fase collaborativa tra gli asili nido e i nuovi servizi alternativi;
- Migliorare la collaborazione tra famiglie ed operatori;

Azioni

- Formalizzazione delle collaborazioni tra asili nido e servizi alternativi;
- Predisposizione di materiale divulgativo e informativo sull'offerta di servizi;
- Predisposizione di materiale formativo per le famiglie;
- Sperimentazione del servizio di «Tata Familiare» e degli altri servizi alternativi e predisposizione di opportune metodiche di monitoraggio dell'iniziativa;
- Definizione di standard per i servizi alternativi integrativi;
- Nido aziendale per il personale dell'Azienda USL;
- Organizzazione di garderies e attività ludico espressive o di animazione all'interno dell'azienda USL.

Servizi socio-assistenziali ed educativi per bambini ed adolescenti – Garantire condizioni che rendano possibile l'armonico sviluppo del minore richiede l'offerta di interventi e servizi a supporto della famiglia nello svolgimento del suo ruolo genitoriale.

Attualmente sul territorio regionale gli enti locali hanno attivato servizi quali:

- trasporto e refezioni in ambito scolastico;
- centri estivi, soggiorni di vacanza, ludoteche;
- spazi d'incontro bambini e famiglie.

La l. 285/97 ha dato impulso, anche nella nostra regione, alla progettazione e attivazione di nuovi servizi innovativi sia nella tipologia che nelle modalità di collaborazione ed integrazione, tra soggetti istituzionali e non, nelle fasi progettuali e di attuazione; vi è però disomogeneità sia dell'offerta nelle varie zone che della modalità di accesso alle prestazioni erogate.

Emerge ancora la difficoltà di comprendere la valenza preventiva e di sostegno che i servizi suddetti rappresentano nei confronti delle famiglie e in particolare di quelle in situazioni di svantaggio.

In particolare il servizio di Assistenza domiciliare educativa (ADE) si inserisce nella rete degli interventi a favore di minori in difficoltà. Prevede interventi educativi finalizzati a:

- mantenere il minore in famiglia, attraverso il recupero delle risorse potenziali della famiglia stessa ed il rafforzamento delle figure parentali;
- attivare risorse e potenzialità rintracciabili nella famiglia e sul territorio;
- costruire una rete di legami tra minori e famiglie di origine e tra queste e l'ambiente circostante (scuola, vicinato, comunità locale);
- prevenire la cronicizzazione di situazioni di sofferenza psico-fisica sociale dei minori in difficoltà.

Il servizio, attivo nella città di Aosta e cintura dal 1993 e nel distretto 1, dal 1997 ad oggi registra un numero crescente di minori seguiti e un impegno da parte di educatori che operano in integrazione con le équipes territoriali.

Dal mese di settembre 2000 il servizio è stato esteso ai distretti n. 3 e n. 4 con l'assegnazione di un educatore per distretto.

Obiettivi

- Garantire la diffusione e l'omogeneità della presenza dei servizi su tutto il territorio regionale operando in un'ottica preventiva;
- Garantire prioritariamente gli interventi a sostegno dei minori in situazioni di disagio e del loro nucleo familiare di origine;
- Garantire la costante qualità ed evoluzione di servizi;
- Estendere e potenziare il servizio di ADE su tutto il territorio regionale.

Azioni

- Definizione di linee guida che individuino i livelli minimi da garantire e le modalità di accesso;
- Monitoraggio costante della situazione dei servizi sul territorio anche attraverso l'osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza;
- Implementazione del servizio di ADE nelle zone del distretto 2 in cui lo stesso non è ancora stato attivato (comunità montana «Gran Combin» e parte della comunità montana «Monte Emilius»);
- Potenziamento del numero degli educatori nei distretti n. 3 e n. 4 per il servizio di ADE.

Servizi diurni per disabili psichici – Considerando la persona disabile rispetto al suo ciclo vitale si devono mettere in atto interventi a favore suo e della sua famiglia per garantirne l'integrazione alla luce della legge n. 104/1992 e successive modificazioni e sostenere la famiglia sia in termini relazionali che assistenziali. In armonia con questi principi attualmente la Valle d'Aosta è dotata di Servizi diurni per disabili psichici denominati Centri socio-educativi (CSE) e Strutture Educative di Formazione e Orientamento (SEFO) a cui si accompagnano attività integrative e collaterali. Tenuto conto che i CSE svolgono non sola attività educative ma anche assistenziali, si ritiene opportuno modificarne la denominazione in Centri Educativo Assistenziali (CEA). La funzione assistenziale, seppure orientata al mantenimento delle capacità esistenti, è determinata sia dall'età di alcuni utenti che da molti anni sono inseriti in tali servizi e per i quali è necessario definire progetti con obiettivi prevalentemente assistenziali, sia dalla gravità dell'handicap di altri soggetti indipendentemente dalla loro età o dal periodo di permanenza nei servizi.

I CEA hanno una utenza complessiva pari a 55 posti che copre il 20% dell'utenza potenziale. Pertanto, considerando anche l'innalzamento dell'aspettativa di vita dei disabili e al fine di rendere omogenea l'offerta sul territorio regionale, si prevede di incrementarne complessivamente la disponibilità di posti, CEA in particolare nel distretto 1 che ne è, al momento, sprovvisto.

Attualmente sono operanti 4 CEA gestiti dall'amministrazione regionale ed 1 centro diurno privato convenzionato che svolge attività simili a questi e 4 SEFO. È operante inoltre il Centro diurno di Ollignan in cui si esplicano attività finalizzate a

potenziare le competenze utili per il mercato del lavoro e ad offrire possibilità occupazionali alle persone inidonee all'inserimento lavorativo ordinario.

Obiettivi

- Potenziare la capacità ricettiva dei CEA;
- Coinvolgere le famiglie nei processi di individuazione del bisogno;
- Potenziare il lavoro di rete utilizzando risorse pubbliche e private;
- Incrementare l'assistenza territoriale educativa;
- Differenziare le prestazioni educative ed assistenziali dei CEA in relazione ai bisogni, alle potenzialità e all'età degli utenti;
- Rideterminare le figure professionali in relazione alla differenziazione tra ruoli educativi ed assistenziali;
- Ridefinire il ruolo delle SEFO;
- Sviluppare e regolamentare la collaborazione con gli istituti scolastici;
- Favorire il sostegno alle famiglie e l'integrazione sociale dei disabili sia in contesti di lavoro che in contesti occupazionali;
- Realizzare strutture produttive protette;
- Prevedere, nei CEA, percorsi differenziati in modo da consentire il massimo sviluppo delle potenzialità per l'inserimento in ambiti esterni e, nel caso in cui ciò non sia possibile, la presa in carico in struttura o unità assistenziale;
- Promuovere la commercializzazione dei prodotti realizzati nei servizi diurni per disabili psichici.

Azioni

- Definizione degli standard di accesso e di funzionamento dei CEA;
- Adozione di protocolli di lavoro integrato tra i membri dell'équipe di territorio;
- Ricerca ed utilizzo delle risorse del territorio;
- Costituzione di gruppi di utenti differenziati in base al prevalere dei bisogni assistenziali o educativi e dell'età al fine di prevedere percorsi individualizzati in modo da sviluppare le capacità per gli inserimenti in ambiti esterni o, per i casi più gravi, la presa in carico in specifica struttura assistenziale;
- Individuazione di spazi idonei a consentire l'organizzazione delle attività in relazione alla capacità e all'età degli utenti;
- Costituzione di un nucleo specifico di educatori professionali per l'assistenza territoriale educativa;
- Costituzione e partecipazione a gruppi di studio interistituzionali;
- Elaborazione di progetti condivisi con la scuola e con l'Azienda USL;
- Organizzazione di soggiorni di vacanza per disabili maggiorenni;
- Sviluppo di servizi di aiuto alla persona;
- Organizzazione di laboratori per attività occupazionali;
- Realizzazione di uno o più punti vendita di prodotti realizzati nei servizi diurni per disabili psichici.

Servizi di assistenza psichiatrica – L'assistenza psichiatrica territoriale comprende l'insieme degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici.

Nel Dipartimento di salute mentale dell'Azienda USL Valle d'Aosta l'assistenza psichiatrica territoriale viene erogata attraverso un Centro di salute mentale, un day hospital, il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, il Servizio di urgenza psichiatrica, una struttura protetta residenziale terapeutico-riabilitativa, una casa alloggio.

Tutte le attività territoriali ed ospedaliere dell'assistenza psichiatrica fanno capo al Dipartimento di salute mentale (DSM) .

Presso il Centro di salute mentale (CSM) vengono svolte attività di presa in carico del cittadino assistito da parte di una

équipe multiprofessionale con programmi terapeutici personalizzati, comprendenti interventi di tipo psichiatrico e/o psicologico e/o sociale.

Il day hospital (DH) con 8 posti letto, è destinato a cittadini con psicopatologia subacuta, aventi necessità di intervento farmacologico e psicoterapico. Ha la funzione di evitare ricoveri a tempo pieno, nonché di limitarne la durata quando questi si rendono indispensabili.

Il Servizio di urgenza psichiatrica è attivo 24 ore su 24 ore presso il Dipartimento di emergenza accettazione del Presidio ospedaliero e presso la sede del CSM nell'orario di apertura dello stesso.

Per gli interventi in situazione di crisi (acuzie e riacutizzazioni) che necessitano di ricovero ospedaliero opera il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Il DSM si pone i seguenti:

Obiettivi

- Ridurre i ricoveri;
- Ridurre le cronicità e gli interventi assistenziali;
- Incrementare gli interventi di rete sociale e familiare con riduzione della sofferenza e del disagio nel contesto di vita del cittadino assistito psichiatricamente;
- Rilevare e valutare sotto l'aspetto epidemiologico l'attività svolta.

Azioni

- Interventi terapeutici, farmacologici e riabilitativi rivolti direttamente al cittadino assistito per consentirgli di riappropriarsi o di appropiarsi di competenze nell'ambito personale e sociale;
- Interventi rivolti alla famiglia finalizzati ad utilizzare le risorse del nucleo familiare nel trattamento a lungo termine del cittadino assistito e a ridurre l'impatto degli eventi stressanti che possono causare ricadute;
- Interventi rivolti al contesto, quali creazione di laboratori di avviamento professionale, borse-lavoro, inserimento in cooperative sociali, facilitazioni ed addestramento nella ricerca del lavoro;
- Interventi per la costruzione di una rete di servizi socio sanitari sul territorio, creando, coerentemente con i bisogni reali dell'utenza, i servizi e le strutture indicate dal progetto obiettivo «tutela della salute mentale 1998-2000».

Servizi di assistenza per tossico-alcoldipendenti – Il sistema dei servizi per le dipendenze si articola in una serie di strutture preposte alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti, alcol e farmaci ed è costituito dal SER.T (Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze) da una Comunità terapeutico-riabilitativa, da un Centro di prima accoglienza, da un Centro di reinserimento, da una Casa alloggio per malati di AIDS e da un Centro crisi.

Il SER.T costituisce il servizio di riferimento per gli assuntori di sostanze stupefacenti, le loro famiglie e tutti coloro che desiderano interessarsi del problema della tossicodipendenza. Vengono svolti interventi di carattere psicologico, di informazione e prevenzione, di controllo sulle patologie connesse alla tossico e alcolodipendenza, di terapia farmacologica e disintossicante.

Nel 1999 è stata attivata presso il SER.T una équipe di alcologia che ha potuto operare disponendo di personale appositamente dedicato; ciò ha avuto una ricaduta operativa evidente sia nell'aumento complessivo dei nuovi casi contattati e seguiti, sia nella qualità delle prestazioni offerte e dei nuovi Servizi attivati, quale il day hospital. Al fine di migliorare i servizi attivati nell'ambito dell'alcologia si prevede la riunificazione degli stessi in un Centro Polivalente che comprenda:

- day hospital (6 posti)
- night hospital (3 posti)
- ambulatorio
- centro diurno
- centro residenziale (10 posti).

Presso il Centro di prima accoglienza, che opera in convenzione con l'Azienda USL Valle d'Aosta, viene svolta attività di

accoglienza della persona e di valutazione della richiesta con interventi di tipo socio-educativo quali segretariato sociale, colloqui di sostegno individuale e/o familiare, sostegno educativo, predisposizione di inserimenti in comunità terapeutica in accordo con il progetto terapeutico elaborato dal SER.T.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale se si vuole concretamente contrastare la dipendenza patologica e l'uso/abuso di sostanze psicoattive è necessario porsi i seguenti obiettivi.

Obiettivi

- Sviluppare e rafforzare un sistema dei servizi, pubblici e del privato sociale, che costituisca il punto di riferimento reale per tutti coloro che, a qualsiasi livello, hanno problemi legati all'uso/abuso di sostanze psicoattive e che sia in grado di rispondere o concorrere a rispondere, o facilitare la risposta ai bisogni espressi dai soggetti che si rivolgono ai servizi stessi;
- Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di conoscere la tossicodipendenza nei suoi molteplici aspetti, nei modi e nelle forme in cui questa si sviluppa in generale e in ambito territoriale, e in grado di cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno;
- Sviluppare un sistema di servizi in grado di informare e di sensibilizzare sull'andamento della tossicodipendenza e in grado di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno.

Azioni

- Formazione permanente del personale in servizio e adeguato inserimento e accompagnamento di quello di nuova assunzione;
- Attuazione di programmi specifici per ridurre la mortalità e la diffusione della morbilità legata alla tossicodipendenza;
- Partecipazione attiva dei servizi alle strategie locali di prevenzione primaria;
- Raccolta dei dati finalizzati ad una comprensione delle caratteristiche dell'utenza dei servizi, del fenomeno a livello territoriale, della programmazione degli interventi;
- Valutazione corrente dei risultati conseguiti a livello terapeutico e del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Servizi per anziani – L'offerta dei servizi territoriali e semiresidenziali per anziani comprende centri diurni, centri d'incontro, soggiorni climatici, telesoccorso e teleassistenza.

Il centro diurno è un servizio socio-sanitario integrato che ospita, in regime diurno, soggetti adulti che non sono più in grado di permanere presso il proprio domicilio; sono previste prestazioni assistenziali, sanitarie e riabilitative. Tale servizio viene erogato attualmente presso strutture autonome solo nel Comune di Aosta. Nel resto della regione, esso viene erogato presso microcomunità che dispongono di spazi idonei alla frequenza da parte di utenti esterni (diurni); altre strutture autonome, impropriamente definite centri diurni forniscono principalmente il servizio di pasti caldi.

Il centro di incontro è un servizio sociale che offre attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione. È presente in Aosta ed in altri 18 comuni

I soggiorni climatici sono un servizio socio-sanitario che ha finalità di mantenimento e ristabilimento dello stato di salute nonché di socializzazione

Il telesoccorso e la teleassistenza sono un servizio socio-sanitario-assistenziale che assicura 24 ore su 24, tramite il telefono, interventi tempestivi sullo stato di salute degli utenti in caso di emergenza o di improvvisa difficoltà. Attualmente è disponibile ad Aosta e in 7 delle 8 Comunità montane.

Obiettivi

- Rendere il centro diurno risorsa per risolvere situazioni di gravità e fornire sollievo alle famiglie, evitando l'istituzionalizzazione;
- Favorire l'integrazione sociale delle persone anziane autosufficienti;
- Potenziare il telesoccorso e la teleassistenza.

Azioni

- Approvazione di standard gestionali;

- Definizione di modalità di monitoraggio (numero e tipologia utenti) uniformi per tutta la regione;
- Estensione dei servizi di telesoccorso e teleassistenza ad un numero maggiore di anziani;
- Organizzazione di soggiorni climatici.

Assistenza domiciliare integrata (ADI) – L'attuale servizio di assistenza domiciliare, erogato da tutti i Comuni della Valle d'Aosta riguarda il complesso delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie, volte a mantenere la persona al proprio domicilio. Il servizio, rivolto a tutta la popolazione, può, in base alla valutazione multiprofessionale dei bisogni della persona interessata, prevedere solo interventi socio-assistenziali, solo interventi sanitari o interventi socio-sanitari integrati; questi ultimi sono in sintonia con la definizione di ADI data dal Piano Sanitario Nazionale. È in atto una sperimentazione nel Comune di Aosta che prevede la presa in carico multiprofessionale e comunitaria delle situazioni problematiche, l'integrazione socio sanitaria e l'avvio di un sistema informativo finalizzato alla valutazione dei servizi oggetto di sperimentazione.

Obiettivi

- Valutare, mediante una analisi costi benefici, gli esiti della sperimentazione nel comune di Aosta;
- Precisare i contenuti del servizio ed uniformarli su tutto il territorio regionale, ponendo attenzione al potenziamento dell'offerta (erogazione del servizio su 6 o 7 giorni alla settimana, flessibilità degli orari);
- Migliorare le condizioni di applicabilità della normativa esistente per creare reti di risorse complementari al servizio pubblico quali alternative reali ai ricoveri.

Azioni

- Approvazione di standard;
- Elaborazione di procedure di semplice applicazione delle norme esistenti;
- Formazione di risorse umane complementari al servizio pubblico.

Servizi per immigrati – Essendo la Valle d'Aosta una regione di confine e di transito verso altri Paesi, il fenomeno dell'immigrazione appare essenziale da regolamentare soprattutto alla luce dell'incremento registrato nelle richieste di servizi e prestazioni che ad esso si collega. Il dato delle presenze stabili, che si può considerare di 2.500 unità, registra una composizione di circa 1000 nuclei familiari ed una presenza progressivamente crescente nelle istituzioni scolastiche di minori stranieri.

I destinatari dei servizi sono i cittadini immigrati, anche non residenti, in possesso di regolare permesso di soggiorno. Al momento le attività svolte sono tutte concentrate nel capoluogo regionale e comprendono: la gestione del Centro Comunale Immigrati Extracomunitari, iniziative culturali di formazione e mediazione, concessioni di buoni pasto. Tra i punti di eccellenza del servizio si registra l'apertura di un centro di incontro.

Obiettivo

- Verificare l'adeguamento dell'offerta della tipologia di servizi alle dinamiche dei bisogni che si esprimono in questa fascia di popolazione;
- Impostare una continuità di servizio che tragga esperienza dall'attività di mediazione culturale compiuta dal Progetto Cavanh al fine di rendere effettivo un servizio di mediazione interculturale a favore dei singoli e dei servizi della Regione.

Azione

- Monitoraggio dei servizi offerti ai cittadini immigrati;
- Implementazione del servizio di mediazione interculturale e valutazione degli effetti di tale servizio.

Centro diurno per malati di Alzheimer – Su disposizioni della Giunta regionale all'Azienda USL e conseguente deliberazione del Direttore generale dell'Azienda è stato istituito a livello sperimentale il Centro diurno a favore dei malati di Alzheimer gestito in convenzione con un ente privato di assistenza. Si tratta di un servizio socio-sanitario finalizzato all'assistenza dei malati di Alzheimer e sindromi correlate con lo scopo di migliorare l'autonomia degli utenti e dare sollievo alle loro famiglie.

Obiettivo

- Istituzionalizzare il servizio.

Azione

- Definizione di standard gestionali e strutturali nonché di sistemi per la valutazione.

Assistenza residenziale

In Valle d'Aosta l'assistenza residenziale prevede:

- le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
- il centro residenziale di cure palliative;
- le Microcomunità;
- le comunità alloggio;
- le comunità per minori;
- la comunità protetta per disabili;
- le comunità di recupero per tossicodipendenti;
- la casa alloggio per affetti da AIDS;
- la comunità riabilitativa per malati psichici;
- il country hospital (ospedale di comunità).

Per tutte queste forme di residenzialità, il Piano pone i seguenti:

Obiettivi

- Garantire il recupero di autonomia in soggetti non autosufficienti, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e alcol, degli anziani, dei malati mentali, dei malati di Alzheimer nonché prevenire l'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) – La Valle d'Aosta riconosce alle RSA il ruolo di strutture residenziali a lungo termine, con moduli di max 20 posti letto, per persone assistite non acute e ad elevato bisogno sanitario-assistenziale. A seguito di uno studio multidisciplinare promosso dalla Regione e finalizzato all'acquisizione di elementi utili alla stima del fabbisogno di posti letto per questa forma di assistenza residenziale, è emerso come i futuri utenti di queste strutture saranno i malati di Alzheimer, le demenze in genere e le persone affette da quelle patologie che la riorganizzazione dell'attuale utenza delle Microcomunità individua come «improprie». Per le persone affette da disturbi psichiatrici è previsto un modulo dedicato presso una struttura RSA a Verrès che opererà in forma coordinata anche con il Dipartimento di Salute Mentale. In altre parole, la risposta assistenziale offerta dalle RSA otterrà nel prossimo triennio un duplice obiettivo: il primo, dare risposta organizzata a specifiche tipologie di utenti, il secondo, ridurre la percentuale di utenza e di prestazioni inappropriate che oggi caratterizza l'interazione tra domanda e offerta di servizi.

Risulta inoltre opportuno riservare una quota di posti in una struttura adeguatamente attrezzata sotto il profilo alberghiero e riabilitativo per la temporanea accoglienza di persone assistite in ospedale in attesa del rientro al domicilio o altra struttura. Un successivo documento individuerà la struttura preposta regolamentando i requisiti di accesso e di dimissione.

Obiettivi

- Attivare RSA anche al fine di sgravare le microcomunità da inserimenti impropri.

Azioni

- Riconversione di strutture per anziani esistenti (ad Hône ed in un comune da individuare nell'Alta Valle) e l'edificazione di nuove strutture (ad Aosta in Regione Gotreau e ad Antey-Saint-André);
- Definizione di protocolli tra ospedale e territorio per l'accoglimento in RSA di precise tipologie di persone assistite.

Centro residenziale di cure palliative – Si tratta di una struttura dove un'équipe multidisciplinare accoglie persone prioritariamente affette da patologia neoplastica terminale che non possono essere assistiti a domicilio e necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della vita. Il centro residenziale si inserisce e si integra nell'ambito di una rete di servizi so-

cio-sanitari già presente sul territorio al fine di garantire la continuità e la flessibilità delle cure palliative attraverso percorsi assistenziali personalizzati.

Obiettivo

- Migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza alle persone affette da patologie in fase terminale e ai loro familiari mediante l'utilizzo delle cure palliative e la personalizzazione del percorso assistenziale.

Azioni

- Realizzazione di una struttura per le cure palliative che organizzi le aree in modo da garantire il benessere psicologico del cittadino assistito e dei suoi familiari, il comfort alberghiero, la sicurezza dell'utilizzo degli spazi e la tutela della privacy.

Microcomunità – A livello regionale le microcomunità costituiscono un servizio socio sanitario integrato a carattere residenziale destinato ad anziani in stato di non autosufficienza psicofisica che persegue gli obiettivi di:

- ospitare, anche temporaneamente, anziani per i quali le famiglie non possono provvedere in modo adeguato a domicilio anche mediante ricorso ad altri servizi;
- conservare e promuovere le loro capacità di autonomia;
- contrastare il processo di decadimento psicofisico ed il peggioramento delle condizioni di salute attivando percorsi riabilitativi.

I destinatari sono le persone anziane di età superiore ai 65 anni non autosufficienti che:

- presentano deficit funzionali tali da compromettere lo svolgimento autonomo degli elementari atti di vita quotidiana;
- non sono assistibili a domicilio per carenze della famiglia e/o dei servizi territoriali;
- necessitano di un'elevata assistenza tutelare o di specifici percorsi riabilitativi ma non di prestazioni sanitarie intensive.

La realizzazione delle RSA, darà risposta operativa nel prossimo triennio ad una parte delle criticità che queste strutture stanno registrando per effetto di una serie di dinamiche intervenute, tanto nella composizione per età e condizione di salute della popolazione ospitata, che per effetto dei cambiamenti in atto nelle forme di valutazione della risposta assistenziale.

Obiettivi

- Sgravare le strutture esistenti da inserimenti impropri;
- definire i ruoli, le funzioni, anche integrate, delle diverse figure professionali in esse presenti.

Azioni

- Individuazione ed approvazione di standard e requisiti minimi gestionali;
- Adeguamento delle strutture alle norme nazionali in materia di sicurezza sul lavoro e di impiantistica;
- Definizioni di progetti e protocolli di integrazioni operative tra le diverse figure professionali.

Comunità alloggio – Si tratta di un servizio sociale composto da un insieme di piccole unità abitative, attrezzate in modo da permettere una vita autonoma, ma raggruppate in un'unica struttura residenziale, dotata di servizi comuni. Le strutture hanno una tipologia edilizia simile agli appartamenti e sono destinate ad anziani con sufficiente grado di autonomia, a soggetti psichiatrici in via di reinserimento sociale e a disabili fisici a cui viene assicurato il supporto domiciliare, compreso il servizio di aiuto alla persona e, eventualmente, il servizio di portineria. Con queste ultime modalità, il servizio è pienamente attivo solo nel Comune di Aosta.

Obiettivi

- Consentire una vita autonoma in situazione protetta a persone anziane autosufficienti o lievemente non autosufficienti;
- Favorire l'autonomia dei soggetti psichiatrici e disabili fisici;

Azioni

- Definizione di standard strutturali e gestionali.

Comunità per minori – Le comunità per minori sono servizi destinati ad accogliere e ospitare minori in stato di abbandono temporaneo o definitivo, nell'attesa di un rientro in famiglia d'origine o di altra collocazione stabile. Le comunità offrono prestazioni di carattere educativo e stimolo psicologico, di accudimento e igiene personale, di accompagnamento scolastico e sanitario.

Sono presenti in Aosta due comunità cui fa riferimento il bacino di utenza dell'intero territorio regionale. Le strutture accolgono rispettivamente minori compresi tra gli 0 e i 12 anni l'una (con la disponibilità di 7 posti residenziali) e tra i 13 e i 18 anni l'altra (con la disponibilità di 6 posti residenziali).

Obiettivi

- Migliorare l'incontro tra famiglie affidatarie e bambini;
- Potenziare il numero di posti per la fascia 0-12 anni per ridurre gli inserimenti in strutture extra regionali;
- Qualificare le prestazioni del servizio ponendo particolare attenzione alle esigenze delle diverse fasce di età.

Azioni

- Individuazione di uno spazio protetto per gli incontri tra adulti e bambini ospiti;
- Approvazione degli standard gestionali;
- Sdoppiamento della comunità rivolta alla fascia di età 0-12 con suddivisione in due fasce di età, la prima compresa tra 0 e 6 anni e la seconda compresa fra 7 e 12 anni;
- Predisposizione di strumenti operativi comuni a tutte le équipes socio-sanitarie di base per l'utilizzo corretto e omogeneo delle strutture;
- Monitoraggio del servizio anche tramite l'osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Comunità protette per disabili – È un servizio sociale rivolto a disabili con handicap psico-fisico e realizza un obiettivo prefissato dal precedente Piano.

Obiettivi

- Rispondere ad esigenze di persone senza famiglia ovvero ad esigenze di riposo da parte delle famiglie dei disabili per evitare l'istituzionalizzazione.

Azioni

- Definizione degli standard gestionali e strutturali del servizio;
- Formazione di personale idoneo;
- Individuazione di locali o strutture da adibire a comunità protetta.

Comunità di recupero per tossico-alcoldipendenti – È un servizio socio-sanitario che si pone come finalità il recupero del tossico-alcoldipendente attraverso interventi psicoterapeutici, rieducativi e di reinserimento lavorativo. I destinatari sono giovani di ambo i sessi residenti in Valle con possibilità di accogliere anche residenti fuori Valle qualora vi fossero posti disponibili o particolari esigenze. Vengono accolti anche giovani con situazioni giuridiche quali: arresti domiciliari ed affidamento sociale.

Due sono le comunità operanti in Valle d'Aosta; una è gestita da una cooperativa cui è affidata in convenzione una struttura di proprietà regionale ad Aosta che accoglie soggetti tossico e alcolodipendenti, l'altra è sita a Sarre ed è gestita da una cooperativa, che accoglie esclusivamente soggetti tossicodipendenti.

L'accesso è disposto dal SER.T che elabora il progetto terapeutico, in collaborazione con gli operatori della comunità la cui gestione è affidata ad una cooperativa in convenzione con l'Azienda USL. Il criterio di ammissione è la motivazione al superamento della propria condizione di tossicodipendenza. Il tempo medio di durata del programma è di circa due anni e si snoda in tre fasi: accoglienza, vita comunitaria, reinserimento.

Il Centro crisi di Sarre è un servizio socio-sanitario di prima accoglienza rivolto a persone che intendono disintossicarsi dal metadone per l'ammissione in un programma riabilitativo e a persone con programmi alternativi concordati con il SER.T (naltraxone, terapie di mantenimento).

Prevede una permanenza massima di due o tre mesi, per rispondere ai bisogni immediati, che assicuri anche interventi sanitari ed a rilievo sanitario, e che permetta la formulazione di un piano terapeutico da svolgere in altra sede. Può accogliere 8

persone con pernottamento ed erogazione di pasti, ed offre uno spazio di riflessione, dando un sostegno psico-affettivo agli ospiti affinché evitino di modificare la scelta di uscire dallo stato di tossicodipendenza. Oltre a ciò il Centro offre la possibilità del ripristino delle condizioni psicofisiche necessarie all'ingresso in comunità, e/o la possibilità di seguire la terapia a scalare di metadone. Vengono quotidianamente proposte attività che spaziano dall'espressione artistica, agli incontri culturali, alla pratica sportiva.

Il Centro di reinserimento di Sarre è un servizio socio-educativo atto a favorire l'inserimento sia familiare, sia sociale, sia lavorativo per persone tossicodipendenti che abbiano terminato un programma di recupero. Gli ambiti di lavoro comprendono attività educative quali gruppi di sostegno per gli utenti, per i genitori; gruppi di programmazione e verifica delle attività interne ed esterne alla struttura; organizzazione dell'inserimento lavorativo in collaborazione con i servizi territoriali e la famiglia; lavoro con le realtà socio-culturali del territorio per favorire l'aggancio dell'individuo con le realtà sociali positive.

Obiettivi

- Promuovere la motivazione all'abbandono delle condotte tossicomane;
- Migliorare e consolidare il processo dell'autonomia personale;
- Incrementare l'impegno ad assumersi le proprie responsabilità;
- Costruire modalità di vita basate sulla essenzialità.

Azioni

- Attivazione, attraverso il lavoro di comunità, di competenze anche nuove in cui lo scopo non è la specializzazione, ma la condivisione di progetti di lavoro per la comunità;
- Attivazione di momenti di promozione culturale;
- Promozione delle attività ricreative e sportive (gite, visite a musei, ecc.) .

Casa alloggio per affetti da AIDS – È un servizio socio-sanitario presente a Nus che si rivolge ai malati di AIDS che, privi di un domicilio o di un nucleo familiare o amicale di riferimento, assolve alla funzione di accoglienza consentendo a queste persone di potere essere dimessi dopo il ricovero ospedaliero che, altrimenti, verrebbe impropriamente prolungato.

Le attività sono rivolte al prendersi cura delle persone in termini complessivi, non solo sanitari, avendo come obiettivo la costruzione di un percorso della persona con AIDS compatibile con il variare del suo stato di salute. Ospita utenti residenti in Valle con possibilità di inserire anche soggetti non residenti compatibilmente con le esigenze. È gestita dalla cooperativa in convenzione con l'Azienda USL.

Obiettivi

- Garantire accoglienza alle persone con AIDS che non dispongono di una casa o di un nucleo familiare in grado di assistere;
- Assumere la cura delle persone in termini complessivi, non solo sanitari.

Azioni

- Predisposizione di interventi di riduzione del danno o di programmi di rieducazione inseriti nel contesto della casa alloggio;
- Individuazione degli strumenti atti a garantire il collegamento funzionale tra l'équipe della casa alloggio e le varie strutture sanitarie e sociali;
- Individuazione di attività di socializzazione del malato con la comunità locale;
- Valorizzazione del volontariato, associato e non, in stretta collaborazione con i Servizi sociali e territoriali;
- Collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza al fine di favorire l'adozione di tutte le misure alternative alla carcerazione, previste dalla legge per le persone colpite da AIDS.

Comunità riabilitativa per malati psichici – È un servizio socio-sanitario per utenti che necessitano di interventi residenziali di tipo riabilitativo secondo il progetto terapeutico indicato dal CSM. È attiva una struttura protetta residenziale terapeutico riabilitativa in località Pont Suaz, la quale svolge attività sanitaria ed assistenziale finalizzata alla riabilitazione e risocializzazione di soggetti affetti da patologia psichiatrica che necessitano di interventi a lungo termine mediante attività psico-riabilita-

tive. La struttura è in funzione fin dal 1995 e a partire dal 1999 l'Amministrazione regionale ha trasferito la competenza gestionale all'Azienda USL che la esercita tramite un convenzione con una cooperativa del privato-sociale. La struttura ospita utenti con psicosi o gravi disturbi della personalità, non cronicizzati di età compresa tra i 18 ed i 45 anni, di entrambi i sessi, in numero massimo di 8 soggetti adulti.

Obiettivi

- Ridurre la cronicità intesa come stato di perdita di abilità sociali;
- Favorire il reinserimento del malato nel contesto sociale.

Azioni

- Promozione dell'autonomia, della crescita personale e della capacità di adattamento di un individuo disagiato;
- Formazione adeguata del personale che opera in comunità;
- Verifica ad intervalli regolari dell'operato di tutta la comunità.

Country Hospital (Ospedale di comunità)

Come esplicitato nella parte introduttiva parlando delle «dinamiche dei nuovi bisogni», la domanda assistenziale appare attualmente condizionata dall'invecchiamento della popolazione, dalla riduzione delle potenzialità assistenziali della famiglia, dalla caratterizzazione del sistema ospedaliero verso l'assistenza altamente specialistica del malato in fase acuta, dall'aumento specifico dell'aspettativa di vita media dei cittadini affetti da patologie croniche.

Nell'ambito delle soluzioni strutturali ed organizzative ipotizzata nel presente PSSR appare significativa la proposta di attivare una sperimentazione di struttura residenziale dove ricoverare soggetti prevalentemente anziani, con polipatologia cronico-degenerativa o dismetabolica riacutizzata, il cui trattamento non richiede un elevato impegno tecnologico ed assistenziale, denominata «Country Hospital».

Tale struttura dovrà integrarsi nella rete dei servizi distrettuali utilizzando in modo sinergico le opportunità assistenziali già offerte.

In particolare, oltre al personale di assistenza dedicato, la gestione clinica dei cittadini è demandata ai medici di medicina generale e a quelli della continuità assistenziale e territoriale.

Obiettivi

- Riorientare l'assistenza a bassa intensività verso strutture della rete distrettuale a moderato impegno di risorse;
- Ricercare l'appropriatezza della prestazione assistenziale;
- Garantire isoefficacia con riduzione dei costi;
- Ridurre le prestazioni improprie erogate dalla struttura ospedaliera ad alta intensità;
- Motivare e responsabilizzare clinicamente i medici di medicina generale e di emergenza territoriale.

Azioni

- Attivazione del gruppo di progetto da parte della dirigenza aziendale;
- Stesura del progetto sperimentale;
- Validazione del progetto;
- Inizio della fase sperimentale che interesserà un solo distretto;
- Valutazione della fase sperimentale;
- Riprogettazione rispetto ai risultati della fase sperimentale.

Assistenza ospedaliera

L'attività ospedaliera deve orientare i propri processi assistenziali di produzione verso una visione operativa che parte dalla medicina basata sulle evidenze ed arriva al risultato clinico efficace attraverso l'applicazione di linee guida.

Questo assioma logico trova però nella sua applicazione pratica una serie di limiti che ne rendono difficile la costruzione.

L'area di incertezza della prassi clinica risulta ancora superiore al 50% ed il progredire esponenziale degli studi controllati progressivamente riduce questo limite anche se esso appare ancora condizionare fortemente l'applicazione di questa metodologia. Subentra quindi il problema del cambiamento culturale della classe medica ancora non completamente capace di riconoscersi nell'uso di strumenti standardizzati, che non devono limitare la specificità o la sperimentabilità dell'atto clinico, ma rappresentano un'utile indicazione di fondo. Ne deriva il rischio di una interpretazione distorta di questi strumenti che evidenzia esclusivamente l'aspetto limitante della libertà clinico-assistenziale dell'operatore sanitario.

Le linee guida hanno invece un significato lontano da ogni rigidità in quanto uno stato clinico fisso, immutabile, indefinitamente ripetitivo non esiste, quindi non esiste un processo assistenziale fisso, innaturalmente riproducibile che non tenga conto della realtà dell'uomo che si sta curando. Le linee guida non sono un rimedio fisso ed immutabile, ma un utile strumento per costruire un atto medico fondato sull'individualità di ogni cittadino assistito, che può essere ricondotto, attraverso il metodo dell'evidenza clinica, a suggerimenti oggettivi, a confronti con modelli predisposti a migliorare l'approccio diagnostico-terapeutico, così da certificare l'operato del clinico e la qualità erogata dalla struttura in cui opera. Va ricordato che l'evidenza scientifica dimostra come le linee guida riducano in modo significativo la durata della degenza per singola patologia, inducendo quindi un rilevante effetto sulla qualità di vita del cittadino assistito essendo già un risultato di salute quello di ridurre la degenza inappropriata all'interno della struttura ospedaliera.

La fase successiva del percorso logico inizialmente definito è la dimostrazione dei risultati che per alcuni settori appare chiara ed indiscutibile (il raggiungimento di una diagnosi, la dimostrazione della ripetibilità di un risultato analitico, la guarigione dopo intervento chirurgico), ma che in molte fasi del processo assistenziale appare al momento difficoltosa. Questa problematica vede le società scientifiche impegnate in un importantissimo lavoro di valutazione dei risultati che non deve però prescindere dalla valutazione soggettiva della persona sui benefici di salute ottenuti (dall'adeguatezza dei percorsi assistenziali applicati alle condizioni sociali ed economiche del soggetto, alla costruzione di una rete di servizi socio sanitari capace di garantire una continuità assistenziale corretta). Una simile visione porta a considerare l'attività ospedaliera come una parte di questo continuum e quindi i risultati potranno e dovranno essere valutati da altri operatori sul territorio. Il ritorno di queste informazioni dovrà essere garantito da una rete informativa e comunicativa integrata che vede l'ospedale mantenere stretti rapporti con l'attività distrettuale così da garantire che il risultato clinico venga misurato per unità di tempo indipendentemente da dove sia avvenuta la diagnosi.

Questa visione strategica appare l'unica capace di far recuperare all'ospedale moderno la propria funzione sociale dal momento che gli operatori sanitari dimostrano di aver preso coscienza dei cambiamenti occorsi negli ultimi anni senza averli subiti passivamente, e di avere accettato una riorganizzazione che permetta di svolgere nella maniera migliore i nuovi compiti cui sono chiamati. Questo processo di ridefinizione dei percorsi assistenziali deve interessare tutte le aree di produzione considerando come prioritaria la connessione continua con il territorio e l'attività distrettuale che appare come il principale strumento di transizione verso il recupero dell'appropriatezza delle attività svolte senza che gli attori extraospedalieri e la popolazione oppongano rifiuti che potrebbero risultare dannosi per il rapporto fiduciario essenziale per la vita dell'ospedale stesso.

Riguardo all'area diagnostica la riorganizzazione dovrà prevedere, da una parte un'intensità diagnostica molto elevata che minimizzi gli spazi morti portando al maggior utilizzo temporale possibile delle tecnologie, dall'altra una vera gestione efficientemente sequenziale del singolo caso clinico che non invalidi i benefici ottenuti aumentando l'offerta diagnostica. In questa prospettiva le strutture diagnostiche rappresentano il cuore dell'ospedale ed il perno su cui ruota l'efficienza operativa delle unità di diagnosi e cura.

Un altro grande settore dell'ospedale è quello chirurgico o strumentale in senso lato (endoscopia, radiologia interventistica). Si tratta di un ambito altamente tecnologico, caratterizzato da un rapido turnover delle attrezzature, in grado di portare a risultati misurabili in tempi definiti. Il radicale miglioramento delle possibilità terapeutiche e delle indicazioni prognostiche introdotte dalla chirurgia mini-invasiva deve indurre alla ricerca di soluzioni organizzative che sostengano il turnover dei cittadini assistiti allargando l'offerta operatoria e garantendo nelle aree di degenza livelli di assistenza qualitativamente e quantitativamente sufficienti per periodi significativamente più lunghi.

L'area medica dovrà adottare modalità operative che privilegino i sinergismi di équipe e quelli di tipo dipartimentale favorendo l'utilizzo congruo dei posti letto e dei percorsi clinico assistenziali.

In generale, e segnatamente riguardo al settore dell'emergenza, l'ospedale deve attrezzarsi soprattutto sul piano della cultura degli operatori, unico patrimonio in grado di migliorare significativamente la qualità dei risultati clinici. Per sviluppare questa componente dell'attività l'ospedale deve far crescere la cultura e la formazione degli operatori, inducendoli, attraverso il lavoro di équipe, a comprendere in modo unitario condizioni altrimenti frazionate in mille diversi punti di lettura, utilizzando come cornice operativa le indicazioni provenienti dalle linee guida. Si delinea così una cultura assistenziale che riesce a coniugare l'alta standardizzazione con la professionalità degli operatori e la loro capacità di comprensione umana dei problemi clinici.

Lo strumento dell'organizzazione dipartimentale deve essere vissuto come la migliore opportunità per la ricerca comune dell'efficienza delle prestazioni erogate dall'ospedale e non come una sovrastruttura gerarchica grazie alla quale nascondere spinte centrifughe, opportunismi o interessi egemonici di branca specialistica. In questa prospettiva un ruolo specifico può essere giocato dalla dirigenza dell'ospedale che deve favorire la ricerca di un equilibrio tra le diverse componenti ed il collegamento stabile tra il lavoro clinico e le premesse culturali; la dimostrazione dei risultati e la ricerca dell'integrazione tra ospedale e territorio sono altresì suoi obiettivi prioritari.

L'enfasi sugli aspetti economici, pur necessaria, porta con sé il rischio di polarizzare l'interesse sulle procedure minimizzando i costi, dimenticando la collocazione dell'ospedale in un certo livello di cultura medica e in un preciso quadro di risultati attesi dagli utenti.

La soddisfazione culturale e professionale degli operatori sanitari permetterà altresì di attrarre dirigenti ed operatori sanitari di significativo apporto clinico che, in un mercato del lavoro sempre più caratterizzato dalla scarsità e dalla mobilità, richiedono l'inserimento in contesti responsabilizzanti e professionalizzanti.

L'offerta assistenziale si caratterizza per la completa copertura delle aree di base, della specialistica chirurgica e medica e per la presenza di aree di eccellenza da una parte sviluppatesi grazie alla presenza di professionalità clinico-assistenziali di riferimento nazionale, dall'altra previste per rispondere ad una domanda che non avrebbe potuto trovare risposta, considerato il contesto territoriale, se non prevedendo lunghi e difficoltosi spostamenti dei cittadini assistiti verso strutture di riferimento extra-regionali.

L'offerta di ricovero ordinario appare essere qualitativamente soddisfacente e pienamente utilizzata, dal momento che la casistica trattata assurge a livelli pari a quelli raggiunti da aziende ospedaliere di riferimento in altri contesti regionali come dimostra l'indice di case-mix di 1,1 sicuramente sotto stimato data la migliorabilità della codifica attuale.

L'indice di ospedalizzazione appare superiore allo standard nazionale, anche se è necessario sottolineare come il contesto regionale possa significativamente incidere caratterizzando in alcuni casi il ricovero ospedaliero quale soluzione assistenziale più adeguata in presenza di vincoli logistici della popolazione, specie quella più anziana, di una non completa conformità dei percorsi assistenziali offerti dal territorio o dall'organizzazione stessa. Appare tuttavia necessario recuperare livelli di appropriatezza sia dei ricoveri che delle giornate di degenza in quanto alcuni indicatori quali i ricoveri ripetuti, l'indice di riammissione dopo un ricovero medico, lo studio di DRG sentinella e quello dei ricoveri brevi, dimostrano essere migliorabili. Tale obiettivo andrà certamente perseguito e raggiunto al fine di facilitare l'applicazione completa del progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera valdostana ottenuto in parte con una riallocazione delle unità budgetarie, in parte grazie all'ampliamento e alla ristrutturazione dell'Ospedale di viale Ginevra (fasi I, II, III).

L'efficienza operativa appare migliorabile (indice di performance 1,05 con riferimento alla casistica piemontese) sia riguardo alla degenza media dei ricoveri, che rispetto alla degenza preoperatoria. Su questo fenomeno sicuramente incidono elementi organizzativi interni legati sia ad un affinabile percorso diagnostico preoperatorio che alla mancanza di strutture di ricovero riabilitativo e lungodegenziale. A questo proposito, se si escludono le unità budgetarie di medicina e geriatria, l'indicatore di efficienza complessivo rientra nei limiti di variabilità consoni ad una struttura a complessità medio/alta quale essere quella valdostana.

La saturazione dell'offerta di ricovero ordinario risulta ai limiti massimi per l'area medica, mentre l'area chirurgica, a parte rare eccezioni, raggiunge i limiti dello standard nazionale del 75% associandosi alla progressiva riduzione dei tassi operatori; questo dato risulta tuttavia condizionato dalla riduzione degli spazi operatori e, ultimamente, anche assistenziali, causata dalla carenza di figure anestesiolgiche ed infermieristiche.

L'area intensivistica, notoriamente influenzata esclusivamente dalla domanda esterna in regime di urgenza, presenta tassi di occupazione estremamente variabili che rendono significativa l'ipotesi di un stretta osservazione volta al perfezionamento della distribuzione dell'offerta tra area intensiva ed area subintensiva unita anche alla definizione validata di percorsi assistenziale trasversali a tutto l'ospedale.

L'offerta diagnostica dei servizi appare qualitativamente e quantitativamente importante con il raggiungimento di punte di eccellenza che qualificano l'ospedale valdostano anche in sede extra-regionale; appare migliorabile invece la compliance con le unità budgetarie di diagnosi e cura, grazie alla definizione di appropriati percorsi diagnostici al fine di ridurre la domanda impropria interna ed esterna a vantaggio dei tempi di attesa.

L'emergenza risponde ad una domanda in costante crescita, anche se maggiormente impropria, ed appaiono perseguibili in maniera prioritaria gli obiettivi legati alla riorganizzazione dell'emergenza intraospedaliera ed all'integrazione organizzativo-funzionale con l'emergenza territoriale.

Per quanto riguarda il ricorso al ricovero extra regionale da parte di cittadini residenti, si osserva un incremento del numero

dei ricoveri a fronte di una sostanziale invariabilità del numero di soggetti che li effettuano; un fenomeno sul quale incide sicuramente l'effetto distorsivo legato alla remunerazione a prestazione delle Aziende ospedaliere, che induce a produrre per ciascun residente un numero maggiore di prestazioni. Qualitativamente, se si escludono le patologie con riferimento obbligato extra regionale (chirurgia e medicina di alta specialità, medicina oncologica a necessità terapeutiche altamente specialistiche) appaiono incidere sulla mobilità passiva fenomeni legati alla situazione logistica dell'utenza della Bassa Valle ed alla ridotta compliance fiduciaria rispetto a talune branche di chirurgia specialistica; nella branca medica si evidenzia invece il fenomeno della riabilitazione che trova giustificazione nell'attuale criticità dell'offerta locale. Occorre quindi intervenire con la definizione di sinergie strategiche con Aziende sanitarie limitrofe, come trattato in apposito capitolo del presente Piano e attraverso il miglioramento qualitativo dell'offerta di professionalità e della formazione specialistica.

L'offerta ospedaliera si caratterizza in sintesi come capace di prestazioni quali-quantitative di congruo livello, ma migliorabili attraverso gli obiettivi gestionali che seguono.

Attività di Emergenza e Urgenza

La casistica del 1999 evidenzia una attività caratterizzata da 37.000 passaggi, di cui 7.600 sono stati seguiti da ricovero. L'analisi dei carichi di lavoro ha evidenziato, rispetto al 1980, una triplicazione del rapporto utenti/operatore raggiungendo i 2.500 passaggi anno.

Questo significativo incremento di attività ha implicato scompensi nell'erogazione del servizio che riguardano essenzialmente i tempi di attesa della visita e la permanenza media presso il DEA. Riguardo all'emergenza intraospedaliera la situazione attuale vede la concomitanza di criticità quali la rotazione in pronto soccorso di personale medico afferente da svariati reparti ospedalieri con formazione specifica non ottimale ed un utilizzo di personale specializzato in discipline diverse nelle attività di supporto all'urgenza (esempio guardia interdivisionale).

L'integrazione tra emergenza territoriale ed ospedaliera appare significativamente migliorabile.

Obiettivi

- Assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento mediante l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici validati;
- Garantire la corretta gestione tecnico-organizzativa di tutto il sistema dell'emergenza regionale ed assicurare i necessari collegamenti extraregionali;
- Organizzare e gestire un sistema continuo per la promozione e la valutazione della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza dell'utilizzazione delle risorse;
- Perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione;
- Contribuire all'educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema di emergenza sanitaria;
- Promuovere una stretta integrazione tra le fasi dell'emergenza;
- Ridefinire il modello organizzativo dell'emergenza intraospedaliera.

Azioni

- Redazione ed adozione nel triennio dei protocolli operativi capaci di coprire almeno il 70% delle necessità assistenziali dell'emergenza;
- Definizione ed applicazione di modelli di integrazione degli attuali pool di urgentisti medici ed infermieri del PS/MUA e dell'Unità budgetaria 118 che consentano l'utilizzo dipartimentale degli stessi;
- Acquisizione della certificazione sulle tecniche della rianimazione di base per tutto il personale infermieristico e delle tecniche di rianimazione avanzate per almeno il 75% del personale medico che opera nell'area dell'emergenza;
- Estensione dell'attività di Triage all'intera giornata;
- Identificazione del modello organizzativo di una équipe di medici a prevalente orientamento chirurgico d'urgenza da dedicare alle attività di PS/DEA;
- Ridefinizione del modello organizzativo del sistema dell'emergenza intraospedaliera privilegiando soluzioni che prevedano l'utilizzo di personale dedicato e formato all'urgenza;
- Realizzazione di strumenti atti a cogliere la qualità percepita dagli utenti rispetto al complesso di prestazioni erogate dal sistema dell'emergenza;

- Applicazione completa delle azioni di cui alla Deliberazione del Commissario dell'Azienda USL del 17 gennaio 2000 relativa alla Carta dei Servizi del Pronto Soccorso.

Assistenza per acuti

L'assistenza per acuti si pone il raggiungimento di obiettivi legati alle seguenti aree tematiche:

Appropriatezza

- Riconversione dei ricoveri ordinari con degenza breve e/o ripetuti in prestazioni di livello assistenziale diverso (day hospital, day surgery, prestazioni di pre ricovero e post ricovero).

Le cui azioni riguardano:

- Analisi di stato per livelli di gravità clinica e definizione di un piano di riconversione che definisca le modalità operative necessarie al raggiungimento dell'obiettivo;
- Rispetto alla situazione 1999, riconversione, a fine vigenza del presente Piano, del 25% dei ricoveri ordinari brevi (0-1 giorno, esclusi decesso o trasferimento) in prestazioni di tipo ambulatoriale;
- Rispetto alla situazione 1999, riconversione, a fine vigenza del presente Piano, del 20% dei ricoveri medici ripetuti (stessa persona, stessa MDC) di oltre 2 giorni di degenza in forme di assistenza territoriale (RSA, assistenza domiciliare).

Malattie cerebrovascolari

L'ictus cerebrale è la terza causa di morte e la prima di invalidità permanente nei paesi occidentali. Uno studio condotto nel 1997 in Valle d'Aosta ha rilevato un aumento del numero assoluto di nuovi casi di ictus rispetto a quelli osservati nel 1989. Si è passati da un tasso di 223 casi per 100.000 abitanti del 1989 a 289 del 1997. L'incremento è stato del 29% circa ed è stato rilevato per tutti i tipi di ictus (ischemico ed emorragico). Il tasso di incidenza aumenta rapidamente a partire dai 65 anni di età sia nei maschi che nelle femmine e proiettando i dati riferiti alla situazione attuale si stima in 149.000 casi di ictus l'anno in Italia e 179.332 i casi che si manifesteranno nel 2016 se non verranno attuati programmi di prevenzione mirati. Da ciò si evince che l'ictus non solo è una malattia assai diffusa ma che è in continuo aumento. Nello studio condotto in Valle d'Aosta è stata inoltre rilevata la riduzione del tasso di mortalità nei primi 30 giorni dall'evento: da un tasso di mortalità del 31% nel 1989 si è passati ad un tasso del 20% nel 1997. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di casi, la minore mortalità indicano che occorrerà prepararsi ad organizzare meglio l'assistenza in fase acuta, ma soprattutto ad impegnarsi ad effettuare concreti programmi di prevenzione e di riabilitazione.

Obiettivo è quindi:

- Ridurre l'incidenza delle malattie cerebrovascolari acute, della mortalità e delle disabilità connesse con questa patologia.

Le cui azioni consistono nella:

- Promozione di una campagna regionale di educazione sanitaria riguardante i fattori predisponenti;
- Creazione di un registro regionale permanente;
- Definizione di linee guida nella individuazione, prevenzione primaria e secondaria e cura dei fattori di rischio (ipertensione arteriosa, diabete mellito);
- Affinamento dei processi di diagnosi precoce e cura delle condizioni patologiche determinanti l'incidente vascolare acuto (fibrillazione atriale, valvulopatie, arteriosclerosi);
- Creazione di un stroke team, eventualmente anche interdisciplinare, per il miglioramento della qualità dell'assistenza all'evento acuto in termini di tempestività ed efficacia;
- Potenziamento e specializzazione della rete riabilitativa e dell'assistenza domiciliare prevedendo collegamenti funzionali programmati con l'assistenza territoriale.

Biologia Molecolare

- Introdurre e sviluppare all'interno del dipartimento di Patologia clinica tecniche di biologia molecolare che hanno assunto ormai un ruolo routinario nella prevenzione, diagnosi e prognosi di condizioni cliniche attinenti l'oncologia, l'immunologia, la tipizzazione tissutale e la medicina forense.

Le cui azioni consistono nella:

- Individuazione dei campi di applicazione e degli investimenti tecnologici;
- Formazione del personale.

Terapie oncologiche avanzate

Alcuni tipi di neoplasie (mielomi, linfomi, tumori germinali) rispondono positivamente ai trattamenti chemioterapici e dimostrano una sensibilità ancora maggiore quando la cura viene praticata con l'utilizzo di alte dosi di farmaci. La chemioterapia ad alta dose con l'utilizzo di cellule staminali periferiche è una metodica complessa che richiede l'opportuna formazione dei sanitari coinvolti, una collaborazione plurispecialistica, l'adatta strumentazione che l'ospedale in parte già possiede. Per la Valle d'Aosta è prevedibile la necessità di trattare in media da 5 a 10 casi l'anno con ricoveri della durata prevista superiore ad un mese. L'attesa apertura dell'hospice oncologico potrebbe liberare risorse utilizzabili a tal fine.

Obiettivo è quindi:

- Aumentare la guaribilità e la curabilità delle neoplasie sensibili alla chemioterapia, evitando il ricorso a strutture extra regionali.

La cui azione riguarda la:

- Ridefinizione dei profili assistenziali in ambito oncologico.

Tempi di attesa

È obiettivo:

- Contenere i tempi di attesa per gli interventi chirurgici maggiori o a maggior valenza sociale (farmacoemulsioni per cataratta, erniotomie, safenectomie) nonostante le criticità legate alla carenza di professionalità specialistiche.

Le cui azioni sono:

- Utilizzo del tempo di sala operatoria attraverso lo sfruttamento massimale dei tempi chirurgici e la riduzione dei tempi morti attraverso una protocollazione precisa delle operazioni di ricondizionamento delle sale operatorie;
- Ridefinizione dei programmi di intervento tra plessi ospedalieri in vista della riorganizzazione prevista con il progetto di ampliamento dell'ospedale;
- Ricerca di sinergie dipartimentali ed interdipartimentali al fine di ottimizzare la presenza di risorse professionali per aumentare la disponibilità anestesiológica;
- Sviluppo massimale della chirurgia miniinvasiva e della formula assistenziale del day surgery;
- Avvio di un progetto finalizzato allo studio ed alla sperimentazione di forme alternative di ricovero quali per esempio il «night surgery»;
- Trasformazione di attività chirurgica in regime di ricovero in attività ambulatoriale.

Riduzione della mobilità per le alte specialità

Alcune delle patologie afferenti alle alte specialità possono trovare un'adeguata assistenza presso l'ospedale regionale riducendo la quota di ricorsi a strutture specializzate fuori Valle mediante opportuni accordi interregionali e/o interaziendali e l'avvio, dopo un'adeguata formazione, dell'attività di emodinamica cardiaca. Il fine, oltre a quello di contenere la spesa per la mobilità passiva è quello di offrire alla popolazione residente una più ampia offerta clinico assistenziale e, ai medici interessati, un'opportunità di crescita professionale operando in forma collaborativa con altri colleghi su bacini di utenza che consentano un maggior numero di casi osservati.

Sono quindi obiettivi:

- Integrare l'attuale U.B. di otorinolaringoiatria con competenze maxillo facciali segnatamente per le patologie traumatiche e oncologiche di primo livello in attesa della riattivazione dell'UB maxillofaciale;
- Avviare l'attività di angioplastica coronarica e di chirurgia del cavo dell'aorta;

- Integrare le attuali UU.BB. interessate con l'offerta specialistica neurochirurgica per patologie a larga diffusione non complesse (es. ernie discali) e per le urgenze differibili;
- Integrare l'U.B. di dermatologia con l'offerta di prestazioni di chirurgia plastica non complesse (Es. DRG 264, 266, 268);

Le azioni corrispondenti sono:

- Acquisizione di professionalità specialistica maxillo facciale da inserire nell'attuale U.B. di otorinolaringoiatria;
- Stipula di accordi con strutture extraregionali e/o extraziendali specializzate per il trattamento di casi clinici maxillofacciali complessi ad integrazione e/o a completamento dell'attuale offerta clinica erogata dall'U.B. di otorinolaringoiatria;
- Formazione di cardiologi interventisti e angiologi per l'attività di emodinamica cardiaca, con particolare riferimento alle angioplastiche coronariche;
- Formazione di cardiologi interventisti e angiologi congiunta con i chirurghi vascolari per l'attività locale delle patologie «di confine» dell'aorta toracica;
- Stipula di accordi con strutture neurochirurgiche extraregionali e/o extraziendali (anche ad integrazione di protocolli esistenti) per l'attività di formazione degli specialisti interessati che preveda l'inserimento di uno specialista neurochirurgo extraregionale per l'esecuzione di interventi programmati presso l'ospedale regionale;
- Acquisizione di professionalità specialistica chirurgo plastica da inserire nell'attuale U.B. di dermatologia;
- Stipula di accordi con strutture extraregionali e/o extraziendali per il trattamento di casi clinici complessi di chirurgia plastica ad integrazione e/o completamento dell'offerta regionale esistente.

Dolore post-operatorio

- Controllare il dolore post-operatorio, al fine di migliorare la qualità della vita della persona operata, e accelerarne il recupero funzionale riducendo i tempi di degenza ospedaliera e di inabilità lavorativa.

Le cui azioni sono:

- Promozione di linee guida operative sul controllo del dolore post-operatorio;
- Formazione ed educazione del personale medico e infermieristico.

Organizzazione e Personale

Gli obiettivi da perseguire riguardanti questi due aspetti dell'assistenza ospedaliera sono:

N. 1

- Rivedere l'organizzazione del lavoro per le figure professionali carenti (infermieri, tecnici della riabilitazione, tecnici dei servizi) al fine di garantire adeguati livelli di assistenza, considerata la loro carenza sul mercato del lavoro che si presenta uniforme in tutta Italia e non a rapida risoluzione.

N. 2

- Razionalizzare le risorse, mantenendo standard ospedalieri omogenei, definendo i livelli di assistenza e stimando il fabbisogno di prestazioni per le diverse aree funzionali ospedaliere.

Le cui azioni riguardano la:

- Creazione di un gruppo di lavoro interaziendale Azienda USL, scuola infermieri, rappresentanti di categoria;
- Definizione di una metodica per l'identificazione delle attività svolte nell'ambito delle unità budgetarie e la definizione degli standard di riferimento delle stesse;
- Rilevazione della situazione esistente;
- Definizione dei carichi di lavoro e dei profili di posto di tutte le principali figure assistenziali operanti nei processi assistenziali delle varie aree ospedaliere;

- Promozione e realizzazione di iniziative volte al miglioramento della qualità della vita inizialmente rivolte al soggiorno ed alla tutela della famiglia (asilo nido per i dipendenti, facilitazioni per il soggiorno).

N. 3

- Aumentare l'attrattività della struttura ospedaliera per le professioni sanitarie considerato che la Valle d'Aosta non è auto-sufficiente per talune figure e deve pertanto ricorrere alla immigrazione dei professionisti che, passato un periodo di tempo, spesso emigrano verso i luoghi di origine, creando improvvise lacune assistenziali ed invalidando l'investimento formativo effettuato.

Le cui azioni sono:

- Mappatura della richiesta occupazionale complessiva del comparto sanitario;
- Censimento dei professionisti già formati in sede locale non ancora in attività lavorativa o in corso di formazione;
- Definizione di protocolli d'intesa con l'Università finalizzati alla formazione durante il triennio clinico del corso di laurea in medicina e, successivamente, allo svolgimento di corsi di specializzazione post laurea o corsi di laurea breve;
- Realizzazione di una rete assistenziale interaziendale ed interregionale finalizzata alla crescita qualitativa delle attività cliniche di eccellenza o a maggior incidenza di fuga dalla struttura di ricovero valdostana. Tale azione trova più ampia descrizione nel capitolo ad essa dedicato nel presente Piano;
- Affinamento del sistema premiante in funzione della qualità professionale garantita anche attraverso lo studio di forme di libera professione nei confronti dell'Azienda.

N. 4

- Promuovere il completamento della riorganizzazione ospedaliera in senso dipartimentale in continuità con quanto previsto al punto 7.10 del Piano Socio Sanitario Regionale 1997-1999, successivamente prorogato.

Le cui azioni sono:

- Avvio di uno studio di fattibilità, da concordare con i responsabili, che strutturi tutte le attività ospedaliere in forma dipartimentale;
- Istituzione dei nuovi dipartimenti anche tenendo conto dello studio relativo all'ampliamento dell'ospedale di viale Ginevra, approvazione dei relativi regolamenti e nomina dei direttori;
- Avvio della contrattazione budgetaria per aggregati dipartimentali tramite la figura del direttore che sarà portatore delle esigenze definite dalla contrattazione interna al dipartimento;
- Definizione per i dipartimenti strutturali di diagnosi e cura di un piano di riconversione dell'utilizzo dei posti letto che preveda da una parte l'ottimizzazione dell'offerta rispetto ai risultati attesi dalle azioni di recupero di efficienza ed appropriatezza dall'altra la sperimentazione di letti ad utilizzo trasversale in funzione delle esigenze assistenziali del Dipartimento nella sua interezza e non dei processi assistenziali delle singole Unità Operative. La sperimentazione dovrà tendere al raggiungimento della creazione di posti letto ad utilizzo trasversale nella misura di almeno il 10% della dotazione complessiva di posti letto attribuiti al Dipartimento;
- Elaborazione di una relazione annuale di Dipartimento che oltre ad evidenziare l'attività svolta, le criticità presenti ed il piano di sviluppo, da concretizzare nella contrattazione budgetaria, evidenzi i risultati raggiunti rispetto all'integrazione funzionale ed organizzativa delle Unità Operative afferenti al Dipartimento.

N. 5

- Sviluppare il controllo direzionale delle attività sanitarie raggiungendo livelli di analisi per stadiazione clinica della casistica trattata (ad es. Disease Staging), analisi dei processi assistenziali, analisi delle linee produttive dipartimentali;
- Perfezionare i processi di misurazione dei costi di produzione al fine di migliorare il supporto del sistema di contabilità ai processi decisionali.

Le cui azioni sono:

- Acquisizione di strumenti di controllo direzionale e stadiazione clinica;
- Nomina dei referenti di dipartimento per il controllo direzionale ed elaborazione di un piano di formazione specifico volto prioritariamente alla qualità del dato, all'interpretazione dei dati di attività, all'elaborazione di indicatori di risultato;

- Elaborazione di una relazione annuale sull'attività ospedaliera che compendi le relazioni dipartimentali in una visione unica che descriva processi ed esiti;
- Avvio di collegamenti tra funzioni produttive e contabilità analitica;
- Definizione di un primo livello di correlazione costi / prodotti;
- Perfezionamento della correlazione costi / prodotti e definizione di metodologie che consentano il continuo controllo dei costi, delle attività, della tipologia dell'attività e della qualità erogata.

N. 6

- Migliorare il sistema di acquisizione e gestione del patrimonio tecnologico.

Le cui azioni sono:

- Definizione di strategie interne rispetto al mercato, di metodologie di individuazione dei bisogni, di modalità di integrazione e divulgazione delle strategie e metodologie all'interno dell'Azienda USL;
- Redazione di linee guida;
- Razionalizzazione dell'esistente, previa rilevazione obiettiva dello stato del parco attrezzature, definizione di regole e profili di responsabilità differenti per la manutenzione e il controllo;
- Riassetto organizzativo delle competenze aziendali;
- Acquisizione, gestione, controllo e sviluppo di cultura aziendale nell'uso della risorse tecnologiche;
- Monitoraggio ed aggiornamento dei dati tecnico economici inerenti le tecnologie biomediche attraverso l'osservatorio prezzi.

N. 7

- Predisposizione, nel rispetto della normativa a tutela della riservatezza dei dati personali, di una rete regionale di gestione della diagnostica per immagini.

Le cui azioni sono:

- Prosecuzione dell'adeguamento tecnologico delle apparecchiature di diagnostica per immagini della radiologia, finalizzato alla produzione delle stesse in formato digitale standard, presso le due sedi ospedaliere, i centri traumatologici, le radiologie dei poliambulatori dislocati sul territorio e tutte le attività di produzione di immagini diagnostiche;
- Adeguamento della rete ospedaliera e territoriale al fine di consentire la rapida trasmissione delle informazioni dalle sedi di produzione delle immagini agli archivi centralizzati, alle sedi di diagnosi ed a tutte le sedi di utilizzo delle immagini diagnostiche e del referto correlato;
- Avvio e consolidamento della dotazione di strumenti informatici e licenze agli utilizzatori del servizio (medici di medicina generale, ambulatori, unità budgetarie e pronto soccorso);
- Produzione delle immagini diagnostiche in formato digitale presso tutte le sedi dell'Azienda USL deputate a questa attività;
- Creazione di una rete regionale per la distribuzione delle immagini diagnostiche a tutti gli utilizzatori;
- Creazione dell'archivio digitale centralizzato delle immagini diagnostiche e documenti ad essa correlati;
- Messa in rete delle attività di refertazione delle immagini diagnostiche;
- Formazione del personale.

N. 8

- Sviluppare la libera professione intramuraria.

Le cui azioni sono:

- Analisi di mercato e posizionamento dell'analisi strutturale;
- Definizione di un piano di attività e spesa;

- Definizione di un piano di investimenti necessari e definizione di strategie finanziarie;
- Definizione dell'offerta;
- Azioni di marketing rivolte ai fondi assicurativi per lo sviluppo della domanda.

Attività ambulatoriale ospedaliera

L'erogazione delle prestazioni ambulatoriali appare rispettare sostanzialmente gli standard definiti dalla DGR n. 2891 del 24 agosto 1998, se non, alla rilevazione del mese di dicembre 1999, per le seguenti prestazioni:

- Visite controllo periodico per casi elettivi
- Test ergometrici per casi elettivi
- Ecocardiogrammi per casi elettivi
- Holter per casi elettivi
- Scintigrafie
- Ecocolordoppler
- Visite diabetologiche
- Esami di «cardiologia nucleare»
- Visite dietologiche
- Visite allergologiche
- Prick tests
- Neuropsichiatria infantile
- Psicodiagnosi infantile
- TC

La delibera citata non appare rispettata nella classificazione delle prestazioni in diversi livelli di accessibilità (urgenza, urgenza differibile e prestazioni programmabili).

Tali anomalie possono essere ricondotte essenzialmente ad un eccesso di domanda rispetto all'offerta possibile condizionata sostanzialmente da limiti di disponibilità di professionisti (cardiologia, radiologia, neuropsichiatria infantile) sul mercato del lavoro o di metodologia diagnostica (allergologia).

Appare quindi fondamentale agire da una parte sul contenimento della domanda autoindotta dall'ospedale stesso attraverso una ridefinizione dei protocolli assistenziali, soprattutto di follow up, che coinvolgano maggiormente i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, dall'altra sulla limitazione della domanda esterna raggiunta attraverso una sensibilizzazione dell'utenza rispetto all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Sarà opportuno sperimentare protocolli concordati tra ospedale e territorio per la differenziazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali sulla base di livelli di classificazione delle patologie riscontrate dal medico di medicina generale.

Tali sperimentazioni ipotizzano la garanzia di accesso alla prestazione ambulatoriale consona al quadro clinico riscontrato in sede territoriale (ad esempio viene garantito l'accesso entro 7 giorni a cittadini con repentina insorgenza di patologia cardiaca che necessita di rapida definizione mentre il follow up di interventi cardiocirurgici viene garantito a tempi più lunghi ma consoni con le necessità di controllo periodico).

Viene così garantita una equità distributiva del livello assistenziale rispetto alla patologia e non rispetto alla data di prenotazione come invece fanno le liste uniche di prenotazione.

Obiettivo

- Contenere i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Azioni

- Avvio di un processo di revisione a livello dipartimentale e/o di Unità budgetaria dei protocolli assistenziali che riguardano le attività ambulatoriali con maggiore attesa;
- Attivazione di commissioni miste ospedale – territorio per la definizione di protocolli condivisi e validati di accesso differenziato delle prestazioni ambulatoriali;
- Adozione di protocolli misti ed interdisciplinari tra ospedale e territorio per la conoscenza della diffusione delle diverse forme allergiche e per il trattamento di tali patologie tra le specialità già coinvolte (pneumologia, pediatria, dermatologia, gastroenterologia, otorinolaringoiatria);
- Avvio della sperimentazione riguardante inizialmente le prestazioni critiche delle branche cardiologiche e radiologiche;
- Verifica dei risultati ottenuti in fase sperimentale;
- Diffusione della metodologia, affinata in fase sperimentale, alle altre branche specialistiche;
- Promozione di una campagna regionale di educazione sanitaria della popolazione sui temi dell'appropriatezza, del contenimento della spesa incongrua e sugli effetti che tali elementi distorsivi hanno sull'equità distributiva delle prestazioni sanitarie.

Attività ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza

Tale attività costituisce un impegno prioritario per il presente Piano perché è una delle principali criticità nell'erogazione del livello assistenziale ospedaliero, sia perché condiziona l'operatività, l'efficienza e la risposta clinica dei Dipartimenti di diagnosi e cura, sia perché condiziona la qualità dell'assistenza erogata, considerati i condizionamenti logistici che la distribuzione territoriale comporta e la non completa sussidiarietà dell'offerta assistenziale garantita a livello distrettuale.

L'estrema rilevanza dei dati che si riferiscono alle degenze prolungate in regime di ricovero ordinario per acuzie e la loro distribuzione per patologie di tipo cronico degenerativo o post traumatico senile indicano la necessità di prevedere (come peraltro già espresso nella DGR n. 3433 del 9 ottobre 2000 e dal piano di ristrutturazione, terza fase, della struttura ospedaliera valdostana) l'attribuzione di un'area degenziale dedicata sia alle necessità riabilitative sia a quelle lungodegenziali integrate secondo un modello dipartimentale tali da garantire ai responsabili del Piano di assistenza ospedaliero una pluralità di soluzioni assistenziali in grado di coprire tanto i bisogni acuti quanto quelli sub acuti.

Le criticità espone rendono urgente tale modificazione organizzativa e non è possibile attendere, per una parziale loro soluzione, i tempi di realizzazione della riorganizzazione ospedaliera; sarà quindi necessario ricavare tali unità di ricovero riorganizzando l'area di degenza in modo da sottrarre i posti letto alle attuali unità budgetarie di diagnosi e cura per acuti. Tale sacrificio appare ben sopportabile da queste ultime a condizione che sia affrontato a livello dipartimentale e non di singola unità budgetaria e che vengano effettivamente ricondotti alle linee di ricovero riabilitativo e lungodegenziale i casi clinici che continuamente vengono trattati nelle singole realtà specialistiche.

L'ottenimento di risultati raggiunti attraverso le azioni riguardanti l'appropriatezza delle prestazioni, l'efficienza operativa e diagnostica e l'applicazione di moderne metodiche chirurgiche renderanno ulteriormente meno traumatica la riduzione di posti letto in alcune specialità.

Le linee guida ministeriali sulla riabilitazione, distinguendo tra attività intensiva, effettuabile solo in una struttura per acuti, ed estensiva effettuabile sia in ospedale che in strutture territoriali, propongono un quadro di riferimento che dovrà successivamente ispirare la normativa regionale in un'ottica di continuità del percorso riabilitativo da assicurare attraverso l'intera rete regionale e che riguardi, sia le regole di accesso e di controllo per l'attività riabilitativa, sia i requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private erogatrici di tali prestazioni.

In attesa di provvedimenti nazionali e regionali di definizione dei criteri di appropriatezza e di individuazione delle procedure di controllo dei risultati e di qualità dell'assistenza mediante protocolli scientifici diagnostico-terapeutici e comportamentali, è opportuno avviare da subito un confronto intra ed extra ospedaliero tra tutti i produttori di questa forma di assistenza definendo, ove possibile, le patologie o i tipi di disturbo e i livelli di gravità con i relativi criteri di modificabilità al fine di individuare i bisogni riabilitativi esprimibili sia in termini di trattamento sia di durata necessaria per il conseguimento delle possibili modificazioni. L'avvio di tale confronto costituirà un utile punto di riferimento per la formulazione delle linee guida regionali.

Per quanto attiene la riabilitazione ospedaliera, escludendo l'attività riabilitativa riguardante i cittadini con menomazioni e/o disabilità da mielolesioni o da gravi cerebrolesioni acquisite, le attività di riabilitazione in degenza ospedaliera saranno volte ad assistere individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità indifferibili e recuperabili che necessiteranno di interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in ambito extra ospedaliero.

Gli assistiti che necessitano di riabilitazione durante la degenza in ambito ospedaliero sono prevalentemente quelli affetti da:

- patologie del sistema nervoso centrale e periferico
- patologie traumatologiche e ortopediche
- patologie cardiologiche
- patologie respiratorie
- sindrome da immobilizzazione conseguente a recenti episodi patologici acuti, in cittadini con pluripatologie che necessitano di una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specialità.

Si tratta quindi di operare in forma singola ed interdisciplinare tra le competenze neurologiche, geriatriche, ortopediche, cardiologiche, chirurgiche, pneumologiche e della medicina di rianimazione.

Per contro, all'assistenza riabilitativa territoriale saranno inviati i soggetti che necessiteranno di prestazioni riabilitative con interventi che assicurino la presa in carico del soggetto con approccio interdisciplinare ed integrato. Le prestazioni potranno essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare secondo le specifiche presenti nelle linee guida regionali che dovranno assicurare la personalizzazione degli interventi al fine di raggiungere il più alto livello di autonomia funzionale nella vita familiare, lavorativa, scolastica e sociale. Garante dell'applicazione organizzativa di tali principi in sede ospedaliera sarà l'Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO) che si confronterà a livello distrettuale con analoghe strutture territoriali. L'Unità di Valutazione Ospedaliera avrà come compito di definire i percorsi assistenziali intra ed extra ospedalieri per tutti i cittadini necessitanti di forme assistenziali post acuzie complesse. Per la definizione dei progetti assistenziali extra ospedalieri opererà in sinergia con l'ufficio di Coordinamento Distrettuale e, in particolare per i cittadini anziani, con l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).

Lo sviluppo di tali ipotesi organizzative è destinato ad accentuare sia l'integrazione intraospedaliera (diagnosi, terapia medica o chirurgica, riabilitazione ad alta intensità) sia la territorializzazione delle cure, passando così ad un modello di cure dipartimentale tanto dentro che fuori l'ospedale con la sperimentazione di dipartimenti misti (ospedale territorio) che consentano di superare le barriere funzionali e l'attribuzione vincolata di personale e di attrezzature all'interno delle singole specialità, che tanto danno provocano in perdite di efficienza ed elevati costi.

Questa riorganizzazione sarà funzione anche di una garanzia di linee assistenziali garantite per i cittadini dimessi. Lo sviluppo delle fasi di riorganizzazione ospedaliera e di incremento dell'offerta territoriale (ADI, RSA, Hospice) potranno modificare in meglio la situazione sia garantendo, se necessario, la riespansione dell'area diagnostico-terapeutica sia provocando l'incremento dell'offerta lungodegenziale e riabilitativa.

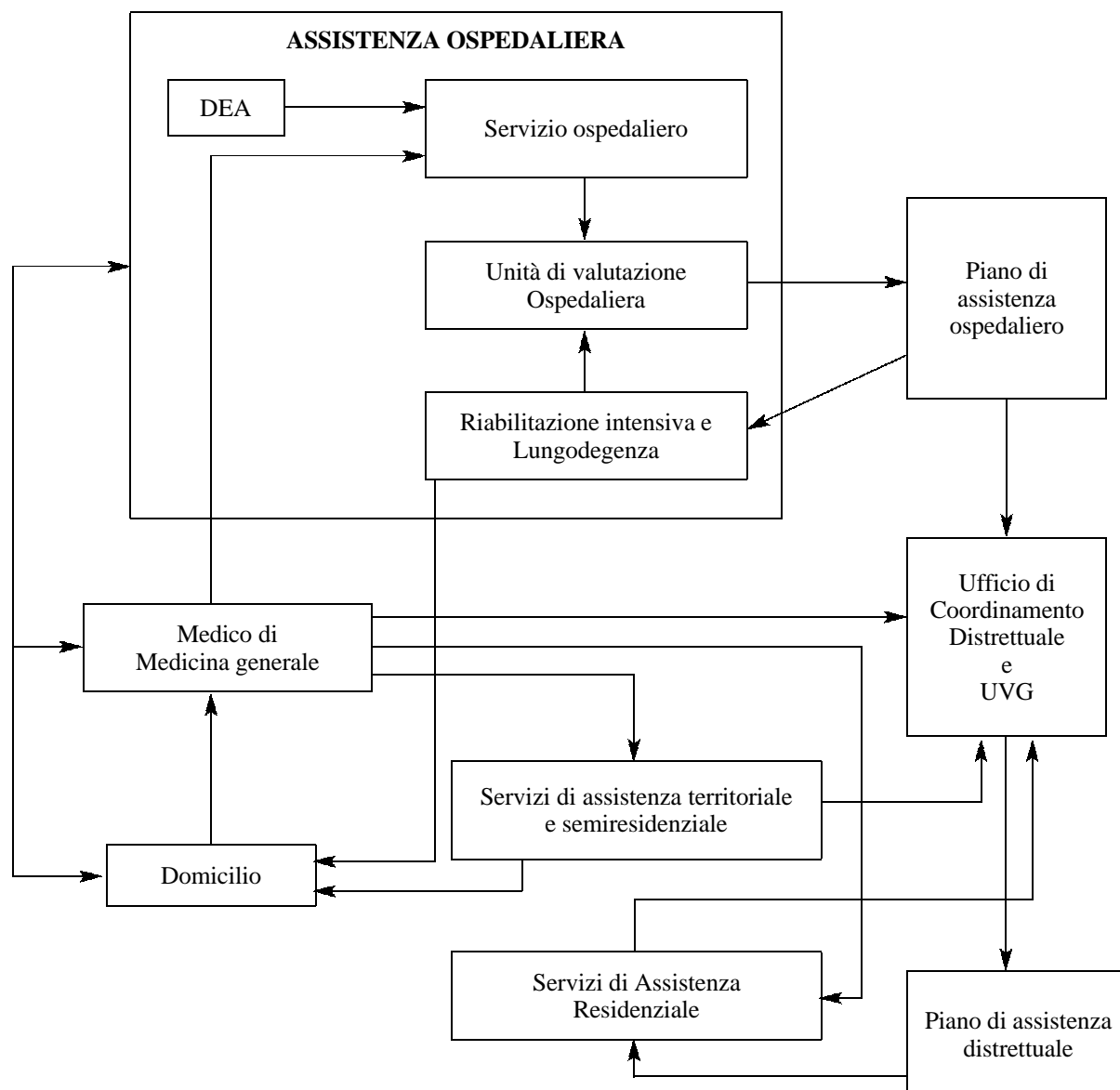
Obiettivo

- Dotare la struttura ospedaliera di posti letto dedicati alle funzioni riabilitativa e lungodegenziale attraverso una riorganizzazione ed una riattribuzione di funzioni interne.

Azioni

- Definizione di un protocollo di intesa condiviso che, inizialmente, porti all'istituzione di un modulo di degenza riabilitativa di almeno 10 posti letto ed uno di lungodegenza sempre di almeno 10 posti letto;
- Avvio della fase sperimentale coordinato a livello Direzionale;
- Rivalutazione del protocollo di intesa sulla base dei risultati della sperimentazione e avvio della fase a regime;
- Contemporaneo mantenimento quantitativo del livello convenzionale extraregionale.

Per concludere viene proposto lo schema riepilogativo del percorso assistenziale:



LA GESTIONE DELLA SANITA'

I sistemi di management

Il management in sanità ha funzione di tipo strumentale rispetto al fine di tutela della salute; serve a realizzare, tramite un aumento dei livelli di efficienza e di produttività, condizioni più favorevoli a produrre risposte ai problemi di salute delle singole persone e delle diverse comunità; contribuisce, insieme ad altri tipi di conoscenze, a governare la distribuzione e l'impiego delle risorse economiche «scarse» in modo da perseguire il massimo rapporto tra benefici e costi.

La previsione per il futuro dei sistemi di management, entrati ormai nella pratica corrente dei sistemi sanitari dei Paesi economicamente progrediti (tanto quelli basati sul Sistema Sanitario Nazionale, quanto quelli fondati sui sistemi mutualistici o su assicurazioni private), è quella di un'evoluzione in cui:

- vi sarà una loro più larga diffusione per figure e ruoli di carattere specialistico (programmazione e controllo di gestione, analisi dei costi, relazioni con il pubblico, logistica, politiche del personale ed incentivanti);
- si registrerà una maggiore sofisticazione e un affinamento per quanto riguarda la raccolta, l'elaborazione e la distribuzione

dei dati e delle informazioni, orientata a costruire o affermare modelli interpretativi dei fenomeni aventi rilevanza sanitaria e valutativi dei bisogni e della domanda dei servizi;

- apparirà sempre più chiaro che, se da un lato essi si fondano su principi e criteri aventi un valore generale, dall'altro non possono essere trasferiti immediatamente da un settore di attività ad un altro;
- si avrà una tendenza a spostarsi da sistemi di management orientati al rigore dei metodi e delle tecniche verso sistemi di management orientati alla soluzione dei problemi concreti, in contesti che tengono conto delle qualità concrete delle persone che dovranno utilizzarli.

Quanto detto viene integrato dall'art. 3, comma 1 ter, del D.lgs. 229/99 che, in relazione ai principi informativi della attività di gestione della sanità pubblica afferma testualmente: «Le Aziende orientano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato..omissis».

Il nuovo ambiente istituzionale ed economico impone lo sviluppo di capacità aziendali indirizzate al budgeting, al controllo di gestione, alla contabilità analitica, al reporting (per i Centri responsabilità e per la Direzione), alla valutazione e all'analisi dei dati, al miglioramento dei flussi informativi, ai collegamenti tra budget e salario di risultato, al supporto ai centri di responsabilità, al collegamento tra budget e bilancio preventivo, al collegamento tra contabilità generale e contabilità analitica, alle analisi di convenienza economica. Tutto ciò al fine di coniugare obiettivi di qualità delle prestazioni con un buon grado efficienza nella gestione delle risorse.

Nell'ambito della programmazione regionale è sembrato rilevante porre attenzione particolare alle seguenti fasi:

- valutazione economica e tecnologica;
- verifica della attuazione (controllo di gestione);
- negoziazione interna degli obiettivi (budgeting);
- valorizzazione del ruolo del Nucleo di Valutazione.

La valutazione economica nel management sanitario

Le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate, più di qualsiasi altro contesto delle società economicamente avanzate, da una varietà e variabilità, tanto delle componenti «strutturali» (cittadini assistiti, professionisti, strumenti, luoghi, organizzazione) e dei processi operativi (attività assistenziali) quanto dei «prodotti» derivati (risultati sanitari conseguiti a livello di individui e di popolazioni).

È quindi possibile affermare che: «Ogni azione, servizio o programma presenta diverse alternative di intervento, meritevoli ciascuna di apposita valutazione», ed i livelli ai quali possono essere condotte attività valutative sono molteplici.

In questo contesto le tecniche di valutazione dei servizi sanitari, e tra di esse, in particolare, le analisi di tipo economico, si propongono di rendere espliciti i criteri per la formulazione di stime di valore e di supportare i processi decisionali inerenti all'allocazione delle risorse, quantificando i fenomeni in modo tale da permettere di stabilire:

- se è opportuno realizzare un dato intervento, servizio o programma sanitario;
- se un dato investimento è da preferire rispetto ad altri, ossia se è opportuno e soddisfacente che le risorse sanitarie richieste per svolgere l'intervento, servizio o programma a favore delle persone che possono beneficiarne, vengano consumate in questo modo piuttosto che in altri.

Risulta quindi evidente che le analisi economiche si concentrano sostanzialmente sul modo in cui le risorse vengono utilizzate, ovvero sull'efficienza degli interventi, servizi o programmi e per tale ragione esse risultano più appropriate se sono precedute da altri tre tipi di valutazione riguardanti:

1. L'efficacia assoluta («efficacy»); l'azione, il servizio o il programma può funzionare in condizioni ideali? Ha probabilità di ottenere l'effetto desiderato?
2. L'efficacia relativa («effectiveness»); l'azione, il servizio o il programma funziona effettivamente nelle condizioni reali?
3. La disponibilità («availability»); l'azione, il servizio o il programma è realmente disponibile per tutti coloro che ne hanno bisogno?

Il governo delle tecnologie nel management sanitario

Condizione indispensabile per governare le tecnologie è il possesso delle conoscenze necessarie alla valutazione dell'installato; soddisfatta questa condizione è possibile programmare l'innovazione e gestire tutta la strumentazione di supporto alla diagnosi ed alla terapia, seguendo in maniera sequenziale le fasi di seguito descritte:

1. «fase della valutazione della tecnologia e dell'appropriatezza», necessaria per le considerazioni riguardanti gli acquisti, le sostituzioni e le nuove introduzioni, mediante valutazioni di tipo economico/sanitario, supportate da protocolli diagnostico/terapeutici e da ricerche di mercato intese alla individuazione delle tecnologie più coerenti con il grado di complessità delle prestazioni da erogare all'utenza servita, nonché con la domanda potenziale espressa dal territorio;
2. «fase della manutenzione e gestione delle apparecchiature biomediche» che riguarda la gestione dell'inventario, con localizzazione e relazione sulla consistenza del parco tecnologico e la gestione della manutenzione programmata e straordinaria;
 - «fase della determinazione di indicatori utili alla definizione di indici per la priorità di sostituzione».

Nell'ambito delle azioni di governo del patrimonio tecnologico rivestono importanza strategica i seguenti aspetti organizzativi:

- Il percorso decisionale sulla innovazione e sugli acquisti di tecnologia in generale;
- La scelta sul servizio di manutenzione / consulenza (interno/esterno/mista).

Il controllo di gestione nel management sanitario

Alcuni settori della pubblica amministrazione, in particolare gli Enti Locali ed i servizi socio-sanitari, stanno vivendo un importante momento di cambiamento istituzionale. L'esigenza di controllare l'andamento della spesa pubblica e di aderire a rinnovate istanze sociali tendenti ad ottenere servizi qualitativamente e quantitativamente adeguati, ha favorito la ricerca e l'adozione di nuovi strumenti di gestione in grado di assicurare più elevati livelli di efficienza ed efficacia.

Il processo di cambiamento ha investito in particolare modo il servizio sanitario che, per l'ingente quantità di risorse assorbite e le stesse caratteristiche organizzative, può essere considerato il prototipo delle aziende di servizio.

Il D. lgs 502/1992 e successive modificazioni ha stabilito i fondamenti per il passaggio da un sistema burocratico-amministrativo-formale, tipico della pubblica amministrazione, ad un sistema che pone in primo piano i principi dell'autonomia funzionale e della responsabilizzazione economica dei dirigenti rispetto alle attività svolte ed al conseguente utilizzo delle risorse loro attribuite per il funzionamento delle diverse unità organizzative che compongono il sistema.

Questo cambiamento impone profonde modificazioni nelle strategie gestionali dell'Azienda USL e rende necessaria l'adozione di strumenti coerenti con il nuovo assetto aziendale che devono soddisfare alcune esigenze di fondo:

- commisurare i servizi erogati ai bisogni di salute ed alle risorse impiegate;
- esercitare una previsione sui programmi ed un controllo sulle loro realizzazioni;
- ricercare l'equilibrio fra efficienza nell'uso delle risorse, efficacia del servizio offerto e soddisfazione del cittadino;
- decentrare i livelli di responsabilità per meglio adattare i servizi ai bisogni degli utenti.

Risulta fondamentale impostare le forme di controllo in modo che il professionista sia il destinatario e al tempo stesso l'artefice del processo di valutazione.

Tale processo deve avere caratteristiche di regolarità e sistematicità e pertanto le fasi di cui si compone si devono ripetere secondo un modello predefinito e ricorrente, noto come processo di budget. È un processo che, al contrario del controllo operativo, richiede l'interazione costante degli operatori sanitari con la dirigenza aziendale.

Il processo del controllo di gestione è articolato in quattro fasi:

1. programmazione;
2. predisposizione del budget;
3. svolgimento e misurazione delle attività;
4. reporting e valutazione.

Lo schema del processo di controllo di gestione prevede quindi le seguenti fasi:

- individuazione dei risultati attesi (obiettivo);
- svolgimento delle operazioni;
- misurazione e confronto con i risultati attesi;
- eventuale ricerca dei motivi dello scostamento;
- azioni per la modificazione nello svolgimento delle operazioni;
- eventuale ridefinizione dei risultati attesi.

Il sistema del controllo di gestione, partendo dalle informazioni contenute nel budget e da quelle provenienti dal sistema di contabilità direzionale sulla gestione effettiva, espleta un controllo quantitativo al fine di stabilire il grado di raggiungimento degli obiettivi. La frequenza con la quale viene esercitata l'attività di controllo è in funzione della capacità del sistema di misurazione (contabilità direzionale) di rilevare con tempestività i dati necessari.

Il budget (o meglio, il sistema di budget) è il meccanismo operativo di cui l'Azienda USL si dota al fine di articolare il sistema di obiettivi da perseguire nel breve periodo con riferimento alla struttura della organizzazione e nel rispetto delle responsabilità ed autonomie interne della Azienda stessa, al fine del loro concreto perseguimento.

La finalità del sistema di budget consiste nel creare le condizioni di base per il raggiungimento degli obiettivi. Ogni elemento che costituisce il budget, inteso in senso lato, deve essere attentamente studiato al fine di raggiungere gli obiettivi.

Il primo passo nel processo di budgeting è la formulazione di direttive e la loro comunicazione ai centri di responsabilità. Questi ultimi predispongono le proprie proposte in accordo con tali indicazioni e le discutono con i propri superiori. Una volta raggiunto l'accordo il budget diventa un impegno reciproco; il responsabile del centro si impegna a raggiungere gli obiettivi definiti nel budget nell'ambito dei limiti di risorse nel budget stesso specificati, mentre il superiore si impegna a valutare in modo positivo l'effettivo mantenimento di questo impegno.

Si tratta di un processo dove viene valorizzato il coinvolgimento delle risorse umane interne nell'analisi, nella negoziazione e nella definizione degli obiettivi gestionali da perseguire, secondo una logica di condivisione.

Il sistema di budget si articola in:

- budget operativo;
- budget degli investimenti;
- budget di acquisizione delle condizioni produttive.

Gli elementi fondamentali che devono essere progettati nel processo di budgeting sono:

- la codificazione dell'insieme di regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formulazione degli obiettivi. In tal modo vengono identificati gli attori coinvolti ed il ruolo che essi giocano nell'ambito del sistema;
- la scheda di budget come supporto operativo impiegato ai fini della definizione degli obiettivi;
- la gestione del budget: la definizione degli obiettivi rappresenta il punto di partenza di un percorso che deve terminare con il raggiungimento degli stessi. Anche in questo caso si tratta di definire le regole rispetto a cosa avviene dopo aver approvato il budget a fronte dei confronti con i risultati parziali infrannuali. In particolare è di estremo rilievo definire se, quando e in che misura è possibile modificare gli obiettivi durante la gestione e sulla base di quale processo;
- la valutazione dei risultati: rappresenta il momento in cui viene attribuito al budget la rilevanza necessaria per essere considerato strumento fondamentale per il governo e la gestione della azienda. Rappresenta, inevitabilmente, anche il momento di avvio del processo di programmazione successivo.

Il Nucleo di Valutazione

Nell'ambito della progettazione dei sistemi di valutazione delle attività svolte, viste come obiettivi annuali, e dei sistemi di verifica dei programmi incentivanti interni per obiettivi, si inserisce il ruolo del Nucleo di Valutazione.

In relazione alle sue caratteristiche e funzioni il Nucleo di Valutazione sarà composto da personale interno, eventualmente integrato da personale specializzato esterno, anche proveniente da altre aziende sanitarie, al fine di definire un ottimale scambio di esperienze e di principi metodologici.

La funzione preponderante affidata al Nucleo di Valutazione è quella della verifica del raggiungimento degli obiettivi specifici delle singole unità budgetarie, anche attraverso un monitoraggio «work in progress», e quindi degli obiettivi aziendali fissati annualmente dal contratto di programma, anche mediante l'elaborazione di specifici indicatori tecnici di risultato comunicati alle organizzazioni sindacali. Potrà essere affidata al Nucleo di Valutazione, previa verifica sindacale, anche la valutazione dei dirigenti.

Le linee guida

Le linee guida in campo sanitario sono definite come «asserzioni esposte in modo ordinato che coadiuvano il medico nel decidere la terapia appropriata in una determinata circostanza».

In ambito socio-sanitario agire scientificamente consiste nel riuscire a fornire ad ogni singolo cittadino tutti i benefici dei quali egli ha necessità, traendo le conoscenze adeguate da tutto il corpus di nozioni ed aggiornamenti disponibili. La medicina moderna non è più basata soltanto su di una impostazione fisiopatologica di fondo, attualmente, infatti, l'approccio fisiopatologico costituisce semplicemente un punto di partenza dal momento che la base sulla quale il medico realmente fonda il proprio operato è rappresentato dalla dimostrazione del livello di efficacia di un determinato intervento terapeutico.

Il limite di questa impostazione metodologica e concettuale consiste nel fatto che ad ogni singolo atto medico si finiscono per applicare risultati dimostrati più o meno veri a livello di popolazioni selezionate di cittadini assistiti.

Attualizzare nel singolo individuo i dati ricavati dagli studi condotti su numerosi individui può condurre a risultati non del tutto soddisfacenti. Per tale motivo assume significativa importanza la capacità dell'operatore sanitario di applicare conoscenze scientificamente consolidate alla realtà di ogni singolo cittadino.

Ne discende la notazione che la libertà del medico nasce dalla corretta esecuzione di una serie di operazioni che trasformano un insieme di segni e sintomi in una diagnosi e dall'utilizzazione per le scelte terapeutiche (conseguenti alla formulazione della diagnosi e della relativa prognosi) di quanto è specificatamente rilevabile dai dati derivanti dalla serie di specifici studi clinici controllati e dalle linee guida che hanno sintetizzato in raccomandazioni graduate le acquisizioni scientifiche.

In conclusione il modello proposto appare caratterizzato da una medicina basata sulle evidenze al servizio della qualità metodologica delle linee guida e da un operatore sanitario attento, preparato, sensibile, capace di ritagliare le prove di efficacia sul singolo assistito al fine di ottenere un equo utilizzo delle risorse disponibili.

Linee programmatiche sul medio periodo

Effettuata l'analisi dei modelli generali di management sanitario e degli obiettivi di lungo periodo che caratterizzano la scelta strategica effettuata, si rende necessario ipotizzare un piano operativo che in parte si intercalerà con il piano di sviluppo della qualità che è trattato nella sezione apposita.

Nel breve e medio periodo risulta necessario tuttavia fornire agli attori la necessaria formazione mirata da una parte alle specifiche aree di competenza dall'altra alle necessarie competenze trasversali fondamentali per la valutazione dei bisogni e dei risultati dei processi assistenziali.

Nel breve periodo si rende necessario interessare al processo di formazione tutti i dirigenti di struttura assistenziale e tutti i quadri di coordinamento del comparto sanitario.

Contestualmente, ed in applicazione della formazione ricevuta, sarà necessario avviare, possibilmente su base dipartimentale, progetti specifici volti dapprima alla qualità del dato ed all'analisi dell'efficienza dei processi produttivi per poi passare all'appropriatezza delle prestazioni ed all'analisi di efficacia.

Dal punto di vista organizzativo il processo di sviluppo potrà essere sostenuto nel breve periodo, dal lay out ipotizzato per lo sviluppo del Piano della Qualità per poi trovare, sulla base di singole e specifiche esigenze, le appropriate risposte strutturali.

Obiettivi

- Estendere la cultura a tutto il personale dirigente operante in Ospedale, nel Distretto, nel Dipartimento di Prevenzione

- Avviare l'utilizzo di tali strumenti all'interno di ogni realtà dipartimentale con programmi mirati e progressivi;
- Formare tutto il personale sanitario ai concetti di qualità del dato con particolare riferimento alla tenuta del diario clinico ospedaliero e territoriale, alla compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, della ricetta medica, alla refertazione ambulatoriale, all'utilizzo della cartella infermieristica;
- Coinvolgere le Società Scientifiche e/o le Organizzazioni professionali nella definizione e validazione di linee guida specialistiche e soprattutto di indicatori di risultato atti alla valutazione obiettiva ed al benchmarking delle Unità budgetarie o delle linee di produzione di servizi sociosanitari.

Azioni

- Formazione di tutto il personale dirigenziale e di coordinamento, provveditoriale ed economale, (a seconda delle singole competenze) ai concetti del controllo gestionale dei processi socio-assistenziali e della programmazione su base budgetaria, della valutazione economica e gestione tecnologica, della medicina basata sulle evidenze;
- Formazione di tutto il personale ai principi della medicina basata sulle evidenze;
- Istituzione di un registro delle linee guida e delle procedure in rete telematica curato ed aggiornato dall'ufficio qualità;
- Avvio di almeno un progetto dipartimentale volto alla definizione di iniziali panel di indicatori di risultato secondo i criteri dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni.

Programma Qualità

I problemi legati alla salute psicofisica, e ancor più quelli del sistema socio-sanitario e assistenziale, si caratterizzano per la loro complessità. Si tratta di una complessità che si riscontra in diverse situazioni, dalla eziologia sino al sistema delle risposte sanitarie, dalla dimensione territoriale a quella economica, da quella dell'approccio culturale a quella della interazione tra sistemi. A tale complessità si è data spesso una risposta, necessaria per molti versi, in termini di specializzazione, che richiede però, ora più che mai, di esser ricondotta ad unità, ovvero alla possibilità di esser compresa nella sua globalità ed interezza.

Si tratta di una problematica che richiede l'attivazione (a tutti i livelli del sistema sanitario, da quello nazionale, al governo regionale, al livello aziendale sino al singolo professionista passando per i dipartimenti e le unità operative) di sistemi per la conoscenza, la comunicazione e la valutazione.

Gli approcci tradizionali, ancorché scarsamente praticati, del sistema informativo e della osservazione epidemiologica, che pure restano fondamentali, vanno integrati (con riferimento alla evoluzione delle tecnologie, ma anche al mutare della società civile, dei suoi bisogni, delle sue aspirazioni, della sua voglia di contare, dei nuovi rapporti «politici» che produce) con altri approcci che tengano conto della portata strategica di concetti quali la comunicazione e la valutazione.

Sempre più i bisogni hanno una natura che prescinde dai luoghi fisici nei quali si esprimono e le risposte che richiedono spesso non si esauriscono in tali luoghi. Questo comporta che il sistema delle conoscenze ha sovente una dimensione eccedente la singola realtà, ogni volta e per ogni problema in maniera diversa, sul piano quantitativo e qualitativo. Il sistema della conoscenza si configura quindi non come un archivio, ma come una vista (o una finestra) su un sistema di archivi, un sistema che a sua volta non è dato, ma che si forma continuamente a partire dalle finestre che su tale sistema si aprono. Il sistema della comunicazione assume quindi una rilevanza strategica nel consentire che il sistema della conoscenza non si inaridisca nel particolare, ma si apra alla concretezza del molteplice; esso dovrà sicuramente essere affrontato e sviluppato in ambito ben più vasto di quello della sanità, a cominciare dalla questione cruciale delle reti di comunicazione tra loro interconnesse. Inoltre, se si vuole la misura della rispondenza dei comportamenti rispetto alle necessità e alle opportunità, appare centrale il sistema della valutazione.

La promozione, la valutazione e il miglioramento della qualità delle cure sono strumenti:

- di tutela e di garanzia dei cittadini che hanno contatto con il servizio regionale;
- di miglioramento della professionalità del personale;
- di valutazione dell'efficacia della gestione dell'Azienda.

Il servizio sanitario regionale si dota di sistemi di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle prestazioni erogate dalle strutture sociosanitarie e dai servizi sia pubblici che privati accreditati. Tali sistemi devono pre-

vedere programmi specifici e indicatori in grado di misurare i risultati ottenuti. Le aree su cui deve essere misurata la qualità saranno scelte in base a priorità definite sulla base dei seguenti criteri:

- riferirsi a patologie rilevanti in termini di numero, carico assistenziale e gravità;
- essere complessi per caratteristiche di interdisciplinarietà, continuità delle cure intra ed extra-ospedaliere e piani terapeutici adottati;
- essere esemplari nel descrivere la qualità, l'efficienza e l'efficacia dei servizi o dei percorsi terapeutici che misurano;
- essere incentrati sui processi di cura che la persona riceve piuttosto che sulle singole prestazioni.

La qualità dei risultati viene valutata attraverso un sistema di indicatori nel medio e lungo termine, anche utilizzando quelli già indicati dalla normativa nazionale vigente. Nel breve termine, come ad esempio nei piani annuali, oltre agli eventuali indicatori di risultato disponibili, la qualità sarà valutata attraverso indicatori di struttura e di processo oltre che di adesione ai programmi. In tale direzione sarà anche utilizzato il processo di accreditamento, come strumento di garanzia di predefiniti livelli qualitativi, omogenei su tutto il territorio regionale.

I programmi e gli strumenti di valutazione sono definiti nelle linee guida per la gestione del servizio sanitario regionale o all'interno di programmi specifici.

Il processo di promozione e valutazione della qualità è articolato su più livelli coerenti tra loro per finalità e metodologia; considerata la novità delle tematiche programmatiche in ambito di qualità occorre prevedere, tuttavia, un momento organizzativo e formativo, temporalmente congruo, volto sia alla definizione del «lay out» regionale ed aziendale sia all'acquisizione delle necessarie competenze specifiche.

In ogni caso, come a livello aziendale è prevista l'istituzione di un ufficio specifico di supporto alla direzione generale, considerati gli impegni attribuiti da questo progetto all'Assessorato, a livello regionale dovrà prioritariamente essere ipotizzata l'istituzione, pena l'inapplicabilità dell'intero progetto, di un settore dotato di organico dedicato e budget annualmente attribuito.

Le necessità organizzative e formative soprariportate da una parte impongono la verifica dei primi risultati a partire dal 2002, dall'altra proiettano tale progetto al di là della vigenza del presente Piano.

A livello regionale la promozione avviene attraverso i contenuti specificati nel Programma regionale per la qualità redatto in prima applicazione esclusivamente rispetto ai bisogni organizzativi e formativi e reso completo ed aderente al progetto a partire dal 2003. Per programmi regionali significativi sono attivate forme di coordinamento tra i dipartimenti e/o i distretti e/o il dipartimento di prevenzione al fine di garantire omogeneità e qualità dei risultati. Ove necessarie, sono attivate anche specifiche attività di formazione. L'adesione, l'attivazione e il monitoraggio dei programmi sono sostenuti anche attraverso l'inclusione di standard tra i criteri di accreditamento o eventuali politiche incentivanti.

A livello di Azienda, di dipartimento, di unità budgetaria e di distretto la promozione e la valutazione di qualità devono essere parte integrante dei meccanismi di gestione e di cura. A questo livello devono essere attivati processi di revisione tra pari che devono valutare:

- l'adeguatezza dei processi;
- i possibili miglioramenti di risultati;
- la rispondenza dei processi e dei risultati a standard attesi.

Ove non siano presenti espliciti standard il confronto dovrà avvenire, attraverso il processo di benchmarking, con altre unità o strutture operative esterne alla regione ma paragonabili.

Dovranno essere avviate iniziative volte a migliorare l'informazione della popolazione anche sui risultati ottenuti dal servizio sanitario regionale attraverso rapporti periodici che conterranno gli aspetti della qualità che il sistema avrà monitorato.

L'obiettivo generale di promuovere il miglioramento della qualità degli interventi sanitari, intesa come valore prodotto dal servizio sanitario regionale in termini di condizione clinica, salute percepita, soddisfazione, e riduzione della spesa per unità di risultato, si articola in quattro obiettivi specifici:

1. migliorare la qualità dell'offerta;
2. aumentare l'appropriatezza delle cure e dei profili di cura;
3. elevare il livello di qualità percepita;

4. migliorare la capacità di monitorare i risultati complessivi, sanitari, sociali ed economici, delle politiche sanitarie.

Le iniziative relative devono trovare collocazione organica nell'ambito di un programma regionale per la qualità che risponda, ai seguenti criteri operativi:

- sviluppo di attività di promozione della qualità nelle strutture sia pubbliche che private;
- adozione ed utilizzo ai fini della programmazione e della valutazione di un sistema di indicatori regionali;
- organizzazione all'interno di ciascuna unità budgetaria di iniziative di revisione ed autovalutazione della pratica assistenziale anche attraverso l'utilizzo di percorsi diagnostici e terapeutici;
- riconoscimento della partecipazione attiva del personale dipendente e convenzionato alle iniziative di valutazione e miglioramento continuo della qualità;
- finalizzazione prevalente delle iniziative di ricerca al miglioramento della qualità;
- sviluppo di esperienze di valutazione sociale e professionale dei servizi;
- coerenza delle iniziative di miglioramento della qualità con le iniziative di miglioramento della sicurezza;
- adozione di un sistema incentivante chiaro, certo, condiviso e stimolante per il raggiungimento di evidenti miglioramenti di qualità.

Lo sviluppo della qualità a livello aziendale dovrà quindi essere una funzione diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione. Tutti gli operatori dovranno quotidianamente praticare la ricerca del miglioramento continuo delle prestazioni rese. In questa fase di avvio del processo, tuttavia, si ritiene indispensabile la costituzione di un apposito ufficio all'interno dell'Azienda che funga da elemento propulsore delle politiche di qualità promosse dall'Azienda stessa. L'organizzazione delle funzioni di valutazione di qualità si articola secondo il seguente schema:

A livello regionale l'Assessorato, con proprio settore dedicato, sulla base degli indirizzi programmatici e degli obiettivi di piano ed avvalendosi dell'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali, definisce indirizzi ed obiettivi per il miglioramento continuo della qualità (MCQ) svolgendo altresì le seguenti funzioni:

- offerta di supporto metodologico ed organizzativo all'ufficio sviluppo qualità;
- attivazione di un centro di documentazione regionale sulle attività di MCQ che promuova anche la diffusione dei risultati degli interventi di MCQ realizzati;
- promozione e coordinamento di attività di MCQ a valenza regionale su specifici temi;
- identificazione dei requisiti di valutazione dei sistemi qualità attivati a livello aziendale;
- valutazione delle attività di verifica e di revisione di qualità svolte.

A livello aziendale la struttura di base per la qualità è così configurabile:

Direzione generale

Funzioni:

- individuazione degli obiettivi e degli indirizzi generali sulla qualità (politica per la qualità);
- pianificazione strategica, allocazione di risorse;
- attivazione valutazione della qualità (conduzione aziendale per la qualità);
- nomina dei membri degli organismi aziendali e dei referenti per la qualità;
- definizione di sistemi premianti legati alla partecipazione a programmi di MCQ;
- collaborazione e relazioni istituzionali.

Ufficio Sviluppo Qualità

Svolge funzione di supporto verso la direzione generale e verso le unità periferiche.

Funzioni:

1. formazione e promozione della cultura della qualità;
2. coordinamento delle attività di MCQ;
3. collaborazione alle attività di MCQ;
4. progettazione delle attività di MCQ;
5. ricerca.

Le attività esemplificative ma non esaustive da sviluppare per ogni singola funzione sono di seguito riportate:

1. La formazione e promozione di una cultura della qualità consiste in:
 - 1.1 Progettazione e messa in opera e valutazione di corsi di formazione per responsabili di unità operative svolti in ambito dipartimentale, direttori e responsabili medici, personale infermieristico, personale ausiliario e tecnico, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati, medici del sistema dell'emergenza;
 - 1.2 Diffusione di informazioni relative ad iniziative di aggiornamento (convegni, congressi) su tematiche relative alla qualità;
 - 1.3 Analisi delle iniziative di aggiornamento obbligatorio al fine di introdurre, quando possibile, moduli relativi alla qualità;
 - 1.4 Promozione di manifestazioni (convegni, congressi) mirati a diffondere i risultati delle attività di MCQ tra il personale, diffondere i risultati delle attività di MCQ tra gli utenti, raccogliere suggerimenti da parte degli interlocutori istituzionali, promuovere l'immagine dei prodotti aziendali;
 - 1.5 Istituzione di un centro di documentazione sulla bibliografia e sulle iniziative inerenti la qualità.
2. Il Coordinamento delle attività di MCQ consiste in:
 - 2.1 Inventario delle iniziative di MCQ aziendali;
 - 2.2 Coordinamento di gruppi di MCQ al fine di omogeneizzare gli interventi di MCQ su medesimi temi, le modalità di lavoro e le metodologie e strumenti di valutazione.
3. La collaborazione alle attività di MCQ consiste in:
 - 3.1 Supporto metodologico alle attività di MCQ in tutte le fasi (definizione del problema, scelta delle priorità, definizione ed esplicitazione di criteri e standard, definizione del disegno di studio; definizione degli strumenti di rilevazione, elaborazione statistica dei dati);
 - 3.2 Partecipazione diretta (a richiesta) ai gruppi di lavoro di MCQ;
 - 3.3 Valutazione dei progetti di MCQ delle Unità operative periferiche.
4. La progettazione delle attività di MCQ consiste in:
 - 4.1 Ricognizione dei problemi di qualità nell'azienda;
 - 4.2 Progettazione, messa in opera e valutazione di specifici studi: di appropriatezza d'uso, ammissioni e giornate di degenza, ammissioni ed uso del day hospital e ambulatori, sangue e derivati, antibiotici, tecnologie strumentali e di laboratorio ad elevato costo, richieste esami di laboratorio); di qualità della documentazione clinica, di qualità dei dati e dei relativi flussi (SDO, DRG; sistemi di indicatori); di qualità dei sistemi di sorveglianza (es. sulle infezioni ospedaliere, di diagnosi autoptiche, di incidenti critici, di soddisfazione degli utenti, di soddisfazione degli operatori).

4.3 Facilitazione in medicina di base di revisione tra pari.

4.4 Monitoraggio dei livelli di adesione della struttura agli standard di accreditamento.

5. Ricerca

Si indicano solo alcuni possibili temi di ricerca da sviluppare anche in collaborazione con unità di MCQ di altre aziende extra regionali:

- efficacia dell'attivazione di linee guida;
- analisi dei bisogni dell'utenza;
- studi di technology assessment;
- strategie di superamento delle resistenze al cambiamento.

L'Ufficio Sviluppo Qualità deve essere composto da operatori sanitari di diversa estrazione professionale che abbiano maturato, e quindi garantiscano, competenze professionali relative ai seguenti campi:

- epidemiologia;
- statistica: per la definizione di piani di campionamento, elaborazione e interpretazione di dati, gestione sistemi informativi;
- organizzazione: metodologie di analisi organizzativa, necessarie per comprendere la realtà organizzativa entro la quale si opera e per effettuare «diagnosi organizzative» e individuare eventuali correttivi che si rivelassero necessari;
- economia sanitaria: valutazione costi-benefici, costi-efficacia, costi-utilità, analisi per centro di responsabilità; budgeting;
- comunicazione: gestione di piccoli gruppi; strategie di superamento delle resistenze al cambiamento;
- formazione: tecniche per l'individuazione di bisogni formativi; e nazione i obiettivi educativi, pianificazione di sistemi di valutazione.

L'Ufficio Sviluppo Qualità opererà in accordo con il Nucleo di Valutazione Aziendale previsto dal D.lgs. 29/1993 che dovrà, oltre agli altri compiti di istituto, farsi promotore di analoghi interventi di MCQ nei settori amministrativi dell'Azienda USL, sotto la responsabilità del Direttore Amministrativo.

Devono essere individuati, uno per Dipartimento ed uno per ogni unità budgetaria, dei referenti della qualità scegliendo tra gli operatori che mostrano interesse all'argomento. Sarà opportuno che tale compito sia assegnato a rotazione ai membri dell'U.O.

Funzioni:

- traduzione nelle proprie realtà delle politiche di qualità dell'azienda;
- individuazione dei problemi di qualità inerenti la propria U.B.;
- promozione e realizzazione di interventi di MCQ nelle proprie realtà.

Le Commissioni ed i gruppi di lavoro (mono, multidisciplinari, permanenti/ temporanei) devono rappresentare le maglie della rete complessiva delle attività di MCQ. Si possono prevedere diverse tipologie di commissioni e gruppi di lavoro:

1. commissioni multidisciplinari permanenti su specifici problemi (ad es. infezioni ospedaliere; uso antibiotici; uso sangue; chirurgia e tessuti asportati; aspetti alberghieri);
2. gruppi di lavoro professionali permanenti, di dipartimento, servizio, U.B.; tra questi gruppi dovrebbe essere comunque attivato un gruppo di lavoro per ogni laboratorio, responsabile del controllo di qualità interna e della partecipazione dei laboratori a programmi di MCQ interaziendali;
3. gruppi di lavoro temporanei costituiti ad hoc su specifici problemi.

Obiettivi

Migliorare la qualità dell'offerta

Gli strumenti individuati per perseguire questo obiettivo sono:

- l'autorizzazione e l'accreditamento dei presidi pubblici e privati che hanno titolo a stipulare contratti con l'Azienda USL per offrire prestazioni rimborsabili dal servizio sanitario regionale;
- il Piano aziendale per il miglioramento continuo della qualità;
- le iniziative di accreditamento all'eccellenza.

Le azioni da parte della Regione sono:

1. la messa a regime nell'arco dei tre anni del sistema di accreditamento per le strutture ospedaliere e per tutti i presidi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ad alta integrazione.

La ricerca della qualità presuppone uno sforzo di miglioramento continuo rivolto al complesso del servizio socio-sanitario regionale e basato su una sequenza preordinata di azioni e sulla verifica regolare dei risultati ottenuti. Questo approccio è quello che in modo più efficiente consente di ottenere miglioramenti sia in termini di comportamento tecnico-professionale, sia in termini di valore prodotto dal servizio socio-sanitario regionale (condizione clinica, salute percepita, soddisfazione e riduzione della spesa).

2. L'adozione, a partire dal 2003, di uno specifico Programma regionale per la Qualità al quale corrisponderanno i Programmi settoriali per il miglioramento continuo della Qualità, secondo i seguenti criteri principali:
 - definizione dei traguardi e degli obiettivi, articolati per annualità;
 - individuazione delle precondizioni e delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi;
 - modalità di informazione e di coinvolgimento degli operatori del servizio socio-sanitario regionale e dei cittadini;
 - accreditamento all'eccellenza.

Nell'ambito del Programma per il miglioramento della qualità la Regione sostiene il miglioramento continuo dell'offerta, promuove la collaborazione con le società scientifiche, le associazioni di volontariato e le associazioni professionali.

Migliorare l'appropriatezza delle cure

La politica sanitaria è stretta fra attese di salute, domanda crescente ed esigenze di contenimento della spesa. Ma erogare più prestazioni non significa necessariamente più salute. Molti studi in Italia e all'estero hanno dimostrato che la percentuale di prestazioni cui non corrispondono provati risultati di salute è oggi elevata. Al fine di contenere il consumismo sanitario occorre dunque assumere l'efficacia e l'appropriatezza quali criteri di valutazione della qualità e di conseguenza di selezione delle prestazioni prescrivibili.

Sono azioni regionali:

- il monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli assistenziali;
- le campagne di educazione dei cittadini per un miglior uso dei livelli di assistenza offerti dal servizio socio-sanitario regionale;
- l'individuazione di sistemi omogenei locali per la raccolta dei dati relativi ai livelli assistenziali che ne permetta il confronto ed il miglioramento in base ai criteri di efficacia.

Sono azioni aziendali:

- l'adozione e diffusione di linee guida orientate a patologie specifiche secondo i principi della medicina basata sulle evidenze;
- gli indirizzi per l'uso appropriato dei livelli assistenziali per condizioni omogenee, integrate con le linee guida per patologia.

Nel corso del triennio di attuazione del servizio socio-sanitario regionale, nell'ambito dei Piani regionali ed aziendali per la promozione della qualità, vengono identificate alcune aree caratterizzate da una particolare inappropriata, all'interno delle quali sviluppare una sinergia tra le diverse azioni.

Linee guida orientate per patologia secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze

Oltre alle linee guida mediche che fanno parte di progetti nazionali coordinati dal Ministero della Sanità, sono avviati progetti per la predisposizione delle linee guida chirurgiche, relative alle prestazioni con maggiori tempi di attesa, con maggiore frequenza di complicanze, con maggiore disomogeneità di procedure, di linee guida per l'assistenza infermieristica.

Lo sviluppo delle Linee guida dovrà avvenire secondo i seguenti criteri generali:

- integrazione e non sovrapposizione con le iniziative nazionali;
- riferimento rigoroso ai criteri della medicina basata sulle evidenze;
- valorizzazione delle competenze locali;
- integrazione e sinergia con iniziative locali con altre iniziative regionali;
- pianificazione delle tappe di elaborazione, diffusione, verifica;
- integrazione con i sistemi di incentivazione del personale dipendente e convenzionato;
- priorità in base ai criteri seguenti: elevata frequenza, costo, variabilità di accesso, modalità assistenziale e/o di risultati, disponibilità di informazioni coinvolgendo gli ordini dei medici e società scientifiche sulla base dei criteri adottati dalla federazione delle società scientifiche.

La cui azione aziendale è:

- l'avvio, il completamento e la definizione, in conformità alle disposizioni regionali, di almeno cinque linee guida per dipartimento i cui criteri di scelta siano stati validati dall'Ufficio Sviluppo Qualità.

A scopo meramente esemplificativo si riportano le principali patologie oggetto di interesse, per la redazione di linee guida, da parte di altri Piani Sanitari Regionali attualmente in vigore:

- scompenso cardiaco;
- insufficienza renale cronica;
- uso clinico dell'albumina;
- neoplasie del colon, mammella, cervice uterina, prostata;
- neoplasie broncopolmonari;
- cure palliative;
- prevenzione di complicanze oncologiche;
- riabilitazione oncologica;
- epatite cronica virale;
- cirrosi;
- nefropatie progressive e insufficienza renale cronica;
- gestione maggiori disabilità;
- percorsi assistenziali handicap;
- prevenzione anziani e relativo supporto psicologico;
- sicurezza sangue;
- epatocarcinoma;

- TBC;
- diagnosi e terapia delle leucemie linfatiche croniche;
- counseling cessazione fumo;
- abuso alcool;
- piaghe da decubito;
- tossicodipendenze e comorbilità;
- corretto utilizzo dei presidi medico-chirurgici, degli antibiotici e chemioterapici in ambiente ospedaliero;
- vaccinazioni;
- diabete;
- ipertensione;
- cardiopatia ischemica acuta;
- cardiopatia ischemica cronica;
- riabilitazione cardiologica;
- cardiocirurgia di elezione e di urgenza;
- interventi chirurgici;
- assistenza infermieristica.

Indirizzi per l'uso appropriato dei livelli assistenziali

La cui azione regionale riguarda:

- la predisposizione di indirizzi per ottimizzare le risorse disponibili riorientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità di intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza e le potenzialità del servizio socio-sanitario regionale.

Gli indirizzi prioritari sono relativi ai seguenti aspetti:

- Ricovero ospedaliero;
- Sistema dell'emergenza/urgenza extra-ospedaliera,
- Diagnostica ambulatoriale;
- Ricorso al medico di medicina generale;
- L'avvio di una negoziazione tra ospedale e territorio per la stesura di linee guida volte a spostare risorse significative dalla destinazione attuale, che alimenta un uso improprio dell'ospedale, ai servizi territoriali per introdurre un percorso programmatico delle attività sanitarie attento ai principi di appropriatezza.

È infatti necessario che tutti gli attori del sistema si attivino affinché le risorse disponibili vengano ottimizzate, riorientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali e servizi che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità dell'intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza del sistema.

Oltre alle strutture interne all'Azienda USL il rapporto di negoziazione dovrebbe coinvolgere anche i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti territoriali, per concordare per quale tipologia di prestazioni è possibile spostare progressivamente risorse dal ricovero ordinario al day hospital al regime ambulatoriale privilegiando il punto di minore intensità di risorse per ottenere lo stesso risultato terapeutico.

Uno degli strumenti più importanti per migliorare l'appropriatezza degli interventi è legato al cambiamento nelle modalità di invio degli utenti ai servizi da parte dei prescrittori di prestazioni mediche. A tal fine occorre avviare attività di formazione e supporto volte a promuovere la conoscenza di tutte le alternative all'ospedale esistenti sul territorio.

Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo dei livelli assistenziali

È azione aziendale:

- L'introduzione del PRUO come specifico strumento di valutazione dei ricoveri ospedalieri effettuati.

Il PRUO (Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale) è lo strumento validato ed impiegato internazionalmente che valuta l'appropriatezza dell'uso delle risorse per ogni ricovero effettuato e fornisce indicazioni utili per lo sviluppo di strategie per la riduzione dei ricoveri inappropriati e la durata di quelli appropriati.

Si tratta di uno strumento che consente alle strutture ospedaliere stesse di valutare la propria attività. L'effetto dei controlli deve essere infatti principalmente quello di produrre maggiore consapevolezza nelle strutture controllate, affinché si attivino verso una maggiore razionalizzazione dell'offerta producendo prestazioni più appropriate ed ad un livello di costo più basso.

Il Piano Socio Sanitario Regionale prevede la adozione del PRUO tra gli strumenti di monitoraggio dei risultati dell'Azienda USL al fine di ottenere informazioni utili per la programmazione sanitaria regionale ed aziendale, nonché per la programmazione dei livelli di assistenza alternativi al ricovero ordinario.

Educazione dei cittadini per un miglior uso dei livelli di assistenza

Sono azioni regionali ed aziendali:

- L'avvio di iniziative di educazione ed informazione rivolte ai cittadini finalizzate a riorientare la domanda di salute secondo principi di appropriatezza.

L'utilizzo che viene fatto oggi di alcuni livelli di assistenza quali il pronto soccorso, la diagnostica per immagini e l'ambulatorio del medico di medicina generale dimostra come non siano ancora presenti agli utenti le alternative esistenti.

La strategia dell'informazione deve stimolare ed alimentare tra i cittadini una cultura sanitaria finalizzata alla crescita della consapevolezza della inutilità di una serie di pratiche mediche la cui richiesta è in continua crescita. Una migliore informazione sulle opportunità terapeutiche e sui fattori di salute, nonché sui rischi derivanti dall'abuso di pratiche mediche non necessarie deve portare ad una riduzione nella richiesta di interventi terapeutici inappropriati.

Nell'ambito del Piano attuativo locale, sulla base di indirizzi regionali l'Azienda individua le azioni volte a promuovere tra i cittadini una maggiore consapevolezza dei criteri di appropriatezza di utilizzo dei livelli assistenziali e di singole prestazioni.

Elevare il livello di Qualità percepita

L'attenzione alla qualità percepita è fondamentale per dare un significato concreto anche se non l'unico possibile, all'affermazione della centralità del cittadino.

Gli strumenti individuati per raggiungere questo obiettivo sono:

- La Carta dei servizi sanitari e socio sanitari;
- Le indagini partecipate per la rilevazione della qualità percepita;
- I progetti tematici.

Per quanto riguarda la Carta dei servizi sanitari e sociosanitari è azione regionale:

- La promozione della Carta dei servizi tramite:
 1. supporto e coordinamento allo sviluppo della Carta dei servizi sanitari e socio sanitari che dovrà essere adottata da tutti i fornitori del servizio socio-sanitario regionale (azienda e strutture accreditate) e realizzazione di indagini di qualità percepita;
 2. monitoraggio realizzato attraverso l'analisi dei risultati aziendali esercitato in una logica di servizio e non in una logica ispettiva.

La Regione predispone una Carta dei servizi socio sanitari che rappresenta l'insieme dell'offerta presente sul territorio regionale.

Parallelamente all'azione regionale, i fornitori del servizio socio-sanitario regionale (Azienda e strutture accreditate) devono impegnarsi:

- a realizzare nei propri servizi rilevazioni di qualità percepita utilizzando gli strumenti e le procedure metodologiche proposte dalla Regione;
- a realizzare l'aggiornamento periodico (annuale) della propria Carta dei servizi, che tenga conto dei punti di forza e delle criticità emersi dalle rilevazioni di qualità percepita e dalla misurazione di altri indicatori verificando i propri standard di qualità;
- a realizzare Carte dei servizi settoriali che tengano conto dei percorsi assistenziali degli utenti.

La Carta dei servizi di ciascuna struttura, periodicamente aggiornata e le rilevazioni di qualità percepita, che ne rappresentano il principale strumento operativo, si porranno in questo quadro, come una opportunità significativa di tutela dei diritti dei cittadini utenti dei servizi sanitari e socio sanitari e di partecipazione, tenendo anche conto della proficua collaborazione già attivata con le associazioni di tutela e di volontariato.

Le indagini partecipate per la rilevazione della qualità percepita

È azione regionale:

- La messa a punto di una metodologia per l'implementazione di un sistema regionale di indagine della qualità percepita con caratteristiche di omogeneità sul territorio regionale che fornisca risultati confrontabili, basata su questionari ed altri approcci che consentano di favorire la partecipazione attiva dei soggetti interessati alla valutazione della qualità dei servizi.

La metodologia adottata prevede prioritariamente l'utilizzo di un questionario di soddisfazione su base campionaria come strumento di rilevazione non escludendo altre tecniche e coinvolgendo le associazioni di tutela dei cittadini e le organizzazioni sindacali. Il sistema di rilevazione deve consentire di:

- disporre di una valutazione sintetica della qualità percepita con riferimento a diversi servizi erogati dall'Azienda USL;
- individuare dei punti di forza, contrapposti a delle aree di criticità, e controllarne l'andamento;
- evidenziare le conseguenze di determinati cambiamenti organizzativi.

In prospettiva e per una maggiore efficacia del sistema, il risultato positivo (in termini di livello di qualità raggiunto da un determinato servizio) potrebbe diventare una base informativa e costituire un elemento di valutazione ai fini dell'accreditamento o della determinazione del sistema premiante.

I Progetti tematici

Allo scopo di affrontare in maniera sinergica e con criteri omogenei le più importanti tematiche relative alla umanizzazione verranno attivati a livello aziendale campagne/progetti sui seguenti temi:

- controllo del dolore;
- rispetto della dignità della persona e miglioramento del rapporto tra cittadino e operatori del servizio socio-sanitario regionale;
- tutela del degente disabile in ospedale;
- umanizzazione del parto;
- accoglienza del bambino in ospedale;
- rispetto della morte;
- salvaguardia dei ritmi di vita;
- alimentazione in ospedale;
- comfort alberghiero.

GLI OBIETTIVI «TRASVERSALI»

In questa parte del Piano sono stati inclusi tutti quegli obiettivi che, trasversalmente, ciascuno per la propria competenza, completano l'offerta organizzata di servizi e prestazioni costituendo nel suo insieme il sistema socio-sanitario regionale della Valle d'Aosta.

Si tratta dei seguenti ambiti:

- Assistenza economica;
- Autorizzazione e Accreditamento;
- Realizzazione di una rete assistenziale e sanitaria interaziendale;
- Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali e Sistema informativo socio sanitario.

Assistenza economica

L'assistenza economica rientra nelle funzioni di competenza regionale ed è regolata da una produzione legislativa destinata a tipologie specifiche di utenza. Le leggi regionali che regolamentano l'assistenza economica sono:

- ll.rr. n. 70/1979 e n. 43/1985 «Provvidenze a favore di nefropatici cronici in dialisi iterativa o sottoposti a trapianto renale»;
- l.r. n. 17/1984 «Interventi assistenziali ai minori»;
- l.r. n. 22/1993 «Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcoldipendenti, tossicodipendenti, infette da HIV e affette da AIDS»;
- l.r. n. 19/1994 «Norme in materia di assistenza economica»;
- l.r. n. 44/1998 «Iniziative a favore della famiglia»;
- l.r. n. 3/99 «Norme per favorire la vita di relazione delle persone disabili»;
- l.r. n. 11/1999 «Testo unico in materia di provvidenze economiche a favore di invalidi civili, ciechi civili e sordomuti».

Per tutte queste leggi, e al fine di svolgere adeguatamente il proprio ruolo di controllo e valutazione, la Regione, nel periodo di validità del presente Piano perseguirà i seguenti:

Obiettivi generali

- Definire i criteri generali per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate;
- Elaborare un Testo Unico sulle norme regionali di assistenza economica.

Rispetto agli ambiti delle singole tipologie di utenza, quelle per le quali il Piano intende avviare delle azioni sono le seguenti:

1. *Invalidi civili, ciechi civili e sordomuti*: i destinatari sono i soggetti residenti appartenenti alle categorie interessate, la risposta al bisogno risulta adeguata, con significative riduzioni rispetto al passato nei tempi di attesa per l'accertamento dei requisiti grazie anche alla recente introduzione di alcuni supporti informatici.

Permangono invece aree di criticità nel controllo a cui si cercherà di dare risposta nel prossimo triennio anche attraverso la stipula di un protocollo d'intesa con il Ministero delle Finanze per un'ottimale procedura dei controlli reddituali d'ufficio.

Obiettivi

- Garantire l'equità nell'erogazione delle provvidenze economiche;
- Individuare e prevenire eventuali abusi.

Azioni

- Predisposizione di un piano di revisioni;

- Attuazione di un procedimento di archiviazione a lettura ottica;
 - stipula di un protocollo d'intesa con il Ministero delle Finanze per i controlli reddituali d'ufficio.
2. *Anziani, disabili, alcol e tossicodipendenti, infetti da HIV e malati di AIDS*: L'eterogeneità delle tipologie di utenza interessate dall'assistenza economica regolata dalla l.r. n. 22 del 1993 viene, anche se parzialmente, superata dal comune obiettivo di mantenere per il minor tempo possibile questi soggetti in condizione di ricovero in una struttura per acuti ed agevolare invece per essi forme di assistenza più consone alla loro condizione fisica ed umana globalmente intesa. L'evoluzione registrata negli ultimi anni in quest'area dell'offerta è stata la necessità di adeguamento ad una domanda a crescita esponenziale per i soggetti non autosufficienti di assistenza al domicilio come alternativa all'istituzionalizzazione.

Prevedendo per il prossimo triennio almeno una costanza del trend, si rende necessario istituire forme di valutazione e controllo del livello di qualità dell'assistenza erogata da personale privato utilizzato.

Obiettivi

- Sviluppo di forme di assistenza al domicilio;
- Valutazione della qualità del servizio reso al domicilio.

Azioni

- Verifica dei requisiti di professionalità del personale privato che svolge assistenza domiciliare;
 - Stipulazione di un protocollo di intesa con le Cooperative Sociali ed i sindacati per la gestione del personale.
3. *Minori*: I destinatari della legge di assistenza economica sono in questo caso i residenti fino a 18 anni di età, nei confronti dei quali l'intervento economico ambisce a risolvere situazioni di disagio economico anche quando il minore, per situazioni diverse, è costretto a vivere presso un collegio o viene dato in affidamento familiare o viene temporaneamente ospitato in colonie estive.

Nonostante la domanda sia rimasta costante nell'ultimo triennio, l'istituzione dell'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, che diventerà operativo nel corso del periodo di validità del presente Piano, darà risposte precise sui livelli di soddisfacimento di una domanda che non può considerarsi soddisfatta unicamente sotto il profilo economico. Il contributo di conoscenze e di strumenti per la valutazione che questo osservatorio potrà assicurare nel tempo sulla realtà dei minori e dei giovani in Valle d'Aosta, darà nuove elementi per intervenire a miglioramento degli attuali livelli di efficacia e di efficienza. La qualità delle iniziative che si rivolgono a questa particolare fascia di popolazione devono da tutti essere considerate un prezioso investimento per la società futura.

Obiettivo

- Accogliere ed integrare alle conoscenze attuali gli elementi conoscitivi che verranno prodotti dall'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza per meglio adeguare le risorse alle dinamiche dei bisogni espressi.

Azioni

- Razionalizzazione degli interventi di assistenza economica in funzione delle azioni di prevenzione del disagio minorile.
4. *Famiglia*: L'attuale legge sulla famiglia costituisce di per sé elemento di eccellenza in quanto i suoi contenuti hanno costituito anticipazione a livello nazionale migliorando ed ampliando rispetto alla legge nazionale sia la risposta assistenziale che i limiti del diritto. La tipologia di utenza è ampia e include: i bambini residenti di età compresa tra 0 e 5 anni (oltre i 3 anni soltanto per i bambini in affidamento), le casalinghe residenti, le famiglie numerose, le persone anziane e disabili in difficoltà. I dati incoraggianti registrati nei tre anni di vigore della legge dimostrano che è stata data risposta ad una serie di problemi particolarmente sentiti dalla popolazione regionale.

Obiettivo

- Valutare l'adeguamento della risposta istituzionale all'offerta attualmente erogata.

Azione

- Istituzione dell'Osservatorio per la famiglia.

5. *Minimo vitale*: La conoscenza del reale livello di povertà di una popolazione non può che essere affidata a degli indicatori indiretti. A tale scopo viene individuato come strumento di rilevazione una Commissione regionale di indagine sullo stato della povertà in Valle d'Aosta. La L.R. n. 19/1994 ha per destinatari i residenti che versano in situazione di disagio economico. Dal 1997 ad oggi le richieste di aiuto economico hanno registrato un progressivo aumento raggiungendo nel 1999 il n. di 717 per un importo superiore al miliardo di lire. La criticità attuale consiste nell'impossibilità di collegare l'erogazione del minimo vitale a soggetti per i quali sia stato elaborato un progetto di reinserimento sociale.

Obiettivo

- Favorire i progetti di autonomia personale dei soggetti in stato di esclusione sociale.

Azione

- Erogazione del minimo vitale vincolata al progetto di reinserimento sociale dei beneficiari;
- Istituzione di una commissione regionale sullo stato della povertà in Valle d'Aosta.

Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto e l'esercizio di attività sanitarie a carico del servizio sanitario regionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, all'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del D.lgs 502/1992 e successive modificazioni. La medesima disposizione si applica anche per le strutture socio sanitarie.

Per le strutture sociali si fa riferimento a quanto disposto dall'art. 9, comma 1, lettera c) e dall'art. 11 della legge 8 novembre 2000 n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali». Tali istituti vengono regolamentati separatamente nel proseguo del Piano sia per l'ambito sanitario, sia per quello delle politiche sociali.

Autorizzazione

In questa sezione del Piano viene riportata un'individuazione complessiva delle strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, per l'esercizio delle attività svolte a soddisfacimento dei bisogni attualmente conosciuti nella popolazione regionale.

Autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, nonché all'esercizio delle relative attività

Ai fini dell'applicazione di quanto stabilito dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, con particolare riferimento all'art. 8 ter del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e all'art. 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 oltre che dall'art. 9, comma 1, lettera c) e dall'art. 11 della legge 8 novembre 2000 n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» sono soggette all'autorizzazione della Giunta regionale la realizzazione e l'esercizio delle relative attività di nuove strutture, oltreché l'ampliamento, la trasformazione ed il trasferimento ad altra sede di strutture esistenti, con riferimento alle seguenti tipologie, pubbliche e private:

- strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica a regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnosi strumentale e di laboratorio;
- strutture sanitarie, sociosanitarie, socio-assistenziali e socio-educative che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno;
- studi odontoiatrici, studi medici e di altre professioni sanitarie in cui vengono effettuate prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportano un rischio per la sicurezza dell'assistito, e le strutture dedicate esclusivamente alle attività diagnostiche svolte anche a favore di soggetti terzi.

L'assoggettamento delle strutture o degli studi alle autorizzazioni di cui trattasi deve tenere conto della complessità tecnico-organizzativa delle prestazioni da erogare, oltreché del potenziale rischio che la prestazione stessa può comportare per la sicurezza del cittadino, nella situazione, pertanto, in cui l'aspetto organizzativo (sia di strutture che di professionalità) prevale

sull'aspetto di esercizio della professione del singolo professionista. Spetta alla Giunta regionale la definizione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici, nonché delle modalità di presentazione delle richieste di autorizzazione e di rilascio delle stesse. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente Piano, la Giunta regionale definisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture socio-assistenziali, prevedendo che le strutture si adeguino ai medesimi entro il termine di cinque anni dalla loro definizione. In fase di prima applicazione, in attesa dell'emanazione dei provvedimenti di competenza dello Stato, ai sensi dell'art. 8 ter del citato D. lgs. n. 229/99, i requisiti minimi strutturali ed organizzativi di riferimento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie sono quelli indicati nel DPR 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologico ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) e nel DPCM 10 febbraio 1984 (Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti minimi strutturali, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio). In relazione alle nuove disposizioni che saranno emanate dallo Stato in materia, la Giunta regionale aggiorna le modalità di richiesta e di rilascio delle autorizzazioni di cui trattasi, stabilite in via transitoria con la deliberazione della Giunta regionale n. 2037 del 19 giugno 2000. La fissazione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici, da parte della Giunta regionale, oltre che essere conforme ai criteri generali che saranno stabiliti dallo Stato, dovrà consentire la valutazione almeno dei seguenti aspetti organizzativi:

- politica, obiettivi ed attività;
- struttura organizzativa;
- gestione delle risorse umane;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
- sistema informativo;

nonché dei seguenti aspetti strutturali e tecnologici:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- gestione dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

Il rilascio di autorizzazioni alla realizzazione di nuove strutture o il rinnovo di quelle esistenti deve tenere conto dei fabbisogni complessivi strutturali e produttivi definiti al successivo punto.

Individuazione dei fabbisogni strutturali e produttivi

Per determinare in via indicativa i fabbisogni strutturali e produttivi è necessario tenere conto dei bisogni, delle peculiarità della Regione, riferite in particolare alle sue caratteristiche morfologiche ed insediative, oltretutto dell'incidenza della popolazione turistica che nei periodi di massima affluenza raggiunge le oltre 130.000 unità.

Il numero di abitanti residenti nei 74 Comuni varia da 95 a 4.800 unità escluso il comune di Aosta che conta circa 34.800 residenti.

L'accentuata dispersione su un territorio relativamente vasto della popolazione residente, con una densità abitativa media di 37 ab/Kmq, insieme ad una viabilità difficoltosa, che si sviluppa lungo tracciati per la maggior parte tortuosi e contraddistinti da pendenze elevate (se si eccettuano l'arteria autostradale e le due strade statali), oltreché un'incidenza delle presenze nelle località turistiche tutte ubicate lontano rispetto al capoluogo, comportano la necessità di individuare sistemi integrati di assistenza che risultino elastici rispetto alle diverse esigenze, che risultano essere differenti nei diversi periodi dell'anno, e che non possono pertanto far riferimento a standard prefissati. Tale necessità, inoltre, è maggiormente giustificata se si tiene conto che circa il 50% della popolazione risiede fra il Comune di Aosta ed i Comuni limitrofi, mentre la restante è sparsa sul resto del territorio regionale, nonché del fatto che la maggiore affluenza di presenze turistiche si riscontra nelle località più lontane rispetto al comune capoluogo, affluenza che in alcune realtà comporta un aumento anche di dieci volte rispetto alla popolazione residente.

La suddivisione del territorio regionale nei quattro distretti in cui opera l'Azienda USL costituisce l'elemento di riferimento per garantire la presenza di strutture sul territorio coordinando le esigenze di efficienza, efficacia ed economicità dei servizi con le problematiche sopra specificate.

Per quanto attiene i fabbisogni produttivi, programmare in base ai bisogni di salute è sicuramente l'indicazione principale che viene rivolta alle regioni dal livello centrale e chiama in causa principi di garanzia dei livelli di assistenza, appropriatezza, valutazione. Per farlo è necessario disporre di «immagini di salute» della propria popolazione assistita in grado di orientare le scelte in modo appropriato, consapevole e trasparente. In questa prospettiva la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha predisposto sotto il profilo formale con la legge n. 5/2000 alcuni strumenti di valorizzazione dell'informazione e della conoscenza quali l'osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali e il potenziamento del sistema informativo sanitario regionale. Nel triennio di validità del presente Piano è un obiettivo specifico quello di arruolare nel sistema informativo socio sanitario regionale un numero crescente di flussi che consentano una lettura più articolata e complessa dei bisogni di salute e di assistenza sociale della popolazione regionale e soprattutto una loro valorizzazione a fini di supporto alle decisioni di programmazione sanitaria e sociale.

Allo stato attuale delle conoscenze, a guidare i fabbisogni strutturali è stata la conoscenza dei bisogni di salute e di assistenza sociale emersi dalle analisi sulla mortalità e morbosità regionali, oltre che dall'analisi dell'attività dei servizi sanitari, primo tra tutti quello ospedaliero che, da solo, assorbe il 65% della spesa per la sanità.

Il prossimo triennio dovrà vedere ulteriormente sviluppato quanto in conoscenza, valutazione e razionalizzazione dei processi produttivi sanitari è stato avviato nel 1999 con la delibera della Giunta regionale n. 350 e con le successive, fino alla deliberazione n. 244 del 2001, che emanano disposizioni all'azienda USL ai fini della definizione del contratto di programma e dell'adozione del bilancio di previsione annuale. Tali disposizioni hanno, tra le finalità, quella di rendere l'offerta sanitaria sempre più adeguata e pertinente al bisogno di salute locale e migliorando l'appropriatezza delle prestazioni con effetti attesi tanto sull'efficacia che sull'efficienza produttiva.

L'attività di ricovero ospedaliero dal 1998 al primo semestre 2000 mostra come, indipendentemente dal tipo di degenza, a fronte di una lieve diminuzione dal 1998 al 1999, nel primo semestre 2000 si assiste ad una ripresa dell'ospedalizzazione pari a + 2,68%. Per quanto attiene invece il tipo di degenza, permane l'andamento in diminuzione dei ricoveri ordinari (quasi il 7% in due anni) a fronte di un aumento dei ricoveri in day hospital, passati, nello stesso arco temporale dal 19,5% al 21,2% del totale dei ricoveri.

Le disposizioni fornite per l'area della degenza in merito al fabbisogno produttivo attengono innanzitutto ad un generale processo di riordino e di razionalizzazione dell'attività ospedaliera che consenta di ridurre la percentuale di accoglimenti inappropriati al 20%, e al 30% quella per i soli ricoveri brevi e day hospital, mentre la percentuale di giornate di degenza inappropriate deve portarsi al 30%; nonché disciplinando correttamente l'attività di day hospital e quella ambulatoriale mediante precisi protocolli e linee guida che definiscano le regole di attività e il corretto uso dei servizi.

Nell'ambito della mobilità interregionale, nel triennio di validità del Piano si cercherà di contenere la spesa per questa voce, che in quattro anni è raddoppiata anche per effetto dell'aumento di prestazioni a fronte di un numero stabile di residenti ricoverati fuori regione, attraverso gli obiettivi specifici espressi in questo documento (obiettivo generale di salute 6.6 e obiettivi specifici dell'assistenza ospedaliera) e attraverso un aumento della capacità di attrazione dell'ospedale regionale per alcune prestazioni definite all'interno delle reti interregionale e interaziendale con il Piemonte ed in particolare con l'ospedale di Ivrea. In linea generale si cercherà di contenere le prestazioni chirurgiche extra regionali per le patologie ortopediche e oculistiche non complesse, oltre a quelle relative alle «patologie di confine» dell'aorta toracica, mentre per le prestazioni mediche il fabbisogno di prestazioni riabilitative, che oggi è il secondo motivo di ricovero extraregione più frequente, dovrebbe trovare maggiore risposta in sede locale a seguito del processo di razionalizzazione e riorganizzazione intra ed extra ospedaliera dell'attività di riabilitazione indicato dal presente Piano.

Anche le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale registrano un incremento costante negli ultimi anni che è stato

del 33% nel solo ultimo trimestre del 2000, mantenendo comunque invariata nel tempo la proporzione tra le aree: quella medica risponde al 56,8% dell'attività totale, quella chirurgica al 27%, quella dell'emergenza al 5,7% e quella materno infantile al 10,5% a denotare una apparente stabilità del fabbisogno nella popolazione. Le disposizioni che la Regione ha emanato nel 2001 all'Azienda USL in merito a questo livello assistenziale si richiamano a quanto già espresso nelle linee guida al provvedimento del 7 maggio 1998 e a quelle previste dal decreto 14 settembre 1999 n. 741, con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni prescritte ed erogate, all'individuazione della quantità e della tipologia delle prestazioni da erogare, anche attraverso la stipula di appositi contratti con soggetti accreditati e nel rispetto di un tetto di spesa complessivo non superiore a quello determinato nell'esercizio finanziario precedente.

Nel 2000, inoltre, il fabbisogno di prestazioni assistenziali a carico dei distretti ha registrato 773 persone in assistenza domiciliare, 1016 in forma residenziale attraverso le microcomunità e le strutture private e convenzionate, 80 in assistenza domiciliare in fase terminale, 375 persone tossicodipendenti di cui 44 in assistenza residenziale per salute mentale (di cui 40 presso strutture piemontesi a cui il presente Piano offre soluzioni in ambito regionale) e 233 alcolisti in carico al SerT.

Sulla base di queste considerazioni circa i fabbisogni produttivi e ai fini della determinazione dei fabbisogni strutturali si è tenuto conto:

- della necessità di strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali necessarie per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute e di assistenza sociale fissati dal presente Piano;
- della necessità di strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali necessarie per assicurare il soddisfacimento delle ulteriori domande di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale non strettamente connesse con le attività di pertinenza del servizio pubblico.

Nei prospetti seguenti vengono riportati i dati riferiti allo stato attuale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative necessarie al raggiungimento degli obiettivi di salute e di assistenza sociale fissati dal presente piano e che costituiscono il riferimento di massima riguardo alla tipologia delle strutture da autorizzare ai sensi dell'art. 38 della legge regionale n. 5/2000, nonché i criteri per la definizione dei fabbisogni strutturali e la determinazione degli stessi. È indicato, altresì, il numero che rappresenta il fabbisogno strutturale pubblico da assicurare nel periodo di validità del Piano, con la precisazione che tale obiettivo può essere raggiunto sia attraverso l'impegno diretto della struttura pubblica che attraverso la stipulazione di accordi con altre strutture pubbliche o di contratti con soggetti privati.

La parte rimanente del fabbisogno, non coperta dal servizio pubblico, può essere soddisfatta dall'offerta privata.

Struttura ospedaliera

La situazione dei posti letto della Regione Autonoma Valle d'Aosta è la seguente, con un totale di 538 posti letto:

- Presidio Ospedaliero V.le Ginevra per patologie acute e day hospital con una dotazione di 403 posti letto;
- Presidio Ospedaliero Beauregard per patologie acute e day hospital con una dotazione di 115 posti letto nelle discipline di ostetricia e ginecologia, pediatria, neonatologia, geriatria e dermatologia;
- Presidio ospedaliero ex Maternità con una dotazione di 20 posti letto di psichiatria.

Il tasso di ospedalizzazione regionale è di 211 ricoveri ogni 1000 abitanti.

Per la definizione del fabbisogno di posti letto in Valle d'Aosta è stato approvato dalla Giunta regionale, con deliberazione n. 3433 in data 9 ottobre 2000, uno studio delle necessità strutturali del Presidio Ospedaliero di Viale Ginevra, ad Aosta, raffrontate ai bisogni della popolazione valdostana e al loro soddisfacimento. Il numero dei posti letto da assegnare in dotazione alla regione è stato desunto dal seguente calcolo:

$$\text{Numero dei posti letto} = \frac{\text{tasso di ospedalizzazione} \times \text{durata periodo di ricovero}}{\text{Tasso di occupazione dei posti letto} \times 365}$$

Gli standard nazionali indicano i seguenti parametri per il calcolo del numero dei posti letto da assegnare in dotazione ad una regione:

- un tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri / 1000 abitanti;
- una durata massima di ricovero di 8 / 9 giorni;

- una occupazione minima dei posti letto > 75%.

Sempre in base agli standard nazionali, il numero di posti letto per acuti non può superare il 4,5 % della popolazione, mentre il numero dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza non può superare l'1 % della popolazione.

Per il calcolo del fabbisogno di posti letto nella regione lo studio sopracitato ha tenuto conto fondamentalmente dei parametri indicati a livello nazionale ad esclusione dell'indicazione dello standard del tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti in quanto non consono alla realtà valdostana.

In base all'elevato tasso di ospedalizzazione nella regione, che nell'anno 1998 ammontava a 211 ricoveri ogni 1000 abitanti, si è deciso di prendere in considerazione lo standard di 170 ricoveri / 1000 abitanti che è stato ritenuto un valore perseguibile dalla realtà valdostana. Dall'applicazione di tale parametro e di quelli indicati a livello nazionale è stato stimato il fabbisogno di posti letto da assegnare in dotazione alla regione e il valore di alcuni parametri di funzionalità ospedaliera:

Numero abitanti (previsione 2005)	122.123
Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti	170
numero dei ricoveri	20.761
numero di assistiti attratti	3.790
fuga degli assistiti	2.882
numero totale dei ricoveri	19.853
mobilità interna degli assistiti	1.915
ricoveri (mobilità interna inclusa)	21.768
Fabbisogno di posti letto	567
di cui di day hospital	48
percentuale posti letto per abitanti	4,6
di cui n. posti letto per la riabilitazione ogni 1000 abitanti	1,0

In base alle risultanze dello studio sopracitato il fabbisogno complessivo di posti letto della regione è di 567 posti letto così ripartiti:

Presidio ospedaliero per acuti di V.le Ginevra: 447 posti letto di cui 38 di day-hospital per gli assistiti acuti incluse le discipline di ostetricia-ginecologia, pediatria, neonatologia, geriatria, dermatologia e psichiatria, che si andranno ad aggiungere a quelle esistenti nel presidio stesso.

Presidio ospedaliero per riabilitazione e lungodegenza del Beauregard: 120 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza (60 e 60) di cui 10 posti letto di day hospital.

Dieci posti letto della dotazione per la riabilitazione potranno, eventualmente, trovare collocazione presso gli stabilimenti termali tramite apposito accordo tra il gestore e l'Azienda USL. Per giungere alla dotazione di 447 posti letto presso il presidio ospedaliero di Viale Ginevra, lo studio sopracitato ha rilevato una carenza di superficie netta pari a 9.638 mq. rispetto alla situazione attuale, per cui si rende necessario prevedere degli ampliamenti per la realizzazione di:

- una nuova costruzione posta a sud dell'attuale «ala nuova» del presidio stesso per la collocazione di 132 nuovi posti letto, per il nuovo blocco operatorio con 8 sale operatorie, per le sale risveglio, per il pronto soccorso e per i laboratori di analisi cliniche;
- un nuovo ingresso principale del presidio stesso.

La necessità di realizzare gli spazi per i sopracitati 132 nuovi posti letto deriva dal seguente calcolo: sommando ai 403 posti letto esistenti dopo l'ultimazione degli interventi relativi alla I^a e alla II^a fase, i 44 posti letto mancanti secondo lo studio in questione, si ottengono 447 posti letto necessari secondo lo studio in questione. A questi vanno sottratti i 315 posti letto risultanti

nei corpi di fabbrica esistenti in seguito alla riorganizzazione e ricollocazione degli spazi interni, ottenendo i 132 posti letto da realizzare nel corpo in ampliamento al Presidio ospedaliero di Viale Ginevra.

Altre strutture sanitarie e socio sanitarie

Poliambulatori specialistici

Allo stato attuale la dotazione di poliambulatori specialistici è la seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4
1 pubblico	5 di cui tre privati e due pubblici	1 pubblico	2 di cui uno privato ed uno pubblico

È bene sottolineare che il numero di strutture presenti nel distretto 2 è giustificato, oltre che dalla popolazione residente nello stesso, dal fatto che una parte della popolazione restante, per motivi legati soprattutto alla concentrazione delle attività lavorative e dei servizi (uffici e servizi pubblici, attività industriali) gravita sul Comune di Aosta anche per quanto riguarda la richiesta di prestazioni sanitarie. In base alla logica di determinazione del fabbisogno, si ritiene che il numero di poliambulatori sul territorio debba essere proporzionato al numero di potenziali utenti e che, pertanto, stimando congrua la presenza di una struttura poliambulatoriale ogni 15.000 abitanti, l'attuale situazione, fatto salvo l'ampliamento del poliambulatorio di Via G. Rey ad Aosta, possa essere ritenuta soddisfacente.

Centri traumatologici

Allo stato attuale la dotazione di centri traumatologici è la seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4
2 pubblici	1 pubblico	1 privato	1 privato

La presenza di centri traumatologici sul territorio regionale deriva dalla necessità di assicurare nelle località a forte presenza turistica, soprattutto invernale, e principalmente in prossimità di quelle sciistiche, degli ambulatori di primo soccorso. I centri attualmente funzionanti, infatti, sono stati realizzati proprio in alcune di tali località nei diversi distretti. Per la determinazione del fabbisogno strutturale si è fatto riferimento all'opportunità di completare la presenza di tali centri in tutte le maggiori località turistiche, in particolare in quelle ubicate nei distretti n. 3 e 4.

La determinazione del fabbisogno di centri traumatologici è quindi risultata essere la seguente:

Distretto n. 1		Distretto n. 2		Distretto n. 3		Distretto n. 4	
Strutture attuali	2	Strutture attuali	1	Strutture attuali	1	Strutture attuali	1
Nuove strutture	-	Nuove strutture	-	Nuove strutture	1	Nuove strutture	2
Totale strutture	2	Totale strutture	1	Totale strutture	2	Totale strutture	3

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata è la seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4
2	1	1	2

Laboratori di analisi cliniche

Allo stato attuale la dotazione di laboratori di analisi cliniche è la seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4
nessuno	3 di cui due pubblici ed uno privato	nessuno	nessuno

Per quanto concerne tali strutture, in relazione alla complessità tecnica ed organizzativa che le stesse comportano e premesso che quelle attualmente in esercizio in Regione presentano una potenzialità tale da soddisfare a pieno la domanda di servizio, si ritiene che all'eventuale aumento delle stesse si possa far fronte con il potenziamento dei servizi di prelievo, sia nell'ambito delle sedi consultoriali, che tramite i servizi domiciliari. Tutte le strutture di analisi sono ubicate nel capoluogo regionale, due presso i servizi dell'Azienda USL della Valle d'Aosta ed una privata convenzionata con la struttura pubblica per il servizio di Medicina sportiva.

Ambulatori di fisioterapia e riabilitazione

Se si esclude l'attività prestata nei poliambulatori, allo stato attuale la dotazione di ambulatori di fisioterapia e riabilitazione è la seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4
nessuno	4 privati, convenzionati con l'Azienda USL	nessuno	1 privato convenzionato con l'Azienda USL

Così come per le altre strutture ambulatoriali, ad esclusione dei centri traumatologici, anche per gli ambulatori di fisioterapia e di riabilitazione l'unico riferimento per individuare il fabbisogno strutturale è il parametro della popolazione residente. Anche in questo caso il numero di strutture appare concentrato nel distretto n. 2 e ciò per le motivazioni già sopra riportate. Si ritiene quindi che il numero di strutture ambulatoriali di fisioterapia e di riabilitazione sul territorio debba essere proporzionato al numero di potenziali utenti. In relazione a ciò, si ritiene congruo come riferimento la presenza di una struttura ogni 20.000 abitanti. Risulta inoltre necessario prevedere la presenza di strutture anche nei distretti attualmente sprovvisti al fine di consentire una distribuzione decentrata di tali servizi.

Il fabbisogno di strutture pertanto è risultato essere il seguente:

Distretto n. 1		Distretto n. 2		Distretto n. 3		Distretto n. 4	
Strutture attuali	-	Strutture attuali	4	Strutture attuali	-	Strutture attuali	1
Nuove strutture	1	Nuove strutture	-	Nuove strutture	1	Nuove strutture	-
Totale strutture	1	Totale strutture	4	Totale strutture	1	Totale strutture	1

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata è la seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4
1	4	1	1

Strutture sanitarie e socio sanitarie nell'ambito della salute mentale

Allo stato attuale sono in funzione i seguenti servizi e strutture semiresidenziali e residenziali:

Strutture	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Centri diurni	-	1	-	-	1
Residenze terapeutiche a fini riabilitativi	-	2	-	-	2

Secondo una delle ultime relazioni periodiche dell'OMS, il 25% della popolazione mondiale soffre di disturbi mentali in misura più o meno grave: si va dalle psicosi alle demenze, dai disturbi della personalità, del comportamento e delle abitudini, alle depressioni; sono in aumento i problemi legati agli stati d'angoscia, di disorganizzazione interiore e di depressione. Nel quadro dettagliato dell'OMS, tra quanti soffrono di disturbi psichici oltre il 50% ha problemi di dipendenza (nicotina, alcol, droghe), mentre diverse sono le percentuali di incidenza di altri disturbi: il 17,1% per l'ansia, il 12,8% per i disturbi dell'umore, il 10,7% per i disturbi della personalità, il 2,5% per vari disturbi psichici, l'1,7% per la schizofrenia, l'1,7% per l'epilessia, lo 0,8% per la demenza. Sempre secondo queste stime dell'OMS, tuttavia, solo l'1% delle persone che ha disturbi psichici è «paziente psichiatrico».

Per formulare una stima del fabbisogno di strutture psichiatriche in Valle d'Aosta sono stati presi in considerazione questi dati dell'OMS unitamente a quelli relativi agli utenti che nel corso del 1999 si sono effettivamente rivolti ai servizi regionali esistenti. Presso l'UB di Psichiatria sono stati effettuati in un anno 313 ricoveri (nel numero sono inclusi i ricoveri ripetuti, cioè più ricoveri relativi alle stesse persone) con un numero di giornate di degenza complessive di 4.005, una presenza media di 12,85 ed una utilizzazione dei posti letto pari al 73,94%. Gli utenti del day hospital sono stati 156, pari a 2.486 giornate di degenza. Gli utenti psichiatrici valdostani ospitati in strutture extra-regionali sono stati 38. Tra visite ambulatoriali, colloqui, psicoterapie, consulenze, fototerapie, test, prelievi, alcometrie ed altro, il servizio di Psichiatria ha effettuato complessivamente 10.022 interventi di cui 7.186 ad Aosta e 2.836 sul territorio; le prestazioni fornite alla Comunità Pont-Suaz sono state 816; i contatti ambulatoriali sono stati 1.568. È stato poi valutato per quanti di questi assistiti psichiatrici è ipotizzabile una cronicizzazione, quanti altri e per quanto tempo avranno bisogno di servizi e strutture, quali sono le tipologie di strutture di cui sussiste il bisogno, quanti assistiti cronici attualmente ospitati in strutture esterne alla regione rientreranno in Valle d'Aosta. Se ne è quindi tratto un dato secondo il quale in Valle d'Aosta sussiste la necessità di assicurare interventi in strutture residenziali o semiresidenziali psichiatriche per circa 250 utenti con problematiche di una certa complessità e con possibilità di cronicizzazione, mentre sussistono le problematiche di un'utenza ben più numerosa per la quale sono da continuare e potenziare gli interventi di base, territoriali ed ambulatoriali.

Infine, sulla base del numero degli utenti, della distribuzione delle strutture già esistenti sul territorio, della individuazione delle zone più o meno vicine a strutture già operanti (i Distretti 3 e 4 fanno riferimento a servizi e strutture siti nel territorio del Distretto numero 4) e di quelle considerate maggiormente a rischio, è stato possibile predisporre un piano di attivazione di nuove strutture e di nuovi servizi.

Nell'ambito della salute mentale, considerato che alcuni utenti troveranno collocazione presso strutture socio-riabilitative residenziali (RSA) altrove precisate o presso Comunità alloggio è quindi possibile individuare il seguente sviluppo dei servizi:

Strutture psichiatriche	Distretto 1		Distretto 2		Distretto 3		Distretto 4	
	Esistenti	Totali	Esistenti	Totali	Esistenti	Totali	Esistenti	Totali
Centri diurni	-	1	1	1	-	-	-	1
Residenze terapeutiche riabilitative	-	1	2	2	-	-	-	1

L'amministrazione regionale si propone quindi di dare risposta ai problemi dei circa 250 utenti stimati come assistiti psichiatrici per i quali viene individuato il fabbisogno di strutture, ferma restando la necessità di continuare e potenziare le prestazioni già attualmente assicurate ad un numero di utenti assai più vasto, soprattutto in sede ambulatoriale.

Residenze Sanitarie Assistenziali

Allo stato attuale in Valle d'Aosta non sono presenti Residenze Sanitarie Assistenziali.

Per definire la tipologia di utenti delle RSA, la Regione ha costituito un apposito gruppo di lavoro misto tra Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali ed Azienda USL, che ha preso in esame tutti i dati disponibili al mese di aprile 1999 riguardanti:

- la popolazione residente (totale e di età superiore a 65 anni) suddivisa per distretti socio sanitari;
- il numero di posti letto disponibili in strutture residenziali per anziani (sia microcomunità pubbliche che case di riposo private, convenzionate e non).

Tali dati sono stati poi incrociati ed analizzati evidenziando le persone ospiti di strutture per anziani sia sotto il profilo socio-assistenziale dell'autosufficienza, sia sotto il profilo dei bisogni sanitari. Sono stati quindi conteggiati gli utenti di microco-

munità che presentano patologie rilevanti ulteriori alla condizione di anziano in quanto tale, evidenziando in tutto 294 persone ed inclusi 109 casi di demenza senile.

In base all'analisi effettuata dal gruppo di lavoro sulle RSA e tenuto conto che essa ha confermato e quantificato con esattezza il numero degli inserimenti impropri in microcomunità si è proceduto a definire il numero di posti letto in RSA (185) come sottrazione dagli utenti con patologie rilevanti (294) degli utenti con demenze senili (109), in quanto queste ultime sono proprie della terza e quarta età e, come tali, possono trovare risposta nelle microcomunità esistenti. La distribuzione dei posti nei 4 distretti è stata fatta mantenendo lo stesso rapporto esistente tra i posti in microcomunità e case di riposo e la popolazione anziana residente.

Il fabbisogno di posti letto per distretto è risultato il seguente:

Distretto n. 1	Distretto n. 2	Distretto n. 3	Distretto n. 4	Totale
33	87	20	45	185

La percentuale nazionale di posti letto in RSA è pari a 2,5 posti letto per 1000 anziani ed è indicata dalla Quinta relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano nel triennio 1996-97. Tale parametro, applicato ai 22.249 anziani residenti in Valle d'Aosta al 31.12.1999, corrisponderebbe a 56 posti letto totali. La previsione di un fabbisogno di 185 posti letto, risponde ad una media di 8,3 posti letto per 1000 anziani, nettamente superiore alla media nazionale, in quanto le strutture valdostane non sono destinate ai soli anziani, ma a tutte le persone affette da malattia di Alzheimer, patologie psichiatriche, demenze alcoliche e simili.

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata è la seguente:

Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
12	40	20	22	94

Obiettivo del presente PSSR è dare una risposta pubblica al fabbisogno di 94 posti letto su 185 complessivamente ritenuti necessari, pari cioè ad una media di 4,2 posti letto per 1.000 anziani, con le modalità indicate specificamente nel capitolo dedicato alle risorse strutturali.

Strutture socio assistenziali e socio educative

Strutture residenziali per anziani

La dotazione attuale di posti letto in strutture residenziali per anziani è la seguente:

Struttura	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Microcomunità e case di riposo convenzionate	113	397	52	147	709
Case di riposo private	65	15	65	70	215
Totale	178	412	117	217	924

I dati nazionali della Quinta relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano nel triennio 1996-97, relativi all'assistenza agli anziani fuori dell'ambito familiare, riguardano i presidi socio-assistenziali (strutture che svolgono attività socio-assistenziale di tipo residenziale a carattere continuativo o limitato al solo ricovero notturno), a cui sono assimilati i gruppi appartamento, le comunità terapeutiche, le case alloggio, i centri di accoglienza, le comunità alloggio e, in particolare per gli anziani, le case di riposo, le case albergo e le case protette.

In assenza quindi di parametri nazionali desumibili da linee guida per una efficace ed omogenea erogazione di servizi a questa tipologia di utenza, per la determinazione dei fabbisogni si è fatto riferimento ai parametri adottati da altre regioni italiane, segnatamente quelle del Nord Ovest.

I dati sono stati estratti dal più recente censimento delle strutture per anziani, compiuto dal Ministero dell'Interno nel 1998.

Regioni	Posti letto	Anziani (al 31.12.1998)	Anziani/ posto letto
Piemonte	37.362	837.162	22,4
Lombardia	42.507	1.484.707	34,9
Liguria	6.297	390.207	61,9
Valle d'Aosta	868	21.394	24,6
Totale Nord Ovest	87.034	2.733.470	31,4
Totale Italia	212.624	9.839.847	46,3

(Fonte: Ministero dell'Interno, Censimento delle strutture per anziani, 1998)

Le regioni del Nord Ovest si segnalano quindi per il maggior numero di strutture e di posti letto. Lo stesso censimento ha inoltre evidenziato che il rapporto posti letto/anziani, che a livello nazionale è pari a 1 posto letto ogni 46 anziani, mostra le situazioni più favorevoli nel Piemonte e nel Trentino Alto Adige (1/22), Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia (1/25).

Il parametro della Valle d'Aosta, uno dei più alti d'Italia, unito alla constatazione che la situazione può oggettivamente definirsi buona, induce, anche considerato lo sforzo organizzativo per la realizzazione delle RSA, ad aumentare il parametro stesso solo fino ad arrivare a 1/24, aumentando il numero dei posti letto sulla base dell'aumento del numero di anziani. Si è proceduto pertanto a ridefinire il numero di posti letto in microcomunità e case di riposo applicando il rapporto tra il numero di anziani ed i posti letto pari a 24 alla popolazione anziana, che al 31.12.1999 era pari a 22.249 persone ottenendo un numero di posti letto pari a 936. La previsione di 936 posti letto rappresenta un aumento della disponibilità complessiva, in quanto se dai 924 posti letto presenti nel 1999 si detraessero i 185 posti letto definiti come fabbisogno globale di posti letto in RSA, si otterrebbero 739 posti, mentre, come già precisato, la dotazione complessiva ammonterà a 936 posti letto, a cui si aggiungeranno i 185 posti letto delle RSA.

Per determinare la suddivisione dei 936 posti letto nei 4 Distretti, si è tenuto conto della situazione esistente che vede una media regionale di posti letto in rapporto alla popolazione pari al 4,15%:

Nel 1999 il rapporto tra la popolazione anziana e le strutture presenti in Valle d'Aosta è la seguente:

Distretto	Popolazione \geq 65 anni	Posti letto disponibili	% posti letto su popolazione
1	3.601	pubblici: 113 privati: 65 totale: 178	pubblici: 3,14 privati: 1,8 totale: 4,94
2	11.304	pubblici: 177 convenzionati: 220 privati: 15 totale: 412	pubblici: 1,57 convenzionati: 1,95 privati: 0,13 totale: 3,64
di cui Aosta	7.603	pubblici 60 convenzionati 220	pubblici 0,79 convenzionati 2,89
3	3.000	pubblici: 52 privati: 65 totale: 117	pubblici: 1,73 privati: 2,17 totale: 3,9
4	4.344	pubblici: 147 privati: 70 totale: 217	pubblici: 3,38 privati: 1,61 totale: 4,99
Totale	22.249	pubblici: 489 convenzionati: 220 pubbl.e conv.: 709 privati: 215 totale: 924	pubblici: 2,20 convenzionati: 0,99 pubblici e conv.: 3,19 privati: 0,96 totale: 4,15

Si sottolinea che, rispetto alla situazione sopra evidenziata, tutti i dati relativi al comune di Sarre sono stati considerati, ai fini della definizione del fabbisogno, come relativi al Distretto 1 anziché 2.

Il fabbisogno di posti letto per distretto e per tipologia di struttura è risultato il seguente:

Distretto 1		%	Distretto 2		%	Distretto 3		%	Distretto 4		%
MC	CRpr		MC	CRpr		MC	CRpr		MC	CRpr	
101	65	4,6	417	15	3,8	67	50	3,9	151	70	5,1

MC = Microcomunità e Case di riposo convenzionate
CRpr = Case di riposo private
% = percentuale di posti letto sulla popolazione del Distretto

In sintesi il totale di posti letto per tipo di struttura è il seguente:

	Microcomunità e case di riposo convenzionate	Case di riposo private	Totale
Totale	736	200	936

Il fabbisogno sopra esposto è già interamente coperto in quanto, da un lato alcune microcomunità saranno trasformate in RSA e dall'altro l'offerta complessiva viene aumentata con l'ingresso nel sistema dei servizi residenziali di nuove strutture a Roisan e a Challand-Saint-Anselme.

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata è la seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Microcomunità e case di riposo convenzionate	101	417	67	151	736

Dal confronto con la dotazione attuale, si è ritenuto quindi opportuno elevare la percentuale di posti letto pubblici nel Distretto 2. Nel Distretto 3 sarà aumentata la copertura pubblica del fabbisogno mediante convenzionamento con una struttura privata, in modo tale da soddisfare le crescenti richieste di servizi residenziali alla competente Unità di Valutazione Geriatrica. Nel Distretto 4 l'aumento deriva dalla nuova microcomunità di Challand-Saint-Anselme che sostituirà l'attuale struttura.

Centri Diurni

La dotazione attuale di centri diurni per distretto è la seguente:

Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
3	9	1	4	17

Nel prospetto sono state rilevate ed indicate soltanto le strutture che svolgono attività socio-assistenziali in ambito diurno, oltre a attività di supporto all'assistenza domiciliare, e non quelle che assicurano esclusivamente la fornitura di pasti caldi o che hanno altre funzioni. Poiché nel Censimento delle strutture per anziani (1998) condotto su scala nazionale dal Ministero dell'Interno, non si distingue tra le strutture non residenziali, quelle assimilabili ai centri diurni valdostani e quelle assimilabili ai centri d'incontro, che svolgono principalmente attività ricreative, per la determinazione del fabbisogno non è possibile riferirsi a parametri oggettivi esterni alla realtà valdostana. Sulla base dell'attuale situazione di risposta alla domanda di servizi, interamente assicurata dal servizio pubblico, si ritiene che l'offerta dovrebbe essere proporzionale al numero di abitanti anziani di ogni distretto secondo il rapporto di un centro ogni 1.000 abitanti sopra i 65 anni.

Il fabbisogno è quindi risultato essere il seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Centri esistenti	3	9	1	4	17
Centri nuovi	0	2	2	0	4
Totale	3	11	3	4	21

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata è la seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Pubblici e convenzionati	3	9	2	4	18

Centri di incontro

La dotazione attuale di centri di incontro per distretto è la seguente:

Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
3	11	2	10	26

Poiché nel già citato Censimento delle strutture per anziani del 1998, non si distingue tra le strutture non residenziali, quelle assimilabili ai centri diurni valdostani, che svolgono attività socio-assistenziali in ambito diurno oltre ad attività di supporto all'assistenza domiciliare, e quelle assimilabili ai centri d'incontro, che svolgono principalmente attività ricreative, non è possibile riferirsi a parametri nazionali oggettivi esterni alla realtà valdostana. Tuttavia, sulla base dell'attuale situazione di risposta alla domanda di servizi, interamente assicurata dal servizio pubblico si ritiene l'offerta attuale sufficiente sotto il profilo quantitativo.

Comunità alloggio per anziani e disabili

La dotazione attuale di comunità alloggio per distretto è la seguente:

Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
-	1	-	1	2

I dati nazionali della Quinta relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano dal 1996-97, relativi all'assistenza agli anziani fuori dell'ambito familiare riguardano i presidi socio-assistenziali intesi nella loro globalità, senza distinguere le informazioni relative alle comunità alloggio. Poiché in Valle d'Aosta una risposta alle esigenze residenziali di tipo socio-assistenziale è già prevista a livello di microcomunità e case di riposo, si è ritenuto opportuno modificare solo leggermente la situazione attuale, in cui l'offerta è interamente assicurata dal servizio pubblico, dotando tutti i Distretti di almeno una comunità alloggio, per garantire una varietà di offerta su tutto il territorio.

Il fabbisogno di comunità alloggio per distretto risulta quindi essere il seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Comunità esistenti	-	1	-	1	2
Comunità nuove	1	1	1	2	5
Totale	1	2	1	3	7

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata coincide con il fabbisogno individuato.

Servizi per la prima infanzia (asili-nido, garderies e spazi gioco)

La dotazione attuale di queste strutture, misurata in numero di posti disponibili, sul territorio regionale è la seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Asili-nido (pubblici)	85	230	40	35	390
Garderies private convenz.	15	42	35	15	107
Garderies private	20	60	-	-	80
Garderies totali	35	102	35	15	187
Posti complessivi	120	332	75	50	577

Nel corso del 2000 sono stati erogati servizi di garderies ed asili nido, con una ripartizione per distretto dei posti disponibili come da prospetto:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Popol. 0-2 anni (1999)	723	1.432	436	602	3.193
Posti totali (2000)	120	332	75	50	577
%Posti/utenti potenziali	16,6	23,2	17,2	8,3	18,1

Si sottolinea che in entrambe queste tabelle i dati relativi al comune di Sarre (popolazione e offerta di servizi) sono stati inseriti, anche ai fini della definizione del fabbisogno, come relativi al Distretto 1 anziché 2. Per quanto attiene i criteri di determinazione del fabbisogno di posti in queste strutture di accoglienza per la prima infanzia, non esistono dati statistici nazionali recenti sui servizi a bambini di età compresa tra 9 mesi e 3 anni (non compiuti), tradizionalmente associati all'asilo-nido, ma ora allargati anche a servizi ad esso alternativi, quali le «garderies d'enfance» e gli spazi gioco. Una visione globale e recente della situazione dei servizi alla prima infanzia è stata fornita dal rapporto finale di ricerca del «Projet bébé» (giugno 2000), che ha evidenziato che la risposta ottimale alle esigenze della prima infanzia può venire in Valle d'Aosta da una combinazione tra l'offerta di asili-nido e l'offerta di servizi ad esso alternativi, che possono coniugare bene le esigenze socio-educative con la distribuzione dell'utenza sul territorio regionale, in molti casi disomogenea. In relazione alle risultanze del «Projet bébé», l'obiettivo che si intende raggiungere è di garantire una omogenea risposta all'utenza potenziale in ciascun Distretto, superando così i divari attualmente esistenti. Si ritiene quindi di dover assicurare nei Distretti 1, 3 e 4 un'offerta di servizi pari ad almeno il 20% dell'utenza potenziale. Nel Distretto 2, dove la popolazione per età di riferimento è quasi la metà di quella dell'intera regione e dove il flusso di pendolari, soprattutto verso il capoluogo regionale, assume dimensioni notevolissime rispetto al restante territorio, si ritiene opportuno invece assicurare un'offerta di servizi pari ad almeno il 30% circa dell'utenza potenziale.

Il fabbisogno di posti in strutture per la prima infanzia, per distretto, risulta quindi essere il seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Popolazione di età 0-2 anni (1999)	723	1.432	436	602	3.193
Asili-nido esistenti	85	230	40	35	390
Asili-nido nuovi		50	-	30	80
Garderies esistenti	35	102	35	15	187
Garderies nuove	20	40	10	40	110
Posti complessivi	140	422	85	120	767
% posti/utenti potenziali	19,4	29,5	19,5	19,9	24

Nel triennio di validità del presente Piano la copertura pubblica ipotizzata è la seguente:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Asili-nido	85	280	40	65	470
Garderies priv. convenz.	15	70	35	15	135
Posti complessivi	100	350	75	80	605

I nidi aziendali non sono stati inclusi nella valutazione dei presenti fabbisogni e quindi potranno essere autorizzati indipendentemente.

Strutture per minori

La dotazione attuale di 16 posti in comunità per minori è tutta all'interno del Distretto 2 per il fatto che tutte le strutture sono ubicate nel capoluogo regionale.

Per la determinazione del fabbisogno, i dati ISTAT del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia forniscono un'unica informazione rilevante: il numero di minori presenti in presidi residenziali socio-assistenziali nel 1998 era, a livello nazionale, in media lo 0,15% sul totale della popolazione della fascia di età inferiore a 18 anni. A fronte di una tale media nazionale, si ritiene opportuno confrontarsi con la stessa informazione riguardante la media regionale del Piemonte, esclusa la città di Torino, che registra la percentuale di 0,13 minori in strutture sul totale della popolazione 0-18 anni. Si ritiene infatti che la situazione della regione confinante sia molto assimilabile a quella valdostana sia quanto al territorio (orografia, prevalenza di zone di montagna sul totale della superficie regionale) sia quanto alle caratteristiche della popolazione, con l'eccezione dei dati riguardanti il capoluogo regionale piemontese, che presenta invece marcati caratteri metropolitani. La popolazione valdostana interessata dalla fascia di età 0-18 anni ammonta a 18.278 persone. Applicando la percentuale piemontese alla popolazione valdostana, si ottiene un numero di posti in strutture pubbliche pari a 24 complessivi su tutto il territorio regionale.

Strutture per disabili psichici

Centri Educativo Assistenziali (CEA)

La dotazione attuale di posti nei Centri Educativo Assistenziali (ex CSE) è la seguente:

Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
-	29	15	11	55

Va precisato che i Centri Educativo Assistenziali (fino ad oggi denominati Centri Socio Educativi) sono strutture destinate a soggetti di almeno 20 anni, mentre per gli altri utenti che hanno assolto l'obbligo scolastico e quindi, fino alla recente riforma della scuola, di età compresa fra i 15 e i 19 anni compiuti la struttura di accoglienza è la Struttura Educativa di Formazione e Orientamento (S.E.F.O.) per la quale non è stato indicato il numero totale di posti perché la collocazione nei Distretti (presso i vari istituti scolastici) cambia al variare della residenza degli utenti.

Entrambe le tipologie di servizi sono interamente assicurate dal servizio pubblico.

Per la determinazione del fabbisogno e in assenza di parametri nazionali desumibili da linee guida per una efficace ed omogenea erogazione di servizi a questo tipo di utenza, si è fatto riferimento alla situazione di analoghe strutture diurne presenti in altre regioni italiane (segnatamente quelle del Nord Ovest), tenendo conto esclusivamente di quelle che svolgono attività socio educative e riabilitative, con esclusione dei centri occupazionali:

Regione	Popolazione al 31.12.1998	Utenti servizi diurni	Posti per 1.000 abitanti
Piemonte	4.288.051	2.420	0,564
Lombardia	9.028.913	6.292	0,696
Liguria	1.632.536	170	0,104
Valle d'Aosta	119.992	66*	0,550

* Il dato include gli utenti delle S.E.F.O.

(Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Affari Sociali «Relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia», 1999)

Pur tenendo conto delle oggettive diversità tra la nostra regione e la Lombardia, quanto all'orografia, alla popolazione e al numero e tipologia di servizi esistenti, si è ritenuto opportuno, sulla base dell'esperienza maturata nei servizi valdostani, di aumentare la disponibilità di posti ogni 1.000 abitanti elevandola sino a raggiungere il livello della Lombardia, che rappresenta nel Nord Ovest un picco di eccellenza. Tale valutazione è stata condotta presupponendo un numero invariato di utenti (15) delle S.E.F.O. e tenuto conto della crescente domanda di servizi nel corso degli ultimi 5 anni nei Centri Educativo Assistenziali. Si è così definito un fabbisogno globale per la Valle d'Aosta di 83 posti (di cui 15 per le S.E.F.O.), che rappresentano lo standard di 0,69 posti per 1.000 abitanti, sulla base di 120.342 abitanti censiti in Valle d'Aosta al 31.12.1999.

L'aumento di posti è stato previsto unicamente per i Centri Educativo Assistenziali in quanto le S.E.F.O. dovranno essere riviste nella loro organizzazione in relazione alla recente riforma scolastica che ha comportato la revisione dei percorsi formativi, introducendo l'obbligo formativo fino al diciottesimo anno. La suddivisione dei posti in aumento nei Centri Educativo Assistenziali rispetto alla situazione esistente è stata fatta tenendo conto dell'utenza potenziale, ossia della residenza degli utenti che hanno presentato domanda di accesso al servizio.

Il fabbisogno è stato quindi rappresentato per ciascun distretto dal prospetto che segue:

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
Posti esistenti in CEA	-	29	15	11	55
Posti nuovi in CEA	8	-	-	5	13
Totale	8	29	15	16	68

Allo stato attuale si ipotizza una copertura pubblica per il prossimo triennio coincidente con il fabbisogno individuato.

Comunità protette

La dotazione attuale è di 7 posti in comunità protette tutti all'interno del Distretto 2 per il fatto che tutte le strutture sono ubicate nel capoluogo regionale.

In merito alla determinazione del fabbisogno e in assenza di parametri nazionali desunti da linee guida per una efficace ed omogenea erogazione di servizi a questa tipologia di utenza, si è fatto riferimento alla situazione di strutture presenti in altre regioni italiane (segnatamente quelle del Nord Ovest) che svolgono funzioni assimilabili a quelle delle comunità protette in Valle d'Aosta (comunità alloggio, casa famiglia, gruppo appartamento):

Regione	Popolazione al 31.12.1998	Posti (valore assoluto)	Posti per 1.000 abitanti
Piemonte	4.288.051	203	0,047
Lombardia	9.028.913	585	0,065
Liguria	1.632.536	-	-
Valle d'Aosta	119.992	7	0,058

(Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Affari Sociali «Relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia», 1999)

Anche in questo caso si è ritenuto opportuno, nonostante le oggettive diversità, aumentare la disponibilità di posti ogni 1.000 abitanti elevandola sino a raggiungere il livello della Lombardia, che rappresenta nel Nord Ovest un picco di eccellenza, ciò anche sulla base dei bisogni rilevati e tenuto conto anche del progressivo invecchiamento di questa tipologia di utenza. Si è così definito un fabbisogno globale per la Valle d'Aosta di 8 posti pubblici complessivi su tutto il territorio regionale, che rappresentano lo 0,066 posti per 1.000 abitanti, sulla base di 120.342 abitanti censiti al 31.12.1999.

Aggiornamento dei fabbisogni

L'individuazione complessiva dei fabbisogni strutturali e produttivi riportati nel presente Piano fa riferimento a delle stime che potranno subire delle variazioni alla luce di indirizzi programmatori congiunturali o di bisogni di salute e di assistenza al momento non manifesti o ancora non conosciuti. Essendo infatti lo stato di bisogno una dimensione dinamica e multidimensionale, l'adeguamento che ne consegue subisce le medesime dinamiche e comporta opportune e necessarie variazioni nel tempo. L'eventuale aggiornamento dei fabbisogni strutturali e produttivi sulla base di nuovi elementi conoscitivi dello stato di bisogno nella popolazione, verrà effettuato con delibera della giunta regionale, tenendo conto dei seguenti elementi:

- strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti in Valle d'Aosta alla data di approvazione del presente piano, loro ubicazione, numero degli utenti e della tipologia delle prestazioni sanitarie o assistenziali che vengono erogate ed loro potenzialità;
- obiettivi di assistenza ospedaliera, territoriale e residenziale individuati dal presente Piano Socio Sanitario;
- capacità di far fronte alla domanda di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale da parte delle strutture pubbliche e individuazione della conseguente quota da assicurare avvalendosi delle strutture private;
- valutazione costi-benefici dei servizi resi o previsti, tenendo conto, a parità di qualità dei servizi stessi, della migliore efficienza gestionale, della flessibilità organizzativa e della prevedibilità dei costi tra pubblico e privato;
- nuovi standard, protocolli e linee guida approvati dagli organi preposti a livello nazionale ed internazionale.

Accreditamento

Successivo all'autorizzazione, l'accREDITAMENTO viene rilasciato dalla Regione alle strutture e ai professionisti che, oltre ad essere in possesso di alcuni requisiti aggiuntivi, rispondano alle condizioni di seguito esposte.

AccREDITAMENTO delle strutture: il programma regionale

La Regione fa proprie le indicazioni nazionali in materia di accREDITAMENTO e definisce le modalità di rilascio dello stesso alle strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie per conto del servizio sanitario regionale. Tali strutture, pubbliche e private, saranno individuate dalla Regione nell'ambito di quelle che hanno ottenuto l'autorizzazione regionale all'apertura ed all'esercizio, se dimostreranno di essere in possesso degli ulteriori requisiti di qualità definiti a livello regionale nonché di essere funzionali agli indirizzi di programmazione regionale.

L'individuazione del numero e della tipologia delle strutture di cui trattasi è effettuata, dalla Giunta regionale, sulla base delle puntuali e dettagliate necessità che emergeranno per assicurare il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza.

La Regione inoltre, nella sua veste di finanziatore del sistema socio-sanitario regionale e di controllore delle attività rese al

cittadino, definisce l'accreditamento come lo strumento per dare credito ad una struttura che è organizzata e lavora secondo criteri definiti di buona qualità.

Per i fini di cui sopra si vogliono realizzare nel triennio di validità del presente Piano le iniziative necessarie per la valorizzazione dell'accreditamento come strumento di garanzia per i cittadini e per la crescita della qualità del Servizio socio-sanitario regionale.

La Giunta regionale, a seguito dell'entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, dell'art. 8 quater del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, adotta, su proposta di un gruppo tecnico multiprofessionale appositamente costituito, i provvedimenti con i quali vengono definiti i requisiti generali e specifici per l'accreditamento in relazione:

- ai fabbisogni assistenziali;
- alla funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale;
- alle funzioni sanitarie individuate per garantire i livelli essenziali di assistenza o eventuali livelli integrativi locali le cui esigenze siano emerse da studi e analisi successive al presente Piano.

La Giunta regionale individua altresì i procedimenti per la verifica dei requisiti, nonché i manuali, le procedure, i tempi e le modalità per l'adeguamento ai requisiti dei presidi pubblici e privati regolarmente autorizzati.

La composizione di tale gruppo tecnico, la nomina e le modalità di funzionamento sono stabilite dalla Giunta regionale.

La Giunta regionale disciplina il processo di accreditamento istituzionale, prevedendo l'utilizzo di organismi tecnici qualificati per l'effettuazione delle visite ispettive.

Tali soggetti hanno il compito di accertare il possesso dei requisiti definiti dalla normativa nazionale e regionale per l'accreditamento istituzionale.

Il rilascio dell'accreditamento istituzionale, che non costituisce vincolo per l'Azienda USL a stipulare accordi contrattuali, spetta alla Giunta regionale, previa specifica istruttoria effettuata dai servizi regionali competenti per materia, tenuto conto delle risultanze delle visite ispettive.

La Regione Autonoma Valle d'Aosta pubblica annualmente sul Bollettino Ufficiale l'elenco dei soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Azienda USL provvede all'informazione degli utenti, secondo le modalità ritenute più opportune sull'indicazione dei soggetti accreditati, sulla tipologia delle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso alle medesime.

Accreditamento professionisti

I professionisti che esercitano attività socio-sanitarie anche in studi non soggetti ad autorizzazione regionale, possono richiedere l'accreditamento istituzionale, secondo le disposizioni approvate dalla Giunta regionale sentiti i rispettivi Ordini Professionali, in via transitoria, nelle more dell'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, art. 8 quater del D. lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

La Giunta regionale, a seguito dell'entrata in vigore dell'atto di indirizzo e di coordinamento di cui al comma 3, dell'art. 8 quater del D. lgs. n. 502/92 e successive integrazioni e modificazioni, adotta, su proposta del gruppo tecnico multiprofessionale, sentito l'Ordine professionale dei Medici chirurghi ed odontoiatri, i requisiti per l'accreditamento professionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata ed ai crediti formativi acquisiti nell'ambito di programmi regionali di formazione continua organizzati ai sensi dell'art. 16 ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

Accreditamento delle strutture socio-assistenziali e socio-educative

La Regione segue l'evoluzione normativa in materia di accreditamento delle strutture socio-assistenziali e socio-educative secondo quanto previsto dall'art. 11 della l. 328/2000 e la Giunta, nell'ambito della programmazione regionale definita nel paragrafo «Individuazione dei fabbisogni strutturali e produttivi» del presente Piano, definisce i requisiti generali e specifici per l'accreditamento di tali strutture e le modalità per il relativo rilascio.

Soggetti erogatori per conto del Servizio sanitario nazionale

Per quanto attiene i soggetti erogatori per conto del Servizio sanitario nazionale, l'accreditamento è un requisito che abilita alla contrattazione con l'Azienda USL; è quindi requisito essenziale, ma non vincolante per l'Azienda.

Con gli accordi contrattuali stipulati tra l'Azienda USL ed i soggetti accreditati sono definite le modalità di remunerazione delle prestazioni.

La Giunta regionale definisce i tetti massimi sia quantitativi che qualitativi della contrattazione, nonché le regole in caso di superamento del tetto delle prestazioni negoziate.

Gli accordi contrattuali individuano i volumi massimi delle prestazioni erogabili da ciascun presidio, il corrispettivo da corrispondere, nel rispetto delle disposizioni e della dotazione finanziaria definiti dalla Regione.

Per quanto riguarda le convenzioni per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali e socio-educative, l'ottenimento dell'autorizzazione regionale di cui all'art. 38 della legge regionale n. 5/2000 e dell'accreditamento, non costituiscono vincolo per gli enti gestori di convenzionamento.

Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali e Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale

Le principali dimensioni dell'attività di programmazione socio sanitaria, valide ad ogni livello e su ogni scala temporale, sono:

- l'analisi dei bisogni di salute e di assistenza;
- la definizione di obiettivi coerenti;
- la scelta di azioni efficaci e un loro sviluppo appropriato;
- il monitoraggio dei processi;
- la valutazione dei risultati.

Ognuna di queste dimensioni richiede informazioni pertinenti, schemi interpretativi validi e capacità di comunicazioni eloquenti.

A queste finalità generali sono orientate le funzioni dei sistemi informativi, dell'epidemiologia e della comunicazione poiché gli approcci tradizionali del sistema informativo e dell'osservazione epidemiologica separatamente, seppure fondamentali, vanno oggi integrati con altri approcci che tengano conto della portata strategica di concetti quali la valutazione e la comunicazione.

Per quanto riguarda il sistema informativo regionale, attualmente le funzioni sono frazionate e gli ambiti sono più quelli amministrativi regionali che non quelli territoriali regionali, chiamati cioè più ad assolvere debiti informativi «storici» che non ad organizzare nuovi o innovativi flussi con l'obiettivo di monitorare i nuovi ambiti introdotti con le leggi di riordino nazionali e regionali in materia sanitaria (livelli di assistenza, contabilità direzionale, gestione budgetaria, valutazione di qualità dei servizi) e di servizi sociali.

La funzione epidemiologica all'interno della Regione Autonoma Valle d'Aosta è esercitata dall'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali (OREPS) ai sensi dell'articolo 5 della l.r. 5/2000, che ne definisce i compiti.

La recente razionalizzazione di questa funzione all'interno dell'assessorato competente concretizza l'avvio di un processo che, in futuro, renderà disponibile a livello locale un'autonoma capacità di osservazione e di interpretazione epidemiologica. È stato inoltre predisposto un Piano di attività dell'Osservatorio regionale che, su una base pluriennale, coincidente con il periodo di validità del presente Piano, provvederà a promuovere il proprio ruolo negli ambiti di competenza e a creare forme di coinvolgimento ad un processo di formazione e di crescita a livello locale da parte di alcune professionalità operanti nelle diverse aree in cui si articola l'assistenza socio sanitaria regionale. L'Osservatorio regionale potrà così assumere una struttura «allargata» composta da un nucleo interno all'Assessorato competente e da una rete di referenti stabili presso le strutture regionali appartenenti ai livelli di assistenza socio sanitaria.

La componente sociale dell'Osservatorio è ancora in fase embrionale anche se l'imminente avvio dell'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza potrà costituire in futuro il prototipo dell'Osservatorio regionale per le politiche sociali.

Nel periodo di validità del presente Piano l'Osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali si doterà delle risorse, delle metodologie e delle tecniche necessarie all'assolvimento delle principali funzioni che, a regime, dovranno essere assolte e cioè quella:

Conoscitiva.

Consente di conoscere meglio le situazioni locali, i bisogni della popolazione e le risorse di intervento esistenti sul territorio nell'ambito della sanità e delle politiche sociali.

Decisionale.

Identifica i problemi esistenti sulla base dell'analisi delle situazioni locali, formula le priorità di intervento per procedere alle programmazioni necessarie.

Valutativa

Esprime valutazioni in merito all'efficacia, alla pertinenza, all'appropriatezza e all'efficienza delle azioni svolte.

Informativa e di valorizzazione.

Facilita la comunicazione delle azioni svolte, assicura la valorizzazione e permette lo scambio di informazioni auspicabile tra i diversi organismi o istituzioni collegate.

Sistema informativo e osservazione epidemiologica e delle politiche sociali non possono quindi costituire funzioni disgiunte, ma devono trovare a livello regionale momenti di sintesi funzionale ed è questa la ragione per cui, pur rappresentando ambienti dotati di una propria autonomia funzionale, sono stati trattati unitamente tra gli obiettivi «trasversali» del presente Piano.

Per quanto attiene il sistema informativo socio-sanitario regionale si rende necessario avviare un processo di riordino, e per alcuni ambiti di nuova edificazione, al fine di renderlo progressivamente pertinente, accurato, sensibile e sufficientemente agile da adattarsi a nuove esigenze programmatiche.

Un sistema informativo ed informatico così progettato si configura come nodo nevralgico dell'intera organizzazione socio sanitaria, attraverso il quale le informazioni possono transitare dal centro ai livelli periferici, fornendo dati di supporto all'attività dei decisori di qualsiasi livello (regionale, aziendale e di distretto) per il governo e la gestione della salute e dei servizi regionali.

L'obiettivo del prossimo triennio è quindi quello di avviare un processo di sviluppo, gestione e valorizzazione del sistema informativo ed informatico regionale.

Lo sviluppo, comporta uno studio di valutazione preliminare all'uso dei dati disponibili, che comprende la valutazione della qualità, della completezza e dell'utilizzabilità, degli stessi oltre che la scelta degli indicatori pertinenti e la conseguente messa a punto delle procedure di analisi con i software statistici disponibili.

La gestione di un sistema informativo implica la manutenzione delle basi dati e l'esecuzione delle analisi.

Infine la valorizzazione dei dati derivanti da ciascun flusso riguarda, oltre alla scelta degli indicatori di analisi, attuata preliminarmente nella fase di sviluppo, anche lo sviluppo di tutte le analisi successive che presuppone, per ciascun flusso dal quale siano stati evidenziati dei problemi, la produzione di analisi specifiche mediante tecniche statistiche più avanzate.

Per realizzare questo triplice obiettivo (sviluppo, gestione e valorizzazione) occorre quindi procedere alle seguenti azioni specifiche:

- organizzazione e razionalizzazione dei flussi;
- allineamento delle basi di dati del sistema informativo socio sanitario;
- monitoraggio della qualità e adeguamento agli standard di sicurezza che sono richiesti ad un sistema informativo e statistico a scopo di governo, a livello regionale, locale e aziendale;
- valorizzazione statistica ed editoriale dei risultati.

Alcune di queste azioni sono già state avviate per singoli segmenti del sistema informativo (Scheda di Dimissione Ospedaliera e dati di mortalità); nel periodo di attuazione del Piano il sistema informativo socio sanitario dell'assessorato dovrà proseguire nel riordino e consolidarsi passando da un ambito amministrativo regionale ad un sistema territoriale regionale, sia attraverso la collaborazione con gli altri uffici regionali competenti per i sistemi informativi di rilevanza socio-sanitaria, sia attraverso appositi accordi con l'Azienda USL ed altri Enti interessati.

Oltre alla valorizzazione epidemiologica delle informazioni esistenti, lo sviluppo dei sistemi informativi per la sanità si av-

varrà anche della sperimentazione di nuove basi informative e di nuove applicazioni, con particolare riferimento all'introduzione di sistemi di tipo client-server, di data base relazionali, e la creazione di «data warehouse» multidimensionali.

Inoltre, la valorizzazione dei sistemi informativi rappresenta lo strumento che consente la produzione della Relazione Socio Sanitaria Regionale annuale, in grado di evidenziare problemi di salute della popolazione, e di contribuire al monitoraggio degli obiettivi definiti dal Piano, partecipando così, sulla base delle evidenze epidemiologiche desunte, al processo di verifica, aggiornamento ed elaborazione dei Piani successivi.

Per insediare nella cultura regionale il valore d'uso dell'attività dell'Osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali e dei dati dei sistemi informativi, occorre che i dati epidemiologici vengano diffusi, compresi ed utilizzati, in modo tale che il metodo dell'epidemiologia diventi consuetudine nella pratica professionale quotidiana.

Gli strumenti per il raggiungimento di questo obiettivo sono individuati:

- nella costruzione di una rete di referenti del sistema socio-sanitario regionale (territorio, prevenzione, ospedale) con i quali identificare le necessità di sviluppo dell'osservatorio, i sistemi informativi necessari e avviarne la realizzazione, secondo modelli operativi e sistemi di indagini congrui con le necessità e le trasformazioni del contesto regionale;
- nella pubblicazione e diffusione dei rapporti sui flussi informativi, della Relazione Socio Sanitaria regionale e sullo stato di salute della popolazione, anche sperimentando modalità di comunicazione innovative nella forma e nei mezzi;
- in un'attività di formazione agli strumenti e ai metodi dell'epidemiologia, con particolare riferimento allo sviluppo di competenze nel campo della lettura e dell'interpretazione dei prodotti derivanti dall'uso routinario dei flussi informativi.

Obiettivi

- Offrire dati ed analisi sui bisogni di salute e di assistenza sociale della popolazione utili alla programmazione, gestione e valutazione degli obiettivi di salute e di assistenza sociale indicati, a livello regionale, locale ed aziendale nel presente Piano;
- Promuovere e diffondere il metodo osservazionale e i risultati delle analisi affinché diventino patrimonio comune dei professionisti e dei servizi del sistema sanitario regionale per aprire una comunicazione con il pubblico non professionale sui principali temi di carattere sociale e sanitario.

Azioni

- Istituzione della rete di referenti regionali;
- Sviluppo, gestione e valorizzazione dei sistemi informativi socio sanitari e delle attività dell'osservatorio;
- Attività redazionale tematica periodica.

Realizzazione di una rete sanitaria interaziendale interregionale tra la Valle d'Aosta ed il Piemonte

La previsione dell'istituzione di una rete assistenziale sanitaria che preveda l'interazione tra l'Azienda USL valdostana e la rete piemontese appare potersi esprimere, senza esclusività, verso tutte le Aziende del Piemonte; tuttavia, considerate le affinità, le opportunità logistico-organizzative, la complessità di queste nuove scelte organizzative, è necessario iniziare la sperimentazione con l'Azienda 9 di Ivrea ponendo come obiettivo finale del periodo osservazionale la definizione di un modello organizzativo estendibile ad altre realtà aziendali. Di seguito viene proposta l'analisi di contesto relativa ai rapporti con l'Azienda 9 di Ivrea che appare esemplificativa di un iniziale approccio al problema.

La domanda assistenziale proveniente da una popolazione di circa 310.000 utenti (120.000 valdostani e 190.000 canavesani) afferisce sostanzialmente alle strutture assistenziali, di ricovero e non, delle Aziende Sanitarie della Valle d'Aosta e n. 9 di Ivrea in Piemonte. L'offerta assistenziale appare da una parte variegata, qualitativamente significativa ed integrata mentre, al contrario, è possibile rilevare alcune sovrapposizioni ed alcune carenze in branche specialistiche particolarmente significative. La distribuzione geografica ed i collegamenti viari permettono di recare vantaggi all'utenza causando i minori disagi possibili nei trasferimenti dei cittadini assistiti e dei loro familiari. La conformazione del territorio comporta altresì una maggiore vicinanza della popolazione della Bassa Valle d'Aosta al nosocomio eporediese rispetto a quello aostano, e ciò favorisce, soprattutto per l'emergenza, l'orientamento spontaneo della richiesta di prestazioni assistenziali verso Ivrea. L'utenza valdostana è costretta dalle criticità quali-quantitative tra domanda ed offerta a notevoli trasferimenti extraregionali sia perché le strutture dell'ASL 9 di Ivrea non riescono a rispondere funzionalmente o strutturalmente alle esigenze sia perché alcune specialità non

sono, dalla programmazione regionale piemontese, ricomprese all'interno dei tre presidi canavesani (Ivrea, Castellamonte, Cuorgnè). Contestualmente alcune carenze della rete assistenziale delle due regioni obbligano i rispettivi assistiti a lunghi tempi di attesa reciproche sinergie sono in grado di offrire alternative specialistiche diagnostico-terapeutiche congrue dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo. Il mercato del lavoro in ambito medico ed infermieristico ormai impegna, pena il rapido ridimensionamento dell'offerta per carenza di figure specialistico-assistenziali, ad una programmazione sanitaria che preveda di mantenere alta l'attrattiva dei due Ospedali riguardo:

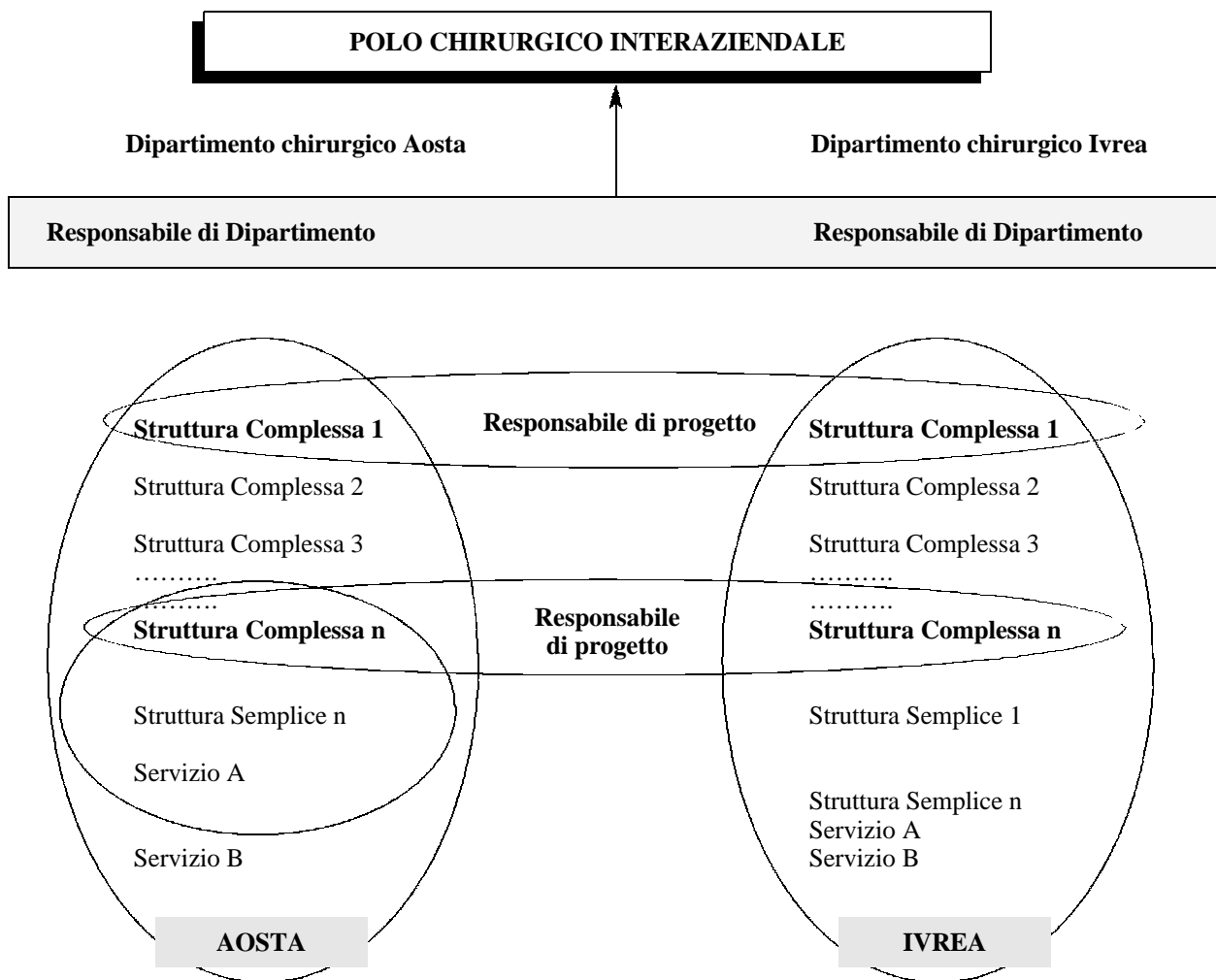
- alla varietà delle prestazioni garantite;
- alla qualità delle stesse;
- alla continuità assistenziale garantita;
- alla possibilità di sviluppo progettuale e di ricerca;
- all'offerta formativa.

La necessità di integrazione professionale delle équipes offre altresì slancio alla razionalizzazione dell'attività assistenziale diagnostico-terapeutica così da stimolare i processi di accreditamento di eccellenza necessari per attrarre l'utenza e gli operatori, stimolare questi ultimi e favorire i rapporti con l'Università e la ricerca finanziata da privati.

Le due Aziende già attualmente completano, tramite rapporti consulenziali o convenzionali di settore, la propria offerta assistenziale, tuttavia l'esigenza di una programmazione su scala ampia appare prioritaria e non procrastinabile. L'esigenza di razionalizzazione della spesa sanitaria rende necessario per le due Aziende rivisitare la programmazione al fine di evitare sovrapposizioni assistenziali pur mantenendo un'offerta distribuita, variegata, integrata e qualitativamente qualificata.

L'opportunità offerta dalla messa in rete delle strutture assistenziali valdostane e canavesane appare quindi una valida risposta a tali esigenze garantendo strutture capaci di rispondere in maniera integrata al fabbisogno assistenziale della popolazione di riferimento.

Il modello sperimentale, un volta testato opportunamente, potrebbe essere utilizzato dalla Azienda USL della Valle d'Aosta per accordi programmatici con altre Aziende piemontesi in grado di fornire prestazioni altamente specialistiche non previste dal piano sanitario piemontese per l'Azienda di Ivrea. Senza voler anticipare le conclusioni del percorso progettuale che, vista l'indubbia complessità, dovrà assorbire tempi e risorse analitiche importanti, ma per favorire una sommaria ed immediata «vision» dello scenario ipotizzato, appare significativo rappresentare un modello organizzativo ipotetico sulla base del quale avviare riflessione. Viene di seguito proposto il modello relativo all'area funzionale chirurgica che potrebbe essere esteso ad altre aree assistenziali di ricovero, di supporto diagnostico, di supporto organizzativo, riabilitativo o territoriale. La previsione di integrare all'interno del polo interaziendale di area (nell'esempio l'area chirurgica) i Dipartimenti strutturali presenti nelle due Aziende permetterebbe di integrare le strutture complesse o semplici senza creare delle spinte centrifughe che la creazione di poli ultraspecialistici potrebbe ingenerare. Tuttavia le esigenze di integrazione specialistica sarebbero mantenute dalla previsione di aree di progetto specifiche i cui responsabili sarebbero dotati di autonomia decisionale nel raggiungimento degli obiettivi specifici assegnati. In via ipotetica, da sviluppare e testare nella fase sperimentale, ed in prima applicazione, la riconduzione gerarchica dei responsabili di progetto ad un organo di coordinamento composto dai responsabili dei Dipartimenti interessati (o delle unità operative interessate se non inserite in un Dipartimento), garantirebbe il raggiungimento di obiettivi generali conformi alla «vision» ipotizzata in sede programmatoria dagli organismi strategici regionali o aziendali.



Medicine non convenzionali

La medicina non convenzionale è una forma di pratica medica fondata sui principi secondo cui la medicina è una ma composta da varie discipline e secondo cui il ricorso a vari metodi di cura non ha carattere esclusivo, ma integrativo all'interno di percorsi diagnostico terapeutici definiti dal medico al fine di ottenere il benessere globale della persona.

A tal riguardo il presente Piano intende riconoscere il valore diagnostico e terapeutico delle pratiche riconducibili alla medicina non convenzionale attraverso lo sviluppo e la ricerca in questo settore e prevedendo inoltre qualificati percorsi formativi per i medici che intendano specializzarsi in queste discipline alternative alla medicina tradizionale.

Con sempre maggiore frequenza infatti la medicina cosiddetta ufficiale ipotizza l'inserimento delle pratiche derivanti dalle medicine non convenzionali nei percorsi terapeutici di alcune patologie (dall'omeopatia all'agopuntura, dalla fitoterapia alla medicina tradizionale cinese) parallelamente è sempre più frequente il ricorso da parte dei cittadini a rimedi alternativi e talvolta sostitutivi alla medicina tradizionale, con costi a carico del privato che si aggiungono alla spesa sanitaria globale. Secondo uno studio epidemiologico recentemente pubblicato nei principali paesi industrializzati una percentuale di assistiti che varia dal 30% al 70%, utilizza correntemente modalità terapeutiche riferite alle medicine non convenzionali.

Dati presenti in letteratura stimano che più della metà dei cittadini belgi e tedeschi, pur di usufruire di tali terapie, si è dichiarato favorevole ad un pagamento extra dei premi assicurativi per rimborsi sanitari mentre il 74% degli inglesi è favorevole all'inserimento delle medicine non convenzionali all'interno del Piano Sanitario Nazionale. Anche in Valle d'Aosta è stato avviato uno studio campionario per stimare l'attitudine di medici e assistiti ambulatoriali nei confronti delle medicine non convenzionali. L'analisi di alcuni dati preliminari ha rilevato percentuali di utilizzo delle medicine non convenzionali molto simili sia tra i medici (il 77% ne hanno consigliato l'uso) che tra gli assistiti (il 71% ne fa uso) con differenze solo nella frequenza delle pratiche (nei medici al primo posto è risultata l'agopuntura mentre al primo posto nell'utilizzo da parte dei cittadini è risultata l'omeopatia).

In Italia una recentissima indagine DOXA ha stimato in cinque milioni gli italiani che fanno scelte alternative in campo sanitario. Nel mese di luglio 2000 la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati ha normato la pratica delle cosiddette «terapie dolci» attribuendone la competenza ai soli laureati in medicina e chirurgia. In Parlamento ha altresì operato, dal 1997, una Commissione di Studio sulle medicine non convenzionali con, tra gli altri, il compito di predisporre misure di garanzia per gli utenti, di definire le linee guida per le pratiche eventualmente riconosciute, di verificare l'efficacia, l'appropriatezza ed il rapporto costi / benefici.

Nel 1997 il Parlamento Europeo ha emendato lo Statuto delle medicine non convenzionali facendo seguito ad una precedente normativa europea del 1991 per la libera circolazione dei farmaci omeopatici in Europa.

In attesa di una normativa nazionale alcune Regioni hanno previsto ipotesi programmatiche volte al soddisfacimento, su basi razionali, di questi nuovi bisogni della popolazione. Si tratta di tematiche di significativo impatto sociale che richiedono di essere valutate con il rigore scientifico necessario a certificare l'efficacia delle scelte diagnostico-terapeutiche effettuate dai clinici, al pari di quanto propugnato in questo Piano per la medicina tradizionale.

Obiettivi

- Valutare l'opportunità di un riconoscimento del valore diagnostico terapeutico delle pratiche riconducibili alla medicina non convenzionale nei limiti della normativa nazionale e nel rispetto dei principi della medicina basata sulle evidenze;
- Sviluppare il dibattito sull'utilizzo delle medicine non convenzionali all'interno dei percorsi terapeutici tra gli operatori sanitari anche attraverso momenti formativi e confronti con gli operatori del settore;
- Valutare la predisposizione al ricorso e l'effettivo utilizzo delle medicine non convenzionali nella popolazione e nei medici della Valle d'Aosta;

Azioni

- Istituzione presso l'Assessorato della sanità, salute e politiche sociali di una Commissione per lo sviluppo e la ricerca nel settore delle medicine non convenzionali;
- Individuazione, da parte dell'Assessorato e d'intesa con gli ordini regionali dei medici, con la FIAMO (Federazione Italiana Associazione Medici Omeopati), FISA (Federazione Italiana Società di Agopuntura), FNO (Federazione Nazionale Omeopatia) e altre Federazioni interessate, delle branche e delle pratiche terapeutiche riconducibili alla medicina non convenzionale riconoscibili all'interno dell'assistenza sanitaria regionale a garanzia delle ulteriori azioni di seguito elencate;
- Avvio, d'intesa con gli ordini professionali, di sperimentazioni atte a verificare le concrete possibilità di inserimento di alcune pratiche mediche non convenzionali nell'offerta di servizi al cittadino, ferma restando l'esclusione dalla rimborsabilità della spesa farmaceutica;
- Autorizzazione all'erogazione di medicine omeopatiche anche nell'ambito delle attività dell'Azienda USL, purchè con onere a carico dell'interessato;
- Autorizzazione alla presenza di pratiche non convenzionali all'interno delle strutture socio sanitarie regionali nel rispetto del principio di scelta e del percorso clinico terapeutico della persona;
- Sperimentazione di una struttura ambulatoriale dedicata alla medicina non convenzionale con onere a carico dell'interessato;
- Determinazione, mediante indagini epidemiologiche, del livello di domanda espressa e, per quanto possibile, di quella inespressa, in questo campo assistenziale.
- Definizione collegiale da parte dell'Assessorato, sentiti gli ordini professionali e il comitato etico, di linee di indirizzo finali ad uso dell'Azienda USL;
- Attivazione di percorsi formativi in alcune discipline appartenenti alle medicine non convenzionali da parte dell'Università della Valle d'Aosta – Université de la Vallée d'Aoste d'intesa con le Università partners internazionali.

PARTECIPAZIONE E RAPPRESENTANZA

La cittadinanza nei servizi

Il diritto di cittadinanza implica il riconoscimento della centralità del cittadino in quanto tale, della sua titolarità soggettiva nella richiesta di fruizione dei diritti sociali aventi per oggetto la salute, la cultura, la casa, il lavoro e l'assistenza, in una paro-

la, il benessere inteso nella sua globalità come qualità di vita. Tale diritto riconosce il protagonismo delle persone intese non come destinatarie passive di interventi predisposti per essi, bensì come soggetti attivi che hanno un progetto di vita, che partecipano alle decisioni in merito ai servizi che ricevono e a cui hanno diritto e sui quali, infine, esprimono una valutazione.

La parola cittadino include, nel suo significato moderno di «colui che partecipa dei diritti e dei doveri sanciti da uno Stato», nuovi significati che enfatizzano i legami di solidarietà, di condivisione e di responsabilità tra le persone che abitano in un dato Stato o, più in generale, una comunità umana. Essere cittadini equivale, all'interno di questa definizione, all'essere protagonisti della creazione e della gestione delle condizioni che segnano la vita delle persone ed è questa nuova concezione della cittadinanza che porta al superamento del concetto di «utente». Letteralmente l'utente è «colui che fruisce di un bene o di un pubblico servizio», è il fruitore, mentre il suo contrario è il fornitore. Se il fruitore è colui che ha diritto di godere di un bene altrui, ne consegue che il bene o il pubblico servizio di cui usufruisce l'utente è un bene altrui. Il significato della parola utente mette quindi in evidenza tanto la passività del cittadino rispetto all'attività ed alla capacità dei servizi alla persona, quanto il fatto che la sua titolarità dei diritti si esaurisce nel solo diritto di usufruire delle prestazioni dei servizi stessi, individualmente e passivamente. Anche se il cittadino venisse riconosciuto come titolare del servizio pubblico al quale si rivolge, rimarrebbe sempre il fatto che un «utente» si limita ad usufruire, con maggiore o minore soddisfazione, di un servizio prodotto da un fornitore. Al più, in un sistema molto aperto ed efficiente, l'utente può pretendere ed ottenere la qualità desiderata, ma sempre e solo come «colui che si limita a usufruirne».

La conseguenza di questa cultura è stata la convinzione che la soluzione dei problemi che interessano i servizi socio-sanitari stia solo nel modificare i modelli di gestione e di produzione dei servizi stessi da parte di amministratori e tecnici addetti ai servizi stessi.

Questo modello della persona come utente è andato accentuandosi anche in seguito al fallimento o allo snaturamento di molte esperienze di partecipazione. I motivi di tale fallimento sono complessi anche se dalla loro analisi si è compreso come la partecipazione non sia attivabile realmente attraverso i soli aspetti formali, ma che necessiti di interventi, di strumenti e di spazi articolati all'interno della fruizione quotidiana dei servizi e nelle fasi di individuazione dei bisogni e delle priorità.

Rendere i cittadini protagonisti, almeno in parte, delle risposte ai bisogni il cui soddisfacimento hanno delegato l'organizzazione del sistema socio-sanitario significa ridurre la dipendenza e rendere alla persona la sua centralità.

Accanto a queste ragioni teoriche sul valore del protagonismo delle persone nella risposta ai loro bisogni ve ne sono tuttavia altre di tipo pragmatico che derivano dall'analisi della funzionalità dei servizi sociali e sanitari. Appartiene al patrimonio comune degli operatori più consapevoli la convinzione che la partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sia un fattore di efficienza economica oltre che di efficacia delle prestazioni e, soprattutto, che essa consenta ai servizi stessi di dare risposte il più vicine possibile alle reali esigenze delle persone; solo la partecipazione degli interessati alla programmazione e alla valutazione dei servizi socio-sanitari può consentire che questi siano adeguati ai bisogni e consente agli interessati stessi di contribuire alla pianificazione delle misure di sostegno, di consapevolizzarsi sulle risorse mobilitate e di responsabilizzarsi nei propri ruoli.

La Conferenza socio sanitaria regionale

Il confronto con la cittadinanza e con le parti sociali è certamente uno dei momenti necessari a garantire che l'insieme dei processi e delle attività relative al servizio socio sanitario regionale abbia riferimenti puntuali e sicuri con i livelli istituzionali. Esso rappresenta il principio irrinunciabile dei nuovi modelli di sviluppo e di erogazione dei servizi ad una popolazione ed è infine l'unico approccio perseguibile per annullare o ridurre le rigidità degli assetti istituzionali mediante il coinvolgimento di ogni risorsa necessaria a supportare decisioni largamente condivise ed appropriate. Anche il recente «Patto per lo sviluppo della Valle d'Aosta», esprime, da un lato, la volontà di concorrere alla creazione di una fase di concertazione a livello locale e, dall'altro, l'impegno a garantire un costante flusso di informazioni sulle iniziative e sui processi decisionali che interessano la collettività valdostana. Il «Patto per lo sviluppo per la Valle d'Aosta» prevede un confronto concertativo aperto alla dialettica tra le parti, sulla riqualificazione e la razionalizzazione della rete dei servizi socio-sanitari nell'ottica di una tutela dei soggetti meno protetti, oltre ad altre questioni relative alla qualità della vita e alla coesione sociale che in questo Piano sono state affrontate all'interno delle politiche sociali e delle politiche per l'ambiente.

Al fine di favorire forme di confronto con tutti gli attori istituzionali e sociali, il presente Piano istituisce la Conferenza socio-sanitaria regionale a vantaggio di una più convinta adesione e partecipazione ad ogni fase della progettazione per lo sviluppo sociale e sanitario della Valle d'Aosta.

La Conferenza socio sanitaria regionale si esprime sulle principali problematiche di interesse per la programmazione socio-sanitaria e viene convocata periodicamente da parte dell'Assessore competente in materia di sanità, salute e politiche sociali.

Alla Conferenza, la cui composizione e il cui funzionamento saranno definiti con delibera della Giunta regionale, partecipano rappresentanti di:

- Azienda USL;
- cittadini (anche mediante la realizzazione del Tribunale del malato);
- organizzazioni di volontariato e del terzo settore;
- federazioni di categoria;
- ordini e collegi professionali;
- organizzazioni sindacali;
- enti locali.

Il suo ruolo è quello di proporsi come luogo di confronto per la discussione di strategie, condivise per obiettivi comuni, tra soggetti ed istituzioni che esercitano funzioni tali da condizionare il benessere psico fisico della collettività.

In base a questo ruolo la Conferenza formula proposte ed esprime pareri sugli orientamenti e sugli interventi di qualificazione del servizio socio-sanitario regionale.

La Conferenza, in base ai temi in discussione, può integrarsi della presenza occasionale di uno o più esperti nelle materie in oggetto.

**Annexe à la loi régionale n° 18 du 4 septembre 2001,
portant plan socio-sanitaire de la Vallée d'Aoste 2002-2004.**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE

Les principes directeurs du Plan socio-sanitaire régional 2002-2004
Méthode adoptée
Continuité et analogies avec le précédent Plan socio-sanitaire régional
Analyse de la structure sociale et démographique régionale
Mortalité et morbidité
Le cadre normatif national
Les actes normatifs régionaux
Les objectifs stratégiques du nouveau Plan
 Le district
 L'hôpital
 Le rôle des politiques sociales

LES RESSOURCES

Les ressources humaines
Les ressources financières
Les ressources structurelles

L'INTÉGRATION SOCIO-SANITAIRE

Les principes directeurs
Secteur de la santé maternelle et infantile
Personnes âgées

Handicapés
Santé mentale
Toxicomanie et alcoolisme
Cancéreux en phase terminale et sidéens
Transplantations et hémodialyse

LA GESTION DE LA SANTÉ

Les objectifs généraux en matière de santé et de protection sociale

- Objectif 1 – Prévention et promotion de la sécurité
- Objectif 2 – Promouvoir l'amélioration de l'environnement
- Objectif 3 – Promouvoir des styles de vie sains
- Objectif 4 – Lutter contre les maladies à l'origine des cas de mortalité et de morbidité évitables
- Objectif 5 – Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et invalidantes
- Objectif 6 – Adapter les services à l'évolution de la société et au développement technologique
- Objectif 7 – Soutien aux différentes phases de la vie

Les niveaux d'assistance

Prévention collective dans la vie quotidienne et sur les lieux de travail

- Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses
- Prévention environnementale
- Air
- Eau
- Radiations
- Déchets

Protection contre les risques d'accidents et les risques sanitaires liés aux conditions de vie et aux lieux de travail

Santé animale

Protection des aliments du point de vue hygiénique et sanitaire

Sécurité alimentaire

Assistance territoriale de district

Aide socio-sanitaire de base

Assistance pharmaceutique

Assistance territoriale spécialisée

- Prestations ambulatoires spécialisées
- Aide à la rééducation
- Assistance thermale
- Assistance médico-légale
- Urgence territoriale

Assistance temporaire aux ressortissants étrangers non affiliés au service sanitaire national

Protection sanitaire des activités sportives

Assistance territoriale et assistance en centres de jour

- Services au profit de la petite enfance
- Services éducatifs et d'aide sociale destinés aux jeunes et aux adolescents
- Centres de jour pour handicapés mentaux
- Services d'assistance psychiatrique
- Services d'assistance pour toxicomanes et alcooliques
- Centres pour personnes âgées
- Aide intégrée à domicile (ADI)
- Services au profit des immigrés
- Centre de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Assistance dans les centres d'hébergement et de soins

- Établissement d'hébergement et de soins (RSA)
- Centre de soins palliatifs
- Micro-communautés
- Foyers-logements
- Centres d'accueil pour mineurs
- Centres protégés pour handicapés
- Communautés thérapeutiques pour toxicomanes et alcooliques
- Foyer d'hébergement pour malades atteints du sida
- Communauté de réadaptation pour handicapés mentaux
- Hôpital de proximité (hôpital de communauté)

Assistance hospitalière

Urgences et premiers secours
Assistance aux malades aigus
Organisation et personnel
Prestations ambulatoires en établissement
Activité hospitalière de rééducation et de long séjour

LA GESTION DU SYSTÈME SANITAIRE

Les systèmes de management
L'évaluation économique du management sanitaire
La gestion des technologies du management sanitaire
Le contrôle de la gestion du management sanitaire
Le centre d'évaluation
Les lignes directrices
Lignes directrices à moyen terme
Plan qualité

LES OBJECTIFS « TRANSVERSAUX »

Aide économique
Autorisation, accréditation et accords contractuels
Autorisation
Autorisations afférentes à la réalisation de structures sanitaires, socio-sanitaires, d'aide sociale et socio-éducatives et à l'exercice des activités y afférentes
Définition des besoins structurels et productifs
Structure hospitalière
Autres structures sanitaires et socio-sanitaires
Structures d'aide sociale et socio-éducatives
Structures pour handicapés mentaux
Réactualisation des besoins
Accréditation
Accréditation des structures : le programme régional
Accréditation des professionnels
Accréditation des structures d'aide sociale et socio-éducatives
Prestataires pour le compte du service sanitaire national
Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) et Système d'information socio-sanitaire régional
Réalisation d'un réseau sanitaire interentreprises et interrégional entre la Vallée d'Aoste et le Piémont
Médecines non conventionnelles

PARTICIPATION ET REPRÉSENTATION

Les citoyens et les services
La conférence socio-sanitaire régionale

PRÉAMBULE

Les principes directeurs du Plan socio-sanitaire régional 2002-2004

Ce Plan a été conçu et organisé conformément aux dispositions nationales et régionales ainsi qu'aux principes énoncés ci-après, qui représentent les éléments indispensables pour l'élaboration d'une politique de programmation socio-sanitaire correcte :

1. Assurer une répartition équitable des services sanitaires sur le territoire afin de faciliter l'accès des usagers et de leur offrir la plus grande possibilité de choix ;
2. Considérer la prévention comme le moment privilégié pour aborder les problèmes et le seul critère de définition des actions ;
3. Développer un système de connaissance et d'évaluation de l'état de santé et des besoins sanitaires et sociaux à l'échelon régional ;

4. Promouvoir l'efficacité et la qualité des actions et mettre en place un système de vérification de l'efficacité de ces actions compte tenu également de la satisfaction des personnes et de l'autoévaluation des professionnels ;
5. Valoriser la coordination entre les institutions et les professionnels, afin d'intégrer les actions au profit des personnes, des familles et des groupes sociaux ;
6. Assurer un développement accru du service sanitaire régional grâce, entre autres, à l'achèvement et au suivi du processus de transformation de l'USL en agence ;
7. Développer la diffusion et la qualité des services sociaux, en encourageant l'autonomie et la responsabilité de gestion des collectivités locales et le rôle d'orientation et de coordination de la Région ;
8. Réorganiser et rationaliser le domaine de la santé et des services sociaux à l'échelon régional, avec une attention particulière au réseau des services socio-sanitaires et des services à la personne, dans le cadre de la protection des personnes en difficulté, comme le prévoit le Pacte pour le développement de la Vallée d'Aoste.

Méthode adoptée

Le Plan pour le prochain triennat 2002-2004 a été conçu en tenant compte de l'histoire et de l'expérience des services régionaux, des principes statutaires, des récentes dispositions en matière sanitaire et sociale, de l'intégration nécessaire entre les services sanitaires et sociaux, de la politique de gestion des ressources, mais surtout des analyses de ceux qui jouent un rôle de premier plan dans la fourniture des services aux citoyens.

La nouveauté de ce Plan réside dans la méthode : le paragraphe dénommé « Les objectifs stratégiques du nouveau Plan » définit les éléments novateurs du programme dans le domaine de la santé et des services sociaux régionaux au titre de la période 2002-2004 ; l'applicabilité et la pertinence de ces éléments ont été évaluées par les responsables des services concernés et ont été insérés, sous forme d'actions, dans un modèle socio-sanitaire et d'aide sociale le plus proche possible des exigences de la population.

La méthode suivant laquelle ont été collectées les propositions et les indications opérationnelles constitue par ailleurs la base pour la définition de nouveaux paramètres et indicateurs nécessaires à l'évaluation du degré d'adaptation des services aux besoins des usagers et des résultats économiques et de gestion, ainsi qu'à l'identification des causes des mauvais fonctionnements.

Aux fins d'une évaluation correcte de la qualité et de la quantité des niveaux d'assistance fournis dans le domaine socio-sanitaire et de l'aide sociale, des fiches ont été établies en vue d'illustrer les actions, les pôles d'excellence, les propositions opérationnelles envisagées ainsi que les problèmes rencontrés.

Ces fiches ont permis de recueillir des informations sur les actions entreprises et, dans certains cas, et sur les résultats relatifs aux niveaux d'assistance de base obtenus, ainsi sur les activités transversales et l'organisation interne de l'offre.

Pour chaque fiche, la première partie concerne l'analyse de la situation actuelle et des activités accomplies, assortie des indications sur les besoins, relevés par les indicateurs de suivi et d'évaluation, tandis que la deuxième partie est centrée sur les solutions apportées aux problèmes rencontrés lors de l'activité sur le terrain.

L'exigence de suivre et d'évaluer les prestations fournies découle non seulement de la nécessité de respecter les engagements pris par contrat lors de l'adoption des outils de programmation, mais également – et essentiellement – de la nécessité d'encourager un développement culturel qui, grâce à ces mêmes outils, contribue à relever la qualité du niveau de prestation requis. Ceci ne peut se réaliser que par le recours à des systèmes de contrôle exhaustifs (c'est-à-dire applicables à l'ensemble des services fournis), flexibles (soit en mesure de s'adapter aux dynamiques en cours) et objectifs, de façon à pouvoir les comparer et les rendre compatibles avec les systèmes d'information existants.

La réalisation de cet objectif ambitieux, qui n'a aucune chance d'intervenir dans les trois années d'application dudit plan, peut se faire à partir de l'identification et de l'application périodique d'un nombre limité d'indicateurs pour chaque zone. Le Plan renvoie en effet la réalisation d'une liste d'indicateurs valables pour chaque niveau d'assistance à des outils techniques ultérieurs et fournira à l'agence et à l'Administration régionale un outil d'évaluation objectif.

Le choix d'un Plan à caractère normatif et essentiellement stratégique est guidé par la volonté, voire la nécessité, de favoriser l'élaboration de projets relatifs à l'agence sanitaire, qui traverse une délicate phase de transition de l'ancienne à la nouvelle organisation, définie à la loi n° 5 de 2000 qui prône une gestion de type managérial, adaptée aux attentes locales en matière de santé.

En vue de la réalisation du modèle régional d'assistance socio-sanitaire pour le prochain triennat, chaque domaine s'articule autour d'un certain nombre d'objectifs et d'actions.

Les objectifs qui doivent être réalisés lors de la période de validité du Plan portent sur les conditions de santé ou les besoins de la population, mais peuvent également avoir trait aux nouvelles connaissances en matière de santé et à l'organisation du système socio-sanitaire régional, qui constituent l'élément fonctionnel de ce dernier.

Les actions sont des interventions techniques, dans le domaine sanitaire et de l'aide sociale, qui découlent de l'objectif indiqué dans le Plan et visent sa réalisation ; elles peuvent consister en types d'actions, adaptations de prestations ou autre, pourvu qu'elles soient accompagnées de stratégies cohérentes de gestion convenablement soutenues par des ressources humaines, matérielles et financières.

L'agence USL et les services d'aide sociale ont pour mission principale de protéger la santé des citoyens qui est prioritaire par rapport à la seule fourniture de prestations qui devra, par ailleurs, s'inscrire dans un cadre mixte d'offre publique et privée, dans le respect des conditions requises pour l'autorisation et l'accréditation et ce, dans le but d'assurer aux citoyens la plus grande liberté de choix et d'améliorer la qualité et l'efficacité des services.

Face à des ressources de plus en plus limitées, assurer l'efficacité des services est le seul moyen capable de dégager les ressources nécessaires pour relever le niveau de santé et le bien-être de la population régionale.

Continuité et analogies avec le précédent Plan socio-sanitaire régional

Ce Plan s'inscrit dans une logique de continuité avec le Plan précédent, dont il reprend les choix de fond, et accompagne en même temps la transition vers un service socio-sanitaire régional renouvelé sous différents aspects.

Les analogies avec le Plan précédent sont les suivantes :

- Désengorger l'hôpital de toutes les prestations qui ne relèvent pas de son ressort et qui sont peu complexes du point de vue clinique ; reconduire le système satellitaire ;
- Valoriser et renforcer les services sur le territoire ;
- Intégrer les services socio-sanitaires.

Les aspects novateurs sont les suivants :

- Attribution au district du rôle d'interprète principal des besoins socio-sanitaires ;
- La valorisation des stratégies de prévention et de protection de l'environnement ;
- Le développement de la réhabilitation ;
- L'impulsion aux systèmes de connaissance et de communication, tels que l'observatoire épidémiologique et l'observatoire des politiques sociales ainsi que le système d'information socio-sanitaire régional ;
- La mise en place d'une politique basée sur la rationalisation et la responsabilisation des dépenses, compte tenu des niveaux quantitatifs et qualitatifs des services d'assistance fournis.

Sous le profil opérationnel, ces nouveaux éléments impliquent une mutation profonde du point de vue théorique et pratique ; c'est bien pour cela qu'un changement par paliers est le seul qui puisse assurer, à moyen et long terme, le succès du processus engagé.

Pour ce qui est de la méthode, la nouveauté de ce Plan consiste en la volonté d'associer le plus grand nombre possible d'usagers aux choix qui régissent la santé valdôtaine pendant les trois prochaines années. Et c'est justement grâce à une confrontation avec tous les acteurs et à une participation élargie des usagers qu'il est possible de définir clairement ce processus de transformation.

Analyse de la structure sociale et démographique régionale

La Vallée d'Aoste est la région la moins peuplée d'Italie, aussi bien en termes absolus et qu'en termes de densité d'habitants, et représente 0,2 % de la population nationale. Au 31 décembre 1999, elle comptait 120 342 habitants dont 49,3% d'hommes et 50,7 % de femmes, avec une densité de 37 habitants par km². La répartition de la population par zones indique que 15 % des habitants résident dans les 17 communes de la haute Vallée, 52,2 % dans le chef-lieu et dans les 22 communes limitrophes, 13,8 % dans les 12 communes de la moyenne Vallée et 19 % dans les 22 communes de la basse Vallée.

Par rapport au recensement de 1991, la croissance démographique se chiffre à 5 000 unités, grâce notamment à l'immigration, à défaut de quoi le solde naturel annuel aurait été négatif.

Ces données ont des effets importants sur le système sanitaire et de l'aide sociale, car les immigrés modifient de façon artificielle la structure démographique de la population en s'insérant pour la plupart parmi les hommes en âge de travailler. Il en résulte une réduction en proportion du nombre de jeunes (12 % contre une moyenne nationale de 15 %) et une accélération de l'évolution de la pyramide des âges, entraînant à moyen terme une augmentation sensible de la population de plus de 65 ans, et, partant, un recours plus fréquent aux services sanitaires, sociaux et d'assistance.

En 1999, les plus de 65 ans ont atteint 18,5 % du total (avec un accroissement de plus de 2 points en pourcentage par rapport à 1991) et le taux de personnes âgées est rapidement passé, ces dernières années, de 130 unités sur 100 jeunes en 1997 à 146 en 1999. Ce chiffre, qui dépasse la moyenne nationale de 28 points, est strictement lié à deux phénomènes importants du point de vue démographique, tels la diminution des naissances et l'allongement de la vie moyenne, ainsi qu'à des phénomènes de nature sanitaire, tels l'augmentation des taux de mortalité brut et l'augmentation des personnes atteintes d'affections chroniques et dégénératives typiques du troisième âge.

De l'analyse de la répartition des hommes et des femmes, se dégagent des indications intéressantes pour ce qui est de la programmation sanitaire et de l'aide sociale. Jusqu'à 59 ans, le nombre des hommes est plus important que celui des femmes, probablement du fait de l'immigration pour des raisons de travail. Au-delà de cet âge, cette proportion se renverse – à partir des cinq années suivantes déjà – au profit des femmes et le nombre des hommes sur le total se réduit considérablement du fait d'une incidence plus importante des pathologies mortelles. En même temps, la population féminine, devenue majoritaire, jouit d'une plus grande longévité que les hommes, ce qui fait qu'après 85 ans, 60 % de la population est constitué de femmes : les hommes meurent donc davantage et plus précocement que les femmes.

La population valdôtaine se caractérise par sa vieillesse, à laquelle s'ajoute une basse fécondité, à tel point que l'évolution démographique actuelle n'est pas en mesure d'assurer le renouvellement générationnel. En Vallée d'Aoste, le taux des enfants à charge pour chaque femme en âge de procréer – soit le nombre d'enfants de moins de 4 ans sur un total de 100 femmes de 15 à 49 ans – est de 23,7 %, un chiffre inférieur au seuil de 30 %, considéré comme l'indicateur d'une population âgée, caractérisée par une basse fécondité.

Les caractéristiques sociales de l'évolution de l'avortement volontaire ne laissent pas non plus envisager une reprise des naissances. En quelque 20 ans en Vallée d'Aoste le nombre d'avortements de femmes non mariées a demeuré inchangé, tandis qu'il s'est réduit de 68 % environ parmi les femmes mariées ; par ailleurs, alors qu'il y a 20 ans 78,8 % des femmes qui se soumettaient à une interruption volontaire de grossesse avaient au moins un enfant, aujourd'hui un peu plus de la moitié seulement ont déjà accouché. Les raisons de ce phénomène sont sans aucun doute multiples et corrélées, mais les politiques régionales en matière de santé et d'aide sociale ne peuvent ignorer la tendance actuelle qui fait enregistrer en une année 1 012 naissances et 272 interruptions volontaires de grossesse.

Il est certainement déplacé d'attribuer à des phénomènes économiques le faible nombre de naissances. Le nombre moyen des membres d'une famille valdôtaine est de 2,4 unités, contre 2,8 en moyenne nationale et de 2,7 en moyenne dans le nord et le centre de l'Italie. Le revenu régional par habitant étant de 35,8 millions de lires, soit 10 millions plus élevé que la moyenne nationale, les raisons de cette situation sont plus complexes et touchent des aspects de la qualité et du mode de vie local.

Afin de satisfaire les besoins d'assistance de la famille, en tant que porteuse de valeurs humaines et sociales censées être défendues au sein d'une collectivité, la Région a adopté la loi n° 44 de 1998 dans le but précis de soutenir une institution où demeure une solidarité séculaire qui vise à assurer un meilleur équilibre entre ses membres.

Le taux de chômage (5,6 %) est nettement inférieur au taux national, qui est toutefois fortement influencé par la situation du Mezzogiorno. Seuls 3,2 % des hommes se trouvent au chômage, tandis que pour les femmes ce taux se fixe à 8 %. Les valeurs nationales respectives sont 9,4 % pour les hommes et 16,6 % pour les femmes.

Une lecture de ces données qui tient davantage en compte les besoins sociaux et d'aide sociale montre que, face à un taux de chômage négligeable pour les personnes en âge de travailler, le taux d'occupation de la population globale est particulièrement élevé (46 %). Cela signifie que 36 657 Valdôtains se trouvent dans une situation de dépendance car ils sont tributaires des 79 684 autres qui sont en âge de travailler (15-64 ans). Sous l'aspect sanitaire et de l'aide sociale, l'objectif poursuivi est de garantir aux premiers une assistance et aux seconds la santé.

Il faut par ailleurs souligner la situation urgente déterminée, au plan socio-sanitaire, par les flux de touristes qui intéressent notre région.

Mortalité et morbidité

L'analyse de la mortalité constitue un paramètre privilégié pour l'évaluation de l'efficacité des actions en matière de santé publique.

Cela est possible essentiellement pour deux raisons. En premier lieu, la mort constitue un événement inéluctable, ce qui représente indéniablement un avantage du point de vue statistique ; par ailleurs, une répartition de la mortalité au niveau régional selon le sexe et les causes de décès – qui s'écarte sensiblement du chiffre enregistré au niveau national – peut autoriser une analyse des causes qui sont à l'origine de ce phénomène. Celles-ci peuvent avoir trait à la qualité des services ou bien à des habitudes ou modes de vie qui n'ont rien à voir avec l'efficacité des services mais qui nécessitent, pour être modifiés, de campagnes de sensibilisation au niveau local.

En Vallée d'Aoste, l'on enregistre depuis longtemps un taux de mortalité plus élevé par rapport à la moyenne nationale (mais comparable à celui constaté dans le nord de l'Italie) et qui intéresse surtout les hommes, le taux relatif aux femmes étant légèrement inférieur.

Même si pour les deux sexes les maladies cardiovasculaires et les tumeurs représentent en Vallée d'Aoste – ainsi que dans les autres régions italiennes – respectivement la première et la deuxième cause de décès, il existe une cause spécifique au niveau régional que la politique sanitaire et sociale s'attache à combattre durablement.

Pour donner une idée des caractéristiques spécifiques des causes de mortalité au niveau régional, l'on peut prendre en considération l'indicateur des « Années de vie productive perdues », car il met en rapport le nombre des décès avec l'âge et donne toute la mesure des effets en termes sociaux et humains que ces pathologies entraînent sur la population active.

La Vallée d'Aoste se caractérise par le nombre élevé d'années de vie perdues pour des raisons externes (traumatismes) qui frappent essentiellement les jeunes et qui, pour les résidents hommes, ont été la première cause de décès pendant les années 1992-1997. Suivent les tumeurs, les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil digestif.

En revanche, chez les femmes, dont la longévité par rapport aux hommes a déjà été abordée, la première cause des années de vie perdues sont les tumeurs, même si les traumatismes et les empoisonnements représentent un poids non négligeable.

Sur la base de l'analyse proportionnelle de la mortalité en Vallée d'Aoste, 86,5 % des décès chez les hommes et 84 % des décès chez les femmes sont dus à cinq causes principales, soit, dans l'ordre : les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les traumatismes et les empoisonnements, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies de l'appareil digestif. Pour notre région aussi sont valables les indications du plan sanitaire national 1998-2000 qui préconisent un engagement renforcé dans la lutte contre ces pathologies.

L'analyse du nombre des hospitalisations pour chacune de ces pathologies illustre bien l'importance que ce groupe de pathologies comporte en termes d'assistance pendant l'hospitalisation. Au cas où il existerait un écart évident entre le nombre de décès et le nombre d'hospitalisations pour cette même raison, le Plan vise à réduire la mobilité passive ou à mettre en place une organisation par départements au sein et en dehors de l'agence.

Ces 7 dernières années, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs figurent respectivement au premier et au deuxième rang parmi les causes de décès en Vallée d'Aoste, avec des taux légèrement plus élevés chez les hommes.

Les maladies de l'appareil respiratoire pointent à la troisième place, pour les deux sexes.

Chez les hommes, les pathologies mortelles après les traumatismes (qui se situent à la quatrième place) sont les maladies de l'appareil digestif, les pathologies dont les causes sont mal connues, les affections des glandes endocrines et les troubles psychiques, les affections du système nerveux et de l'appareil urogénital ainsi que des maladies moins fréquentes. Chez les femmes, au quatrième rang figurent les maladies de l'appareil digestif, viennent ensuite les maladies dont les causes sont mal connues, les affections des glandes endocrines et les troubles psychiques. Pour ces trois dernières causes les taux enregistrés chez les femmes sont plus élevés que chez les hommes.

Pour les 35-64 ans, il apparaît évident que les tumeurs occupent la première place, suivies des maladies cardio-vasculaires, des maladies de l'appareil digestif et des traumatismes. Cette classe d'âge représente un poids humain et social considérable et est, partant, celle qui mieux s'adapte au suivi de la mortalité aux fins de la santé publique. C'est pourquoi le présent Plan considère comme prioritaire la lutte à ce type de pathologies.

Les traumatismes représentent de loin la première cause de mortalité dans la classe d'âge 0-34 ans, suivies des affections des glandes endocrines et des tumeurs. Les traumatismes sont probablement consécutifs aux accidents de la route ou bien à la pratique du sport. Pour faire face aux deux autres causes de décès, l'on envisage la nécessité d'entreprendre des études analytiques sur la mortalité suivant le sexe, l'âge et le lieu de résidence.

Les données relatives au district d'Aoste par exemple, et dans une moindre mesure à celui de la moyenne Vallée, font apparaître un risque de mortalité inférieur par rapport aux districts de la haute et de la basse Vallée : cela vaut aussi bien pour toutes les causes de décès que pour celles plus fréquentes, exception faite des troubles psychiques, pour lesquelles le district d'Aoste

est qualifié à haut risque. Etant donné que les analyses effectuées jusqu'à présent ne permettent en aucun cas d'avancer des hypothèses sur les raisons de la mortalité, le Plan envisage de poursuivre les recherches dans cette direction.

Le cadre normatif national

L'application du Plan socio-sanitaire régional 2002-2004 devra tenir compte des mutations du cadre législatif au niveau national et international.

Depuis la deuxième réforme de la santé (décret législatif n° 502 de 1992 modifié) jusqu'aux principes directeurs du décret législatif n° 229 de 1999, le rôle attribué aux Régions a profondément changé.

La loi n° 421 du 23 octobre 1992 avait chargé le Gouvernement de procéder, par la publication d'un ou de plusieurs décrets législatifs, à l'utilisation optimale et rationnelle des ressources destinées au service sanitaire national, à la réalisation d'un service sanitaire efficient au profit des citoyens, à la répartition équitable de la dépense sanitaire et à la limitation de celle-ci, en assurant à tous les citoyens le libre accès aux traitements et la gratuité du service dans les limites et suivant les critères prévus par la législation en vigueur en la matière.

Conformément à ces dispositions, le Gouvernement a promulgué le décret législatif n° 502 du 30 décembre 1992 relatif à la réorganisation du domaine de la santé qui, compte tenu des modifications introduites l'année suivante par le décret législatif n° 517 du 7 décembre 1993, peut être considéré comme la deuxième réforme sanitaire italienne.

Les lignes fondamentales de la réorganisation de 1992 ont trait à :

- La séparation des activités d'orientation de celles de gestion avec un renforcement de la compétence régionale et l'institution des agences sanitaires (agences USL et agences hospitalières) dotées de personnalité juridique de droit public, ainsi que d'une autonomie organisationnelle, administrative, patrimoniale, comptable, gestionnaire et technique ;
- Un nouveau système de financement des prestations sur la base de tarifs établis par chaque Région, compte tenu des coûts desdites prestations, qui reflète le schéma de la répartition des pouvoirs entre l'État et la Région ;
- L'institution du directeur sanitaire de l'agence ainsi que du directeur administratif, nommés directement par le directeur général, et la création de la direction sanitaire articulée autour de deux niveaux ;
- L'introduction du système d'accréditation avec l'ouverture du marché sanitaire à la libre concurrence entre structures publiques et privées et l'adoption systématique de la méthode de la vérification et de la révision des prestations sur le plan de la qualité et de la quantité ;
- L'institution des départements de prévention auxquels sont confiées les prestations en matière d'hygiène et de santé publique, de prévention et de sécurité en milieu professionnel, d'hygiène des aliments et de médecine vétérinaire.

Par la suite, conformément à la loi n° 419 de 1998, le Parlement a défini les principes généraux de la nouvelle réforme et confié au Gouvernement quatre délégations de fonctions :

- La première confère à ce dernier la mission d'édicter des décrets, dans le but de modifier et d'intégrer le décret de remaniement du service sanitaire national ;
- La deuxième porte sur la réorganisation de la médecine pénitentiaire ;
- La troisième a trait à la redéfinition des rapports entre le service sanitaire national et l'université ;
- La quatrième tient à la publication d'un texte unique des lois et des actes ayant force de loi et concernant l'organisation et le fonctionnement du service sanitaire national.

Parmi les actes pris en application de ces délégations, le décret législatif n° 229 de 1999, mieux connu sous le nom de réforme Bindi ou de troisième réforme sanitaire, est sans doute le plus significatif. Même s'il reprend les thèmes abordés par le décret de réorganisation du système sanitaire de 1992 et confirme les principes qui y sont énoncés, il apporte néanmoins des modifications importantes.

Les points principaux de la troisième réforme peuvent se résumer ainsi :

- Confirmation du caractère managérial des unités sanitaires locales et introduction de l'autonomie entrepreneuriale en rem-

- placement des autonomies précédentes (organisationnelle, administrative, patrimoniale, comptable, gestionnaire et technique) ;
- Institution du collège de direction, en complément du conseil des professionnels de santé déjà existant, dans le but d'assister le directeur général ;
 - Participation des collectivités locales à la programmation sanitaire régionale en vue également d'évaluer l'activité du directeur général ;
 - Définition des critères de réglementation, de la part des Régions, de l'organisation et de l'activité de districts sanitaires ;
 - Distinction des prestations socio-sanitaires en prestations sanitaires à caractère social, qui relèvent du domaine de la santé, et en prestations sociales à caractère sanitaire, qui relèvent du domaine de l'aide sociale ;
 - Reconstitution du système de comptabilité économique et patrimoniale ;
 - Renforcement du rôle du Département de la prévention ;
 - Introduction de la libre profession chez les médecins généralistes ou les pédiatres à choix libre ;
 - Nécessité d'autoriser la mise en place de structures sanitaires et confirmation de l'accréditation en tant que condition nécessaire à l'exercice d'activités sanitaires pour le compte du service sanitaire national, sur la base d'accords contractuels *ad hoc* ;
 - Abolition de l'assistance sanitaire indirecte ;
 - Réglementation de formes d'assistance sanitaire complémentaires suivant de nouveaux critères ;
 - Définition d'un nouveau statut des directeurs sanitaires qui sont intégrés dans un niveau unique et qui bénéficie d'un rapport de travail exclusif avec le service sanitaire.

Pour ce qui est du volet financier, bien que le décret vise à poursuivre l'objectif de la limitation et du réajustement des dépenses de santé, la définition des niveaux d'assistance de base se fait toujours en fonction de la définition des ressources financières destinées au service sanitaire national, dans la limite des ressources publiques disponibles, comme si le droit à la santé était conditionné par les ressources.

Pour la Région autonome Vallée d'Aoste, qui bénéficie depuis des années d'un fédéralisme fiscal en matière de santé, cette contrainte n'est qu'apparemment sans importance, car les restrictions et les standards décidés par le Gouvernement italien font ressentir leurs effets également dans notre région ; une autonomie statutaire n'est pas suffisante en effet à assurer une réelle indépendance en matière sanitaire, car la Région doit toujours veiller à son autofinancement et au réajustement des pertes dues pour la plupart des cas à des choix opérés en dehors du contexte régional.

Le dernier Plan sanitaire national 1998-2000 s'inscrit dans cette logique qui, en vue de promouvoir un pacte de solidarité pour la santé entre toutes les régions italiennes le plus possible délié des contextes sociaux, économiques et politiques locaux, énonce des principes fondamentaux que même le Plan de la Vallée d'Aoste a adoptés.

Ces principes sont les suivants :

1. Universalité de l'accès aux traitements, basée sur l'évaluation des besoins et non sur des critères de nature sociale ou économique ;
2. Un égal accès à une plus vaste palette de services répartis de manière homogène sur le territoire et l'élimination des frontières de la programmation des services ;
3. Le partage des risques financiers, car le système de financement doit assurer un apport individuel, indépendamment du risque de maladie et des services obtenus, fixé exclusivement en fonction de la capacité contributive.

Quant aux politiques sociales, la loi n° 328 de 2000, loi-cadre pour la réalisation du système intégré des actions et des services sociaux, s'inscrit dans le processus qui a débuté dans les années 1990-1992 avec la publication de toute une série d'actes législatifs à caractère national visant à réformer le rapport public/privé et à redéfinir les responsabilités et les compétences dans la gestion des services publics territoriaux. Les champs d'action de ces deux domaines sont remis en question et doivent être reformulés. Les relations entre les citoyens et leur territoire et les modalités de gestion de ce dernier ont radicalement changé. Une nouvelle phase législative s'est ouverte qui n'a pas de précédents dans l'histoire récente de notre Pays, si l'on excepte la mise en place de l'État-providence pendant la deuxième moitié des années 70.

Les principes de ce processus d'innovation législative sont les suivants :

- Loi sur l'organisation des autonomies locales ;
- Loi sur les nouvelles dispositions en matière de procédure administrative et de droit d'accès aux actes administratifs ;
- Loi-cadre sur le bénévolat ;
- Loi portant réglementation des coopératives sociales ;
- Loi-cadre en matière de toxicomanies ;
- Loi concernant les actions au profit des mineurs qui risquent d'être impliqués dans des actions criminelles ;
- Loi cadre sur le handicap.

À cette législation s'ajoutent les lois en matière de protection de l'enfance et de l'adolescence relatives à la promotion des droits et des chances des enfants et des adolescents et la loi sur l'institution d'un Observatoire national et des Observatoires régionaux de l'enfance, approuvées en 1997, ainsi que le règlement sur l'immigration de 1998.

Les aspects fondamentaux qui découlent des lois susmentionnées peuvent être ainsi synthétisés :

- « Partenariat public/privé » : il concerne la répartition des rôles et des fonctions entre les différents acteurs des politiques sociales. Les problèmes inhérents à ce domaine s'expriment efficacement à partir des réponses aux questions suivantes :
 1. Qui fournit les services ?
 2. Qui les réglemente ?
 3. Qui les finance ?
- Modalités de participation et de contrôle de la chose publique par les citoyens.

Les actes normatifs régionaux

L'un des effets les plus importants du décret législatif n° 229 de 1999 est d'avoir renforcé le rôle de gestion et de contrôle des Régions, en regard d'une plus ample autonomie de gestion accordée aux agences sanitaires locales, et d'avoir prévu une plus grande participation des collectivités concernées à la programmation et à l'évaluation des services sanitaires.

La Vallée d'Aoste a été parmi les premières régions à avoir fait application de la « réforme *ter* » grâce à la loi n° 5 du 25 janvier 2000 portant dispositions en vue de la rationalisation de l'organisation du service socio-sanitaire régional et de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prestations sanitaires et d'aide sociale.

Par le biais de cette loi, la Région a mis en œuvre les principes fondamentaux de la réforme, en prévoyant un développement ultérieur et l'achèvement des processus de :

- Régionalisation de l'organisation des services sanitaires ;
- Transformation de l'Unité sanitaire locale en agence ;
- Responsabilisation économique des structures ;
- Intégration entre prestations sanitaires et actions en matière de protection sociale ;
- Coordination entre les services sanitaires et les services de protection de l'environnement.

La loi n° 5 de 2000 redéfinit les rôles et les modes de la négociation entre la Région, l'USL et les Communes et introduit des procédures susceptibles de responsabiliser les établissements et de les encourager à améliorer leur offre de prestations. La couverture des besoins de santé et d'assistance, ainsi que la qualité des services, sont décidés à la table des négociations où la Région, en délaissant d'anciennes compétences de gestion, se pose en organisme d'orientation et de contrôle, comme une sorte de client de l'agence USL qui négocie à son tour les ressources disponibles en regard des niveaux d'assistance requis. Les autonomies locales sont associées à ce processus de programmation, suivant les modalités propres à l'autonomie régionale.

L'application ponctuelle de la loi n° 5 de 2000 et les vérifications qui s'imposent, à la lumière également des éventuels

changements du cadre normatif national, sont les objectifs fondamentaux de la Région pour les trois prochaines années, en sus des dispositions contenues dans ce plan.

Le cadre principal de référence en matière de santé est constitué – outre la loi n° 5 de 2000 – par la loi n° 70 de 1982 en matière d'hygiène et de santé publique, la loi n° 3 de 1996 sur la prophylaxie et le traitement des maladies animales et la loi n° 41 de 1995 portant institution de l'agence régionale pour la protection de l'environnement.

Ce plan a pour objet de revoir certains domaines de la législation régionale, compte tenu des modifications intervenues dans la législation nationale de référence.

Les lois régionales en matière de politiques sociales sont parfaitement cohérentes avec les lois nationales ou bien elles font application de celles-ci, comme dans le cas de la loi-cadre n° 104 de 1992 sur la prise en charge, l'intégration sociale et les droits des personnes handicapées.

En revanche, la législation régionale est venue parer à l'absence de normes nationales dans certains secteurs d'activité : personnes âgées (LR n° 93 de 1982, modifiée, concernant la gestion des services et la LR n° 80 de 1990 en matière d'ouvrages publics à l'intention des personnes âgées) ; assistance économique (LR n° 22 de 1993 et LR n° 19 de 1994) ; famille (LR n° 44 de 1998) ; crèches (LR n° 77 de 1994 modifiée) ; formation des travailleurs sociaux (LR n° 10 de 1987).

Il faut par ailleurs souligner que le décret législatif n° 320 de 1994 relatif aux dispositions d'application du statut spécial a transféré à la Région les fonctions relatives aux aides aux invalides civils, aveugles et sourds-muets, avec la publication des dispositions régionales en la matière (LR n° 11 de 1999).

Ce Plan a pour objectif de réformer la législation en matière d'assistance économique à travers l'institution, entre autres, de l'indicateur régional de la situation économique.

Les objectifs stratégiques du nouveau Plan

L'organisation future du service socio-sanitaire valdôtain émane d'une série de lignes directrices et de stratégies de programmation.

Les systèmes sanitaires des pays industrialisés s'intéressent aux processus de spécialisation des services hospitaliers qui visent une augmentation de la capacité de satisfaire les exigences en matière d'urgences cliniques, de maladies aiguës, d'établissement de diagnostics et de soins thérapeutiques complexes. En même temps, l'on enregistre actuellement une progression des problèmes liés au handicap et aux maladies chroniques qui entraînent une demande croissante de services d'assistance à long terme et peu complexes du point de vue sanitaire.

Cette situation, commune à une large partie du domaine de l'aide sociale, est le fait des phénomènes énoncés ci-dessus, en raison de l'évolution de la science médicale qui impose d'aborder non seulement le problème de la spécialisation technologique des services sanitaires, mais également celui de l'organisation et de la gestion de modes d'assistance à long terme dans un milieu médical spécialisé, qui parvient à assurer une qualité de l'assistance de plus en plus adaptée aux nécessités de la population.

Ce chapitre général illustre les principes inspirateurs du Plan socio-sanitaire régional pour la période 2002-2004, qui découlent d'une comparaison de la situation régionale actuelle, encore tributaire en partie d'un système d'information régional insuffisant, avec les orientations de la politique de programmation nationale et la situation dans les autres Régions ainsi qu'avec les données relatives à l'allocation des ressources qui a fait l'objet d'évaluation.

Tout le schéma du programme est axé sur la recherche constante au niveau régional de l'intégration entre assistance sociale et assistance sanitaire, en vue d'assurer à la population des réponses :

- réparties de manière équitable sur tout le territoire régional ;
- efficaces, car elles sont le fruit d'une synergie ;
- complémentaires, donc efficientes.

Les dynamiques des nouveaux besoins manifestent la nécessité de disposer de services d'aide sociale pour des traitements à long terme qui sont en augmentation constante car ils sont conditionnés par quatre facteurs fondamentaux :

1. Le vieillissement général de la population ;

2. La faible capacité des familles d'assurer un service d'assistance ;
3. La tendance du système hospitalier à assurer une assistance aux malades aigus avec des performances toujours plus poussées du point de vue d'une spécialisation et d'une technologie ;
4. L'augmentation, dans les différentes classes d'âge, de l'espérance moyenne de vie des citoyens atteints de maladies chroniques ou invalidantes.

Dans chaque contexte pris en considération, le vieillissement de la population est toujours accompagné d'une augmentation, en termes absolus et relatifs, des personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques. Il entraîne par ailleurs une augmentation de l'espérance de vie des citoyens atteints de pathologies chroniques invalidantes (diabète, artériosclérose, déficience cardiaque, maladies dégénératives du système nerveux, lésions de la moelle épinière, hémipariés consécutives à un ictus, tumeurs), le plus souvent associées à d'autres maladies.

L'augmentation de l'âge moyen accroît par ailleurs le risque de développer des maladies invalidantes, dont notamment l'ictus, qui entraîne une forte demande d'assistance au cours de l'année qui suit l'attaque aiguë.

Le nombre des personnes âgées dépendantes croît à un rythme annuel de 2 % en Italie (un chiffre comparable à la situation de la Vallée d'Aoste), ce qui pose le problème d'une gestion de base permanente de ce phénomène ainsi que de la prise en charge des personnes suite aux phases aiguës de la maladie ou à des traumatismes.

Au cours de ces dernières années, une diminution progressive du nombre moyen des membres de la famille a par ailleurs été enregistrée, qui s'est accompagnée d'une augmentation du travail féminin et d'une chute des modes de prise en charge traditionnels au sein de la famille.

Une conscience accrue des besoins s'est par ailleurs développée ; le nombre des interventions cliniques et des soins thérapeutiques pouvant être réalisés à domicile ou après les phases aiguës de la maladie a augmenté, ainsi que la nécessité de définir une approche plus professionnelle des soins à domicile.

Une situation analogue se dessine, à l'issue de l'étude coordonnée par l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales, quant à la création d'établissements d'hébergement et de soins (RSA) dans notre région.

Pour toutes ces raisons, l'aide à domicile est devenue plus complexe et nécessite de soutiens extérieurs renforcés.

À ces facteurs d'ordre démographique et social s'ajoutent les nouvelles stratégies organisationnelles de la structure hospitalière, toujours plus orientée vers une gestion des phases aiguës de la maladie ou des soins thérapeutiques et des diagnostics très complexes, face aux modes d'assistance utilisés jusqu'à présent et visant à satisfaire les besoins en matière de prise en charge qui n'étaient pas suffisamment couverts par le réseau des services des districts territoriaux. Dans ce cas également, la réalité régionale trouve des analogies dans la réalité nationale et il est opportun de souligner qu'actuellement l'hôpital prend en charge, au sein de la structure pour les malades aigus et dans le cadre de la programmation territoriale, les besoins liés aux hospitalisations de long séjour et à la rééducation.

La diversité des besoins structurels, professionnels, organisationnels et de gestion des phases aiguës de la maladie et des personnes admises en long séjour oblige à repenser le programme des soins de façon à distinguer les deux phases principales liées à l'assistance et à les intégrer dans un réseau de services coordonné, dans le droit fil des dispositions contenues dans le précédent Plan socio-sanitaire régional.

Le problème du développement de l'aide socio-sanitaire à long terme (à domicile, dans les hôpitaux de jour ou dans des centres d'hébergement et de soins) au profit de couches de plus en plus amples de citoyens, appelle une réponse urgente sur la base d'au moins trois priorités :

1. Prise en charge à court et moyen terme des personnes âgées, handicapées, convalescentes suite à une maladie aiguë ou à une intervention chirurgicale ou nécessitant en tout cas d'être soignées dans un centre de soins ;
2. Rééducation suite à une maladie aiguë ;
3. Prise en charge à long terme des personnes dépendantes.

Les modes d'action varient en fonction des différentes typologies de citoyens pris en charge et de leurs besoins spécifiques, mais relèvent toujours de la notion de santé, comme l'a même récemment rappelé l'Organisation mondiale de la santé dans le programme « La santé pour tous », capable d'intégrer absence de maladie, prévention des risques et bien-être physique, psychique et social.

Les demandes d'assistance à long terme peuvent être satisfaites dans deux lieux différents : à domicile, dans un milieu convenablement équipé et encadré par des équipes de professionnels socio-sanitaires ou bien dans des structures autonomes reliées à un centre hospitalier pour malades aigus.

En Europe et en Italie, les soins à domicile ont accompagné le développement de modèles d'assistance différents, qui vont de la aide à domicile intégrée (ADI) pure et simple à de véritables hospitalisations à domicile, en passant par des expériences de secteur, telles que l'hospice, l'hôpital de proximité (country hospital), ou bien les lits de soulagement (hospitalisation temporaire dans des centres d'hébergement et de soins).

Au cours de ces dernières années, le recours aux services à domicile s'est progressivement développé en Italie, entraînant une dépense qui a progressé de 38 % entre 1996 et 1998, en passant de 1,56 % à 2,12 % des crédits du Fonds sanitaire national (estimation faite à partir des données du Ministère de la santé), pour les citoyens bénéficiant de l'ADI (3,5 % environ des personnes âgées).

Pour ce qui est de l'hospitalisation au cours de ces dernières années, à défaut d'une stratégie précise de développement de l'admission des malades en long séjour, différents modèles d'aide aux personnes âgées ont vu le jour en Italie, pour partie dans les structures hospitalières, pour partie dans des centres d'hébergement et de soins.

Au cours de ces dernières années, l'hospitalisation dans les hôpitaux s'est accrue sensiblement : elle s'articule en long séjour (code 60) et rééducation (code 56) avec une augmentation des hospitalisations moyennes annuelles de 9,5 % pour la période 1995-1997 (Source : Banque de données SDO, Ministère de la santé).

Pour ce qui est des structures extrahospitalières, l'Italie présente encore des carences en termes de prise en charge permanente par rapport aux autres pays européens. Le modèle organisationnel des RSA est encore à un stade embryonnaire, avec de fortes différences d'une région à l'autre.

Le contexte valdôtain a pourtant su parer de manière efficace à cette déficience par la réalisation des micro-communautés, capables de s'adapter à un territoire non homogène, de s'enraciner sur le territoire et de créer des emplois au plan local. En dépit du fait que le taux de développement des structures extrahospitalières a grimpé au cours de ces dernières années, il est toutefois nettement inférieur à celui des pays dotés des systèmes les plus avancés de soins continus (« continuing care ») – comme le Canada, ou bien les pays européens comme la France, la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas –, où 15 à 20 % environ des personnes âgées bénéficient d'une prise en charge permanente à domicile ou dans un centre de soins spécialisé.

Même si ces données peuvent être faussées par un modèle socio-familial et une tradition d'assistance différents, l'analyse structurelle des besoins d'aide aux personnes handicapées autorise à envisager une croissance ultérieure de la demande au fil des prochaines années dans ces secteurs d'activité, d'une manière proportionnelle à l'augmentation du nombre des personnes âgées ou handicapées dans la population.

Pour ce qui est de la spécialisation, qui implique la construction de structures et la mise en œuvre d'actions d'aide sociale adaptées, ainsi que la possibilité de lancer une formation spécifique du personnel, il faut développer une expérimentation susceptible d'évaluer – ou de définir, le cas échéant – l'adoption de systèmes de répartition des dépenses socio-sanitaires en fonction des différentes catégories d'affiliés au régime de santé, à partir moins de l'établissement de diagnostics que du nombre des personnes prises en charge.

La programmation sanitaire doit par ailleurs envisager la création de structures destinées à la gestion socio-sanitaire intégrée des problèmes spécifiques du point de vue clinique et de l'assistance, tels que des groupes spéciaux pour les malades d'Alzheimer ou des formes spécifiques d'aide aux patients en état comateux. Ces structures doivent être raccordées à l'hôpital par un lien à la fois structurel et organisationnel. Si la localisation la plus adaptée pour ces structures est en dehors de l'hôpital, il est capital qu'elles entretiennent avec ce dernier un lien fonctionnel, dans le cadre des programmes de gestion de la maladie (disease management) et de gestion de chaque cas clinique (case management) qui assurent la continuité de l'aide, des soins appropriés et les niveaux d'assistance nécessaires.

Cette situation amène, lors de l'établissement du programme, à définir un réseau de services sanitaires prévoyant :

- Une analyse poussée des besoins ;
- Une action de prévention visant en premier lieu à contraster efficacement les facteurs de risque des maladies chroniques et dégénératives, ensuite à identifier les signes précurseurs de la maladie ;
- Une action au niveau du district, en vue de gérer la demande et de mettre en place les premiers soins ainsi qu'un traitement à long terme ;
- Une action au niveau de l'hôpital efficace et efficiente dans le traitement des maladies aiguës et susceptible de fournir un soutien adéquat aux structures extrahospitalières d'aide socio-sanitaire.

En ce qui concerne la prévention, depuis plusieurs années ont été multipliées les actions dont l'efficacité est bien connue et appliquées même aux domaines ne relevant pas strictement de l'hygiène publique, historiquement axée sur la lutte contre les maladies infectieuses.

Les résultats obtenus à cet égard suite au contrôle de l'approvisionnement en eau, de l'élevage du bétail, de la pollution atmosphérique et aux campagnes de vaccination sont très intéressants.

Ce Plan a pour vocation d'améliorer les résultats obtenus par les nombreuses campagnes de prévention lancées – contre les cancers féminins, l'abus d'alcool et de stupéfiants, les accidents de la route, etc. – et d'affiner l'évaluation des programmes adoptés par la valorisation du service de communication et d'information de la population et des professionnels du secteur.

La nouveauté consiste dans la possibilité de lutter contre les pathologies chroniques et dégénératives qui pèsent désormais lourdement sur la mortalité générale.

S'il était acquis, depuis l'Antiquité, que les modes de vie et l'alimentation peuvent influencer sur la santé, l'importance de la prévention n'était pas encore connue.

Il est possible en effet de savoir à quel point une activité physique modérée ou une alimentation correcte peuvent réduire la mortalité due à un arrêt cardiaque grave, ou l'habitude à la cigarette peut avoir des conséquences sur l'incidence du cancer du poumon.

Pour ce qui est des autres comportements à risque, l'expérience des pays voisins et des campagnes lancées sur le territoire valdôtain en application des dispositions du Plan précédant font apparaître la nécessité d'étendre la prévention des risques aux accidents domestiques et routiers, qui constituent l'une des principales causes de mort parmi la population active.

En ce qui concerne les actions secondaires, le monitoring, réalisé sur la base d'examen diagnostiques toujours plus pointus et spécifiques, est sans doute efficace contre les cancers féminins contre lesquels le succès de la thérapie est d'autant plus important que l'établissement du diagnostic est précoce.

Dans tous les cas, la programmation doit tenir compte de deux problèmes principaux qui limitent la mise en œuvre de programmes de prévention efficaces et d'une valeur humaine et économique considérable :

1. Pour qu'elles soient efficaces, les actions de prévention doivent être réalisées sur une vaste échelle et d'une manière constante ;
2. Les actions de prévention comportent un désagrément certain pour un grand nombre de personnes en regard d'un avantage dont ne bénéficie statistiquement qu'un faible pourcentage de personnes.

Nombre de facteurs de risque liés aux pathologies chroniques et dégénératives découlent d'habitudes particulièrement agréables ou gratifiantes du point de vue social. Il résulte de ce fait qu'une grande partie de la population rechigne à modifier son propre mode de vie en préférant une satisfaction immédiate à un hypothétique avantage futur.

Il est donc prioritaire de miser sur la construction d'un modèle culturel de référence et, par conséquent, de former des professionnels de la prévention capables de remettre en cause la structure actuelle générale (législation, habitudes des professionnels, parcours de formation universitaires) qui vise exclusivement la répression des mauvais comportements.

La stratégie envisagée dans le présent Plan repose sur les principes suivants :

- Instaurer une collaboration étroite avec les bénéficiaires de la prévention et définir des actions réellement efficaces ;
- Mettre en place une formation des professionnels visant à lancer des initiatives de sensibilisation de la population, susceptibles de conduire à des résultats concluants.

Le district

Le décret législatif n° 229 de 1999 définit le district en tant qu'une des principales macrostructures de l'agence USL qui gère la demande sanitaire dans un domaine territorial précis et organise l'assistance primaire fournie par les services territoriaux.

Le district est donc chargé d'une nouvelle fonction, en tant que structure organisationnelle préposée à la fourniture de l'assistance primaire et à l'intégration des services avec le réseau social de solidarité qu'il soit de nature formelle ou informelle.

Dans ce contexte, les travailleurs sociaux, les médecins généralistes et les pédiatres à choix libre jouent le rôle important qui

leur est accordé par les dispositions en la matière, en tant que référents directs pour ce qui est de la santé et de l'utilisation des services au profit des personnes et des familles, ainsi que de responsables des fonctions éducatives et de promotion de la santé.

Outre les fonctions de production et d'intégration des services sanitaires et sociaux, le district est appelé à garantir aux citoyens l'accès aux services jugés nécessaires pour obtenir une réponse adéquate aux besoins de santé. Cette fonction se traduit en termes d'attribution à des tiers de la fourniture du service et fait du district la porte d'accès privilégiée aux réseaux des services de la Région, des entreprises et des collectivités locales.

Le district devra donc assurer la fonction de production, d'attribution à des tiers de la fourniture de services et d'intégration socio-sanitaire, en développant des modèles d'intégration horizontale qui assurent l'adaptation et la continuité des interventions pluridisciplinaires.

Il est opportun de souligner l'importance de valoriser l'autonomie du district dans le cadre du renforcement, par l'entreprise, des fonctions de programmation et de contrôle des activités accomplies et des objectifs poursuivis.

L'instrument organisationnel le plus apte à la poursuite des objectifs de santé indiqués réside dans le réseau intégré des services du district.

Ce modèle prévoit que les médecins généralistes et les pédiatres à choix libre exercent au sein du district et que soient jetées les bases de la réalisation de réseaux intégrés de services qui envisagent l'instauration de liens fonctionnels entre les équipes pluridisciplinaires chargées de fournir les soins aux usagers.

Il en découle que l'organisation du district doit définir clairement les actions en matière de diagnostics, de traitements thérapeutiques et d'assistance, en assurant l'accès immédiat à tous les services ainsi que la continuité des soins.

Un mode de travail par équipes pluridisciplinaires, susceptibles de développer des programmes et des objectifs au profit du citoyen et d'assurer à ce dernier une typologie d'aides commune au sein de départements mixtes hôpital/territoire, est donc plus facilement envisageable.

Le modèle des réseaux cliniques intégrés qui prévoit que la plupart des activités ayant trait à la santé sur le territoire se caractérise par des actions peu complexes du point de vue sanitaire et très complexes du point de vue de l'assistance a de fortes chances de se développer.

Par actions peu complexes du point de vue sanitaire l'on entend des soins peu intensifs tandis que les actions très complexes sont les soins intensifs, propres à une assistance hospitalière.

Les actions très complexes du point de vue de l'assistance concernent en revanche une multitude de professionnels de santé et d'aide sociale et dépend des facteurs environnementaux.

La programmation par réseaux de services doit s'appliquer :

- à l'agence, par la nécessité d'intégrer les plans d'action des différentes unités opérationnelles suivant les programmes horizontaux visant des sous-groupes de la population et focalisés sur les services rendus plutôt que sur les prestations fournies ;
- à chaque service, par le recours à des équipes pluridisciplinaires au service de l'utilisateur, plutôt qu'en fonction des domaines de compétences et/ou des hiérarchies propres aux organisations professionnelles.

La mission du district est de gérer la demande de la santé de la population de référence en assurant les services d'assistance primaire relatifs aux activités sanitaires et socio-sanitaires que le décret législatif n° 229 de 1999 rappelle et énonce à l'article 3 *quinquies* et que la loi régionale n° 5 de 2000 détaille à l'alinéa 4 de l'article 30.

Les fonctions découlant de la législation qui relèvent des missions du district comprennent des activités essentiellement de gestion et des activités ayant trait aux stratégies entrepreneuriales.

Il est nécessaire de distinguer les responsabilités propres à la fourniture de services sur le territoire des fonctions d'attribution de la fourniture des services.

Ces dernières ont trait :

- à l'exercice de la fonction de programmation des services nécessaires à la population concernée ;
- à la fonction d'intégration institutionnelle des services sanitaires et sociaux ;

- aux rapports avec les représentants institutionnels de la population et avec les formes d'association spontanées ;
- au suivi des activités et à l'évaluation des services fournis.

Le district a pour mission de :

1. Évaluer systématiquement les problèmes de santé de la population concernée, afin de gérer la demande des services ;
2. Coordonner et intégrer les activités d'assistance sanitaire territoriale avec l'assistance sociale et valoriser l'intégration des services et du réseau social de solidarité de nature formelle ou informelle ;
3. Assurer l'assistance primaire à la population concernée par des structures et des services présents sur le territoire et destinés à l'assistance sanitaire primaire et à l'assistance socio-sanitaire ;
4. Assurer un égal accès aux soins, garantir des soins immédiats, appropriés et continus aux personnes concernées ou bien l'accès des citoyens à toutes les prestations et aux services directement gérés suivant les programmes intersectoriels lancés conjointement avec les collectivités locales ;
5. Définir les services nécessaires pour les personnes concernées ;
6. Programmer les activités sur le territoire sur la base des priorités, des objectifs et des ressources définies entre la Région, l'agence USL et les collectivités locales ;
7. Évaluer l'efficacité des services par la vérification des actions accomplies et des résultats atteints ;
8. Informer les citoyens quant aux objectifs de santé et à l'accessibilité aux services sanitaires et socio-sanitaires au sein du système managérial intégré de communication.

Afin de poursuivre efficacement ces objectifs, il est nécessaire de mettre en œuvre une gestion des services du point de vue clinique, susceptible d'améliorer la qualité des services rendus par l'agence sanitaire.

L'on entend par gestion des services du point de vue clinique l'ensemble des mesures, des responsabilités et des actions que l'organisation et les professionnels adoptent pour assurer une amélioration continue des services rendus et le respect des niveaux d'assistance.

Les instruments de ce type de gestion sont les suivants :

- Lignes directrices communes, rédigées grâce à la médecine basées sur les données scientifiques ;
- Procédures définies ;
- Définition claire des responsabilités d'organisation ;
- Programme d'amélioration continue de la qualité ;
- Plans pour la formation professionnelle permanente ;
- Politiques de gestion des risques et de lutte contre les dysfonctionnements ;
- Évaluation de tous les aspects concernant les problèmes et les besoins du citoyen ;
- Responsabilités en matière de qualité de l'assistance, en tenant compte du rôle des citoyens ainsi que des affiliés au régime de santé dans la définition et l'évaluation de la qualité du service ;
- Audit clinique de chaque cas.

Le district, dans l'accomplissement de la fonction d'attribution de la fourniture des services, vise à définir les services nécessaires à répondre aux besoins de santé de la population dans un territoire précis et à fournir un instrument de programmation indispensable.

Il est opportun de confier à nouveau à l'agence sanitaire l'exercice de la fonction d'attribution de la fourniture des services et le district est le lieu privilégié pour l'exercice de cette fonction.

À la lumière de ce qui a été dit jusqu'à présent, la nécessité se fait jour de déplacer les centres de décision pour la définition de l'offre des centres de soins (hôpitaux) aux lieux où les besoins se manifestent (districts).

La gestion de ce processus complexe incombe aux directeurs de district qui agissent en étroite liaison avec les autres responsables de l'agence et de la structure régionale compétente en matière de politiques sociales ; la direction générale assure la coordination de ce processus ainsi que la cohérence avec les besoins de santé et la compatibilité avec les ressources disponibles.

La fonction d'attribution de la fourniture des services est le moteur du changement, car elle peut accélérer l'évolution des services appropriés et efficaces nécessaires à l'amélioration de la santé de la population concernée et orienter toute l'activité du service sanitaire régional vers cet « objectif santé » qui est la priorité du plan socio-sanitaire.

Le but de l'attribution à des tiers de la fourniture des services est d'optimiser les ressources afin d'améliorer la santé et de prévenir les maladies, par l'acquisition et la négociation des services nécessaires ou bien en cherchant d'associer d'autres organismes, dans le cadre d'un système qui considère le bien-être d'une population donnée comme une des priorités de l'ensemble du système social et non seulement de la santé.

Pour que le succès de l'attribution à des tiers de la fourniture des services soit assuré, les conditions suivantes doivent être réunies : regrouper d'un point de vue organisationnel et fonctionnel toutes les fonctions qui sont aujourd'hui exercées par plusieurs districts ou par d'autres structures techniques de l'agence USL ; réorganiser les activités du système d'information du district, y compris le système relatif au relevé des activités d'intégration socio-sanitaire ; préciser les modalités de vérification des activités et de suivi des accords de fourniture passés par contrat. Le district sera chargé des tâches d'identification et d'évaluation des besoins des résidents, et doit être strictement en contact avec les autres districts et agences préposés aux évaluations épidémiologiques.

Les connaissances des médecins généralistes, des pédiatres à choix libre et des professionnels de santé conventionnés relatives à la gestion clinique des maladies afférentes aux premiers soins seront utiles aux fins de la définition du point de vue qualitatif et quantitatif des volumes des prestations et des activités nécessaires pour faire face aux pathologies les plus répandues.

L'hôpital

Face aux changements qui concernent désormais tout le cadre dans lequel l'hôpital évolue, une profonde révision de son rôle futur paraît urgente.

L'hôpital que nous avons connu pendant ces dernières décennies est destiné à changer profondément sous la pression d'une demande croissante d'autonomie dans les choix fondamentaux et d'intégration entre hôpital et territoire, susceptible d'assurer une continuité des soins et d'assistance.

Les problèmes relatifs aux postes vacants dans le domaine médical (anesthésistes, radiologues, cardiologues, etc.) et de l'assistance (infirmiers professionnels, techniciens des services, etc.) dus à de mauvais choix de programme au niveau central et universitaire, imposent une révision des choix d'organisation débouchant sur la création de départements au sein et en dehors de l'hôpital (départements structurels, mixtes, interentreprises, organisés par objectifs).

L'exigence de continuité des soins et d'égal accès aux prestations constitue l'un des éléments fondamentaux du processus de transformation.

Un autre élément important est sans aucun doute l'aspect technologique, étant donné que l'hôpital est le lieu où sont concentrées les technologies de pointe, bien qu'il soit nécessaire de permettre l'accès à celles-ci d'une grande partie de citoyens.

Il faudra donc définir à l'avenir des modèles d'organisation différents des modèles actuels où s'estomperont les différences entre la complexité des prestations fournies et la dimension des centres de soins, entre la spécialisation et une gestion autonome des traitements ainsi qu'entre la territorialité et la répartition des spécialisations.

Dans ce contexte, le défi lancé aux professionnels du secteur semble beaucoup plus complexe, car il exige une ouverture culturelle, une capacité d'accepter le risque et une détermination dans la création de nouveaux systèmes de valeurs de référence et reconnaît dans l'usager un interlocuteur à même de choisir et de juger.

Diverses hypothèses peuvent être avancées sur une future organisation optimale de l'hôpital.

La première hypothèse accorde une attention particulière au lien entre hôpital et milieu social de référence sous le profil du management hiérarchique, à partir de la vérification périodique des missions de l'entreprise, de l'importance du rôle – positif ou négatif – des institutions (core business) et des processus de sélection des problèmes en regard des défis environnementaux.

Une autre hypothèse tend en revanche à privilégier le système social dans son ensemble et présente deux articulations principales :

- la première est issue de l'expérience de l'État-providence de l'après-guerre en Europe occidentale, avec un système sanitaire national organisé autour d'un fort pouvoir de l'État directement responsable des soins fournis aux citoyens ;
- la deuxième, plus récente, vient d'être introduite en Italie et considère le système social global comme un réseau de nœuds où l'hôpital n'est que l'un de ces nœuds. Ce système social exprime au mieux le processus d'adaptation autonome et réciproque en fonction des besoins de la population, dans le cadre d'une redéfinition constante des actions en matière d'assistance définies sur la base du choix du demandeur (district) parmi tous les services offerts par les structures publiques et privées.

Un premier aspect qui mérite d'être pris en considération concerne le problème fondamental propre à chaque organisation, c'est-à-dire la manière d'harmoniser les raisons individuelles et les raisons de la collectivité, un problème crucial actuellement pour l'hôpital, du fait du changement radical de ses objectifs.

Le vécu des citoyens est intimement lié à celui des professionnels et inversement la gestion du personnel a des répercussions directes sur les usagers ; le problème est de savoir comment améliorer les relations de confiance entre médecins et patients.

Afin de définir le rôle de l'hôpital et, par conséquent, sa structure organisationnelle, il sera de plus en plus nécessaire de faire appel à une analyse épidémiologique des besoins de santé qui sont parfois inexprimés et qui ne coïncident pas toujours avec la demande effectivement adressée aux professionnels de santé.

Un deuxième aspect significatif de la nouvelle vocation de l'hôpital, qui découle en partie de l'aspect susmentionné, a trait au territoire et concerne la promotion de la santé considérée, conformément aux prescriptions de l'Organisation mondiale de la santé, comme le bien-être de la personne du point de vue physique, psychique, de l'intégration sociale et de l'humanisation des services.

Il importe d'attirer l'attention sur les problèmes relatifs à la pertinence des prestations, mais également de développer davantage des modèles d'organisation et d'assistance susceptibles d'encourager la pertinence des modèles d'assistance aux exigences des citoyens concernés.

Il sera donc nécessaire de diversifier l'offre même en fonction de la qualité constatée et des caractéristiques des usagers. Si l'offre en matière d'hospitalisation de jour (hôpital de jour) pour une opération de la cataracte peut sembler appropriée pour un jeune patient, pour une personne âgée cela entraînera des problèmes dont la solution n'est pas aisée.

De plus l'hôpital participera sur un pied d'égalité, en tant qu'acteur ou partenaire scientifique, à des initiatives de promotion de la santé parmi le grand public dans les domaines de la prévention et du traitement des maladies.

La structure de l'offre sanitaire, et notamment celle hospitalière, doit donc être fonction des besoins généraux de la santé de la population, sur laquelle influent, de manière plus ou moins importante, des facteurs externes tels l'âge, l'environnement, le travail et les loisirs.

La médecine moderne se trouve aujourd'hui confrontée à la nécessité de garantir la continuité des soins et l'information du malade et d'évoluer dans des contextes hautement spécialisés et nécessitant des technologies de pointe.

Les formes d'organisation adaptées à ces deux nécessités sont différentes et ne sont pas forcément compatibles entre elles.

À titre d'exemple, l'on peut affirmer que les pathologies chroniques n'exigeant pas de traitements complexes devraient être traitées principalement en dehors de l'hôpital, même si elles doivent pouvoir compter sur une technologie et une compétence professionnelle de haut niveau.

La plupart des affections chroniques exige par ailleurs le recours à des compétences différentes, pour partie non médicales et pour partie non sanitaires. La condition de la communication est donc nécessaire aux fins de la qualité du service et du rapport avec les citoyens.

Lors de la définition des modèles de fonctionnement des hôpitaux et des modèles d'intégration entre hôpital et territoire, l'on est confronté à la contradiction selon laquelle la plupart des professionnels de santé exercent à l'hôpital est sont peu habitués à fournir des prestations en dehors de ce dernier dans un centre qui ne dispense pas des soins spécialisés, tandis que la demande de traitement provient essentiellement du territoire et exige le recours à des professionnels de santé et à la technologie hospitalière d'une manière ciblée.

Le problème fondamental est donc de définir les actions cliniques et d'assistance ayant pour objet le maintien d'un niveau

adéquat et suffisant de santé et d'autonomie du patient, sous la conduite d'un responsable du processus (*owner of the process*) qui puisse assurer la réalisation des objectifs fixés (district).

Même si à court terme l'on peut envisager plusieurs types d'hôpitaux, le modèle idéal reste le modèle technologique ; à l'avenir, les autres hôpitaux devront disparaître et être englobés dans l'activité territoriale, de manière à laisser à l'hôpital (pour la partie ne relevant pas de l'hôpital de jour ou du dispensaire) l'exercice des activités technologiques de pointe non seulement dans le domaine chirurgical, mais également pour ce qui est de la médecine pour malades aigus.

Les éléments fondamentaux qui seront pris en compte en vue de redéfinir les missions de l'hôpital sont les suivants :

1. L'intensité du traitement ;
2. La classification des cas traités ;
3. L'accès aux technologies complexes au sein d'un système en réseau ;
4. Le dimensionnement opérationnel ;
5. Le modèle organisationnel ;
6. L'exigence pédagogique.

Pour ce qui est enfin du chevauchement de certains services fournis par l'hôpital et des fonctions propres à d'autres niveaux d'assistance, il importe d'assurer une continuité des soins qui offre au citoyen plusieurs possibilités mais ne contribue pas à donner une vision organique et rationnelle du service.

Les problèmes ayant trait à la rééducation, au long séjour ainsi qu'aux activités d'hospice attirent particulièrement l'attention non seulement en raison de la grande vulnérabilité des personnes concernées mais également du fait que les carences constatées dans ces services pénalisent l'efficacité de gestion de l'hôpital.

En particulier, pour ce qui est de la rééducation, en Vallée d'Aoste les modes d'organisation du service doivent tenir compte des principes suivants :

- La rééducation extensive et intermédiaire en dehors de l'hôpital ;
- La rééducation intensive, au sein de l'hôpital, de la rééducation intensive pour les pathologies graves (avec le recours à des structures mono- ou poly-spécialisées) ;
- L'introduction dans l'hôpital de la rééducation spécialisée.

Le développement de ces hypothèses quant aux modes d'organisation du service vise l'amélioration de l'intégration au sein de l'hôpital (diagnostic, thérapie médicale ou chirurgicale, rééducation intensive) et la territorialisation des soins.

Pour ce qui est de l'organisation interne de l'hôpital, compte tenu des dispositions du décret législatif n° 229 de 1999 et de la loi régionale n° 5 de 2000, qui préconisent une organisation efficace par départements, il sera nécessaire de mettre sur pied une organisation de ce type, notamment en vue de confier aux médecins des responsabilités de gestion.

Le nombre de spécialités et de sous-spécialités médicales et chirurgicales est en augmentation constante et seulement la collaboration entre spécialistes et sous-spécialistes peut assurer aux citoyens une assistance moderne.

Du point de vue organisationnel et gestionnaire, les départements permettent de surmonter les facteurs de blocage et de dysfonctionnement dans les différents services ainsi que les difficultés découlant de l'attribution sous conditions de personnel et d'équipements à chaque spécialité, ce qui n'a pas manqué d'entraîner des coûts élevés et des carences en termes d'efficacité. Par ailleurs, l'attribution des lits aux différentes spécialités tend à prolonger les séjours hospitaliers et à augmenter les coûts, à une époque où les modernes techniques chirurgicales et les nouvelles méthodologies d'organisation permettent de réduire le nombre de lits nécessaires et de dégager des économies sur les frais d'hospitalisation.

Les avantages d'une articulation en départements seront importants même du point de vue de la recherche et de l'activité pédagogique ; elle peut en effet servir à la recherche biomédicale, qui se révèle fondamentale pour la réalisation d'une politique efficace de développement et d'amélioration de l'activité d'assistance.

Il sera donc nécessaire de poursuivre l'intégration des données découlant des études disponibles (médecine basée sur les

données scientifiques) et l'activité clinique, définie à la lumière de l'expérience de chaque médecin et l'évaluation des préférences du citoyen et du rapport efficacité/coût des procédures.

L'évaluation de l'activité accomplie devra tenir également compte de la satisfaction des usagers, du degré d'adaptation, de l'humanisation et de la qualité de la vie à l'hôpital.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication représentent une chance fondamentale en vue de renforcer la confiance du citoyen vis-à-vis du médecin, dans les services sanitaires et dans l'hôpital en tant que service public.

Il convient d'informer systématiquement les citoyens sur la possibilité d'accéder aux services sanitaires, de les informer sur les maladies et les traitements thérapeutiques et de faire en sorte que s'établisse entre le médecin et le patient une collaboration fructueuse.

Le modèle théorique idéal d'organisation professionnelle moderne s'inspire des principes de l'information et de la responsabilité, et remplace la plupart des mécanismes autoritaires et bureaucratiques de contrôle. L'information et la communication permettent d'orienter le comportement des professionnels vers les objectifs stratégiques de l'agence, en vue d'assurer un service efficient et efficace.

Ces considérations confortent l'idée qu'une approche axée exclusivement sur l'hôpital serait totalement fautive : l'hôpital devra toujours plus s'adapter au relèvement du niveau d'éducation et de revenu des citoyens (que l'on songe par exemple à l'augmentation de la prévention ou de l'intérêt au traitement chez le citoyen).

L'organisation de l'hôpital, basée sur la décentralisation des fonctions, exige en effet un renforcement des capacités de liaison avec l'extérieur (téléconsultation, téléassistance) et une organisation différente des unités de production sanitaire qui ne sont plus en contact avec un milieu fermé (l'hôpital traditionnel), mais avec une multitude d'autres expériences et compétences.

On ne peut oublier, lors de l'illustration des lignes directrices du programme, de citer le projet de réalisation d'un réseau d'assistance sanitaire interentreprises et interrégional, susceptible de surmonter les problèmes qui découlent de la configuration du territoire, sont accentués par la difficulté de trouver les professionnels de santé nécessaires et se cristallisent sur la base des carences ou des doublons de l'offre sanitaire.

La chance offerte par la mise en réseau des structures d'assistance de la Vallée d'Aoste et du Canavais permet de répondre convenablement à ces exigences et d'assurer des structures capables de répondre de manière intégrée aux besoins d'assistance de la population concernée.

Le modèle expérimental et les motivations qui sous-tendent une hypothèse de ce genre sont illustrés dans un chapitre spécifique, à l'intérieur du chapitre sur les objectifs transversaux du présent Plan.

Le management dans le domaine sanitaire sert à fournir, par une amélioration de l'efficacité et une augmentation de la productivité, des réponses concrètes aux problèmes de santé des personnes et des différentes communautés ; il contribue, avec les autres types de connaissances, à gérer la répartition et l'emploi des ressources économiques, en vue d'une meilleure évaluation des coûts et des bénéfices.

Les systèmes de management sont des systèmes de connaissances, de compétences et de savoir-faire qui permettent aux professionnels de santé, s'ils sont utilisés correctement, d'optimiser les ressources pour obtenir de bons résultats après avoir franchi des étapes intermédiaires.

L'article 3, alinéa 1^{er} ter, du décret législatif n° 229 de 1999 précise ce qui avait été sanctionné par la législation précédente sur les principes de l'activité de gestion de la santé publique ; il énonce textuellement : « Le Aziende informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza e economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato ... omissis... ».

La nouvelle donne institutionnelle et économique impose le développement des compétences entrepreneuriales ayant trait à la gestion du budget, au contrôle de gestion, à la comptabilité analytique, au *reporting* (pour les centres de responsabilité et pour la direction), à l'évaluation et à l'analyse des données, à l'amélioration des flux d'informations, aux liaisons entre bilan et salaire de résultat, au soutien aux centres décisionnels, aux liaisons entre comptabilité générale et comptabilité analytique, à l'analyse de la rentabilité économique. Et ce, afin de mettre en conformité les objectifs de qualité des prestations fournies avec un bon niveau d'efficacité de la gestion des ressources.

Ce Plan envisage la nécessité d'approfondir la connaissance de certains outils du management de la santé afin que les dirigeants et les acteurs de l'assistance socio-sanitaire puissent s'inspirer, dans l'accomplissement de leurs missions, des principes suivants :

1. Le développement d'une culture professionnelle qui intègre les connaissances du point de vue clinique et de l'assistance avec les principes de la gestion correcte d'une agence de services ;
2. L'application de ces outils afin d'atteindre une répartition équitable du produit sanitaire qui repose sur l'obtention de niveaux d'efficacité satisfaisants grâce au choix d'options efficaces du point de vue social, du diagnostic, de la thérapie, de la rééducation.

Dans le cadre de la programmation régionale il a semblé important d'accorder une attention particulière à la phase de négociation des objectifs (budgeting), à la vérification de l'application (contrôle de gestion), ainsi qu'au rôle du centre d'évaluation.

Des paragraphes spécifiques de ce Plan sont consacrés à la mise en œuvre des lignes directrices et au lien entre ces dernières et la médecine basée sur les données scientifiques. Tout le Plan 2002-2004 repose sur les principes énoncés ci-dessus.

Le rôle des politiques sociales

Comme partout ailleurs en Italie, la Vallée d'Aoste connaît aujourd'hui des phénomènes complexes de mutation sociale, dus à des causes à la fois internes et externes à la réalité locale, qui entraînent des répercussions importantes sur l'organisation régionale.

Le premier phénomène a trait à l'évolution démographique qui, tout en tenant compte des mutations en cours en Italie, présente également des caractères spécifiques au plan local, pour ce qui est du vieillissement de la population et de la natalité, l'une des plus basses au niveau national.

L'autre phénomène, qui ne constitue plus désormais une exception mais une donnée constante de la réalité sociale régionale de ces dernières années, est l'immigration extracommunautaire, marquée par une forte présence d'irréguliers.

Dans ce cas, de nombreuses communautés d'immigrés, qui se caractérisent parfois par d'importants phénomènes de déviance, souhaitent intégrer le système économique et social régional et défendre leurs spécificités culturelles.

Le vieillissement de la population valdôtaine et la baisse des naissances influenceront toujours plus sur le cadre des besoins sociaux, tout comme les autres formes du malaise social qui, en dépit d'une situation favorable du point de vue socio-économique, sont liées à des difficultés croissantes dans la recherche d'un emploi, au risque de voir baisser le revenu familial et à l'existence de poches de pauvreté parfois méconnues.

Les outils traditionnellement utilisés pour faire face à ces phénomènes butent parfois sur une diminution, chez les personnes concernées, de la capacité de prendre l'initiative et d'établir des relations interpersonnelles, comme l'attestent souvent les cas de déviance liés aux dépendances et au malaise psychique.

Ces phénomènes, qui sont à l'origine des risques d'exclusion, peuvent être affrontés grâce à des politiques d'aide aux personnes et aux familles.

Il importe de noter que le degré de développement d'une zone est mesuré non seulement à l'aune d'indicateurs économiques traditionnels mais également en fonction de l'offre de services éducatifs, formatifs et sociaux.

À une époque marquée par des innovations technologiques extraordinaires et de fortes mutations dans l'organisation du travail et de la vie quotidienne, la capacité de conjuguer l'idée de liberté et d'égalité devient fondamentale, tout comme l'abattement des barrières qui paralysent la société au détriment des personnes les plus défavorisées, ainsi que la promotion de nouveaux réseaux de solidarité et d'intégration.

La cohésion sociale devient toujours plus un indicateur de civilisation, mais également un facteur de compétitivité économique.

Les politiques sociales s'inscrivent dans une logique de promotion de la qualité sociale et du développement global du pays, avec de profondes implications du point de vue de la création de nouveaux emplois.

En 1993 déjà, le plan Delors considérait l'esprit d'entreprise sociale comme un outil indispensable pour améliorer l'offre des services, face aux nouveaux besoins des personnes et des familles, en prévoyant la possibilité de créer quelque 3 millions de nouveaux emplois dans les pays de l'Union européenne (UE).

L'investissement le plus efficace dans la production des services, en vue d'améliorer la qualité de la vie des personnes les plus faibles et de leur famille, consiste à multiplier les initiatives dans le domaine de l'économie sociale, conformément, entre autres, aux objectifs de l'Union européenne pour la période 2000-2006.

Les actions dans le domaine de l'aide sociale en Italie sont actuellement caractérisées par :

1. Une disparité importante entre les différents systèmes locaux en matière de fourniture des services et de modes d'accès à ces derniers, qui a pour conséquence de rendre le lieu de naissance ou de résidence un facteur discriminant aux fins de la satisfaction des besoins sociaux ;
2. Des prestations fournies sur la base de l'appartenance à une catégorie donnée, avec des réponses différentes aux mêmes besoins, pour ce qui est également des traitements économiques accordés à titre permanent pour cause d'invalidité, d'âge ou d'absence de revenu ;
3. Un déséquilibre croissant entre prestations économiques, qui absorbent une grande partie des ressources, et la fourniture des services ;
4. Une fragmentation et une incertitude quant à l'attribution de compétences institutionnelles, au plan local et central, qui entraîne des retombées économiques négatives et une perte d'efficacité pour tout le système ;
5. Des actions parfois inadaptées aux attentes et aux besoins nouveaux, compte tenu de l'évolution démographique et des nouvelles stratégies de la vie familiale, marquées par une difficulté croissante de concilier vie familiale et vie professionnelle. Cela est à l'origine de l'écart de plus en plus béant entre le désir d'avoir des enfants et la décision de les mettre au monde ;

La situation régionale est caractérisée par une présence homogène des services sur le territoire ; le lieu de naissance ou de résidence n'a par ailleurs jamais été un facteur discriminant pour les personnes qui bénéficient des aides sociales.

Le volume de la dépense sociale exige une différente répartition de celle-ci au sein du modèle de l'État-providence, à travers la mise en place des processus de recomposition, de réorganisation et de qualification visés à la loi n° 328 de 2000, en vue de la réalisation d'un système intégré d'actions et de services sociaux au niveau national.

Les politiques sociales sont liées aux autres politiques menées au plan local (du logement, de l'éducation, de l'emploi) et rencontrent des problèmes découlant de la complexité objective de l'organisation institutionnelle et des incertitudes entre les modèles de gestion adoptés au fil du temps. Les solutions envisagées dépendent de choix d'organisation et sont difficilement applicables et ne peuvent être généralisées. L'organisme responsable des services a du mal à prendre part à un réseau intégré dans un domaine qui ne relève pas de sa compétence où les politiques sociales doivent s'appuyer sur des politiques et des services du ressort de tiers. L'histoire et la dimension territoriale des autres organismes qui gèrent les services sur le territoire ont conduit à une logique d'optimisation des ressources propres, sans que le dialogue avec les autres sujets ait été pris en considération.

Les lignes directrices sont les suivantes :

1. La constitution de synergies au sein de l'organisme ;
2. La réalisation d'actions à l'intention des personnes en difficulté, au sein du réseau des services au profit de l'ensemble des citoyens.

Cela comporte la mise en place d'accords entre les différentes institutions qui choisissent, compte tenu de leurs dimensions, entre production directe de services et création d'un circuit intégré de prestations, fournies par une multitude de sujets mis en réseau. Il faut souligner le rapport crucial avec l'agence sanitaire ; celle-ci est en effet la seule à atteindre des dimensions adaptées au type de services qu'elle fournit et il est évident que le déséquilibre organisationnel entre le plan social et le plan sanitaire a favorisé une véritable hégémonie, même du point de vue culturel, de l'approche sanitaire sur l'approche sociale. Les points critiques de l'intégration des politiques sociales se situent à différents niveaux de l'organisation du système :

1. Au plan régional :
 - Une complexité des procédures d'intégration du système des services sociaux et des autres systèmes des politiques sociales ;
 - Les difficultés à étendre aux sujets défavorisés l'offre intégrée des services disponibles ;
2. Au niveau local :
 - Une mauvaise visibilité des liens fonctionnels censés relier les services sociaux et les autres services communaux ;
 - Un retard dans la coordination et la rationalisation de l'accès des citoyens aux services et aux prestations du système informatisé de l'offre sanitaire.

Un autre problème est représenté, au niveau local et national, par la question de la répartition des responsabilités et des ressources entre les institutions publiques et privées, afin d'assurer un niveau de bien-être digne des pays civilisés qui présentent un degré important de différenciation interne.

Le système des services sociaux s'inspire du principe de l'universalité, en ce sens qu'il est organisé de manière à ce que tous les citoyens puissent bénéficier des services, et notamment ceux qui n'ont pas les moyens de satisfaire à leurs exigences ; il s'agit des personnes dépendantes ou inadaptées pour des raisons physiques ou psychiques, se trouvant en état de détresse et avec des difficultés d'insertion professionnelle ; ou bien des personnes que chaque communauté locale insère dans un régime de protection sociale, compte tenu de leurs besoins.

Le passage d'une société où les rôles du secteur public et du secteur privé étaient nettement séparés (et où le secteur public n'émanait que des actes contraignants) à une société où le public et le privé constituent les éléments d'un système complexe de responsabilités en vue de la création d'une société solidaire (sans confondre les rôles et les responsabilités propres à chaque sujet), exige le recours à des instruments qui évitent l'individualisme et le morcellement des interventions. Pour la réalisation des services et des prestations sociales sous une forme unitaire et intégrée, il importe d'adopter la méthode de la programmation des actions et des ressources, et de mettre l'accent sur le caractère opérationnel des projets, ainsi que sur la vérification et l'évaluation des résultats.

Le rôle des acteurs publics et les modes de participation des acteurs privés ne sont convenablement valorisés qu'au sein d'un système intégré de services sociaux.

Les acteurs privés du tiers secteur souhaitent pouvoir bénéficier davantage de la possibilité d'intervenir dans la gestion des services publics, en vertu de leur rôle et de leur capacité à représenter les exigences de la société, de repérer les nouveaux besoins, de nouer des relations avec les autres sujets de la communauté locale.

Il existe toute une série de raisons, positives ou négatives, qui appellent une refonte du système des services sociaux susceptible de transformer l'État-providence (*welfare state*) en *welfare community*.

Les trois raisons négatives concernent :

1. L'impossibilité de maintenir le niveau des prestations et leur qualité avec le système actuellement en vigueur où le secteur public est le principal, sinon le seul, fournisseur des services ;
2. L'impossibilité de faire confiance aux formes traditionnelles de participation à la gestion et au contrôle de la chose publique fondées sur l'idée de représentativité ;
3. L'impossibilité de considérer les bénéficiaires des prestations comme des usagers passifs ou bien comme de simples assurés sociaux.

Il est nécessaire de procéder à la distinction des différentes phases de réalisation des politiques sociales, et de laisser le soin de définir et de vérifier la mise en œuvre de ces politiques au secteur public – qui verra ainsi réduire son champ d'action mais renforcer ses capacités d'intervention – et confier la gestion à une multitude d'organismes publics ou privés, qu'ils soient ou non à but lucratif. Les acteurs du tiers secteur sont donc avantagés, car ils incarnent un esprit d'entreprise privé qui n'est pas tourné au profit économique et qui permet en même temps de réduire les coûts unitaires du service. Il importe enfin de prévoir, pour ce qui est du volet financier, une répartition des responsabilités entre collectivités publiques (Régions et collectivités locales), forces économiques privées, fondations et familles, qui devront contribuer de manière différente à la couverture des dépenses des services.

Une refonte des modes d'accès et de contrôle des citoyens, à titre individuel ou collectif, est par ailleurs envisagée quant à la définition des politiques sociales. Les dispositions sur les procédures administratives prévoyant des modes privilégiés de participation des associations (voir la méthode juridique de la concertation) confient aux associations de bénévoles ainsi qu'aux coopératives sociales un rôle fondamental en tant que partenaires dans la définition des lignes directrices et des standards de quantité et de qualité des services.

Les destinataires des services doivent donc jouer un rôle actif en assumant leurs responsabilités. La communauté d'appartenance est le référent et le lieu privilégié pour la solution des problèmes de la personne : le territoire ne doit pas seulement être considéré comme un ensemble d'usagers, mais également comme un réseau de relations interdépendantes, une communauté qui constitue en même temps le domaine où se manifestent les besoins et qui fournit les moyens propres à satisfaire ces besoins. Les associations de bénévoles et les coopératives sociales jouent le rôle de catalyseurs et de dispensateurs de ces ressources potentielles et dispersées.

Il existe trois raisons positives permettant de dépasser les trois clichés ci-dessous qui caractérisent la représentation collective du système public de l'État-providence en Italie :

1. La gestion politique comme synonyme de mal et la gestion technique de bien ; la solution est de remplacer autant que possible les politiciens par des techniciens ;
2. Le secteur public comme synonyme de mal et le secteur privé (ou secteur privé sans but lucratif) comme synonyme de bien, ce qui a pour conséquence une expansion du privé sans but lucratif qui s'accompagne, d'une manière inversement proportionnelle, d'une réduction de la présence du secteur public ;
3. Le bénévolat est gratuit. Il s'agit là d'une instrumentalisation qui vise à réaliser des économies dans le domaine public.

Pour ce qui est du premier aspect, les innovations du cadre normatif peuvent contribuer à une meilleure définition du rôle du politicien et du technicien et à une réévaluation de la fonction de la politique en tant que voie démocratique de médiation des intérêts exprimés par les multiples acteurs de la société civile.

Le deuxième aspect concerne la question de la privatisation (gestion des services de la part des particuliers qui peuvent passer des conventions avec l'administration publique) ou de l'externalisation des services publics (gestion publique indirecte qui vise à confier ces services à des prestataires spécialisés). Ce problème a été jusqu'à présent posé d'une manière erronée, d'autant plus que les réflexions avancées ont montré que la devise « plus de privé, moins d'Etat » est infondée. En montrant sans équivoque que les secteurs public et privé évoluent d'une manière directement proportionnelle, et que donc le renforcement et l'expansion d'un secteur s'accompagne du renforcement et de l'expansion de l'autre, la question est la suivante : sur quelles bases et dans quels domaines est-il nécessaire de confier à chacun les compétences et les responsabilités qui lui reviennent ? À ce propos, les associations de bénévoles et les coopératives sociales peuvent devenir un outil de rationalisation et de réorganisation du système d'allocation des aides publiques dans une communauté, et jouer le rôle de partenaires qualifiés d'un organisme public ayant une capacité décisionnelle renforcée.

En effet, les administrations publiques, de par leurs caractéristiques structurelles (faible flexibilité, grandes dimensions, attention aux actes formels) ont adopté toujours davantage dans ces dernières années une politique d'externalisation des services à la personne ; elles ont notamment confié aux particuliers œuvrant dans le domaine social une grande partie de la gestion des services au profit des personnes âgées, des mineurs, des handicapés, des toxicomanes ainsi que des immigrés.

Le troisième cliché enfin se fonde sur une interprétation superficielle du phénomène du bénévolat qui associe gratuité de la prestation bénévole et absence de coûts dans la fourniture du service. Cette conception est fautive pour deux raisons au moins : d'abord parce que le bénévolat a tout de même un coût non seulement en termes financiers mais également en termes de gestion et d'organisation ainsi que de programmation et d'exécution ; ensuite, parce que, bien qu'il soit essentiel, le bénévolat n'est pas toujours en mesure de mener à bien des missions d'ordre institutionnel qui exigent en revanche des garanties d'universalité, d'équité et de continuité qui sont propres à l'action publique. Les coopératives sociales et les organisations de bénévoles pourront agir d'une manière d'autant plus efficace que les particularités et les différences seront reconnues.

Les coopératives sociales, en particulier, présentent des avantages spécifiques par rapport aux administrations publiques ainsi qu'aux autres organisations du tiers secteur et surtout aux associations de bénévoles. Par rapport aux administrations publiques elles peuvent par exemple optimiser les coûts, grâce à une plus grande souplesse en termes organisationnels, et procéder à une rémunération plus contenue et plus juste du point de vue économique des facteurs de production.

Les coopératives sociales ont également l'avantage, par rapport aux autres organisations du tiers secteur, et notamment celles du bénévolat, de pouvoir œuvrer dans des secteurs où les besoins ne sont pas urgents à tel point qu'il devient indispensable de faire appel à l'esprit de solidarité à la base de l'activité bénévole. Un engagement de la part des organisations de bénévolat est donc impensable. Bref, la fonction principale des organisations du tiers secteur est de jouer les médiateurs entre la dimension publique et la dimension privée de la vie sociale, entre les citoyens et les institutions publiques, dont la fonction doit par ailleurs être revue à la lumière d'un rapport différent entre l'État en tant que communauté de personnes et l'État en tant qu'organisme. Par le passé, l'on estimait que l'État, en tant qu'organisme, englobait les citoyens, tandis qu'une conception moderne de l'État reconnaît que les organismes nationaux, régionaux et locaux font partie de l'État-communauté qui s'organise lui-même suivant des formes différentes. L'État en effet est l'ensemble des citoyens qui participent collectivement à la sauvegarde du bien commun avec les outils adéquats, parmi lesquels figurent les institutions publiques. Il est prioritaire qu'une partie importante du système public-privé des services s'articule autour d'un projet social spécifique relatif aux politiques de la famille : soutenir et rendre effectif l'activité d'assistance sans pour autant pénaliser les femmes au sein de la famille de manière à réduire le plus possible l'accueil dans des structures publiques des personnes faibles ou dépendantes. Il ne faut pas oublier non plus que le bien-être des personnes faibles dépend du bien-être des autres membres de la famille. Ce projet comporte la réalisation d'une organisation sociale qui parvienne à faire interagir les familles avec les services publics et les acteurs privés, en accordant une attention particulière au tiers secteur. Les savoirs et les savoir-faire des professionnels devront se confronter avec la nécessité de créer de nouveaux services susceptibles de dépasser la logique du guichet. Il faudra rechercher et instaurer une collaboration plus étroite avec tous les acteurs, en dépassant les logiques strictement contractuelles.

Il faut par ailleurs élargir le champ des besoins en question aux différentes formes de malaise propre aux personnes « nor-

males » : les mutations sociales, économiques, démographiques et culturelles en cours ont en effet désormais considérablement multiplié les formes de malaise chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées bien au-delà des formes connues et sur lesquelles s'est axée jusqu'à présent l'offre des services ainsi que la formation des professionnels.

Il est donc nécessaire de réorganiser l'offre des services en tenant compte d'une plus grande disponibilité à l'écoute, au dialogue, à l'information, au conseil, à l'orientation et à l'accompagnement à travers de centres plus souples et répandus sur le territoire, ouverts à tous les citoyens.

De tout ce qui précède il ressort que l'objectif principal du plan est de concevoir et de réaliser un système de services pour les Valdôtains, là où l'universalisme de l'offre est parfaitement cohérente avec une contribution différenciée aux dépenses de santé.

La redéfinition des rôles que chaque acteur doit assumer au sein des politiques sociales pose à nouveau le problème de la qualité des services.

Il est essentiel dans un système complexe de porter l'attention sur la qualité des services sociaux :

- Le secteur public agit toujours davantage en étroite collaboration avec le secteur privé sans but lucratif et, le cas échéant, avec le secteur privé à but lucratif ;
- Une utilisation efficace et efficiente des ressources devient de plus en plus nécessaire ;
- L'usager devient citoyen, et, par-là même, un acteur qui interagit avec les fournisseurs des services.

Lorsque l'on veut définir la qualité dans le domaine des services sociaux, il importe de considérer qu'il serait une erreur d'y appliquer la logique de l'entreprise ou du commerce.

Les services publics n'obéissent pas aux mêmes lois que le marché libre, car cela signifierait ne pas prendre en compte les valeurs de la solidarité et du respect des personnes, quelle que soit leur condition personnelle, sociale, ethnique et culturelle.

L'on peut donc définir les critères de qualité relatifs aux services sociaux :

- L'équité ;
- La satisfaction du citoyen ;
- L'efficacité des prestations ;
- L'efficace, qui englobe l'idée d'accessibilité aux prestations en termes de facilité, clarté, respect, rapidité et attention aux besoins.

En vue de l'évaluation de la qualité des services, il convient d'analyser toutes les phases intermédiaires et non seulement le produit final ; ce dernier peut en effet ne pas satisfaire aux attentes, même si des méthodes et des outils perfectionnés sont utilisés.

L'appréciation du service dans sa globalité est donc importante dans la mesure où elle met en évidence la capacité d'autoévaluation de tous les acteurs ayant participé aux actions relevant du social.

Dans le domaine des services, par ailleurs, les indices importants de la qualité sont également la relation, la communication, le rapport, l'écoute et l'investissement des ressources humaines.

Cela signifie que, pour évaluer la qualité dans le secteur des services sociaux, il convient de prendre en compte deux paramètres complémentaires, le premier plus technique et scientifique, pouvant être aisément mesuré, l'autre plus intuitif et émotif, lié aux rapports interpersonnels.

En effet, la qualité n'est pas l'affaire des techniciens et des spécialistes mais du citoyen et est fonction de la réponse, même partielle, donnée aux besoins ou aux problèmes réels.

Enfin, l'on peut définir des lignes directrices des politiques sociales en Vallée d'Aoste, compte tenu du fait que l'objectif à atteindre est l'autonomie de la personne et son droit à l'autodétermination.

1. L'égalité des chances et le droit à l'individualité :

- Les services doivent viser à améliorer l'égalité des chances pour les citoyens, indépendamment de leurs conditions, suivant les dispositions de l'article 3 de la Constitution, de façon à ce que tous les usagers, dans les limites du possible,

aient les mêmes opportunités d'essor individuel. Tout un chacun doit être à même de décider de manière autonome de sa propre vie, suivant ses besoins, son échelle de valeurs et ses propres capacités.

- Les conditions individuelles de départ sont différentes, tout comme les besoins et les objectifs personnels. Il faut accorder à chacun le droit à son individualité et, dans le cadre de l'aide sociale, le droit à des solutions individualisées des problèmes.
2. L'aide à la personne afin que celle-ci puisse satisfaire de manière autonome ses propres besoins :
- Les services doivent être axés sur le principe selon lequel les citoyens adultes peuvent et doivent pourvoir de manière autonome à assurer leurs besoins et éventuellement les besoins de leur milieu familial, qui a le droit d'être aidé. Et ce n'est que dans le cas où cette autonomie individuelle ferait défaut que la collectivité doit trouver les moyens de veiller, suivant le principe de la subsidiarité, à assurer l'autonomie des personnes.
 - L'aide aux personnes, pour qu'elles puissent recouvrer leur autonomie implique, outre les moyens financiers, les connaissances et les savoir-faire. Les informations et les conseils des services sociaux sont donc un important outil de maintien ou de recouvrement de l'autonomie de la personne. Il faut faire en sorte que l'offre d'informations et de conseils soit accessible à tous, de façon à faciliter la tâche de ceux qui en ont besoin.
3. La priorité de la prévention et de la coordination interdisciplinaire.
- Le but général de l'activité des services sociaux est de prévenir l'émergence des besoins et de pallier les difficultés existantes. Le but est d'arriver à dépasser une logique de soins au profit d'une logique de prévention en termes pratiques et théoriques. Les problèmes doivent être abordés et résolus le plus rapidement possible là où ils se manifestent.
 - La prévention doit être considérée comme un devoir pour toute la société. Le but est de réaliser une meilleure coordination entre l'offre des services sociaux, publics et privés, et les services du domaine de la santé ; par ailleurs, une plus grande coopération est souhaitable avec les autres institutions de la société, dans le domaine de l'éducation, de la formation, de la justice et du travail.
4. Une attention accrue au milieu environnant plutôt qu'une lutte contre les symptômes :
- L'aide sociale ne doit plus uniquement se concentrer sur certaines catégories de personnes en difficulté. La logique de l'aide sociale doit aujourd'hui laisser la place à une vision plus globale qui prenne en compte la vie des personnes dans son ensemble et l'émergence des problèmes et qui oriente l'offre de l'aide en fonction des cas et du milieu. La collaboration interdisciplinaire représente dans ce contexte un élément important.
5. La proximité des citoyens et l'adaptation de l'aide aux besoins :
- Toutes les prestations sociales doivent s'inspirer du principe de la proximité des citoyens. Les prestations doivent être fournies le plus près possible du domicile des personnes concernées et doivent s'adapter le plus possible aux besoins particuliers. C'est pourquoi les besoins doivent être recensés au sein des communautés locales, là où vivent les personnes.
 - Le principe de la proximité des citoyens conduit à la définition des priorités suivantes pour ce qui est des prestations d'aides : l'offre d'une aide institutionnalisée qualifiée ne doit intervenir que lorsque les différentes formes d'aide à l'autonomie de la personne et les réseaux sociaux de soutien ont accompli leur mission. Dans un premier temps, et dans la limite du possible, l'aide doit être dispensée au domicile de l'intéressé ou bien dans un centre de jour. Le principe est le suivant : aider les personnes le plus possible à leur domicile ou dans un centre de jour et, le cas échéant, dans un établissement d'hébergement, pour le temps qui est strictement nécessaire. Même pour l'assistance dans un centre de soins, il faut envisager une offre le plus possible décentralisée, compte tenu du critère d'économie.
 - Les personnes en difficulté devraient pouvoir choisir, dans le cadre des possibilités et des structures disponibles, les prestations et les prestataires susceptibles de mieux répondre à leurs exigences personnelles.
6. L'information et la sensibilisation de la population :
- La condition *sine qua non* pour que les offres d'aide puissent être mis convenablement à profit est que les citoyens soient dûment informés quant à leur existence et quant aux différentes possibilités d'y accéder. Les informations sur les prestations des services sociaux doivent être diffusées de façon adéquate sur le territoire, doivent pouvoir atteindre le plus grand nombre possible de citoyens, être lisibles et éclaircir l'offre des aides.
 - Les services sociaux sont chargés d'une mission importante : sensibiliser la population, moyennant une information adéquate, sur les besoins et les problèmes des personnes démunies.
7. La création d'un réseau de solidarité :
- Dans une société solidaire, la responsabilité sociale ne doit pas échoir exclusivement aux personnes compétentes, mais

doit devenir un devoir de chaque citoyen. Il s'agit de promouvoir et de développer un esprit solidaire et non seulement d'organiser les aides. La disponibilité des citoyens à prendre en charge les exigences des autres, sans se limiter à mettre en avant leurs propres intérêts, fait partie d'un « capital social » qui doit se mettre en place en vue d'améliorer efficacement la qualité des services. Dans ce contexte, le centre des services pour les bénévoles de la Vallée d'Aoste joue un rôle important pour le soutien qu'il fournit aux associations de bénévoles ainsi qu'aux collectivités locales pour ce qui est des initiatives ayant un impact social élevé.

Les services de l'aide sociale ne doivent pas être confondus avec les actions d'aide économique. Il est en revanche nécessaire d'inscrire les prestations sociales (au profit des personnes et des familles) dans un cadre plus large des services visant la promotion, le traitement et l'intégration sociale des personnes en difficulté et de favoriser la capacité de celles-ci de faire face aux problèmes d'une manière autonome. À cette fin, les allocations économiques éventuelles devront être définies dans le cadre d'un projet plus large de soutien qui vise à résoudre le problème de la dépendance des aides et à éviter que les allocations soient liées à de pures et simples vérifications formelles.

Les services et les travailleurs sociaux devront analyser globalement les demandes d'aides, recenser les problèmes à affronter et, compte tenu des priorités définies du point de vue politique et en fonction des ressources disponibles, intervenir, par le biais de projets, suivant la méthode de travail définie par projet. Lors des différentes phases d'application du Plan, une distinction nette devra être faite entre responsabilités politiques et responsabilités de gestion, de façon à ce que les responsabilités soient clairement définies au sein du système des services et qu'une meilleure vérification des résultats soit assurée. Il faudra par ailleurs procéder à une analyse systématique des retombées économiques des décisions et de leur impact du point de vue social. À cet effet, la Région fournit les critères et les aides nécessaires pour favoriser les processus de vérification et d'évaluation systématique des services et des bénéfices au profit des personnes, des familles et des communautés locales.

LES RESSOURCES

Les ressources humaines

Les personnels jouent un rôle de premier plan dans le cadre de l'assistance sanitaire, car le facteur humain constitue un élément essentiel susceptible d'agir directement à la fois sur la quantité et sur la qualité de l'assistance dispensée, ainsi que sur le degré de satisfaction des usagers qui bénéficient des différents services.

Le processus de transformation du système sanitaire et de l'administration publique exige la valorisation et l'exploitation judicieuse des ressources humaines et ce, par la mise en place de stratégies qui soient en cohérence avec les principes directeurs du service sanitaire national et qui comportent des retombées positives aussi bien pour le système productif que pour notre société.

Sur un plan plus strictement local, l'analyse du cadre où évoluent les moyens humains – compte tenu aussi de la pénurie de certains profils professionnels dans le domaine de la santé – permet de dégager les priorités suivantes :

- Évaluation ponctuelle des besoins ressentis par chaque profil professionnel, eu égard aux dépenses particulièrement élevées que les personnels doivent supporter ;
- Développement d'une culture et d'un savoir-faire professionnel accrus, en vue d'améliorer la qualité de l'assistance de district sur le territoire ;
- Renforcement des compétences et des capacités professionnelles de façon à garantir des soins appropriés et l'utilisation efficace des technologies innovantes en matière de santé ;
- Développement d'une programmation ad hoc qui concerne les cours de formation de base, de manière à assurer une dotation suffisante en personnels et éviter ainsi la distorsion engendrée par un excès d'offre concernant certains profils professionnels ;
- Utilisation plus équilibrée des ressources humaines en fonction des postes prévus par contrat.

Dans l'ensemble, sur le plan des objectifs opérationnels, il importe de :

- Mettre en œuvre des politiques aptes à définir des niveaux de responsabilité individuelle et collective – compatibles avec les ressources disponibles –, susceptibles de couvrir le territoire de façon homogène et de répondre aux besoins du public ;
- Renforcer la formation, en vue de remédier au manque de certains profils professionnels indispensables, tout en assurant la fourniture des services ; mettre en place de nouveaux services et donner une nouvelle impulsion à la culture professionnelle, en vue d'achever le processus de transformation de l'USL en agence.

Pour ce qui est de la formation, la réorganisation du système sanitaire – amorcée suite au décret législatif n° 502/1992 et poursuivie avec le décret législatif n° 229/1999 – ainsi que l'évolution des rapports de travail au sein de l'administration publique ont entraîné, comme chacun le sait, des modifications importantes du point de vue institutionnel et organisationnel.

Il est notoire que la formation constitue l'élément clé de tout processus d'innovation qui touche les institutions et leur organisation. De ce fait, aucune transformation majeure de ces dernières ne peut aboutir si elle n'est pas accompagnée d'un processus parallèle de formation impliquant les destinataires, les enjeux, les méthodes et les objectifs principaux de cette transformation.

La qualification des opérateurs, à travers leur professionnalisation et leur formation de base, permet d'améliorer constamment les valeurs de référence en servant d'appui aux programmes de développement des services.

En ce qui concerne la formation de base, la Région autonome Vallée d'Aoste se propose de renforcer la collaboration avec l'université à travers la rédaction de protocoles d'entente visant :

- La formation de base dans le cadre du diplôme universitaire ;
- La formation de médecins spécialistes ;
- La définition des besoins des opérateurs en termes de formation, compte tenu des nécessités de la programmation régionale et de l'apprentissage effectué auprès des structures de l'USL.

Ce type d'activité tiendra compte, au cours des trois années de validité de ce plan, de l'institution et de la mise en service de l'« Università della Valle d'Aosta – Université de la Vallée d'Aoste ».

De plus, des conventions conclues entre la Région autonome Vallée d'Aoste et l'Université de TURIN définiront les modalités d'organisation des cours universitaires annuels de recyclage en médecine de la montagne, destinés aux titulaires d'une licence en médecine et chirurgie, dans le but de développer des savoir-faire spécifiques chez les personnels préposés au secours sanitaire en montagne.

Toujours dans le secteur des services de secours sanitaire, la Région autonome Vallée d'Aoste devra se doter de nouveaux outils opérationnels pour la qualification des bénévoles œuvrant dans le secteur susmentionné et ce, afin d'améliorer, par la mise à jour des cours de formation, le service fourni. Ce dernier est par ailleurs en mutation constante en raison de la demande en matière de santé et des avancées scientifiques et technologiques.

Pour ce qui est de la formation des médecins généralistes, la Région autonome Vallée d'Aoste, compte tenu des spécificités propres au rôle qu'ils jouent, entend mettre en place une formation visant :

- L'amélioration des relations entre médecins et usagers, notamment en ce qui concerne les malades se trouvant dans un état critique et les malades en phase terminale ;
- La rationalisation des diagnostics et des actions thérapeutiques ;
- La réalisation d'une parfaite intégration des établissements sanitaires au sein du territoire ;
- L'intégration du système épidémiologique et de celui de l'information ;
- L'acquisition de compétences spécifiques en matière de gestion et de budget.

Les ressources humaines devant suivre une formation dans notre région sont peu importantes ; c'est pourquoi il conviendrait de passer des accords ad hoc avec la Région Piémont, de façon à prolonger l'activité de formation en Vallée d'Aoste par des cours organisés auprès des structures piémontaises.

L'USL peut donc miser sur la formation continue de ses opérateurs, en vue de promouvoir et de renforcer le processus d'innovation et d'adaptation constante aux changements qu'entraînent l'évolution de la demande en matière de santé publique et l'avancée des connaissances scientifiques et technologiques.

Les parcours et les actions de formation au niveau des entreprises doivent être élaborés en harmonie avec les objectifs généraux que chaque année la Région autonome Vallée d'Aoste se fixe, car la formation continue comporte :

- Le recyclage professionnel, c'est-à-dire les activités qui suivent la formation de base, susceptibles de fournir les compétences nécessaires à la vie professionnelle ;
- La formation permanente, c'est-à-dire les activités tendant à améliorer les connaissances et savoir-faire cliniques, techniques et de gestion des professionnels de santé.

La Région autonome Vallée d'Aoste, dans le cadre des objectifs généraux qui visent la formation continue, estime que la priorité doit être accordée aux actions qui favorisent le processus de réorganisation de l'USL, et notamment :

- La gestion économique ou suivant le modèle entrepreneurial des structures et des services ;
- La programmation, la gestion du budget et le contrôle de l'entreprise ;
- L'organisation du travail par étapes successives : l'attention est portée non seulement à chaque prestation en tant que telle, mais aux usagers, à l'ensemble des actions thérapeutiques et des diagnostics, ainsi qu'à l'efficacité et à la qualité des soins dispensés ;
- L'amélioration des relations entre les opérateurs sanitaires et les usagers ;
- L'intégration et la valorisation des ressources humaines et du travail en équipe ;
- Le contrôle, la révision et l'amélioration de la qualité considérée comme une méthode habituelle de travail ;
- L'introduction, le renforcement et l'utilisation systématique de lignes directrices, appliquées aux tableaux cliniques, dans les actions thérapeutiques et les diagnostics ;
- Le système de l'information et la gestion de l'équipement informatique ;
- La formation, dans un esprit d'entreprise, des catégories de personnels qui sont directement impliquées dans la gestion des services et des ressources.

Il est évident que la totalité des professionnels de santé doivent pouvoir bénéficier des stages de formation, en fonction de leur savoir-faire et de la mission qu'ils accomplissent. L'accès des personnels aux cours de formation doit être modulé selon des critères de conformité et de priorité qui tiennent compte des fonctions exercées et de la nécessité d'acquérir les connaissances et les savoir-faire prévus, en vue d'exercer les fonctions précitées.

Des initiatives pourront être lancées qui, par leur contenu, leur méthode et leur grille d'évaluation, permettront de mettre au point des modules de formation profitables aux services déployés.

L'USL devra accorder une attention toute particulière à des initiatives telles que l'organisation de stages et de cours, organisés par des établissements implantés en dehors de la région, susceptibles de générer les compétences et les savoir-faire nécessaires.

Comme il a été dit plus haut, le décret législatif n° 502/1992 modifié et la loi régionale n° 5/2000 ont achevé le processus de transformation de l'USL en agence, en attribuant aux agences sanitaires une autonomie managériale et en chargeant leurs directeurs généraux de l'organisation interne, y compris la gestion des ressources humaines.

Dans le milieu social, bien plus que dans toute autre entreprise, les personnels constituent une ressource majeure, dans la mesure où la qualification professionnelle et la motivation des opérateurs exercent une influence positive sur la qualité des services rendus aux usagers : à partir du moment où les personnels dispensent une aide personnalisée, les relations entre ces derniers et les citoyens jouent un rôle primordial et contribuent à ce que les réponses soient, dans l'ensemble, adaptées à chaque besoin.

La complexité du système social et la multiplicité des besoins des populations, en constante évolution, exigent donc des réponses innovantes, souples et diversifiées. En conséquence, investir dans les ressources humaines – adaptées du point de vue tant de la qualité que de la quantité – et dans leur formation continue devient une priorité essentielle.

La Région autonome Vallée d'Aoste se propose de tout mettre en œuvre pour que les usagers et les prestations auxquelles ils ont droit deviennent l'objectif prioritaire des opérateurs, qu'ils soient techniciens ou préposés à l'administration. Pour ce faire, les gestionnaires des services doivent pouvoir disposer de personnels qualifiés et motivés, disposant des compétences professionnelles aptes à servir une société dynamique pour ce qui est de la lisibilité des différentes situations, des projets, de la programmation, de l'organisation, de la gestion, de la vérification et de l'évaluation.

Une attention toute particulière doit être accordée aux actions transversales : telles que l'intégration socio-sanitaire, l'interaction entre les services d'aide sociale et les établissements scolaires, le multiculturalisme en tant que caractéristique indéniable de notre société, la création et l'épanouissement de services innovants en termes d'offre et de modalités de gestion, les critères de qualité, la réalisation d'études et de recherches, l'expérimentation ainsi que les échanges d'expérience sur le plan interrégional et communautaire.

Il ne faut pas pour autant oublier que la formation au sens plus large du terme, considérée comme un instrument d'optimisation des ressources humaines et d'évolution organisationnelle, est également destinée aux instances institutionnelles qui ont pour mission de définir les objectifs et de gérer les différentes actions.

Pour atteindre ces résultats, il est possible de faire appel à différents outils de développement du personnel, même s'il convient de souligner qu'aucun des aspects liés à la rémunération n'est pris en compte par ce plan : formation de base, requalification et recyclage professionnel, coopération avec l'université ou stratégies de recrutement des effectifs.

Pour ce qui est de la formation de base, le processus d'apprentissage qui précède toute activité professionnelle (première formation) est destiné à ceux qui sont habilités à exercer des fonctions nouvelles dans le cadre des services, nouveaux ou existants, tels que les assistantes maternelles à domicile, les médiateurs interculturels ou les aides aux personnes handicapées.

Une attention toute particulière est réservée à la formation de l'opérateur socio-sanitaire (OSS). Il s'agit d'un profil professionnel qui réunit les deux fonctions d'opérateur technique préposé à l'assistance (OTA) et d'aide à domicile et dans les établissements (ADEST). L'OSS exercera son activité aussi bien dans le domaine du social que dans celui de la santé, avec pour objectif de subvenir aux nécessités primaires de l'individu. Il évoluera au sein des services socio-sanitaires et d'aide sociale (centres de jour et établissement de soins) en milieu hospitalier et au domicile du malade, en étroite coopération avec d'autres professionnels, selon les critères du travail pluridisciplinaire.

Dans la formation des opérateurs socio-sanitaires, le rôle de la Région autonome Vallée d'Aoste pourra s'adapter, tour à tour, aux différentes sortes d'initiatives : promotion, conception et expérimentation, réalisation, coopération avec des projets communautaires ou avec des initiatives proposées par d'autres établissements.

En ce qui concerne la requalification, le parcours de professionnalisation mis en place au profit des opérateurs d'aide sociale et socio-éducatifs – travaillant depuis longtemps dans les services et ayant acquis, de ce fait, une compétence professionnelle sans pour autant avoir suivi une formation spécifique – se propose de leur fournir les connaissances théoriques et les compétences méthodologiques, techniques et relationnelles que l'octroi d'un brevet professionnel sanctionne officiellement.

À ce titre, l'Administration régionale s'engage à poursuivre ses efforts, que ce soit dans le secteur public, social ou privé conventionné, en prenant dûment en compte les lignes directrices de la Région et, éventuellement, les indications ministérielles, y compris l'institution de nouveaux profils professionnels.

Suite à la création de la nouvelle catégorie des OSS, une série de modules de requalification ad hoc seront mis en place, dans lesquels il sera tenu compte des connaissances et des compétences que les opérateurs auront acquises lors de stages précédents ou dans l'exercice de leur profession sur le terrain.

La formation effectuée sur le temps de travail, la remise à niveau et la formation permanente, quant à elles, ont pour objectif de fournir de nouvelles compétences méthodologiques, techniques et relationnelles liées aux différentes situations qui se créent au sein même des services, en vue de répondre aux nouveaux besoins et faire face à des problèmes particuliers ou relevant des institutions, mais aussi pour harmoniser les actions engagées, uniformiser les différentes formes d'évaluation et favoriser l'intégration des services.

La programmation des actions de remise à niveau destinées aux personnels sanitaires, d'aide sociale et socio-éducatifs se fait par le biais d'un plan annuel.

Toutes les initiatives prévues visent notamment à professionnaliser les opérateurs ayant des fonctions de coordination ou d'autres fonctions spécifiques ; elles se proposent également d'encourager la création de nouveaux services, de les remanier ou de les renforcer, grâce à des méthodes qui font appel à des études théoriques et à l'analyse des modalités opérationnelles.

Dans le cadre du recyclage, des modules de spécialisation ou de formation initiale peuvent être envisagés ; ils seraient destinés à des opérateurs qui, tout en possédant les connaissances de base, ont affaire à une catégorie particulière d'usagers et nécessitent des compétences approfondies et une capacité accrue de satisfaire tout besoin spécifique.

En ce qui concerne la collaboration avec les universités et la formation des éducateurs professionnels, l'Administration régionale travaille actuellement en coopération avec les universités de Turin et de Gênes dans la réalisation de stages à l'intention des étudiants en sciences de l'éducation, option éducateur professionnel.

De plus, quant à la formation des assistants de service social, la structure régionale compétente en la matière agit en étroite collaboration avec des universités, en vue d'organiser et de superviser les stages destinés aux étudiants inscrits au cours universitaire en services sociaux.

L'Administration régionale entend renforcer ses relations avec les universités, en vue de former les éducateurs professionnels et les assistants de service social, compte tenu notamment des effets que produira l'application de la réforme de l'université, actuellement en cours. La Région se propose également de favoriser les échanges et de nouer des contacts qui se révéleraient utiles pour la réalisation d'études et de recherches. La coopération entre l'université et la structure régionale compétente pourrait s'étendre aussi à l'échange d'expériences, susceptible d'apporter un bénéfice au réseau des services.

L'Administration régionale, étant donné l'expérience qu'elle a acquise dans le domaine de la formation des éducateurs, d'une part, et l'exigence des différents services de pouvoir disposer d'effectifs professionnellement compétents, d'autre part, s'engage à tout mettre en œuvre pour doter les services éducatifs de personnels spécialement formés et pour resserrer les liens avec les universités, en créant de nouvelles formes de coopération et en incitant les étudiants valdôtains à se rapprocher des professions à caractère social et socio-éducatif.

Lorsque l'on considère l'aspect relatif à la disponibilité des ressources humaines et l'impression qu'elles suscitent chez le public, il importe de se pencher aussi sur l'image – le plus souvent déformée – que la réalité du quotidien restitue des opérateurs professionnels et des activités à caractère social qu'ils exercent (les médias et les rumeurs sont notamment en cause), car souvent seuls certains aspects des situations sont mis en évidence, ce qui empêche une vision globale et objective.

Quant au marché de l'emploi en Vallée d'Aoste, les services d'aide sociale constituent un secteur de plus en plus prisé, notamment par la population féminine. Cette tendance touche plus particulièrement toutes les femmes qui, après s'être entièrement consacrées à élever leurs enfants, optent pour une réintégration du monde du travail. En même temps, la demande croissante dans ce secteur est liée, bien plus qu'à la formation et au recyclage professionnel, à la sélection du personnel et à l'image que les professions à caractère social reflètent d'elles-mêmes auprès du public.

Afin de recruter de nouveaux effectifs, il importe d'adopter des stratégies de sélection capables de valoriser chez les candidats, en sus de leurs intérêts et des conditions nécessaires à l'apprentissage lors de la phase de formation, les capacités et les aptitudes appropriées au contexte social où ils sont censés travailler, de façon à pouvoir garantir un service de qualité et informer les personnes fragiles, qui se révéleraient inadaptées à exercer une fonction d'assistance, à plus forte raison s'il s'agit d'une activité de longue durée.

Un autre aspect mérite d'être mentionné : étant donné que les personnels préposés aux services sociaux, d'aide sociale et socio-éducatifs sont majoritairement des femmes, il faut permettre aux personnes qui prennent sur elles les responsabilités familiales d'adapter ces dernières avec leurs tâches professionnelles, que ce soit pendant leur formation ou leur activité et il est souhaitable que cela soit fait concrètement et non pas sur la base de déclarations de principe. Pour ce faire, des mesures appropriées doivent être prises tendant, par exemple, à harmoniser, autant que faire se peut, l'horaire des stages ou les heures de travail avec le temps scolaire, sous le signe de la plus grande flexibilité.

Pour ce qui est de l'application du présent plan, il y a lieu d'accorder une attention toute particulière à la formation des effectifs de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales, sur le plan aussi bien quantitatif que qualitatif.

Les ressources financières

Les frais dérivants des secteurs de la santé et des politiques sociales sont en augmentation constante, c'est pourquoi la gestion financière et le contrôle des dépenses constituent autant de stratégies qui permettent de satisfaire le besoin accru de rationalisation des moyens financiers.

Au fil des ans, la modification du rapport entre la dépense sanitaire par habitant et le PIB national par habitant montre que la Vallée d'Aoste se place depuis toujours au-dessus des valeurs moyennes nationales. Cela n'est dû qu'en partie au vieillissement de la population valdôtaine, la raison en étant plutôt une offre plus attractive du point de vue de la quantité et de la qualité et une consommation accrue de produits sanitaires.

Si l'on compare les données relatives à différentes régions, il ressort que la Vallée d'Aoste affiche des valeurs relatives à la dépense sanitaire par habitant, qu'elle prenne ou non en compte la mobilité, parmi les plus élevées d'Italie. En 1999, la dépense nette de mobilité était de 2 504 131 de lires par habitant, contre 2 018 156 de lires au niveau national. Ce n'est pas un hasard si de telles valeurs sont proches de celles affichées par deux autres territoires autonomes, les Provinces autonomes de Trente et de Bolzano, et sont là pour montrer qu'une politique sanitaire fondée moins sur des économies d'échelle que sur une offre personnalisée adaptée aux besoins des usagers et aux spécificités morphologiques du territoire concerné a des répercussions considérables sur la dépense, compte tenu notamment du nombre exigu des résidents.

L'analyse de la répartition des dépenses courantes par grands agrégats montre que pour notre région aussi les frais de personnels, en augmentation constante depuis 1995, constituent la composante majeure. La Vallée d'Aoste est par ailleurs parmi les régions qui, pendant ces dernières années, ont enregistré la croissance en nombre de personnels la plus spectaculaire et a donc particulièrement ressenti l'influence économique de cet aspect sur le budget relatif à la santé. Le nombre de salariés par rapport à la population est proportionnel au nombre réduit des résidents, alors que le nombre de personnels à utiliser demeure inchangé, les services rendus étant les mêmes. En dépit du fait que plusieurs régions sont affectées par une pénurie d'effectifs présentant des compétences spécifiques, la Vallée d'Aoste enregistre 1 médecin d'agence (hospitalière ou territoriale) pour 2 lits et si l'on prend en compte le secteur de la santé dans sa totalité, le rapport est de 14,8 salariés tous les 1 000 habitants, contre une moyenne nationale de 11,5 ; par ailleurs, les dépenses comptent pour environ 50 % du budget sanitaire régional, contre une moyenne nationale de 40,1 %.

D'une manière générale, selon les données régionales fournies depuis 1992, les frais de personnels se sont révélés supérieurs à la moyenne nationale, tout comme les dépenses dérivant de l'acquisition des biens et des services.

Depuis 1994, suite à l'application de la loi n° 724, la Vallée d'Aoste a cessé de participer à la répartition du fonds sanitaire national ; pour financer l'assistance sanitaire, elle fait appel principalement aux revenus provenant des quotes-parts IRAP et de la taxe additionnelle IRPEF et, à guise d'intégration, aux crédits visés au budget régional. Comme chacun le sait, les revenus au titre de l'IRAP se sont avérés inférieurs aux prévisions, ce qui a entraîné une réduction des revenus ; celle-ci, il est vrai, a touché toutes les régions, mais seules les régions à statut ordinaire ont pu bénéficier, en 1999, de l'action de l'État visant à combler ce vide.

L'augmentation des dépenses a affecté l'ensemble des régions ; elle est due notamment à une série de facteurs généraux tels que :

- L'accroissement des personnels sous contrat à durée déterminée ou sous contrat réservé à des profils professionnels particuliers (infirmiers et anesthésistes), dû à un manque de disponibilité sur le marché ;
- Le renouvellement du contrat des personnels de la santé : l'augmentation de la dépense qui en découle ne peut être couverte, sur le plan régional, qu'à travers l'application de dispositions spécialement conçues ;
- La reprise des dépenses liées aux spécialités pharmaceutiques qui, à l'heure actuelle, ne peuvent être gérées par le biais de plans nationaux, mais exige des actions ciblées fondées sur la responsabilité des élus locaux et un contrôle suivi des prescripteurs, tout comme l'adoption de programmes thérapeutiques et de principes directeurs ad hoc.

Pour parer à la montée rapide de la dépense sanitaire, la Région autonome Vallée d'Aoste a promulgué une loi spécifique ; cette dernière, en plus de combler entièrement le déficit de gestion 1999 de l'USL, attribue au titre de l'an 2000 une quote-part générale renforcée, qui devrait tenir compte des frais supportés lors de l'exercice précédent et permettre de couvrir les coûts dérivant du renouvellement des contrats des médecins et des vétérinaires, susceptibles d'être définis ultérieurement au niveau national. Grâce à cet outil législatif extraordinaire et sur la base des indications visées dans la loi régionale n° 5/2000 relative à l'accord de programme et au plan local d'application en tant qu'instruments et méthodes de la programmation sanitaire régionale, l'on a pu créer les conditions – en matière d'économie et de finance, mais aussi de gestion et d'administration – aptes à amorcer le processus de réorganisation et de rationalisation de la dépense sanitaire régionale.

C'est dans un tel contexte que s'inscrit ce plan, qui entraîne de profondes modifications sous l'aspect de l'organisation et des fonctions attribuées.

La rationalisation des outils et des procédés de la programmation est donc accompagnée du remaniement des services et de la demande qui fait appel à ces derniers, selon des critères plus modernes et plus adaptés.

Ces actions se traduisent principalement par :

- L'amélioration des prestations fournies sur le territoire sur le plan de l'efficacité ;
- Le renforcement des régimes d'assistance pouvant remplacer l'hospitalisation (ADI) ;
- Le transfert, d'un point de vue fonctionnel, de l'assistance liée à la rééducation du milieu hospitalier, souvent inadapté, au réseau de l'assistance territoriale, plus fiable et moins cher.

D'une manière plus générale, par le biais des deux premières typologies d'action, le plan en question entend libérer ou transférer les crédits qui sont aujourd'hui dégagés au titre de l'hospitalisation vers d'autres systèmes d'aide sociale, plus appropriés et moins onéreux, tout en améliorant à la fois les conditions d'assistance actuelles et le rapport entre le coût et l'efficacité au sein des actions envisagées.

En ce qui concerne la nouvelle définition du rôle que l'hôpital et le territoire sont censés jouer, ce dernier – considéré par le présent plan comme étant le cadre de compétence primaire lors de la phase de détermination des besoins et de l'attribution des mandats – agit directement sur la définition et sur la répartition du fonds sanitaire régional.

Le processus qu'amorce le présent document, en effet, en plus de permettre la mise en place de programmes visant la requalification des services, favorise le transfert fonctionnel de certaines compétences – parmi lesquelles celle liée à la rééducation – des hôpitaux pour le traitement des maladies aiguës aux structures territoriales et prévoit, lors d'une première phase préparatoire, la superposition inévitable des deux plans institutionnels, qui aura des répercussions sur les dépenses.

Cette superposition fonctionnelle, qui, au tout début, entraînera une augmentation de la dépense, se traduira par un coût

physiologique n'affectant qu'une période limitée, nécessaire à une réorganisation fonctionnelle qui ne peut être différée, sous peine de voir s'accroître, lentement mais sûrement, la dépense sanitaire du fait des coûts élevés dérivant de prestations inadaptées fournies par les structures pour le traitement des maladies aiguës.

Conformément à la loi régionale n° 5/2000, le Gouvernement assurera les financements en vue de l'organisation des activités nécessaires pour garantir les services essentiels d'assistance, compte tenu du fait que, afin de faire rentrer certaines prestations dans le cadre de leurs compétences, il sera indispensable de prévoir des dépenses plus importantes au titre des trois prochaines années (5 % du total attribué aux services de la santé et des politiques sociales), dépenses dues au chevauchement momentané de certaines compétences des établissements de santé et des différentes zones territoriales. Il y a lieu de se référer plus particulièrement aux services de long séjour et de rééducation, ainsi qu'à la prise en charge des malades en phase terminale, qui sont aujourd'hui assurés à l'intérieur des structures hospitalières pour le traitement des maladies aiguës, mais qui peu à peu seront ramenés dans le cadre d'une offre mieux adaptée, sous le profil à la fois de l'accueil humain et de l'efficacité de la gestion. À l'issue des trois années de référence, en raison du transfert mis au point pendant la période précédente, il sera possible d'envisager pour la dépense un renversement de tendance et ce, grâce à la répartition de l'offre liée à l'hospitalisation et à la rationalisation des soins.

L'impact économique – susceptible d'être généré par le transfert fonctionnel des hôpitaux aux structures territoriales des compétences relevant de la rééducation et d'autres prestations – sur la réduction du taux d'hospitalisation et sur la suppression des lits hospitaliers assignés aux malades aigus tient au fait que le taux d'hospitalisation se chiffre en fonction aussi bien de l'amélioration de l'efficacité des services déployés sur le territoire que du renforcement des régimes pouvant remplacer l'hospitalisation.

Si, comme il est raisonnable de le croire, l'on peut s'attendre à une réduction de 10 % des séjours au titre de la période 2002/2004 du fait de la rationalisation planifiée, les retombées économiques des résultats prévus devraient se traduire par une récupération d'environ 42 000 jours d'hospitalisation (dont 20 000 hospitalisations ordinaires et 22 000 séjours de longue durée effectués par des malades dépassant, pour la moitié d'entre eux, l'âge de 65 ans) et par une réduction du nombre des lits.

Sur le plan plus strictement financier, les bénéfices escomptés varient en fonction :

- Des niveaux d'application du plan ;
- De l'évolution du cadre législatif national.

Si, d'une part, des doutes demeurent quant à la possibilité d'assurer des contrôles stricts à l'échelon national, en ce qui concerne le premier point les conditions fixées ont une portée régionale et peuvent être vérifiées grâce aux outils mis au point par la loi régionale n° 5/2000 à travers l'accord de programme et le plan local d'application.

Parallèlement à ce processus global de réorganisation, il sera nécessaire de mettre en place des instruments – ou de les renforcer, s'ils existent déjà – capables de rationaliser la dépense et de garantir le contrôle financier de celle-ci. Parmi ces instruments, il convient de mentionner les principaux, dont les objectifs seront fixés par des textes ad hoc :

- La politique locale des tarifs ;
- L'Observatoire des dépenses ;
- L'Observatoire des prix et des technologies.

Pour ce qui est de la politique locale des tarifs, la Vallée d'Aoste jusqu'à ce jour avait fondé ses démarches sur des lignes directrices nationales. Dorénavant, tous les efforts doivent être fournis dans le but de connaître l'étendue réelle des prestations ; il est par ailleurs nécessaire d'apprécier la compatibilité de celles-ci avec les différents niveaux de financement, pour pouvoir ensuite procéder à des ajustements tarifaires éventuels, en ayant recours aussi à la politique tarifaire en tant qu'outil majeur d'orientation de l'offre.

Il importe également d'évaluer, après avoir renforcé convenablement la comptabilité analytique propre à l'entreprise, l'intensité d'utilisation des facteurs pour chaque service rendu et de donner une nouvelle impulsion aux prestations selon les orientations du plan régional, notamment à celles qui, étant similaires en termes d'efficacité, relèvent d'un type d'assistance nécessitant moins de ressources et, par-là même, témoignent de la valeur et de la qualité des stratégies élaborées.

C'est dans cette logique qu'il est utile d'expérimenter un système de classification des prestations qui tienne dûment en compte l'utilisation des moyens financiers liée à la gravité de l'état du malade ainsi que le niveau de complexité de la structure responsable de la prestation. Dans le vaste éventail des soins dispensés et compte tenu de leur efficacité, priorité est donnée au rôle que joue le système des urgences. Il importe de souligner qu'une politique tarifaire vraiment efficace va de pair avec les objectifs du présent plan, et plus particulièrement :

- Une politique des hospitalisations plus rationnelle et plus performante ;
- L'octroi de primes à l'intention des opérateurs qui découragent le recours à l'hospitalisation ;
- L'octroi de primes à l'intention des opérateurs qui découragent la mobilité passive liée aux spécialités de base ;
- La mise en œuvre d'un système périodique de contrôle sur la légitimité du recours à l'hospitalisation ;
- Le renforcement des services territoriaux ;
- La réduction des nombreux facteurs de système qui favorisent l'hospitalisation.

L'Observatoire des dépenses a été récemment testé au sein du groupe de travail régional et des entreprises, qui a examiné les causes du déficit enregistré en 1999. Cette expérience manquait d'un véritable plan et se situait en aval d'un processus déjà achevé ; son objectif était donc moins de se lancer dans une activité de programmation ou d'inspection que de dresser l'état des lieux des dépenses. Suite à cette expérience, il est prévu de promouvoir des initiatives tendant à réduire et à mettre en valeur les ressources en question, eu égard aux objectifs régionaux fixés conjointement. Quant à l'Observatoire des prix et des technologies (OPT), l'USL a passé une convention avec la Région Piémont afin de pouvoir participer à l'OPT de celle-ci. Ce faisant, l'USL souhaite recueillir, analyser et traiter les données relatives à la distribution, aux caractéristiques techniques et aux prix moyens des technologies biomédicales les plus courantes dans les structures sanitaires.

Une telle démarche se propose d'assurer le suivi et la réactualisation des données technico-économiques concernant les technologies biomédicales, en vue d'acquérir et de répertorier convenablement ces dernières, mais aussi de limiter les frais découlant de leur utilisation.

Compte tenu de l'importance d'un tel outil, ce plan entend réaffirmer sa grande utilité et mettre en avant la nécessité d'examiner les résultats escomptés.

En ce qui concerne les ressources financières complémentaires, la santé publique nationale a été l'objet, ces dernières années, de modifications importantes, qui ont entraîné une transformation progressive de l'USL en agence, ce qui a obligé les secteurs de l'organisation et de la gestion entrepreneuriale à reconsidérer leur fonction. La réforme *ter* et la loi de finances 2000 ont introduit la nouvelle notion de capacité d'affectation des ressources complémentaires en vue de l'amélioration de la qualité des prestations. Il faudra donc développer des modèles propres aux secteurs à but non lucratif, tels que :

- La recherche de fonds (fund raising) ;
- Les contrats de parrainage ;
- La publicité ;
- Les accords économiques passés avec des acteurs publics et privés ;
- L'octroi de financements par l'UE.

En Vallée d'Aoste, les dépenses supportées au titre des politiques sociales ont été marquées par une certaine fragmentation – les crédits ayant été répartis sur de nombreux chapitres – et par un décalage entre la dépense réelle de la Région et les transferts de fonds aux collectivités locales relevant des finances locales, pour ce qui est à la fois des frais de gestion et des frais d'investissement.

Sur une dépense globale pour l'année 2000, hors financements publics, de 103 875 millions de lire (un peu moins de 5 % du total de la dépense régionale), les transferts de fonds aux collectivités locales ne représentent qu'un peu plus de 51 %. Il est à remarquer, par ailleurs, que les pensions d'invalidité civile, qui grèvent entièrement le budget régional suite au transfert des fonctions de l'État à la Région au sens du décret législatif n° 320/1994, comptent pour 64 % de la dépense ordinaire directe, soit plus de 30 % de toutes les dépenses régionales en matière de santé et d'aide sociale. En conséquence, les transferts de fonds aux collectivités locales dépassent 74 % des dépenses susmentionnées nettes des frais auxquels il a été fait allusion plus haut.

Le transfert des fonds aux collectivités locales a été opéré, jusqu'à 1999, uniquement sur la base des critères de compensation des déficits au titre des dépenses ordinaires, alors que, pour ce qui est des frais d'investissement, la Région autonome Vallée d'Aoste participe jusqu'à hauteur de 90 % aux frais découlant des services pour les personnes âgées et jusqu'à 100 % à ceux dérivant de la gestion des crèches. Les remaniements législatifs effectués dans le courant de 2000 ont abouti à l'introduction, l'année suivante, du financement des dépenses ordinaires par personne dans le domaine des services destinés aux personnes âgées et dans le secteur des crèches.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'institution du fonds régional pour les politiques sociales, en tant que modalité de gestion financière tendant à :

- Valoriser l'autonomie décisionnelle des collectivités locales préposées à la gestion des services d'aide sociale et socio-éducatifs, conformément aux critères établis par la programmation régionale ;
- Favoriser l'exercice des fonctions de programmation, d'orientation, de coordination et de contrôle assurées par l'Administration régionale ;
- Simplifier et assouplir les modalités d'octroi des financements et les opérations de vérification sur les différents niveaux et sur la qualité de la dépense.

Le fonds régional pour les politiques sociales est en cohérence avec les lignes directrices nationales, mentionnées dans les lois d'autres régions et visées à la loi nationale de finances 1998, qui a introduit le fonds unique à l'échelle nationale. Les destinataires du financement en question sont les collectivités locales, mais une quote-part est attribuée aussi à la Région, qui peut ainsi exercer les fonctions de son ressort.

Les critères de répartition, fixés par le Gouvernement régional, doivent tenir compte :

- De la population totale (nombre des résidents) ;
- Des personnes âgées résidentes (les plus de 65 ans) ;
- Des mineurs résidents ;
- Des personnes résidentes à mobilité réduite (atteintes d'un handicap grave aux termes de la loi n° 104/1992) ;
- Des indicateurs de pauvreté (par exemple le nombre des chômeurs ou le nombre des pensions minimales) ;
- Des indicateurs de malaise social (par exemple le taux de dispersion scolaire, le nombre des mineurs impliqués dans des activités criminelles, le nombre des familles monoparentales) ;
- Des services rendus et de leur impact sur le territoire.

L'institution du fonds doit être accompagnée d'une série d'actions – qu'il appartiendra à la Région autonome Vallée d'Aoste de lancer – visant à bien cibler l'utilisation des financements et dotées d'un éventail d'indicateurs aptes à vérifier l'efficacité et la pertinence globales des dépenses relevant de l'aide sociale et de la santé. En même temps, pour que soit préservée l'autonomie des administrations locales lorsqu'elles opèrent des choix quant à la fourniture des services, lesdites actions seront entreprises à travers la définition de pourcentages minimums et maximums à respecter, en vue de l'utilisation des fonds dans tel ou tel secteur d'intervention. Ces limites, qui seront fixées par l'adoption d'un document ad hoc, doivent être évaluées compte tenu des objectifs réels de la programmation, de façon à pouvoir subvenir convenablement aux besoins des populations des différentes zones concernées. La Région se réserve une partie des disponibilités globales du fonds au titre de sa propre activité de gestion, mais aussi en vue de lancer des initiatives tendant à renforcer et à soutenir les propositions innovantes provenant des collectivités locales, ou pour promouvoir des activités expérimentales d'intérêt régional. Au cours des trois années de validité du présent plan, les crédits à valoir sur la réserve précitée ne seront octroyés que si les collectivités locales présentent des projets et, dans ce contexte, il sera tenu compte des principes directeurs suivants :

1. Sont éligibles aux financements les activités susceptibles d'être réalisées avec le concours de plusieurs ressources, services, sujets publics ou privés œuvrant dans le social, selon des pratiques qui font appel à l'intégration territoriales et fonctionnelle ;
2. Tout projet doit définir : les objectifs, les instances et les sujets qui entendent participer à la réalisation du projet, les outils, les ressources, le rôle des différents acteurs pour ce qui est de la gestion et des services concernés, les délais de présentation des résultats, les tranches de population et les catégories d'usagers ciblées ;
3. Pour accéder aux aides, il est nécessaire de mettre en place un système de priorités qui, selon les caractéristiques de chaque projet, serait axé sur les points suivants :
 - Zone territoriale dépourvue de services ou ayant des services inadaptés ;
 - Zone digne d'intérêt du point de vue territorial ;
 - Participation de plusieurs collectivités locales par le biais de conventions, accords de programme, délégations, etc. ;

- Participation du secteur privé d'aide sociale en vue de la mise au point et de la gestion du projet ;
- Participation de la population aux phases d'élaboration et de gestion du projet ;
- Objectifs préalables du projet.

La programmation régionale tient compte des aides financières provenant du Fonds national pour les politiques sociales (il s'agit de crédits spéciaux tels, par exemple, le fonds pour l'enfance et l'adolescence, le fonds pour les politiques de la migration, le fonds pour l'insertion des personnes handicapées), lorsqu'elle fixe les quotes-parts de chaque zone d'intervention (c'est-à-dire les pourcentages de financement destinés aux différentes aires de services), mais aussi lorsqu'elle assure l'application homogène des critères d'utilisation des fonds par rapport aux règles générales de la gestion financière. En ce qui concerne notamment ce dernier aspect, il y a lieu de rappeler les points suivants :

1. Rétablissement des financements sur des zones homogènes (commune d'AOSTE et communautés de montagne) ;
2. Simplification des procédures d'octroi des financements ;
3. Simplification des procédures d'évaluation de l'utilisation des crédits.

L'Administration régionale entend faire appel à tout type de financement prévu par des dispositions nationales ou communautaires dans le but d'encourager les activités qui visent à renforcer le système des services sociaux par le biais d'actions en cohérence avec les lignes directrices de la programmation régionale. Dans cette perspective, l'Administration régionale sera à même de promouvoir des activités de recherche, de formation et d'expérimentation dans le domaine des services aux personnes, aux familles et aux communautés, encourager et favoriser des initiatives similaires proposées par d'autres organismes, sujets et organisations évoluant dans ce même secteur.

Les ressources structurelles

Selon le projet d'extension de l'hôpital, adopté par délibération du Gouvernement régional n° 3433 du 9 octobre 2000, et compte tenu des besoins de la population valdôtaine, d'un taux d'hospitalisation de 170 présences tous les 1 000 habitants, d'une durée moyenne du séjour de 8/9 jours pour chaque malade, d'un taux d'occupation des lits supérieur à 75 % et de la situation au niveau national, la dotation globale en lits relative à la Vallée d'Aoste se chiffre à 567 lits, dont 447 situés dans l'hôpital pour le traitement des maladies aiguës de l'avenue de Genève et 120 dans le centre de rééducation et de long séjour de Beauregard.

En ce qui concerne l'établissement de l'avenue de Genève, pour pouvoir atteindre la dotation en lits souhaitée, il est nécessaire de rationaliser et de restructurer les locaux, d'aménager de nouvelles aires après avoir agrandi la structure existante et ce, afin d'y transférer les unités fonctionnelles et l'unité budgétaire de psychiatrie – aujourd'hui situées respectivement dans l'hôpital de Beauregard et dans l'immeuble qui abrite l'ancienne maternité. Une telle stratégie aboutira à la réorganisation des unités opérationnelles d'un point de vue fonctionnel ; celles-ci seront ensuite regroupées selon les services et les secteurs de thérapie et de soins. La programmation sous-tendant ce projet se traduit par différentes actions, qui s'articulent autour de trois phases distinctes. Dans le cadre des interventions que prévoit la première phase s'inscrivent les travaux de redistribution des unités budgétaires d'anatomie pathologique et de médecine légale, qui ont été effectués à l'intérieur de l'hôpital de l'avenue de Genève (immeuble des maladies infectieuses).

La première phase, actuellement en cours d'exécution, comprend également :

- Une deuxième intervention, opérée sur le corps principal et originaire de l'hôpital, qui prévoit la restructuration partielle de l'aile nord-est – en vue d'y installer les unités budgétaires d'oncologie médicale et de gastroentérologie –, les travaux de réaménagement et de modernisation des parcours horizontaux et verticaux, la mise aux normes des aires réservées aux opérations de lutte contre les incendies et l'élimination des barrières architecturales ;
- La restructuration d'un secteur du premier sous-sol de la « Piastra » abritant l'unité budgétaire de radiologie, où il est prévu d'installer de nouveaux appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire et des appareils pour la tomographie axiale computerisée, ainsi que la remise en état des installations civiles et des équipements ;
- Le réaménagement partiel du second sous-sol de la « Piastra », qui permettra la construction de nouveaux vestiaires – destinés aux personnels médicaux – et de nouveaux entrepôts, la rationalisation des nouveaux parcours horizontaux et verticaux, ainsi que les travaux de mise aux normes anti-incendie et d'élimination des barrières architecturales ;
- Les travaux – partiels et circonscrits – de mise aux normes anti-incendie de certains secteurs du bâtiment particulièrement exposés à ce type de risque.

Pour ce qui est de la deuxième phase, l'adjudication des travaux suivant est actuellement en cours :

- La remise en état du premier sous-sol de l'aile nord en vue de l'aménagement provisoire du service de pharmacie ;
- La réalisation des nouvelles centrales technologiques générales dans le secteur extérieur situé au sud-ouest du bâtiment hospitalier, ainsi que l'aménagement des locaux destinés à abriter le service d'entretien hospitalier ;
- La restructuration partielle et l'agrandissement, à l'ouest et au sud, du corps originaire de l'hôpital ; cela permettra de réaliser les services de radiothérapie et de pharmacie, la nouvelle centrale de stérilisation et les dispensaires d'oncologie, de renforcer les services des urgences par l'aménagement de nouvelles salles de radiologie et d'une salle d'opération spécialisée et de construire des locaux de service et des espaces de récréation destinés aux usagers et aux personnels. Enfin, en plus de la mise aux normes anti-incendie et de l'élimination des barrières architecturales, il est prévu de réorganiser et de mettre en œuvre de nouveaux cheminements horizontaux et verticaux.

La deuxième phase des travaux prévoit également :

- La restructuration du rez-de-chaussée et du premier sous-sol de l'aile nord-est et la construction d'une structure comportant trois étages hors terre et un sous-sol, à situer entre les ailes nord et nord-est de l'établissement, le réaménagement et l'agrandissement de l'unité budgétaire de dialyse, la mise en place d'un nouveau service d'endoscopie générale, la redistribution de l'unité budgétaire de néphrologie ainsi que l'amélioration des cheminements horizontaux et verticaux, la mise aux normes anti-incendie et l'élimination des barrières architecturales ;
- La réalisation d'une troisième tranche de travaux sur le corps originaire de l'hôpital, qui consiste en la restructuration du deuxième et du troisième étage de l'aile nord, en vue d'y installer l'unité de médecine hommes, la mise aux normes anti-incendie et l'élimination des barrières architecturales, ainsi que l'aménagement d'une hélisurface sur la couverture du bâtiment qui relie l'immeuble originaire et l'aile abritant l'unité de chirurgie ; un élévateur spécialement conçu pour le transport des civières assure la liaison entre ladite unité et l'unité budgétaire de médecine d'urgence ;
- La redistribution des entrepôts et des appareils de gaz médicaux dans des locaux spécialement aménagés à l'intérieur de l'hôpital.

La plupart des travaux susmentionnés bénéficient des fonds visés à l'article 20 de la loi n° 67/1988, intégrés par des crédits régionaux.

La troisième phase, quant à elle, comporte les travaux de restructuration et d'agrandissement destinés à réorganiser et à rassembler les aires fonctionnelles qui composent actuellement l'hôpital de Beauregard (obstétrique et gynécologie, pédiatrie, néonatalogie, gériatrie et dermatologie) et l'unité budgétaire de psychiatrie – située aujourd'hui dans les locaux de l'ancienne maternité –, ainsi que les travaux de réaménagement et de modernisation, en vue de regrouper les différentes unités opérationnelles par aires spécifiques.

Pour ce qui est de l'établissement hospitalier de Beauregard, il importe de prendre toutes les mesures nécessaires pour utiliser les espaces qui se sont libérés suite au transfert des unités opérationnelles dans la structure de l'avenue de Genève. L'hôpital de Beauregard accueillera 60 nouveaux lits pour la rééducation et 60 pour les longs séjours. Le démarrage de ces travaux ne pourra avoir lieu qu'après l'achèvement des ouvrages actuellement en cours dans la structure de l'avenue de Genève et prévus par la troisième phase. Cette dernière sera financée par des fonds de l'État en vertu de l'article 20 de la loi n° 67/1988 relative aux établissements hospitaliers et sera inscrite aux chapitres du budget régional. Dans le courant des trois années de référence du présent plan, les travaux relatifs aux deux premières phases seront exécutés et sera entamée l'élaboration de la troisième.

L'établissement dénommé ancienne maternité, qui abrite actuellement l'unité budgétaire de psychiatrie, fera l'objet d'importants travaux de remise à neuf générale. Plusieurs services y seront installés, tels :

1. Un centre de santé mentale ;
2. Un centre de jour pour personnes atteintes de maladies mentales (day center) ;
3. Un hospice ;
4. Une école pour infirmiers professionnels ;
5. Des locaux pour la rééducation psychomotrice et la logopédie ;
6. Un cabinet de consultation ;
7. Des locaux destinés au recyclage professionnel ;
8. Des espaces consacrés aux activités de bénévolat.

Le présent plan a pour objectif la réalisation d'un hospice, ou centre de soins palliatifs : la Région autonome Vallée d'Aoste bénéficiera, à cet effet, d'aides de l'État à hauteur de 1 milliard 120 millions de liras et ce, aux termes de la loi nationale n° 39/1999. Ces travaux seront effectués en marge du projet de restructuration générale de l'ancienne maternité. Le projet d'exécution des travaux susmentionnés sera adopté au cours des trois années de référence de présent document. Toutes les actions en question seront entreprises graduellement sur la base d'un programme d'interventions fonctionnelles ; elles bénéficieront des fonds visés à l'article 20 de la loi n° 67/1988 sur les établissements de santé et seront inscrites à des chapitres spéciaux du budget régional.

Les interventions sur les structures qui ne relèvent pas de l'hôpital pour le traitement des maladies aiguës concernent :

- Le réseau des dispensaires polyvalents et des cabinets de consultation ;
- Le système de secours sanitaire 118 ;
- Les centres de traumatologie ;
- Le département de prévention ;
- Les communautés de réhabilitation pour alcooliques ;
- Les centres de santé mentale ;
- Les structures sanitaires recevant des malades non aigus nécessitant d'une assistance sanitaire renforcée ;
- Les centres pour personnes âgées (micro-communautés) ;
- Les centres socio-éducatifs ;
- Les centres pour la petite enfance.

Les actions relatives aux dispensaires polyvalents et aux cabinets de consultation concernent :

- La reconversion de la structure située au numéro 3 de la rue Guy Rey – ancien dispensaire antituberculeux – en dispensaire polyvalent ;
- La construction d'un nouveau centre socio-sanitaire à Aoste, dans le secteur de la rue Brocherel ;
- La constitution de centres agréés de vaccination auprès des cabinets de consultation existants.

L'unité opérationnelle de secours d'urgence 118 sera transférée auprès de la caserne des sapeurs-pompiers d'Aoste, où sera créée la centrale unique de secours d'urgence. Les locaux abritant le service de secours d'urgence 118 de Châtillon, situés dans l'immeuble – de propriété de la Région – connu sous le nom d'« ancienne maison De Matteis », feront également l'objet de travaux de restructuration et d'extension. Il est prévu aussi d'ouvrir des centres de traumatologie à Ayas, à Gressoney-Saint-Jean et à Valtourneche.

Les activités et les unités opérationnelles relevant du département de la prévention, actuellement dispersées sur le territoire (services d'assistance vétérinaire, d'hygiène publique et d'hygiène alimentaire) seront rassemblées, en vue de la rationalisation des frais de gestion, en une seule structure extrahospitalière, située dans le bâtiment dénommé « ancienne école Cogne » d'Aoste.

De plus, un centre d'hébergement polyvalent pour alcooliques sera ouvert, où les patients pourront suivre des programmes personnalisés de réhabilitation.

Dans le cadre du projet de rénovation et d'agrandissement du dispensaire polyvalent de Donnas, il est prévu d'aménager des locaux destinés à accueillir une communauté protégée et un centre de jour pour le traitement des maladies mentales. Un centre d'hébergement pour le traitement thérapeutique et la rééducation sera réalisé dans la commune de Morgex. Grâce aux fonds visés à l'article 20 de la loi n° 67/1988, un établissement d'hébergement et de soins sera ouvert dans la commune d'Antey-Saint-André, mais une structure similaire verra également le jour dans chacun des trois autres districts. Un centre sera notamment construit dans la région Gotreau, dans la commune d'Aoste, et certaines structures situées dans les districts 1 et 4 (dans la commune de Hône et dans une autre commune de la haute Vallée encore à définir) seront rénovées. Pour ce qui est des districts 2, 3 et 4, le réseau des centres pour personnes âgées sera renforcé ; ce projet vise en particulier la restructuration et l'agrandissement des micro-communautés de Verrayes, de Gaby et de Gignod (hameau de Variney), l'ouverture d'une micro-

communauté à Roisan et à Challand-Saint-Anselme, ainsi que la réalisation de foyers-logements dans les communes d'Aoste (zone de la rue Brocherel), Arnad, Courmayeur, Saint-Marcel et Issogne. Des actions de réaménagement des structures d'aide sociale seront aussi mises au point, eu égard notamment à la mise aux normes générales anti-incendie et à la gestion du secours d'urgence sur les lieux de travail au sens de l'arrêté ministériel du 10 mars 1998 et du décret législatif n° 626/1994. De plus, le siège du centre d'assistance et d'éducation (ancien centre socio-éducatif, ou CSE) de Châtillon, qu'abrite la structure de propriété de la Région dénommée « ancienne maison De Matteis », fera l'objet de travaux d'agrandissement. Une structure sera également ouverte dans la haute Vallée et un centre d'assistance et d'éducation sera aménagé dans la commune de Hône. Enfin, la communauté pour mineurs située rue Cerise à Aoste sera agrandie, suite au transfert du centre de jour pour handicapés mentaux à l'ancienne maternité. Cette dernière structure accueillera aussi le centre pour handicapés mentaux de Quart. L'extension de la communauté pour mineurs permettra également de répartir les usagers en deux tranches d'âge (0 à 6 ans et 7 à 12 ans).

L'INTÉGRATION SOCIO-SANITAIRE

Les principes directeurs

L'intégration socio-sanitaire constitue une des priorités stratégiques du présent plan, dans la mesure où elle devient une condition indispensable pour assouplir les procédures et harmoniser les compétences et les différents services. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre au point des actions cohérentes et d'envergure, qui accordent une attention toute particulière à la protection des sujets les plus défavorisés. Les acteurs d'une telle intégration sont la Région, en sa qualité d'organisme de programmation, d'orientation, de coordination et de contrôle des activités du secteur sanitaire et de l'aide sociale, d'une part, les collectivités locales et l'agence USL, d'autre part.

Les décisions permettant d'aboutir à l'intégration doivent aller dans le sens d'un rééquilibrage des responsabilités en matière de politique de la santé, par l'attribution d'un nouveau rôle aux collectivités locales vis-à-vis de l'agence USL. Cela signifie réorienter les pouvoirs décisionnels, en mettant les collectivités locales dans la situation de participer activement aux stratégies d'évaluation et d'application des actions qui touchent les services d'aide sociale.

En effet, l'intégration socio-sanitaire visée au décret législatif n° 229/1999 concerne l'ensemble des activités tendant à satisfaire, par la mise en place d'un réseau complexe d'assistance, les besoins des personnes en matière de santé, qui exigent à la fois des prestations sanitaires et des initiatives à caractère social capables d'assurer, même à long terme, la continuité entre les procédés thérapeutiques et les actions de réhabilitation. Les prestations socio-sanitaires sont classées en fonction des besoins et des ressources déployées dans les pratiques d'assistance. Les prestations sanitaires sont donc définies à caractère social lorsque la réussite de l'action sanitaire résulte de la faculté d'intégration avec d'autres facteurs sociaux. D'autre part, les prestations d'aide sociale sont considérées comme étant à caractère sanitaire dès lors que l'action sociale vise des problèmes liés à l'état de santé du malade, problèmes qui ne peuvent être résolus qu'à travers la réadaptation et l'intégration sociale.

L'intégration socio-sanitaire s'accomplit à travers les activités concernant le secteur de la santé maternelle et infantile, l'aide aux personnes âgées, aux personnes à mobilité réduite et aux handicapés mentaux, la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, les maladies qui comportent une assistance prolongée, notamment les tumeurs cancéreuses, les infections dues au virus HIV et les transplantations.

L'intégration socio-sanitaire se réalise à trois niveaux : institutionnel, managérial et professionnel.

Le premier niveau repose sur la nécessité de promouvoir la coopération entre différentes instances (Région, agence USL, collectivités locales), qui organisent leurs activités en vue de poursuivre des objectifs communs en matière de santé. Il peut faire appel à des outils législatifs tels les conventions et les accords de programme.

L'intégration managériale, réglée par l'article 36 de la loi régionale n° 5/2000 tant sur le plan central qu'au niveau de district, concerne la structure compétente en matière de politiques sociales et les bureaux y afférents, d'une part, les services de l'agence USL, d'autre part. Cela signifie définir des modèles d'organisation et des stratégies de coordination susceptibles de garantir l'efficacité des actions, des processus et des prestations. Pour chaque domaine de l'intégration socio-sanitaire, il convient donc de constituer un groupe technique interinstitutionnel, au sein duquel sont représentées de façon équilibrée l'USL, les collectivités locales et la structure régionale compétente en matière de politiques sociales.

L'intégration professionnelle concerne les personnes œuvrant dans les domaines du social et de la santé. Les conditions pour qu'elle puisse se réaliser sont les suivantes: la constitution d'unités intégrées d'évaluation, la gestion globale de la documentation, l'appréciation de l'impact des décisions sur l'économie, la définition des responsabilités au sein du travail intégré, la coopération entre les établissements de santé et le territoire du point de vue de l'assistance, la mise en œuvre de parcours d'assistance adaptés à chaque type d'action, ainsi que l'utilisation d'indicateurs de complexité des prestations intégrées. Le seul recours à l'intégration professionnelle ne peut toutefois améliorer la qualité et l'efficacité des réponses : il est nécessaire

de créer, sur le plan institutionnel et de la gestion, les conditions qui permettent de coordonner les actions des différents secteurs qui fournissent les services. En conséquence, la Région s'emploie à promouvoir la coopération entre les instances à l'intérieur du district et ce, par la mise en exécution du plan de zone pour les services, un outil capable d'optimiser les ressources, de mieux répartir les responsabilités et de favoriser les synergies.

Dans cette perspective, la Région entend encourager la participation des associations des bénévoles à l'élaboration des plans de zone, en s'appuyant sur le centre des services pour le bénévolat de la Vallée d'Aoste.

Le plan de zone a pour objectif de :

- Favoriser la mise sur pied de systèmes locaux d'intervention reposant sur des services et des prestations flexibles et complémentaires, en faisant appel notamment aux ressources locales en termes de solidarité et d'aide à la personne afin qu'elle puisse satisfaire de manière autonome à ses propres besoins ; responsabiliser davantage les populations lors de la phase de programmation et de contrôle des services ;
- Définir les critères de répartition des dépenses qui sont à la charge des collectivités locales, de l'agence USL et, éventuellement, des autres signataires de l'accord de programme ; il est prévu également d'avoir recours à des crédits bloqués, en vue d'atteindre des objectifs particuliers ;
- Organiser des cours de formation et de recyclage professionnel à l'intention des opérateurs, afin de réaliser des projets de développement des services.

Le découpage du territoire en districts et l'intégration des profils professionnels sont autant de conditions qui permettent de parvenir à des analyses et à des évaluations multidimensionnelles, à travers la sélection des réponses adaptées aux différents besoins. À cet effet, pour que les actions soient personnalisées, il faut tenir compte de l'état de dépendance de certains malades, ainsi que du manque de ressources, qu'il s'agisse de ressources financières, humaines, communautaires ou de toute autre nature. Il importe également de réduire systématiquement tout gaspillage de moyens financiers dérivant d'une condition de chronicité évitable, en adoptant des solutions qui font appel à des critères d'efficacité, d'économie et de solidarité. Dans une telle perspective, l'hospitalisation dans les établissements de santé n'est justifiée que si le recours à d'autres formes d'assistance est exclu (soins à domicile ou ambulatoires, accueil dans un centre d'hébergement, etc.).

Enfin, une attention toute particulière doit être réservée à la gestion des ressources humaines, car les relations qui s'établissent entre opérateurs et usagers se fondent sur la personnalisation, la pertinence et l'humanisation des prestations. Le facteur humain constitue donc un élément clé qui pèse de tout son poids sur l'assistance en terme de qualité et de quantité, ainsi que sur le degré de satisfaction des malades.

Le processus de modernisation que l'intégration entend amorcer exige :

- La responsabilisation personnelle et collective, dans le cas des prestations intégrées, vis-à-vis de la quantité et de la pertinence des services rendus ;
- Le décloisonnement des pratiques axées sur les intérêts personnels d'un seul secteur professionnel ;
- Une plus grande liberté dans l'utilisation des ressources humaines, qui, elles, doivent pouvoir bénéficier d'espaces, délais et cadres moins contraignants, compte tenu des fonctions prévues et reconnues par les contrats.

La formation est le seul outil susceptible d'optimiser les ressources humaines et de garantir l'évolution dans l'organisation.

Secteur de la santé maternelle et infantile

La poursuite d'une véritable intégration socio-sanitaire dans le domaine des jeunes fait aussi l'objet des dispositions nationales (cf. le Plan sanitaire national visé à la loi n° 285/1997) et régionales (loi régionale n° 5/2000).

Au niveau de la gestion, l'intégration socio-sanitaire comporte la mise en place d'accords et de conventions entre la structure régionale compétente en matière de politiques sociales, l'agence USL – avec son double dispositif, celui des hôpitaux et celui des structures territoriales –, l'organisme régional compétent en matière de politique scolaire, les collectivités locales (communes et communautés de montagne) et les instances du tiers secteur responsables des actions, en vue d'établir des objectifs communs visant la protection des mineurs, des objectifs qui peuvent être atteints grâce au partage des ressources et des savoir-faire.

Lesdits accords doivent encourager le recours aux ressources formelles et informelles présentes sur le territoire : les ci-

toyens pourraient ainsi participer activement aux actions dès la phase de leur élaboration, dans l'esprit de ce qui est visé à la loi n° 285/1997.

L'intégration managériale se réalise aussi bien dans le cadre du district que dans celui des services spécialement adressés aux mineurs (communautés pour mineurs, services d'éducation et d'aide à domicile, centres de consultation pour adolescents, services de placement familial), à travers la création de modèles organisationnels homogènes et efficaces, d'une part, la mise en place de nouvelles stratégies de coordination et d'assistance à la réalisation des actions, d'autre part.

L'intégration professionnelle des personnels de la santé et de l'aide sociale doit passer par une meilleure définition et une meilleure connaissance des compétences et des responsabilités, mais aussi par la mise en commun des stratégies et des outils opérationnels. Compte tenu des progrès enregistrés par rapport au Plan 1997/1999, qui a été prorogé ultérieurement, le présent document se propose de :

1. Redéfinir, sur la base du projet-objectif du Plan sanitaire national 1998/2000 relatif à l'assistance aux mères et aux enfants, le département pour la santé maternelle et infantile. Les critères qui président à la composition de ladite structure doivent garantir :
 - L'accord entre le réseau hospitalier et le réseau des services territoriaux ;
 - L'accord entre les services socio-sanitaires et les services d'aide sociale.
2. Susciter des actions de sensibilisation au profit d'une culture commune à tous les acteurs, institutionnels ou non, œuvrant dans le secteur de l'assistance aux mineurs ;
3. Élargir les connaissances et encourager la diffusion de tout type d'information concernant les actions, les services et les initiatives qui touchent la protection de l'enfance.

Personnes âgées

L'intégration socio-sanitaire permet de poursuivre les objectifs d'efficacité et d'efficience relevant du plan précédent. Dans cette perspective, il importe de compléter le processus d'application du modèle de travail testé dans le cadre du projet Itaca à la totalité du territoire régional, notamment pour ce qui est de l'élargissement de l'aide intégrée à domicile.

Sans préjudice des missions que la loi d'application du présent plan attribue à l'agence USL et aux collectivités locales, il est nécessaire de procéder à la rédaction et à l'adoption d'accords de programme à passer entre tous les sujets concernés, qui, pour chaque district, font fonction de plans de zone pour les services.

Il importe donc de :

1. Identifier les priorités que l'on entend poursuivre ;
2. Définir les ressources que chaque acteur peut débloquent ;
3. Déterminer les types d'activités, ainsi que les délais d'exécution et d'évaluation y afférents ;
4. Préparer et réaliser les initiatives de formation et de recyclage professionnel destinées aux opérateurs, en vue de mettre à exécution des projets de développement des services.

La gestion commune de l'ensemble du district est un autre élément susceptible d'améliorer l'efficacité et la pertinence des services.

L'adoption de la loi régionale n° 54/1998 représente un encouragement de la Région à la mise en place d'une telle gestion. À l'heure actuelle, 4 communautés de montagne ont été déléguées par la quasi-totalité des communes qui les composent à l'effet de gérer les services en question. À l'avenir, la Région se chargera de promouvoir et de soutenir une gestion commune de l'ensemble des services, un projet qui se heurte encore à des attitudes de réserve du fait d'une culture trop souvent sous l'emprise des intérêts locaux. L'intégration managériale passe également par une meilleure définition des rôles et des responsabilités des acteurs concernés – établissements gestionnaires des services, agence USL, coordinateurs des services pour les personnes âgées, unités d'appréciation gériatrique –, pour que soient évités la superposition éventuelle des domaines d'action et le débordement des compétences.

Il a donc été jugé utile de définir des stratégies susceptibles de faire face convenablement à des situations qui se sont révélé-

lées insoutenables sur les plans organisationnel et culturel. À cet effet, de multiples initiatives ont vu le jour qui visent une meilleure connaissance réciproque entre les différents profils professionnels (médecins, infirmiers professionnels, assistants de service social, thérapeutes de la rééducation, ADEST). À ce sujet, le transfert sur la totalité du territoire régional du modèle de travail testé dans le cadre du projet Itaca revêt une importance capitale : ce modèle s'est avéré extrêmement efficace dans la création de synergies mixtes entre des opérateurs ayant les compétences les plus diverses. Il est d'ailleurs indispensable de tenir compte des problèmes et des difficultés qui ont surgi au cours de la période d'expérimentation et notamment :

- Des difficultés d'intégration, au sein des équipes de base, entre les composantes sanitaires et les composantes d'aide sociale ;
- Des dysfonctionnements propres aux unités d'appréciation gériatrique (UVG), sur le plan technique – celles-ci n'étant pas toujours opérationnelles au temps voulu – mais aussi au niveau du volume de travail, qui est différent pour chaque district socio-sanitaire ;
- Des problèmes liés aux relations entre les hôpitaux et le territoire.

Il faut donc réserver la plus grande importance aux facteurs constitutifs du processus de renouvellement que l'intégration socio-sanitaire a amorcé, tels que :

- La responsabilisation personnelle et collective quant au volume et à la pertinence des services rendus ;
- L'affranchissement d'une vision trop limitée, au bénéfice d'une approche systémique et pluridisciplinaire.

Handicapés

La condition d'handicapé, notamment s'il s'agit d'une forme grave, exige la mise en œuvre de toute une série d'actions qui, comme c'est le cas des handicapés mentaux, peuvent accompagner le malade tout au long de sa vie.

Ces interventions touchent à la fois le système sanitaire, l'éducation, la société et l'assistance. La multiplicité des enjeux entraîne nécessairement la participation de plusieurs sujets institutionnels (agence USL, Région, communes, établissements scolaires, associations), différents services (territoriaux, spécialisés, éducatifs et de rééducation), ainsi que plusieurs profils professionnels (enseignants, médecins, thérapeutes de la rééducation, psychologues, assistants de service social, éducateurs). Afin d'éviter la fragmentation des actions tout en assurant une prise en charge efficace et globale du malade et de sa famille et pour que celui-ci puisse bénéficier d'un traitement de rééducation en vue de sa réadaptation sociale, il est nécessaire d'œuvrer selon un modèle intégré, pour ce qui est notamment des projets institutionnels, de la gestion opérationnelle et de la collaboration professionnelle.

Sur le plan institutionnel, il est question de :

- Couvrir les différents besoins dans un cadre territorial commun ;
- Faire appel à des professionnels qualifiés œuvrant dans le secteur de l'aide sociale, capables de soutenir le directeur du district dans l'intégration des services d'assistance au territoire.

Sur le plan de la gestion, il est nécessaire :

- D'identifier et de répartir sur l'ensemble du territoire les acteurs responsables des prestations et des activités de l'équipe soignante ;
- De susciter des stratégies communes pour la collecte et l'analyse des données, par le recours au journal de l'équipe qui prend en charge la personne handicapée ;
- D'élaborer des protocoles relatifs aux interventions que les opérateurs de l'agence USL assurent aux usagers dans les structures éducatives non scolaires.

Sur le plan professionnel, il s'agit de :

- Procéder à la prise en charge pluridisciplinaire des handicapés, mineurs comme adultes ;
- Organiser des cours de formation à l'intention des opérateurs socio-sanitaires, dans le but d'acquérir des modalités de travail communes (travail par projets).

Santé mentale

Pour ce qui est de la santé mentale, l'intégration socio-sanitaire vise à :

- Garantir l'équilibre intégré des ressources publiques, privées, familiales et personnelles, afin d'améliorer l'accès à l'assistance, sa continuité et son efficacité ;
- Élaborer un programme commun de travail, susceptible d'être vérifié périodiquement.

Au niveau institutionnel, il est nécessaire:

- D'assurer une programmation systémique et intégrée à travers la mise au point de lignes directrices ;
- De promouvoir des activités de formation, de publicité, de sensibilisation et de remise à niveau sur plusieurs plans ;
- De garantir la sauvegarde des droits des malades et de leurs familles en matière de finances, par la promulgation de dispositions ad hoc et la redéfinition des procédures d'application des lois existantes.

L'intégration au niveau de la gestion, elle, concerne les savoir-faire et le rôle du département de santé mentale et vise, notamment, l'élaboration de principes directeurs ayant trait aussi bien à l'établissement des diagnostics qu'aux actions thérapeutiques, aux traitements pharmacologiques et de rééducation, pour que les troubles mentaux soient détectés dès l'apparition des premiers symptômes.

Le niveau professionnel, enfin, est lié à la participation des acteurs publics et du tiers secteur à la fourniture des services sur le terrain. À ce titre, la mise en place d'accords opérationnels entre les sujets concernés, au sein des structures et sur le territoire, s'avère indispensable.

Toxicomanie et alcoolisme

En vue de définir les modalités d'intégration des compétences, des ressources et des actions concernant la toxicomanie et l'alcoolisme, il y a lieu de se référer au DPR n° 309/1990 (texte unique des lois en matière de stupéfiants et de substances psychotropes, de prévention des toxicomanies, de traitement et désintoxication), convenablement adapté à la réalité institutionnelle de la Vallée d'Aoste.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la nécessité d'un accord de programme entre les différentes instances concernées (Administration régionale, système scolaire, agence USL, collectivités locales, administration pénitentiaire), en vue de la définition des objectifs, des missions, des lieux de programmation des actions, des moyens financiers de chaque acteur, des actions et des modalités d'intégration managériale et professionnelle.

L'intégration socio-sanitaire peut se réaliser, semble-t-il, à travers :

- La définition des lignes directrices afférentes aux pratiques cliniques et à l'intégration des compétences sanitaires et des compétences sociales ;
- La programmation et la coordination d'activités de formation et de remise à niveau des opérateurs ;
- La programmation d'actions de prévention à lancer dans les établissements scolaires, dans les quartiers et au sein des groupes sociaux ;
- La mise en place d'initiatives dans les établissements pénitentiaires mais également à l'intention des anciens détenus ;
- L'organisation d'activités tendant à favoriser la réinsertion dans le monde du travail et la réadaptation au milieu scolaire (mesures contre la dispersion scolaire, formation professionnelle, etc.) ;
- La signature de protocoles opérationnels visant à encourager l'accueil dans les services d'aide sociale, les centres de jour et les centres d'hébergement ;
- Le renforcement de l'aide à domicile, en vue de soutenir les familles et d'aider le malade dans les travaux ménagers.

Cancéreux en phase terminale et sidéens

Plusieurs actes législatifs promulgués sur le plan national – et notamment l'arrêté du ministère de la santé du 28 septembre 1999 – mettent l'accent sur la notion d'unité opérationnelle des soins palliatifs. Il s'agit de centres de référence pour la prise en

charge des malades en phase avancée ou terminale, qui ont pour but d'améliorer la qualité de vie du malade et soutenir sa famille lors de la phase délicate de la prise en charge.

Lesdites unités, œuvrant tant au sein des hôpitaux qu'à travers le territoire, assurent des prestations ambulatoires et des soins médicaux à domicile, en prévoyant aussi un service d'hospitalisation de jour et un hospice. Elles doivent garantir la continuité de l'action thérapeutique en dispensant des soins qui soient adaptés aux différents niveaux d'assistance. Il est par conséquent nécessaire de renforcer le rôle du bénévolat et du tiers secteur par l'adoption d'un modèle centré sur l'assistance aux citoyens, qui respecte la dignité du malade, concoure au maintien à domicile de celui-ci et limite considérablement le recours à l'hospitalisation. De plus, l'intégration devient un outil majeur permettant la mise à exécution du projet « hospice », mais aussi la valorisation des connaissances, du savoir-faire et du professionnalisme de chaque acteur concerné, en vue d'une utilisation plus efficace et plus appropriée des ressources.

L'hospice peut en effet être considéré comme une structure au sein de laquelle l'équipe pluridisciplinaire œuvre en alliant hospitalisation et aide à domicile et ce, grâce à une assistance personnalisée, dans le but de garantir la continuité et la flexibilité des soins palliatifs.

Pour ce qui est des malades atteints du VIH, deux nécessités se profilent : contraster la diffusion de ce fléau à travers la mise en place d'activités de prévention qui se traduisent par des initiatives d'assistance au profit des malades, d'une part, répondre à ce type de besoins par le recours à des actions de plus en plus diversifiées et personnalisées, d'autre part. Cela exige l'établissement d'un réseau, axé à la fois sur l'intégration des deux composantes, sociale et sanitaire, et sur la mise en valeur de l'ensemble des compétences et des ressources des sujets, des familles, des groupes et des associations de bénévoles. En ce qui concerne l'assistance aux malades séropositifs, il convient de se référer au deuxième alinéa du premier article de la loi n° 35/1990, selon lequel les agences USL, sur la base des orientations régionales, s'emploient à mettre en place graduellement les services aptes à dispenser les soins médicaux à domicile aux personnes atteintes du sida et des maladies qui y sont associées. Le traitement à domicile est effectué – pendant le temps qui est jugé nécessaire – par les personnels infirmiers, qui travaillent dans le respect des mêmes dispositions en vigueur en milieu hospitalier, en étroite collaboration avec les médecins du même service, le médecin de famille et, dans la mesure du possible, le personnel technique des services territoriaux.

Lorsque la maladie est à un stade avancé, les sujets doivent faire l'objet d'un suivi particulier, allant des soins pharmacologiques au soutien psychologique, en passant par les pratiques alimentaires et l'insertion sociale ; ils doivent pouvoir passer une partie de leur temps auprès de leur famille et nécessitent d'être assistés lors des démarches administratives liées au traitement.

Sur un plan plus concret, l'intégration socio-sanitaire se réalise à travers :

- Le lancement d'actions coordonnées dans le domaine de l'aide à domicile et de l'aide ménagère à domicile ;
- La mise au point d'initiatives de soutien visant l'intégration sociale ;
- L'élaboration de parcours de formation et de remise à niveau professionnelle des personnels concernés, avec la participation d'autres opérateurs.

Transplantations et hémodialyse

La loi n° 91 du 1^{er} avril 1999 portant dispositions en matière de prélèvement et de transplantation d'organes et de tissus – qui a abrogé la loi n° 644/1975 modifiée –, a statué pour la première fois que la transplantation d'organes et de tissus et la coordination des activités y afférentes figurent au nombre des objectifs du service sanitaire national. Par cette affirmation, elle a soustrait la pratique du prélèvement au cadre strict où elle était reléguée par le passé – à une époque où celle-ci relevait du savoir-faire et de la sensibilité des médecins et des administrateurs –, pour lui attribuer le statut de véritable thérapie que le service sanitaire national garantit à tous ses inscrits et ce, bien que plusieurs aspects de cette loi, à deux ans de sa promulgation, soient encore à régler.

En conséquence de la reconnaissance du prélèvement en tant que prestation assurée par le service sanitaire national et de l'augmentation du nombre des patients vivant sous dialyse ou ayant subi une greffe, la nécessité se fait sentir d'apporter des réponses précises aux besoins qui sont en liaison directe avec l'aide hospitalière, tout en ne relevant pas expressément de cette dernière. Satisfaire ces besoins signifie former des médecins et des opérateurs professionnels capables d'assurer l'aide psychologique des personnes ayant subi une transplantation d'organe ou de tissu, des malades dialysés et de leur entourage, en vue de les soutenir dès les premiers symptômes de la maladie et de les accompagner, notamment, depuis l'attente d'une greffe jusqu'à l'opération et pendant les différentes phases qui mènent enfin à la rééducation.

Toujours pour ce qui est des besoins des usagers, il importe de souligner l'absence d'une structure susceptible de jouer le rôle de service d'écoute et d'accueil à l'intention tant des malades dialysés que de toute personne qui attend ou qui a subi une greffe. Car, à l'heure actuelle, le suivi du patient est assuré principalement par les centres hospitaliers où la transplantation et la dialyse ont été effectuées, ce qui entraîne des difficultés tant pour le malade que pour la structure concernée. En fait, la loi

n° 91/1999 accorde un rôle de premier plan non seulement aux organismes institutionnels présents au sein du service socio-sanitaire régional, mais également aux associations des bénévoles : leur mission est de nouer des contacts avec les instances sanitaires sur le plan de la promotion, de l'information et du soutien aux malades et à leurs familles par la mise en place d'un réseau d'activités centrées sur la sauvegarde de leurs droits fondamentaux. Le présent document, en reconnaissant lesdites associations à leur juste valeur, les élève au rang d'éléments clés permettant aux citoyens d'obtenir les informations les plus adaptées à leurs besoins, de mieux choisir les structures capables de répondre à leurs attentes et de dénoncer les dysfonctionnements éventuels.

En résumé, l'intégration socio-sanitaire, conçue comme une réponse ponctuelle aux nécessités des transplantés et des malades dialysés, pourra se réaliser à travers la programmation et le lancement :

- D'actions d'aide psychologique, en coopération avec les personnels sanitaires, les assistants de service social et les groupes des bénévoles ;
- D'initiatives de formation et de recyclage destinées aux opérateurs directement concernés.

LA GESTION DE LA SANTÉ

Les objectifs généraux en matière de santé et de protection sociale

La concrétisation de la planification dans le domaine socio-sanitaire en Vallée d'Aoste, caractérisée par l'approbation et la réalisation du Plan, se situe dans l'évolution du cadre législatif, financier et contractuel de la santé en Italie.

La mise en œuvre des indications du Plan sanitaire national impose de définir a priori les objectifs généraux en matière de santé qui devront se concrétiser dans la définition des niveaux d'assistance et, surtout, dans les actions y afférentes, compte tenu du fait que le Plan régional a pour objectif de réaliser l'intégration des services de la santé et de l'aide sociale.

Objectif 1. Prévention et promotion de la sécurité

Une partie importante des coûts sanitaires, sociaux et économiques dérive de causes qui peuvent être éliminées complètement ou partiellement par le biais d'action de prévention.

Ce type d'actions permet de renforcer la sécurité des citoyens face aux risques pour la santé liés aux conditions de la vie quotidienne et aux lieux de travail. Ce Plan a pour objectif d'augmenter les actions de prévention et le gain en termes de santé obtenu par ces dernières.

Objectif 1.1 – Promouvoir la sécurité domestique

Les accidents domestiques prennent de plus en plus d'importance en raison du grand nombre de personnes âgées résidant dans la région. En 1999, 4 802 accidents domestiques ont été enregistrés en Vallée d'Aoste.

Le vieillissement progressif de la population, qui est une caractéristique constante de notre société, constitue un facteur de risque pour ce type d'accidents si une action de sensibilisation, de contrôle et de surveillance ne s'y oppose pas. Cette action doit être caractérisée à la fois par des campagnes d'éducation à l'intention des tranches d'âge à risque et par des initiatives visant le contrôle des installations domestiques et l'adaptation de l'environnement aux exigences des personnes âgées (infirmes et perte d'autonomie).

Objectif 1.2 – Promouvoir la sécurité sur les lieux de travail

Les maladies professionnelles et les accidents du travail constituent encore trop fréquemment en Italie des causes d'invalidité et de mort, bien que leur nombre diminue progressivement.

En Vallée d'Aoste, les accidents du travail dans le milieu industriel déclarés en 1998 à l'INAIL ont atteint 4,5/100 des employés par rapport à 5,9/100 en Italie.

Le cadre statistique ne prend pas convenablement en compte les cas des travailleurs non assurés à l'INAIL et des travailleurs au noir.

Le problème des maladies professionnelles est d'autant plus important, en raison notamment du fait que certaines maladies provoquées par une longue exposition à des agents pathogènes au cours de ces dernières décennies ne se manifestent qu'actuellement.

Il est donc fondamental de poursuivre au cours de la période de trois ans en question la réduction du pourcentage des accidents du travail et de fixer une diminution minimum de 10 % par rapport aux données enregistrées en 1999.

Pour ce faire, deux conditions sont indispensables : d'une part, l'augmentation des ressources destinées à la prévention collective et leur répartition entre les différents aspects de la prévention, d'autre part, le renforcement de la structure régionale assurant le lien avec le Département de prévention et de l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales, par le biais également de la création d'un « Observatoire des accidents ».

Les stratégies d'intervention pour la réduction du nombre des accidents et des maladies professionnelles ont pour objectif de :

- Fournir une information continue et complète aux travailleurs ;
- Contrôler les paramètres et assurer le suivi de la réalisation d'un réseau épidémiologique fonctionnel en matière d'emploi ;
- Poursuivre l'adaptation aux normes en vigueur des exigences en matière de prévention et de sécurité ;
- Coordonner l'activité des différents sujets compétents de l'Administration publique, par le biais également du comité régional de coordination visé à l'art. 27 du décret législatif n° 626/1994 ;
- Améliorer la qualité de l'assistance lors de l'établissement des diagnostics, de la rééducation et de la réinsertion dans le monde du travail au moyen de l'intégration entre les services sanitaires, sociaux et des politiques du travail.

Objectif 1.3 – Promouvoir la sécurité routière

En Italie, la mortalité due aux accidents de la route représente 5-7 % de la totalité des décès. L'objectif triennal est de réduire cette mortalité de 20 %, notamment chez les 15-24 ans.

Les objectifs intermédiaires sont les suivants :

- Sensibiliser les usagers de la route à une utilisation croissante et correcte des dispositifs de sécurité (ceintures, sièges pour enfants et casque) ;
- Encourager l'amélioration des conditions de la voirie (signalisation routière, éclairage, conditions de praticabilité) dans les zones à haut risque d'accidents de la route ;
- Sensibiliser les usagers de la route aux risques dérivant de la conduite en état d'ivresse, notamment le soir et la nuit ;
- Encourager le renforcement des transports en commun.

En Vallée d'Aoste, il faut poursuivre les activités déjà mises en œuvre, augmenter le soutien accordé aux collectivités locales en matière de sécurité routière, accroître le nombre d'actions d'éducation routière à l'intention des jeunes, au moyen également de formes de collaboration avec l'école, les sociétés de gestion des autoroutes, les associations catégorielles et de bénévoles et les collectivités locales elles-mêmes, et augmenter le nombre de moyens de transport en commun permettant l'accès aux personnes handicapées.

Objectif 1.4 – Promouvoir la sécurité dans les structures sanitaires et d'aide sociale

Dans les structures sanitaires et d'aide sociale la présence de travailleurs et d'usagers ayant besoin d'une aide rend encore plus urgente la nécessité d'atteindre un niveau de sécurité structurelle, technologique et organisationnelle appropriée, afin d'obtenir les trois résultats suivants : rassurer les usagers, protéger les travailleurs, améliorer la qualité des prestations.

Le plan de mise en conformité avec les conditions techniques, structurelles et organisationnelles visées aux obligations fixées par le DPR du 14 janvier 1997, qui concerne en ce moment l'hôpital régional, donne une réponse concrète aux exigences susmentionnées. Il est toutefois indispensable en même temps de réduire les risques au sein des structures non-hospitalières, socio-sanitaires, et d'aide sociale et de réduire le taux d'incidence des infections nosocomiales.

Objectif 1.5 – Promouvoir la sécurité dans les collectivités

Le pourcentage de personnes vaccinées à l'échelon régional est de 98 % pour les vaccinations obligatoires, tandis les pourcentages afférents aux vaccinations non obligatoires sont de 97,8 % pour la coqueluche, de 90,6 % pour la rougeole et de 66,7 % pour l'*Hemophilus*. Par rapport à la moyenne établie par le Plan sanitaire national, seule la coqueluche dépasse la valeur indiquée de 95 %, tandis que les autres vaccinations non obligatoires n'ont pas encore atteint le seuil susdit.

Deux autres problèmes revêtent une importance particulière et appellent une solution par la réalisation des objectifs suivants :

- La révision du système actuel d'information sur les maladies infectieuses, qui ne permet pas une intégration entre les différentes bases de données, afin d'évaluer globalement l'évolution d'une maladie infectieuse à l'échelon régional ;
- L'augmentation en Vallée d'Aoste des cas de tuberculose, pour lesquels il est opportun de fournir un traitement antituberculeux afin de protéger les malades et la collectivité

Objectif 1.6 – Promouvoir l'amélioration du niveau de la santé des animaux

La santé du patrimoine zootechnique régional a toujours un poids déterminant, aussi bien du point de vue de la protection dudit patrimoine – en tant que ressource économique – que du point de vue de la diminution des risques de transmission de zoonoses à l'homme, par contact direct ou par les produits d'origine animale.

De ce dernier point de vue, il y a lieu de tenir compte de l'importance croissante dans l'économie des aires marginales de la production d'aliments d'origine animale destinés à la consommation locale (viande d'animaux de boucherie, gibier, produits dérivés du lait, œufs, miel).

Il ne faut pas oublier, enfin, l'importance du contrôle du niveau de santé des animaux familiaux, toujours dans le but de réduire les risques de contagion pour les hommes.

Objectif 1.7 – Promouvoir la sécurité des aliments

Le paramètre fondamental pour le maintien du bien-être psychique et physique, qui est à la base du concept de santé, est l'adoption d'habitudes alimentaires correctes qui dépendent également de la sécurité de l'alimentation et de l'hygiène des aliments.

Le suivi et le contrôle de la production agricole, de la préparation et de la transformation industrielle, ainsi que de la distribution et de la conservation, du point de vue de l'hygiène et, plus en général, des modes de production sont à cet égard fondamentaux.

À cet effet, toutes les branches de la filière alimentaire ainsi que les activités de restauration et les consommateurs sont concernés, pour ce qui est de la préparation, de la cuisson, de la fourniture et de la conservation des aliments.

Les actions visant la limitation des risques alimentaires doivent donc être renforcées – notamment pour ce qui est de l'éducation sanitaire des agents préposés au processus de production – et doivent favoriser, entre autres, les processus d'autocontrôle et d'auto-évaluation, suivant les indications de l'Union européenne.

Objectif 2. Promouvoir l'amélioration de l'environnement

L'amélioration de la qualité de l'environnement constitue de plus en plus un élément fondamental pour la protection de la santé des personnes.

Il est en effet indéniable qu'il existe une corrélation étroite entre la manifestation de certaines maladies et la présence d'activités humaines ou productrices qui peuvent être à l'origine de la pollution environnementale.

L'engagement à atteindre ou à améliorer (si elles ont déjà été atteintes) les conditions minimales de qualité visées aux dispositions législatives communautaires, nationales et régionales en matière de protection de l'environnement contre la pollution constitue l'un des objectifs du présent Plan, dans le cadre des activités de prévention, en vue de la protection de la santé des personnes.

Objectif 2.1 – Promouvoir une gestion correcte de déchets

La gestion des ordures ménagères et des déchets spéciaux (à savoir ceux qui découlent d'activités non domestiques) constitue l'une des causes principales de la pollution environnementale. La contamination du sol provoquée par l'abandon de déchets ou par l'évacuation et par le recyclage non corrects de ceux-ci peut avoir des effets directs sur la santé des personnes (du fait d'un contact involontaire avec les déchets, ou de l'émanation d'odeurs et de la présence d'animaux indésirables – insectes, rongeurs – suite à la putréfaction de déchets organiques mal gérés) et des effets indirects résultant de la génération de résidus liquides pouvant polluer les nappes phréatiques.

Le travail remarquable effectué par la Région autonome Vallée d'Aoste depuis 1982, du point de vue de la réorganisation des services chargés de la gestion des ordures ménagères comme du point de vue l'optimisation de l'élimination de ces der-

niers, a permis à la Vallée d'Aoste d'être la seule région italienne qui n'a sur son territoire aucune installation non autorisée de traitement des déchets et qui maîtrise complètement la gestion des ordures ménagères et des déchets similaires.

Une réorganisation importante, destinée à améliorer la gestion du point de vue hygiénique est sanitaire des déchets, a concerné les structures de l'agence USL de la Vallée d'Aoste. Le nouveau système de collecte des déchets, dans les différents services hospitaliers d'abord et ensuite, graduellement, dans toutes les structures territoriales de ladite agence a permis non seulement d'atteindre en peu de temps les objectifs de la collecte sélective des déchets fixés pour 2003 par le décret législatif n° 22/1997 modifié et complété, mais également de réaliser de remarquables économies en matière de dépenses supportées jusqu'à maintenant par l'USL au titre du service en cause.

L'objectif principal est donc de poursuivre la réorganisation des services chargés de la gestion des déchets et notamment des ordures ménagères, ainsi que d'achever la réorganisation des centres de soins et des services de l'agence USL.

Objectif 2.2 – Promouvoir l'amélioration de la qualité des eaux

Ainsi qu'il appert de l'état de la qualité des eaux superficielles établi par l'ARPE au titre de 1998, la Région a atteint un bon niveau de qualité, aux termes de l'article 4 du décret législatif n° 152/1999, bien avant la date fixée par la loi. Celle-ci établit en effet que ledit objectif doit être réalisé au plus tard le 31 décembre 2016.

Dans ce cadre, le but principal est celui du maintien et de l'amélioration de la situation susdite, par l'achèvement des stations d'épuration des eaux usées prévues par le Plan régional d'assainissement des eaux.

En ce qui concerne les eaux souterraines, et notamment les eaux destinées à l'alimentation humaine, il est précisé que celles-ci font l'objet d'un contrôle régulier et qu'aucune pollution d'origine chimique n'a jamais été relevée. Les seuls cas de pollution sporadique, concernant exclusivement la période estivale, sont liés au pâturage et à l'hébergement des animaux dans les alpages situés en amont ou à proximité des points de captage.

Dans cette situation, l'objectif principal est d'améliorer les modalités de captage des eaux sans pénaliser excessivement le pâturage qui constitue une ressource fondamentale de l'économie valdôtaine.

Objectif 2.3 – Promouvoir l'amélioration de la qualité de l'air

Il est bien connu que les principales causes de la pollution atmosphérique en Vallée d'Aoste sont les émissions dues aux activités urbaines (installations de chauffage) et à la circulation de véhicules. Les émissions de poussières diffuses, résultant généralement des différentes activités d'usinage de matériaux pierreux et qui sont particulièrement fastidieuses au cours des périodes où le vent est plus fréquent (du mois de mars au mois de novembre) sont également importantes. Quant aux émissions polluantes provenant d'installations productrices, il est à remarquer que les entreprises sont munies d'autorisations régulières et qu'elles respectent les limites et les prescriptions établies lors de la délivrance des autorisations y afférentes.

L'objectif principal est celui d'établir un Plan régional de protection de la qualité de l'air et d'engager les actions destinées à la création d'un cadastre des émissions et les premières actions de réduction de la pollution due à la circulation de véhicules.

Objectif 3. Promouvoir des styles de vie sains

La santé est un bien fondamental pour les personnes et pour la collectivité, il est donc nécessaire de promouvoir l'adoption de comportements et de styles de vie qui favorisent et soutiennent la santé de la population.

De nombreux cas de maladie, d'infirmité et de mort prématurée dérivent de comportements et de styles de vie erronés. Les styles de vie sont importants car la protection de la santé est strictement liée au comportement de chaque personne, en tant qu'individu et en tant que membre de la communauté. Des progrès significatifs peuvent être obtenus, en termes de réduction des cas de mort prématurée et d'infirmité en général, par l'adoption de styles de vie et de comportements positifs partagés et acquis grâce à des campagnes de sensibilisation et d'information, ainsi que par des projets spécifiques.

Objectif 3.1 – Promouvoir une alimentation saine

Il est scientifiquement prouvé qu'une alimentation non équilibrée augmente les risques de maladies, telles que les maladies cardiovasculaires et tumorales. L'alimentation a également une influence déterminante sur d'autres maladies qui ne sont pas moins importantes du point de vue de leur coût social et de la qualité de la vie des personnes telles que : l'obésité, l'hypertension, certaines maladies métaboliques, les caries dentaires, les allergies, les intolérances alimentaires, l'ostéoporose, l'anémie liée à une insuffisance d'apport alimentaire. L'aspect hygiénique est tout aussi important pour une alimentation saine et le respect des précautions y afférentes doit être assuré par toutes les personnes œuvrant dans la filière alimentaire, ainsi que par les consommateurs au cours de la conservation et de la préparation des aliments.

Le taux d'incidence des maladies alimentaires sur la population valdôtaine met en évidence la nécessité de promouvoir et de développer l'adoption de comportements alimentaires appropriés.

À cet égard pour la population en général, il y a lieu de prévoir des actions qui contribuent à améliorer la consommation de calories, de graisses, d'hydrates de carbone et de sel suivant les valeurs nutritionnelles optimales recommandées par les organismes scientifiques et à réduire le nombre de sujets ayant un poids excédentaire au sens de l'Indice de masse corporelle (IMC).

Pour ce qui est de groupes de population à risques il faut entreprendre des actions ayant pour but de modifier les habitudes alimentaires, en vue de diminuer les facteurs de risque, de prescrire des régimes diététiques appropriés pendant les périodes d'hospitalisation et de fournir des aides à l'alimentation, artificielles ou à utiliser par voie orale, dans le cadre du service à domicile.

Objectif 3.2 – Promouvoir l'exercice physique

Il est désormais universellement accepté que l'exercice physique et sportif permet de vivre en bonne santé, prolonge l'espérance de vie de plusieurs années et retarde ou réduit les effets de maladies chroniques et dégénératives.

Chez les jeunes, la pratique de sports de compétition constitue une opportunité supplémentaire de maturation psychique et physique. À l'âge adulte la pratique systématique de l'exercice physique contraste les manifestations et les effets de la « maladie hypo-cinétique » qui frappe l'appareil locomoteur et les systèmes métabolique et cardiovasculaire. Chez les personnes âgées, l'exercice physique prévient le déclin des capacités organiques et fonctionnelles et stimule de manière adéquate la vie intellectuelle et affective par la promotion de l'indépendance et de l'autonomie physique et mentale.

De manière cohérente avec ce qui a été dit, les objectifs prioritaires sont les suivants :

- Favoriser l'exercice physique dès la petite enfance ;
- Assurer une orientation sportive qui tienne compte des caractéristiques et des besoins individuels ;
- Augmenter l'offre en matière de sport pour tous ;
- Intégrer l'aspect sanitaire dans le contrôle de la qualité de l'offre en matière d'activité physique ;
- Accroître le nombre de la population qui, à tous les âges, fait régulièrement de l'exercice physique dans son temps libre et notamment parmi les personnes âgées.

Objectif 3.3 – Lutter contre le tabagisme

L'Organisation mondiale de la santé définit le tabac comme la première cause évitable de maladie et de mort dans la société actuelle. La nicotine est aujourd'hui classée, tout comme l'alcool, la cocaïne, les hallucinogènes et les opiacés parmi les substances psychotropes susceptibles de provoquer une dépendance physique et psychique.

De l'analyse des résultats des enquêtes *Multiscopo* de l'ISTAT relatives à la période 1980 - 1996 en Italie, il ressort que le nombre total de fumeurs est en baisse. Cette diminution ne suit toutefois par la même évolution pour les deux sexes : les hommes sont passés de 54,3 % à 34,9 % et les femmes de 16,7 % à 17,9 %. Il paraît que 3 % seulement des femmes sont disposées à arrêter de fumer contre 15 % des hommes. La Vallée d'Aoste ne s'éloigne pas de manière significative des données enregistrées au niveau national.

Le dernier relevé effectué par l'ISTAT, relatif à 1996, montre que le nombre de personnes âgées de plus de 14 ans qui déclarent fumer en Vallée d'Aoste s'élève à 27,8 %, dont 98,1 % sont des fumeurs de cigarettes.

Les données visées au Rapport socio-sanitaire annuel mettent en évidence le fait que les bronchopathies et les pneumopathies sont un problème important puisqu'elles anticipent des maladies plus létales telles que le cancer du poumon qui pourrait frapper dans le futur plus lourdement la population féminine valdôtaine.

Le tabagisme est la cause d'une grande partie de la mortalité et de la morbidité évitable et des coûts sanitaires dus aux tumeurs, aux bronchopathies et aux pneumopathies chroniques, ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires. Cesser de fumer, même à l'âge adulte, comporte d'importants bénéfices car il a été constaté que le risque de maladie chez les anciens fumeurs après 15 ans à compter du moment où ils ont arrêté de fumer est comparable à celui des non-fumeurs, même s'il ne faut pas oublier les effets du tabagisme passif, notamment pour les enfants.

Il est intéressant de remarquer que la plupart des fumeurs a acquis cette habitude au cours de l'adolescence.

Les actions en la matière doivent permettre d'atteindre les objectifs spécifiques suivants :

- La réduction du nombre de fumeurs ;
- La réduction du nombre élevé de fumeurs parmi les adolescents (tout programme ayant pour but la rééducation définitive du fumeur doit comporter un engagement encore plus important à dissuader tout fumeur potentiel) ;
- La réduction, en vue de l'éliminer définitivement, du nombre de femmes enceintes qui fument.

Ces actions se concrétisent par des campagnes adéquates d'information et de sensibilisation dans les écoles et dans les centres de consultation des districts, ainsi que par des contacts avec les médecins généralistes et les pédiatres à choix libre.

Objectif 3.4 – Lutter contre l'alcoolisme

En Vallée d'Aoste, comme dans l'ensemble de l'Italie, les données afférentes à la consommation de boissons alcoolisées sont extrêmement incertaines. Les estimations épidémiologiques et les données résultant d'études récentes permettent d'affirmer qu'il existe une analogie entre les données relatives à la Vallée d'Aoste et celles relatives à l'Italie, ainsi qu'il appert de l'étude dénommée « Alcool, production, consommation et morbidité », réalisée par l'assessorat régional compétent afin d'évaluer les actions relevant de la politique socio-sanitaire en matière d'alcoolisme.

Des enquêtes récentes, il ressort que 77,8 % des consommateurs sont parmi les 15-24 ans, un pourcentage qui atteint 82,3 % chez les 33-44 ans pour diminuer à 72,3 % aux alentours de 54 ans.

L'augmentation de la consommation de spiritueux est plus importante chez les jeunes jusqu'à 34 ans, avec une augmentation du nombre de femmes qui passe de 8,5 % à 13,6 %.

La bière est considérée comme la boisson des jeunes (+ 6,2 % entre 15 et 24 ans) mais les apéritifs et les digestifs (+ 2,4 %) sont également en augmentation dans cette tranche d'âge. Par ailleurs, la consommation solitaire des boissons alcoolisées est en diminution. Les personnes atteintes de dépendance alcoolique se chiffrent à 4 millions et la mortalité y afférente qui comprend – en sus des décès dus aux maladies chroniques dégénératives – les accidents de la route, les homicides et les suicides est estimée à trente mille décès par an. Il s'agit toutefois d'une sous-estimation car plusieurs décès ne sont pas liés directement à l'abus d'alcool.

En Vallée d'Aoste, le taux brut de mortalité est passé de 5,2 pour 10 000 à 6,4 pour 10 000 entre 1991 et 1992. Cette augmentation est confirmée dans les années suivantes (1993 : 6,3 pour 10 000 habitants ; 1994 : 6,1 pour 10 000 habitants ; 1995 : 6,2 pour 10 000 habitants).

Au cours des années pris en considération, le nombre de décès dus à l'alcool représente globalement 5 % environ de la totalité des décès (les causes de mort violente telles que les accidents de la route, les homicides et les suicides n'ont pas été prises en compte) avec un pic en 1995 (5,68 %).

L'analyse par sexe met en évidence une augmentation de la mortalité chez les femmes depuis 1994, tandis que les hommes étaient les plus touchés en 1992 et 1993. Cela permet de supposer une augmentation de consommateurs d'alcool parmi les femmes.

Pour réduire la consommation d'alcool et par conséquent les problèmes y afférents (maladies et mortalité précoce), il est possible d'adopter des mesures efficaces. Ces dernières permettent de réaliser des investissements ciblés en vue d'améliorer l'état de santé général.

Pour diminuer la consommation d'alcool, il est possible d'adopter des mesures concernant toute la population et des mesures spécifiques visant les comportements à haut risque. Le but de ces dernières est d'identifier et d'aider les personnes ayant des problèmes particuliers.

Les mesures concernant la population dans son ensemble donnent de meilleurs résultats en termes d'amélioration de l'état de santé, non seulement du fait qu'une réduction de la consommation d'alcool diminue les problèmes propres à tous types de buveurs, mais également du fait que les gros buveurs sont naturellement concernés par les actions au profit de toute la population. Sans compter qu'une approche de ce type permet de modifier la perception des standards actuels ainsi que des modèles culturels relatifs à la consommation de boissons alcoolisées.

Un milieu où une consommation modérée constitue la norme exercerait une forte pression sur les gros buveurs afin qu'ils réduisent leur consommation d'alcool et augmenterait l'efficacité des mesures à l'intention des personnes à haut risque.

Ces dernières mesures sont donc complémentaires à celles destinées à toute la population.

Dans ce cadre les objectifs du présent plan sont les suivants :

- Renforcer les actions de prévention des dommages provoqués par l'abus d'alcool ;
- Créer et soutenir des milieux qui favorisent la promotion de la santé et renforcent la motivation et les capacités individuelles à éviter les dommages causés par l'abus d'alcool ;
- Mettre en place des programmes d'éducation visant à encourager l'adoption de comportements plus responsables vis-à-vis de la consommation de boissons alcoolisées ;
- Renforcer les actions des systèmes sanitaires et notamment de l'assistance sanitaire de base en vue de la prévention et du traitement des dommages provoqués par l'abus d'alcool ;
- Renforcer le soutien des services d'aide sociale à la prévention des dommages provoqués par l'abus d'alcool.

Les objectifs susdits se traduisent en actions censées poursuivre et compléter les initiatives en cours par des campagnes de prévention régionale, telles que la « Cuite de Noé » et les activités des services et des professionnels œuvrant sur le territoire, notamment le service d'alcoologie de l'agence USL de la Vallée d'Aoste.

Objectif 3.5 – Lutter contre la toxicomanie

Le phénomène de la drogue concerne tous les aspects de la vie humaine, philosophiques éthiques, politiques et sociaux ; l'étendue dudit phénomène est en constante progression.

Les retombées sur le domaine social et sur les lieux de travail se traduisent presque toujours par l'augmentation de la grande et de la petite criminalité, par le développement d'une économie illégale et mafieuse, par une crise de la culture de la solidarité sur les lieux de travail, par une augmentation des clivages intergénérationnels et familiaux ainsi que par la croissance de l'insécurité.

La toxicomanie a été définie comme un phénomène lié à plusieurs facteurs et il est donc nécessaire de mettre en œuvre des actions concernant tous les aspects de la lutte contre la drogue, compte tenu du fait que le rapport entre les stupéfiants et leurs consommateurs est en train de changer, car le nombre de consommateurs qui cohabitent avec les drogues sans devenir toxicomanes est en augmentation.

De tout cela il découle qu'il est prioritaire de mettre en œuvre une politique qui prenne en compte à la fois la prévention, l'éducation, la conception conjointe, l'accueil et la continuité des soins, la resocialisation et la réinsertion dans le monde du travail.

C'est le seul moyen de faire interagir le secteur public et les particuliers œuvrant dans le domaine social, une interaction d'autant plus nécessaire compte tenu de l'évolution des modes de consommation des drogues et de la crise des traitements thérapeutiques.

En cohérence avec ce qui est énoncé ci-dessus, les objectifs prioritaires sont les suivants :

- Augmentation du nombre de consommateurs qui s'adressent aux services concernés et notamment de ceux qui font usage des « nouvelles drogues » ;
- Réduction de la mortalité et de la morbidité ;
- Augmentation du nombre de sujets qui s'adressent aux services concernés, qui commencent et portent à terme les traitements prévus et qui réintègrent la société civile d'une manière acceptable ;
- Élargissement de l'offre thérapeutique ;
- Amélioration de la qualité de vie des toxicomanes.

Les interventions correspondantes se concrétisent par la poursuite et le renforcement, le cas échéant d'une manière interdisciplinaire, de l'activité du Service d'alcoologie et des toxicomanies (SERT) de l'agence USL de la Vallée d'Aoste et par des actions de prévention au sein des écoles et des lieux de rencontre pour les jeunes, ayant pour objectif de fournir une information sur les risques dérivant de l'usage de stupéfiants et notamment de ceux de la nouvelle génération.

Objectif 4. Lutter contre les maladies à l'origine des cas de mortalité et de morbidité évitables

Du point de vue épidémiologique, l'on entend par mortalité évitable la mortalité relative aux sujets décédés à un âge infé-

rieur à 65 ans ou à la durée de vie moyenne. Il est fait application à cet égard du concept général d'années de vie potentielle perdues (APVP) pour des causes évitables par des actions appropriées de prévention, de soin et de rééducation.

La structure démographique valdôtaine, les habitudes de vie typique d'une population caractérisée par un essor économique élevé et les caractéristiques des activités productrices actuelles et passées déterminent les aspects les plus importants de l'épidémiologie régionale, à savoir la prédominance des maladies cardiovasculaires cérébro-vasculaires et des tumeurs, qui sont également les premières causes de décès dans la région.

L'évolution épidémiologique de la mortalité en Vallée d'Aoste, calculée par rapport à l'indicateur « Années de vie productive perdues » est caractérisée par une perte importante d'années/hommes résultant de causes externes (traumatismes), de tumeurs et de maladies des appareils circulatoire, digestif et respiratoire. L'évolution épidémiologique régionale, même si l'on analyse la mortalité suivant des paramètres proportionnels, est semblable à l'évolution nationale et les 5 principales causes susdites sont à l'origine de 86,5 % des décès chez les hommes et de 84 % des décès chez les femmes.

Objectif 4.1 – Réduire la mortalité précoce due à des maladies de l'appareil cardiovasculaire

Les maladies de l'appareil cardiovasculaire (et les autres principales formes pathologiques comprises dans ce groupe telles que les maladies cardiaques, les cardiopathies ischémiques et les maladies circulatoires cérébrales) sont la principale cause de mort en Vallée d'Aoste (39 % de l'ensemble de la mortalité) même si l'amélioration de la capacité de contrôle des principaux facteurs de risque à l'origine desdites maladies (réduction de la dépendance au tabac, contrôle de l'hypertension, recommandations diététiques) pourra déterminer une inversion de tendance par rapport aux valeurs actuelles qui sont stables depuis 1992. Parmi toutes les maladies, les maladies cardiovasculaires ont, en termes absolus, une incidence et une prévalence élevées en Vallée d'Aoste où elles ont, de 1992 à 1997, été à l'origine de 1 428 décès chez les hommes et de 1526 décès chez les femmes et ont en moyenne été responsables d'environ 240 décès par an chez les hommes et de 250 décès par an chez les femmes, même si la mortalité due à ces maladies a été plus basse pour les deux sexes que celle enregistrée à l'échelon national. Parmi les 490 décès enregistrés par an au total, 270 environ concernent des personnes de plus de quatre-vingts ans. Le vieillissement progressif de la population cause l'augmentation du nombre absolu de personnes souffrant de maladies cardiaques et notamment de maladies cérébrales vasculaires qui requièrent de gros moyens du point de vue de l'assistance à moyen terme. Il ne faut pas s'attendre à une diminution de l'importance de l'assistance à l'intention des malades aigus et de ceux en phase de rééducation suite à des infarctus, des décompensations cardiaques et des affections cérébro-vasculaires même en cas de diminution des taux d'incidence moyens par classes d'âge.

La situation susdite impose un engagement important en vue d'atteindre, d'une part des objectifs généraux tels que :

- La réduction de la mortalité résultant de maladies ischémiques du cœur ;
- La réduction de la morbidité résultant de troubles circulatoires de l'encéphale ;
- La réduction des différences de mortalité entre des aires géographiques et des groupes de population différents ;

d'autre part des objectifs spécifiques tels que :

- L'amélioration de la prise en charge du risque cardiovasculaire par la mise en place d'actions de prévention secondaire et de rééducation ;
- L'amélioration de la qualité de l'assistance (rapidité et efficacité) lors de maladies aiguës ;
- L'amélioration de la qualité de vie du citoyen pris en charge atteint de maladies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires par le biais également d'actions d'aide sociale et l'expérimentation de l'assistance « mixte », à savoir, à domicile sous le contrôle d'un hôpital.

L'application du Plan doit prévoir également l'expérimentation de formes de collaboration lors de l'assistance à l'intention des malades atteints de maladies cérébro-vasculaires.

Objectif 4.2 – Réduire la mortalité précoce due aux tumeurs

Les néoplasies représentent la deuxième cause de mort en Italie et en Vallée d'Aoste (30 % de la mortalité globale régionale).

Entre 1992 et 1999, 3 901 décès provoqués par des tumeurs ont été enregistrés en Vallée d'Aoste. Il faut remarquer à cet égard un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale quant aux tumeurs de la cavité orale (hommes), de l'œsophage (hommes et femmes), de l'intestin (hommes), des voies biliaires (hommes et femmes), du larynx (hommes et femmes), de la peau (femmes), ainsi que de la mamelle et de la prostate.

Le style de vie et les tendances démographiques enregistrées en Vallée d'Aoste sont en mesure d'expliquer les raisons d'une mortalité plus élevée chez les hommes résidant en Vallée d'Aoste par rapport à la moyenne nationale (324 décès tous les 100 000 habitants en Vallée d'Aoste contre 322,4/100 000 en Italie).

Conformément aux objectifs du Plan sanitaire national et compte tenu du contexte épidémiologique local, les buts du Plan sont les suivants :

- Développer, promouvoir et coordonner les activités liées à la prévention, à l'établissement des diagnostics et au traitement des affections néoplasiques et notamment de celles plus importantes du point de vue épidémiologique à l'échelon régional, liées à des facteurs de risque en rapport avec l'alimentation, le tabagisme, l'alcoolisme et l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets ;
- Renforcer la collaboration avec les structures piémontaises de radiothérapie et de monitoring des tumeurs par l'intégration de la Vallée d'Aoste au réseau oncologique piémontais ;
- Réduire la mortalité dérivant des tumeurs malignes et notamment des tumeurs de la mamelle, de la prostate, du poumon, de l'œsophage, de la cavité orale et de la peau ;
- Lancer des enquêtes épidémiologiques visant à déceler les raisons des inégalités de l'incidence des tumeurs et de la mortalité y relative entre différentes aires géographiques ;
- Améliorer la qualité de la vie des citoyens atteints de maladies cancéreuses.

Objectif 4.3 – Réduire la mortalité et les conséquences d'autres maladies revêtant une importance particulière du point de vue social, telles que :

Diabète – Le nombre de personnes atteintes de diabète sucré en Vallée d'Aoste peut être estimé par l'examen des données afférentes à l'étendue de ce phénomène à l'échelon régional. Au cours de l'année 2000, les personnes qui n'étaient pas tenues de payer le ticket modérateur étaient en effet 3 100 et les cas suivis par les services de diabétologie s'élevaient à 1 500.

Les engagements prioritaires de ce plan sont donc la diminution et le traitement des complications du diabète (cécité, insuffisance rénale chronique, amputations, maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine de coûts humains et en terme d'assistance très importants) et de la mortalité y afférente au moyen d'une assistance hospitalière spécialisée, territoriale et intégrée entre l'hôpital et le territoire.

Insuffisance rénale chronique – Il s'agit d'une maladie de plus en plus fréquente en raison du vieillissement important de la population. En Vallée d'Aoste les dimensions de ce problème peuvent être résumées par les données relatives aux nouveaux patients qui se sont adressés aux services compétents au cours des dernières années, à savoir, plus de 150 cas par an pendant la période 1995 - 1997, tandis que le nombre de patients se soumettant à la dialyse était de 140 en 1998. Presque toutes les maladies atteignant les reins peuvent évoluer vers une insuffisance rénale qui comporte le recours à la dialyse. Les coûts y afférents en termes de santé et économiques sont très élevés.

En raison d'une bonne couverture en termes d'assistance, le présent plan doit s'engager à : maintenir les niveaux qualitatifs et quantitatifs atteints par l'adoption d'orientations pour l'identification et la prévention primaire et secondaire des néphropathies progressives ainsi que pour le ralentissement de l'évolution de l'insuffisance rénale chronique ; réaliser le registre de l'insuffisance rénale chronique ; évaluer l'opportunité de renforcer la dialyse à domicile.

Autres maladies – Il y a lieu de définir les besoins et de réaliser des programmes régionaux spécifiques relatifs aux maladies ci-après, qui ont été qualifiées d'importantes du point de vue social :

- Rhumatismes chroniques ;
- Allergies de l'enfant ;
- Maladies de l'appareil respiratoire et notamment l'asthme et la bronchite chronique ;
- Troubles du comportement alimentaire, anorexie et boulimie ;
- Maladies hépatiques d'origine virale ;
- Fibrose kystique, troubles du métabolisme congénitaux ou acquis et maladie cœliaque ;
- Démences, sclérose en plaques, neuropathies chroniques, maladie de Parkinson, épilepsie.

Objectif 4.4 – Suivi les maladies génétiques et/ou rares

Parmi les secteurs qui exigent des efforts constants en termes d'organisation, des changements culturels et une intervention importante du secteur public il faut compter le « Suivi des maladies rares » et ce, en vue également de s'adapter aux programmes européens relatifs à ces maladies.

La littérature médicale à ce sujet dénombre plus de 5 000 maladies rares, pour la plupart (90 %) d'origine génétique.

Quant à la Vallée d'Aoste, il sera particulièrement important d'étudier la distribution sur le territoire des maladies génétiques liées à l'âge sénile et présénile (par ex. : Chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, ataxies cérébelleuses) et de participer au projet de recherche pour le « Relèvement des données afférentes aux maladies endocrino-métaboliques les plus fréquentes, ainsi que pour la prévision de leur évolution et leur prévention » en collaboration avec l'«Ospedale Maggiore IRCCS» de MILAN. En effet, les maladies rares ont aussi un impact sur le système régional d'assistance sanitaire et sociale et il faut en établir un diagnostic approprié et rapide, la consultation de centres spécialisés pour leur traitement, la consolidation des activités de prévention et le soutien de la recherche scientifique.

Objectif 5. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et invalidantes

Objectif 5.1 – Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies mentales et de leurs familles

Dans cette phase de perte progressive du caractère institutionnel du domaine de la santé mentale l'on assiste à l'émergence de phénomènes nouveaux. D'abord, des nouvelles formes d'assistance plus « souples » voient le jour par rapport aux vieux établissements, telles que les foyers d'accueil et les communautés protégées. Le deuxième aspect, bien visible, est que la fin des hôpitaux psychiatriques ne signifie pas la fin de la nécessité d'interner certains malades.

De plus, au cours de ces dernières années, de nouvelles approches des problèmes de la santé mentale ont vu le jour. Celle-ci n'est plus considérée uniquement comme un aspect de la vie d'un individu mais est prise en charge par la communauté tout entière qui la reconnaît et la valorise tout en développant les énergies et les compétences des malades ; elle veille, en même temps, à promouvoir et à renforcer les liens sociaux naturels (personnes de la famille chargées du traitement du malade, amis, collègues) et formels (services, associations et institutions).

Si l'on ajoute aux aspects susmentionnés le suicide, qui est l'une des dix principales causes de mort dans les pays développés et en voie de développement et la deuxième ou troisième cause de décès parmi les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans, on arrive inévitablement à la conclusion que le suicide constitue un problème important en termes de santé publique.

Le suicide est fortement lié aux troubles mentaux et contribue à l'augmentation des taux de mortalité des personnes souffrant de troubles psychiques. La présence d'un trouble mental (alcoolisme et abus de substances inclus) représente le facteur de risque le plus important pour le suicide et, pour cette raison, le traitement des troubles psychiques constitue une prévention efficace du suicide.

Il est donc évident que le caractère hétérogène des problèmes afférents à la santé mentale rend nécessaire l'adoption d'une stratégie globale aux interventions multiples. Ces actions ont des caractéristiques et des objectifs spécifiques relatifs aux trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Il est préférable de faire face à ce phénomène, dû à plusieurs causes, par une action qui, en sus des interventions spécifiques à l'intention des groupes à risques, s'adresse aux individus, aux familles et à la communauté tout entière.

Cela dit, en conformité avec le projet objectif « Protection de la santé mentale » 1998 - 2000, les objectifs principaux en matière de santé mentale que la Région autonome Vallée d'Aoste se propose d'atteindre sont les suivants :

- Développer l'assistance territoriale par des actions de prévention, de traitement et de rééducation ;
- Soutenir un réseau de services socio-sanitaires territoriaux cohérents avec les besoins réels des usagers et privilégier l'institution de centres de santé mentale, de dispensaires et de structures d'hébergement et centres de jour ;
- Encourager toute initiative visant à répondre aux besoins urgents en matière de psychiatrie sur le territoire ;
- Mettre en place un système de suivi du phénomène des troubles mentaux.

Objectif 5.2 – Améliorer les activités de rééducation à l'intention des infirmes

Les lignes directrices ministérielles en matière de rééducation ont fixé des orientations pour les Régions, afin que celles-ci procèdent à :

- Réglementer les activités de rééducation en milieu hospitalier ;
- Classer les centres de rééducation non hospitaliers publics et privés ;
- Établir le volume et le type de prestations qui peuvent être fournies dans les structures publiques et privées de manière à atteindre graduellement les objectifs visés aux lignes directrices susdites.

Les lignes directrices nationales définissent quatre phases du traitement de rééducation :

- Phase de la prévention des dommages secondaires et des infirmités qui en résultent (phase aiguë) ;
- Phase de la rééducation intensive (phase qui suit la phase aiguë dans le cas de personnes cliniquement instables et ayant de grandes possibilités de rétablissement) ;
- Phase de la rééducation extensive (achèvement du projet de rétablissement du malade et du projet de rééducation) ;
- Phase de l'entretien (pour les personnes où la maladie se stabilise du point de vue clinique, afin de prévenir la progression de l'infirmité).

Les activités de rééducation sont réparties dans les deux types indiqués ci-après, en fonction de l'intensité et de la complexité de l'assistance y afférente :

- Rééducation intensive dans le cas de handicaps sévères pouvant être soignés au moyen de traitements appropriés et spécialisés, dans la période qui suit la phase aiguë de la maladie, afin d'influer sur les processus biologiques qui permettent le rétablissement du malade et/ou la réparation de son infirmité et qui nécessitent d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des centres de rééducation spécialisés ;
- Rééducation extensive par le recours à des traitements moins lourds et à un service d'assistance important lors de la phase finale de la rééducation du malade. Font également partie de la rééducation extensive, la rééducation d'entretien et/ou la prévention de l'invalidité progressive, caractérisées par différents types d'actions de rééducation en vue de la réinsertion sociale du malade.

Le traitement extensif ou d'entretien doit être assuré, suivant la pratique basée sur les données scientifiques, dans les services hospitaliers et non hospitaliers et à domicile.

Objectif 6. Adapter les services à l'évolution de la société et au développement technologique

Objectif 6.1 – Protection des immigrés

Les aspects les plus importants d'ordre sanitaire, en vue de l'insertion sociale des immigrés, concernent l'ensemble de situations liées à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles. De plus, la mobilité extrême des personnes entraîne également une grande diffusion des maladies dont certaines sont difficiles à diagnostiquer car elles sont presque inconnues dans notre pays.

Afin d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ces citoyens, réguliers ou irréguliers, il est nécessaire que les actions de santé soient complétées par des actions qui prennent en compte les problèmes des immigrés dans leur ensemble, du point de vue social, scolaire et du travail. La Région autonome Vallée d'Aoste, reconnaissant l'importance que l'immigration revêt sur son territoire et consciente de la valeur qu'il faut reconnaître à des sociétés de plus en plus multiethniques, a prévu, dans le cadre d'une loi plus générale, la protection des immigrés. L'objectif a été et sera toujours d'assurer l'égal accès de tous les immigrés à l'assistance sanitaire, aux termes de la législation en vigueur. Aux termes des 3^e et 6^e alinéas de l'article 33 de la loi n° 40/1998, les citoyens étrangers démunis et en situation irrégulière peuvent bénéficier de soins hospitaliers urgents ou essentiels. Les dépenses y afférentes sont à la charge du Ministère de l'intérieur. Les prestations restantes, relatives aux traitements ambulatoires urgents ou essentiels, aux pathologies afférentes à la grossesse et à la maternité, dont la couverture sociale est assurée au sens des lois n° 405/1979 et n° 194/1978, à la protection de la santé des mineurs, au sens de la loi n° 176/1994, aux vaccinations prévues par la loi et dans le cadre des campagnes de prévention autorisées par les Régions, à la prophylaxie, à l'établissement de diagnostics et au traitement des maladies infectieuses, ainsi qu'à l'assainissement des foyers y afférents, sont complètement à la charge du Fonds sanitaire régional si les demandeurs sont dépourvus de moyens, sans préjudice de la contribution aux dépenses sanitaires qui est égale à celle des citoyens italiens.

Quant à la prévention primaire, la vaccination doit être assurée à la population italienne et aux immigrés.

Objectif 6.2 – Assurer la sécurité et la qualité de l'assistance sanitaire aux voyageurs et aux touristes

Le tourisme est l'une des principales et traditionnelles sources de revenus pour la Vallée d'Aoste. La population de la ré-

gion, qui s'élève à 120 000 résidents, augmente dans les périodes touristiques. Au mois d'août 1999, on a enregistré 771 031 séjours et 139 072 arrivées. Selon une estimation élaborée à partir de ces données, pendant l'été où l'afflux de touristes est à son maximum le nombre de personnes qui a besoin chaque jour d'assistance est presque le double du nombre habituel. Le présent plan se propose de fournir aux touristes de passage et à ceux qui séjournent en Vallée d'Aoste une assistance qui réponde encore mieux à leurs besoins spécifiques. En particulier, quant à cette dernière catégorie de touristes – et pour des raisons récréatives et culturelles ou bien liées à la pratique de l'alpinisme et des autres sports –, le présent Plan se propose de conserver les centres déjà en activité et d'en créer de nouveaux, compte tenu de l'extension du réseau afférent aux aides médicales d'urgence et de l'état d'application de certains projets spécifiques.

Pour ce qui est du nombre de voyageurs internationaux qui souhaitent se faire vacciner ou qui demandent des renseignements en matière de santé relativement aux endroits où ils entendent séjourner, le Plan envisage une divulgation des informations utiles et la promotion de formes de recyclage spécifiques, ainsi que la mise en œuvre de services qui soient en mesure de répondre aux exigences des voyageurs, afin qu'ils puissent observer les mesures d'hygiène de base, subir les vaccinations recommandées et connaître des dangers particuliers des territoires qu'ils doivent visiter.

Il est donc nécessaire d'inclure dans ce plan des objectifs afférents à la réduction de l'incidence des maladies infectieuses provenant de pays étrangers, à l'établissement d'un diagnostic précoce des maladies rares dans notre pays, ainsi qu'à l'information appropriée et à l'accès aux prestations y relatives à l'intention des touristes et des voyageurs italiens et étrangers.

Objectif 6.3 – Application du Plan national pour le sang 1998 - 2000

L'activité d'orientation et de coordination effectuée jusqu'à maintenant a permis de déterminer, dans le cadre d'un rapport de collaboration avec les techniciens hospitaliers et avec les associations de donneurs de sang, un plan opérationnel efficace. Les besoins en termes de composants du sang et de médicaments dérivés du plasma ont été définis et répartis en fonction de leur type. La Région participe à l'accord interrégional avec la Région Vénétie pour la collecte, le transfert dans le centre de traitement et la transformation du plasma produit par les centres de transfusion, ainsi que pour la production, le stockage et la remise aux destinataires des produits dérivés du sang. Le présent Plan prévoit l'élaboration d'un plan régional pour le sang, la consolidation de l'autosuffisance régionale en matière de sang et de composants sanguins en vue d'atteindre une autosuffisance au niveau national. À cette fin, il faut mettre en valeur le rôle des associations de donneurs de sang, qui sont chargées d'informer et de sensibiliser la population au don du sang. Il est nécessaire de promouvoir, par le biais du Comité hospitalier pour les bonnes pratiques relatives à l'utilisation du sang, la responsabilisation des professionnels de santé et la rationalisation de la consommation de sang et de ses composants ou de ses dérivés.

Il y a lieu d'assurer la participation de la Région aux échanges de sang et de composants sanguins, au moyen de la planification nationale et des accords interrégionaux (actuellement Piémont et Sardaigne) et d'ajuster la production y afférente au nombre de donneurs disponibles et aux besoins de la structure hospitalière.

Le Plan a pour but de rendre plus sûre la transfusion de sang, suivant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, par la réduction au minimum des risques liés aux transfusions et aux infections, et de mettre en place des procédures et des systèmes opérationnels qui permettent le contrôle systématique du sang et des produits sanguins du point de vue de la sécurité et de l'efficacité thérapeutique.

Le plan vise enfin à faciliter à la population l'accès aux produits thérapeutiques dérivés du sang en vue de mettre en place les traitements les plus appropriés.

Objectif 6.4 – Améliorer l'utilisation des technologies diagnostiques et favoriser l'innovation technologique.

Les structures sanitaires valdôtaines disposent d'une quantité suffisante d'équipements de diagnostic et de soins ; toutefois le système public régional n'est pas encore en mesure d'utiliser ces équipements de manière appropriée.

Les longues listes d'attente et le recours élevé à des structures situées en dehors de la région, à l'étranger ou privées, surtout en ce qui concerne les traitements ambulatoires, sont le fait parfois d'une utilisation excessive de certains équipements en raison du caractère inapproprié de certaines structures ou, au contraire, du haut niveau qualitatif du service fourni.

Certains secteurs de diagnostic et de soins (radiothérapie – RMN) – tout comme certaines spécialités – sont toutefois absents ; une solution adéquate à ce problème devra être trouvée pendant la période de validité du présent plan. Cette situation influe sur la définition des niveaux technologiques, car les structures hospitalières et d'assistance en général seront obligées de se moderniser constamment, afin d'attirer les rares professionnels présents sur le marché du travail.

Il sera également indispensable d'atteindre une bonne qualité des prestations en matière de diagnostic, de traitement et de rééducation à partir de l'application des données scientifiques, de la responsabilisation des prescripteurs et de l'intégration entre hôpital et territoire.

Objectif 6.5 – Renforcer la dotation en équipements diagnostiques

La Région autonome Vallée d'Aoste entend favoriser la modernisation et l'utilisation de technologies biomédicales en mesure d'améliorer l'établissement rapide de diagnostics et de diminuer le recours à des pratiques diagnostiques et thérapeutiques invasives. Dans ce cadre il est prioritaire de développer l'établissement de diagnostics précoces relatifs aux maladies invalidantes et notamment oncologiques – au moyen de la Tomographie par émission de positons (PET), qui fournit des informations importantes sur les fonctions d'organes et de tissus, et la Résonance magnétique nucléaire (RMN) – grâce également à des accords interrégionaux et interentreprises, en vue de fournir une assistance à un nombre suffisant d'utilisateurs.

Objectif 6.6 – Réduire la mobilité passive relative aux prestations hautement spécialisées

L'absence de prestations hautement spécialisées (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie plastique) d'une part entraîne le déplacement des malades vers d'autres régions, même pour des affections de faible gravité, et d'autre part limite fortement l'essor de certaines spécialités de base et de services de support déjà présents à l'hôpital régional (par ex. en matière d'hémodynamique où il est possible d'établir des diagnostics mais non de fournir des traitements). À l'heure actuelle en Vallée d'Aoste la mobilité passive concerne par an 130 angioplasties (PTCA primaires incluses), 80 hernies discales, 40 interventions neurochirurgicales moins urgentes, ce qui comporte des désagréments pour les malades, la nécessité pour le service 118 de procéder au transport des patients et des coûts élevés pour l'Administration. Les remboursements afférents uniquement aux angioplasties s'élèvent à 1 milliard 240 millions par an environ. Il est nécessaire de développer la fourniture desdits traitements hautement spécialisés en Vallée d'Aoste par le biais de la collaboration interrégionale et/ou interentreprises et par l'utilisation de spécialistes provenant d'autres centres. En effet, bien que les services présents dans la région soient en mesure de faire face du point de vue diagnostique et chirurgical à une bonne partie des problèmes liés aux maladies vasculaires, la question de l'hémodynamique cardiaque reste à résoudre, notamment en ce qui concerne la réalisation d'angioplasties coronariennes. Étant donné qu'il est aujourd'hui possible de concevoir la fourniture de ce type de prestations sans la présence d'un « stand by » spécifique, le présent Plan envisage, suite à une période de formation appropriée auprès de centres qualifiés des cardiologues spécialisés en cardiologie interventionnelle et des radiologues spécialisés en angiographie, la fourniture sur place desdites prestations avec le support d'un tuteur et d'un « stand by » effectif. Ces interventions ne concerneront que les malades pouvant être traités par PTCA sans « stand by » et la présence d'un spécialiste en cardiologie ne sera requise que pour les cas les plus complexes. Cela permettrait également de traiter, en collaboration avec les chirurgiens vasculaires et les radiologues spécialisés en angiographie, les maladies de l'aorte thoracique (portion ascendante, crosse et portion descendante) traitées actuellement dans le cadre de la mobilité passive.

Pour ce qui est des accords interrégionaux et/ou interentreprises, l'objectif est de passer des accords concernant des aires géographiques distinctes du point de vue administratif en vue de la création de pôles d'attraction complémentaires spécialisés, dans le cadre de la fourniture globale de services, pour obtenir une amélioration des performances cliniques, une augmentation du nombre d'utilisateurs concernés et une diminution des coûts afférents à la mobilité passive.

Dans le milieu hospitalier régional, la seule spécialité constituant une unité budgétaire parmi celles visées au présent objectif est la chirurgie maxillo-faciale qui est déjà présente dans la dotation actuelle et qui sera, dans l'attente de sa reconstitution, réorganisée temporairement dans le cadre de l'UB d'oto-rhino-laryngologie en vue du traitement des seuls cas qui nécessitent d'une stabilisation du point de vue clinique avant leur transfert des malades dans un centre spécialisé.

Actions envisagées :

- Chirurgie maxillo-faciale, pour compléter l'activité de l'UB d'oto-rhino-laryngologie et uniquement pendant la période nécessaire à la reconstitution de l'UB maxillo-faciale ;
- Chirurgie plastique dans le cadre de l'UB de dermatologie ;
- Angioplastie coronarienne et chirurgie de l'aorte thoracique pour les maladies y afférentes ;
- Neurochirurgie pour compléter l'activité de l'UB de neurologie et du DEA.

Objectif 6.7 – Réalisation du Système régional d'information socio-sanitaire

L'exigence de concilier la demande croissante en termes de qualité du Service sanitaire et d'aide sociale par la limitation des dépenses et le maîtrise des coûts comporte la nécessité d'utiliser de manière intégrée l'ICT (Information and Communication Technology) dans les domaines administratif et sanitaire.

En vertu de cette exigence, la Région entend favoriser l'essor et l'intégration d'un Système régional d'information socio-sanitaire comportant les deux niveaux suivants :

1. La Région, chargée du contrôle et de la planification, élabore les systèmes d'aide aux décisions nécessaires ;

2. L'agence USL est chargée de la gestion administrative et de l'amélioration des services socio-sanitaires fournis par ladite agence ;

À cet égard, le commencement et l'essor des activités de l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales favorisera le choix d'indicateurs utiles aux fins de la définition des besoins en matière de santé et d'aide sociale et permettra d'établir et d'expérimenter les indicateurs de qualité et de rendement des services sanitaires et d'aide sociale à l'échelon régional, qui seront adoptés par acte du Gouvernement régional et qui rendront possible le suivi des principales phases du processus socio-sanitaire. Les changements des politiques en matière de santé qui se sont succédé fréquemment à l'échelon national au cours de ces dernières années imposent de moderniser également les systèmes destinés au suivi desdites politiques à l'échelon local. La régionalisation des services sanitaires impose à chaque Région de mettre au point un système d'indicateurs qui soit adapté à la réalité locale, tout en comprenant des éléments valables dans tous les contextes. Ce processus sera réalisé en Vallée d'Aoste par étapes et par niveaux d'assistance, en conformité avec les indicateurs déjà disponibles et validés à l'échelon national. Les mesures relatives au rendement des prestations hospitalières et à l'assistance territoriale de district sont toutefois prioritaires.

Objectif 7. Soutien aux différentes phases de la vie

Objectif 7.1 – Gestion de la phase initiale de la vie

En Vallée d'Aoste, au cours des ces dernières décennies, une diminution importante de la natalité a été enregistrée. Si l'Italie est aujourd'hui caractérisée par la fécondité la plus basse au monde, la Vallée d'Aoste, avec la Ligurie, le Frioul - Vénétie Julienne, le Piémont, l'Émilie Romagne et la Toscane, a un niveau de fécondité équivalent ou inférieur à un enfant par femme.

La diminution du nombre de naissances est confirmée par la valeur très basse du taux des enfants à charge pour chaque femme en âge de procréer, c'est à dire le nombre d'enfants de moins de 4 ans pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce taux en Vallée d'Aoste est de 23,7 % un chiffre très inférieur au seuil standard de 30% estimé comme l'indicateur d'une population âgée caractérisée par une basse fécondité.

Le phénomène de l'interruption volontaire de grossesse est particulièrement intéressant. Ce phénomène, en diminution en Vallée d'Aoste jusqu'à 1995 a augmenté légèrement ces dernières années (255 IVG en 1995 et 306 en 1999). Le taux d'avortements enregistré en 1999 s'élève à 10,65 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et est supérieur au taux national de 1998 qui était de 9,7.

Quant aux caractéristiques sociales des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse, il faut remarquer qu'à l'heure actuelle, l'âge auquel l'IVG est plus fréquente est plus élevé qu'il y a vingt ans. Tandis qu'auparavant ledit âge était compris entre 20 et 24 ans, il est maintenant compris entre 25 et 34 ans et contrairement à ce qui se passait il y a vingt ans, ce sont les femmes célibataires au lieu des femmes mariées qui ont davantage recours à l'IVG, ce qui a une influence plus grande sur le nombre de naissances. Alors qu'en 1981 le taux d'interruption volontaire de grossesse était de 24,35 chez les femmes célibataires et de 71,38 chez les femmes mariées, aujourd'hui ledit taux présente des valeurs inversées en faveur des femmes célibataires dont le taux est de 45,12, contre 42,09 chez les femmes mariées.

De plus, en 1981 74 % des femmes qui avait recours à l'IVG avait au moins un enfant, tandis qu'aujourd'hui ledit pourcentage dépasse à peine 50 %.

Ce phénomène est fortement associé à l'avancement de l'âge auquel les couples décident généralement d'avoir un enfant, ce qui comporte une diminution du nombre d'enfants par couple en raison également du fait qu'une âge avancée comporte des risques accrus pour la grossesse. En sus de la baisse de la fécondité planifiée, liée à l'allongement des parcours scolaires et à l'acquisition de l'autonomie économique, l'avancement du calendrier reproductif a déterminé une croissance du nombre des couples infertiles.

Même si la natalité montre maintenant des signes de reprise il ne faut pas s'attendre pour l'avenir à une forte augmentation de la demande de prestations sanitaires dans le secteur de la maternité et de l'enfance. Il faut s'attendre au contraire à une demande de soutien et de protection des parents qui travaillent, au moyen de structures adaptées à l'accueil et à la garde des enfants (crèches, garderies d'enfance ou autres services de remplacement). Ce contexte n'exclut pas la nécessité d'assurer une offre appropriée en termes d'interventions et de services en faveur du couple pour ce qui est de la grossesse, de l'accouchement et de la petite enfance.

Il faut en particulier concentrer l'activité liée à la naissance dans le milieu hospitalier et renforcer les activités de prévention et la fourniture de soins sur le territoire ainsi que mettre en œuvre toute autre forme possible d'intégration.

La diminution progressive de la mortalité infantile, stabilisée à l'échelon national à 9 pour mille, et de la mortalité périnata-

le, stabilisée à 6,4 pour mille, a suivi en Vallée d'Aoste une tendance similaire à celle nationale et à celle des autres pays de l'Europe occidentale. Reste toutefois toujours en évidence le problème des enfants handicapés du fait de maladies congénitales ou acquises et qui nécessitent d'une plus grande capacité d'intervention précoce de nature intensive ou de rééducation, ainsi qu'un suivi qualifié.

Une attention particulière doit être également réservée dans la petite enfance aux soins de base et au cours de l'enfance et de l'adolescence aux troubles du développement psychique.

Dans ce sens, il faut revoir les caractéristiques des centres de planification familiale où a lieu la coordination de toutes les actions territoriales dans le domaine de la maternité et de l'enfance, dans le cadre des centres socio-sanitaires de district et procéder à une nouvelle définition des caractéristiques qui différencient ces derniers des dispensaires, telles que :

- La priorité de la prévention et de la rééducation ;
- La garantie d'un travail d'équipe entre les professionnels de la santé et de l'aide sociale et entre ceux-ci et les services (services hospitaliers, école, crèches).

Le Département de la maternité et de l'enfance doit jouer un rôle fondamental du point de vue organisationnel en tant que structure technique et fonctionnelle chargée de mettre en œuvre les actions visant la réponse aux besoins de la population dans le domaine de la maternité et de l'enfance suivant les indications régionales. Le Département a donc pour objet d'élaborer des règles opérationnelles et de coordonner les prestations afférentes à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la rééducation à l'échelon territorial et hospitalier et d'assurer :

1. La protection de la santé de la femme dans toutes les domaines de la vie quotidienne ;
2. La protection de la procréation et de la maternité et de la paternité responsable ;
3. La protection de la santé des mineurs jusqu'à l'âge adulte, avec une attention particulière pour les mineurs infirmes et pour les sujets socialement faibles ;
4. La prévention, le traitement et la rééducation des inadaptations psychiques et sociales dues à des problèmes scolaires, familiaux et relationnels, compte tenu également des abus et des mauvais traitements.

Objectif 7.2 – Gestion de la vie des personnes âgées

Il y a lieu de réaffirmer l'importance de promouvoir, en conformité avec les orientations visées au projet objectif « Personnes âgées », l'entretien/rétablissement de l'autonomie de la personne âgée, d'adopter des politiques de soutien aux familles avec des personnes âgées ayant besoin d'aide à domicile, d'encourager l'assistance continue et intégrée (à l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci) et socio-sanitaire.

En particulier, en Vallée d'Aoste, il faut continuer à investir dans les initiatives ayant pour but de promouvoir la santé et de réduire la mortalité et les infirmités résultant de maladies pour lesquelles des moyens de prévention primaire sont disponibles ou l'établissement des diagnostics précoces est possible.

Il faut aussi améliorer l'assistance (pronostic et durée de la maladie, infirmité, qualité de la vie, satisfaction de l'individu) et adapter les techniques de diagnostic et les traitements aux connaissances scientifiques et aux ressources disponibles. Il faut créer les conditions permettant d'éviter les hospitalisations non nécessaires, assurer une sortie précoce du séjour hospitalier, améliorer l'aide à domicile et assurer aux personnes âgées hospitalisées dans les structures hospitalières et socio-sanitaires une assistance, une rééducation et des soins de qualité.

Objectif 7.3 – Gestion de la phase terminale de la vie

Les personnes souffrant de maladies évolutives irréversibles pour lesquelles il n'existe aucun traitement définitif ont besoin d'une assistance visant le soulagement de la douleur, la prévention et le traitement des infections, les soins physiothérapeutiques et le soutien psychologique et social.

L'attention dans ce domaine doit être réservée non seulement à la personne prise en charge mais aussi aux membres de sa famille au cours de la phase terminale de la maladie et après le décès du patient. Une assistance de bonne qualité doit permettre à ce dernier de passer la dernière phase de la vie en famille ou, quand cela n'est plus possible, dans des structures d'hébergement adaptées à la nature des problèmes sanitaires.

Les fonctions de la Région sont les suivantes : améliorer l'assistance aux personnes qui sont entrés en phase terminale et

établir quelles sont les actions y afférentes, former convenablement le personnel chargé des soins palliatifs et infirmiers à domicile, renforcer les ressources technologiques, fixer des lignes directrices relatives aux soins palliatifs, au soutien psychologique et à l'aide sociale en faveur du malade et de ses proches et établir des orientations pour assurer la coordination avec les bénévoles aux fins de l'assistance aux malades en fin de vie.

La délibération du Gouvernement régional n° 3239 du 25 septembre 2000 a approuvé le programme pour la réalisation d'un centre d'hébergement destiné à la fourniture de soins palliatifs dénommé Hospice, où il sera possible d'assurer un haut niveau d'humanisation de l'assistance et un accueil approprié, à l'intention également des membres de la famille des malades, compte tenu aussi des convictions religieuses de ces derniers. Ledit centre permettra de fournir une assistance et de dispenser des soins à une catégorie de malades dans une phase critique qui, pour différentes raisons, ne peuvent bénéficier d'une aide à domicile et pour lesquels l'hospitalisation n'est pas nécessaire ou n'est pas adaptée à leurs exigences.

Les niveaux d'assistance

La gestion de l'état de santé d'une population comporte la connaissance épidémiologique des principaux éléments qui influencent les conditions de santé de la population en cause et, du point de vue de la fourniture des services, une gestion de la santé cohérente et conforme aux principes du Plan sanitaire national et à la législation en vigueur en matière de réorganisation du service sanitaire. Du point de vue épidémiologique, les principes et les objectifs fixés par la première loi de réforme sanitaire sont encore valables, tandis que du point de vue organisationnel le Plan national indique les trois principales fonctions des niveaux essentiels et appropriés d'assistance qui couvrent trois types de besoins de la population :

- La prévention, qui concerne surtout le risque et est caractérisée par des actions essentiellement d'« initiative » ;
- L'assistance de district, qui répond aux besoins réels, analyse l'existant et met en place les soins territoriaux de base aux fins de la prévention primaire et secondaire, du diagnostic et des traitements, en vue d'assurer la continuité de l'assistance et l'intégration socio-sanitaire ;
- L'assistance hospitalière, qui concerne les maladies sporadiques et les maladies aiguës, exerce des fonctions complémentaires relatives à l'établissement de diagnostics et à la fourniture de soins spécialisés uniquement par le biais d'interventions urgentes ou programmées.

La Région autonome Vallée d'Aoste, pour la période 2002-2004, s'engage à assurer des niveaux essentiels et appropriés d'assistance relatifs aux services et aux prestations spécialisés dont les effets positifs sur la santé ont été prouvés scientifiquement, dans le respect de la dignité humaine, des exigences de santé, d'un égal accès aux soins, et de la qualité de ces derniers, ainsi que d'une utilisation correcte des ressources.

Le respect desdits critères comporte :

- L'exclusion, pour ce qui est des niveaux d'assistance assurés, des prestations et des types d'assistance qui ne répondent pas aux principes susdits ;
- L'engagement collectif, en ce qui concerne les prestations et les traitements spécifiques, à définir les lignes directrices permettant d'assurer le respect des principes indiqués.

Ce choix est dicté par la nécessité de procéder à une évaluation efficace – compte tenu du fait que les ressources sont de plus en plus limitées et que la dépense sanitaire est croissante – qui permette une meilleure allocation des ressources au profit d'actions ayant un bénéfice public.

Pour la réalisation de lignes directrices techniques et professionnelles, la Région s'engage à adopter, au cours des trois années de validité du Plan, un programme cohérent et conforme au programme national visé au Plan sanitaire national et qui s'appuie sur les principes de la médecine basée sur les données scientifiques (Evidence Based Medicine).

Ce parcours de rationalisation, qui dépend de l'engagement de tous (citoyens, usagers, professionnels de santé, membres du conseil d'administration et dirigeants de l'Assessorat de la santé) comporte, s'il est appliqué de manière cohérente, des avantages concrets à moyen et long terme pour tous les acteurs susmentionnés :

- Il fournit aux citoyens une meilleure offre de prestations en termes de diagnostic précoce et de traitements, il leur permet de donner un consentement plus éclairé et assure une meilleure gestion individuelle de la santé ;
- Il fournit aux professionnels de santé des indications partagées et établies d'un commun accord à l'échelon régional sur les diagnostics et les traitements thérapeutiques afférents à chaque type de maladie ;

- Il donne aux membres du conseil d'administration la certitude de pouvoir compter sur un système basé sur des objectifs et des choix organisationnels ainsi que sur une planification et une allocation des ressources qui tiennent compte de l'efficacité sanitaire et qui fournissent des instruments valables pour servir de support aux décisions ;
- Il offre une plus grande possibilité aux dirigeants de planifier l'offre – dans un contexte où la demande est conditionnée par les instruments du Plan régional et ceux de la planification locale – et d'améliorer l'efficacité de production dans un contexte de choix clairs et définitifs.

Prévention collective dans la vie quotidienne et sur les lieux de travail

La prévention constitue le projet le plus important et complexe pour la santé d'une population. Sa réalisation, qui implique la reconnaissance du fait que les facteurs qui déterminent l'état de santé relèvent de causes qui se trouvent en dehors du champ d'intervention des services sanitaires, comporte une responsabilisation de tous – professionnels et citoyens – à titre individuel ou collectif.

Les actions de prévention, dont l'évaluation n'est pas toujours facile, ont pour objectif de réduire les cas de maladie, d'infirmité et de mort qui, de plus en plus fréquemment, touchent la population. Les difficultés de l'évaluation de l'efficacité desdites actions tiennent à l'écart temporel, souvent très ample, dans lequel sont évalués les résultats et à l'impossibilité d'éliminer les mauvais comportements individuels qui conduisent à une mort « évitable ».

Puisque l'idée de « mort évitable » est strictement liée à l'idée de prévention et puisqu'il est possible de prévenir plusieurs maladies, il est important que l'enquête épidémiologique établisse quelles sont les maladies et les morts ayant un poids humain et social plus élevé, ainsi que les facteurs de risque y afférents, et qu'elle renvoie au Plan socio-sanitaire régional la définition des actions utiles pour y faire face.

Une fois évaluée l'importance d'une prévention visant la réalisation des objectifs fixés en matière de santé par le recours à d'instruments efficaces, il est procédé à l'établissement des lignes directrices régionales.

Le Département de prévention, créé par la LR n° 41/1995, est la structure opérationnelle de l'agence USL chargée de la protection de la santé collective par la réalisation des objectifs de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des infirmités et de l'amélioration des modes de vie.

Les actions du Département, établies et soutenues par une analyse du territoire que seule l'étude épidémiologique peut assurer, doivent être coordonnées avec les districts, les structures opérationnelles des agences et la structure régionale chargée de la protection de l'environnement (ARPE).

Le Département contribue aux fonctions de prévention collective et de santé publique en vue également de soutenir les autorités sanitaires locales et exerce des activités dans les domaines suivants :

- Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses ;
- Protection de la collectivité contre les risques de la vie quotidienne pour ce qui est notamment des effets des polluants sur l'environnement ;
- Protection de la collectivité et des individus contre les risques d'accidents et les risques sanitaires sur les lieux de travail ;
- Santé animale ;
- Protection en matière d'hygiène des aliments ;
- Sécurité alimentaire.

Le Département envisage le recours aux opérateurs de différentes disciplines pour mettre en place ses actions de prévention et de protection. À cet égard, le Plan prévoit de promouvoir les programmes de prévention interdisciplinaires applicables à tous les domaines concernés, y compris le domaine social, avec des formes d'auto-évaluation, d'auto-déclaration et d'accréditation de la qualité.

Les priorités opérationnelles du Département sont établies sur la base des objectifs en matière de santé, locaux et régionaux, considérant qu'il est nécessaire d'assurer l'homogénéité des interventions sur le territoire de son ressort.

Les outils d'intervention doivent répondre à des critères fiables d'efficacité.

Les fonctions établies doivent être soutenues par une étude épidémiologique du territoire, menée par la structure compéten-

te à l'échelon régional, qui constitue le préalable indispensable à l'élaboration des plans de prévention du ressort du Département.

Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses

La mortalité résultant de maladies infectieuses et parasitaires en Vallée d'Aoste représente 0,8 % de tous les décès chez les hommes, tandis que ledit pourcentage est de 0,5 % chez les femmes. La fréquence hospitalière des maladies d'origine microbienne est par contre supérieure : chaque année une moyenne de 330 résidents, dont 180 hommes et 150 femmes, soit 2,3 % et 1,8 % de toutes les hospitalisations de résidents, bénéficient de l'assistance hospitalière pour le traitement de ces maladies.

Les données fournies par les services territoriaux présentent toutefois le problème de l'insuffisance du nombre de communications puisque certains médecins généralistes et certains pédiatres n'envoient pas les communications relatives aux cas qu'ils ont diagnostiqués. La plupart des communications proviennent des pédiatres car ces maladies sont très fréquentes (75 %) chez les enfants âgés de moins de 14 ans.

Quant aux maladies infectieuses de II^e classe, la fréquence la plus élevée est relative à la varicelle (35,4 %) qui peut se manifester pendant toute l'année, suivie à distance par la parotidite (17,6 %), la coqueluche et la rubéole (11 %), la scarlatine (7,3 %) et la salmonellose non typhoïde (6,2 %).

La forte participation aux campagnes de vaccination en Vallée d'Aoste a déterminé une fréquence de 4 % seulement des cas de maladie chez les sujets vaccinés et un rapport de 1 sujet vacciné pour 79 hospitalisations concernant les malades ayant fait l'objet de vaccinations.

Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans est actuellement de 45 % en Vallée d'Aoste et doit être augmenté pour atteindre le seuil de 75 %, fixé par le Plan sanitaire national.

La fréquence des effets indésirables des vaccinations est très basse à l'échelon régional : moins de 3 cas en moyenne depuis 1996.

Enfin, pour ce qui est du suivi du traitement contre la tuberculose, mis en œuvre à l'échelon national à partir de 1999, la Vallée d'Aoste a choisi l'Unité de pneumologie et phthisiologie comme centre unique auquel faire parvenir les données qui doivent être régulièrement envoyées au Ministère par la Région.

Il y a lieu de d'établir ce qui suit :

Objectifs

- Diffuser, au moyen du Rapport annuel en matière de santé et d'aide sociale (visé à la LR n° 5/2000), l'analyse épidémiologique relative à l'incidence et à la prévalence des maladies infectieuses présentes dans la région et à la détermination des principaux facteurs de risque ;
- Maintenir et augmenter le taux de vaccination obligatoire contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B dans les premiers 24 mois de vie et continuer à tendre vers l'objectif d'un taux de vaccination de 100 % ;
- Atteindre et conserver un taux de 95 % de vaccination non obligatoire contre la rougeole, la rubéole, la parotidite, la coqueluche et l'*Hémophilus* grippal pour la population de moins de 24 mois ;
- Étendre à la population immigrée les taux de vaccination obligatoire et non obligatoire valables pour les résidents ;
- Atteindre un taux de vaccination contre la grippe de 75 % pour la population de plus de 64 ans ;
- Assurer le suivi des effets indésirables de toutes les vaccinations ;
- Assurer le suivi des cas d'infections nosocomiales relatives aux voies urinaires, aux des plaies opératoires, aux pneumonies postopératoires ou associées à la ventilation assistée et aux infections associées aux cathéters intra-vasculaires, afin que l'incidence desdites infections sur l'ensemble des hospitalisations ne dépasse pas 10 % (plafond de la fourchette nationale allant de 5 % à 10 %) ;
- Poursuivre l'examen de l'incidence des cas de tuberculose et achever le traitement pharmacologique y afférent tout en respectant, dans ce dernier cas, la limite de 85 % au moins des cas diagnostiqués ;
- Implémenter le système informatique actuel des maladies infectieuses avec toutes les informations manquantes relatives aux connaissances qui font encore défaut pour en faire un instrument d'observation épidémiologique active ;

- Améliorer l'exhaustivité des communications et la rapidité de la transmission des données afin de permettre un monitoring efficace des maladies infectieuses sur le territoire régional.

Actions

- Renforcement du rôle du Département de prévention dans sa fonction de coordination et d'évaluation interne des prestations fournies ;
- Adapter le Service d'hygiène et de santé publique de l'agence USL aux normes communautaires en matière de système d'alerte rapide et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles et pour conserver le haut niveau atteint par la Vallée d'Aoste dans le contrôle des maladies infectieuses ;
- Mise en place de systèmes informatiques d'alerte rapide en liaison avec les systèmes européens et extra-européens analogues ;
- Application du projet de réorganisation du système des vaccinations qui prévoit la création de pôles dans les centres accrédités ;
- Mise en conformité et intégration du système d'information actuel des maladies infectieuses avec les autres bases de données sanitaires, en collaboration avec les structures compétentes de l'Assessorat en matière d'informatique et d'épidémiologie ;
- Consolidation du système de suivi pour la surveillance épidémiologique et de la résistance aux médicaments de la tuberculose humaine et prédisposition de lignes directrices pour la prophylaxie et le traitement de la TBC, à l'intention également des immigrés ;
- Application d'un programme pour la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, concernant à la fois les citoyens et les professionnels, comportant l'envoi périodique des données à la structure régionale compétente. Ledit programme est le critère d'accréditation de la structure et doit prévoir la création d'un comité de contrôle, l'attribution de responsabilités en matière de gestion aux personnels qualifiés et la définition de stratégies d'intervention avec des protocoles écrits.

Prévention environnementale

Puisqu'il est bien connu que tout contaminant présent dans l'écosystème a une interaction avec les organismes vivants, tout processus visant la conservation et l'amélioration de la santé ne peut faire abstraction d'une évaluation des polluants environnementaux.

La qualité de l'environnement dépend fondamentalement des modes de vie et de production des biens présents sur le territoire. Elle est donc directement conditionnée par les choix de gestion du système. En général, tous les éléments descriptifs du système ne sont pas suffisamment connus et notamment les informations sur les corrélations entre ces éléments, surtout lorsqu'ils représentent des facteurs de risque, et l'état de santé de la population.

Même si l'on utilise des informations dérivant d'expériences acquises, il est nécessaire en priorité de combler ce manque d'informations.

Il est certain que parmi les différentes aires de compétence de la prévention, celle relative à l'écosystème est sans doute la plus critique. La Vallée d'Aoste a depuis toujours comme élément constitutif de son patrimoine culturel une attention spontanée et un profond respect pour l'environnement, en vertu sûrement de l'énorme patrimoine dont elle est fournie et qu'elle doit défendre. Tout cela, bien qu'il ne représente pas un vide institutionnel, a toutefois produit pour ce qui est de cette compétence spécifique :

- Une absence de continuité d'intervention ;
- Une carence de coordination et d'interdisciplinarité entre organismes et actions ;
- Des incertitudes quant à l'exhaustivité des actions à entreprendre ;
- Le manque d'un « projet cadre » unitaire pour l'environnement ;
- Le développement à des vitesses et à des complexités différentes des différents domaines de la prévention environnementale (air, plutôt qu'eau ou sol).

Les mérites ces dernières années de la campagne de collecte sélective et de traitement des déchets sont indéniables et constituent un domaine d'excellence par rapport à la protection dans les autres domaines (eau, air).

Le manque de systèmes d'information organisés et d'une coordination réelle entre opérateurs du secteur a empêché jusqu'à maintenant de réaliser un système de liaison en réseau (avec les différents sujets qui représentent autant de points de repère) qui permette d'évaluer correctement les risques pour la santé liés aux conditions environnementales et à la gestion de ces derniers. Il est donc indispensable d'évaluer, au moyen de « cartes » appropriées, l'impact d'un polluant sur l'écosystème, recenser les facteurs de risque et classer leur niveau, évaluer le nombre des personnes concernées et la durée de l'exposition à l'agent polluant, ainsi que les corrélations éventuelles afin de vérifier les retombées sanitaires et l'importance des dégâts. C'est la seule manière possible de gérer un risque hypothétique et d'établir, si nécessaire, les possibilités d'intervention (économique, juridique, administrative et technique).

À cette fin et afin de mettre les valeurs de la culture valdôtaine en matière de respect de l'environnement en harmonie avec un projet concret et intégré d'actions, le Plan socio-sanitaire 2002-2004 établit ce qui suit :

Objectifs

- Promouvoir les synergies nécessaires entre les sujets concernés par la gestion des problèmes liés à l'environnement afin de permettre une lecture uniforme des données résultant du relevé de la qualité environnementale et de définir les besoins en matières d'intervention et de coordination pour la protection de l'environnement et de la santé des personnes ;
- Fixer les objectifs en matière de qualité de l'environnement, répartis dans les domaines suivants : air, eau, sol, rayonnements (ionisants et non-ionisants) et bruit ;
- Coordonner les actions d'assainissement et d'amélioration de la qualité de l'environnement en application des plans sectoriels et pour l'établissement des cartes des risques afférents aux maladies plus fréquemment liées à l'environnement.

Actions

- Établissement d'un système en réseau reliant les différents sujets engagés dans ce secteur (services régionaux, Observatoire d'épidémiologie, Département de prévention, ARPE) ;
- Établissement des plans régionaux sectoriels pour la fixation des objectifs en matière de qualité de l'environnement, en vue notamment de la protection de la santé des personnes, ainsi que renforcement de l'activité du Groupe technique de travail pour la coordination des actions et des activités afférentes à la protection de l'environnement contre les polluants, déjà mis en place et coordonné par l'Assessorat régional de la santé, du bien-être et des politiques sociales (groupe composé des représentants de tous les services compétents en matière de protection de l'environnement appartenant à la Région et à d'autres organismes tels que l'agence USL et l'ARPE).

Quant à chacun des éléments faisant l'objet de la prévention, la politique établie par le Plan est exposée ci-après :

Air – La pollution atmosphérique résultant de la circulation urbaine, des systèmes de chauffage ou des systèmes de production industrielle, représente un facteur de risque connu pour les causes de la tumeur pulmonaire (l'estimation par excès du risque y afférent est de 33 % pour les personnes exposées aux agents polluants) et pour la manifestation et l'aggravation des affections de l'appareil respiratoire pouvant devenir chroniques ou entraîner la mort du malade. Cela est à l'origine de coûts humains et matériels élevés, ainsi que d'un recours plus fréquent à l'assistance sanitaire et hospitalière par les populations concernées.

En sus des facteurs connus de pollution de l'air qui constituent un risque potentiel pour la santé (anhydride sulfureux, oxyde de carbone, benzène, amiante et ozone), il faut rappeler l'importance de la qualité de l'air dans les milieux fermés et notamment la pollution due au tabac et au radon.

Pour une amélioration de la qualité de l'air atmosphérique au cours de la période 2002-2004, il est établi ce qui suit :

Objectif

- Fixer les valeurs standards en matière d'assainissement et d'amélioration de la qualité de l'air dérivant de la circulation des véhicules et des émissions résultant des activités domestiques et industrielles et prévoir également le soutien des politiques des transports basées sur l'utilisation de sources d'énergie renouvelables et le soutien des politiques d'utilisation de systèmes de chauffage ou de production prévoyant la réduction ou l'élimination des émissions polluantes dans l'environnement.

Actions

- Établissement du Plan régional de protection de la qualité de l'air ;
- Mise en place du cadastre régional des émissions et mise à jour périodique de celui-ci ;
- Établissement d'un plan annuel de contrôle des émissions polluantes dans l'atmosphère dérivant d'activités productrices ;
- Rédaction, avec le soutien de l'ARPE, du rapport annuel sur la qualité de l'air.

Eau – Quant au secteur de la protection des eaux, la Région, l'agence USL de la Vallée d'Aoste et l'ARPE ont exercé, à partir de 1982, suite à l'approbation du Plan régional d'assainissement des eaux, un gros travail de suivi et de contrôle de la qualité des eaux superficielles, des évacuations, des eaux destinées à l'alimentation humaine et des eaux de baignade.

Bien que la Région n'ait pas encore établi le Plan de protection des ressources hydriques visé aux dispositions du décret législatif n° 152/1999 (Dispositions en matière de protection des eaux et transposition des directives afférentes au traitement des eaux usées domestiques et à la réduction de la pollution des eaux par les nitrates d'origine agricole), ce qui comporte une coordination entre les sujets compétents en matière de concessions et de sous-concessions de dérivation d'eau pour des usages divers (alimentation humaine, baignade, vie des poissons, buts touristiques et récréatifs, eaux minérales et thermales) et en matière de qualité des eaux usées, elle a toutefois collecté des données et des informations, mentionnées dans plusieurs publications, qui constituent une base importante pour le travail qui est encore à faire.

Objectifs

- Classer les cours d'eau superficiels aux fins de la destination des ceux-ci à un usage spécifique, aux termes du décret législatif n° 152/1999 ;
- Maintenir les niveaux de qualité des eaux superficielles atteints et définir les actions nécessaires pour atteindre des niveaux qualitatifs plus élevés ;
- Maintenir les niveaux de qualité des eaux destinées à l'alimentation humaine et définir les actions nécessaires pour diminuer et éliminer les inconvénients dérivant des contaminations bactériennes, pendant la période estivale – avec une attention particulière à la coordination des interventions techniques en matière d'hygiène et de santé – découlant de l'utilisation des sols à proximité des points de dérivation des eaux destinées à l'alimentation humaine ;
- Envisager les différentes possibilités d'exploitation des eaux minérales et thermales en Vallée d'Aoste.

Actions

- Élaboration, en collaboration avec les services régionaux compétents, l'agence USL de la Vallée d'Aoste et l'ARPE du Plan régional de gestion et de protection des ressources hydriques ;
- Élaboration de la nouvelle loi régionale pour la gestion des évacuations des eaux usées ;

Radiations – L'exposition à des sources de radiations comporte le risque de manifestation de pathologies à bref et à long terme. Il est opportun de faire une distinction entre rayonnements ionisants (substances radioactives et appareils générateurs de radiations) et rayonnements non-ionisants (champs électromagnétiques à basse et haute fréquence) en raison des caractéristiques différentes de nature physique et des modalités d'interaction avec la population.

Quant aux rayonnements ionisants il est bien connu que le radon constitue le principal facteur de risque. En ce qui concerne cette substance, qui, selon les études épidémiologiques, représente 5 % à 20 % des causes des tumeurs du poumon, la Région s'est fixée des priorités qui sont contenues dans le Plan.

Une autre source principale de rayonnements ionisants est constituée de l'utilisation d'isotopes radioactifs ou d'appareils générateurs de radiations en milieu médical et le Plan entend engager une action de contrôle à cet égard.

Les sources d'exposition aux rayonnements non-ionisants les plus communes sont les rayons ultraviolets et les champs électromagnétiques.

La Région estime très important apprécier les effets sur la santé de ces deux types de radiations.

Pour ce qui est des *rayonnements ionisants* il a été établi ce qui suit :

Objectifs

- Mesurer la radioactivité du radon sur l'environnement par l'identification des lieux où des concentrations élevées dudit élément ont été enregistrées et des sources y afférentes afin d'engager des actions de protection appropriées ;

- Appliquer les nouvelles mesures visées au décret législatif n° 187/2000 en matière de protection des travailleurs et des personnes contre les rayonnements ionisants.

Actions

- Élaboration du Plan régional de contrôle de la pollution environnementale par le radon ;
- Promotion d'une campagne d'information à l'intention de la population et des catégories professionnelles concernées sur les risques liés à l'exposition au radon ;
- Promotion d'une campagne de sensibilisation pour la diminution des examens diagnostiques non nécessaires ;
- Adoption de programmes propres à assurer la qualité des équipements médicaux générateurs de rayonnements ionisants ;
- Application des programmes de formation professionnelle obligatoire destinés aux médecins et aux techniciens œuvrant dans des structures publiques où l'établissement de diagnostics s'effectue au moyen de radiations.

Pour ce qui est des *rayonnements non-ionisants* il a été établi ce qui suit :

Objectifs

- Appliquer les dispositions régionales adoptées en matière de réglementation de l'utilisation d'installations fixes et mobiles de radio-télécommunications ;
- Établir une réglementation relative aux limites d'exposition aux champs électromagnétiques dérivant de lignes électriques.

Actions

- Élaboration des plans afférents aux zones relatives à la réalisation des sites équipés pour la mise en place des installations de radiocommunication visées à la nouvelle législation régionale ;
- Élaboration d'une loi régionale régissant, en application des dispositions nationales, les limites d'exposition aux champs électromagnétiques résultant de lignes électriques (50 Hz) ;
- Promotion de campagnes de sensibilisation de la population afin de modifier les comportements habituels des personnes et réduire le risque lié à l'exposition sans protection aux rayons UV, notamment dans la pratique sportive, au travail et lors des activités professionnelles en plein air.

Déchets – La protection du sol contre la pollution est un aspect important pour la santé des personnes et pour la sauvegarde de l'écosystème local. Au cours des dernières années de nombreuses activités ont été engagées :

- Le texte préliminaire contenant les objectifs et les orientations pour la mise à jour du Plan régional de gestion des déchets a été élaboré et approuvé ;
- Les procédures pour l'élaboration dudit nouveau plan ont été engagées ;
- Les projets de réalisation d'installations pour le traitement et le recyclage des déchets ont été approuvés et des circulaires explicatives fixant des lignes directrices pour l'application correcte des nouvelles dispositions en la matière ont été publiées ;
- Des installations pour le traitement et le recyclage des déchets ont été autorisées et des contrôles, avec la collaboration de l'ARPE, de l'activités des décharges autorisées dans la région ont été engagés ;
- Un site Internet d'information et de sensibilisation au problème a été créé.

Objectifs

- Renforcer la culture et l'information des citoyens en matière de collecte sélective des déchets, comme cela se fait déjà pour les institutions scolaires, les élus et les familles ;
- Renforcer les contrôles sur l'environnemental, par le biais du Corps forestier régional et au moyen des enquêtes effectuées par l'ARPE ;

- Favoriser la coordination entre les actions relatives à la protection du territoire et les études épidémiologiques de la structure régionale compétente, afin de déceler tout éventuel lien de cause à effet entre la fréquence de certaines maladies et l'exposition aux risques environnementaux.

Actions

- Mise en œuvre, à titre préliminaire, des actions d'ordre technique, administratif, de formation et d'information visées au Plan régional de gestion des déchets ;
- Élaboration d'un plan annuel de contrôle coordonné en vue de procéder à la vérification des modalités techniques de gestion des installations de traitement et de recyclage des déchets et aux contrôles officiels de ces dernières ;
- Élaboration de plans de travail coordonnés entre les structures régionales compétentes en matière de protection de l'environnement, l'agence USL, l'ARPE et la structure régionale compétente en matière épidémiologique, pour la définition des modalités techniques et administratives afférentes à l'établissement d'une carte des risques sur la fréquence de certaines maladies liées à la pollution environnementale.

Protection contre les risques d'accidents et les risques sanitaires liés aux conditions de vie et aux lieux de travail

En Vallée d'Aoste, la mortalité associée à des traumatismes est particulièrement élevée. 8 % des décès chez les hommes et 5% chez les femmes sont dus à des causes traumatiques ou violentes. Il ressort de l'analyse par tranches d'âge que personne n'est exempt d'accidents traumatiques mortels ; ce qui préoccupe davantage est le fait que le nombre de victimes chez les hommes est le plus élevé aux alentours de 20 ans et se stabilise jusqu'à un âge avancé. Les pourcentages les plus élevés sont enregistrés chez les jeunes où les accidents de la route et une pratique peu prudente des sports sont à l'origine d'un différentiel de risque supérieur à celui des autres classes d'âge. Parmi les hommes, le pourcentage de décès dus à des traumatismes est de 50 % entre 5 et 14 ans, de 58 % entre 15 et 29 ans et diminue à 13 % entre 39 et 65 ans. Le pourcentage correspondant chez les femmes est légèrement inférieur bien qu'il reste élevé. Le jeune âge des personnes décédées en raison de traumatismes comporte la perte d'un grand nombre d'années de vie productive et a une signification humaine très importante.

La fréquence des hospitalisations est également conditionnée lourdement par ce phénomène. En effet, 10,7 % des hospitalisations chez les hommes et 7,5 % chez les femmes sont dues à des traumatismes et ce pourcentage s'élève à 37 % si l'on considère uniquement les hommes âgés de 12 à 18 ans.

À l'échelon régional, on a essayé depuis longtemps d'établir, par une lecture analytique desdites données, quels sont les facteurs de risque associés avec plus de fréquence aux événements traumatiques. Une campagne de prévention a été engagée en vue d'encourager l'utilisation du casque sur les cyclomoteurs et l'on espère que celle-ci pourra réduire, dans un bref délai, le nombre d'accidents parmi ces classes d'âge. Il faudra par contre mettre l'accent sur les campagnes d'éducation à l'intention de la population contre les risques d'accidents domestiques et lors de la pratique sportive.

Quant aux accidents domestiques, sur la base de la loi n° 1493/1999 portant dispositions en matière de protection de la santé dans les logements et institution de l'assurance contre les accidents domestiques, sera réalisé, au cours des trois prochaines années, un projet dénommé « Sécurité dans nos maisons », approuvé par délibération du Gouvernement régional et portant sur trois points :

1. L'analyse du phénomène « accident domestique » comme événement où le facteur « homme – environnement domestique » compromet soudainement la santé de l'individu ;
2. L'éducation sanitaire en tant que prévention active, à savoir information sur les risques, sur les comportements, sur les possibilités d'intervention personnalisées et sur les modalités de secours d'urgence afin de faire en sorte que le dommage provoqué par l'accident ne s'aggrave pas ;
3. La prévention passive qui engage l'organisme public concerné (Région, agence USL, ou commune) à contrôler l'utilisation des dispositifs, même structurels, qui contribuent à la limitation ou à l'élimination de certains risques en milieu domestique.

Quant aux assurances, il faut harmoniser les dispositions nationales et régionales qui prévoient une assurance contre les accidents et l'hospitalisation des ménagères inscrites au Registre régional des femmes au foyer (art. 10 de la LR n° 44/1998).

Beaucoup de choses restent encore à faire dans le domaine des accidents sur les lieux de travail. Sur la base des données INAIL qui comparent les accidents du travail du premier semestre 2000 avec les données analogues de l'année précédente, la Vallée d'Aoste est une des rares régions qui ont fait enregistrer une diminution desdits accidents (- 7,3 %) par rapport à 1999, même si leur nombre est encore élevé : 1 503 au cours du premier semestre 1999, 1 394 au cours du premier semestre 2000. La mortalité élevée (4 accidents mortels par jour en Italie), avec certaines catégories comme les travailleurs du bâtiment compor-

tant des risques d'accidents plus grands, indique clairement que la prévention est un objectif à atteindre, même s'il est prioritaire, pour pouvoir intervenir, de connaître les dimensions réelles et les caractéristiques régionales de ce phénomène. Le système régional d'information sanitaire doit donc recueillir les données utiles pour répondre à ce besoin.

Objectifs

- Réduire la mortalité et les invalidités permanentes résultant d'accidents de la route, avec une attention particulière pour les personnes âgées de 15 à 24 ans ;
- Réduire le nombre d'accidents domestiques ;
- Analyser les données relatives aux accidents du travail ;
- Réduire les accidents du travail ;
- Réduire les accidents lors de la pratique sportive.

Actions

- Campagne d'information relative à l'utilisation des dispositifs de sécurité ;
- Mise en fonction d'un guichet régional pour la prévention des accidents du travail, ayant pour but d'assurer le suivi et l'application des dispositions du décret législatif n° 626/1994, ainsi que de jouer le rôle d'observatoire des accidents, constitué par un réseau intégré de banques de données provenant des archives locales et des organismes préposés à cet effet à l'échelon national ;

Santé animale

En Vallée d'Aoste, la prophylaxie et l'éradication de la tuberculose des élevages bovins et de la brucellose et de la leucose des élevages bovins, ovins et caprins sont effectuées efficacement suivant les plans régionaux annuels d'amélioration de l'état sanitaire des cheptels. La prévention des encéphalopathies spongiformes transmissibles (syndrome de la « vache folle ») est également effectuée régulièrement. De plus, en Vallée d'Aoste toutes les exploitations et toutes les têtes de bétail sont identifiées et enregistrées par un code spécifique, ce qui permet la constitution d'un fichier régional du bétail et des élevages et un contrôle correct de la documentation sanitaire. En outre, afin de prévenir et de réduire les risques de fraude, et pour des exigences de nature sanitaire, tous les bovins, les ovins et les caprins de la Vallée d'Aoste seront soumis à l'identification électronique avant la prochaine campagne d'amélioration de l'état sanitaire des cheptels sur la base d'un projet ayant déjà été approuvé par la Commission de l'Union européenne.

En dépit de ces bons résultats, il y a lieu de remarquer l'existence de difficultés, que le présent Plan entend résoudre, dans la mise en place par les éleveurs des plans de prophylaxie. Toutefois, les données afférentes à l'activité exercée par les services vétérinaires à cet égard sont rassurantes et laissent imaginer que l'objectif d'éradiquer la tuberculose et la brucellose des élevages de la Vallée d'Aoste sera réalisé prochainement. Quant aux mastites bovines, étant donné que leur éradication totale est impossible en raison de la multiplicité des facteurs de risque y afférents, le présent Plan aura pour objectif d'en réduire l'incidence. Les conditions hygiéniques des structures accueillant des animaux pendant l'hiver sont bonnes. La situation des alpages n'est par contre pas aussi favorable, tandis que les conditions hygiéniques des installations d'abattage des animaux et de transformation et de stockage des produits d'origine animale sont bonnes car celles-ci font l'objet d'une surveillance et de contrôles réguliers, ainsi que de désinfections périodiques. Pour ce qui est des déchets d'origine animale à risques, prélevés lors de l'abattage et qui font l'objet d'un contrôle avant d'être envoyés hors de la Vallée pour être détruits, la Région dispose d'un incinérateur situé aux Iles de Brissogne afin de répondre au niveau local à la nécessité d'adopter ces procédures importantes pour la protection des êtres humains contre les infections.

Quant aux conditions hygiéniques applicables au transport d'animaux, la Vallée d'Aoste peut compter sur la prochaine mise en place d'un poste fixe de désinfection aux arènes régionales, ce qui permettra de disposer d'une installation conforme aux dispositions sanitaires en vigueur et à la législation en matière de protection des eaux.

Le récent décret ministériel du 4 octobre 1999 a institué auprès de l'«Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta» d'Aoste le Centre de référence nationale pour les maladies des animaux sauvages, chargé de fonctions spécialisées pour ce qui est de la faune sauvage dans le domaine de la santé et de la transmission éventuelles de maladies à l'homme. Il faudra adapter la législation régionale aux changements de la législation nationale en la matière et procéder aux modifications qui s'imposent de concert avec les Régions Piémont et Ligurie.

La surveillance, le contrôle et la recherche des restes d'animaux sont assurés suivant les modalités visées aux décrets législatifs n° 118/1992, 119/1992 et 336/1999, ainsi que par le Plan national de gestion des résidus d'origine animale.

L'activité de la fourrière régionale des chiens et des chats est influencée par l'augmentation du nombre d'animaux errants et des cas d'abandon d'animaux domestiques par leurs propriétaires, bien que l'identification des chiens par micro-puce électronique soit un des points forts de l'action régionale.

Objectifs

- Renforcer la coordination des actions de contrôle dans les élevages et dans les abattoirs, au sens des lois en vigueur pour la prévention des encéphalopathies spongiformes transmissibles, afin d'assurer la sécurité et la salubrité des viandes et de sauvegarder ainsi les consommateurs et le patrimoine zootechnique ;
- Réduire l'incidence des mastites bovines et assurer une gestion correcte des médicaments vétérinaires contre la mastite.
- Contrôler et conserver les niveaux d'hygiène des structures d'accueil des animaux et des installations pour la fabrication de produits à base de lait, pour l'abattage des animaux, pour la transformation et pour le stockage des produits d'origine animale ;
- Mettre les fromageries des alpages et des structures qui ne sont pas encore en règle du point de vue de l'hébergement du bétail en conformité avec les dispositions du DPR n° 54/1997 ;
- Augmenter le nombre d'installations de désinfection des véhicules utilisés pour le transport d'animaux ;
- Définir les formes possibles de transmission de maladies à l'homme et les actions de prévention des maladies des animaux les plus fréquentes en Vallée d'Aoste ;
- Sensibiliser la population au problème de l'abandon des animaux de compagnie et à l'augmentation du nombre de chats.

Actions

- Établissement d'un plan de prévention basé sur le renforcement des contrôles, sur la qualité des aliments destinés aux bovins, sur la surveillance des élevages, sur le test de dépistage précoce de la maladie pour tous les bovins de plus de 24 mois abattus et sur le renforcement de la surveillance des aliments pour les animaux et viandes importées d'autres nations ;
- Établissement d'un plan régional de contrôle et de prophylaxie des mastites bovines, de concert avec l'assessorat régional compétent en matière de zootechnie ;
- Établissement d'un plan de contrôle des structures d'hébergement des animaux et des installations pour la fabrication de produits à base de lait, pour l'abattage des animaux et pour la transformation et le stockage de produits d'origine animale ;
- Mise en place, en collaboration avec l'Assessorat compétent en matière de zootechnie des initiatives visant la définition des structures qui ne sont pas encore en conformité avec le DPR n° 54/1997 et planification des actions y afférentes ;
- Établissement d'une étude de faisabilité pour la localisation de deux installations fixes de désinfection des véhicules utilisés pour le transport d'animaux ;
- Établissement d'une étude épidémiologique sur les formes éventuelles de transmission à l'homme des maladies affectant les animaux présents en Vallée d'Aoste ;
- Mise en œuvre d'initiatives d'information et de sensibilisation à l'intention des élus locaux et de la population sur les problèmes liés à l'abandon des chiens et des chats et à l'augmentation qui s'ensuit du nombre d'animaux errants.

Protection des aliments du point de vue hygiénique et sanitaire

L'évolution des dispositions normatives communautaires et nationales en matière de protection des aliments du point de vue hygiénique et sanitaire a imposé une modification des comportements des producteurs d'aliments et des organismes de surveillance. Le contrôle est maintenant effectué dès les phases préliminaires de la préparation des produits contrairement aux contrôles officiels qui avaient lieu auparavant. Cela a comporté une participation plus importante des producteurs qui, conformément au système d'autocontrôle HACCP, ont dû approfondir leurs connaissances sur les cycles de production, de conditionnement et de distribution des aliments et définir quelles sont les phases critiques responsables de contaminations éventuelles. L'application desdites dispositions et notamment du décret législatif n° 155/1997 a comporté l'engagement d'une phase de formation des entrepreneurs à laquelle ont participé toutes les associations catégorielles et l'agence USL de la Vallée d'Aoste, qui a exercé un rôle d'information et de formation important. La Région, afin de faciliter l'application desdites nouvelles disposi-

tions a mis en place auprès de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales un bureau chargé de fournir à titre gratuit des conseils aux entreprises en vue de l'établissement des plans d'autocontrôles.

Le travail important effectué par la Région et par l'agence USL a permis, deux ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, à toutes les entreprises concernées d'établir les plans d'autocontrôle ; au cours des inspections effectuées aucune sanction n'a été appliquée.

Objectifs

- Renforcer la surveillance sanitaire lors de la production, du conditionnement de la transformation et de la distribution de produits alimentaires ;
- Améliorer la qualité sanitaire des produits alimentaires traditionnels ;
- Augmenter l'activité de conseil en matière d'autocontrôle par l'application du système HACCP, avec une attention particulière aux activités exercées par des organismes publics (cantines scolaires, services de préparation des repas dans les communautés pour personnes âgées, distribution de produits par les pro-loco).

Actions

- Établissement du plan annuel de contrôle des produits alimentaires et des boissons, ainsi que du plan annuel de contrôle sur l'utilisation des produits phytosanitaires sur les cultures agricoles ;
- Réalisation d'un centre informatique départemental de l'agence ayant pour but la collecte, le classement et l'évaluation des données afférentes aux aliments ;
- Poursuite de l'activité de conseil exercée par le bureau créé auprès de l'Assessorat régional de la santé, du bien-être et des politiques sociales en matière d'application du système d'autocontrôle HACCP.

Sécurité alimentaire

Parmi les facteurs en mesure d'augmenter la capacité de maintenir et d'améliorer l'état de santé, l'alimentation joue un rôle fondamental. Une alimentation saine et équilibrée est un facteur fondamental pour le maintien de l'état de santé. En Italie, presque la moitié des morts prématurées des personnes âgées de moins de 65 ans et due à des maladies auxquelles le régime alimentaire contribue en mesure substantielle.

Le respect de normes nutritionnelles recommandées par les lignes directrices pour une saine alimentation publiées par l'«Istituto Nazionale della Nutrizione» en 1997 paraît en mesure de déterminer une diminution importante de l'incidence des maladies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires, des tumeurs du rectum et d'autres maladies (diabète, hypertension, etc.), ainsi que de la mortalité y afférente. De manière analogue, la réduction de l'obésité qui aujourd'hui commence à concerner également les enfants est un objectif en matière de santé lié à l'alimentation et à l'exercice physique.

En Vallée d'Aoste, les néoplasies plus étroitement liées à l'alimentation, comme les néoplasies de l'appareil digestif, constituent 32 % de l'ensemble de la mortalité due aux tumeurs. Avec un pourcentage par rapport à tous les autres décès de 6,8 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes, les maladies digestives se situent au cinquième rang parmi les causes de mort des Valdôtains. Puisque la létalité et la curabilité desdites maladies change très lentement, une tendance, bien que faible, peut être produite par l'intervention sur un des facteurs de risque principaux, à savoir l'alimentation.

Il ressort de la consultation des listes des résidents dispensés de la participation à la dépense sanitaire régionale (exempts du paiement du ticket modérateur) qu'en Vallée d'Aoste la maladie la plus fréquente est l'hypertension artérielle résistante. En prenant comme dénominateur commun la population âgée de plus de 40 ans, il ressort que 15 % des citoyens appartenant à cette tranche d'âge souffre « théoriquement » d'hypertension artérielle contrôlable uniquement par des médicaments (9 246 personnes). Au deuxième rang quant à la fréquence des maladies socialement importantes il faut situer le diabète sucré (2 243 cas). Bien qu'il s'agisse de maladies typiques dans une population âgée, comme la population valdôtaine, l'effet produit par un régime alimentaire hypercalorique et à haut risque est évident.

Connaître la fréquence de ces maladies et d'autres de moindre gravité (caries dentaires et intolérances alimentaires) et associer celle-ci à la proportion de risque attribuable à l'alimentation est un objectif du présent Plan.

Objectifs

- Atteindre des niveaux corrects de consommation de calories, graisses, hydrates de carbone et sel en conformité avec les normes nutritionnelles recommandées par les organismes scientifiques ;

- Réduire le pourcentage de personnes ayant un surplus de poids (Indice de masse corporelle > 30) ;
- Mettre en place un observatoire régional pour le suivi des paramètres anthropométriques et des facteurs de risque alimentaire.

Actions

- Engagement de campagnes d'éducation sanitaire pour une alimentation saine ;
- Définition et estimation parmi la population régionale des indicateurs de l'état de la nutrition, du caractère approprié du régime alimentaire, des tendances de la consommation alimentaire et des conditions de risque nutritionnel ;
- Établissement d'outils pour la collecte des données afférentes aux habitudes alimentaires de la population ;
- Définition de lignes directrices pour l'activité de conseil dans les cabinets des médecins généralistes et des pédiatres en vue de l'adoption d'une alimentation correcte à l'âge infantile et adulte ;
- Insertion d'indications diététiques appropriées dans le cadre des lignes directrices afférentes aux maladies, en termes de prévention primaire et secondaire ;
- Élaboration de lignes directrices pour une alimentation appropriée et correcte dans le cadre de l'aide à domicile et dans les établissements d'accueil et d'hébergement, ainsi que dans les services pour les enfants ;
- Définition de recommandations diététiques utiles pendant l'hospitalisation, afin que l'alimentation proposée soit appropriée.

Assistance territoriale de district

L'intégration des services et des compétences se réalise surtout à l'échelon territorial et dans les districts.

Ce niveau d'assistance comprend :

- L'assistance socio-sanitaire de base ;
- L'assistance pharmaceutique ;
- L'assistance spécialisée sur le territoire ;
- L'assistance territoriale et dans les centres de jour ;
- L'assistance dans les établissements d'hébergement.

Le Plan attribue au District de nouvelles fonctions dans le domaine de l'assistance : ce dernier joue un rôle central dans l'identification et la prise en charge des besoins de la population régionale. Le district socio-sanitaire est notamment chargé de veiller à la protection de la santé des résidents qui doit l'emporter sur la fourniture des prestations. En ce qui concerne la gestion de la santé, ce caractère fondamental permet d'engager un processus de transformation et de révolution radicale des modes d'organisation et de définition des besoins, longtemps axés sur le rôle et le pouvoir d'attraction de la structure qui absorbe la majeure partie des crédits de la santé, à savoir l'hôpital pour malades aigus, avec d'importantes conséquences sur la maîtrise de la dépense.

Le District doit donc s'acquitter de la fonction de production, de commettant et d'intégration socio-sanitaire des services par l'élaboration de modèles d'intégration horizontale assurant la qualité et la continuité des interventions des équipes pluridisciplinaires. Ce faisant, le District doit devenir de plus en plus pour le citoyen :

- un centre auquel s'adresser pour toutes les prestations fournies et assurées par la Région, par l'agence sanitaire et par les collectivités locales ;
- un pôle des services sanitaires et d'aide sociale et des réseaux sociaux de solidarité formels ou informels ;
- le garant de la continuité et de la globalité de l'assistance, surtout après l'hospitalisation des malades aigus, indépendamment des lieux où lesdites prestations sont fournies, par le biais également des médecins généralistes et des pédiatres, considérés depuis toujours comme les principaux médiateurs entre les besoins et la réponse des institutions auxdits besoins ;

- le garant de la satisfaction des besoins urgents par les médecins des services territoriaux de médecine d'urgence qui jouent le rôle important d'orienter les patients vers les structures appropriées ;
- un centre d'orientation des patients facilitant l'accès de ces derniers aux prestations hospitalières spécialisées et complémentaires, à la charge du service socio-sanitaire régional.

L'agence USL renforce les fonctions de planification et de contrôle des activités du District qui voit ainsi valorisée son autonomie en vue de l'accomplissement de ses fonctions. Dans le cadre des ressources qui lui sont attribuées, le district est doté d'une autonomie de gestion, technique, économique et financière ainsi que d'une comptabilité distincte au sein du budget de l'agence USL.

Du point de vue de l'organisation et de la gestion, l'agence sanitaire doit orienter le district sur la base des critères suivants :

1. Nouvelle définition de la direction du district en accordant à ce dernier des compétences multidisciplinaires, afin d'assurer la couverture des besoins en matière de santé et d'aide sociale, l'utilisation correcte des ressources et l'analyse des résultats et des prestations fournies ;
2. Collaboration active entre les responsables des districts et l'agence ;
3. Nouvelle définition des rôles et des responsabilités des différents professionnels de l'équipe de district afin de les adapter aux nouveaux objectifs et critères opérationnels ;
4. Nouvelle définition des principaux processus organisationnels et décisionnels au sein du district et des rapports y afférents avec les autres services de l'agence USL et avec les services d'aide sociale ;
5. Application des nouvelles mesures de planification, de budgétisation et de contrôle de la gestion à l'échelon du district, en fonction des dimensions démographiques du district ;
6. Institution du système d'information de district ;
7. Développement des contenus et de la qualité des rapports avec les citoyens ;
8. Valorisation et participation du réseau informel d'assistance (famille, bénévolat).

La dotation globale de services de district ne peut être établie du point de vue théorique ou a priori, ni être rendue homogène pour chaque district, mais elle doit être appréciée par rapport aux besoins ; l'efficacité en termes d'assistance et d'exhaustivité des interventions effectuées dans ledit district doit par ailleurs être constamment vérifiée. Par rapport aux services fournis dans le district, toutes les interventions des autres services de l'agence USL ou du service sanitaire régional sont considérées comme complémentaires. La mobilité du personnel constitue la caractéristique principale de l'organigramme des services susdits.

Le Bureau de coordination des activités du district visé au 9^e alinéa de l'art. 30 de la LR n° 5/2000 est le lieu préposé à l'évaluation communautaire des activités et de la réponse aux besoins du service de district et participe à l'élaboration et à la rédaction du rapport annuel du district.

L'agence USL fixera les formes de son activité et les délais y afférents.

En cas de citoyens bénéficiant de l'assistance qui ne sont pas pris en charge par l'Unité d'évaluation gériatrique (UVG), le Bureau de coordination, afin de favoriser une approche multidisciplinaire aux situations de déséquilibre socio-sanitaire, fait face à ces situations à l'aide des compétences spécialisées nécessaires et planifie les interventions coordonnées et cohérentes visant à :

- Prévenir le déséquilibre socio-sanitaire (passage de l'autonomie à la dépendance) ;
- Prendre en charge la personne concernée ;
- Améliorer l'intégration socio-sanitaire.

Le Bureau de coordination procède, sur proposition du médecin généraliste, de la structure hospitalière, à la veille de la sortie du malade de l'hôpital, et des assistants sociaux, à orienter convenablement le patient vers les structures suivantes : services ambulatoires, services à domicile, centres de jours, structures d'hébergement et hôpital.

Aide socio-sanitaire de base

Au niveau territorial, l'aide socio-sanitaire assure, d'une part, des prestations *ad hoc* sur les plans social et sanitaire et,

d'autre part, des prestations intégrées tendant à donner des réponses appropriées aux besoins en matière de santé qui comportent des actions peu complexes du point de vue sanitaire et/ou très complexes du point de vue de l'assistance.

L'objectif que l'on entend ainsi poursuivre répond à la nécessité de mettre sur pied un réseau territorial de services intégrés, capable de garantir un niveau d'assistance efficace et de répondre aux attentes des citoyens par la mise en place d'actions personnalisées.

Pendant les trois prochaines années, la Vallée d'Aoste devra assurer à l'assistance socio-sanitaire de base le même niveau qu'elle a atteint jusqu'ici du point de vue de la qualité et de la quantité. Elle se place en effet parmi les régions dotées d'un bon niveau d'assistance, cela étant dû notamment à une considérable disponibilité en personnels et à la présence de services territoriaux relevant entièrement du secteur public. Notre région devra également améliorer l'offre au profit des jeunes et de la petite enfance, sur la base aussi des résultats d'un projet spécifique dénommé « Projet bébé », achevé en été 2000 et consacré à l'es- sor de l'emploi féminin et aux nouveaux services destinés à la jeunesse. Quant aux mineurs, le présent texte se démarque du plan socio-sanitaire régional précédent en ce sens, qu'il essaiera de surmonter la fragmentation des objectifs relatifs à différents secteurs de compétence, qui ont tendance à se chevaucher ou qui se sont révélés inadaptés.

En ce qui concerne la création de systèmes pour la connaissance, la communication et l'évaluation des besoins relevant de l'aide sociale, les trois années d'application de ce plan aboutiront à la mise en service de l'Observatoire régional de l'enfance et de l'adolescence, visé à la loi n° 451/1997.

Dans le double cadre de l'assistance sanitaire et des politiques sociales, les trois prochaines années seront marquées par un processus de remaniement, de réorganisation et de requalification, qui pourra s'instaurer grâce à une programmation particulièrement ciblée, à une meilleure répartition des responsabilités et des ressources parmi les instances publiques et privées, mais surtout grâce à la définition de principes directeurs et de standards permettant d'évaluer les types d'actions susceptibles de faire face à une dépense en constante augmentation.

La débureaucratiation des services – en vue d'en améliorer l'efficacité –, la coordination de ceux-ci et l'évaluation de l'activité exercée constituent les priorités majeures liées à l'organisation et à la gestion de la santé.

Le présent plan prévoit l'élaboration ultérieure de lignes directrices de secteur et de standards de gestion à l'échelon régional, par le biais desquels il sera possible d'établir les critères de rationalisation des services.

Objectifs

- Promouvoir le bien-être des populations ainsi que des modes de vie adaptés à travers des activités d'éducation sanitaire ou toute autre forme de communication qui encourage la collectivité à nouer des contacts avec les institutions et les opérateurs, en privilégiant la protection des enfants au sein de la famille et en milieu scolaire, le contrôle des accidents sur les lieux de travail, la recherche des causes des maladies infectieuses et le renforcement des campagnes de vaccination ;
- Répandre, par le biais d'opérateurs présents sur le territoire, la culture de la santé au niveau personnel, en tant que processus visant à développer la maîtrise de soi et à améliorer son état physique et psychique ;
- Repenser les prestations socio-sanitaires dans leur globalité, compte tenu des nouveaux besoins en termes de santé et de la possibilité de les satisfaire ;
- Encourager la participation des médecins généralistes et des pédiatres à choix libre au processus de développement des activités au niveau de district et plus particulièrement aux projets d'assistance sanitaire programmée et d'aide intégrée à domicile ;
- Développer et renforcer le système informatisé territorial ;
- Tout mettre en œuvre pour que soient assurées les compétences visées à la loi n° 476/1998 sur l'adoption internationale en vue du lancement du projet d'adoption, visant à promouvoir l'accueil des enfants.

Actions

- Réorganisation et promotion des activités liées aux cabinets de consultation et aux centres territoriaux, à travers la redistribution du travail sur le territoire et la création d'aires de spécialisation ;
- Adoption d'accords de programme entre Région, agence USL et collectivités locales en vue de la définition des missions de coordination et de leurs compétences, dans le cadre de l'activité du district ;

- Développement de la médecine de groupe relevant de la lettre c) du 6^e alinéa de l'article 40 du DPR n° 270 du 28 juillet 2000, par la mise à disposition, dans la mesure du possible, de locaux appropriés fournis par l'agence USL ou par les collectivités locales ;
- Développement des pratiques de prévention et d'assistance par le biais d'initiatives promouvant l'éducation sexuelle, l'aide psychologique, le conseil légal, l'assistance sociale professionnelle, l'assistance en matière d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie ainsi que la pratique du monitoring ;
- Renforcement de l'activité des cabinets de consultation au profit des adolescents et élargissement de l'offre dans la Basse Vallée ;
- Définition des critères de fonctionnement des services et des modalités d'accès des usagers à ceux-ci ;
- Définition des indicateurs permettant l'évaluation de l'activité exercée ;
- Mise en service de l'Observatoire de l'enfance et de l'adolescence ;
- Participation des médecins généralistes et des pédiatres aux pratiques de suivi des maladies infectieuses à travers l'augmentation du nombre des communications ;
- Responsabilisation des médecins généralistes et des pédiatres quant à l'opportunité de prescrire les médicaments et d'établir les diagnostics de laboratoire par l'élaboration de programmes de formation et la mise en place de procédés de gestion du budget ;
- Informatisation et mise en réseau de tous les opérateurs, en premier lieu des médecins agréés.

Assistance pharmaceutique

Au cours de ces dernières années, les dépenses pharmaceutiques ont connu partout une croissance considérable et les facteurs qui les ont occasionnées n'ont été que partiellement identifiés (ajustement du coût des médicaments, utilisation de produits plus onéreux, augmentation du nombre des ordonnances et des prescriptions, recours à de nouveaux médicaments remboursables par le service sanitaire national). Bien que la Vallée d'Aoste enregistre des chiffres proches de la moyenne nationale, il importe de prendre en compte les spécificités territoriales de ce phénomène, notamment en ce qui concerne les maladies les plus répandues et celles qui entraînent une consommation renforcée de produits pharmaceutiques. Il est par ailleurs nécessaire de responsabiliser davantage les médecins quant au nombre et à la pertinence des prescriptions délivrées.

Une territorialisation accrue des services d'assistance comporte la possibilité pour les pharmacies de devenir des pôles susceptibles d'assurer des prestations particulières du service sanitaire régional, telles la réservation de soins spécialisés ou de diagnostics par le biais du centre unique de réservation (CUP), l'achat d'articles d'appareillage destinés aux invalides ou bien les examens de laboratoire pour l'établissement des diagnostics. Cette solution présente de grands avantages tant pour la collectivité que pour l'agence USL, qui, elle, peut dispenser certaines structures centralisées d'organiser les activités précitées en assurant ainsi une offre plus homogène sur le territoire.

La dissémination des pharmacies sur le territoire de la région permet de mettre en place efficacement des initiatives de prévention telles les campagnes de vaccination antigrippale ou contre les maladies infectieuses.

Objectifs

- Vérifier les prescriptions et maîtriser les dépenses pharmaceutiques, afin d'identifier les écarts éventuels par rapport à la moyenne nationale et prendre les mesures nécessaires ;
- Rationaliser les ressources destinées à l'assistance pharmaceutique par le recours à des outils de responsabilisation économique ;
- Solliciter le réseau des pharmacies agréées pour que soit assuré le lancement d'activités d'information de la collectivité sur les services fournis à niveau local et sur les modalités d'accès à ceux-ci, le service de réservation de prestations spécialisées et de diagnostics – en liaison avec le centre unique de réservation –, l'attribution d'articles d'appareillage au bénéfice des infirmes et les examens de laboratoire pour l'établissement des diagnostics.

Actions

- Mise en service d'un observatoire qui surveille les prescriptions établies par rapport à la dépense ;
- Adoption des outils de gestion du budget par les médecins agréés et par les centres de coût au sein des hôpitaux, des dispensaires et des districts ;
- Définition des stratégies à l'intention des médecins prescripteurs à travers l'adoption de lignes directrices ad hoc.

Assistance territoriale spécialisée

En Vallée d'Aoste, l'activité sanitaire sur le territoire se réalise par :

- Les prestations ambulatoires spécialisées ;
- L'aide à la rééducation ;
- L'assistance en matière de thermo-climatisme ;
- L'assistance médico-légale ;
- La médecine d'urgence ;
- L'assistance sanitaire aux ressortissants étrangers résidant en Vallée d'Aoste à titre temporaire ;
- La surveillance médicale dans le cadre des activités sportives.

Certains de ces volets, parce qu'ils disposent d'une gestion solide, assurent un service de bonne qualité et répondent d'une manière cohérente aux besoins des usagers. Pour d'autres, en revanche, il s'agit d'améliorer et de réorienter l'offre en fonction des besoins ressentis ou constatés, par la création d'outils d'évaluation appropriés.

Prestations ambulatoires spécialisées – L'aide spécialisée en Vallée d'Aoste, malgré la pénurie de certains profils professionnels, est dans l'ensemble très satisfaisante, étant donné que la quasi-totalité des affiliés au service sanitaire souffrant de maladies vasculaires, d'affections liées à la sénescence, de troubles gynécologiques, urologiques ou pulmonaires trouvent dans le traitement ambulatoire une réponse appropriée à leur demande. Il en est de même des maladies infectieuses et des maladies relevant de la médecine interne, de l'oto-rhino-laryngologie et de la pédiatrie. Un suivi adapté est garanti également aux malades dialysés ou atteints de affections rénales. Si l'on compare les données figurant aux tables de morbidité relative, le recours limité aux soins ambulatoires est enregistré pour les maladies touchant le domaine de l'ophtalmologie, de l'odontologie et de la dermatologie, ce qui s'explique, sans doute, par le recours au secteur privé. Pendant les trois années d'application de ce plan, il importe de garantir une assistance médicale homogène sur le territoire par des réponses plus efficaces aux besoins des malades et par l'adoption de modèles intégrés impliquant le territoire et les établissements hospitaliers. En d'autres termes, la réalisation du modèle – visé au plan précédent – fondé sur la continuité entre territoire et hôpital en termes d'assistance doit être assurée et ce, à travers la mise en commun des ressources et l'adoption des mêmes principes directeurs en matière de diagnostics et de thérapies.

En ce qui concerne les prestations ambulatoires spécialisées, il y a lieu de souligner qu'elles se concentrent principalement dans le chef-lieu régional – dans l'hôpital et les structures de la rue Guy Rey – en termes de ressources, de prestations, de volume de travail et de capacité de l'offre pluridisciplinaire.

S'il est indispensable de garantir la viabilité d'un réseau de services qui, en même temps, soit facilement accessible aux usagers et desserve la plus grande partie du territoire, il n'en est pas moins vrai que les besoins et l'offre de l'activité spécialisée ambulatoire ne peuvent être satisfaits sans le déploiement de synergies importantes avec l'hôpital sur le plan technique, professionnel et organisationnel.

En conséquence, en vue de l'intégration des ressources, il est impératif de reconsidérer le rôle de l'assistance spécialisée conventionnée externe et celui des dispensaires ne relevant pas de l'hôpital, y compris les structures accréditées.

La gestion des prestations ambulatoires spécialisées dans sa globalité doit s'inspirer de critères communs – abstraction faite de la multiplicité des structures concernées – et doit faire appel aux stratégies opérationnelles élaborées dans le plan d'application relatif aux entreprises.

Objectifs

- Encourager la création de protocoles mixtes entre l'hôpital et le territoire en vue d'analyser et de traiter au niveau régional certaines maladies, plus particulièrement les allergies ;
- Réorganiser les pratiques spécialisées par la refonte des services et des prestations et par une utilisation plus avisée des ressources humaines au regard de la pertinence des soins ;
- Améliorer l'activité spécialisée ambulatoire du point de vue de la qualité et de la quantité ;
- Réduire les délais d'attente pour tous ceux qui souhaitent avoir accès aux prestations ;
- Engager des actions susceptibles d'améliorer les conditions de vie de la population carcérale.

Actions

- Définition et respect des protocoles relatifs aux prestations et aux dossiers médicaux, afin d'éviter les dysfonctionnements dus à la gestion fragmentée des compétences des médecins spécialistes ;
- Adoption de protocoles mixtes et interdisciplinaires ayant trait à l'hôpital et au territoire visant le traitement des principales affections ;
- Définition de la nature des prestations et de la dotation en équipements ;
- Établissement d'un réseau informatisé sur une base personnelle par le recours à des outils qui permettent la transcription du traitement et de ses résultats sur une fiche individuelle ;
- Refonte des tarifs des prestations spécialisées ;
- Application des dispositions qui règlent l'exonération en fonction du revenu et du type de maladie ;
- Révision et actualisation des prestations déterminées par voie réglementaire régionale (prestations complémentaires) ;
- Fixation des nouveaux tarifs applicables sur le territoire régional dans le cadre de la nouvelle réglementation relevant de l'article 8 *quater* du décret législatif n° 229/1999 ;
- Définition des modèles organisationnels susceptibles de satisfaire les besoins des détenus en matière de santé.

Aide à la rééducation – La multiplicité des aspects liés à la rééducation exige la définition de deux cadres généraux :

1. Réadaptation fonctionnelle courante, tendant à éliminer ou à diminuer toute forme de handicap temporaire, dans le but de prévenir des infirmités permanentes ;
2. Réadaptation fonctionnelle spécialisée, caractérisée par le recours à des techniques, moyens ou personnels capables de résoudre les formes plus graves d'infirmité.

Sur la base des orientations du DPR du 14 janvier 1997 – qui répartit les différentes structures par type et par niveau – et conformément aux principes directeurs qui y sont énoncés, il est nécessaire de procéder, selon les exigences des usagers, à la réorganisation du secteur de la rééducation extrahospitalière par une gestion plus rationnelle des ressources, en vue de garantir une certaine uniformité d'action.

Les sujets nécessitant une réadaptation spécialisée seront donc orientés vers les structures territoriales, qui doivent en assurer la prise en charge par le biais d'une approche interdisciplinaire et intégrée. Les soins pourront être dispensés sous des formes différentes, le cas échéant à domicile, conformément aux lignes directrices régionales ; il importe également de garantir au malade un traitement personnalisé, pour qu'il puisse retrouver son autonomie fonctionnelle et réintégrer ainsi sa vie professionnelle, familiale, scolaire et sociale.

Objectifs

- Rationaliser le dispositif des prestations liées à la réadaptation fonctionnelle – qu'elles soient de base ou spécialisées – en fonction des besoins des usagers ;
- Évaluer l'efficacité des programmes de rééducation – à domicile ou mixte (dans ce dernier cas, les soins sont pratiqués à domicile mais sont gérés par un centre hospitalier) – relative aux maladies les plus fréquentes (par exemple les affections cardiaques et cardiovasculaires), afin de d'assurer un état de santé plus stable et éviter les rechutes et les infirmités, notamment chez les populations vivant éloignées du district où est situé l'hôpital régional ;
- Garantir un nombre suffisant de physiothérapeutes.

Actions

- Définition, au niveau régional, des modalités de prescription, d'autorisation et de contrôle des programmes de rééducation, ainsi que les principes directeurs concernant les activités de réadaptation fonctionnelle extrahospitalière, en créant des passerelles entre celles-ci et les pratiques de rééducation axées sur la coopération entre les différents services hospitaliers, du point de vue fonctionnel comme opérationnel ;
- Lancement de programmes expérimentaux de rééducation, à domicile et mixte, pouvant être aisément gérés par les affiliés eux-mêmes, peu onéreux pour le service sanitaire et présentant la même fiabilité que les programmes de réadaptation classiques ;
- Mise au point des procédures de commande, de livraison et de réutilisation des articles d'appareillage au profit des in-

firmer en application de l'arrêté ministériel du 27 août 1999 et de la loi régionale n° 3/1999 portant dispositions destinées à favoriser la vie sociale des personnes handicapées ;

- Révision des modalités relatives aux accords passés avec les structures privées accréditées en vue de l'intégration et de la rationalisation des prestations ;
- Recours, dans le cadre de la rééducation, à des techniques de prévention des maladies de l'enfance et de l'adolescence, comme par exemple le monitoring effectué sur les enfants en vue de prévenir la scoliose ;
- Maintien des conventions passées avec les établissements universitaires visant la formation des physiothérapeutes.

Assistance thermique – L'une des priorités majeures qui intéressent ce secteur pour les trois prochaines années consiste à définir les qualités minimales requises relatives à la cure thermique, conformément à la loi n° 323 du 24 octobre 2000 portant réorganisation du thermalisme. Ce texte prévoit que la liste des maladies qui sont prises en charge par le service sanitaire national sera fixée par un arrêté ad hoc ; cela comportera l'adoption d'un protocole diagnostique et thérapeutique pour chaque affection, qui sera appliqué suivant des cycles individuels ou conjoints. De ce fait, la station thermique de Saint-Vincent – et bientôt celle de Pré-Saint-Didier – constituera un maillon supplémentaire de la chaîne des services à caractère thérapeutique que la Région met à la disposition de la collectivité.

L'établissement thermal de Saint-Vincent, qui ouvre ses portes du mois d'avril au mois de novembre, est spécialisé dans la cure de boisson et dans les inhalations, comme c'est le cas de la plupart des stations italiennes. Les Valdôtains représentent 53 % de la clientèle, le restant étant constitué de personnes provenant du Piémont et de la Lombardie.

Compte tenu des bienfaits que cette forme d'assistance est susceptible d'engendrer chez les populations vivant dans des zones exposées au risque d'allergies ou dans des zones de montagne caractérisées par un climat froid et compte tenu également de l'attrait touristique des stations hydrominérales de rééducation, il paraît utile de se pencher sur les 14 articles qui forment le texte sur la réglementation des activités thermales cité plus haut : il y est question notamment de l'attribution aux sources thermales d'un label de qualité, de la spécialisation des médecins dans le domaine du thermalisme, ainsi que de l'aide financière au profit du tourisme et des entreprises respectueuses de l'environnement.

Objectifs

- Renforcer le réseau des services d'assistance liés au thermo-climatisme par la mise en place d'outils capables de drainer les clientèles locales et celles provenant d'autres régions ;
- Adapter l'offre actuelle aux normes juridiques nationales.

Actions

- Incitation à la participation des médecins généralistes et des personnels œuvrant au sein des stations thermales à des cours de spécialisation en médecine thermique ;
- Lancement de campagnes publicitaires pour la promotion des stations hydrominérales au niveau régional comme national.

Assistance médico-légale – L'article 33 de la loi régionale n° 5/2000 prévoit l'institution de l'unité organisationnelle chargée des activités de médecine légale, en lui attribuant également la fonction de soutien de l'activité du directeur de l'hôpital pour ce qui est de la pertinence des prestations cliniques et d'assistance fournies par les services sanitaires, en vue de la sauvegarde des droits des usagers du service sanitaire régional dans un souci d'enrichissement pluridisciplinaire lors de l'établissement des diagnostics.

À l'heure actuelle, ce service est relégué dans le cadre strict de sa discipline et assure des missions liées principalement aux constatations d'ordre biologique et clinique et à la certification.

Objectifs

- Harmoniser les fonctions d'évaluation en matière de médecine légale avec l'activité des structures sanitaires et socio-sanitaires ;
- Élargir l'activité de contrôle sur l'exercice des professions sociales et de la santé ;
- Renforcer et élargir les instruments d'enquête et de vérification dont dispose le registre des causes de décès.

Actions

- Définition du rôle du médecin légiste en tant qu'élément de soutien des futures équipes chargées d'apprécier la pertinence et la qualité des prestations ;

- Établissement d'un réseau informatisé approprié ;
- Intégration des connaissances en matière de médecine légale dans la formation des sujets habilités à établir les certificats et des médecins traitants œuvrant aussi bien sur le territoire que dans les hôpitaux.

Urgence territoriale – L'activité du secours d'urgence 118 en Vallée d'Aoste garantit un service performant, certes, mais extrêmement onéreux, ce qui n'est guère acceptable à plus long terme. S'il est vrai que la qualité technique des services d'urgence peut être considérée, globalement, comme étant au-dessus de la moyenne, les moyens financiers dégagés au profit de ce secteur sont beaucoup trop importants, surtout à partir du moment où celui-ci fait appel, de plus en plus souvent, à la médecine de base.

Afin de maintenir le niveau de qualité actuel et d'améliorer, éventuellement, les centres de traumatologie, il est donc nécessaire de tout mettre en œuvre pour limiter les coûts tout en maintenant le même niveau de qualité et ce, par la rationalisation des actions, le recouvrement des dépenses supportées au titre des prestations dispensées aux non-résidents et le lancement d'une campagne visant à sensibiliser le corps médical et les usagers à une gestion plus efficace de ce service.

Objectifs

- Renforcer les centres de traumatologie en leur attribuant, en plus du rôle de soutien sanitaire aux stations de ski, la fonction qui est propre aux structures du réseau sanitaire. Celles-ci, en agissant comme une sorte de filtre, seraient susceptibles d'alléger et de déconcentrer les soins spécialisés que l'établissement hospitalier dispense actuellement d'une manière inadéquate ;
- Redéfinir les tarifs en vue du rééquilibrage graduel du budget du service sans qu'il y ait pour autant une baisse du niveau de la qualité ;
- Envisager la création éventuelle d'autres centres de traumatologie.

Actions

- Responsabilisation des médecins prescripteurs du service ;
- Lancement de campagnes d'informations à l'intention des usagers ;
- Mise en place des procédures nécessaires pour recouvrer les crédits liés à la mobilité active.

Assistance temporaire aux ressortissants étrangers non affiliés au service sanitaire national – La création toute récente d'un guichet spécialement consacré aux étrangers ne relevant pas du service sanitaire national constitue l'une des réussites majeures du service sanitaire de la Vallée d'Aoste, une avancée tout à fait en cohérence avec les objectifs nationaux visant à améliorer la santé dans un contexte européen. Ce service s'adresse, en effet, aux ressortissants étrangers, qu'il considère moins comme des sujets munis ou non d'une carte de séjour que comme des êtres humains nécessitant une prise en charge médicale. Cette politique d'ouverture au profit même des étrangers en situation irrégulière a permis, quoique indirectement, de maîtriser les risques liés aux conditions épidémiologiques, aux cultures et aux modes de vie propres aux pays d'origine qui contrastent avec les us et coutumes du pays d'accueil.

Objectifs

- Promouvoir la connaissance du guichet d'information sanitaire pour les immigrés (SISI) ;
- Fournir aux nouveaux arrivants les connaissances nécessaires à la sauvegarde de leur santé, eu égard aux conditions épidémiologiques et à la culture du pays d'origine.

Actions

- Lancer des campagnes d'information auprès des centres opérationnels et des associations régionales des bénévoles, chargés d'identifier, accueillir et soutenir les étrangers de passage sur le territoire régional ;
- Signaler aux structures compétentes tout facteur de risque éventuel lié à des problèmes sanitaires inhérents aux pays d'origine des immigrés, qui pourraient s'aggraver dans le pays d'accueil (par exemple les cas de tuberculose) ;
- Faire du guichet précité un observatoire privilégié des besoins des populations immigrées en matière de santé et d'aide sociale.

Protection sanitaire des activités sportives – La Vallée d'Aoste connaît actuellement une activité sportive florissante : selon les données fournies par le CONI, 6 000 athlètes au moins – dont 2 850 ont moins de 18 ans – ont subi, entre les mois de juin 2000 et juin 2001, une visite médicale, en vue de la délivrance du certificat d'aptitude à la pratique du sport de compétition.

Ces chiffres ont amené les autorités à réglementer la matière en question au niveau régional et à prendre des mesures de contrôle et de protection sanitaire. À ce titre, la Région a arrêté des dispositions ad hoc sur la mise en conformité des certificats d'aptitude à la pratique du sport de compétition et a désigné des structures accréditées, œuvrant à AOSTE et en Basse Vallée, capables d'exercer cette activité en liaison avec l'agence USL. De plus, le livret sportif individuel ainsi que le registre des médecins du sport ont été institués.

Compte tenu du nombre des licenciés des fédérations sportives nationales qui pratiquent principalement des sports de compétition (17 500 environ en Vallée d'Aoste) – dont il faut déduire les quelque 1 500 dirigeants et personnels techniques –, il est raisonnable de penser que nombreux sont les athlètes qui n'ont pas encore subi un bilan d'aptitude sportive, alors que cette démarche relevant de la médecine préventive est considérée par les médecins comme capitale.

Objectifs

- Étendre ce type de protection sanitaire aux plus de 65 ans, ainsi qu'aux personnes handicapées pratiquant un sport de compétition ;
- Aborder la question de la surveillance médicale des enfants qui pratiquent des sports ne relevant pas de la compétition en dehors du cadre scolaire ;
- Mettre en œuvre les moyens nécessaires pour garantir la surveillance médicale dans la pratique des sports, y compris les contrôles antidopage ;
- Sensibiliser les sociétés et les structures sportives quant à l'utilité des examens médico-sportifs préalables à toute activité physique.

Actions

- Campagnes d'information sur les bienfaits d'une pratique sportive respectueuse des règles, eu égard notamment à l'état de santé des sujets et aux risques liés à certaines maladies.

Assistance territoriale et assistance en centres de jour

En Vallée d'Aoste, l'assistance territoriale et l'assistance en centres de jour se traduisent par une offre riche et diversifiée, centrée notamment sur :

- Les services au profit de la petite enfance ;
- Les services éducatifs et d'aide sociale destinés aux jeunes et aux adolescents ;
- Les centres de jour pour handicapés mentaux ;
- Les services d'assistance psychiatrique ;
- Les services d'assistance pour toxicomanes et alcooliques ;
- Les centres pour personnes âgées ;
- L'aide intégrée à domicile (ADI).

Les réponses aux différents besoins qui se manifestent au sein des dites structures peuvent se traduire aussi bien par une thérapie de type sanitaire que par des prestations à caractère strictement social ; elles peuvent prendre une forme mixte, lorsqu'elles sont propres à satisfaire des besoins complexes relevant à la fois d'un état pathologique et du malaise social qui en découle.

À l'heure actuelle, force est de constater que les usagers sont en surnombre par rapport aux structures appelées à satisfaire leur demande et cette disproportion est particulièrement spectaculaire au sein des micro-communautés. L'objectif prioritaire du présent plan est donc de renforcer l'aide intégrée à domicile, afin d'éviter ou de contrer le placement prématuré et injustifié des personnes dépendantes dans un établissement de soins.

Services au profit de la petite enfance – La Vallée d'Aoste enregistre chaque année un peu plus de 1 000 naissances et dispose de services pour la petite enfance (0 à 3 ans) pouvant accueillir jusqu'à 577 nouveau-nés – dont 390 dans les crèches et 187 dans des services similaires –, soit 18 % environ du total des enfants considérés (8,3 % dans le district n° 4 et 23 % dans le district n° 2).

C'est dans la ville d'Aoste et dans les agglomérations les plus peuplées du fond de la Vallée que se situent la plupart des

structures publiques accueillant des enfants, alors que les zones de moyenne et de haute montagne et les communes les moins habitées en sont dépourvues.

Les services d'aide à domicile actuellement à la disposition des usagers sont gérés par des coopératives sociales ou des sociétés de services, qui font appel à des baby-sitters justifiant des qualifications professionnelles requises par les organismes dont elles font partie.

À plus long terme, comme les résultats du Projet bébé l'ont confirmé, il semble peu probable qu'il soit possible de renforcer les structures traditionnelles destinées à la petite enfance (crèches) dans certaines zones de la région. Les caractéristiques morphologiques de la région et certains aspects sociaux, démographiques et économiques liés à la population locale plaident plutôt en faveur de la création, dans de nombreuses zones du territoire, de nouvelles formes de services.

Par ailleurs, les résultats des recherches menées ne peuvent qu'inspirer un sentiment de prudence quant à la mise au point d'un réseau définitif de nouveaux services. L'hétérogénéité du territoire et la diversité des comportements au sein du milieu familial sont autant d'arguments qui contrastent avec la mise en place de structures inédites sur le territoire. C'est pourquoi il paraît utile d'amorcer une première phase d'expérimentation limitée à certaines zones de la région, tout en assurant une offre homogène de services dans les différents districts.

Objectifs

- Garantir une offre homogène de services dans les différents districts ;
- Maintenir le niveau de qualité que garantissent les modèles éducatifs actuels ;
- Développer des modèles susceptibles de remplacer ou d'intégrer les crèches (haltes-garderies, centres de loisirs, nounou, crèches collectives, d'entreprise ou de hameau) ;
- Renforcer les synergies entre les crèches et les nouveaux services ;
- Renforcer la coopération entre les familles et les opérateurs.

Actions

- Formaliser les démarches de collaboration entre les crèches et les services alternatifs ;
- Assurer la distribution de matériel publicitaire concernant les services alternatifs ;
- Mettre en œuvre un programme d'information à l'intention des familles ;
- Expérimenter le service de nounou et les autres services alternatifs ; mettre au point des outils capables d'assurer le suivi des initiatives en question ;
- Définir les conditions de qualité requises pour les services alternatifs intégrés ;
- Créer une crèche réservée aux personnels de l'agence USL ;
- Créer des haltes-garderies et organiser des activités ludiques ou d'animation au sein de l'agence USL.

Services éducatifs et d'aide sociale destinés aux jeunes et aux adolescents – Assurer aux jeunes le développement harmonieux de leurs capacités physiques et mentales signifie garantir la mise au point d'actions et de services susceptibles de soutenir les familles dans le rôle éducateur qui leur est propre. Actuellement, les collectivités locales ont su organiser sur le territoire régional des services tels que :

- Des services de transport et des cantines scolaires ;
- Des centres d'été, des colonies de vacances et des ludothèques ;
- Des points de rencontre entre parents et enfants.

La loi n° 285/1997 a encouragé la conception et la mise en place, même en Vallée d'Aoste, de services innovants tant du point de vue de la typologie que des modalités de coopération et d'intégration entre acteurs – institutionnels ou non –, mais aussi eu égard aux phases d'élaboration et d'exécution. Cependant, une certaine incohérence marque aussi bien l'offre sur le territoire que les modalités d'accès aux prestations dispensées.

Il est parfois difficile d'apprécier à sa juste valeur le rôle d'encadrement que jouent lesdits services vis-à-vis des familles, notamment de celles vivant dans un milieu défavorisé.

Le service d'aide éducative à domicile (ADE) s'inscrit dans le cadre des actions engagées au profit des jeunes en situation difficile. Il prévoit des actions à caractère pédagogique visant à :

- Maintenir l'enfant au foyer, par le double renforcement de l'autorité parentale et des valeurs que la famille est censée véhiculer ;
- Promouvoir le potentiel et les ressources propres à la famille et au territoire ;
- Tisser un maillage de relations entre les jeunes et leurs familles d'origine et entre celles-ci et le milieu où elles évoluent (entourage familial, milieu scolaire, communauté locale) ;
- Éviter que se pérennisent chez les jeunes en situation de détresse des états de souffrance physique ou psychique.

Ledit service, opérationnel à Aoste et dans les communes limitrophes depuis 1993 et dans le district n° 1 depuis 1997, accueille actuellement de plus en plus de jeunes : ces derniers bénéficient de l'encadrement d'éducateurs qui travaillent en coopération étroite avec les équipes dispersées sur le territoire.

Depuis le mois de septembre 2000, le service d'aide éducative à domicile a été étendu aux districts 3 et 4, qui se sont vu attribuer un éducateur chacun.

Objectifs

- Garantir la diffusion et la présence homogène des services sur l'ensemble du territoire régional, dans une optique de prévention globale ;
- Promouvoir, en toute priorité, les actions de soutien aux jeunes en situation de détresse et à leurs familles d'origine ;
- Assurer un bon niveau de qualité des services ;
- Renforcer et étendre le service d'aide éducative à domicile à la totalité du territoire régional.

Actions

- Définir des principes directeurs en vue de fixer les niveaux minimum susceptibles d'être assurés ainsi que les modalités d'accès aux services ;
- Assurer le suivi constant des services déployés sur le territoire par le recours à l'observatoire régional de l'enfance et de l'adolescence ;
- Renforcer le service d'aide éducative à domicile dans les secteurs du district 2 où celui-ci n'a pas encore été mis en place (à savoir la communauté de montagne Grand-Combin et une partie de la communauté de montagne Mont-Émilis) ;
- Augmenter le nombre des éducateurs œuvrant dans l'ADE des districts 3 et 4.

Centres de jour pour handicapés mentaux – Les personnes handicapées, compte tenu de leur cycle vital, doivent faire l'objet de mesures particulières de protection susceptibles d'en assurer l'intégration et ce, conformément à la loi n° 104/1992 modifiée. Leur famille aussi doit bénéficier d'un encadrement, aussi bien en termes d'assistance que de relations avec son entourage. En cohérence avec ces principes, la Vallée d'Aoste dispose actuellement de centres de jour pour handicapés mentaux dénommés centres socio-éducatif (CSE) et structures éducatives de formation et d'orientation (SEFO), auxquels s'accompagnent des activités complémentaires. Or, étant donné que les CSE, en sus des actions à caractère pédagogique, assurent des activités d'assistance, il a été jugé utile de modifier leur dénomination en centres d'éducation et d'assistance (CEA). La fonction d'assistance, bien qu'elle ait pour but le maintien de l'état de santé actuel des malades, est motivée tant par l'âge de certains usagers – qui bénéficient depuis plusieurs années des services en question et à l'intention desquels il est nécessaire d'élaborer des projets qui aient trait principalement à la notion d'assistance – que par la gravité du handicap mental d'autres sujets, indépendamment de leur âge ou de la durée de leur séjour auprès de ces structures.

Les centres d'éducation et d'assistance peuvent accueillir jusqu'à 55 personnes, ce qui représente 20 % du total des usagers potentiels. En conséquence, compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie des handicapés mentaux, il est prévu d'augmenter la capacité d'accueil desdits centres – notamment dans le district 1, où toutes les places sont actuellement occupées –, en vue d'une meilleure répartition de l'offre sur le territoire.

À ce jour sont opérationnels en Vallée d'Aoste 4 centres d'éducation et d'assistance – gérés par l'Administration régionale –, 1 centre de jour privé conventionné, qui exerce des activités similaires, ainsi que 4 structures éducatives de formation et d'orientation. Le centre de jour d'Ollignan, lui aussi opérationnel, met en place des initiatives tendant à renforcer chez les personnes handicapées les compétences nécessaires pour accéder au monde du travail et propose un emploi aux sujets ne pouvant exercer des activités professionnelles ordinaires.

Objectifs

- Renforcer la capacité d'accueil des centres d'éducation et d'assistance ;
- Solliciter la participation des familles lors de la définition des besoins du malade ;
- Renforcer les activités de réseau par le recours à des moyens financiers publics et privés ;
- Développer l'assistance territoriale en matière d'éducation ;
- Répartir les prestations en matière d'éducation et d'assistance, dispensées par les centres d'éducation et d'assistance, en fonction des besoins, des potentialités et de l'âge des usagers ;
- Redéfinir les profils professionnels en tenant compte de la différence entre les missions qui relèvent de l'éducation et celles qui relèvent de l'assistance ;
- Repenser le rôle des structures éducatives de formation et d'orientation ;
- Encourager et réglementer la coopération entre les établissements scolaires ;
- Favoriser le soutien aux familles ainsi que la réinsertion sociale et professionnelle des handicapés ;
- Réaliser des structures productives protégées ;
- Mettre en place, à l'intérieur des centres d'éducation et d'assistance, différents parcours visant l'insertion des personnes handicapées dans le cadre ordinaire du travail ou, au cas où cela ne serait pas réalisable, la prise en charge de celles-ci par des structures ou des unités d'assistance ;
- Promouvoir la commercialisation des produits réalisés dans les centres de jour pour handicapés mentaux.

Actions

- Définir les conditions d'accès aux centres d'éducation et d'assistance et leur fonctionnement ;
- Adopter des protocoles de travail intégré entre les membres de l'équipe territoriale ;
- Rechercher et exploiter les ressources du territoire ;
- Diviser les usagers en plusieurs groupes selon l'âge et les besoins d'assistance ou d'éducation, de façon à pouvoir mettre en place des parcours personnalisés qui, en développant leurs capacités, leur permettent de réintégrer la vie sociale ou, pour les cas les plus graves, d'être pris en charge par des structures spécialisées ;
- Aménager des espaces ad hoc où des activités puissent être organisées en fonction des capacités et de l'âge des usagers ;
- Constituer une cellule spéciale composée d'éducateurs professionnels spécialisés dans l'assistance éducative territoriale ;
- Créer des groupes d'études interinstitutionnels ;
- Élaborer des projets communs en liaison avec les établissements scolaires et l'agence USL ;
- Organiser des séjours de vacances à l'intention des handicapés adultes ;
- Développer les services d'aide à la personne ;
- Organiser des ateliers en vue de la réinsertion professionnelle des handicapés ;
- Ouvrir un ou plusieurs points de vente des produits réalisés dans les centres de jour pour handicapés mentaux.

Services d'assistance psychiatrique – L'assistance psychiatrique territoriale a pour objectif la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ainsi que la réadaptation des malades atteints desdits troubles.

Dans le Département de santé mentale de l'agence USL de la Vallée d'Aoste, ce type d'assistance est assurée par différentes structures tels le centre de santé mentale, l'hôpital de jour, le service de traitement de diagnostic des maladies mentales, le service psychiatrique d'urgence, une structure protégée d'hébergement pour la thérapie et la rééducation, ainsi qu'un foyer d'hébergement.

Toutes les activités d'assistance psychiatrique exercées sur le territoire et dans les hôpitaux relèvent du Département de santé mentale (DSM).

Dans le centre de santé mentale (CSM), une équipe pluridisciplinaire prend en charge le malade en lui proposant un programme thérapeutique personnalisé, centré sur des initiatives à caractère psychiatrique, psychologique ou social.

L'hôpital de jour (DH), qui comporte 8 lits, accueille des patients se trouvant dans un état psychopathologique subaigu et nécessitant un traitement pharmacologique et psychothérapeutique. Ce type de séjour permet d'éviter les hospitalisations ordinaires et de limiter la durée de ces dernières lorsqu'elles se révèlent indispensables.

Le service psychiatrique d'urgence est opérationnel 24 heures sur 24 aussi bien auprès du département des urgences et de l'accueil de l'hôpital qu'auprès du centre de santé mentale, pendant les heures d'ouverture de celui-ci.

Pour toute situation de crise aiguë et pour les cas de rechutes graves qui comportent l'hospitalisation d'urgence, le malade est pris en charge par le service de traitement de diagnostic des maladies mentales.

Objectifs

- Réduire le nombre des hospitalisations ;
- Réduire les états chroniques et les interventions relevant de l'assistance ;
- Promouvoir les actions à caractère social et familial tendant à alléger la souffrance et le malaise du malade mental dans la vie quotidienne ;
- Contrôler et évaluer les différentes activités d'un point de vue épidémiologique.

Actions

- Mise en œuvre d'actions thérapeutiques, pharmacologiques et de rééducation au profit du malade qui lui permettent de s'approprier ou de récupérer les compétences nécessaires à la satisfaction de ses propres besoins et à sa réinsertion dans la vie sociale ;
- Lancement d'actions de soutien aux familles tendant à utiliser les ressources dont elles disposent au titre de la prise en charge des malades à long terme et à réduire l'impact des événements susceptibles d'engendrer des rechutes ;
- Mise en œuvre d'initiatives visant la création d'ateliers pour la réinsertion professionnelle du malade, l'institution de bourses de travail, l'insertion dans des coopératives d'aide sociale et l'orientation professionnelle ;
- Établissement d'un réseau de services socio-sanitaires desservant tout le territoire et création, en cohérence avec les besoins réels des usagers, des services et structures visés au projet-objectif « Protection de la santé mentale 1998-2000 ».

Services d'assistance pour toxicomanes et alcooliques – Ce type de service s'articule autour d'une série de structures ayant pour objectif la réadaptation sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de stupéfiants et à l'abus d'alcool ou de médicaments, ainsi que la prévention et le traitement de ce type de problèmes. Ce réseau de structures est composé du service public des toxicomanies (SERT), d'une communauté pour la thérapie et la réadaptation des malades, d'un centre de premier accueil, d'un centre de réinsertion sociale, d'un foyer d'hébergement pour malades atteints du sida et d'une cellule de crise.

Le SERT constitue le cadre de référence pour les toxicomanes et pour leurs familles, mais aussi pour tous ceux qui souhaitent connaître de plus près les problèmes liés à l'abus des stupéfiants. Ce service assure la mise en place d'actions de soutien psychologique, d'information, de prévention et de désintoxication ; il met également en place des thérapies pharmacologiques et des contrôles sur les affections liées à la dépendance à l'alcool et aux drogues.

En 1999, une équipe de spécialistes en alcoologie a été constituée au sein du SERT. Elle a pu faire appel à des personnels spécialement formés ; cette circonstance a pesé de tout son poids tant sur l'augmentation des cas signalés et traités que sur la qualité des prestations dispensées et des nouvelles structures créées, tel l'hôpital de jour. Afin de rendre plus performants les services œuvrant dans le domaine de l'alcoologie, il a été jugé utile de les incorporer dans un centre unique polyvalent, constitué :

- D'un hôpital de jour (6 lits) ;
- D'un hôpital de nuit (3 lits) ;
- D'un dispensaire ;
- D'un centre de jour ;
- D'un centre d'hébergement (10 lits).

Le centre de premier accueil, qui opère en liaison avec l'agence USL Vallée d'Aoste, a pour mission d'héberger les alcoo-

liques ou les toxicomanes et d'évaluer leurs besoins par la mise en place d'actions à caractère socio-éducatif tels le secrétariat social, les centres d'écoute pour les malades et leur entourage familial, le soutien éducatif ou le placement dans une communauté thérapeutique en accord avec le projet thérapeutique élaboré par le SERT.

Dans le cadre de l'assistance sur le territoire, si l'on veut contraster efficacement la dépendance à l'alcool ainsi que l'abus de substances psychotropes, il est nécessaire d'atteindre les objectifs suivants :

Objectifs

- Développer et renforcer un dispositif de services à dominance sociale – publics comme privés – capable de répondre aux besoins de tous ceux qui sont confrontés, de près ou de loin, aux problèmes liés à l'abus de substances psychotropes ;
- Mettre sur pied des structures capables de faire face au phénomène de la toxicomanie dans ses multiples facettes, d'analyser les formes sous lesquelles elle se manifeste dans le milieu social et de se mettre au pas de ses transformations et de son évolution ;
- Développer un système de services susceptibles de sensibiliser le grand public quant à l'ampleur qu'a pris la toxicomanie au fil des ans et d'agir sur la manière dont ce phénomène est perçu par la société.

Actions

- Recyclage professionnel continu des personnels en service et formation ad hoc des personnels nouvellement embauchés ;
- Élaboration de programmes spécifiques tendant à réduire le taux de morbidité lié aux toxicomanies ;
- Participation active des services aux stratégies de prévention primaire au niveau local ;
- Collecte de données en vue de mieux cerner les catégories d'usagers susceptibles de faire appel aux services, d'évaluer l'étendue du phénomène de la toxicomanie et de programmer les actions envisagées ;
- Évaluation des objectifs atteints et des résultats obtenus sur le plan thérapeutique.

Centres pour personnes âgées – L'offre des services territoriaux et des centres de jour pour personnes âgées comprend les hôpitaux de jour, les centres de socialisation, les séjours climatiques, la téléalarme et la téléassistance.

Le centre de jour est un service intégré à caractère socio-sanitaire qui assure, tout au long de la journée, la prise en charge des adultes ne pouvant vivre à leur domicile. Des prestations sanitaires d'assistance et de rééducation y sont notamment dispensées. À l'heure actuelle, seule la ville d'Aoste est à même de proposer ce type de service auprès de structures autonomes. En dehors du chef-lieu régional, les centres de jour sont implantés dans les micro-communautés, qui disposent de locaux aptes à accueillir les personnes âgées pendant la journée. D'autres établissements autonomes, improprement appelés centres de jour, se limitent à fournir des repas chauds.

Les centres de socialisation, quant à eux, proposent aux usagers des activités culturelles et récréatives, dans le but de développer chez eux les relations humaines. Ils sont présents à Aoste et dans 18 autres communes.

Les séjours climatiques ont pour vocation de maintenir, voire de rétablir l'état de santé des sujets, mais ils visent également à développer les rapports sociaux.

Les services socio-sanitaires de téléalarme et de téléassistance, enfin, permettent aux personnes âgées d'être reliées par téléphone, 24 heures sur 24, avec un service d'urgence, qui peut intervenir à tout moment en cas de besoin ou de difficulté. Actuellement, ils sont opérationnels à Aoste et dans 7 des 8 communautés de montagne que compte la Région.

Objectifs

- Tout mettre en œuvre pour que les centres de jour soient à même de faire face aux situations de détresse et d'assurer la sécurité aux familles, en évitant l'institutionnalisation ;
- Favoriser l'intégration sociale des personnes âgées autonomes ;
- Renforcer les services de téléalarme et de téléassistance.

Actions

- Adoption de modalités de gestion adaptées ;

- Définition des procédures de suivi (nombre et type d'usagers) communes à l'ensemble du territoire ;
- Accès du plus grand nombre de personnes âgées aux services de téléalarme et de téléassistance ;
- Organisation de séjours climatiques.

Aide intégrée à domicile (ADI) – Le service d'aide à domicile tel qu'il est fourni actuellement par toutes les communes de la Région consiste en une série de prestations sanitaires et d'aide sociale ayant pour but le maintien à domicile de la personne concernée. Ce service s'adresse à la population dans sa totalité et, sur la base des évaluations pluridisciplinaires des besoins des usagers, peut se traduire soit par des actions d'aide sociale, soit par des actions à caractère strictement sanitaire, intégrées ou non. Ces dernières sont d'ailleurs en cohérence avec la définition d'aide intégrée à domicile contenu dans le plan socio-sanitaire national. La commune d'Aoste s'emploie actuellement à expérimenter la prise en charge pluridisciplinaire et communautaire des personnes âgées en difficulté, l'intégration socio-sanitaire, ainsi que la mise en place d'un système d'information destiné à évaluer les services qui font l'objet de l'expérimentation.

Objectifs

- Évaluer les résultats des expériences menées dans la commune d'Aoste à travers l'analyse des coûts et des bénéfices ;
- Préciser les objectifs du service en question et les adapter à l'ensemble du territoire régional, en accordant une attention particulière au renforcement de l'offre (fourniture du service pendant 6 ou 7 jours par semaine, flexibilité des horaires) ;
- Améliorer les conditions d'applicabilité des dispositions en vigueur afin de créer un réseau de ressources, complémentaires du service public, susceptibles de remplacer l'hospitalisation.

Actions

- Adoption de modalités communes ;
- Élaboration de procédures permettant l'application immédiate du dispositif législatif existant ;
- Formation de moyens humains complémentaires du service public.

Services au profit des immigrés – En Vallée d'Aoste, pays frontière et lieu de passage vers d'autres pays, le phénomène de l'immigration nécessite une réglementation particulièrement sévère, en raison notamment de l'accroissement de la demande concernant les services et les prestations liés à ce problème. Les immigrés résidant habituellement dans notre région sont estimés à quelque 2 500 unités ; ils constituent un millier de foyers environ, ce qui comporte une présence de plus en plus croissante d'élèves étrangers dans les établissements scolaires.

Ce type de service est destiné aux immigrés, même non-résidants, titulaires d'une carte de séjour en cours de validité. Pour l'heure, les activités relevant de ce service sont concentrées dans la ville d'AOSTE et consistent en la gestion du centre communal pour les immigrés non ressortissant de l'UE, la mise en œuvre d'initiatives culturelles de formation et de médiation et la délivrance de tickets-repas. Parmi les réussites majeures de ce service figure l'ouverture d'un centre de socialisation.

Objectifs

- Vérifier que l'offre provenant des services fournis soit adaptée aux besoins des populations immigrées ;
- Assurer auxdits services une certaine continuité d'action, en s'inspirant notamment de la médiation culturelle qui était au cœur du projet Cavanh, afin de promouvoir une politique de dialogue interculturel au profit des citoyens et des institutions régionales.

Actions

- Assurer le suivi des services fournis aux immigrés ;
- Renforcer la médiation interculturelle et évaluer convenablement la portée de cette action.

Centre de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer – Conformément aux dispositions du Gouvernement régional et sur délibération du Directeur général de l'agence USL, un centre de jour destiné aux sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, géré en coopération avec un établissement privé d'assistance, a été institué à titre expérimental. Il s'agit d'un service socio-sanitaire qui garantit le soutien des personnes atteintes de ce type d'affection et des troubles qui y sont associés, en vue de rendre les malades moins dépendants et de soulager leurs familles.

Objectif

- Institutionnaliser le service en question.

Action

- Définir les modalités de gestion au niveau structurel et mettre au point les outils d'évaluation.

Assistance dans les centres d'hébergement et de soins

En Vallée d'Aoste, ce type d'assistance se réalise par le biais des structures suivantes :

- Les établissements d'hébergement et de soins (RSA) ;
- Le centre de soins palliatifs ;
- Les micro-communautés ;
- Les foyers-logements ;
- Les centres d'accueil pour mineurs ;
- Le centre protégé pour personnes handicapées ;
- La communauté thérapeutique pour toxicomanes ;
- Le foyer d'hébergement pour malades atteints du SIDA ;
- La communauté de réadaptation pour handicapés mentaux ;
- L'hôpital de proximité (Country Hospital) ;

Pour renforcer tous ces modes d'hébergement, le présent plan s'est fixé des objectifs visant à garantir :

- Une plus grande autonomie des sujets dépendants ;
- La réadaptation et la réinsertion sociale des malades atteints d'affections liées à l'abus d'alcool, de stupéfiants et de substances psychotropes ;
- Les soins médicaux aux personnes âgées, aux handicapés mentaux, ainsi qu'aux sujets atteints de la maladie d'Alzheimer ;
- La mise en place d'initiatives aptes à prévenir l'aggravation des répercussions causées, sur le plan fonctionnel, par les affections chroniques.

Établissement d'hébergement et de soins (RSA) – La Vallée d'Aoste reconnaît aux établissements d'hébergement et de soins le rôle de centres d'hébergement de longue durée – ayant une capacité d'accueil maximale de 20 lits – réservés aux malades non aigus qui nécessitent une assistance sanitaire continue. Une étude pluridisciplinaire, lancée par la Région et tendant à acquérir les éléments utiles à évaluer la demande relative aux hospitalisations au sein de ce type d'assistance, a montré qu'à l'avenir les usagers destinés à faire appel à ces structures seront les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences séniles, ainsi que les personnes souffrant des affections qui, dans le cadre de la réorganisation des micro-communautés, ont été qualifiées d'impropres. Un module ad hoc prévu au sein de l'établissement d'hébergement et de soins de Verrès prendra en charge les malades atteints de troubles psychiatriques ; cette structure œuvrera en liaison étroite avec le Département de santé mentale. En d'autres termes, la réponse que proposent, au cours des trois années à venir, les établissements d'hébergement et de soins en termes d'aide médicale obéit à une double finalité : elle satisfait les besoins de catégories spécifiques d'usagers, d'une part, et réduit le volume des prestations inadaptées qui caractérisent aujourd'hui la demande et l'offre de services, d'autre part.

De plus, il conviendrait de mettre à la disposition des malades un certain nombre de places dans une structure suffisamment équipée du point de vue de la capacité d'accueil et de la rééducation, susceptible d'héberger à titre temporaire les personnes qui font l'objet de soins hospitaliers, en attendant qu'elles regagnent leur domicile ou qu'elles soient prises en charge par une autre structure. Un document sera rédigé ultérieurement, qui identifiera cette structure et fixera les conditions d'entrée et de sortie d'hospitalisation.

Objectifs

- Créer des établissements d'hébergement et de soins en vue d'alléger les micro-communautés des tâches ne relevant pas de leur compétence.

Actions

- Reconversion des structures pour personnes âgées existantes (l'une à Hône et une autre dans une commune de la Haute Vallée qui reste encore à déterminer) et construction de nouvelles résidences (à Aoste, dans la région Gotreau, et à Antey-Saint-André) ;
- Définition de protocoles à passer entre l'hôpital et le territoire en vue d'accueillir certaines catégories de malades auprès des établissements d'hébergement et de soins.

Centre de soins palliatifs – Il s'agit d'une structure dans laquelle une équipe multidisciplinaire prend en charge les sujets atteints principalement d'affections néoplasiques terminales, pour lesquels les soins à domicile ne peuvent être envisagés et qui nécessitent un traitement spécialisé susceptible d'améliorer leurs conditions de vie. Ledit centre s'inscrit dans le cadre d'un réseau de services socio-sanitaires qui est déjà opérationnel sur le territoire et a pour but d'assurer la continuité et la flexibilité des soins palliatifs par le biais d'une aide personnalisée.

Objectif

- Améliorer la qualité et l'efficacité de l'assistance aux malades en fin de vie et à leur entourage à travers les soins palliatifs et la mise en œuvre d'une aide personnalisée.

Action

- Création d'un centre de soins palliatifs capable d'accompagner le malade et sa famille d'un point de vue psychologique et permettant à celui-ci de bénéficier d'un hébergement convenable, d'utiliser les locaux en toute sécurité et de sauvegarder sa vie privée.

Micro-communautés – Au niveau régional, les micro-communautés constituent un service socio-sanitaire intégré à caractère résidentiel destiné aux personnes âgées en perte d'autonomie d'un point de vue psychophysique. Elles poursuivent trois objectifs majeurs :

- Héberger, de façon permanente ou discontinue, les personnes âgées dont les familles ne peuvent assurer convenablement le maintien à domicile, même si elles s'adressent à d'autres structures ;
- Tout mettre en œuvre pour que les personnes âgées conservent ou retrouvent leur autonomie ;
- Contrecarrer le processus de dégradation de l'état de santé et des conditions psychophysiques de la personne âgée par la mise en place d'un parcours de réadaptation.

Les micro-communautés prennent en charge toute personne âgée dépendante de plus de 65 ans qui :

- Présente des déficiences fonctionnelles l'empêchant d'accomplir les actes essentiels de la vie courante ;
- Ne peut faire l'objet d'une aide à domicile en raison de l'insuffisance des services territoriaux ou des défaillances de l'entourage familial ;
- Nécessite une assistance continue et des parcours de rééducation spécifiques, mais n'exige aucune prestation sanitaire intensive.

Au cours des trois prochaines années, la mise en service des établissements d'hébergement et de soins apportera des réponses plus précises à une partie des questions que pose ce type de structure, puisqu'une série de variables sont survenues concernant l'âge et l'état de santé des sujets hébergés, mais aussi l'évolution des différentes formes d'assistance.

Objectifs

- Alléger les structures existantes des tâches ne relevant pas de leur compétence ;
- Définir les rôles et les fonctions – qu'elles soient intégrées ou non – des différents profils professionnels exerçant dans les structures susmentionnées.

Actions

- Définir et adopter des modalités de gestion appropriées ;
- Garantir, pour les structures en question, la mise aux normes nationales en matière d'équipements et de sécurité sur les lieux de travail ;

- Définir des projets et des protocoles d'intégration opérationnelle destinés aux différents profils professionnels.

Foyers-logements – Il s'agit d'une structure d'aide sociale composée de petites unités d'habitation, équipées de telle manière que les usagers peuvent y mener une vie autonome ; elles sont regroupées au sein d'une seule résidence et disposent d'installations sanitaires communes. Ces locaux, aménagés comme des appartements, sont destinés aux personnes âgées suffisamment autonomes, aux handicapés mentaux en phase de réinsertion sociale et aux sujets à mobilité réduite. Ces derniers peuvent bénéficier de l'aide à domicile et du service d'aide à la personne ; un service de garde peut éventuellement être mis à leur disposition. À noter que, pour l'heure, ces dernières formes de soutien ne sont assurées que par la commune d'Aoste.

Objectifs

- Faire en sorte que les personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie puissent conserver leur autonomie dans un milieu protégé ;
- Favoriser l'autonomie des handicapés mentaux et des personnes à mobilité réduite.

Actions

- Définir des modalités structurelles et de gestion communes.

Centres d'accueil pour mineurs – Ce type de structure est destinée à héberger les enfants ayant été abandonnés par leurs familles de façon temporaire ou définitive, ou qui attendent d'être placés soit dans le milieu familial d'origine, soit dans toute autre structure d'accueil permanent. Ces centres proposent aux enfants un soutien psychologique ainsi que des prestations à caractère éducatif ; ils leur dispensent également les soins d'hygiène corporelle et assurent le soutien scolaire et sanitaire. La ville d'Aoste dispose de deux centres d'accueil pour mineurs, qui satisfont la demande de tous les usagers valdôtains. Ces deux structures prennent en charge respectivement les enfants de 0 à 12 ans (7 places) et les jeunes de 13 à 18 ans (6 places).

Objectifs

- Améliorer les relations entre tuteurs et pupilles ;
- Augmenter le nombre des places destinées aux moins de 12 ans, en vue de limiter le recours à des structures situées à l'extérieur de la Vallée d'Aoste ;
- Améliorer la qualité du service fourni, en accordant une attention particulière aux différents besoins des deux tranches d'âge.

Actions

- Aménager, à l'intérieur de la communauté, un espace protégé susceptible de favoriser les contacts entre les adultes et les enfants hébergés ;
- Adopter des modalités de gestion communes ;
- Diviser la classe d'âge des 0 à 12 ans en deux sous-groupes : le premier compris entre 0 et 6 ans, le second entre 7 et 12 ans ;
- Mettre en œuvre des outils opérationnels communs à toutes les équipes médico-sociales de base, en vue d'une meilleure utilisation des structures ;
- Assurer le suivi du service par le recours à l'observatoire régional de l'enfance et de l'adolescence.

Centres protégés pour handicapés – Il s'agit d'un service d'aide sociale en direction des handicapés atteints d'une déficience à la fois physique et mentale qui réalise l'un des objectifs majeurs visés au plan précédent.

Objectif

- Répondre aux besoins des sujets sans famille et soulager l'entourage familial du handicapé, en vue d'éviter l'institutionnalisation.

Actions

- Définition de modalités structurelles de gestion communes ;
- Formation de personnels spécialisés ;
- Identification des locaux et des structures propres à abriter les centres protégés.

Communautés thérapeutiques pour toxicomanes et alcooliques – Ce type de service à caractère socio-sanitaire a pour objectif majeur la réadaptation des sujets souffrant d'affections liées à l'abus d'alcool et de substances stupéfiantes et ce, par le biais d'actions de psychothérapie, de rééducation et de réinsertion professionnelle. Les destinataires de ce service sont des personnes, hommes et femmes, résidant en Vallée d'Aoste. Les communautés thérapeutiques sont également habilitées, en cas de besoin, à prendre en charge tant les non-résidents – dans la limite des places disponibles – que les sujets faisant l'objet d'un régime juridique particulier, tels la résidence surveillée ou le placement dans une structure d'aide sociale.

Les communautés thérapeutiques œuvrant en Vallée d'Aoste sont au nombre de deux. La première, située dans le chef-lieu régional, est gérée par une coopérative qui se sert, sur la base d'une convention, d'une structure de propriété de la Région ; elle accueille à la fois des toxicomanes et des alcooliques. La seconde, implantée à Sarre et gérée elle aussi par une coopérative, ne prend en charge que des toxicomanes.

L'accès à ces structures est réglé par le service public des toxicomanies (SERT), qui met au point les actions thérapeutiques nécessaires en liaison avec les opérateurs de la communauté, celle-ci étant gérée par une coopérative en accord avec l'agence USL. Le malade n'est admis au sein de cette structure que s'il manifeste la ferme volonté de surmonter son état de dépendance. Le traitement thérapeutique dure en moyenne deux ans environ et s'articule autour de trois phases : accueil, vie communautaire, réhabilitation.

La centre de premier accueil de Sarre, quant à lui, prend en charge tous ceux qui souhaitent se désintoxiquer en suivant un traitement à la méthadone en leur proposant un programme thérapeutique ad hoc ; il soumet également les toxicomanes à des traitements alternatifs mis au point en coopération avec le SERT (naloxone, rééducation d'entretien, etc.).

Dans cette structure, la prise en charge, d'une durée maximale de deux à trois mois, est de nature à couvrir les besoins les plus urgents du malade ; des actions à caractère sanitaire y sont également menées, qui permettent de dresser un plan thérapeutique précis, destiné à être appliqué dans une autre structure. Le centre de Sarre assure l'hébergement et la nourriture de 8 toxicomanes ; ces derniers peuvent ainsi réfléchir sur la précarité de leur situation et profiter du soutien psychologique qui leur est offert et qui les incite à ne pas reculer face au choix majeur qu'ils ont opéré : celui de sortir de leur état de dépendance. De plus, les personnels du centre non seulement proposent aux malades une thérapie de sevrage par des doses de plus en plus faibles de méthadone, ils s'emploient également à rétablir chez les patients les conditions physiques et psychiques nécessaires pour que ceux-ci soient accueillis dans la communauté thérapeutique. Chaque jour, différentes initiatives leur sont proposées, tels des activités artistiques, des rendez-vous culturels ou la pratique d'un sport.

Le centre de réadaptation de Sarre a pour vocation de promouvoir la réinsertion professionnelle, familiale et sociale des toxicomanes ayant déjà subi un traitement thérapeutique. Le domaine d'action du centre concerne des activités d'appui aux malades et à leurs familles, mais aussi des actions de programmation et d'évaluation des initiatives proposées à l'intérieur comme à l'extérieur de la structure. Cette dernière encourage la réinsertion professionnelle, en coopération avec les services territoriaux et les familles et s'emploie à nouer des liens étroits avec les instances socioculturelles du territoire, en vue de la réinsertion sociale du sujet.

Objectifs

- Tout mettre en œuvre pour que le toxicomane renonce à l'usage illicite des drogues ;
- Promouvoir et renforcer les actions permettant au toxicomane de retrouver son autonomie ;
- Encourager la prise de responsabilité ;
- Promouvoir un mode de vie centré sur des valeurs sûres.

Actions

- Encourager, à travers le travail effectué dans la communauté, l'acquisition de nouvelles compétences, ayant pour but moins la spécialisation que le partage de projets de travail au profit de la communauté tout entière ;
- Lancer des initiatives à caractère culturel ;
- Promouvoir des activités récréatives et sportives (excursions, visites aux musées, etc.).

Foyer d'hébergement pour malades atteints du SIDA – Cette structure à caractère socio-sanitaire, implantée à Nus, accueille les malades du sida qui ne disposent pas d'un logement et qui ne peuvent compter ni sur le soutien de leur famille ni sur un réseau de relations sociales. Leur prise en charge est assurée dès leur sortie d'hôpital, ce qui permet d'éviter que l'hospitalisation ne se poursuive indéfiniment.

Le traitement dispensé n'a pas seulement un caractère strictement sanitaire, il s'agit d'une prise en charge globale, l'objectif à atteindre étant celui de mettre en place une thérapeutique qui varie en fonction de l'état physique du patient. Le centre de Nus – géré par une coopérative sur la base d'une convention passée avec l'agence USL – accueille prioritairement des sujets résidant en Vallée d'Aoste, mais ouvre également ses portes aux non-résidents dans la limite des places disponibles.

Objectifs

- Assurer la prise en charge des malades atteints du sida qui ne disposent pas d'un logement et dont la famille se trouve dans l'impossibilité de les assister ;
- Garantir aux malades une prise en charge globale allant au-delà d'une thérapie strictement sanitaire.

Actions

- Mettre en place des actions visant à enrayer la dégradation de l'état de santé du malade, ainsi que des programmes de réadaptation au sein même des activités du foyer ;
- Identifier les outils susceptibles d'assurer le lien fonctionnel entre les équipes du foyer d'hébergement et les différentes structures socio-sanitaires ;
- Identifier les activités de socialisation permettant au malade de rétablir les relations sociales avec la communauté locale ;
- Mettre en valeur, en coopération étroite avec les services territoriaux et d'aide sociale, l'action des bénévoles, qu'ils soient ou non regroupés en associations ;
- Nouer des liens de collaboration avec la magistrature de surveillance, pour que soient prises toutes les mesures alternatives à la prison, conformément à la loi en vigueur.

Communauté de réadaptation pour handicapés mentaux – Il s'agit d'un service à caractère socio-sanitaire destiné aux usagers qui nécessitent un traitement de rééducation associé à l'hébergement dans une structure, sur la base du programme thérapeutique mis au point par le centre de santé mentale. Une structure protégée pour la thérapie et la réadaptation des malades mentaux est située au lieu-dit Pont-Suaz : elle assure les soins médicaux et l'assistance en vue de la rééducation et de la réinsertion sociale des sujets atteints de troubles psychiques qui nécessitent une thérapie de longue durée, associée à des activités de réhabilitation mentale. Cette communauté est opérationnelle depuis 1995 ; à partir de 1999, la gestion a été transférée, par délibération de l'Administration régionale, à l'agence USL, qui, à ce titre, a passé une convention avec une coopérative privée œuvrant dans le social. Le centre de Pont-Suaz, qui dispose de 8 places, accueille des personnes, hommes et femmes, de 18 à 45 ans, atteintes de psychoses ou de troubles graves de la personnalité n'évoluant pas sur un mode chronique.

Objectifs

- Limiter la chronicité des maladies mentales considérée comme un facteur d'exclusion sociale ;
- Favoriser la réinsertion sociale de l'aliéné.

Actions

- Assurer l'aide aux inadaptés mentaux en termes d'autonomie, d'épanouissement de la personnalité et de capacité d'adaptation ;
- Garantir aux personnels de la communauté une formation appropriée ;
- Surveiller périodiquement l'activité de la communauté.

Hôpital de proximité (hôpital de communauté) – Comme il a été souligné en préambule, là où il était question des dynamiques des nouveaux besoins, la demande en assistance semble être largement conditionnée par une série de facteurs, tels que le vieillissement de la population, la réduction des besoins des familles en termes d'assistance, les soins hautement spécialisés dispensés aux malades aigus par le réseau hospitalier ou l'accroissement de l'espérance de vie chez les malades souffrant d'affections chroniques.

Dans le cadre des solutions structurelles et opérationnelles que propose le présent plan socio-sanitaire, il convient d'envisager l'expérimentation d'une structure résidentielle, dénommée «Country Hospital», susceptible d'accueillir les sujets – pour la plupart des personnes âgées – atteints de poly-pathologies chroniques et dégénératives marquées par des troubles aigus du mé-

tabolisme, mais dont la thérapie ne nécessite pas le recours à des techniques médicales particulièrement complexes. Ce type d'établissement devra intégrer le réseau des services desservant les différents districts et créer des synergies avec les structures existantes.

En plus des personnels préposés à l'assistance des malades, les médecins généralistes et ceux qui assurent la continuité des soins sur le territoire seront chargés de la prise en charge des malades.

Objectifs

- Réorienter les actions peu complexes du point de vue de l'assistance vers les structures du réseau qui font appel à des moyens limités ;
- Assurer des prestations plus adaptées ;
- Limiter les coûts tout en maintenant un bon niveau d'efficacité ;
- Réduire le nombre des prestations inappropriées dans les établissements de santé fournissant des prestations hautement spécialisées ;
- Encourager et responsabiliser d'un point de vue clinique les médecins généralistes et les personnels des urgences territoriales.

Actions

- Constitution du groupe de projet par les personnels de direction de l'agence USL ;
- Élaboration d'une ébauche du projet ;
- Validation du projet ;
- Lancement de la phase expérimentale concernant un seul district ;
- Évaluation de la phase expérimentale ;
- Mise au point d'une nouvelle version du projet sur la base des résultats de la phase expérimentale.

Assistance hospitalière

Pour ce qui est de la politique d'assistance, l'activité hospitalière doit s'orienter vers une vision opérationnelle qui tienne compte d'une pratique basée sur les données scientifiques, pour aboutir à des résultats probants d'un point de vue clinique à travers l'élaboration de lignes directrices ad hoc.

Cette évidence logique doit par ailleurs se heurter à une série d'obstacles qui entravent son application.

Aujourd'hui encore, la méthodologie clinique s'avère incertaine pour plus de 50 % des cas, même si des études de plus en plus poussées parviennent à limiter ce pourcentage ; il n'en reste pas moins que l'application de ladite méthodologie a bien du mal à s'imposer. En fait, c'est l'évolution culturelle de toute la profession médicale qui est en cause : celle-ci fait preuve d'une certaine réticence à l'égard des outils courants de travail, qui, eux, ne doivent pas être de nature à freiner la spécificité ou le caractère expérimental des actions menées, mais au contraire doivent contribuer à améliorer les services rendus. Le risque subsiste donc de faire une mauvaise utilisation des outils en question, ce qui limiterait considérablement le champ d'action des opérateurs sanitaires dans leurs choix professionnels.

Des principes directeurs spécifiques sont en revanche un gage de souplesse, car il n'existe pas de situations cliniques absolues et immuables, tout comme il n'est pas possible d'envisager une politique d'assistance applicable indifféremment à chaque cas et qui ne tienne pas compte des spécificités de chaque patient. Certes, les lignes directrices ne sont pas une formule miracle, elles sont cependant un outil important capable de susciter des actions médicales individualisées. Grâce aussi à la méthode de l'expérience clinique, cet outil peut encourager d'autres initiatives et se confronter avec d'autres modèles qui favorisent les thérapies et l'établissement des diagnostics, en vue de mieux professionnaliser les personnels et d'améliorer la qualité des structures. Il importe de souligner à ce propos que, preuves scientifiques à l'appui, les lignes directrices réduisent de façon considérable la durée des séjours hospitaliers pour une seule maladie, ayant ainsi des répercussions positives sur les conditions générales du malade, car le fait d'éviter les hospitalisations inappropriées constitue déjà une avancée notable.

La deuxième étape du parcours logique abordé plus haut réside dans le constat que, d'une part, les résultats obtenus dans certains secteurs sont incontestables – la réussite d'un diagnostic, la confirmation qu'une méthode analytique est applicable

systématiquement, le rétablissement après une intervention chirurgicale – et d'autre part, les actions liées à l'assistance connaissent parfois des difficultés majeures. Dans une telle optique, les sociétés scientifiques s'emploient actuellement à mener une action d'envergure relative à l'évaluation des résultats, action qui d'ailleurs ne peut faire abstraction d'une analyse subjective des bénéfices que le malade a obtenus en termes de santé (assistance personnalisée adaptée aux conditions sociales et économiques de l'usager, mise en place d'un réseau de services à caractère socio-sanitaire capables de garantir une certaine continuité des soins dispensés). C'est justement dans cette perspective que s'inscrit l'activité hospitalière et, en conséquence, il importe que les résultats obtenus soient évalués par d'autres acteurs œuvrant sur le territoire. La diffusion des informations ainsi recueillies devra être assurée par un réseau de communications intégré ; l'hôpital devra agir en coopération étroite avec le district, de façon à ce que les résultats cliniques soient appréciés sur la base de l'unité de temps, indépendamment du lieu où le diagnostic a été établi.

Cette stratégie semble être la seule capable de rendre à l'hôpital moderne sa fonction sociale et ce, à condition que les opérateurs sanitaires prennent conscience des transformations qui ont eu lieu pendant ces dernières années et participent activement au processus de remaniement du secteur sanitaire, qui leur permettra de remplir au mieux leur mission. Cette redéfinition des pratiques liées à l'assistance doit intéresser toutes les aires de fourniture des services ; de plus, le renforcement de la collaboration entre le territoire et le district doit constituer l'une des priorités majeures, une collaboration qui est considérée comme le principal moyen susceptible de donner un nouveau souffle aux activités lancées et de surmonter les réticences que les acteurs œuvrant en dehors de l'hôpital et les populations concernées pourraient avoir et que constitueraient un obstacle majeur à l'épanouissement du secteur sanitaire.

Pour ce qui est de l'établissement des diagnostics, le processus de réorganisation vise une utilisation plus rationnelle des technologies et le renforcement de l'ensemble des activités, de manière à réduire au minimum les délais d'attente. En même temps, un suivi personnalisé du patient doit être garanti en vue de multiplier les bénéfices obtenus et d'améliorer l'offre en termes de diagnostic. Dans cette perspective, le service de diagnostic, tout en assurant l'efficacité opérationnelle des différentes unités de soins, devient le pivot même sur lequel repose toute l'activité hospitalière.

Un autre aspect, relatif à l'hôpital, digne d'être mentionné est celui des interventions chirurgicales ou des opérations au sens plus large du terme (endoscopie, radiologie interventionnelle). Ce sont là des secteurs qui font appel à des technologies hautement spécialisées, où les équipements ne cessent de se renouveler, et qui conduisent à des résultats appréciables à moyen et court terme. La mise au point de nouvelles thérapies et une plus grande fiabilité des pronostics – obtenues grâce à une thérapie chirurgicale peu invasive – doivent promouvoir la recherche de nouvelles solutions organisationnelles à l'intention des usagers, qui pourront ainsi bénéficier d'une plus large gamme d'interventions chirurgicales et, en cas d'hospitalisation prolongée, auront accès à une meilleure assistance du point de vue de la quantité et de la qualité.

Les personnels médicaux devront adopter des modalités opérationnelles qui privilégient les synergies entre les équipes et les départements, en vue d'une répartition optimale des lits dans les établissements de santé et de l'amélioration des thérapies liées à l'assistance.

D'une manière plus générale, et plus particulièrement pour ce qui est des urgences, les structures hospitalières devront tout mettre en œuvre pour développer la formation des opérateurs, qui semblent être les seuls en mesure d'améliorer la qualité des traitements cliniques. Pour ce faire, l'hôpital se doit d'investir davantage dans la formation des personnels qui, à travers le travail en équipe et en s'inspirant des principes directeurs, puissent ainsi assurer l'uniformité des actions, celles-ci manquant parfois de cohérence. Tout cela doit amener à une véritable culture de l'assistance, susceptible conjuguer un degré élevé de standardisation, le savoir-faire des opérateurs et leur capacité d'aborder les problèmes cliniques avec professionnalisme et humanité.

Les outils dont dispose l'organisation départementale ne doivent donc pas être perçus comme une superstructure hiérarchique qui cache les choix opportunistes ou les intérêts momentanés de quelques spécialistes ; ils contribuent plutôt à améliorer l'efficacité des prestations dispensées par le centre hospitalier. À ce sujet, les personnels de direction de l'hôpital pourraient jouer un rôle prépondérant dans la recherche d'un équilibre entre les différentes composantes de la santé et en assurant l'harmonisation des pratiques médicales et des connaissances. Parmi les autres objectifs prioritaires de ces dirigeants figurent également l'évaluation des résultats et l'intégration de l'hôpital et du territoire.

Mettre l'accent sur l'aspect économique – une démarche, certes, indispensable – comporte le risque de focaliser l'intérêt sur les procédures en négligeant les coûts : ce serait oublier que l'hôpital s'inscrit dans une certaine culture médicale et qu'il est censé apporter des réponses aux besoins des usagers.

La réussite culturelle et professionnelle des opérateurs sanitaires permettra de drainer des dirigeants et des personnels expérimentés d'un point de vue clinique qui, dans un marché du travail de plus en plus marqué par le manque d'effectifs et par la mobilité, demandent à être intégrés dans un contexte qui valorise leurs compétences et leur sens de responsabilité.

L'offre liée à l'assistance se caractérise par la couverture complète des secteurs de base, de la médecine et de la chirurgie spécialisées, ainsi que par la présence d'une série de pôles d'excellence. Ces derniers se sont développés grâce à l'apport de professionnels – provenant d'autres régions italiennes – issus des secteurs médical et de l'assistance et ont été créés en vue de

répondre à la demande de certains usagers qui, compte tenu du contexte territorial, auraient été obligés de s'adresser à des structures situées à l'extérieur de la région en parcourant des distances considérables.

Les hospitalisations ordinaires semblent être d'une bonne qualité et les malades admis sont de plus en plus nombreux : les données recueillies affichent des valeurs similaires à celles enregistrées pour des établissements de santé implantés dans des régions autres que la Vallée d'Aoste, comme le confirme l'indice *case-mix* (1,1), une valeur d'ailleurs sous-estimée si l'on considère que la méthode d'évaluation est susceptible d'amélioration.

Le taux d'hospitalisation est supérieur à la moyenne nationale, même s'il faut reconnaître que la situation particulière de la Vallée d'Aoste fait qu'une partie de la population, notamment les personnes âgées, considère l'hospitalisation comme la solution la plus adaptée et ce, en raison des insuffisances des services d'assistance, qu'ils soient présents sur le territoire ou fournis par l'organisation sanitaire. Il semble toutefois nécessaire de réévaluer le niveau de pertinence tant des hospitalisations que des séjours, car certains indicateurs – les retours d'hospitalisations, les taux de réhospitalisation, l'étude pilote menée selon le système d'évaluation DRG et celle sur les séjours de courte durée – sont susceptibles d'être améliorés. Il est donc impératif de poursuivre et d'atteindre un tel objectif, si l'on veut favoriser l'application complète du projet de réorganisation du réseau hospitalier valdôtain, qui sera obtenue grâce à la redistribution des unités budgétaires, d'une part, à l'extension et à la restructuration de l'hôpital de l'avenue de Genève (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} phases), d'autre part.

L'efficacité opérationnelle peut aussi être améliorée (l'indice de performance étant de 1,05 par rapport aux chiffres relatifs à la Région Piémont), en ce qui concerne aussi bien la durée moyenne des hospitalisations que les séjours préopératoires. Pour ce faire, il est nécessaire de prendre en compte certains éléments relevant de l'organisation interne, qui sont liés tant aux actions thérapeutiques préopératoires, susceptibles d'être perfectionnées, qu'au manque de structures de rééducation et de long séjour. À ce propos, à l'exclusion des unités budgétaires de médecine et de gériatrie, l'indicateur d'efficacité global se situe dans les limites de variabilité qui sont propres à une structure, celle de la Vallée d'Aoste, dotée d'une complexité au-dessus de la moyenne.

En ce qui concerne la saturation de l'offre liée aux hospitalisations ordinaires, le secteur de la médecine frôle le plafond maximal, alors que le secteur de la chirurgie, à de rares exceptions près, se situe aux limites nationales de 75 % et partage avec le restant des régions la diminution progressive du nombre des interventions chirurgicales. Ces données sont néanmoins conditionnées par la réduction des salles d'opération et par la diminution, plus récente, des services d'assistance, due au manque d'infirmiers et de spécialistes en anesthésiologie.

Le secteur des soins intensifs, qui en règle générale répond à une demande liée exclusivement aux cas urgents provenant de l'extérieur, présente des taux d'occupation extrêmement variables, ce qui justifie la mise en place d'un contrôle sévère visant à mieux répartir l'offre entre soins intensifs et non intensifs et à élaborer un type d'assistance transversale au sein de l'hôpital.

L'offre des services hospitaliers de diagnostic paraît importante du point de vue de la qualité et de la quantité, avec des pôles d'excellence qui valorisent l'image de l'hôpital valdôtain en dehors également de notre région. Il est possible, en revanche, d'améliorer les relations entre les unités budgétaires de diagnostic et de traitement, grâce à la définition de traitements ad hoc, en vue de réduire la demande inappropriée interne et externe ainsi que les délais d'attente.

Les urgences répondent à une demande croissante, même si celle-ci est pour la plupart inappropriée ; il semble prioritaire de poursuivre les objectifs liés à la réorganisation des urgences au sein de la structure hospitalière et à l'intégration de celles-ci, du point de vue organisationnel, avec les urgences sur le territoire.

Pour ce qui est du recours des Valdôtains aux hôpitaux situés à l'extérieur de notre région, l'on constate un relèvement du nombre des hospitalisations des patients face à un tassement du nombre des hôpitaux qui les accueillent. Il s'agit là d'un phénomène sur lequel pèse certainement l'effet de distorsion provoqué par la rémunération des agences hospitalières en fonction des prestations effectuées, ce qui conduit à fournir pour chaque résidant un nombre plus élevé de prestations. Du point de vue de la qualité, à l'exception des pathologies qui nécessitent forcément le recours à des hôpitaux situés en dehors de la région (traitement de chirurgie et de médecine très spécialisée, traitement de maladies cancéreuses associé à des thérapies hautement spécialisées), des phénomènes liés à la situation dans laquelle se trouvent les usagers de la Basse Vallée, ainsi que le peu de confiance vis-à-vis de certaines branches de la chirurgie spécialisée semblent influencer sur la mobilité passive des usagers. En revanche, une demande croissante au plan local dans la branche médicale entraîne des difficultés pour ce qui est de l'offre de prestations dans ce domaine. Il convient par ailleurs de créer des synergies stratégiques avec les agences sanitaires limitrophes (voir le chapitre qui y est consacré dans ce Plan) et améliorer du point de vue qualitatif l'offre de professionnels et la formation spécialisée.

L'offre hospitalière se caractérise par sa capacité de fournir des prestations qualitatives et quantitatives adéquates, qui peuvent toutefois être améliorées grâce aux objectifs de gestion suivants.

Urgences et premiers secours

En 1999, le service des urgences a accueilli 37 000 personnes, dont 7 600 ont été hospitalisées. L'analyse des plans des charges montre que, par rapport à 1980, le rapport usagers/professionnels a triplé en atteignant 2 500 admissions par an.

Ce développement significatif de l'activité a entraîné des dysfonctionnements dans la fourniture des prestations concernant essentiellement les délais d'attente de la visite et de la permanence moyenne au sein du Département des urgences et de l'accueil (DEA). Pour ce qui est de la situation actuelle du service des urgences, les difficultés sont liées au roulement des personnels et à la nécessité de faire appel à des médecins appartenant à différents services et justifiant par conséquent d'une formation spécifique non optimale, ainsi qu'à la nécessité de recourir à du personnel spécialisé pour les activités de support aux urgences (par exemple la permanence interdivision)

L'intégration entre le service des urgences sur le territoire et le service des urgences au sein de l'hôpital peut être sensiblement améliorée.

Objectifs

- Assurer un niveau d'assistance adapté dès la première intervention par l'adoption de protocoles diagnostiques et thérapeutiques validés ;
- Assurer une gestion correcte du point de vue technique et organisationnel de tout le système des urgences et assurer les liaisons nécessaires en dehors du territoire régional ;
- Organiser et gérer un système continu de promotion et d'évaluation de la qualité de l'assistance, ainsi que de l'utilisation correcte des ressources ;
- Poursuivre l'humanisation des hôpitaux ;
- Sensibiliser les citoyens à une utilisation correcte du service des urgences ;
- Promouvoir une intégration étroite entre les différentes phases des urgences ;
- Redéfinir le modèle organisationnel des urgences au sein de l'hôpital.

Actions

- Rédaction et adoption, dans un délai de trois ans, de protocoles opérationnels censés couvrir 70 % au moins des besoins liés aux secours médicaux d'urgence ;
- Définition et mise en œuvre des modèles d'intégration des professionnels affectés actuellement aux urgences (médecins et infirmiers du PS/MUA et de l'unité budgétaire 118), susceptibles de permettre l'utilisation de ces derniers au niveau du département ;
- Acquisition de la certification relative aux techniques de réanimation de base pour tous les infirmiers, ainsi que des techniques de réanimation de pointe pour 75 % au moins des personnels en service aux urgences ;
- Extension de l'activité de Triage à toute la journée ;
- Définition du modèle organisationnel d'une équipe de médecins à vocation essentiellement chirurgicale à associer aux activités de PS/DEA ;
- Redéfinition du modèle organisationnel du système des urgences au sein de l'hôpital en privilégiant les solutions qui prévoient l'utilisation de personnels formés en service aux urgences ;
- Réalisation d'outils destinés à évaluer l'indice de satisfaction des usagers quant à l'ensemble des prestations fournies par le système des urgences ;
- Application complète des actions visées à la délibération du commissaire de l'agence USL du 17 janvier 2000 relative à la Charte des services des urgences.

Assistance aux malades aigus

L'assistance aux malades aigus vise la réalisation d'objectifs liés aux domaines suivants :

Pertinence

- Reconversion des hospitalisations ordinaires – caractérisées par un séjour de courte durée et/ou par des séjours réitérés – en

prestations d'un autre niveau d'assistance (centres de jour, prestations chirurgicales ambulatoires, prestations fournies avant et après le séjour hospitalier).

Actions

- Évaluation des cas les plus graves du point de vue clinique et définition d'un plan de reconversion définissant les modalités opérationnelles nécessaires à la réalisation de l'objectif fixé ;
- Par rapport à 1999, reconversion, à la fin de la période de validité du présent plan, de 25 % des séjours de courte durée (jusqu'à un jour, exception faite pour les décès ou les transferts dans d'autres hôpitaux) en prestations ambulatoires ;
- Par rapport à 1999, reconversion, à la fin de la période de validité du présent plan, de 20 % des hospitalisations au-delà de 2 jours (même patient, même MDC) en des formes d'assistance sur le territoire (RSA, aide à domicile).

Maladies vasculaires cérébrales

L'ictus est la troisième cause de décès et la première cause d'infirmité permanente dans les pays occidentaux. Une étude conduite en 1997 en Vallée d'Aoste a relevé une augmentation des nouveaux cas d'ictus par rapport aux cas observés en 1989. Les cas d'ictus sont passés de 223 pour 100 000 habitants en 1989 à 289 en 1997. Une progression de 29 % a été enregistrée pour toute sorte d'ictus (ischémique et apoplectique). Le taux d'incidence augmente rapidement à partir de 65 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes et, sur la base des données actuelles, il y a tout lieu de penser que 149 000 cas d'ictus seront recensés chaque année en Italie et 179 332 nouveaux cas en 2016 si les programmes de prévention ciblés ne sont pas mis en œuvre. De tout ce qui précède, il résulte non seulement que l'ictus est une maladie particulièrement répandue mais aussi qu'elle est en augmentation constante. L'étude menée en Vallée d'Aoste fait par ailleurs état d'une réduction du taux de mortalité dans les premiers 30 jours qui suivent la première attaque : le taux de mortalité est passé de 31 % en 1989 à 20 % en 1997. Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre des cas enregistrés et la mortalité réduite indiquent qu'il faut veiller à mieux prendre en charge la phase aiguë de la maladie, mais surtout qu'il faut s'engager à réaliser des programmes concrets de prévention et de rééducation.

Objectif

- Réduire l'incidence des maladies vasculaires cérébrales aiguës, de la mortalité et des handicaps associés à cette pathologie.

Actions

- Promotion d'une campagne régionale d'éducation sanitaire sur les facteurs de risque ;
- Création d'un fichier régional permanent ;
- Définition des lignes directrices visant l'identification, la prévention primaire et secondaire ainsi que le traitement des facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète sucré) ;
- Finalisation des procédés de diagnostic précoce et de traitement des cas pathologiques entraînant un accident vasculaire aigu (fibrillation auriculaire, valvulopathies, artériosclérose) ;
- Création d'un *stroke team*, le cas échéant interdisciplinaire, pour l'amélioration de la qualité de l'assistance du phénomène aigu en termes de rapidité et d'efficacité de l'intervention ;
- Renforcement et spécialisation du réseau de la rééducation et de l'aide à domicile en établissant des liens fonctionnels avec l'assistance territoriale.

Biologie moléculaire

- Introduire et développer, au sein du département de pathologie clinique, des techniques de biologie moléculaire – aujourd'hui appliquées habituellement –, dans le cadre de la prévention, du diagnostic et du pronostic des pathologies ayant trait à l'oncologie, à l'immunologie, à la caractérisation tissulaire et à la médecine légale.

Actions

- Définition des champs d'application et des investissements technologiques ;
- Formation du personnel.

Thérapies de pointe contre le cancer

Certaines néoplasies (myélomes, lymphomes, tumeurs germinales) répondent bien aux traitements par chimiothérapie et sont d'autant plus sensibles que le traitement est associé à l'administration de plusieurs médicaments. La polychimiothérapie avec utilisation des cellules souches est un traitement complexe qui nécessite des professionnels spécialement formés, la collaboration entre plusieurs spécialistes ainsi que des équipements adéquats, dont l'hôpital dispose déjà en partie. Pour ce qui est de la Vallée d'Aoste, l'on prévoit la nécessité de traiter en moyenne 5 à 10 cas par an associés à des séjours de longue durée pouvant dépasser un mois. L'ouverture prochaine de l'hospice pour le traitement des cancers pourrait dégager des ressources pouvant être utilisées à cette fin.

Objectif

- Améliorer les chances de guérison et les traitements des néoplasies sensibles à la chimiothérapie, en évitant le recours à des structures situées en dehors de la région.

Action

- Redéfinir les profils professionnels ayant trait à l'assistance dans le domaine de l'oncologie.

Délais d'attente

Objectif

- Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales majeures ou revêtant une plus grande valeur sociale (phacoémulsification lors du traitement de la cataracte, ablation de l'hernie, saphénectomie), en dépit des difficultés que comporte le manque de médecins spécialistes dans ce secteur.

Actions

- Optimisation du temps d'utilisation de la salle d'opération en exploitant le plus possible les temps chirurgicaux et en réduisant les temps morts par l'établissement d'un protocole précis relatif aux actions de réorganisation fonctionnelle de la salle d'opération ;
- Redéfinition des programmes d'actions entre les différentes structures hospitalières, en vue de la réorganisation prévue par le projet d'agrandissement de l'hôpital ;
- Création de synergies au niveau départemental et interdépartemental, dans le but d'optimiser la présence de ressources professionnelles et en vue d'améliorer la disponibilité en anesthésistes ;
- Développement maximal de la chirurgie peu invasive et recours aux prestations chirurgicales ambulatoires ;
- Lancement d'un projet visant le développement et l'expérimentation de formes de séjour – telles que, par exemple, l'hôpital de nuit – alternatives à l'hospitalisation classique ;
- Transfert de l'activité chirurgicale du secteur hospitalier au secteur ambulatoire.

Réduction de la mobilité pour les spécialités de pointe

Certaines pathologies nécessitant un traitement hautement spécialisé peuvent être convenablement prises en charge par l'hôpital régional, avec, pour conséquence, une réduction du nombre des recours aux structures spécialisées situées en dehors de la Vallée d'Aoste. Ceci est rendu possible par la passation d'accords interrégionaux et/ou interentreprises et le lancement, après une formation adéquate, de l'activité relative à l'hémodynamique cardiaque. Outre une réduction des dépenses relatives à la mobilité passive, cela permettra d'améliorer l'offre en termes de prise en charge clinique et d'assistance à la population résidente et représentera par ailleurs une chance de croissance professionnelle pour le corps médical, qui pourra ainsi agir, en coopération avec d'autres médecins, sur un nombre plus important d'usagers et observer un plus large éventail de cas.

Objectifs

- Doter l'UB d'oto-rhino-laryngologie de compétences propres à la chirurgie maxillo-faciale, notamment pour ce qui est des pathologies de premier niveau consécutives à des traumatismes ou à des cancers, dans l'attente que soit réouverte l'UB maxillo-faciale ;

- Lancer l'activité d'angioplastie pour le traitement des artères coronaires et l'activité de chirurgie de l'aorte ;
- Doter les UB concernées de compétences spécialisées en neurochirurgie pour des pathologies communes non complexes (p. ex. les hernies discales) ou pour les cas les moins urgents ;
- Doter l'UB de dermatologie de compétences en matière d'interventions de chirurgie plastique non complexes (par ex. : DRG 264, 266, 268).

Actions

- Acquisition par l'UB d'oto-rhino-laryngologie de compétences spécialisées en matière de chirurgie maxillo-faciale ;
- Passation d'accords avec les structures spécialisées situées en dehors de la région et/ou avec les centres interentreprises pour le traitement de cas cliniques complexes ayant trait à la chirurgie maxillo-faciale, en complément des prestations cliniques actuelles dispensées par l'UB d'oto-rhino-laryngologie ;
- Formation de cardiologues spécialisés en cardiologie interventionnelle et de radiologues spécialisés en angiographie pour l'activité d'hémodynamique cardiaque, notamment pour ce qui est des angioplasties coronaires ;
- Formation de cardiologues spécialisés en cardiologie interventionnelle et de radiologues spécialisés en angiographie, en association avec des chirurgiens vasculaires, pour le traitement local des pathologies liées à l'aorte thoracique ;
- Passation d'accords avec les centres de neurochirurgie situés en dehors de la région et/ou avec les structures interentreprises (en complément, le cas échéant, des protocoles existants), aux fins de l'activité de formation des spécialistes intéressés, en vue d'affecter un neurochirurgien provenant de l'extérieur à l'exécution des actions prévues à l'hôpital régional ;
- Acquisition, par l'UB de dermatologie, de compétences spécialisées en chirurgie plastique ;
- Passation d'accords avec les structures situées en dehors de la région et/ou avec les centres interentreprises pour le traitement des cas cliniques complexes de chirurgie plastique, en complément de l'offre régionale existante.

Douleur postopératoire

- Prendre en charge la douleur postopératoire, afin d'améliorer la qualité de la vie des personnes opérées et d'accélérer la phase de rééducation, en réduisant les délais d'hospitalisation et d'inaptitude au travail.

Actions

- Mise en place d'orientations opérationnelles relatives au contrôle de la douleur post-opératoire ;
- Formation et éducation du corps médical et des personnels infirmiers.

Organisation et personnel

Les objectifs à réaliser concernant ces deux aspects de l'assistance hospitalière sont les suivants :

N° 1

- Revoir l'organisation du travail pour les profils professionnels souffrant d'une pénurie de personnel (infirmiers, techniciens de la réhabilitation, techniciens des services), afin de garantir des niveaux d'assistance adéquats, compte tenu du manque de ces professionnels sur le marché du travail, une carence dont pâtit tout le pays et contre laquelle aucune solution n'a pu, pour l'heure, être trouvée.

N° 2

- Rationaliser les ressources, en maintenant des standards de qualité homogènes et en définissant les niveaux d'assistance ainsi que les besoins en prestations dans les différentes aires fonctionnelles de l'hôpital.

Actions

- Création d'un groupe de travail interentreprises associant l'agence USL, les écoles des infirmiers et les représentants de catégorie ;

- Définition d'une méthode d'évaluation des activités accomplies au sein des unités budgétaires et détermination des standards de référence de celles-ci ;
 - Etat de la situation actuelle ;
 - Définition des plans des charges et des profils des professionnels œuvrant dans le domaine de l'assistance dans les différents secteurs de l'hôpital ;
-
- Promotion et réalisation d'initiatives relatives au séjour et à la protection de la famille et visant l'amélioration de la qualité de la vie (crèches pour les fonctionnaires, facilités pour le séjour).

N° 3

- Augmenter l'attractivité de la structure hospitalière pour les professionnels de santé compte tenu du fait que la Vallée d'Aoste n'est pas autosuffisante dans certaines spécialités et doit recourir à des professionnels extérieurs qui, passé un certain délai, retournent, dans la plupart des cas, dans leur pays d'origine, en provoquant ainsi des carences imprévues dans le domaine de l'assistance et en rendant inutilisable le capital de formation acquis.

Actions

- Recensement des postes vacants dans le domaine de la santé ;
- Recensement des professionnels au chômage ayant suivi une formation *in loco*, ou des professionnels en formation ;
- Définition de protocoles d'entente avec l'Université visant à la formation durant les trois années du cursus de médecine et veillant, par la suite, à la mise en place de cours de spécialisation post-universitaires ou de formations courtes ;
- Réalisation d'un réseau d'assistance interentreprises et interrégional en vue d'améliorer la qualité des activités médicales d'excellence ou bien de celles les plus exposées au risque d'une fuite de talents vers le privé. Cette action est largement illustrée dans le chapitre qui lui est consacré dans le présent Plan ;
- Finalisation du système de prime en fonction de la qualité professionnelle assurée, entre autres, grâce à la création de professions libérales au sein de l'agence.

N° 4

- Promouvoir l'achèvement de la réorganisation hospitalière en départements, en continuité avec ce qui est prévu au point 7.10 du Plan socio-sanitaire régional 1997-1999, reconduit par la suite.

Actions

- Lancement d'une étude de faisabilité, à définir avec les responsables concernés, visant à structurer les activités hospitalières en départements ;
- Institution de nouveaux départements, compte tenu également de l'étude relative à l'extension de l'hôpital de l'avenue de Genève, à Aoste ; approbation des règlements y afférents et nomination des directeurs ;
- Ouverture de la négociation budgétaire par groupes de départements par le biais du directeur, qui sera le porte-parole des exigences définies lors de la négociation au sein du département ;
- Définition, pour ce qui est des Départements de diagnostic et de traitement, d'un plan de reconversion des lits qui prévoit, d'une part, d'adapter l'offre au regard des résultats attendus, par des actions d'amélioration de l'efficacité et, d'autre part, d'utiliser, à titre expérimental, les lits de façon transversale, en fonction des exigences du Département dans son ensemble et non plus seulement des différentes unités opérationnelles. Cette expérimentation devra viser la création de lits destinés à être utilisés d'une façon transversale, à hauteur de 10 % de la dotation globale des lits accordés aux Départements ;
- Elaboration d'un rapport annuel d'activité du Département qui illustre le plan de développement, à mettre en œuvre lors de la négociation sur le budget, les problèmes rencontrés et qui fait état des résultats atteints par le processus d'intégration des unités opérationnelles afférentes au Département.

N° 5

- Effectuer un contrôle de gestion des activités sanitaires en parvenant à classer les maladies du point de vue clinique suivant une échelle de gravité (*disease staging*), des processus d'assistance ainsi que de la productivité des départements ;
- Finaliser les processus d'évaluation des coûts de production afin d'assurer une aide financière aux processus de décision.

Actions

- Acquisition des outils de contrôle de gestion et classement des maladies du point de vue clinique suivant une échelle de gravité ;
- Nomination des référents de Département chargés du contrôle de gestion et de l'élaboration d'un plan de formation spécifique, destiné en priorité à assurer la qualité et une interprétation correcte des données, ainsi que la définition des indicateurs de résultats ;
- Elaboration d'un rapport annuel d'activité hospitalière, en complément des rapports de Département, susceptible de donner une vision globale des processus mis en place et des résultats obtenus.
- Etablissement de liens entre les fonctions de production et de comptabilité analytique ;
- Première évaluation du rapport coûts/produits ;
- Finalisation de l'évaluation du rapport coûts/produits et définition des méthodes de contrôle continu des coûts, des actions, du type de service rendu et de la qualité y afférente.

N° 6

- Améliorer le système d'acquisition et de gestion du patrimoine technologique.

Actions

- Définition des stratégies internes au marché, des modes d'identification des besoins, ainsi que des modes d'intégration et de divulgation des stratégies et des méthodes adoptées au sein de l'agence USL ;
- Elaboration des lignes directrices ;
- Optimisation de l'existant, après évaluation de l'état d'entretien des équipements ; définition des différentes règles et responsabilités pour ce qui est de l'entretien et du contrôle ;
- Réorganisation des compétences de l'agence ;
- Acquisition, gestion, contrôle et développement d'une culture d'entreprise dans l'utilisation des ressources technologiques ;
- Suivi et actualisation, par le biais de l'Observatoire des prix, des données techniques et économiques inhérentes aux technologies biomédicales.

N° 7

- Réalisation, dans le respect de la loi sur la protection des données personnelles, d'un réseau régional de gestion du diagnostic par images.

Actions

- Poursuite de l'adaptation aux normes technologiques des appareils de diagnostic par images du service de radiologie, dans le but de produire ces mêmes images sous un format numérique standard, dans les deux hôpitaux, dans les centres de traumatologie, dans les centres de radiologie des dispensaires polyvalents répartis sur le territoire, ainsi que dans tous les examens d'imagerie médicale à des fins diagnostiques ;
- Adaptation du réseau hospitalier et territorial, afin de permettre une transmission rapide des informations depuis les centres d'imagerie médicale aux archives centralisés, à tous les centres de diagnostic et aux centres où sont traitées les images en vue de l'établissement du diagnostic et du rapport médical y afférent ;
- Acquisition de nouveaux outils informatiques et délivrance des autorisations aux utilisateurs concernés (médecins généralistes, dispensaires, unités budgétaires et urgences) ;
- Production sous un format numérique des images diagnostiques dans tous les services de l'agence USL compétents ;
- Création d'un réseau régional de diffusion des images diagnostiques à tous les utilisateurs ;

- Création d'archives numériques centralisées des images diagnostiques et des documents qui y sont associés ;
- Mise en réseau du rapport relatif aux images diagnostiques ;
- Formation du personnel.

N° 8

- Développer la profession libérale au sein de l'hôpital.

Actions

- Réalisation d'analyses de marché et d'analyses structurelles ;
- Elaboration du plan des activités et des dépenses ;
- Elaboration du plan des investissements et définition des stratégies financières ;
- Définition de l'offre ;
- Actions de marketing visant les fonds d'assurance pour le développement de la demande.

Prestations ambulatoires en établissement

La fourniture des prestations ambulatoires semble respecter les standards définis par la délibération du Gouvernement régional n° 2891 du 24 août 1998, exception faite des prestations suivantes, comme il appert du relevé du mois de décembre 1999 :

- Examens de contrôle périodiques sur rendez-vous ;
- Tests ergométriques sur rendez-vous ;
- Echocardiogrammes sur rendez-vous ;
- Examens Holter sur rendez-vous ;
- Scintigraphies ;
- Echo-Doppler ;
- Consultations de diabétologie ;
- Examens de cardiologie nucléaire ;
- Consultations de diététique ;
- Consultations d'allergologie ;
- «Prick tests» ;
- Neuropsychiatrie de l'enfant ;
- Psychodiagnostic de l'enfant ;
- Tomographies informatisées.

La délibération susmentionnée n'est pas prise en compte dans le classement des prestations dans différents niveaux d'accès (cas urgents et moins urgents et prestations planifiables).

Ces anomalies peuvent être reconduites essentiellement à un excès de la demande par rapport à l'offre qui est le plus souvent conditionnée par la pénurie des professionnels (dans les domaines de la cardiologie, de la radiologie ou bien de la neuropsychiatrie de l'enfant) sur le marché du travail ou par les limites des techniques utilisées pour établir le diagnostic (dans le cas par exemple de l'allergologie).

Il paraît donc prioritaire d'intervenir afin de limiter la demande d'assistance, induite par l'hôpital lui-même, à travers une nouvelle définition des protocoles d'assistance, et notamment de suivi, qui impliquent davantage les médecins généralistes et les pédiatres à choix libre ; il convient par ailleurs de parvenir à une limitation de la demande externe de prestations, en sensibilisant davantage les usagers sur la pertinence des prestations sanitaires.

Il sera par ailleurs opportun d'expérimenter de nouveaux protocoles entre l'hôpital et le territoire pour diversifier l'accès aux prestations ambulatoires sur la base de niveaux de classement des pathologies détectées par le médecin généralistes.

Ces expérimentations assurent un accès aux prestations ambulatoires adaptées au cadre clinique envisagé au niveau territorial (par exemple l'accès est assuré dans les 7 jours aux citoyens ayant connu une recrudescence de la pathologie cardiaque qui nécessite d'être rapidement prise en charge, tandis que le suivi des interventions de chirurgie cardiaque est assuré dans un délai plus long et est soumis à un contrôle périodique).

Une répartition équitable du niveau d'assistance est ainsi assurée, par rapport à la pathologie et non pas par rapport à la date de réservation, comme cela se produit en revanche suivant les listes uniques de réservation.

Objectif

- Limiter les délais d'attente des prestations ambulatoires.

Actions

- Lancement d'un processus de révision au niveau du Département et/ou de l'Unité budgétaire des protocoles d'assistance qui concernent les prestations ambulatoires nécessitant un délai d'attente plus long ;
- Mise en place de commissions mixtes hôpital/territoire pour la définition de protocoles partagés et validés d'accès diversifié aux prestations ambulatoires ;
- Adoption de protocoles mixtes et interdisciplinaires hôpital/territoire pour la connaissance de la diffusion des diverses formes d'allergies et pour le traitement de ces pathologies au sein des différents services compétents (pneumologie, pédiatrie, dermatologie, gastro-entérologie, oto-rhino-laryngologie) ;
- Lancement de l'expérimentation concernant d'abord les prestations complexes des spécialités de cardiologie et de radiologie ;
- Vérification des résultats obtenus à l'issue de la période d'expérimentation ;
- Application aux autres spécialités des différentes méthodes, finalisées lors de la période d'expérimentation ;
- Promotion d'une campagne régionale d'éducation sanitaire de la population sur les thèmes de la pertinence des prestations, de la limitation des dépenses superflues et sur les effets que ces distorsions entraînent sur la répartition équitable des prestations sanitaires.

Activité hospitalière de rééducation et de long séjour

Cette activité constitue un enjeu majeur dans la fourniture des prestations d'assistance hospitalière car elle conditionne le fonctionnement et l'efficacité du point de vue clinique des Départements de diagnostic et de traitement, ainsi que la qualité du service d'assistance rendu, compte tenu des difficultés logistiques que comporte la fourniture du service sur le territoire et de la subsidiarité limitée de l'offre en termes d'assistance au niveau des districts.

Les données relatives aux longs séjours en régime d'hospitalisation ordinaire – pour ce qui est des maladies aiguës – et relatives aux différentes pathologies chroniques dégénératives et post-traumatiques chez les personnes âgées font apparaître la nécessité de créer (comme le prévoit la délibération du Gouvernement régional du 9 octobre 2000 et la troisième phase plan de restructuration de la structure hospitalière valdôtaine) une aire de rééducation et de long séjour, articulée en départements, de façon à permettre aux responsables du Plan de l'assistance hospitalière de répondre de manière adéquate aux exigences des maladies aiguës et subaiguës.

Afin de résoudre, même partiellement, ces problèmes, il faut modifier immédiatement la structure organisationnelle, sans attendre les délais prévus pour la réorganisation hospitalière ; il sera donc nécessaire de créer des services hospitaliers en réorganisant l'aire des hospitalisations de façon à réduire le nombre de lits des Unités budgétaires de diagnostic et de traitement des maladies aiguës. Les Unités budgétaires peuvent faire face à la réduction du nombre de lits à condition qu'elles abordent ce problème au niveau du Département et non pas des différentes Unités budgétaires et que les cas cliniques traités normalement dans les unités spécialisées, soient orientés vers la rééducation et le long séjour.

Les résultats obtenus grâce aux actions visant la pertinence des prestations, l'efficacité des traitements du point de vue opérationnel et diagnostique, ainsi que l'application de techniques chirurgicales modernes permettront de pallier la réduction de lits dans certaines spécialités.

Les orientations ministérielles en matière de rééducation – pour ce qui est de la distinction entre soins intensifs, ne pouvant être dispensés que dans un centre pour malades aigus, et soins pouvant être effectués à l'hôpital ou dans des structures territoriales – dessinent un cadre de référence qui devra par la suite inscrire la législation régionale en la matière dans une logique de continuité des soins qui devra être assurée par l'ensemble du réseau régional et devra comprendre à la fois les règles d'accès et de contrôle de l'activité de rééducation, ainsi que les conditions pour l'accréditation des structures publiques et privées censées fournir ces prestations.

Dans l'attente que soient émanés les actes nationaux et régionaux visant à définir les critères d'adaptation et d'identification des procédures de vérifications des résultats et de contrôle de la qualité de l'assistance sur la base de protocoles scientifiques diagnostiques et thérapeutiques et de comportement, il est opportun de lancer une confrontation, à l'intérieur et à l'extérieur de la structure hospitalière, entre tous les fournisseurs de cette forme d'assistance, en définissant, si possible, le degré de gravité des pathologies ou des troubles à partir des critères d'évolution de la maladie, afin d'identifier les besoins en termes de rééducation (traitement et durée nécessaire pour obtenir les modifications envisagées). L'ouverture de cette confrontation représentera un point de repère utile, en vue de la formulation de lignes directrices au niveau régional.

Pour ce qui est de la rééducation en milieu hospitalier, à l'exception de l'activité de rééducation concernant les personnes infirmes et/ou atteintes de lésions de la moelle épinière ou présentant des troubles importants des fonctions motrices et cérébrales, les activités de rééducation durant la période de l'hospitalisation seront destinées à aider les personnes de tout âge à recouvrer leur autonomie fonctionnelle par le biais de thérapies intensives ne pouvant être effectuées en milieu hospitalier.

Les assurés nécessitant d'une rééducation pendant la période de l'hospitalisation sont essentiellement les personnes atteintes des pathologies suivantes :

- affections du système nerveux central et périphérique ;
- affections traumatologiques et orthopédiques ;
- pathologies cardiaques ;
- pathologies du système respiratoire ;
- syndrome d'immobilisation consécutive à des accidents graves, chez des personnes présentant des situations complexes poly-pathologiques nécessitant une protection médicale et une aide hautement spécialisées.

Il s'agit d'opérer d'une manière interdisciplinaire entre les compétences neurologiques, gériatriques, orthopédiques, cardiologiques, chirurgicales, de pneumologie et de la réanimation médicale.

En revanche, les sujets qui nécessiteront d'une rééducation avec une prise en charge interdisciplinaire et intégrée bénéficieront d'une assistance de rééducation territoriale. Les prestations pourront être fournies dans un centre de jour, dans un établissement d'hébergement, en dispensaire ou au domicile du patient, suivant les indications contenues dans les orientations régionales qui devront assurer une offre individualisée, afin que la personne concernée puisse atteindre un haut degré d'autonomie fonctionnelle dans la vie familiale, professionnelle, scolaire et sociale. L'Unité d'évaluation hospitalière (UVO) sera le garant de l'application du point de vue organisationnel de ces principes au sein de l'hôpital et sera confrontée, au plan local, avec des structures territoriales analogues. L'Unité d'évaluation hospitalière a pour mission de définir les actions d'assistance à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital pour tous les citoyens nécessitant de formes d'assistance complexes, consécutives aux phases aiguës de la maladie. En vue de la définition des projets d'assistance extrahospitaliers, l'Unité d'évaluation hospitalière devra agir en synergie avec le bureau de la coordination de district et, en particulier pour les personnes âgées, avec l'Unité d'évaluation gériatrique (UVG).

Le développement de ces hypothèses d'organisation est destiné à accentuer l'intégration au sein de l'hôpital (diagnostic, thérapie médicale ou chirurgicale, rééducation intensive) ainsi qu'à assurer l'ancrage sur le territoire de l'offre des soins, en passant à un modèle de soins axé sur les Départements – au sein et en dehors de l'hôpital – avec l'expérimentation des Départements mixtes (hôpital-territoire) qui permettent de dépasser les barrières fonctionnelles et l'attribution sous conditions des personnels et des équipements à chaque spécialité, ce qui était à l'origine, par le passé, des déficiences en termes d'efficacité et des coûts élevés.

Cette réorganisation devra également prendre en compte l'assistance assurée aux patients sortis de l'hôpital. Le développement des phases de réorganisation hospitalière et de relèvement de l'offre territoriale (ADI, RSA, Hospice) pourront améliorer

la situation en assurant, si nécessaire, l'agrandissement de l'aire diagnostique et thérapeutique et en provoquant une augmentation de l'offre de long séjour et de rééducation.

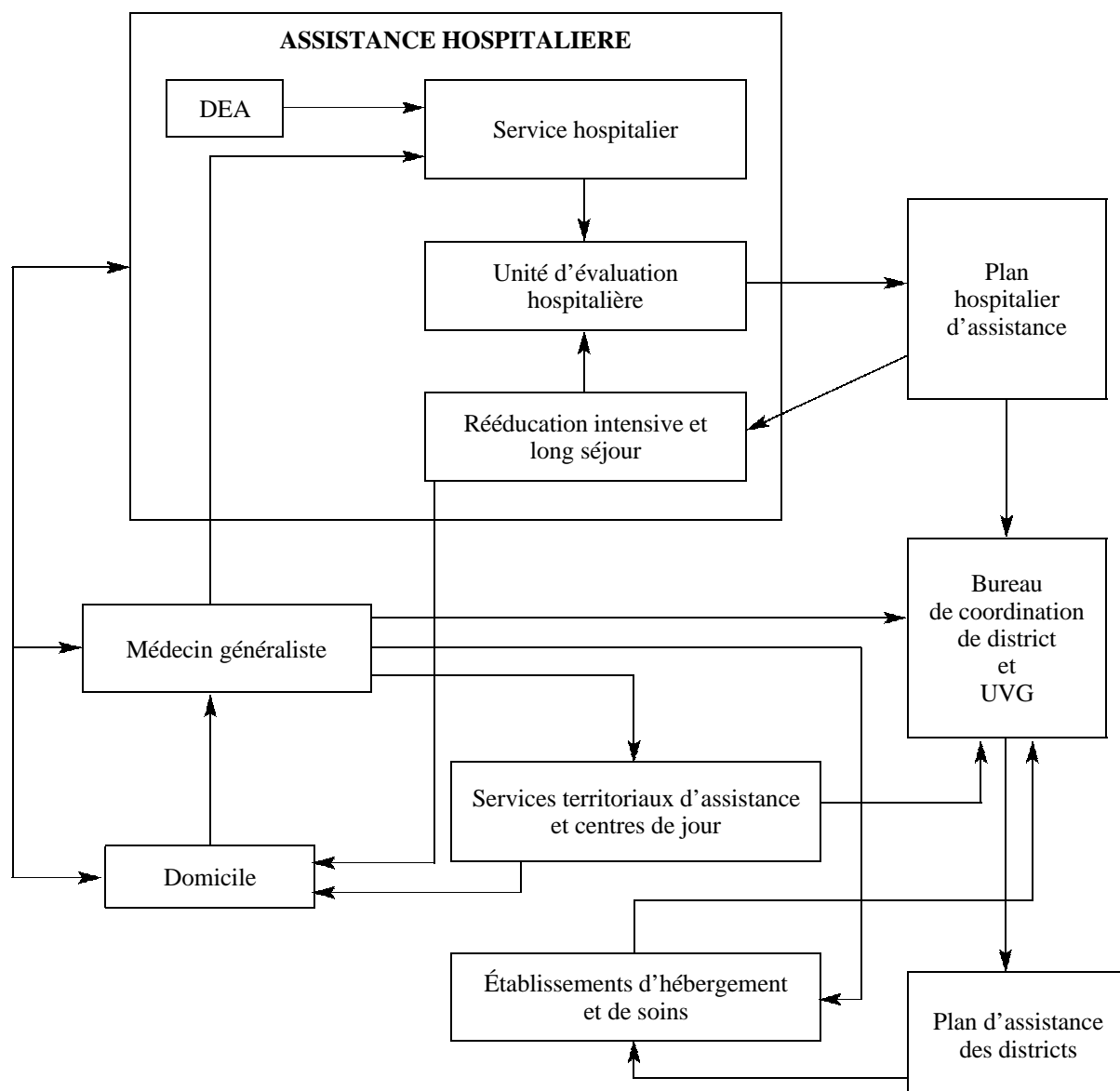
Objectif

- Doter la structure hospitalière de lits destinés aux fonctions de rééducation et de long séjour par une réorganisation et une répartition des fonctions au sein de l'hôpital.

Actions

- Définition d'un protocole d'entente qui conduise à l'institution de deux aires d'hospitalisation, l'une de rééducation et l'autre de long séjour, avec 10 lits au moins chacune ;
- Lancement de la phase expérimentale coordonnée au niveau de la direction ;
- Réévaluation du protocole d'entente sur la base des résultats de l'expérimentation et ouverture de la phase de plein régime ;
- Maintien du nombre des prestations fixées par convention avec les structures situées en dehors de la région.

Pour conclure, voici le schéma de l'offre hospitalière en termes d'assistance :



LA GESTION DU SYSTÈME SANITAIRE

Les systèmes de management

Le management sanitaire vise à assurer la protection de la santé. Il sert à réaliser, par un relèvement des niveaux d'efficacité et de productivité, des conditions propres à donner des solutions aux problèmes en matière de santé des individus et des communautés. Il contribue, avec d'autres types de connaissances, à gérer la distribution et l'utilisation des ressources économiques « limitées » de manière à obtenir le plus haut rapport entre bénéfices et coûts.

Les prévisions pour l'avenir des systèmes de management, qui sont désormais une pratique courante des systèmes sanitaires dans les pays les plus avancés du point de vue économique (aussi bien de ceux fondés sur le système sanitaire national que de ceux fondés sur des assurances publiques de type mutualiste ou sur des assurances privées), laissent imaginer une évolution qui prévoit :

- une large diffusion de profils et de rôles spécialisés (planification et contrôle de la gestion, analyse des coûts, relations avec le public, logistique, politiques du personnel et d'encouragement) ;
- des systèmes plus sophistiqués de collecte, traitement et divulgation des données et des informations, en vue d'affiner l'interprétation des phénomènes ayant une importance du point de vue sanitaire et évaluer des besoins et la demande en termes de services ;
- des systèmes de management fondés sur des principes et des critères généraux, ne pouvant être transférés d'un secteur à l'autre ;
- un passage des systèmes orientés vers la rigueur des méthodes et des techniques à des systèmes orientés vers la solution des problèmes concrets, dans des contextes qui tiennent compte des qualités des personnes qui devront les utiliser.

Tout ce qui précède est complété par l'alinéa 1^{er} de l'art. 3 du décret législatif n° 229/1999 qui, par rapport aux principes directeurs de l'activité de gestion du système de santé publique affirme textuellement : « Les agences axent leur activité sur des critères d'efficacité, d'efficience et d'économicité et sont tenues de respecter les dispositions budgétaires, par l'équilibre entre les coûts et les bénéfices, y compris les virements de fonds. Elles agissent par le biais d'actes de droit privé ... omissis ».

Le nouveau contexte institutionnel et économique impose de développer la gestion budgétaire, le contrôle y afférent, la comptabilité analytique, la rédaction de rapports (pour les centres de responsabilité et pour la direction), l'évaluation et l'analyse des données, l'amélioration des circuits d'information, les relations entre le budget et le salaire de résultat, le soutien des centres de responsabilité, les relations entre les comptes et le budget prévisionnel, les rapports entre la comptabilité générale et la comptabilité analytique et les analyses de la rentabilité économique. Tout cela a pour but de faire coexister les objectifs liés à la qualité des prestations avec un bon degré d'efficience dans la gestion des ressources.

Dans le cadre de la planification régionale, il est important de mettre l'accent sur les phases suivantes :

- Évaluation économique et technologique ;
- Vérification de l'application (contrôle de la gestion) ;
- Négociation interne des objectifs (gestion budgétaire) ;
- Valorisation du rôle du centre d'évaluation.

L'évaluation économique du management sanitaire

Les organisations sanitaires sont caractérisées, plus que tout autre contexte dans le cadre des sociétés économiquement avancées, par une variété et une variabilité aussi bien des composantes « structurelles » (citoyens bénéficiant de l'assistance, professionnels, instruments, locaux, organisation) et des processus opérationnels (activités d'assistance) que des « produits » dérivés (résultats sanitaires obtenus).

Il est donc possible d'affirmer que : « Toute action, service ou programme présente plusieurs possibilités d'intervention, qui méritent d'être évaluées », et il existe plusieurs niveaux auxquels lesdites évaluations peuvent être effectuées.

Dans ce contexte, les techniques d'évaluation des services sanitaires, et parmi celles-ci, en particulier, les analyses de type économique, ont pour but de rendre explicites les critères à suivre pour la formulation d'estimations quant à la valeur et de sou-

tenir les processus décisionnels afférents à l'allocation des ressources, ainsi que de quantifier les phénomènes afin de pouvoir établir :

- s'il est opportun de procéder à la réalisation d'une action, d'un service ou d'un programme sanitaire donné ;
- si un investissement donné est préférable par rapport à d'autres ou bien s'il est opportun que les ressources sanitaires nécessaires pour la réalisation d'une action, d'un service ou d'un programme soient utilisées d'une manière plutôt que d'une autre.

Il est donc évident que les analyses économiques sont concentrées substantiellement sur la manière d'utiliser les ressources ou bien sur l'efficacité des actions, des services ou des programmes et, pour cette raison, elles sont plus appropriées si elles sont précédées de trois autres types d'évaluations afférents aux sujets suivants :

1. L'efficacité absolue (« efficacy ») ; l'action, le service ou le programme peuvent-ils fonctionner dans des conditions idéales ? Quelle est la probabilité d'obtenir les résultats escomptés ?
2. L'efficacité relative (« effectiveness ») ; l'action, le service ou le programme fonctionnent-ils effectivement dans des conditions réelles ?
3. La disponibilité (« availability ») ; l'action, le service ou le programme sont-ils réellement disponibles pour toutes les personnes qui en ont besoin ?

La gestion des technologies du management sanitaire

La connaissance des méthodes nécessaires à procéder à l'évaluation des installations est une condition indispensable pour assurer la gestion des technologies. Une fois cette condition remplie, il est possible de planifier l'innovation et de gérer tous les équipements servant de support à l'établissement des diagnostics au traitement en suivant dans l'ordre les phases suivantes :

1. « Phase de l'évaluation de la technologie et du caractère approprié », nécessaire pour faire des considérations en matière d'achats, de remplacements et de nouvelles introductions, au moyen d'évaluations de type économique et sanitaire, supportées par des protocoles diagnostiques et thérapeutiques et par des études de marché visant la définition des technologies les plus cohérentes avec le degré de complexité des prestations à fournir aux usagers et avec la demande potentielle exprimée par ces derniers ;
2. « Phase de l'entretien et de la gestion des équipements biomédicaux », qui concerne la gestion de l'inventaire, la localisation et la rédaction de rapports sur l'état du parc technologique, ainsi que la gestion de l'entretien programmé et extraordinaire ;
 - « Phase du choix d'indicateurs utiles à la définition d'indices d'évaluation des priorités ».

Dans le cadre des actions de gestion du patrimoine technologique, les aspects organisationnels indiqués ci-après sont particulièrement importants :

- Les décisions en matière d'innovation et d'achats de technologies en général ;
- Le choix du service d'entretien et de conseil (interne, externe ou mixte).

Le contrôle de la gestion du management sanitaire

Certains secteurs de l'administration publique, notamment les collectivités locales et les services socio-sanitaires, sont actuellement dans une phase de changement institutionnel. La nécessité de maîtriser les dépenses publiques et de répondre à de nouvelles exigences sociales visant à obtenir des services qualitativement et quantitativement appropriés a favorisé la recherche et l'adoption de nouveaux instruments de gestion en mesure d'assurer des niveaux plus élevés d'efficacité et d'efficacités.

Le processus de changement a concerné particulièrement le service sanitaire qui, en raison de l'importante quantité de ressources absorbées et des caractéristiques organisationnelles, peut être considéré comme le prototype des agences de fourniture de services.

Le décret législatif n° 502/1992 modifié a fixé les bases pour le passage d'un système bureaucratique – administratif – formel, typique de l'administration publique à un système qui met en relief les principes de l'autonomie fonctionnelle et de la res-

ponsabilisation des dirigeants du point de vue économique quant aux activités exercées et à l'utilisation des ressources qui leurs sont attribuées pour le fonctionnement des différentes unités organisationnelles qui composent le système.

Ce changement comporte de profondes modifications dans les stratégies de gestion de l'agence USL et rend nécessaire l'adoption d'instruments cohérents avec la nouvelle organisation de l'agence, qui doivent répondre à certaines exigences de base :

- Faire en sorte que les services fournis répondent aux besoins en matière de santé et aux ressources utilisées ;
- Établir une prévision sur les programmes et effectuer les contrôles y afférents ;
- Rechercher l'équilibre entre l'efficacité dans l'utilisation des ressources, l'efficacité du service offert et la satisfaction des citoyens ;
- Décentraliser les niveaux de responsabilité pour une meilleure adaptation des services aux besoins des usagers.

Il est fondamental d'organiser les contrôles de manière à ce que le professionnel soit le bénéficiaire et en même temps l'acteur du processus d'évaluation.

Cette évaluation doit être régulière et systématique doit s'inspirer d'un modèle préétabli et récurrent connu sous le nom de « système budget ». Il s'agit d'un processus qui, contrairement au contrôle opérationnel, requiert l'interaction constante des professionnels de santé avec la direction de l'agence.

Le processus de contrôle de la gestion se compose des quatre phases suivantes :

1. Programmation ;
2. Établissement du budget ;
3. Réalisation et appréciation des activités ;
4. Rédaction de rapports et évaluation.

Le schéma du processus de contrôle de la gestion comporte les phases suivantes :

- Définition des résultats attendus (objectif) ;
- Déroulement des opérations ;
- Appréciation et comparaison des résultats attendus ;
- Recherche éventuelle des raisons de l'écart ;
- Actions pour la modification de la réalisation des opérations ;
- Redéfinition éventuelle des résultats attendus.

Le système de contrôle de la gestion permet d'exercer, à partir des informations contenues dans le budget et des informations provenant du système de comptabilité sur la gestion effective, un contrôle quantitatif afin d'établir le degré de réalisation des objectifs. La fréquence avec laquelle est effectué le contrôle est fonction de la capacité du système d'appréciation (comptabilité de gestion) de collecter rapidement les données nécessaires.

Le budget (ou plutôt le « système budget ») est le mécanisme opérationnel que l'agence USL utilise pour organiser le système d'objectifs à atteindre à court terme, compte tenu de la structure de l'organisation et dans le respect des responsabilités et des autonomies de ladite agence, afin de la concrétisation desdits objectifs.

Le but du « système budget » est de créer les conditions nécessaires à atteindre les objectifs fixés. Chaque élément du budget doit être attentivement étudié pour concrétiser les objectifs.

Le premier pas dans le cadre de la gestion du budget est la définition et la communication des lignes directrices aux centres de responsabilité. Ceux-ci établissent leurs propositions compte tenu desdites indications et les discutent avec leurs supérieurs. Une fois l'accord conclu, le budget devient un engagement réciproque. Le responsable du centre s'engage à atteindre les objectifs établis par le budget dans les limites des ressources que ledit budget met à sa disposition, tandis que son supérieur s'engage à évaluer positivement le respect dudit engagement.

Il s'agit d'un processus qui associe les ressources humaines internes à l'analyse, la négociation et la définition des objectifs à atteindre en matière de gestion selon une logique de partage.

Le « système budget » se compose comme suit :

- budget opérationnel ;
- budget des investissements ;
- budget des conditions de production.

Les éléments fondamentaux qui doivent être planifiés au cours de la gestion du budget sont les suivants :

- La réglementation explicite et transparente des phases préalable à la formulation des objectifs. De cette manière, on procède à l'identification des acteurs concernés et à la définition du rôle qu'ils doivent jouer dans le système ;
- La fiche afférente au budget, qui fait fonction de support opérationnel pour la définition des objectifs ;
- La gestion du budget : l'établissement des objectifs représente le point de départ d'un parcours qui doit s'achever par la réalisation desdits objectifs. Dans ce cas, il s'agit également d'établir des règles relatives à ce qui suit l'approbation du budget compte tenu de la comparaison avec les résultats partiels afférents à des périodes de l'année. Il est notamment très important de décider si, quand et dans quelle mesure il est possible de modifier les objectifs pendant la gestion et sur la base de quel processus ;
- L'évaluation des résultats : elle représente la phase au cours de laquelle le budget assume l'importance nécessaire pour être considéré comme un instrument fondamental pour la gestion de l'agence. Elle représente également le point de départ du processus de programmation suivant.

Le centre d'évaluation

Le rôle du centre d'évaluation s'insère dans le cadre de la conception des systèmes d'évaluation des activités exercées, considérées comme des objectifs annuels, et des systèmes de contrôle des programmes de rendement internes axés sur des objectifs.

En raison de ses caractéristiques et de ses fonctions, le centre d'évaluation sera composé de personnel interne, éventuellement aidé par des spécialistes externes, afin de favoriser un échange optimal des expériences et des principes méthodologiques.

La fonction principale du centre d'évaluation est le contrôle de la réalisation des objectifs spécifiques de chaque unité budgétaire, au moyen également d'un suivi continu, et des objectifs que l'agence se fixe annuellement par contrat de programme, par le biais aussi de l'élaboration d'indicateurs techniques spécifiques qui sont communiqués aux organisations syndicales. Le centre d'évaluation peut être chargé également de l'évaluation des dirigeants sur accord des syndicats.

Les lignes directrices

Les lignes directrices en matière de santé sont définies comme des « affirmations exposées de manière ordonnée qui aident le médecin dans le choix d'un traitement approprié dans une circonstance donnée ».

Dans le domaine socio-sanitaire, agir scientifiquement signifie réussir à fournir à chaque citoyen tous les bénéfices dont il a besoin et tirer les connaissances nécessaires de l'ensemble de notions et de mises à jour disponibles. La médecine moderne n'est plus basée uniquement sur une approche physiopathologique de base. En effet, l'approche physiopathologique constitue simplement un point de départ puisque la base sur laquelle le médecin fonde réellement ses actes est représentée par la démonstration de l'efficacité d'une intervention thérapeutique donnée.

La limite de cette approche méthodologique consiste dans le fait qu'à chaque acte médical sont appliqués les résultats des examens effectués sur des groupes restreints de citoyens affiliés au régime de santé.

Adapter à un cas particulier les résultats des études afférentes à plusieurs personnes peut conduire à des résultats qui ne sont pas tout à fait satisfaisants. Pour cette raison, la capacité du professionnel de santé d'adapter des connaissances acquises à la situation de chaque citoyen est très importante.

Il s'ensuit que la liberté du médecin naît de l'exécution correcte d'une série d'opérations qui transforment un ensemble de signes et de symptômes en un diagnostic et de l'utilisation pour des choix thérapeutiques (suite à l'établissement du diagnostic et du pronostic y afférent) de ce qui ressort des données relatives à une série d'études cliniques spécifiques contrôlées et des lignes directrices qui ont synthétisé les acquisitions scientifiques dans des recommandations détaillées.

En conclusion, le modèle proposé est caractérisé par une médecine basée sur les données scientifiques au service de la qualité méthodologique des lignes directrices et par un opérateur sanitaire attentif, compétent, sensible, capable d'adapter les méthodes qui ont fait leurs preuves à chaque malade afin d'utiliser de manière appropriée les ressources disponibles.

Lignes directrices à moyen terme

Après l'analyse des modèles généraux de management sanitaire et des objectifs à long terme qui caractérisent le choix stratégique effectué, il est nécessaire de concevoir un plan opérationnel qui intégrera en partie le plan de développement de la qualité, dont on parlera dans la section appropriée.

À court et à moyen terme, il est nécessaire de fournir aux acteurs concernés la formation nécessaire visant d'une part les aires de compétence spécifiques et d'autre part les compétences transversales fondamentales pour l'évaluation des besoins et des résultats des processus d'assistance.

À court terme, il est nécessaire de faire participer au processus de formation tous les dirigeants des structures d'assistance et tous les cadres chargés de fonctions de coordination dans le domaine de la santé.

En même temps, et en application de la formation reçue, il sera nécessaire d'engager, possiblement sur la base des départements, des projets spécifiques visant d'abord la qualité des données et l'analyse de l'efficacité des processus productifs et ensuite le caractère approprié des prestations et l'analyse de l'efficacité.

Du point de vue organisationnel, le processus de développement pourra être soutenu à court terme par le modèle conçu pour le développement du Plan qualité et trouvera ensuite, sur la base de chaque exigence spécifique, des réponses structurelles appropriées.

Objectifs

- Former le personnel de direction œuvrant au sein de l'hôpital, du district et du Département de prévention ;
- Engager les projets spécifiques dans le cadre des départements au moyen de programmes ciblés et progressifs ;
- Former tout le personnel sanitaire en matière de qualité des données avec une attention particulière pour la tenue du journal clinique hospitalier et territorial, à l'établissement de la fiche relative à la sortie du malade de l'hôpital, de l'ordonnance, du rapport dans les dispensaires et du dossier à l'intention des infirmiers ;
- Associer les sociétés scientifiques et/ou les organisations professionnelles à la définition et à la validation de lignes directrices spécialisées et surtout d'indicateurs des résultats permettant d'effectuer une évaluation objective et de tester les performances des unités budgétaires et des services socio-sanitaires.

Actions

- Donner à tout le personnel de direction et de coordination et au personnel chargé des fournitures et des équipements (selon leurs compétences respectives) une formation en matière de contrôle de la gestion des processus d'aide sociale et de planification, d'évaluation économique et de gestion technologique, ainsi que de médecine basée sur les données scientifiques ;
- Former tout le personnel aux principes de la médecine basée sur les données scientifiques ;
- Instituer un registre des lignes directrices et des procédures informatiques créé et mis à jour par le bureau de la qualité ;
- Engager au moins un projet à l'échelon du département visant la définition d'indicateurs des résultats suivant les critères de l'efficacité et de la pertinence des prestations.

Plan qualité

Les problèmes liés à la santé psychique et physique et encore plus ceux du système socio-sanitaire et de l'assistance sont caractérisés par leur complexité. Il s'agit d'une complexité qui est présente dans différentes situations, de l'étiologie au système des réponses sanitaires, de la dimension territoriale à la dimension économique, de l'approche culturelle à l'interaction entre systèmes. Pour répondre à ces problèmes l'on a souvent privilégié des solutions spécifiques, au détriment d'une solution globale.

Il s'agit d'un problème qui demande la mise en place à tous les niveaux du système sanitaire (national, régional, de l'agence, des départements et des unités opérationnelles jusqu'aux professionnels de santé) de dispositifs pour la connaissance, la communication et l'évaluation.

Les approches traditionnelles, bien qu'elles soient rarement adoptées, du système d'information et d'observation épidémiologique, qui sont toutefois fondamentales, doivent être complétées (compte tenu de l'évolution des technologies et des modifications de la société civile, de ses besoins, de ses aspirations, de son envie de compter, des nouveaux rapports « politiques » qu'elle produit) par d'autres approches qui tiennent compte de l'importance stratégique de concepts tels que la communication et l'évaluation.

Les besoins ont de plus en plus une nature indépendante des lieux physiques dans lesquels ils sont exprimés et les réponses qu'ils exigent souvent ne se limitent pas aux lieux. Le système des connaissances doit s'adapter aux cas particuliers, en vue d'une évaluation de chaque problème, du point de vue quantitatif et qualitatif. Il n'est donc pas constitué d'une base de données figées mais il est ouvert sur un système de bases de données en mutation constante. Le système de la communication a donc une importance stratégique car il permet au système des connaissances d'établir des liens avec d'autres bases de données. Il doit sûrement se développer dans des domaines bien plus vastes que celui de la santé, en utilisant tout les moyens à sa disposition à commencer par les réseaux de communication. De plus, le caractère central du système de l'évaluation est indispensable à une évaluation correcte des besoins des usagers.

La promotion, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins sont des instruments :

- de protection et de sauvegarde des citoyens qui sont en contact avec le service régional ;
- d'amélioration du professionnalisme du personnel ;
- d'évaluation de l'efficacité de la gestion de l'agence.

Le service sanitaire régional est muni de systèmes de promotion et d'évaluation de la qualité, du caractère approprié et des résultats des prestations fournies par les structures socio-sanitaires et par les services publics et privés accrédités. Ces systèmes doivent prévoir des programmes spécifiques et des indicateurs qui soient capables de mesurer les résultats obtenus. Les aires dans lesquelles mesurer la qualité du service rendu seront choisies sur la base de priorités définies au sens des critères suivants :

- Référence à des maladies importantes en termes de nombre de cas, de l'importance de l'assistance et de la gravité ;
- Complexité du fait du caractère interdisciplinaire du système, de la continuité des soins hospitaliers et non-hospitaliers ainsi que des plans thérapeutiques adoptés ;
- Exemplarité dans la description de la qualité, de l'efficacité et de l'efficacé des services ou des traitements thérapeutiques qu'elles sont destinées à évaluer ;
- Focalisation sur les traitements que la personne reçoit plutôt que sur chaque prestation.

La qualité des résultats est évaluée au moyen d'un système d'indicateurs à moyen et à long terme qui comporte également l'utilisation de ceux visés à la législation nationale en vigueur. À court terme, comme dans les plans annuels, en sus des indicateurs relatifs aux résultats disponibles, la qualité sera évaluée par des indicateurs afférents aux structures et aux processus, ainsi qu'à la conformité avec les programmes. À cette fin, il sera fait application du processus d'accréditation en tant que garantie des niveaux de qualité préétablis et homogènes sur tout le territoire régional.

Les programmes et les instruments d'évaluation sont définis par les lignes directrices pour la gestion du service sanitaire régional ou par des programmes spécifiques.

Le processus de promotion et d'évaluation de la qualité est organisé en plusieurs niveaux cohérents entre eux du point de vue des objectifs et des méthodes. En raison de la nouveauté des approches programmatiques en matière de qualité, il faut prévoir toutefois une phase d'organisation et de formation, suffisamment longue, pour la définition du schéma d'exécution régional et de l'agence et pour l'acquisition des compétences spécifiques nécessaires.

Dans tous les cas, il est prévu d'instituer, au niveau de l'agence, un bureau spécifique pour le soutien de la direction générale et, compte tenu des fonctions attribuées par le présent projet à l'Assessorat, il est prioritaire qu'au niveau régional soit envisagée la création d'un secteur doté d'un organigramme spécifique et d'un budget annuel, sous peine de la non applicabilité de l'ensemble du projet.

Les besoins susmentionnés en matière d'organisation et de formation imposent la vérification des premiers résultats obtenus à partir de 2002 et reconduisent ce projet même après la période de validité du présent plan.

À l'échelon régional, la promotion est effectuée suivant les indications du Programme régional pour la qualité qui concerne, jusqu'à 2003, uniquement les besoins en matière d'organisation et de formation, et qui sera, ensuite, complété et rendu cohérent avec le projet. Pour l'application de programmes régionaux importants, des formes de coordination entre les départements et/ou les districts et/ou le Département de prévention sont mises en place afin d'assurer l'homogénéité et la qualité des résultats. Des activités de formation spécifiques sont mises en œuvre si cela est nécessaire. La participation aux programmes et l'engagement et le suivi de ceux-ci sont soutenus également par l'introduction de standards parmi les critères d'accréditation ou par des politiques d'encouragement.

Au niveau de l'agence, du département de l'unité budgétaire et du district, la promotion et l'évaluation de la qualité doivent faire partie intégrante des mécanismes de gestion et de soin. À ce niveau, il y a lieu d'engager des processus de révision censés évaluer :

- Le caractère approprié des processus ;
- L'amélioration possible des résultats ;
- La conformité des processus et des résultats avec les standards escomptés.

Si aucun standard explicite ne peut être utilisé, la comparaison doit être effectuée, au moyen du test des performances, avec des unités ou des structures opérationnelles comparables situées en dehors de la Vallée d'Aoste.

Il faut mettre en œuvre des actions visant à améliorer l'information de la population sur les résultats obtenus par le service sanitaire régional par des rapports périodiques sur la qualité ayant fait l'objet de suivi.

L'objectif général de promouvoir l'amélioration de la qualité des interventions sanitaires, en tant que valeur produite par le service sanitaire régional en termes de santé, de santé perçue, de satisfaction et de réduction de la dépense par unité de résultat est organisé en quatre objectifs spécifiques :

1. Améliorer la qualité de l'offre ;
2. Augmenter le caractère approprié des soins ;
3. Élever le niveau de la qualité perçue ;
4. Améliorer la capacité d'assurer le suivi des résultats globaux, sanitaires, sociaux et économiques des politiques sanitaires.

Les initiatives y afférentes doivent s'inscrire dans le cadre d'un programme régional pour la qualité qui réponde aux critères opérationnels suivants :

- Essor de l'activité de promotion de la qualité dans les structures publiques et privées ;
- Adoption et utilisation de la planification et de l'évaluation d'un système d'indicateurs régionaux ;
- Organisation, dans le cadre de chaque unité budgétaire, d'initiatives de révision et d'auto-évaluation des pratiques liées à l'assistance, au moyen également de traitements thérapeutiques ;
- Reconnaissance de la participation active du personnel salarié et conventionné aux initiatives d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité ;
- Focalisation des initiatives de recherche sur l'amélioration de la qualité ;
- Développement d'activités d'évaluation sociale et professionnelle des services ;
- Cohérence entre les initiatives d'amélioration de la qualité et les initiatives d'amélioration de la sécurité ;
- Adoption d'un système d'encouragement clair, sûr, partagé et stimulant pour obtenir des améliorations évidentes de la qualité ;

L'essor de la qualité à l'échelon de l'agence doit donc avoir lieu à tous les niveaux de l'organisation. Tous les agents doivent quotidiennement tendre vers une amélioration continue des prestations fournies. Dans cette phase de commencement du processus, il est toutefois indispensable de constituer un bureau au sein de l'agence, qui ait pour fonction de favoriser l'application des politiques de qualité mises en œuvre par ladite agence. Les fonctions liées à l'évaluation de la qualité sont organisées comme suit :

À l'échelon régional, l'Assessorat, au moyen d'un secteur ad hoc, sur la base des lignes directrices et des objectifs du plan et avec les concours de l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales, fixe les lignes directrices et les objectifs afférents à l'amélioration continue de la qualité (MCQ) et exerce également les fonctions suivantes :

- Soutien méthodologique et organisationnel du bureau pour l'essor de la qualité ;
- Création d'un centre de documentation régionale sur les activités de MCQ chargé également de la diffusion des résultats des actions de MCQ réalisées ;
- Promotion et coordination d'activités de MCQ d'intérêt régional relatives à des sujets spécifiques ;
- Définition des critères d'évaluation des systèmes de qualité mis en œuvre à l'échelon de l'agence ;
- Évaluation des activités de contrôle de qualité effectuées.

À l'échelon de l'agence, la structure de base pour la qualité est organisée comme suit :

Direction générale

Fonctions :

- Définition des objectifs et des orientations générales en matière de qualité (politique de qualité) ;
- Planification stratégique et répartition des ressources ;
- Mise en place de l'évaluation de la qualité (gestion de la qualité au sein de l'agence) ;
- Nomination des membres des organismes de l'agence et des responsables en matière de qualité ;
- Définition de systèmes d'encouragement de la participation à des programmes de MCQ ;
- Collaboration et rapports institutionnels.

Bureau de l'essor de la qualité

Il est chargé de l'exercice de fonctions de soutien de la direction générale et des unités décentralisées.

Fonctions :

1. Formation et promotion de la culture de la qualité ;
2. Coordination des activités de MCQ ;
3. Collaboration aux activités de MCQ ;
4. Conception des activités de MCQ ;
5. Recherche.

Les activités susmentionnées ne sont pas exhaustives car elles sont susceptibles de développements relativement à chacune des fonctions indiquées ci-après :

1. Formation et promotion d'une culture de la qualité comportant :
 - 1.1. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation de cours de formation à l'intention des responsables d'unités opérationnelles, tenus dans le cadre des départements, et à l'intention des directeurs et des responsables médicaux, du personnel infirmier, du personnel auxiliaire et technique, des médecins généralistes, des pédiatres à choix libre, des spécialistes œuvrant dans les dispensaires conventionnés et des médecins des urgences ;
 - 1.2. La diffusion d'informations relatives à des initiatives de recyclage (colloques, congrès) portant sur des sujets afférents à la qualité ;
 - 1.3. L'analyse des initiatives de recyclage obligatoire pour l'introduction, si nécessaire, de modules afférents à la qualité ;

- 1.4. La promotion de manifestations (colloques, congrès) en vue de la divulgation des résultats des activités de MCQ parmi le personnel et les usagers, de la collecte de suggestions formulées par les responsables des institutions et de la promotion de l'image de produits de l'agence ;
- 1.5. La création d'un centre de documentation sur la bibliographie et les actions en matière de qualité.
2. Coordination des activités de MCQ, comportant :
 - 2.1. L'inventaire des initiatives de MCQ entreprises au sein de l'agence ;
 - 2.2. La coordination de groupes de MCQ afin de rendre homogènes les actions de MCQ portant sur les mêmes sujets, les modalités de travail, ainsi que les méthodes et les outils d'évaluation.
3. Collaboration avec les activités de MCQ comportant :
 - 3.1. Le soutien méthodologique des activités de MCQ dans toutes leurs phases (définition du problème, choix des priorités, définition et énonciation de critères et de standards, définition du schéma d'étude ; définition des instruments à utiliser pour le relevé, élaboration statistique des données) ;
 - 3.2. La participation directe (sur demande) aux groupes de travail de MCQ ;
 - 3.3. L'évaluation des projets de MCQ des Unités opérationnelles décentralisées.
4. Conception des activités de MCQ comportant :
 - 4.1. L'examen des problèmes de qualité au sein de l'agence ;
 - 4.2. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'études spécifiques quant au caractère approprié des services sanitaires rendus (admissions et séjours hospitaliers, admissions et soins à l'hôpital de jour et aux dispensaires, sang et produits dérivés, antibiotiques, équipements techniques et de laboratoire ayant un coût élevé, requêtes d'examens de laboratoire) ; quant à la qualité de la documentation clinique, des données et des circuits d'informations y afférents (SDO, DRG, systèmes d'indicateurs) ; quant à la qualité des systèmes de surveillance (par ex. : des infections nosocomiales), des diagnostics autoptiques, des incidents critiques, et quant à la satisfaction des usagers et des professionnels ;
 - 4.3. Evaluation des actes médicaux de médecine de base ;
 - 4.4. Suivi des niveaux de conformité de la structure avec les normes afférents à l'accréditation.
5. Recherche.

Certains sujets de recherche, parmi ceux qui sont possibles, à examiner également de concert avec les unités de MCQ d'autres agences situées en dehors du territoire régional sont indiqués ci-après :

- Efficacité de la mise en œuvre de lignes directrices ;
- Analyse des besoins des usagers ;
- Études de «technology assessment» ;
- Stratégies pour vaincre les résistances au changement.

Le bureau de l'essor de la qualité doit être composé d'opérateurs sanitaires provenant de professions diverses et ayant acquis des compétences professionnelles relatives aux domaines suivants :

- Épidémiologie ;
- Statistique : pour la définition des plans d'échantillonnage, le traitement et l'interprétation des données, ainsi que la gestion de systèmes informatiques ;
- Organisation : méthodes d'analyse des organisations nécessaires pour comprendre la situation organisationnelle dans laquelle il faut agir, pour effectuer des « diagnostics » en matière d'organisation et pour établir quelles mesures correctives sont éventuellement nécessaires ;

- Économie de la santé : évaluation des rapports entre coûts et bénéfices, coûts et efficacité, coûts et utilité ; analyse de chaque centre de responsabilité ; gestion du budget ;
- Communication : gestion de petits groupes ; stratégies pour vaincre les résistances au changement ;
- Formation : techniques pour la définition des besoins en matière de formation ; objectifs éducatifs et planification de systèmes d'évaluation.

Le bureau pour l'essor de la qualité travaillera de concert avec le centre d'évaluation de l'agence visé au décret législatif n° 29/1993, qui sera chargé, en sus de ses autres attributions, d'encourager la mise en œuvre d'actions de MCQ dans les secteurs administratifs de l'agence USL, sous la responsabilité du directeur administratif.

Des responsables de la qualité (un par département et un pour chaque unité budgétaire) doivent être choisis parmi les opérateurs qui sont intéressés à cette question. Il est opportun que ces fonctions soient attribuées par roulement aux membres de l'U.O.

Fonctions :

- Application à chaque situation concrète des politiques de qualité de l'agence ;
- Définition des problèmes de qualité de l'U.B. concernée ;
- Promotion et réalisation d'actions de MCQ dans les situations concrètes.

Les commissions et les groupes de travail (mono- et multidisciplinaires, permanents et temporaires) doivent représenter les mailles du réseau global des activités de MCQ. Plusieurs types de commissions et de groupes de travail sont possibles :

1. Commissions multidisciplinaires permanentes chargées d'examiner des problèmes spécifiques (par ex. : infections nosocomiales, utilisation d'antibiotiques et de sang, chirurgie et tissus prélevés, aspects liés au séjour hospitalier) ;
2. Groupes de travail professionnels permanents, de département, de service, de l'U.B. Parmi ces groupes, un groupe de travail par laboratoire, responsable du contrôle de la qualité interne et de la participation des laboratoires aux programmes de MCQ interentreprises, devrait en tout état de cause être créé ;
3. Groupes de travail temporaires créés pour faire face à des problèmes spécifiques.

Objectifs

Améliorer la qualité de l'offre

Les instruments définis pour atteindre cet objectif sont les suivants :

- L'autorisation et l'accréditation des dispensaires publics et privés pouvant passer des contrats avec l'agence USL pour fournir des prestations remboursables par le service sanitaire régional ;
- Le Plan de l'agence pour l'amélioration continue de la qualité ;
- Les initiatives d'accréditation visant l'optimisation des prestations.

Les actions de la Région visent à :

1. Faire atteindre au cours des trois prochaines années un rythme normal d'activité au système d'accréditation des structures hospitalières et des dispensaires fournissant des prestations médicales et socio-sanitaires hautement intégrées ;

La recherche de la qualité impose des efforts pour une amélioration continue de l'ensemble du service socio-sanitaire régional basés sur une planification des actions et sur un contrôle régulier des résultats obtenus. Cette approche permet d'améliorer davantage le comportement technique et professionnel et la valeur produite par le service socio-sanitaire régional (condition clinique, santé perçue, satisfaction et réduction de la dépense).

2. L'adoption, à partir de 2003, d'un programme régional spécifique pour la qualité auquel correspondent les programmes sectoriels pour l'amélioration continue de la qualité, suivant les critères principaux suivants :
 - Définition des buts et des objectifs, répartis par années ;
 - Définition des conditions préalables et des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs ;

- Modalités d'information et de participation des agents du service socio-sanitaire régional et des citoyens ;
- Accréditation visant une optimisation des prestations.

Dans le cadre du programme pour l'amélioration de la qualité, la Région soutient l'amélioration continue de l'offre, encourage la collaboration avec les sociétés scientifiques, les associations bénévoles et les associations professionnelles.

Améliorer la pertinence des soins

La politique sanitaire se situe entre les attentes en matière de santé, la demande croissante et les exigences de limitation des dépenses. Mais une augmentation de la fourniture de prestations ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de la santé. Beaucoup d'études en Italie et à l'étranger ont démontré que le pourcentage de prestations qui ne correspondent pas à des résultats probants en termes de santé est aujourd'hui élevé. Pour limiter la demande de services sanitaires il faut donc considérer l'efficacité et la pertinence des prestations comme des critères d'évaluation de la qualité et donc de sélection de celles-ci.

Les actions régionales sont les suivantes :

- L'évaluation du degré de pertinence des niveaux d'assistance ;
- Les campagnes d'éducation des citoyens en vue d'une meilleure utilisation des différents niveaux de l'assistance fournie par le service socio-sanitaire régional ;
- La définition de systèmes homogènes locaux, pour la collecte des données afférentes aux niveaux d'assistance, permettant la comparaison et l'amélioration de ces derniers sur la base de critères d'efficacité.

Les actions de l'agence sont les suivantes :

- L'adoption et la diffusion de lignes directrices portant sur des maladies spécifiques suivant les principes de la médecine basée sur les données scientifiques ;
- La définition des orientations pour une utilisation appropriée des niveaux d'assistance en fonction des lignes directrices relatives à chaque maladie.

Au cours de la période de trois ans d'activité du service socio-sanitaire régional, dans le cadre des plans régionaux de l'agence pour la promotion de la qualité, il est procédé à l'identification des aires n'atteignant pas les niveaux requis de pertinence, au sein desquelles développer un synergie entre les différentes actions.

Lignes directrices établies en fonction de chaque maladie suivant les critères de la médecine basée sur les données scientifiques

En sus des lignes directrices médicales qui font partie des projets nationaux coordonnés par le Ministère de la santé, il est procédé à la mise en œuvre de projets d'élaboration de lignes directrices en matière chirurgicale – relatives aux prestations dont les délais d'attente sont les plus longs, la fréquence de complications est la plus élevée et les procédures sont les moins homogènes – ainsi qu'en matière d'assistance infirmière.

L'élaboration des lignes directrices doit suivre les critères généraux suivants :

- Intégration et non superposition avec les initiatives nationales ;
- Référence rigoureuse aux critères de la médecine basée sur les données scientifiques ;
- Valorisation des compétences locales ;
- Intégration et synergie avec les initiatives locales et les autres initiatives régionales ;
- Planification des étapes d'élaboration, de diffusion et de vérification ;
- Intégration avec les systèmes d'incitation des personnels salariés et conventionnés ;
- Établissement des priorités sur la base des critères suivants : fréquence élevée, coût, accès différenciés, modalités d'assistance et/ou types de résultats, disponibilité d'informations avec la participation des ordres des médecins et des sociétés scientifiques sur la base des critères adoptés par la fédération des sociétés scientifiques.

L'agence doit engager les actions suivantes :

- Mise en œuvre, achèvement et définition, en conformité avec les dispositions régionales, de cinq lignes directrices au moins par département, dont les critères de choix ont été validés par le bureau de l'essor de la qualité.

À titre d'exemple uniquement, les maladies principales prises en considération pour la rédaction de lignes directrices par d'autres plans sanitaires régionaux actuellement en vigueur sont indiquées ci-après :

- Décompensation cardiaque ;
- Insuffisance rénale chronique ;
- Utilisation clinique de l'albumine ;
- Néoplasie du colon, de la mamelle, du col de l'utérus, de la prostate ;
- Néoplasies broncho-pulmonaires ;
- Soins palliatifs ;
- Prévention de complications cancérologiques ;
- Rééducation cancérologique ;
- Hépatite virale chronique ;
- Cirrhose ;
- Néphropathies progressives et insuffisance rénale chronique ;
- Gestion des infirmités les plus graves ;
- Assistance en faveur des handicapés ;
- Prévention des maladies fréquentes chez les personnes âgées et soutien psychologique ;
- Sécurité du sang ;
- Carcinome hépatique ;
- TBC ;
- Diagnostic et traitement des leucémies lymphoïdes chroniques ;
- Activité de conseil en vue de l'arrêt de la consommation de tabac ;
- Abus d'alcool ;
- Escarres ;
- Toxicomanie et morbidité y afférente ;
- Utilisation correcte des produits médicaux et chirurgicaux, des antibiotiques et des produits destinés à la chimiothérapie en milieu hospitalier ;
- Vaccinations ;
- Diabète ;
- Hypertension ;
- Cardiopathie ischémique aiguë ;
- Cardiopathie ischémique chronique ;

- Rééducation cardiologique ;
- Chirurgie cardiaque relative à des cas spécifiques et urgents ;
- Interventions chirurgicales ;
- Soins infirmiers.

Lignes directrices pour une utilisation appropriée des niveaux d'assistance

L'action de la Région concerne :

- L'établissement de lignes directrices pour optimiser les ressources disponibles et les destiner à l'utilisation des niveaux d'assistance qui combinent de la meilleure façon possible l'efficacité de la prestation et l'économicité de l'intervention et accroissent ainsi l'efficience et les possibilités d'activité du service socio-sanitaire régional.

Les lignes directrices prioritaires sont relatives aux aspects suivants :

- Hospitalisation ;
- Système des alertes et des urgences non hospitalières ;
- Diagnostics ambulatoires ;
- Recours au médecin généraliste.
- L'engagement d'une négociation entre l'hôpital et le territoire pour la rédaction de lignes directrices visant le déplacement de ressources significatives de leur destination actuelle – qui contribue à une utilisation impropre de l'hôpital – aux services territoriaux, pour introduire une programmation des activités sanitaires qui prenne en compte le principe de la recherche du caractère approprié de celles-ci.

En effet, il est nécessaire de faire en sorte que tous les acteurs du système contribuent à l'optimisation des ressources et réorientent celle-ci vers une utilisation des niveaux d'assistance et des services qui combinent de la meilleure façon possible l'efficacité de la prestation et l'économicité de l'action et améliorent ainsi l'efficience du système.

En sus des structures internes de l'agence USL, la négociation devrait concerner les médecins généralistes, les pédiatres à choix libre et les spécialistes territoriaux, afin d'établir de concert pour quels types de prestations il est possible de transférer progressivement les ressources de l'hospitalisation ordinaire à l'hôpital de jour et aux traitements ambulatoires et de privilégier ainsi les centres qui nécessitent d'une quantité inférieure de ressources pour obtenir le même résultat thérapeutique.

L'un des instruments les plus importants pour améliorer le caractère approprié des interventions est lié au changement des modalités choisies pour orienter les usagers vers les services concernés, par les prescripteurs. À cette fin, il faut engager des activités de formation et de soutien visant la promotion de la connaissance de tous les centres de soins existant sur le territoire et susceptibles de remplacer l'hôpital.

Suivi du caractère approprié de l'utilisation des niveaux d'assistance

L'action indiquée ci-après est du ressort de l'agence :

- Introduction du PRUO en tant qu'instrument spécifique d'évaluation des hospitalisations effectuées.

Le PRUO (Protocole de révision de l'utilisation de l'hôpital) est l'instrument validé et utilisé internationalement pour apprécier le caractère approprié de l'utilisation des ressources afférentes à chaque hospitalisation effectuée et fournit des indications utiles au développement de stratégies pour la réduction du nombre des hospitalisations et de la durée des séjours.

Il s'agit d'un instrument qui permet aux structures hospitalières d'évaluer leur activité. Les contrôles doivent en effet avoir pour objet principal de rationaliser l'offre des structures contrôlées et de fournir des prestations plus appropriées à un coût inférieur.

Le Plan socio-sanitaire régional prévoit d'insérer le PRUO parmi les instruments destinés au suivi des résultats de l'agence USL, afin d'obtenir des informations utiles à la planification sanitaire régionale et au sein de l'agence, et de planifier les niveaux d'assistance pouvant remplacer l'hospitalisation.

Éducation des citoyens à une meilleure utilisation des niveaux d'assistance

Les actions indiquées ci-après sont du ressort de la Région et de l'agence :

- L'engagement d'initiatives d'éducation et d'information à l'intention des citoyens en vue de réorienter la demande en matière de santé suivant le principe du caractère approprié de prestations.

L'utilisation qui est faite aujourd'hui de certains niveaux d'assistance tels que le service des urgences, l'imagerie médicale et le cabinet du médecin généraliste démontre que les citoyens ne connaissent pas encore les autres possibilités.

La stratégie de l'information doit stimuler et développer parmi les citoyens une culture sanitaire propre à leur faire prendre conscience de l'inutilité de prestations médicales dont la demande est en augmentation. Une meilleure information sur les opportunités thérapeutiques et sur les facteurs qui conditionnent la santé, ainsi que sur les risques dérivant de l'abus de prestations non nécessaires doit permettre la réduction de la demande d'interventions thérapeutiques inappropriées.

Dans le cadre du plan d'application local, sur la base d'orientations régionales, l'agence établit quelles sont les actions visant à faire augmenter parmi les citoyens une prise de conscience des critères afférents au caractère approprié de l'utilisation des niveaux d'assistance et des prestations.

Élever le niveau de la qualité perçue

L'attention à la qualité perçue est fondamentale pour donner une signification concrète, qui n'est toutefois pas la seule possible, à l'affirmation de la centralité du citoyen.

Les instruments choisis pour atteindre cet objectif sont les suivants :

- La charte des services médicaux et socio-sanitaires ;
- Les études comportant la participation de plusieurs sujets et destinées au relevé de la qualité perçue ;
- Les projets thématiques.

Quant à la charte des services médicaux et socio-sanitaires, la Région est chargée de :

- La promotion de la charte des services par :
 1. Le soutien et la coordination de l'essor de la charte des services médicaux et socio-sanitaires qui devra être adoptée par tous les fournisseurs du service socio-sanitaire régional (agence et structures accréditées) et la réalisation d'études sur la qualité perçue ;
 2. Suivi réalisé à partir de l'analyse des résultats de l'agence suivant une logique de service plutôt que d'une logique d'inspection.

La Région élabore une charte des services socio-sanitaires qui indique l'ensemble de l'offre présente sur le territoire régional.

Parallèlement à l'action régionale, les prestataires du service socio-sanitaire régional (agence et structures accréditées) doivent s'engager à :

- Réaliser dans leurs services des relevés de la qualité perçue au moyen des instruments et des procédures méthodologiques proposées par la Région ;
- Procéder à la mise à jour périodique (annuelle) de leur charte des services, qui tient compte de points de force et des points critiques décelés au moyen du relevé de la qualité perçue et d'autres indicateurs, ainsi qu'à procéder au contrôle de leurs standards de qualité ;
- Élaborer des cartes des services sectoriels qui tiennent compte des parcours suivis par les usagers pour bénéficier de l'assistance.

La charte des services de chaque structure, périodiquement mise à jour, et les relevés de la qualité perçue, qui en représentent l'instrument opérationnel principal, constituent dans ce cadre une opportunité capitale pour la protection des droits des citoyens et de leur participation aux services médicaux et socio-sanitaires, compte tenu de la collaboration profitable instaurée avec les associations de bénévoles.

Les études destinées au relevé de la qualité perçue

L'action indiquée ci-après est du ressort de la Région :

- Mise au point d'une méthode pour l'implémentation d'un système régional d'étude de la qualité perçue ayant des caractéristiques homogènes sur l'ensemble du territoire régional et qui soit en mesure de donner des résultats pouvant faire l'objet de comparaisons. Ladite méthode doit être basée sur des questionnaires et d'autres moyens qui permettent la participation active des sujets concernés par l'évaluation de la qualité des services.

La méthode adoptée utilise principalement un questionnaire portant sur la satisfaction d'un échantillon d'utilisateurs comme instrument pour la collecte des données mais il n'exclut pas l'utilisation d'autres techniques et prévoit la participation des associations de protection des citoyens et des organisations syndicales. Le système de relevé doit permettre de :

- Disposer d'une évaluation synthétique de la qualité perçue relativement à plusieurs services fournis par l'agence USL ;
- Définir et suivre l'évolution des points de force et des points critiques ;
- Mettre en évidence les conséquences des changements organisationnels donnés.

En perspective et pour une plus grande efficacité du système, le résultat positif (en termes de niveau de qualité obtenu par un service donné) peut devenir une base de données et constituer un élément d'évaluation aux fins de l'accréditation ou de la détermination du système des primes.

Les projets thématiques

Afin d'examiner de manière concertée et suivant des critères homogènes les plus importants thèmes afférents à l'humanisation il sera procédé au sein de l'agence à la mise en œuvre de campagnes/projets portant sur les sujets suivants :

- Contrôle de la douleur ;
- Respect de la dignité de la personne et amélioration du rapport entre le citoyen et les opérateurs du service socio-sanitaire régional ;
- Protection du handicapé en milieu hospitalier ;
- Humanisation de l'accouchement ;
- Accueil de l'enfant en établissement ;
- Respect de la mort ;
- Sauvegarde des rythmes de vie ;
- Alimentation à l'hôpital ;
- Confort de l'hébergement.

LES OBJECTIFS « TRANSVERSAUX »

Cette partie du Plan comprend tous les objectifs qui, transversalement et chacun en ce qui le concerne, complètent l'offre de services et de prestations et constituent dans leur ensemble le système socio-sanitaire régional de la Vallée d'Aoste.

Il s'agit des domaines suivants :

- Aide économique ;
- Autorisation et accréditation ;
- Réalisation d'un réseau d'assistance et sanitaire entre les agences ;
- Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales et Système d'information socio-sanitaire.

Aide économique

L'aide économique est du ressort de la Région et est régie par des lois destinées à des catégories spécifiques d'usagers. Les lois régionales qui régissent l'aide économique sont les suivantes :

- LR n° 70/1979 et LR n° 43/1985 « Aides en faveur des néphrétiques chroniques sous dialyse itérative ou ayant subi une transplantation rénale »
- LR n° 17/1984 « Aide à l'enfance » ;
- LR n° 22/1993 « Aides en faveur des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades du sida » ;
- LR n° 19/1994 « Mesures en matière d'aide économique » ;
- LR n° 44/1998 « Initiatives au profit de la famille » ;
- LR n° 3/1999 « Dispositions destinées à favoriser la vie sociale des personnes handicapées » ;
- LR n° 11/1999 « Texte unique en matière d'aides économiques en faveur des invalides, des aveugles et des sourds-muets ».

Pour toutes les lois susmentionnées, et afin d'exercer de manière appropriée son rôle de contrôle et d'évaluation, la Région poursuivra les objectifs indiqués ci-après pendant la période de validité du présent plan :

Objectifs généraux

- Définir les critères généraux pour bénéficier des prestations sociales ;
- Élaborer un texte unique des dispositions régionales en matière d'aide économique.

Le présent plan entend mettre en œuvre des actions relativement aux domaines afférents aux types d'usagers indiqués ci-après :

1. *Invalides civils, aveugles et sourds-muets* : les destinataires desdites actions sont les personnes résidant en Vallée d'Aoste et appartenant aux catégories concernées. La réponse aux besoins est appropriée avec une diminution considérable par rapport au passé des délais d'attente nécessaire pour vérifier si les demandeurs répondent aux conditions requises, en vertu également de l'introduction de supports informatiques.

Des points critiques subsistent toutefois pour ce qui est des contrôles. Une solution à ces problèmes sera fournie au cours des trois prochaines années par la signature d'un protocole d'entente entre le Ministère des finances et la Région afin d'optimiser les procédures afférentes au contrôle d'offices des revenus.

Objectifs

- Assurer l'équité des versements des aides économiques ;
- Déceler et prévenir les abus éventuels.

Actions

- Élaboration d'un plan de révisions ;
 - Application d'une procédure d'archivage électronique ;
 - Signature d'un protocole d'entente entre le Ministère des finances et la Région relativement au contrôle d'offices des revenus.
2. *Personnes âgées et handicapées, alcooliques, toxicomanes, séropositifs et malades du SIDA* : Il est possible de faire face, bien que partiellement, à l'hétérogénéité des types d'usagers bénéficiant d'aides économiques au sens de la LR n° 22 de 1993 par l'objectif commun de limiter autant que possible la durée de l'hospitalisation desdits sujets dans une structure destinée aux malades graves et de prévoir à leur intention des formes d'assistance plus adaptées à leurs conditions physiques et humaines prises dans leur globalité. L'évolution actuelle est orientée vers une prise de conscience de la nécessité de ré-

pondre à une demande croissant de manière exponentielle d'aide à domicile à l'intention des personnes non autonomes, en vue de remplacer l'hospitalisation de celles-ci.

En raison du fait que l'évolution prévue pour les trois prochaines années est constante, il est nécessaire d'instituer des formes d'évaluation et de contrôle du niveau de l'assistance fournie au moyen de personnel privé.

Objectifs

- Développement de formes d'aide à domicile ;
- Évaluation de la qualité du service à domicile.

Actions

- Vérification du professionnalisme des personnes chargées de l'aide à domicile ;
- Signature d'un protocole d'entente avec les coopératives d'aide sociale et les syndicats pour la gestion du personnel.

3. *Mineurs* : Les bénéficiaires de la loi établissant des aides économiques sont dans ce cas les personnes de moins de 18 ans résidant en Vallée d'Aoste. Lesdites aides ont pour but de pallier des situations de besoin en termes économiques même si le mineur en question, pour différentes raisons, fait l'objet de mesures de placement familial ou dans un établissement ou est hébergé temporairement dans une colonie de vacances.

Bien que la demande y afférente soit restée constante pendant les trois dernières années, l'institution de l'Observatoire de l'enfance et de l'adolescence qui deviendra opérationnel au cours de la période de validité du présent plan donnera des réponses précises quant aux niveaux de satisfaction d'une demande à laquelle il n'est pas possible de répondre uniquement du point de vue économique. La contribution en termes de connaissances et d'instruments d'évaluation que l'observatoire pourra fournir quant à la situation des mineurs et des jeunes en Vallée d'Aoste permettra de disposer de nouveaux éléments pour améliorer les niveaux actuels d'efficacité et d'efficience. La qualité des initiatives destinées à cette catégorie de la population doit être considérée comme un investissement précieux pour la société future.

Objectif

- Accueillir et compléter les connaissances actuelles par les éléments qui seront fournis par l'Observatoire de l'enfance et de l'adolescence pour faire en sorte que les ressources soient mieux adaptées au caractère dynamique des besoins exprimés.

Actions

- Rationalisation des aides économiques en fonction des actions de prévention de l'inadaptation des mineurs.

4. *Famille* : La loi actuelle sur la famille constitue en soi un élément d'excellence puisque ses contenus ont anticipé les contenus de la loi nationale tout en améliorant par rapport à celle-ci les services d'assistances et en réduisant les contraintes de nature juridique. Les types d'usagers concernés sont nombreux et comprennent : les enfants de 0 à 5 ans (au-delà des 3 ans uniquement les enfants bénéficiant d'une mesure de placement), les femmes au foyer résidant en Vallée d'Aoste, les familles nombreuses, les personnes âgées et les handicapés ayant besoin d'aide. Les données encourageantes enregistrées au cours des trois années de validité de ladite loi démontrent qu'il a été possible de résoudre plusieurs problèmes particulièrement importants pour la population régionale.

Objectif

- Évaluer l'adaptation de la réponse institutionnelle à l'offre actuellement fournie.

Action

- Institution de l'Observatoire de la famille.

4. *Minimum vital* : La connaissance du niveau réel de pauvreté d'une population ne peut que résulter d'indicateurs indirects. À cet effet, une Commission régionale d'étude sur l'état de la pauvreté en Vallée d'Aoste est chargée de procéder à des relevés. Les destinataires de la LR n° 19/1994 sont les personnes démunies résidant en Vallée d'Aoste. De 1997 à aujourd'hui, les demandes d'aide économique ont augmenté progressivement et ont atteint le nombre de 717 en 1999, pour un montant dépassant un milliard de liras. Le problème qui découle de la situation actuelle est l'impossibilité de lier le versement du minimum vital aux sujets ayant fait l'objet d'un projet de réinsertion sociale.

Objectif

- Favoriser les projets d'autonomie personnelle des personnes en situation d'exclusion.

Actions

- Versement du minimum vital lié au projet de réinsertion sociale des bénéficiaires ;
- Institution d'une commission régionale sur l'état de pauvreté en Vallée d'Aoste.

Autorisation, accréditation et accords contractuels

La mise en place de structures sanitaires et l'exercice d'activités sanitaires, l'exercice d'activités sanitaires pour le compte de tiers et de celles à la charge du service sanitaire régional sont subordonnées respectivement à la délivrance des autorisations visées à l'article 8 ter, à l'accréditation institutionnelle visée à l'article 8 quater et à la passation des accords contractuels visés à l'article 8 quinquies du décret législatif n° 502/1992 modifié. La même disposition est appliquée aux structures socio-sanitaires.

Quant aux structures sociales, il y a lieu de faire référence aux dispositions de la lettre c) du 1^{er} alinéa de l'art. 9 et de l'art. 11 de la loi n° 328 du 8 novembre 2000 « Loi cadre pour la réalisation du système intégré d'actions et de services sociaux ». Lesdits instituts sont réglementés séparément dans ce même Plan pour ce qui est du domaine sanitaire et du domaine des politiques sociales.

Autorisation

Dans cette section du Plan sont indiquées globalement les structures sanitaires, socio-sanitaires, d'aide sociale et socio-éducatives exerçant des activités visant la réponse aux besoins actuellement ressentis par la population régionale.

Autorisations afférentes à la réalisation de structures sanitaires, socio-sanitaires, d'aide sociale et socio-éducatives et à l'exercice des activités y afférentes

Aux fins de l'application des dispositions nationales et régionales en vigueur, et notamment de l'art. 8 ter du décret législatif n° 229 du 19 juin 1999, de l'art. 38 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 et de la lettre c) du 1^{er} alinéa de l'art. 9 et de l'art. 11 de la loi n° 328 du 8 novembre 2000 « Loi cadre pour la réalisation du système intégré d'actions et de services sociaux », la mise en place et l'exercice des activités y afférentes dans de nouvelles structures, ainsi que l'agrandissement, la transformation et le déplacement dans d'autres locaux des structures existantes, sont soumis à l'autorisation du Gouvernement régional pour ce qui est des types de structures publiques et privées indiquées ci-après :

- Structures qui fournissent des prestations dans le cadre d'une hospitalisation ordinaire ou de jour pour malades aigus ;
- Structures qui fournissent des prestations d'assistance spécialisée de type ambulatoire, y compris la rééducation, l'établissement de diagnostics à l'aide d'instruments et les examens de laboratoire ;
- Structures sanitaires, socio-sanitaires, d'aide sociale et socio-éducatives qui fournissent des prestations comportant l'hébergement des malades à titre continu ou pendant la journée ;
- Cabinets de soins dentaires, cabinets médicaux et d'autres professionnels de santé – dans lesquels sont fournies des prestations chirurgicales ambulatoires ou sont pratiqués des procédures diagnostiques et des soins particulièrement complexes, ou qui comportent des risques pour la sécurité du malade –, ainsi que structures consacrées uniquement à l'établissement de diagnostics à l'intention également des tiers.

La délivrance des autorisations aux structures en question doit tenir compte de la complexité technique et organisationnelle des prestations à fournir et des risques potentiels que ladite prestation peut comporter pour la sécurité du citoyen, dans une situation où l'aspect organisationnel (du point de vue des structures et des professionnels concernés) est plus important que l'activité exercée par chaque professionnel. Le Gouvernement régional est donc chargé de la définition des conditions structurelles, organisationnelles et technologiques minimales requises, ainsi que des modalités de présentation des demandes d'autorisation et de délivrance de celles-ci. Dans un délai de douze mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent Plan, le Gouvernement régional procède à la définition des conditions structurelles, organisationnelles et technologiques minimales requises pour les structures d'aide sociale et établit que lesdites structures doivent s'y conformer dans un délai de cinq ans à compter de cette définition. Lors de la première phase d'application du présent plan et tant que les mesures du ressort de l'État

n'ont pas été adoptées, aux termes de l'art. 8 ter dudit décret législatif n° 229/1999, il est fait application des conditions structurelles, organisationnelles et technologiques minimales requises pour les structures sanitaires et d'aide sociale visées au DPR du 14 janvier 1997 (Approbation de l'acte d'orientation et de coordination à l'intention des Régions et des Provinces autonomes de Trente et de Bolzano, en matière de conditions structurelles, organisationnelles et technologiques minimales requises pour l'exercice d'activités sanitaires par les structures publiques et privées) et au DPCM du 10 février 1984 (Orientation et coordination de l'activité administrative des Régions en matière de conditions afférentes aux structures, à la dotation en équipements et à la qualification fonctionnelle du personnel des centres qui effectuent des examens de laboratoire en vue de l'établissement des diagnostics). Quant aux nouvelles dispositions qui seront prises par l'État en la matière, le Gouvernement régional procédera à la mise à jour des modalités relatives aux demandes et à la délivrance des autorisations fixées à titre transitoire par la délibération du Gouvernement régional n° 2037 du 19 juin 2000. L'établissement des conditions structurelles, organisationnelles et technologiques minimales par le Gouvernement régional devra respecter les critères généraux qui seront fixés par l'État et permettre l'évaluation d'un des aspects organisationnels suivants :

- Politique, objectifs et activité ;
- Structure organisationnelle ;
- Gestion des ressources humaines ;
- Gestion des ressources technologiques ;
- Gestion, évaluation et amélioration de la qualité, lignes directrices et règlements internes ;
- Système d'information ;

ainsi que d'un des aspects structurels et technologiques suivants :

- Protection contre les séismes ;
- Protection contre les incendies ;
- Protection acoustique ;
- Sécurité et continuité électrique ;
- Sécurité contre les accidents ;
- Hygiène des lieux de travail ;
- Protection contre les rayonnements ionisants ;
- Élimination des barrières architecturales ;
- Gestion des déchets ;
- Conditions microclimatiques ;
- Installations de distribution de gaz ;
- Matériaux explosifs.

La délivrance des autorisations de réaliser de nouvelles structures, ou bien le renouvellement des autorisations existantes, doit tenir compte des besoins structurels et productifs globaux visés au point suivant.

Définition des besoins structurels et productifs

Pour déterminer à titre indicatif les besoins structurels et productifs, il est nécessaire de tenir compte des besoins, des particularités de la Région, et notamment de ses caractéristiques relatives à la morphologie et à l'habitat, ainsi que de l'incidence de la population touristique, qui, dans les périodes où la fréquentation est la plus massive, s'élève à 130 000 personnes.

Le nombre d'habitants résidant dans les 74 communes de la région varie de 95 à 4 800 personnes, à l'exclusion de la commune d'Aoste qui compte environ 34 800 résidents.

La dispersion accentuée de la population résidente sur un territoire relativement vaste, avec une densité moyenne de 37 hab./km², une voirie difficile, qui suit des parcours pour la plupart tortueux et caractérisés par des pentes élevées (à l'exception de l'autoroute et de deux routes nationales), ainsi qu'une incidence des présences touristiques dans les localités situées loin du chef-lieu, comportent la nécessité d'établir des systèmes souples d'assistance intégrée, compte tenu des exigences qui varient au cours de l'année et qui ne peuvent faire référence à des standards préfixés. De plus, ladite nécessité est d'autant plus justifiée si l'on tient compte du fait que 50 % environ de la population habite dans la commune d'AOSTE et dans les communes limitrophes, tandis que la partie restante est dispersée sur l'ensemble du territoire régional, et du fait que les touristes sont plus nombreux dans les communes situées loin du chef-lieu régional ; la population de celles-ci atteint, en effet, un nombre qui dépasse jusqu'à dix fois celui des résidents.

La répartition du territoire régional dans les quatre districts du ressort de l'agence USL constitue l'élément de référence pour assurer la présence de structures sur le territoire et coordonner les exigences liées à l'efficacité, à l'efficacé et à l'économicité des services avec les problèmes susmentionnés.

Quant aux besoins productifs, la planification sur la base des besoins en matière de santé est certainement la recommandation principale que le niveau central adresse aux Régions et fait appel aux principes de garantie des niveaux afférents à l'assistance, au caractère approprié des prestations et à l'évaluation. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'« images de la santé » de la population concernée afin de procéder aux choix de manière appropriée, consciente et transparente. Dans cette perspective, la Région autonome Vallée d'Aoste, en promulguant la loi n° 5/2000, a créé des instruments formels permettant de valoriser l'information et la connaissance, tels que l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales et le renforcement du système régional d'information sanitaire. Au cours des trois années de validité du présent Plan, l'un des objectifs spécifiques est celui de faire confluer dans le système régional d'information socio-sanitaire un nombre croissant de flux informatifs permettant une lecture plus détaillée et complexe des besoins en matière de santé et d'aide sociale et surtout leur valorisation, afin qu'ils puissent servir de support aux décisions relatives à la programmation sanitaire et sociale.

À l'état actuel des connaissances, les exigences structurelles sont établies sur la base des besoins en matière de santé et d'aide sociale, qui ressortent des analyses de la mortalité et de la morbidité régionale et sur la base de l'analyse de l'activité des services sanitaires, dont le premier est l'hôpital, qui absorbe à lui seul 65 % de la dépense sanitaire.

Au cours des trois prochaines années, il faudra développer ce qui a été fixé en 1999 – pour ce qui est de l'évaluation et de la rationalisation des processus productifs sanitaires – par la délibération du Gouvernement régional n° 350 et par les délibérations suivantes, jusqu'à la délibération n° 244 de 2001, portant dispositions à l'intention de l'agence USL pour la définition du contrat de programme et l'adoption du budget prévisionnel annuel. Lesdites dispositions ont également pour but de rendre l'offre sanitaire toujours plus adaptée et pertinente aux exigences locales en termes de santé et d'améliorer le caractère approprié des prestations, dont les effets attendus portent sur l'efficacité et sur l'efficacité productive.

Il ressort du nombre d'hospitalisations enregistrées entre 1998 et le premier semestre 2000 que, indépendamment du type de séjour, une légère diminution de 1998 à 1999 a été suivie par une augmentation de 2,68 % au cours du premier semestre 2000. Quant aux types de malades, les hospitalisations ordinaires sont en diminution (7 % environ en deux ans), tandis que les hospitalisations de jour ont augmenté, pendant la même période, de 19,5 % à 21,2 % du total.

Les dispositions établies pour les hospitalisations quant aux besoins productifs concernent surtout un processus général de réorganisation et de rationalisation de l'activité hospitalière, de nature à permettre de réduire à 20 % le pourcentage d'hospitalisations inappropriées et à 30 % celui des hospitalisations de jour et celles de courte durée, alors que le nombre des journées d'hospitalisation inappropriée doit être limité à 30 %. Il y a lieu également de réglementer correctement les activités afférentes à l'hôpital de jour et aux traitements ambulatoires par des protocoles et des lignes directrices qui définissent les règles d'activité et l'utilisation correcte des services.

Quant à la mobilité interrégionale, au cours des trois ans de validité du Plan, l'on essaiera de limiter la dépense y afférente, qui en quatre années a redoublé pour effet également de l'augmentation des prestations, tandis que le nombre des personnes résidant en Vallée d'Aoste et qui sont hospitalisées dans d'autres régions est stable. Ladite diminution fera l'objet des objectifs spécifiques visés au présent plan (objectif général en matière de santé 6.6 et objectifs spécifiques de l'assistance hospitalière) et sera suivie par une augmentation de la capacité d'attraction de l'hôpital régional relativement à certaines prestations définies dans le cadre du réseau interrégional et interentreprises, établi avec la Piémont et, notamment, avec l'hôpital d'Ivrée. En règle générale, l'on essaiera de limiter les prestations chirurgicales fournies en dehors de la région pour ce qui est des affections orthopédiques et oculaires non complexes et des maladies liées à l'aorte thoracique, tandis que la fourniture des prestations médicales afférentes à la rééducation, qui représentent la deuxième cause d'hospitalisation effectuée en dehors de la région, sera augmentée au niveau local grâce au processus, visé au présent Plan, concernant la rationalisation et la réorganisation des activités de rééducation exercées à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Le nombre des prestations ambulatoires spécialisées, en augmentation constante au cours des ces dernières années, a progressé de 33% pendant le dernier trimestre 2000, mais la proportion entre les différentes aires concernées a demeuré

inchangée : le secteur médical correspond à 56,8 % de l'activité totale, le secteur chirurgical à 27 %, le secteur des urgences à 5,7 % ceux de la maternité et de l'enfance à 10,5 %, ce qui montre que les besoins de la population sont constants. Les dispositions que la Région a adoptées en 2001 à l'intention de l'agence USL quant au niveau de l'assistance en question font référence aux lignes directrices de l'acte du 7 mai 1998 et à celles du décret n° 741 du 14 septembre 1999, plus particulièrement au caractère approprié des prestations prescrites et fournies et à la détermination de la quantité et du type des prestations à fournir, par le biais également de contrats passés avec des sujets accrédités, dans les limites d'un plafond de dépense global ne dépassant pas celui fixé par l'exercice budgétaire précédent.

Au cours de l'an 2000, les prestations en matière d'assistance à la charge des districts ont concerné 773 personnes qui ont bénéficié d'une aide à domicile, 1 016 qui ont été hébergées dans des micro-communautés et dans des structures privées et conventionnées, 80 qui ont bénéficié d'une aide à domicile dans la phase terminale de la maladie, ainsi que 375 toxicomanes – dont 44 ont été accueillis dans des centres d'hébergement pour malades psychiques (40 de ceux-ci, accueillis actuellement dans des structures piémontaises, pourront être hébergés en Vallée d'Aoste suite à l'application du présent Plan) – et 233 alcooliques, qui ont été pris en charge par le SERT.

Sur la base des considérations en matière de besoins productifs et aux fins de la détermination des besoins structurels, il a été tenu compte :

- de la nécessité de créer des structures sanitaires, socio-sanitaires et d'aide sociale susceptibles d'assurer la réalisation des objectifs en matière de santé et d'aide sociale fixés par le présent Plan ;
- de la nécessité de créer des structures sanitaires, socio-sanitaires et d'aide sociale susceptibles d'assurer la réponse aux demandes d'assistance sanitaire, socio-sanitaire et d'aide sociale qui ne sont pas strictement liées aux activités du ressort du service public.

Les tableaux indiqués ci-après contiennent les données afférentes aux conditions actuelles des structures sanitaires, socio-sanitaires, d'aide sociale et socio-éducatives nécessaires pour atteindre les objectifs en matière de santé et d'aide sociale fixés par le présent plan et qui constituent la référence à suivre quant aux types de structures à autoriser aux termes de l'article 38 de la loi régionale n° 5/2000, ainsi que les critères pour la définition des besoins structurels et la détermination de ceux-ci. Lesdits tableaux chiffrent également les besoins structurels publics auxquels il faut donner une réponse pendant la période de validité du Plan ; il est à remarquer que l'objectif en question peut être atteint par le biais d'une intervention directe de la structure publique mais aussi par le biais d'accords, passés avec d'autres structures publiques, ou de contrats avec des structures privées.

La partie restante des besoins, auxquels le service public ne donne pas de réponse, peut être satisfaite par l'offre privée.

Structure hospitalière

La Région autonome Vallée d'Aoste dispose de 538 lits, répartis comme suit :

- 403 lits au centre hospitalier de l'avenue de Genève, destinés aux malades aigus et à l'hôpital de jour ;
- 115 lits à l'établissement de Beauregard, destinés aux malades aigus et à l'hôpital de jour, relativement aux disciplines suivantes : obstétrique et gynécologie, pédiatrie, néonatalogie, gériatrie et dermatologie ;
- 20 lits au centre hospitalier de l'ancienne maternité, pour ce qui est de la psychiatrie.

Le taux régional d'hospitalisation est de 211 personnes tous les 1 000 habitants.

Pour la définition des besoins en termes de lits en Vallée d'Aoste, le Gouvernement régional a approuvé, par sa délibération n° 3433 du 9 octobre 2000, une étude des besoins structurels du centre hospitalier de l'avenue de Genève, rapportés aux besoins de la population valdôtaine et à la réponse à ces derniers. Le nombre de lits dont la région doit disposer résulte du calcul suivant :

$$\text{Nombre de lits} = \frac{\text{taux d'hospitalisation} \times \text{durée de l'hospitalisation}}{\text{taux d'utilisation des lits} \times 365}$$

Les standards nationaux indiquent les paramètres suivants pour le calcul du nombre de lits à attribuer à une région donnée :

- Un taux d'hospitalisation de 160 personnes/1 000 habitants ;
- Une durée maximale de l'hospitalisation de 8/9 jours ;

- Une utilisation minimale des lits > 75 %.

Sur la base des standards nationaux, le nombre des lits pour malades aigus ne peut dépasser 4,5 % de la population, tandis que le nombre de lits destinés à la rééducation et au service de long séjour ne peut dépasser 1 % de la population.

Pour le calcul des besoins en termes de lits exprimés par la région, l'étude susdite a pris en compte fondamentalement les paramètres nationaux, à l'exception du standard afférent au taux d'hospitalisation de 160 personnes tous les 1 000 habitants, car ce dernier ne correspond pas à la situation valdôtaine.

Compte tenu du taux régional d'hospitalisation particulièrement élevé, qui en 1998 s'élevait à 211 personnes hospitalisées tous les 1 000 habitants, il a été décidé de prendre en considération le standard de 170 personnes hospitalisées tous les 1 000 habitants comme l'objectif réalisable dans la réalité valdôtaine. L'application de ce paramètre et des paramètres nationaux a permis d'estimer le besoin en lits à attribuer à la région et la valeur de certains paramètres afférents au fonctionnement de l'hôpital :

Nombre d'habitants (prévision 2005)	122 123
Taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants	170
Nombre des personnes hospitalisées	20 761
Nombre des personnes qui viennent se faire soigner en Vallée d'Aoste	3 790
Nombre des personnes qui vont se faire soigner ailleurs	2 882
Nombre total des personnes hospitalisées	19 853
Mobilité interne des patients	1 915
Hospitalisations (mobilité interne incluse)	21 768
Besoin en lits	567
dont en hôpital de jour	48
Pourcentage de lits par habitant	4,6
dont nombre de lits destinés à la rééducation pour 1 000 habitants	1,0

Sur la base des résultats de l'étude susdite, le nombre global de lits nécessaires dans la région s'élève à 567, répartis comme suit :

Centre hospitalier pour malades aigus de l'avenue de Genève : 447 lits, dont 38 destinés à l'hôpital de jour, pour les malades aigus, incluant les disciplines d'obstétrique et de gynécologie, de pédiatrie, de néonatalogie, de gériatrie, de dermatologie et de psychiatrie, qui s'ajouteront aux disciplines qui sont déjà opérationnelles.

Centre hospitalier pour la rééducation et le service de long séjour de Beauregard : 120 lits destinés à la rééducation et au service de long séjour (60 et 60), dont 10 lits pour l'hôpital de jour.

Dix lits destinés à la rééducation pourront éventuellement être créés dans des établissements thermaux au moyen d'accords passés entre les gestionnaires de ceux-ci et l'agence USL. L'étude en question a mis en évidence le fait que pour atteindre le nombre de 447 lits au centre hospitalier de l'avenue de Genève, il faut augmenter la superficie actuelle de 9 638 m² et il est donc nécessaire de réaliser :

- Un nouvel immeuble situé au sud de l'actuelle « aile nouvelle » du centre hospitalier pouvant accueillir 132 nouveaux lits, un bloc opératoire avec 8 salles d'opération, des salles de réveil, le service des urgences et le laboratoire destiné aux analyses cliniques ;
- Une nouvelle entrée principale.

La nécessité de réaliser des espaces pouvant accueillir les 132 nouveaux lits résulte du calcul suivant : aux 403 lits existants après l'achèvement des interventions relatives à la I^{re} et à la II^e phase l'on ajoute les 44 lits qui manquent selon l'étude en question et l'on obtient le nombre total de 447 lits. Pour obtenir le nombre de 132 lits qui seront accueillis dans la nouvelle partie

du centre hospitalier de l'avenue de Genève, il faut retrancher de cette somme les 315 lits résultant du réaménagement et de la réorganisation des espaces intérieurs des bâtiments actuels.

Autres structures sanitaires et socio-sanitaires

Dispensaires polyvalents spécialisés

À l'état actuel, les dispensaires polyvalents spécialisés sont les suivants :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4
1, public	5, dont trois privés et deux publics	1, public	2, dont un privé et un public

Il est important de souligner que le nombre des structures présentes dans le district n° 2 est dû à la population résidant dans ledit district et au fait qu'une partie de la population restante, pour des raisons liées à la concentration des activités productrices et des services (bureaux et services publics, activités industrielles), s'adresse aux structures présentes dans la commune d'Aoste, pour ce qui est également de la fourniture des prestations sanitaires. Sur la base de la logique de la détermination des besoins, l'on estime que le nombre de dispensaires polyvalents présents sur le territoire doit être proportionné au nombre d'usagers potentiels et que, compte tenu du fait qu'un dispensaire polyvalent tous les 15 000 habitants est considéré comme suffisant, la situation actuelle est satisfaisante, à l'exception de l'extension du dispensaire polyvalent de la rue Guy Rey d'Aoste.

Centres traumatologiques

Actuellement, les centres traumatologiques sont les suivants :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4
2, publics	1, public	1, privé	1, privé

La présence de centres traumatologiques sur le territoire régional résulte de la nécessité d'assurer la fourniture des prestations ambulatoires d'urgence dans les localités caractérisées par la présence d'un grand nombre de touristes, surtout en hiver, et principalement dans les stations de sports d'hiver. Les centres actuellement en fonction ont en effet été réalisés dans lesdites localités, comprises dans les différents districts.

Pour la détermination des besoins en matière de structures, il a été estimé opportun de augmenter le nombre desdits centres dans les localités touristiques les plus importantes et, notamment, dans les localités situées dans les districts n° 3 et n° 4.

La détermination des besoins en termes de centres traumatologiques est donc la suivante :

District n° 1		District n° 2		District n° 3		District n° 4	
Structures actuelles	2	Structures actuelles	1	Structures actuelles	1	Structures actuelles	1
Nouvelles structures	-	Nouvelles structures	-	Nouvelles structures	1	Nouvelles structures	2
Total structures	2	Total structures	1	Total structures	2	Total structures	3

Au cours des trois ans de validité du présent Plan, la répartition envisagée des structures publiques est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4
2	1	1	2

Laboratoires d'analyses cliniques

À l'état actuel, les laboratoires d'analyses cliniques sont les suivants :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4
aucun	3, dont deux publics et un privé	aucun	aucun

En ce qui concerne lesdites structures, en raison de la complexité technique et organisationnelle qu'elles comportent et compte tenu du fait que les structures actuellement en fonction sont aptes à répondre à la demande relative au service y afférent, il est estimé que l'augmentation de leur nombre peut être évitée par le renforcement des services de prélèvement à domicile et dans les centres de consultation. Toutes les structures qui effectuent des analyses sont situées à Aoste. Deux d'entre elles font partie des services de l'agence USL de la Vallée d'Aoste ; la troisième est privée et est conventionnée avec la structure publique, afin d'assurer le service de médecine du sport.

Dispensaires de physiothérapie et de rééducation

Si l'on excepte l'activité exercée dans les dispensaires polyvalents, les dispensaires de physiothérapie et de rééducation sont les suivants :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4
aucun	4, privés, conventionnés avec l'agence USL	aucun	1, privé, conventionné avec l'agence USL

Comme c'est le cas pour les autres dispensaires, à l'exception des centres traumatologiques, la population résidente constitue le seul paramètre à utiliser pour déterminer les besoins structurel en dispensaires de physiothérapie et de rééducation. Dans ce cas également, les structures sont concentrées dans le district n° 2 et ce, pour les raisons susmentionnées. Il est donc estimé que le nombre des dispensaires de physiothérapie et de rééducation présents sur le territoire doit être proportionné au nombre d'usagers potentiels. Compte tenu de ce qui a été exposé jusqu'ici, la présence d'une structure tous les 20 000 habitants est estimée comme suffisante. Il est en outre nécessaire de prévoir la présence desdites structures également dans les districts qui à l'heure actuelle en sont dépourvus, afin de permettre la décentralisation desdits services.

Les structures nécessaires sont donc les suivantes :

District n° 1		District n° 2		District n° 3		District n° 4	
Structures actuelles	-	Structures actuelles	4	Structures actuelles	-	Structures actuelles	1
Nouvelles structures	1	Nouvelles structures	-	Nouvelles structures	1	Nouvelles structures	-
Total structures	1	Total structures	4	Total structures	1	Total structures	1

Au cours des trois ans de validité du présent Plan, la répartition envisagée des structures publiques est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4
1	4	1	1

Structures sanitaires et socio-sanitaires œuvrant dans le domaine de la santé mentale

À l'état actuel, les services et les structures d'hébergement et d'accueil en fonction sont les suivants :

Structures	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Centres de jour	-	1	-	-	1
Centres d'hébergement et de soins chargés de la rééducation	-	2	-	-	2

L'un des derniers rapports périodiques de l'OMS révèle que 25 % de la population mondiale souffre de troubles mentaux en mesure plus ou moins grave : des psychoses aux démences, aux troubles de la personnalité, du comportement et des habitudes, aux dépressions. Les problèmes liés aux états d'angoisse, de désorganisation intérieure et de dépression sont en augmentation. Selon le tableau détaillé de l'OMS, plus de 50 % des personnes qui souffrent de troubles psychiques souffrent également de problèmes liés à la dépendance (nicotine, alcool, drogues), tandis que les pourcentages d'incidence des autres troubles sont variables : 17,1 % pour l'anxiété, 12,8 % pour les troubles de l'humeur, 10,7 % pour les troubles de la personnalité, 2,5 % pour des troubles psychiques divers, 1,7 % pour la schizophrénie, 1,7 % pour l'épilepsie et 0,8 % pour la démence. Toujours selon lesdites estimations de l'OMS, 1 % seulement des personnes souffrant de troubles psychiques est un « malade psychiatrique ».

Pour formuler une estimation des besoins en termes de structures psychiatriques en Vallée d'Aoste, il a été tenu compte des données de l'OMS et des données afférentes aux usagers qui en 1999 ont eu recours aux services régionaux existants. L'UB de psychiatrie a procédé à 313 hospitalisations (ce nombre comprend les retours d'hospitalisations, c'est-à-dire celles qui concernent les mêmes personnes) pour une durée totale de 4 005 jours, avec une période moyenne de 12,85 et un pourcentage d'utilisation des lits de 73,94 %. Les usagers pris en charge dans le cadre de l'hôpital de jour ont été 156, soit 2 486 journées. Les usagers psychiatriques valdôtains hébergés dans des structures situées en dehors de la région ont été 38. Le service de psychiatrie a effectué globalement 10 022 interventions – dont 7 186 à Aoste et 2 836 sur le territoire régional –, parmi lesquelles consultations ambulatoires, entretiens, psychothérapies, conseils, photothérapies, tests, prélèvements, éthylométries et autres traitements. La communauté Pont-Suaz a bénéficié de 816 prestations. Les consultations ambulatoires ont été 1 568. Il a été ensuite procédé à évaluer le nombre des malades psychiatriques dont l'état peut devenir chronique, le nombre de ceux qui devront faire appel à des services ou à des structures et la durée des traitements, le type de structure nécessaire et le nombre de malades chroniques actuellement hébergés dans des structures situées en dehors de la région qui pourront rentrer en Vallée d'Aoste. Il ressort de tout cela qu'il est nécessaire de fournir des prestations, dans des structures psychiatriques d'hébergement ou d'accueil, à l'intention de 250 malades dont les problèmes sont particulièrement complexes et qui peuvent devenir chroniques, tandis que pour répondre aux besoins d'un plus grand nombre de malades il est nécessaire de poursuivre et de renforcer les interventions de base sur le territoire et dans le cadre des dispensaires.

Enfin, compte tenu du nombre des usagers, de la distribution des structures qui existent déjà sur le territoire, de la définition des zones plus ou moins proches à des structures en activité (les districts n° 3 et n° 4 sont rattachés à des services et à des structures situés sur le territoire du district n° 4) et des zones où les risques sont plus élevés, il a été possible d'élaborer un plan d'activation des nouvelles structures et des nouveaux services.

Dans le domaine de la santé mentale, compte tenu du fait que certains usagers seront accueillis dans des établissements d'hébergement et de rééducation (RSA) mentionnés ailleurs ou dans des communautés protégées, il est possible d'envisager le développement des services indiqué ci-après :

Structures psychiatriques	District n° 1		District n° 2		District n° 3		District n° 4	
	Existants	Totaux	Existants	Totaux	Existants	Totaux	Existants	Totaux
Centres de jour	-	1	1	1	-	-	-	1
Centres de soins et de rééducation	-	1	2	2	-	-	-	1

L'Administration régionale se propose donc de donner une réponse aux problèmes des 250 malades considérés comme usagers des services psychiatriques et pour lesquels les besoins en termes de structures ont été recensés, sans méconnaître la nécessité de poursuivre le renforcement des prestations fournies à l'heure actuelle à un plus large nombre d'usagers, surtout pour ce qui est des prestations ambulatoires.

Établissements d'hébergement et de soins

À l'heure actuelle, aucun établissement d'hébergement et de soins n'est présent en Vallée d'Aoste.

Pour définir les types d'usagers des RSA, la Région a constitué un groupe de travail mixte constitué de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales et de l'agence USL, qui a examiné toutes les données disponibles au mois d'avril 1999 relatives :

- À la population résidente totale et âgée de plus de 65 ans, répartie par districts socio-sanitaires ;
- Au nombre des lits disponibles dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (micro-communautés publiques et maisons de retraite privées, conventionnées ou non).

Ces données ont été comparées et analysées, avec une attention particulière pour les sujets hébergés dans les structures pour personnes âgées, du point de vue de l'aide sociale, de l'autonomie et des besoins sanitaires. Il a été ensuite procédé au compte des usagers des micro-communautés qui souffrent de maladies afférentes à leur âge : ils sont au nombre de 294, dont 109 dans un état de démence sénile.

Sur la base de l'analyse que le groupe de travail a effectuée sur les RSA et compte tenu du fait que celle-ci a confirmé et quantifié exactement le nombre des cas de personnes hébergées improprement dans des micro-communautés, il a été procédé à la définition du nombre des lits au sein des RSA (185). Ce nombre a été obtenu en retranchant le nombre des usagers se trouvant dans un état de démence sénile (109) – maladie caractéristique du troisième et du quatrième âge et qui peut donc être prise en charge dans le cadre des micro-communautés existantes – du nombre des usagers souffrant de maladies graves (294). La distribution des lits dans les 4 districts a respecté le même rapport existant entre les places au sein des micro-communautés et des maisons de retraite et la population âgée résidant dans la région.

La dotation en lits pour chaque district est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
33	87	20	45	185

Le pourcentage national des lits présents dans les RSA, qui s'élève à 2,5 pour 1 000 personnes âgées, est indiqué dans le cinquième rapport biennal sur la condition des personnes âgées pendant la période 1996-1997, présenté au Parlement. Ledit paramètre, appliqué aux 22 249 vieillards qui résident en Vallée d'Aoste au 31 décembre 1999, devrait correspondre à 56 lits au total. La prévision d'un besoin de 185 lits correspond à une moyenne de 8,3 lits pour 1 000 personnes âgées, chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale, car les structures valdôtaines ne sont pas destinées uniquement aux personnes âgées, mais accueillent également les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, de maladies psychiatriques, de démences alcooliques et d'autres troubles similaires.

Au cours de la période de validité du présent Plan, la répartition des structures publiques envisagée est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
12	40	20	22	94

Le présent PSSR se propose de donner une réponse publique au manque de 94 lits sur les 185 globalement nécessaires, soit une moyenne de 4,2 lits pour 1 000 personnes âgées, suivant les modalités visées au chapitre consacré aux ressources structurelles.

Structures d'aide sociale et socio-éducatives

Centres d'hébergement pour personnes âgées

La dotation actuelle en lits dans les centres d'hébergement pour personnes âgées est la suivante :

Structure	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Micro-communautés et maisons de retraite conventionnées	113	397	52	147	709
Maisons de retraite privées	65	15	65	70	215
Total	178	412	117	217	924

Les données nationales visées au cinquième rapport biennal sur la condition des personnes âgées pendant la période 1996-1997, présenté au Parlement, et relatives à la prise en charge des personnes âgées en dehors du cadre familial concernent les centres de soins et d'hébergement (structures qui exercent des activités d'aide sociale consistant dans l'hébergement continu ou limité aux heures de nuit), auxquels sont assimilés les appartements destinés à accueillir des groupes, les communautés thérapeutiques, les foyers d'accueil, les centres d'accueil, les foyers-logements et, notamment pour ce qui est des personnes âgées, les maisons de retraite, les maisons d'accueil et les maisons protégées.

En l'absence de paramètres nationaux résultant de lignes directrices en vue de la fourniture efficace et homogène des services afférents à cette catégorie d'usagers, on a eu recours, pour la définition des besoins, aux paramètres adoptés par d'autres régions italiennes et notamment par celles du Nord-Ouest.

Les données indiquées ci-après ont été tirées du dernier recensement des structures pour personnes âgées, effectué par le Ministère de l'intérieur en 1998.

Régions	Lits	Personnes âgées (au 31 décembre 1998)	Personnes âgées/ lits
Piémont	37 362	837 162	22,4
Lombardie	42 507	1 484 707	34,9
Ligurie	6 297	390 207	61,9
Vallée d'Aoste	868	21 394	24,6
Total Nord-Ouest	87 034	2 733 470	31,4
Total Italie	212 624	9 839 847	43,3

(Source : Ministère de l'intérieur, Recensement des structures pour personnes âgées, 1998)

Les régions du Nord-Ouest disposent donc du plus grand nombre de structures et de lits. Cette enquête a également mis en évidence le fait que le rapport entre lits et personnes âgées, qui à l'échelon national se chiffre à 1 lit pour 46 personnes âgées, est le plus favorable dans les régions du Piémont et du Trentin-Haut-Adige (1/22), de la Vallée d'Aoste et du Frioul-Vénétie-Julienne (1/25).

Le paramètre relatif à la Vallée d'Aoste est l'un des plus élevés d'Italie ; la constatation que la situation générale peut objectivement être considérée comme bonne, invite, compte tenu également de l'effort organisationnel afférent à la réalisation des RSA, à augmenter ledit paramètre jusqu'à atteindre la valeur de 1/24, au moyen de l'augmentation du nombre des lits sur la base de la croissance du nombre de personnes âgées. Pour obtenir le nombre de 936 lits souhaité, il a donc été procédé à la redéfinition du nombre de lits dans les micro-communautés et les maisons de retraite en appliquant le rapport de 1 lit pour 24 personnes à la population âgée, dont le nombre s'élevait à 22 249 au 31 décembre 1999. La prévision de 936 lits représente une augmentation de la dotation globale, car si des 924 lits présents en 1999 l'on retirait les 185 lits définis comme besoin global afférent aux RSA, l'on obtiendrait 739 places, alors que – comme cela a déjà été précisé – la dotation globale s'élèvera à 936 lits, auxquels s'ajoutent les 185 lits des RSA.

Lors de la répartition des 936 lits dans les 4 districts, il a été jugé utile de prendre en compte la situation existante, qui fait état d'une moyenne régionale de 4,15 % lits par rapport à la population.

En 1999, le rapport entre la population âgée et les structures présentes en Vallée d'Aoste était le suivant :

District	Population _ 65 ans	Lits disponibles	% de lits par rapport à la population
1	3 601	publics : 113 privés : 65 total : 178	publics : 3,14 privés : 1,8 total : 4,94
2	11 304	publics : 177 conventionnés : 220 privés : 15 total : 412	publics : 1,57 conventionnés : 1,95 privés : 0,13 total : 3,64
dont à AOSTE	7 603	publics : 60 conventionnés : 220	publics : 0,79 conventionnés : 2,89
3	3 000	publics : 52 privés : 65 total : 117	publics : 1,73 privés : 2,17 total : 3,9
4	4 344	publics : 147 privés : 70 total : 217	publics : 3,38 privés : 1,61 total : 4,99
total	22 249	publics : 489 conventionnés : 220 pub. et conv. : 709 privés : 215 total : 924	publics : 2,20 conventionnés : 0,99 pub. et conv. : 3,19 privés : 0,96 total : 4,15

Il est à remarquer que, par rapport à la situation susmentionnée et aux fins de la définition des besoins, toutes les données afférentes à la commune de Sarre ont été considérées comme relatives au district n° 1 et non au district n° 2.

Les lits nécessaires par district et par type de structure sont les suivants :

District n° 1			District n° 2			District n° 3			District n° 4		
MC	CRpr	%	MC	CRpr	%	MC	CRpr	%	MC	CRpr	%
101	65	4,6	417	15	3,8	67	50	3,9	151	70	5,1

MC = Micro-communautés et maisons de retraite conventionnées

CRpr = Maisons de retraite privées

% = pourcentage de lits par rapport à la population du district

En résumé, la répartition des lits dans les structures est la suivante :

	Micro-communautés et maisons de retraite conventionnées	Maisons de retraite privées	Total
Totaux	736	200	936

Les lits susmentionnés sont déjà disponibles, puisque, d'une part, certaines micro-communautés seront transformées en RSA et, d'autre part, l'offre globale est renforcée grâce à l'entrée dans le système des services d'hébergement de nouvelles structures à Roisan et à Challand-Saint-Anselme.

Pendant les trois ans de validité du présent Plan, la répartition des structures publiques envisagée est la suivante :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Micro-communautés et maisons de retraite conventionnées	101	417	67	151	736

Une fois la comparaison avec la situation actuelle effectuée, il a été estimé nécessaire d'augmenter le pourcentage de lits publics dans le district n° 2. Dans le district n° 3, le nombre de lits publics sera augmenté suite à l'application d'une convention passée avec une structure privée, de manière à répondre aux demandes croissantes de services d'hébergement adressées à l'Unité d'évaluation gériatrique. Dans le district n° 4, l'augmentation résulte de la mise en fonction de la nouvelle micro-communauté de Challand-Saint-Anselme destinée à remplacer la structure actuelle.

Centres de jour

La répartition actuelle des centres de jour par districts est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
3	9	1	4	17

Le tableau ci-dessus prend en compte uniquement les structures qui exercent des activités d'aide sociale pendant le jour et les activités de soutien à l'aide à domicile et ne considère pas les structures chargées uniquement de la fourniture de repas chauds ou d'autres fonctions.

Puisque le recensement des structures destinées aux personnes âgées (1998) – effectué à l'échelon national par le Ministère de l'intérieur – ne fait pas de distinction, parmi les structures qui ne sont pas chargées de l'hébergement, entre les structures assimilables aux centres de jour valdôtains et celles proches des centres de socialisation exerçant essentiellement des activités récréatives, il n'est pas possible aux fins de la définition des besoins de faire référence à des paramètres objectifs extérieurs à la Vallée d'Aoste. Compte tenu de la situation actuelle où la réponse à la demande de prestations est entièrement assurée par des services publics, l'offre devrait être proportionnelle au nombre d'habitants âgés de chaque district suivant le rapport de 1 centre tous les 1 000 habitants âgés de plus de 65 ans.

Les besoins envisagés sont donc les suivants :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Centres existants	3	9	1	4	17
Nouveaux centres	0	2	2	0	4
Total	3	11	3	4	21

Pendant les trois ans de validité du présent Plan, la répartition probable des structures publiques est la suivante :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Centres publics et conventionnés	3	9	2	4	18

Centres de socialisation

La répartition actuelle des centres de socialisation par districts est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
3	11	2	10	26

Le recensement des structures destinées aux personnes âgées – effectué en 1998 à l'échelon national – ne distingue pas, parmi les structures qui ne sont pas chargées de l'hébergement, les structures assimilables aux centres de jour valdôtains – dont

les activités essentielles sont liées au soutien de l'aide à domicile et à l'aide sociale pendant le jour – et les structures proches des centres de socialisation, dont les activités sont essentiellement récréatives. En conséquence, pour la définition des besoins il n'est pas possible de faire référence à des paramètres nationaux objectifs extérieurs à la Vallée d'Aoste. Toutefois, sur la base de la réponse actuelle à la demande de prestations qui est entièrement assurée par des services publics, l'offre est considérée actuellement comme suffisante du point de vue quantitatif.

Foyers-logements pour personnes âgées et handicapés

La répartition actuelle des foyers-logements par districts est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
-	1	-	1	2

Les données nationales visées au cinquième rapport biennal sur la condition des personnes âgées pendant la période 1996-1997, présenté au Parlement, et relatives à l'assistance en faveur des personnes âgées en dehors de leur famille concernent globalement les centres de soins et d'hébergement et ne prennent pas en compte les informations relatives aux foyers-logements. Étant donné qu'en Vallée d'Aoste les micro-communautés et les maisons de retraite fournissent déjà une réponse adaptée aux exigences d'aide sociale relatives à l'hébergement, il a été jugé utile de ne modifier qu'en partie la situation actuelle, dans laquelle l'offre est entièrement assurée par le service public, afin que chaque district dispose d'au moins un foyer-logement, en vue d'assurer une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire.

Les foyers-logements prévus pour chaque district sont donc les suivants :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Foyers existants	-	1	-	1	2
Nouveaux foyers	1	1	1	2	5
Total	1	2	1	3	7

Au cours des trois années de validité du présent Plan, les structures publiques envisagées devraient couvrir les besoins enregistrés.

Services pour la petite enfance (crèches, halte-garderies et centres de loisirs)

La dotation actuelle de ces structures (places disponibles) est la suivante :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Crèches (publiques)	85	230	40	35	390
Halte-garderies privées conventionnées	15	42	35	15	107
Halte-garderies privées	20	60	-	-	80
Nombre total de halte-garderies	35	102	35	15	187
Nombre total de places	120	332	75	50	577

La fourniture des services de halte-garderie et de crèche au cours de l'an 2000 et la répartition par district des places disponibles y afférentes sont indiquées au tableau suivant :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Population âgée de 0 à 2 ans (1999)	723	1 432	436	602	3 193
Nombre total de places (2000)	120	332	75	50	577
% de places/usagers potentiels	16,6	23,2	17,2	8,3	18,1

Il est à remarquer que dans les deux tableaux susmentionnés les données relatives à la commune de Sarre (population et offres de services) ont été insérées, aux fins également de la définition des besoins, dans le district n° 1 et non pas dans le district n° 2. Quant aux critères de définition des besoins en termes de places dans ces structures d'accueil destinées à la petite enfance, il n'existe aucune statistique récente à l'échelon national qui ait trait aux services pour les enfants âgés de 9 mois à 3 ans (non révolus), qui sont traditionnellement associés aux crèches mais qui aujourd'hui englobent certains services de remplacement, tels que les « garderies d'enfance » et les centres de loisirs. Un aperçu récent de la situation où se trouvent les services destinés à la petite enfance a été donné par le rapport final de recherche du « Projet bébé » (juin 2000), qui a mis en évidence le fait que la réponse optimale aux exigences de la petite enfance peut venir en Vallée d'Aoste d'une synergie entre l'offre en termes de crèches et l'offre en termes de services de remplacement, qui peuvent répondre aux exigences socio-éducatives en dépit du fait que, dans bien des cas, la distribution des usagers sur le territoire régional n'est pas homogène. Compte tenu des acquis du « Projet bébé », l'objectif à atteindre est celui d'assurer une réponse homogène aux besoins des usagers potentiels dans chaque district en éliminant ainsi les disparités qui existent actuellement. Il est donc nécessaire de garantir dans les districts n° 1, 3 et 4 une offre en terme de services qui soit en mesure de satisfaire les besoins d'au moins 20 % des usagers potentiels. Dans le district n° 2, la population concernée constitue la moitié environ de celle de l'ensemble de la région et la quantité de navetteurs se déplaçant vers le chef-lieu régional est très importante par rapport au reste du territoire. Il convient donc d'assurer une offre en termes de services susceptible de répondre aux besoins d'au moins 30 % des usagers potentiels.

La répartition par district des places nécessaires dans les structures destinées à la petite enfance est la suivante :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Population âgée de 0 à 2 ans (1999)	723	1 432	436	602	3 193
Crèches existantes	85	230	40	35	390
Nouvelles crèches	-	50	-	30	80
Halte-garderies existantes	35	102	35	15	187
Nouvelles halte-garderies	20	40	10	40	110
Nombre total des places	140	422	85	120	767
% de places/usagers potentiels	19,4	29,5	19,5	19,9	24

Pendant les trois ans de validité du présent Plan, la répartition envisagée des structures publiques est la suivante :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Crèches	85	280	40	65	470
Halte-garderies privées conventionnées	15	70	35	15	135
Nombre total de places	100	350	75	80	605

Les crèches d'entreprise n'ont pas été insérées dans la présente évaluation des besoins et peuvent donc faire l'objet d'autorisations ad hoc.

Centres pour mineurs

Les 16 places actuellement disponibles dans les communautés pour mineurs sont comprises dans le district n° 2, car elles font partie des structures situées dans le chef-lieu régional.

Pour la définition des besoins en question, les données de l'ISTAT fournies par le « Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia » donnent une seule information digne d'être mentionnée : en 1998, le nombre des mineurs présents dans les centres de soins et d'hébergement représentait, à l'échelon national, 0,15 % des moins de 18 ans. Il est opportun de comparer la moyenne nationale avec les données afférentes à la moyenne régionale du Piémont, à l'exclusion de la ville de Turin, qui fait état de 0,13 % de mineurs hébergés dans des structures d'accueil sur l'ensemble de la population ayant un âge inférieur à 18 ans. L'on estime, en effet, que la situation du Piémont est assimilable à la situation valdôtaine quant au territoire (orographie, prédominance des zones de montagne) et aux caractéristiques de la population, à l'exception des données afférentes au chef-lieu régional piémontais, qui présente, lui, des caractéristiques éminemment métropolitaines. La population valdôtaine âgée de 0 à 18 ans s'élève à 18 278 personnes. Si l'on applique le pourcentage piémontais à la population valdôtaine, le nombre total des places au sein des structures publiques s'élève à 24 pour l'ensemble du territoire régional.

Structures pour handicapés mentaux

Centres éducatifs et d'assistance (CEA)

La répartition actuelle des centres éducatifs et d'assistance (anciens CSE) est la suivante :

District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
-	29	15	11	55

Il faut d'ailleurs préciser que les centres éducatifs et d'assistance (appelés jusqu'à présent centres socio-éducatifs) sont des structures destinées aux personnes d'un âge égal ou supérieur à 20 ans, tandis que les personnes ayant achevé leur scolarité obligatoire – ayant donc, jusqu'à la récente réforme scolaire, un âge compris entre 15 et 19 ans – sont accueillies dans les Structures éducatives de formation et d'orientation (SEFO). Le nombre total des places au sein de celles-ci n'est pas indiqué, car la localisation desdites structures dans les districts (auprès des établissements scolaires) varie en fonction du changement de la résidence des élèves.

Les deux types de services sont entièrement publics.

Pour la définition des besoins et à défaut des paramètres nationaux découlant des lignes directrices éventuelles en vue d'une fourniture efficace et homogène des services aux usagers en question, il y a lieu de faire référence à des structures de jour de même type présentes dans d'autres régions italiennes (notamment dans le Nord-Ouest) et de prendre en compte uniquement, parmi lesdites structures, celles qui exercent des activités socio-éducatives et de rééducation, sans tenir compte des centres de réinsertion professionnelle :

Région	Population au 31 décembre 1998	Usagers des centres de jour	Places pour 1 000 habitants
Piémont	4 288 051	2 420	0,564
Lombardie	9 028 913	6 292	0,696
Ligurie	1 632 536	170	0,104
Vallée d'Aoste	119 992	66*	0,550

* Cette donnée comprend les usagers des SEFO

(Source : Présidence du Conseil des ministres – Département des affaires sociales « Rapport annuel au Parlement sur l'état d'application en Italie des politiques en matière d'handicap », 1999)

Tout en prenant en compte les différences entre notre région et la Lombardie du point de vue de l'orographie, de la population, du nombre et du type des services existants, il a été estimé opportun, sur la base de l'expérience acquise dans les services valdôtains, d'augmenter le nombre des places disponibles tous les 1 000 habitants, en vue d'atteindre le niveau de la

Lombardie, qui est la région la mieux placée parmi celles du Nord-Ouest. Ladite évaluation a été effectuée sur la base d'un nombre fixe d'usagers des SEFO (15) et compte tenu de la demande croissante qui a été enregistrée au cours des 5 dernières années relativement aux services fournis par les centres éducatifs et d'assistance. Le besoin global qu'exprime la Vallée d'Aoste se chiffre donc à 83 places (dont 15 pour les SEFO), ce qui correspond à la valeur standard de 0,69 places pour 1 000 habitants, calculée sur la base du nombre des habitants recensés en Vallée d'Aoste au 31 décembre 1999 (120 342).

L'accroissement du nombre des places a été prévu uniquement pour les centres éducatifs et d'assistance, car les SEFO seront réorganisées en raison de la récente réforme scolaire, qui a comporté la révision des parcours de formation et introduit la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de dix-huit ans. La répartition des places supplémentaires parmi les centres éducatifs et d'assistance a été faite en fonction du nombre des usagers potentiels, à savoir de ceux qui ont demandé de pouvoir bénéficier du service en question.

La répartition par districts des places nécessaires est donc la suivante :

	District n° 1	District n° 2	District n° 3	District n° 4	Total
Places existantes dans les CEA	-	29	15	11	55
Nouvelles places dans les CEA	8	-	-	5	13
Total	8	29	15	16	68

À l'état actuel, il semble que les structures publiques sont à même de répondre aux besoins afférents aux trois prochaines années.

Communautés protégées

Les 7 places actuellement disponibles dans les communautés protégées sont comprises dans le district n° 2, car elles font partie des structures situées au chef-lieu régional.

Pour la définition des besoins et à défaut de paramètres nationaux indiqués par des lignes directrices éventuelles aux fins d'une fourniture efficace et homogène des services aux usagers en question, il y a lieu de faire référence aux structures présentes dans d'autres régions italiennes (notamment dans celles du Nord-Ouest), qui exercent des fonctions assimilables à celles des communautés protégées de la Vallée d'Aoste (foyers-logements, foyers d'accueil, appartements destinés à des groupes de personnes) :

Région	Population au 31 décembre 1998	Places (valeur absolue)	Places pour 1 000 habitants
Piémont	4 288 051	203	0,047
Lombardie	9 028 913	585	0,065
Ligurie	1 632 536	-	-
Vallée d'Aoste	119 992	7	0,058

(Source : Présidence du Conseil des ministres – Département des affaires sociales « Rapport annuel au Parlement sur l'état d'application en Italie des politiques en matière d'handicap », 1999)

Même dans ce cas, il a été jugé opportun, malgré les différences objectives, d'augmenter le nombre des places disponibles pour 1 000 habitants, afin d'atteindre le niveau de la Lombardie, qui est la région la mieux placée parmi celles du Nord-Ouest et ce, sur la base également des besoins exprimés et compte tenu du vieillissement progressif des usagers concernés. Le besoin global de la Vallée d'Aoste se chiffre donc à un total de 8 places publiques sur l'ensemble du territoire régional, qui correspond à 0,066 places pour 1 000 habitants, valeur calculée sur la base du nombre des habitants recensés en Vallée d'Aoste au 31 décembre 1999 (120 342).

Réactualisation des besoins

La définition globale des besoins en termes structurels et productifs visée au présent Plan fait référence à des estimations

qui pourront subir des modifications en raison de décisions conjoncturelles en matière de programmation ou en raison des besoins en matière de santé et d'assistance, qui ne se sont pas encore manifestés ou qui sont inconnus. En effet, l'état de besoin étant dynamique et multidimensionnel, l'adaptation qui en résulte a elle aussi un caractère dynamique et comporte des modifications nécessaires au fil du temps. La mise à jour éventuelle des besoins structurels et productifs sur la base des nouvelles données relatives aux exigences de la population sera effectuée par le Gouvernement régional, compte tenu des éléments suivants :

- Structures sanitaires, socio-sanitaires et d'aide sociale présentes en Vallée d'Aoste à la date d'approbation du présent plan, localisation de celles-ci, nombre des usagers, types de prestations sanitaires et d'aide sociale fournies et leur potentiel ;
- Objectifs en matière d'assistance hospitalière, territoriale et à domicile, visés au présent Plan socio-sanitaire ;
- Capacité des structures publiques à subvenir aux besoins en matière d'assistance sanitaire, socio-sanitaire et d'aide sociale et définition des besoins auxquels il convient de répondre au moyen de structures privées ;
- Évaluation du rapport entre les coûts et les bénéfices dérivant des services fournis ou prévus, compte tenu, à qualité égale desdits services, de la meilleure efficacité en matière de gestion, de la flexibilité organisationnelle et de la prévisibilité des coûts résultant du recours aux structures publiques ou aux structures privées ;
- Nouveaux standards, protocoles et lignes directrices approuvés par les organes responsables, à l'échelon national et international.

Accréditation

L'accréditation est délivrée par la Région, après l'autorisation d'exercer, aux structures et aux professionnels justifiant des conditions requises et conformément aux dispositions ci-dessous :

Accréditation des structures : le programme régional

La Région a adopté les prescriptions nationales en matière d'accréditation et a défini les modalités de délivrance de cette dernière aux structures qui fournissent des prestations socio-sanitaires pour le compte du service sanitaire régional. Ces structures, publiques et privées, seront choisies par la Région parmi celles qui ont obtenu l'autorisation régionale d'exercer, dès lors qu'elles sont à même de prouver qu'elles justifient des conditions de qualité définies au niveau régional et qu'elles concourent à la réalisation des objectifs de la programmation régionale.

La définition du nombre et du type des structures en question est effectuée par le Gouvernement régional sur la base d'une liste détaillée des besoins, en vue d'assurer la réalisation des niveaux d'assistance de base.

Par ailleurs, la Région, en tant que financeur du système socio-sanitaire régional ainsi que de contrôleur des services rendus au citoyen, définit l'accréditation comme un moyen de valoriser une structure qui est organisée et œuvre suivant les critères de bonne qualité.

À cette fin, l'on souhaite réaliser, dans les trois années de validité de ce Plan, les initiatives nécessaires à la valorisation de l'accréditation en tant qu'outil de garantie pour les citoyens et pour le développement de la qualité du service socio-sanitaire régional.

Le Gouvernement régional, suite à l'entrée en vigueur de l'acte d'orientation et de coordination visé à l'alinéa 3 de l'article 8 *quater* du décret législatif n° 502 de 1992 modifié, adopte, sur proposition d'un groupe technique *ad hoc* pluridisciplinaire, les actes visant à définir les conditions générales et particulières de l'accréditation, compte tenu :

- Des besoins en termes d'assistance ;
- Du respect des orientations de la programmation régionale ;
- Des missions sanitaires définies en vue d'assurer les niveaux essentiels d'assistance ou, le cas échéant, des niveaux supplémentaires au plan local conformément aux résultats des études et des analyses qui ont été menées après l'entrée en vigueur du présent Plan.

Le Gouvernement régional définit également les procédures visant à vérifier la possession des conditions requises, ainsi que les procédures, les délais et les modalités d'adaptation auxdites conditions des centres publics et privés régulièrement autorisés.

La composition de ce groupe technique, la nomination et les modes de fonctionnement de ce dernier sont fixées par le Gouvernement régional.

Le Gouvernement régional régleme la procédure de l'accréditation, en prévoyant le recours à des organismes techniques chargés des visites d'inspection.

Ces organismes ont notamment pour mission de vérifier que les établissements de santé concernés répondent aux conditions fixées par la législation nationale et régionale en matière d'accréditation.

Le Gouvernement régional délivre cette accréditation qui n'est pas contraignante pour l'agence USL, en vue de la passation d'accords de contrat, après une instruction spécifique menée par les services régionaux compétents, compte tenu des résultats des vérifications effectuées.

La Région autonome Vallée d'Aoste publie chaque année au *Bulletin officiel* la liste des sujets habilités à fournir des prestations sanitaires et socio-sanitaires pour le compte du Service sanitaire national.

L'agence USL informe les usagers, sous la forme la plus appropriée, quant aux sujets habilités, au type de prestations fournies ainsi qu'aux modes d'accès à ces dernières.

Accréditation des professionnels

Les professionnels qui exercent dans des cabinets qui ne font pas l'objet d'une autorisation régionale peuvent demander l'accréditation, à titre provisoire, suivant les dispositions approuvées par le Gouvernement régional, les ordres professionnels entendus, dans l'attente de la publication de l'acte d'orientation et de coordination visé à l'alinéa 3 de l'article 8 *quater* du décret législatif n° 502 de 1992, modifié.

Le Gouvernement régional, suite à l'entrée en vigueur de l'acte d'orientation et de coordination visé à l'alinéa 3 de l'article 8 *quater* du décret législatif n° 502 de 1992 modifié, adopte, sur proposition du groupe technique pluridisciplinaire et après consultation de l'ordre professionnel des chirurgiens et des chirurgiens-dentistes, les conditions définies pour l'accréditation des professionnels, compte tenu également de l'expérience spécifique et des crédits de formation acquis par ces derniers lors de programmes régionaux de formation continue organisés aux termes de l'article 16 *ter* du décret législatif n° 502 du 30 décembre 1992, modifié.

Accréditation des structures d'aide sociale et socio-éducatives

La Région suit l'évolution de la législation en matière d'accréditation des structures d'aide sociale et socio-éducative, selon les dispositions de l'article 11 de la loi n° 328 de 2000 ; par ailleurs, le Gouvernement, dans le cadre de la programmation régionale définie au paragraphe consacré à l'identification des besoins structurels et productifs du présent Plan, définit les conditions requises générales et spéciales en vue de l'accréditation de ces structures ainsi que les modes de délivrance des accréditations.

Prestataires pour le compte du service sanitaire national

Pour ce qui est des prestataires pour le compte du Service sanitaire national, l'accréditation habilite le sujet à négocier avec l'agence USL ; cela représente donc une condition essentielle, mais non contraignante pour l'agence.

Les modalités de rémunération des prestations sont fixées en vertu des accords de contrats passés par l'agence USL avec les sujets habilités.

Le Gouvernement régional définit, lors de la négociation, les plafonds quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les règles à suivre en cas de dépassement desdits plafonds.

Les accords contractuels définissent les volumes maxima des prestations que chaque centre peut fournir, ainsi que le montant à verser, dans le respect des dispositions en vigueur et dans la limite de la dotation financière fixée par la Région.

Pour ce qui est des conventions pour la fourniture des prestations d'aide sociale et socio-éducatives, la délivrance de l'autorisation régionale visée à l'article 38 de la loi régionale n° 5 de 2000, ainsi que de l'accréditation, ne constituent pas une contrainte pour les organismes gestionnaires dans l'attente de l'agrément.

Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) et Système d'information socio-sanitaire régional

Les aspects principaux de l'activité de programmation socio-sanitaire, sont les suivants :

- L'analyse des besoins de santé ou d'assistance ;

- La définition des objectifs cohérents ;
- Le choix d'actions efficaces et un développement approprié ;
- Le suivi des processus ;
- L'évaluation des résultats.

Chacun de ces aspects exige des informations pertinentes, des schémas d'interprétation valables et à même d'assurer une communication efficace.

Les fonctions des systèmes d'information de l'épidémiologie et de la communication visent ces objectifs généraux, car les approches traditionnelles du système d'information et de l'observation épidémiologique, bien que fondamentales, doivent aujourd'hui intégrer d'autres approches qui tiennent compte de la portée stratégique de notions telles que l'évaluation et la communication.

Pour ce qui est du système d'information régional, les fonctions actuelles sont fractionnées en différents domaines et les services œuvrant au niveau régional et relevant davantage du domaine administratif que du domaine territorial sont appelés à s'acquitter de la transmission des données « classiques » plutôt qu'à organiser de nouveaux flux d'informations, dans le but d'assurer le suivi des nouveaux secteurs introduits par les lois nationales et régionales relatives à la réorganisation du système sanitaire (niveaux d'assistance, comptabilité de la direction, gestion budgétaire, évaluation de la qualité des services) et des services sociaux.

La fonction épidémiologique au sein de la Région autonome Vallée d'Aoste revient à l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS), aux termes de l'article 5 de la loi régionale n° 5 de 2000, qui en définit les missions.

La rationalisation récente de cette fonction au sein de l'Assessorat compétent permet d'atteindre, à l'avenir et au niveau local, l'autonomie en matière d'observation et d'interprétation épidémiologique. Un plan d'actions pluriannuel de l'Observatoire a par ailleurs vu le jour qui sera applicable pendant toute la période de validité de ce Plan et qui a pour but de promouvoir le rôle dudit Observatoire dans les domaines de son ressort et d'associer certaines catégories de professionnels œuvrant dans les différentes zones concernées par l'assistance socio-sanitaire régionale à un processus de formation et de développement au niveau local.

L'Observatoire régional pourra ainsi se doter d'une structure élargie constituée d'une cellule *ad hoc* au sein de l'Assessorat compétent et d'un réseau de référents fixes placés auprès des structures régionales appartenant aux niveaux d'assistance socio-sanitaire.

La composante sociale de l'Observatoire est encore à l'état embryonnaire, même si le futur Observatoire régional de l'enfance et de l'adolescence pourra être considéré comme le prototype de l'Observatoire régional des politiques sociales.

Lors de la période de validité de ce Plan, l'Observatoire d'épidémiologie et des politiques sociales se dotera des ressources, méthodologies et techniques nécessaires à l'accomplissement des fonctions principales qui lui seront confiées, à savoir :

Fonction de connaissance.

Elle permet de mieux cerner les cas particuliers et les besoins de la population locale, ainsi que les moyens d'intervention existants dans le domaine de la santé et des politiques sociales.

Fonction de décision.

Elle permet de recenser les problèmes sur la base de l'analyse des cas particuliers, de définir les priorités d'action, afin de procéder à la programmation nécessaire.

Fonction d'évaluation

Elle permet d'évaluer l'efficacité et la pertinence des actions accomplies.

Fonction d'information et de valorisation.

Elle encourage la divulgation et la valorisation des actions accomplies et assure l'échange d'informations entre les différents organismes ou institutions reliées entre elles.

Le système d'information et le système d'observation épidémiologique et des politiques sociales ne doivent pas travailler

de manière distincte : c'est pourquoi, même s'ils sont dotés d'une autonomie fonctionnelle, ils ont été traités conjointement lors de l'élaboration des objectifs communs de ce Plan.

Il est par ailleurs nécessaire de lancer un processus de réorganisation du système d'information socio-sanitaire régional, afin de le rendre plus souple et plus adapté aux nouvelles exigences de programme.

Un système informatique et d'information ainsi conçu est destiné à devenir le centre stratégique de l'ensemble de l'organisation socio-sanitaire, grâce auquel les informations atteignent tous les niveaux périphériques et offrent un support adéquat aux décideurs de chaque échelon (de la Région, de l'agence et de district), en vue de la gestion de la santé et des services régionaux.

L'une des priorités du prochain triennat est sans doute le lancement du processus de développement, de gestion et de valorisation du système informatique et d'information au niveau régional.

Ce processus implique une étude d'évaluation préliminaire qui a pour but de vérifier la qualité des données disponibles – si elles sont complètes et peuvent être convenablement utilisées –, ainsi que de retenir les indicateurs appropriés et de mettre au point des procédures d'analyse par le recours aux logiciels de statistique disponibles.

La gestion d'un système d'information implique également la création de bases de données et la réalisation d'analyses.

Enfin, la valorisation des données de chaque flux d'information comporte, outre le choix des indicateurs d'analyse – qui se fait préalablement à la phase de développement –, la réalisation d'examens plus approfondis, ce qui présuppose, pour chaque flux d'information qui a relevé la présence de problèmes, l'élaboration d'analyses spécifiques par le recours à des techniques statistiques plus poussées.

Afin de réaliser ce triple objectif (développement, gestion et valorisation), il est nécessaire de procéder aux actions spécifiques suivantes :

- Organisation et rationalisation des flux d'information ;
- Harmonisation des bases des données du système d'information socio-sanitaire ;
- Suivi de la qualité et de l'adaptation aux standards de sécurité propres d'un système d'information et de statistiques de gestion au niveau régional, local et de l'agence ;
- Valorisation des résultats en vue de leur publication.

Certaines de ces actions ont déjà été lancées dans des domaines restreints du système d'information (fiche de sortie de l'hôpital et données sur la mortalité) ; pendant la période de validité du Plan, le système d'information socio-sanitaire de l'Assessorat devra poursuivre son action de réorganisation et de renforcement en passant d'un système administratif régional à un système territorial régional, grâce à la collaboration avec les autres bureaux régionaux compétents en matière de systèmes d'information de nature socio-sanitaire, ou bien par le biais d'accords *ad hoc* passés avec l'agence USL et les autres organismes intéressés.

Outre la valorisation du point de vue épidémiologique des informations disponibles, le développement des systèmes d'information en matière de santé nécessitera également le recours à l'expérimentation de nouvelles bases de données et de nouvelles applications – et notamment l'introduction des systèmes du type « client-server » et de bases de données relationnelles –, ainsi qu'à la création de « data warehouse » multidimensionnelles.

Par ailleurs, la valorisation des systèmes d'information représente un outil indispensable à l'établissement du rapport socio-sanitaire régional annuel, qui a pour but de mettre en exergue les problèmes de santé de la population et de contribuer à la réalisation des objectifs contenus dans le Plan, ainsi que de fournir les éléments utiles, sur la base des données recueillies, à la vérification, à la mise à jour et à l'élaboration des futurs Plans.

Afin d'intégrer dans la culture régionale l'importance de l'activité menée par l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales et des données des systèmes d'information, il convient que les données épidémiologiques soient divulguées, comprises et utilisées, de manière à ce que la méthode de l'épidémiologie devienne une pratique constante chez les professionnels.

Les outils permettant d'atteindre cet objectif sont les suivants :

- La création d'un réseau de référents du système socio-sanitaire régional (territoire, prévention, hôpital) dans le but de recenser les nécessités de développement de l'observatoire et de réaliser les systèmes d'information qui s'imposent par le recours à des modèles opérationnels et à des systèmes d'analyse adaptés aux besoins et aux mutations du contexte régional ;

- La publication et la divulgation du rapport socio-sanitaire régional, ainsi que de rapports sur les flux d'informations et sur l'état de santé de la population, par le biais également de modes de communication novateurs dans la forme et dans les moyens ;
- Les actions de formation aux outils et aux méthodes propres à l'épidémiologie, avec une attention particulière au développement des compétences dans le domaine de la lecture et de l'interprétation des données découlant de l'utilisation habituelle des flux d'information.

Objectifs

- Fournir des données et réaliser des analyses sur les besoins en matière de santé et d'aide sociale de la population, aux fins de la programmation, de la gestion et de l'évaluation des objectifs de santé et d'aide sociale indiqués dans le présent Plan au niveau régional, local et de l'agence ;
- Promouvoir et divulguer la méthode de l'observation et les résultats des analyses, pour qu'ils deviennent un patrimoine commun chez les professionnels et dans les services du système sanitaire régional, et ce dans le but d'établir un contact direct avec les non professionnels sur les principaux thèmes de nature sociale et sanitaire.

Actions

- Création d'un réseau de référents régionaux ;
- Développement, gestion et valorisation des systèmes d'information socio-sanitaires et des actions de l'observatoire ;
- Etablissement de rapports périodiques sur des thèmes spécifiques.

Réalisation d'un réseau sanitaire interentreprises et interrégional entre la Vallée d'Aoste et le Piémont

Il convient d'envisager la réalisation d'un réseau d'assistance sanitaire comprenant l'agence USL de la Vallée d'Aoste et les autres agences du Piémont. Etant donné la complexité de cette tâche, il paraît opportun, compte tenu également des affinités du point de vue de la logistique et de l'organisation avec l'agence n° 9 d'Ivrée, d'entamer une collaboration avec celle-ci, en vue de définir, à l'issue de la période d'expérimentation, un modèle d'organisation applicable à d'autres réalités. L'analyse du contexte dans lequel se situent l'agence n° 9 d'Ivrée et l'agence de la Vallée d'Aoste est révélatrice de cette approche du problème.

La demande d'assistance issue d'une population de quelque 310 000 usagers (120 000 de la Vallée d'Aoste et 190 000 du Canavese) concerne essentiellement les structures d'assistance, de soins ou non, rattachées aux agences sanitaires de la Vallée d'Aoste et à l'agence n° 9 d'Ivrée. L'offre d'assistance semble différenciée, intégrée et de très bonne qualité ; elle connaît toutefois des carences particulièrement significatives dans des domaines spécialisés. La répartition géographique et les liaisons routières permettent d'offrir des avantages aux usagers en provoquant le moins de désagréments possibles lors des transferts des assurés et de leurs parents. La configuration particulière du territoire amène la population de la basse Vallée à choisir, surtout en cas d'urgences, l'hôpital d'Ivrée plutôt que celui d'Aoste, en raison de sa proximité. Les usagers valdôtains sont forcés, du fait des problèmes liés à la quantité de la demande et à la qualité de l'offre, à des transferts en dehors du territoire régional, car les structures de l'ASL n° 9 d'Ivrée ne sont pas toujours à même de répondre aux requêtes ou bien parce que certaines spécialités ne sont pas présentes dans les trois hôpitaux du Canavese (Ivrée, Castellamonte et Cuorgné), en vertu de la programmation régionale du Piémont. En même temps, des carences dans le réseau d'assistance de ces deux régions obligent les assurés à supporter de longs délais d'attente. Toutefois, des synergies réciproques sont susceptibles d'offrir des alternatives convenables du point de vue qualitatif et quantitatif, en vue de l'établissement de diagnostic et de la mise en place de traitements thérapeutiques appropriés. Pour ce qui est des médecins et des infirmiers, le marché du travail exige désormais une programmation sanitaire qui prévoit – sous peine de devoir assister à une chute rapide de l'offre, faute de professionnels – de garder un haut degré d'attractivité de ces deux hôpitaux, en misant notamment sur :

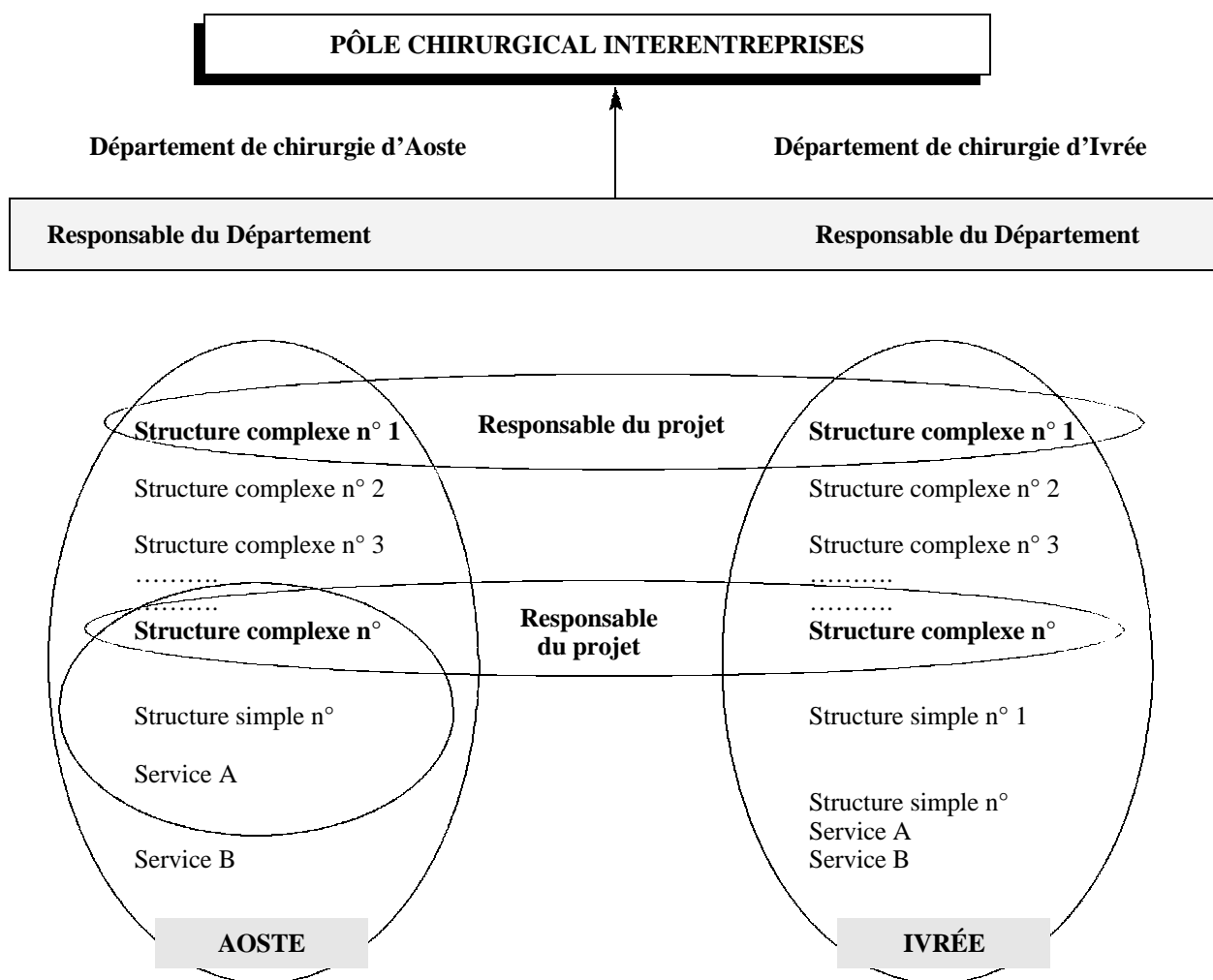
- La diversité des prestations fournies ;
- La qualité des prestations ;
- La continuité de l'assistance ;
- La possibilité de développer la recherche et les projets ;
- L'offre de formation.

La nécessité d'intégration professionnelle des équipes impulse par ailleurs une démarche de rationalisation de l'activité d'assistance diagnostique et thérapeutique et favorise les procédures d'accréditation d'excellence nécessaires à attirer les usagers et les professionnels, à les encourager et à développer des liens avec l'université et la recherche financée par les particuliers.

Les deux agences complètent déjà actuellement, par le biais de rapports de conseil ou de conventions de secteur, l'offre en matière d'assistance ; toutefois, l'exigence d'une programmation sur une vaste échelle apparaît désormais prioritaire et ne peut être différée. L'exigence de rationaliser la dépense sanitaire rend nécessaire pour les deux agences de revoir la programmation afin d'éviter des doublons, tout en maintenant une offre sur le territoire diversifiée, intégrée et qualifiée.

La chance offerte par la mise en réseau des structures d'assistance de la Vallée d'Aoste et du Canavese vise à répondre convenablement à ces exigences et garantit l'existence de structures susceptibles de satisfaire d'une manière intégrée aux besoins de la population concernée en matière d'assistance.

Une fois que l'expérimentation aura fait ses preuves, elle pourra être étendue, par le biais d'accords de programmes, à d'autres agences piémontaises en vue de la fourniture de prestations hautement spécialisées que le plan sanitaire piémontais n'accorde pas à l'agence d'Ivrée. Sans vouloir anticiper les conclusions du projet qui – étant donné sa complexité – devra absorber des ressources importantes et s'étaler sur une longue période, il importe, afin de donner une idée de la collaboration envisagée, de présenter un modèle d'organisation à partir duquel engager une réflexion. Le modèle relatif au secteur de la chirurgie – qui sera élargi à d'autres secteurs ayant trait à l'hospitalisation, au diagnostic, à l'organisation, à la réhabilitation ou au territoire – figure ci-après. L'idée d'intégrer les départements présents actuellement dans les deux agences, au sein du pôle interentreprises de secteur (par exemple le pôle chirurgical), permettrait d'intégrer également les structures simples ou complexes des deux agences sans créer des tendances centrifuges que l'existence de pôles très spécialisés finirait par nourrir. Une intégration spécialisée sera par ailleurs possible grâce à la réalisation de projets spécifiques pour des secteurs précis dont les responsables seraient dotés d'une autonomie décisionnelle en vue de la réalisation des objectifs spécifiques qui leur seront confiés. Selon une idée, qui sera éventuellement concrétisée et développée lors de la phase expérimentale et d'une première application, l'intégration des responsables du projet dans un organisme de coordination, formé des responsables des départements intéressés (ou des unités opérationnelles concernées si elles ne sont pas insérées dans un département) assurerait la réalisation des objectifs généraux, en conformité avec la vision envisagée, lors de la programmation, par les organismes stratégiques de la Région et de l'agence.



Médecines non conventionnelles

La médecine non conventionnelle est une pratique médicale fondée sur le principe selon lequel il existe une seule médecine, articulée en de nombreuses branches, et le recours à différentes méthodes de soins n'est pas exclusif, mais il est complémentaire des différents traitements diagnostiques et thérapeutiques définis par le médecin, afin de réaliser le bien-être global de la personne.

À cet égard, le présent Plan entend reconnaître une valeur thérapeutique aux pratiques qui ont trait à la médecine non conventionnelle en encourageant la recherche dans ce domaine et en prévoyant des parcours de formation qualifiés pour les médecins souhaitant suivre une spécialisation dans ces disciplines alternatives à la médecine classique.

La médecine officielle intègre en effet toujours plus fréquemment les pratiques relevant des médecines non conventionnelles dans les traitements de certaines pathologies (de l'homéopathie à l'acupuncture, à la phytothérapie et à la médecine traditionnelle chinoise) ; parallèlement, les citoyens font appel de plus en plus souvent à d'autres médecines que la médecine classique et les coûts qui en découlent – s'ajoutant à la dépense sanitaire globale – sont à la charge des particuliers. D'après une étude épidémiologique récente, menée dans les principaux pays industrialisés, 30 % à 70 % d'assurés utilisent couramment les méthodes thérapeutiques propres aux médecines non conventionnelles.

Selon les données de la littérature médicale, plus de la moitié des citoyens belges et allemands irait jusqu'à payer une somme supplémentaire des primes d'assurance dans le but de bénéficier de ce type de thérapie et d'obtenir un remboursement plus important des dépenses de santé ; par ailleurs, 74 % des Anglais souhaite l'introduction des médecines non conventionnelles dans le Plan sanitaire national. En Vallée d'Aoste aussi une étude pilote a été lancée pour connaître l'avis des médecins et des assurés quant aux médecines non conventionnelles. L'analyse des premières données révèle que le recours aux médecines non conventionnelles se fait d'une manière presque égale chez ces deux catégories de personnes (77 % des médecins en conseillent l'usage et 71 % des assurés les utilisent) ; les seules différences concernent le type de médecine non conventionnelle pratiquée (chez les médecins l'acupuncture figure au premier rang, tandis que les citoyens lui préfèrent l'homéopathie).

En Italie, d'après un récent sondage DOXA, le nombre de personnes qui choisissent la médecine non conventionnelle dans le domaine sanitaire se chiffre à cinq millions. Au cours du mois de juillet 2000, la Commission des affaires sociales de la Chambre des députés a réglementé la pratique des « médecines douces », en précisant que seules les personnes justifiant d'une licence en médecine ou en chirurgie sont compétentes en la matière. Une commission d'études sur les médecines non conventionnelles a par ailleurs été créée au sein du Parlement en 1997 : elle est chargée de donner des garanties aux usagers, d'arrêter les orientations relatives aux pratiques éventuellement reconnues et d'en vérifier l'efficacité, la pertinence et le rapport bénéfices/coûts.

En 1997, le Parlement européen a modifié le statut relatif aux médecines non conventionnelles, en faisant application d'une normative européenne de 1991 sur la libre circulation des médecines homéopathiques en Europe.

Dans l'attente d'une réglementation de la matière au niveau national, certaines Régions ont élaboré des hypothèses de programme censées apporter une réponse rationnelle à ces nouveaux besoins de la population. Il s'agit de thèmes qui ont un impact social important et qui exigent d'être évalués avec toute la rigueur scientifique qui s'impose, afin de vérifier l'efficacité des choix diagnostiques et thérapeutiques effectués par les médecins : c'est ce que le présent Plan préconise pour la médecine traditionnelle.

Objectifs

- Évaluer l'opportunité d'une reconnaissance de la valeur diagnostique et thérapeutique des pratiques de la médecine non conventionnelle, dans le respect de la législation nationale et des principes de la médecine basée sur les données scientifiques ;
- Développer le débat sur le recours à la médecine non conventionnelle dans les traitements thérapeutiques parmi les professionnels de santé et ce, par le biais également d'actions de formation et d'une confrontation avec les professionnels du secteur ;
- Évaluer l'intérêt de la population et des médecins de la Vallée d'Aoste quant aux médecines non conventionnelles et à leur utilisation effective.

Actions

- Institution, auprès de l'Assessorat de la santé du bien-être et des politiques sociales, d'une commission pour le développement et la recherche dans le secteur des médecines non conventionnelles ;
- Identification, par l'Assessorat et en accord avec les ordres régionaux des médecins, la FIAMO (Federazione Italiana

Associazione Medici Omeopati), FISA (Federazione Italiana Società di Agopuntura), FNO (Federazione Nazionale Omeopatia) et les autres fédérations concernées, des branches et des pratiques thérapeutiques du ressort de la médecine non conventionnelle pouvant être reconnues par le service sanitaire régional et présenter un gage de fiabilité pour les actions mentionnées ci-dessous ;

- Lancement, en accord avec les ordres professionnels, d'expérimentations visant à vérifier la possibilité réelle d'insérer certaines pratiques médicales non conventionnelles dans l'offre des services au citoyen, sans préjudice du fait que ces pratiques peuvent ne pas être remboursées ;
- Autorisation à fournir des médecines homéopathiques dans le cadre également des activités de l'agence USL, sous réserve que les frais qui en découlent soient à la charge de l'assuré ;
- Autorisation à introduire des pratiques non conventionnelles au sein des structures socio-sanitaires régionales, dans le respect du principe du choix et du traitement clinique et thérapeutique que la personne suit ;
- Mise en place, à titre expérimental, d'un dispensaire pour la médecine non conventionnelle, dont les frais sont à la charge de l'intéressé ;
- Evaluation, par des sondages épidémiologiques *ad hoc*, de l'ampleur de la demande exprimée et, dans la limite du possible, de la demande inexprimée dans le domaine de l'assistance ;
- Définition par l'Assessorat, après consultation des ordres professionnels et du comité d'éthique, des lignes directrices dans ce domaine, auxquelles l'agence USL devra se conformer ;
- Mise en place de parcours de formation dans certaines spécialités du ressort de la médecine non conventionnelle au sein de l'Université de la Vallée d'Aoste – Università della Valle d'Aosta, en accord avec les autres universités partenaires au niveau international.

PARTICIPATION ET REPRÉSENTATION

Les citoyens et les services

Le droit à la citoyenneté implique la reconnaissance de la centralité du citoyen, de sa titularité à jouir des droits sociaux en matière de santé, de culture, de logement, de travail et d'assistance, bref de bien-être en tant que qualité de la vie. Ce droit reconnaît que les personnes sont considérées comme des sujets actifs qui ont un projet de vie (et non pas comme des destinataires passifs d'actions qui leur sont adressées), qui participent aux décisions quant aux services qu'elles reçoivent et sur lesquels elles exercent un droit et formulent, au bout du compte, une appréciation.

Le mot « citoyen » comprend, dans sa signification moderne de celui qui est habilité à jouir des droits et est astreint aux devoirs sanctionnés par l'Etat, de nouvelles significations qui mettent en valeur les liens de solidarité, de communion et de responsabilité entre les personnes vivant dans un même pays ou, plus en général, dans une communauté. Etre citoyen signifie donc, d'après cette définition, être protagoniste de la création et de la gestion des conditions qui marquent la vie des personnes et c'est justement cette nouvelle idée de citoyenneté qui conduit au dépassement de l'idée d'usager. L'usager au sens littéral du terme est celui qui jouit d'un bien ou utilise un service public : il est l'utilisateur, à l'opposé du fournisseur. Si l'utilisateur est celui qui a le droit de jouir d'un bien d'autrui, il en découle que le bien ou le service public dont il bénéficie appartient à des tiers. La signification du mot « usager » met en évidence à la fois la passivité du citoyen par rapport à l'activité des services à la personne et le fait que sa titularité de droits ne s'exerce que dans l'utilisation des services, à titre individuel et de manière passive. Même si le citoyen est reconnu comme titulaire du service public auquel il s'adresse, l'usager sera toujours quelqu'un qui se limite à utiliser, d'une manière plus ou moins avantageuse, un service rendu par un fournisseur. A la limite, dans un système très ouvert et efficient, il est vrai que l'usager peut prétendre à la qualité souhaitée et l'obtenir, mais uniquement d'une manière passive.

Cette culture aboutit à la conviction que la solution des problèmes concernant les services socio-sanitaires est uniquement le fait des administrateurs et des techniciens préposés aux services en question qui se limitent à modifier les modes de gestion et de production desdits services.

Le modèle de la personne en tant qu'usager s'est accentué suite à la faillite de nombreuses expériences de participation. Les raisons de cet échec sont complexes, même s'il ressort de leur analyse que la participation des citoyens peut être encouragée – non pas d'une manière formelle –, par la mise en place d'actions lors de la fourniture quotidienne des services et de l'identification des besoins et des priorités.

Le fait de rendre les citoyens acteurs principaux, au moins en partie, de la réponse aux besoins que le système socio-sanitaire est appelé à satisfaire signifie réduire la dépendance des personnes et leur faire jouer un rôle de premier plan.

A côté de ces raisons d'ordre théorique sur la valeur de la centralité de la personne dans la satisfaction de ses besoins, il en existe d'autres d'ordre pratique qui découlent de l'analyse du bon fonctionnement des services sociaux et sanitaires. Les professionnels de santé les plus avertis sont conscients que la participation des citoyens à la gestion des services est un élément important de l'efficacité économique et de l'efficacité en termes des prestations et qu'elle permet à ces mêmes services de donner les réponses les plus adaptées aux besoins réels des personnes ; seule la participation des intéressés à la programmation et à l'évaluation des services socio-sanitaires peut faire en sorte que ces derniers soient adaptés aux besoins et que les intéressés puissent contribuer à la planification des mesures de soutien, être conscients des ressources mobilisés et se responsabiliser davantage.

La conférence socio-sanitaire régionale

La confrontation avec les citoyens et avec les acteurs sociaux est indispensable pour garantir que l'ensemble des activités relatives au service socio-sanitaire régional aient des référents sûrs dans les milieux institutionnels. Cela constitue un principe fondamental qui régit les nouveaux modèles de développement et de fourniture des services à la population et représente enfin la seule approche qui puisse permettre de surmonter les lourdeurs institutionnelles par le recours à toutes les ressources propres à soutenir des décisions largement partagées et appropriées. Même le récent pacte pour le développement de la Vallée d'Aoste manifeste la volonté de participer à la réalisation d'une phase de concertation au niveau local et précise l'engagement à assurer l'information la plus complète sur les initiatives et les processus décisionnels concernant la communauté valdôtaine. Le pacte pour le développement de la Vallée d'Aoste prévoit une confrontation ouverte à tous les acteurs concernés sur la réhabilitation et la rationalisation des services socio-sanitaires, dans l'optique d'une protection des sujets en difficulté, ainsi que sur d'autres questions relatives à la qualité de la vie et à la cohésion sociale qui ont été abordées dans ce plan dans le cadre des politiques sociales et des politiques pour l'environnement.

Afin de favoriser une confrontation avec tous les acteurs institutionnels et sociaux, le présent Plan instaure la conférence socio-sanitaire régionale en vue d'une participation plus large de ces derniers à l'essor social et sanitaire de la Vallée d'Aoste.

La conférence socio-sanitaire régionale s'exprime sur les principaux problèmes relatifs à la programmation socio-sanitaire et est convoquée périodiquement par l'assesseur compétent en matière de santé, de bien-être et de politiques sociales.

A la Conférence, dont la composition et le fonctionnement seront définis par délibération du Gouvernement régional, participent les représentants :

- de l'agence USL ;
- des citoyens (par la création également du tribunal du malade) ;
- des associations de bénévoles ou du tiers secteur ;
- des fédérations de catégorie ;
- des ordres et des collèges de professionnels ;
- des organisations syndicales ;
- des collectivités locales.

La Conférence compte devenir le lieu privilégié de confrontation entre sujets et institutions, qui exercent des fonctions susceptibles d'influencer le bien-être psychique et physique de la communauté tout entière, sur les stratégies à mettre en œuvre, réparties par objectifs communs.

La Conférence formule des propositions et exprime des avis sur les orientations et sur les actions de requalification du service socio-sanitaire régional.

Compte tenu des sujets traités, elle peut s'adjoindre occasionnellement le concours d'experts extérieurs.

Nota della Redazione:

Si riporta di seguito il testo della legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 concernente: «Approvazione del

Note de la rédaction :

Ci-après le texte de la loi régionale n° 18 du 4 septembre 2001 portant approbation du plan socio-sanitari-

Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004» già pubblicato sul Bollettino ufficiale Edizione Straordinaria n. 39 del 6 settembre 2001.

Legge regionale 4 settembre 2001, n. 18.

Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

promulga

la seguente legge:

INDICE

CAPO I
PIANO SOCIO-SANITARIO
REGIONALE 2002/2004

Art. 1 – Approvazione del piano

CAPO II
SERVIZI SOCIALI

- Art. 2 – Definizione
Art. 3 – Fondo regionale per le politiche sociali
Art. 4 – Partecipazione dei cittadini alla spesa sociale
Art. 5 – Competenze della Regione
Art. 6 – Competenze dei Comuni
Art. 7 – Equiparazione dei diplomi di educatore professionale

CAPO III
MODIFICAZIONI DI
DISPOSIZIONI VIGENTI

- Art. 8 – Modificazioni della legge regionale 25 ottobre 1982, n. 70
Art. 9 – Modificazioni della legge regionale 27 agosto 1994, n. 59
Art. 10 – Modificazioni della legge regionale 4 settembre 1995, n. 41
Art. 11 – Modificazioni della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5.

CAPO IV
DISPOSIZIONI FINALI

- Art. 12 – Interpretazione autentica dell'articolo 2 della legge regionale 7 dicembre 1979, n. 70
Art. 13 – Abrogazione di norme
Art. 14 – Entrata in vigore

CAPO I
PIANO SOCIO-SANITARIO
REGIONALE 2002/2004

re régional au titre de la période 2002/2004, publiée au Bulletin officiel n° 39 du 6 septembre 2001 (édition extraordinaire).

Loi régionale n° 18 du 4 septembre 2001,

portant approbation du plan socio-sanitaire régional au titre de la période 2002/2004.

LE CONSEIL RÉGIONAL

a approuvé ;

LE PRÉSIDENT DE LA RÉGION

promulgue

la loi dont la teneur suit :

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I^{ER}
PLAN SOCIO-SANITAIRE
RÉGIONAL 2002/2004

Art. 1^{er} – Approbation du plan

CHAPITRE II
SERVICES D'AIDE SOCIALE

- Art. 2 – Définition
Art. 3 – Fonds régional pour les politiques sociales
Art. 4 – Participation des citoyens aux dépenses en matière d'aide sociale
Art. 5 – Attributions de la Région
Art. 6 – Attributions des communes
Art. 7 – Équivalence des diplômes d'éducateur professionnel

CHAPITRE III
MODIFICATIONS DES
DISPOSITIONS EN VIGUEUR

- Art. 8 – Modifications de la loi régionale n° 70 du 25 octobre 1982
Art. 9 – Modifications de la loi régionale n° 59 du 27 août 1994
Art. 10 – Modifications de la loi régionale n° 41 du 4 septembre 1995
Art. 11 – Modifications de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000

CHAPITRE IV
DISPOSITIONS FINALES

- Art. 12 – Interprétation authentique de l'article 2 de la loi régionale n° 70 du 7 décembre 1979
Art. 13 – Abrogation de dispositions
Art. 14 – Entrée en vigueur

CHAPITRE I^{ER}
PLAN SOCIO-SANITAIRE
RÉGIONAL 2002/2004

Art. 1
(Approvazione del piano)

1. Ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione) ed in armonia con il piano sanitario nazionale e con i principi fondamentali della legislazione statale in materia sanitaria e sociale, è approvato il piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004, allegato alla presente legge.

2. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare gli eventuali adattamenti al piano di cui al comma 1 che si renderanno necessari a seguito dell'entrata in vigore del piano sanitario nazionale 2001/2003 e del piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003.

3. I progetti obiettivo e le azioni programmate previsti dal piano socio-sanitario regionale 1997/1999 sono prorogati fino al momento del loro completamento o della loro modificazione con deliberazione della Giunta regionale.

CAPO II
SERVIZI SOCIALI

Art. 2
(Definizione)

1. Per servizi sociali si intendono tutte le attività, escluse quelle svolte dal Servizio sanitario regionale, relative alla predisposizione e alla erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche volte a garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione, i diritti di cittadinanza e destinate a rimuovere e a superare le situazioni di bisogno che la persona incontra nel corso della sua vita.

Art. 3
(Fondo regionale per le politiche sociali)

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 2002, è istituito il Fondo regionale per le politiche sociali.

2. Confluiscono nel Fondo tutti gli stanziamenti, spese correnti e spese di investimento, del bilancio pluriennale della Regione afferenti a interventi in materia di servizi sociali e socio-educativi, ad eccezione di quelli necessari per l'assolvimento delle funzioni trasferite ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 22 aprile 1994, n. 320 (Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Valle d'Aosta).

3. Il Fondo è ripartito tra gli enti locali in base al periodo di vigenza del bilancio pluriennale della Regione con possibilità di aggiornamenti annuali, fatta salva una quota di spettanza della Regione per l'espletamento delle funzioni di sua competenza.

4. I criteri di ripartizione del Fondo sono stabiliti dalla Giunta regionale, tenendo conto che gli enti locali devono garantire quote di cofinanziamento degli interventi.

Art. 4
(Partecipazione dei cittadini alla spesa sociale)

1. La Giunta regionale, al fine di assicurare uniformità ed

Art. 1^{er}
(Approbation du plan)

1. Le plan socio-sanitaire régional au titre de la période 2002/2004, annexé à la présente loi, est approuvé aux termes de l'article 2 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 (Dispositions en vue de la rationalisation de l'organisation du service socio-sanitaire régional et de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prestations sanitaires et d'aide sociale fournies en Vallée d'Aoste) et en harmonie avec le plan sanitaire national, ainsi qu'avec les principes fondamentaux de la législation nationale en matière de santé et d'aide sociale.

2. Le Gouvernement régional est autorisé à apporter au plan visé au premier alinéa du présent article les modifications qui s'avéreront nécessaires suite à l'entrée en vigueur du plan sanitaire national 2001/2003 et du plan national des actions et des services d'aide sociale 2001/2003.

3. Les projets objectifs et les actions programmées prévues par le plan socio-sanitaire régional 1997/1999 sont prorogés jusqu'au moment de leur achèvement ou de leur modification par délibération du Gouvernement régional.

CHAPITRE II
SERVICES D'AIDE SOCIALE

Art. 2
(Définition)

1. L'on entend par services d'aide sociale toutes les activités – exception faite de celles exercées par le Service sanitaire régional – relatives à la mise en place et à la fourniture de services, gratuits et payants, ou à l'octroi d'aides visant à garantir une bonne qualité de la vie, l'égalité des chances, la non-discrimination et le respect des droits des citoyens, ainsi qu'à résoudre les situations de difficulté dans lesquelles ces derniers peuvent se trouver au cours de leur vie.

Art. 3
(Fonds régional pour les politiques sociales)

1. Le Fonds régional pour les politiques sociales est créé à compter de l'exercice 2002.

2. Sont inscrits audit Fonds tous les crédits, au titre des dépenses ordinaires et d'investissement, du budget pluriannuel de la Région ayant trait au secteur des services d'aide sociale et des services socio-éducatifs, exception faite de ceux nécessaires à l'exercice des fonctions transférées au sens de l'article 2 du décret législatif n° 320 du 22 avril 1994 (Dispositions d'application du Statut spécial de la Région Vallée d'Aoste).

3. Le Fonds en cause est réparti entre les collectivités locales au titre de la période de validité du budget pluriannuel de la Région, avec la possibilité de mises à jour annuelles, exception faite d'une part qui est destinée à la Région pour l'exercice des fonctions de son ressort.

4. Les critères de répartition du Fonds sont fixés par le Gouvernement régional, compte tenu du fait que les collectivités locales doivent garantir le cofinancement des actions.

Art. 4
(Participation des citoyens aux dépenses en matière d'aide sociale)

1. Le Gouvernement régional, afin d'assurer aux citoyens un

equità dei trattamenti, definisce le soglie d'accesso alle prestazioni agevolate e individua i servizi gratuiti e quelli che comportano il pagamento di una quota di compartecipazione da parte dei cittadini che ne fruiscono, dei componenti la loro famiglia anagrafica, nonché dei loro ascendenti, discendenti e coniugi di questi ultimi.

2. La condizione economica dei soggetti tenuti alla compartecipazione alla spesa sociale è determinata sulla base dell'indicatore regionale della situazione economica.

3. Gli enti erogatori dei servizi richiedono ai soggetti di cui al comma 1 la dichiarazione sostitutiva contenente gli elementi necessari a determinare l'indicatore di cui al comma 2.

Art. 5
(Competenze della Regione)

1. Nel rispetto dei principi di cui alla legge regionale 23 ottobre 1995, n. 45 (Riforma dell'organizzazione dell'Amministrazione regionale della Valle d'Aosta e revisione della disciplina del personale):

- a) il Consiglio regionale determina gli indirizzi politici e programmatici delle politiche sociali, individuando le relative risorse finanziarie;
- b) la Giunta regionale:
 - 1) svolge funzioni di programmazione, di indirizzo operativo, di coordinamento e di controllo;
 - 2) definisce gli standard strutturali e gestionali dei servizi sociali e socio-educativi;
 - 3) assicura l'assistenza tecnica, su richiesta degli enti gestori dei servizi sociali, nonché i compiti di raccordo in materia di informazione e circolazione dei dati ai fini della valutazione delle politiche sociali;
 - 4) promuove l'istituzione di un apposito organismo partecipativo e consultivo nel settore delle politiche per anziani, con il coinvolgimento degli enti locali, del terzo settore e delle parti sociali;
 - 5) disciplina il coordinamento funzionale tra il Servizio sociale regionale e il Servizio sociale del Comune di Aosta;
 - 6) provvede all'assegnazione e all'erogazione delle risorse finanziarie, mediante la ripartizione del Fondo regionale per le politiche sociali;
 - 7) provvede all'attuazione dei programmi dell'Unione europea o di altri organismi internazionali nei settori delle politiche sociali, anche con il coinvolgimento degli enti locali;
 - 8) promuove azioni per il sostegno e la qualificazione degli organismi del terzo settore;
 - 9) definisce le soglie d'accesso alle prestazioni sociali agevolate e determina i criteri di partecipazione alle spese di funzionamento dei servizi sociali e socio-educativi da parte dei beneficiari e dei loro familiari;
 - 10) esercita funzioni e competenze in materia di:

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

traitement uniforme et équitable, établit quelles sont les prestations gratuites et celles qui comportent une contribution de la part des citoyens qui en bénéficient ou des membres de leur famille, de leurs ascendants, de leurs descendants et des conjoints de ces derniers, et fixe les limites relatives à l'accès auxdites prestations.

2. Les conditions économiques des sujets tenus de participer aux frais pour les services d'aide sociale sont fixées sur la base de l'indicateur régional de la situation économique.

3. Les prestataires demandent aux sujets visés au premier alinéa du présent article une déclaration sur l'honneur précisant tous les éléments nécessaires au calcul de l'indicateur visé au deuxième alinéa du présent article.

Art. 5
(Attributions de la Région)

1. Dans le respect des principes visés à la loi régionale n° 45 du 23 octobre 1995 (Réforme de l'organisation de l'Administration régionale de la Vallée d'Aoste et révision de la réglementation du personnel) :

- a) Le Conseil régional établit les orientations politiques et programmatiques des actions sociales et fixe les ressources financières y afférentes ;
- b) Le Gouvernement régional :
 - 1) Exerce des fonctions de planification, d'orientation opérationnelle, de coordination et de contrôle ;
 - 2) Définit les niveaux que les services d'aide sociale et des services socio-éducatifs doivent atteindre en matière de structures et de gestion ;
 - 3) Pourvoit à l'assistance technique, à la demande des établissements qui gèrent les services d'aide sociale, et veille à la liaison en matière d'information et de circulation des données, aux fins de l'évaluation des politiques sociales ;
 - 4) Encourage la création d'un organisme de participation et de consultation dans le secteur des politiques destinées aux personnes âgées, comportant la participation des collectivités locales, du troisième secteur et des partenaires sociaux ;
 - 5) Réglemente la coordination fonctionnelle des services d'aide sociale de la Région et de la commune d'Aoste ;
 - 6) Procède à l'octroi et au versement des crédits inscrits au Fonds régional pour les politiques sociales ;
 - 7) Veille à l'application des programmes de l'Union européenne ou d'autres organismes internationaux dans les secteurs des politiques sociales, avec la participation des collectivités locales ;
 - 8) Encourage la mise en place d'actions pour le soutien et la qualification des organismes du troisième secteur ;
 - 9) Fixe les limites d'accès aux prestations d'aide sociale, ainsi que les critères de participation des bénéficiaires et des membres de leurs foyers aux frais de fonctionnement des services d'aide sociale et des services socio-éducatifs ;
 - 10) Est compétent en matière de :

10.1 Services d'aide sociale, sans préjudice des compétences de la commune d'Aoste ;

- 10.2 formazione ed aggiornamento degli operatori sociali e socio-educativi;
- 10.3 adozioni e affidamenti familiari, comunità, altre strutture di accoglienza e assistenza educativa per i minori;
- 10.4 inserimento in strutture di accoglienza di adulti in situazione di disagio;
- 10.5 invalidi civili, ciechi civili e sordomuti;
- 10.6 servizi di interesse regionale per disabili psichici, nonché informazione in materia di accessibilità ed ausili;
- 10.7 prestazioni economiche, escluse quelle per le quali non vi è alcuna valutazione discrezionale di natura specialistica.

Art. 6
(Competenze dei Comuni)

1. Al conferimento delle funzioni non espressamente mantenute in capo alla Regione ai sensi dell'articolo 5, si provvede con le modalità previste dall'articolo 11 della legge regionale 7 dicembre 1998, n. 54 (Sistema delle autonomie in Valle d'Aosta).

Art. 7
(Equiparazione dei diplomi di educatore professionale)

1. In attuazione dell'articolo 2, comma primo, lettera r), della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 4 (Statuto speciale per la Valle d'Aosta), e nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 21 dicembre 1978, n. 845 (Legge-quadro in materia di formazione professionale) e al decreto ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520 (Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), il diploma regionale rilasciato al termine dei corsi biennali per educatori professionali è equiparato, nell'ambito dell'ordinamento regionale, a quello rilasciato al termine del corso triennale 1995/1998.

CAPO III
MODIFICAZIONI DI
DISPOSIZIONI VIGENTI

Art. 8
(Modificazioni della legge regionale
25 ottobre 1982, n. 70)

1. L'articolo 15 della legge regionale 25 ottobre 1982, n. 70 (Esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di medicina legale, di vigilanza sulle farmacie ed assistenza farmaceutica), è sostituito dal seguente:

«Art. 15
(Disciplina per l'impiego di sorgenti
di radiazioni di categoria B)

1. Al rilascio dei nulla osta previsti dall'articolo 29, comma 1, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 92/3/Euratom e 96/29/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti) provvede il dirigente della struttura regionale competente in materia di igiene pubblica, con proprio provvedimento, previo parere della Commissione tecnica regionale costituita presso la stessa struttura.

- 10.2 Formation et recyclage des agents des services d'aide sociale et des services socio-éducatifs ;
- 10.3 Adoptions et placements familiaux, communautés et autres structures d'accueil et d'assistance éducative pour les mineurs ;
- 10.4 Accès des adultes en difficulté aux structures d'accueil ;
- 10.5 Invalides civils, aveugles et sourds-muets ;
- 10.6 Services d'intérêt régional à l'intention des handicapés psychiques, ainsi qu'information en matière d'accessibilité et d'aides ;
- 10.7 Aides économiques, exception faite de celles qui ne sont pas subordonnées à l'évaluation discrétionnaire d'un spécialiste.

Art. 6
(Attributions des communes)

1. Les fonctions non expressément réservées à la Région au sens de l'article 5 de la présente loi sont attribuées suivant les modalités prévues par l'article 11 de la loi régionale n° 54 du 7 décembre 1998 (Système des autonomies en Vallée d'Aoste).

Art. 7
(Équivalence des diplômes d'éducateur professionnel)

1. En application de la lettre r) du premier alinéa de l'article 2 de la loi constitutionnelle n° 4 du 26 février 1948 (Statut spécial de la Vallée d'Aoste) et dans le respect des dispositions de la loi n° 845 du 21 décembre 1978 (Loi-cadre en matière de formation professionnelle) et du décret ministériel n° 520 du 8 octobre 1998 (Règlement portant dispositions relatives au profil professionnel d'éducateur professionnel, au sens du troisième alinéa de l'article 6 du décret législatif n° 502 du 30 décembre 1992), le diplôme régional délivré à l'issue des cours biennaux pour éducateur professionnel est considéré comme équivalent, dans le cadre de l'ordre juridique régional, au diplôme délivré à l'issue du cours triennal 1995/1998.

CHAPITRE III
MODIFICATIONS DES
DISPOSITIONS EN VIGUEUR

Art. 8
(Modifications de la loi régionale
n° 70 du 25 octobre 1982)

1. L'article 15 de la loi régionale n° 70 du 25 octobre 1982 (Exercice de fonctions en matière d'hygiène et de santé publique, de médecine légale, de contrôle des pharmacies et d'assistance pharmaceutique) est remplacé comme suit :

« Art. 15
(Réglementation de l'utilisation de sources
radioactives de la catégorie B)

1. Les visas prévus par le premier alinéa de l'article 29 du décret législatif n° 230 du 17 mars 1995 (Application des directives 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 92/3/Euratom et 96/29/Euratom en matière de radiations ionisantes) sont délivrés par acte du dirigeant de la structure régionale compétente en matière d'hygiène publique, la commission technique régionale constituée auprès de ladite structure entendue.

2. La Commissione tecnica regionale di cui al comma 1, che esprime parere anche sulle richieste di nulla osta di competenza prefettizia previsti dall'articolo 29 del d.lgs. 230/1995, è composta dai sottoelencati soggetti, o loro delegati:

- a) il dirigente della struttura regionale competente in materia di igiene pubblica, con funzioni di presidente;
- b) un ingegnere della struttura regionale competente in materia di assetto e tutela del territorio;
- c) il dirigente della struttura competente in materia di igiene e sanità pubblica dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- d) un medico specializzato in radiologia, designato dall'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- e) il responsabile della Sezione radiazioni e rumore dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA);
- f) un funzionario designato dalla Direzione regionale del lavoro;
- g) il comandante del Corpo valdostano dei vigili del fuoco.

3. Con deliberazione della Giunta regionale sono definite, in conformità a quanto disposto dall'articolo 29, comma 2, del d.lgs. 230/1995, le modalità di presentazione delle richieste dei nulla osta, le modalità ed i tempi per l'istruttoria ed il rilascio, nonché le modalità di presentazione delle richieste per l'eventuale riesame delle richieste respinte e le modalità ed i tempi per il riesame.»

Art. 9
(Modificazioni della legge regionale
27 agosto 1994, n. 59)

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 1 della legge regionale 27 agosto 1994, n. 59 (Acquisto dall'Ordine Mauriziano di Torino dell'immobile sede del presidio ospedaliero regionale, in comune di Aosta), è aggiunto il seguente:

«Ibis. Al fine di incrementare le entrate proprie di parte corrente del bilancio, l'Azienda USL della Valle d'Aosta è autorizzata ad adottare i provvedimenti necessari all'affidamento della gestione della farmacia di cui al comma 1, nel rispetto della normativa vigente. Tali provvedimenti devono contenere apposito piano finanziario, da sottoporre preventivamente al giudizio di congruità da parte delle competenti strutture regionali.»

Art. 10
(Modificazioni della legge regionale
4 settembre 1995, n. 41)

1. Dopo la lettera l) del comma 1 dell'articolo 4 della legge regionale 4 settembre 1995, n. 41 (Istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) e creazione, nell'ambito dell'Unità sanitaria locale della Valle d'Aosta, del Dipartimento di prevenzione e dell'Unità operativa di microbiologia), sono aggiunte le seguenti:

- «l bis) lo svolgimento delle attività tecniche ed analitiche di supporto all'attività di controllo e di vigilanza svolta dal Corpo forestale valdostano, senza oneri a carico dello stesso;
- l ter) il monitoraggio sul territorio regionale dei parametri cor-

2. La commission technique régionale visée au premier alinéa du présent article, qui formule son avis également sur les demandes relatives aux visas relevant du préfet et prévus par l'article 29 du décret législatif n° 230/1995, se compose des personnes indiquées ci-après ou de leurs délégués :

- a) Le dirigeant de la structure régionale compétente en matière d'hygiène publique, en qualité de président ;
- b) Un ingénieur de la structure régionale compétente en matière d'aménagement et de protection du territoire ;
- c) Le dirigeant de la structure compétente en matière d'hygiène et de santé publique de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ;
- d) Un médecin spécialiste en radiologie, désigné par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ;
- e) Le responsable de la section relative aux radiations et nuisances sonores de l'Agence régionale de la protection de l'environnement (ARPE) ;
- f) Un fonctionnaire désigné par la Direction régionale de l'emploi ;
- g) Le commandant du Corps valdôtain des sapeurs-pompiers.

3. Les modalités de présentation des demandes de visa, les modalités et les délais pour l'instruction desdites demandes et la délivrance desdits visas, les modalités de présentation des requêtes de réexamen des demandes rejetées ainsi que les modalités et les délais dudit réexamen sont fixés par délibération du Gouvernement régional, conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 29 du décret législatif n° 230/1995. ».

Art. 9
(Modifications de la loi régionale
n° 59 du 27 août 1994)

1. Après le premier alinéa de l'article 1^{er} de la loi régionale n° 59 du 27 août 1994 (Acquisition de l'immeuble accueillant le centre hospitalier régional, propriété de l'Ordre mauricien de Turin, dans la commune d'Aoste) est ajouté l'alinéa suivant :

« 1 bis. Afin d'augmenter les recettes propres à inscrire au budget, l'Agence USL de la Vallée d'Aoste est autorisée à prendre les mesures nécessaires en vue de l'attribution de la gestion de la pharmacie visée au premier alinéa, dans le respect des dispositions en vigueur. Lesdites mesures doivent inclure un plan de financement devant être soumis au préalable aux structures régionales compétentes, qui doivent juger s'il est recevable. ».

Art. 10
(Modifications de la loi régionale
n° 41 du 4 septembre 1995)

1. Après la lettre l) du premier alinéa de l'article 4 de la loi régionale n° 41 du 4 septembre 1995, portant institution de l'Agence régionale pour la protection de l'environnement (ARPE) et création, dans le cadre de l'Unité sanitaire locale de la Vallée d'Aoste du département de prévention et de l'unité opérationnelle de microbiologie, sont ajoutées les lettres suivantes :

- « l bis) D'exercer les activités techniques et analytiques servant à faciliter les tâches de contrôle et de surveillance remplies par le Corps forestier valdôtain, sans que ce dernier ait à en supporter les frais ;
- l ter) D'assurer le suivi, sur le territoire régional, des para-

relabili con le dinamiche globali di cambiamento meteorologico;

I quater) i controlli strumentali delle emissioni prodotte dagli impianti di riscaldamento per le finalità di cui al decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1988, n. 203 (Attuazione delle direttive CEE numeri 80/779, 82/884, 84/360 e 85/203 concernenti norme in materia di qualità dell'aria, relativamente a specifici agenti inquinanti, e di inquinamento prodotto dagli impianti industriali, ai sensi dell'art. 15 della legge 16 aprile 1987, n. 183) ed al titolo II della legge 9 gennaio 1991, n. 10 (Norme per l'attuazione del Piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia, di risparmio energetico e di sviluppo delle fonti rinnovabili di energia).».

2. L'articolo 8 della l.r. 41/1995 è sostituito dal seguente:

«Art. 8
(Nomina)

1. Il Direttore generale dell'ARPA è nominato con le modalità di cui all'articolo 13 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione).».

3. L'articolo 11 della l.r. 41/1995 è sostituito dal seguente:

«Art. 11
(Rapporto di lavoro)

1. Il rapporto di lavoro conseguente alla nomina di Direttore generale è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato a termine, di durata quinquennale, non rinnovabile per più di due volte consecutivamente e non prorogabile oltre il settantesimo anno di età.

2. I contenuti del contratto di cui al comma 1 sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale con la quale sono fissati, altresì, gli emolumenti, il cui ammontare è determinato fino ad un massimo del 70 per cento del compenso e delle eventuali maggiorazioni fissati per il Direttore generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.».

4. Gli articoli 9, 10, 13 e 14 della l.r. 41/1995 sono abrogati.

5. La lettera l) del comma 1 dell'articolo 29 della l.r. 41/1995 è abrogata.

6. La lettera d) del comma 1 dell'articolo 30 della l.r. 41/1995 è sostituita dalla seguente:

«d) le verifiche connesse con l'esercizio e la manutenzione degli apparecchi a pressione di vapore e di gas e degli impianti di riscaldamento.».

7. Dopo la lettera d) del comma 1 dell'articolo 31 della l.r. 41/1995 è aggiunta la seguente:

«d bis) formulazione del parere di idoneità ai fini dell'autorizzazione sanitaria ai sensi dell'articolo 2 della legge 30 aprile 1962, n. 283 (Modifica degli articoli 242, 243, 247, 250 e 262 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265: Disciplina igienica

mètres susceptibles d'être liés aux dynamiques globales des changements météorologiques et climatiques ;

I quater) De procéder, avec les instruments prévus à cet effet, aux contrôles des émissions des installations de chauffage, aux fins visées au décret du Président de la République n° 203 du 24 mai 1988 (Application des directives CEE n° 80/779, 82/884, 84/360 et 85/203, portant dispositions en matière de qualité de l'air, pour ce qui est de certains agents polluants, et de pollution causée par les installations industrielles, aux termes de l'article 15 de la loi n° 183 du 16 avril 1987) et au titre II de la loi n° 10 du 9 janvier 1991 (Dispositions d'application du plan national de l'énergie, en matière d'utilisation rationnelle de l'énergie, d'économies d'énergie et de développement des ressources renouvelables). ».

2. L'article 8 de la LR n° 41/1995 est remplacé comme suit :

« Art. 8
(Nomination)

1. Le directeur général de l'ARPE est nommé suivant les modalités visées à l'article 13 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 (Dispositions en vue de la rationalisation de l'organisation du service socio-sanitaire régional et de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prestations sanitaires et d'aide sociale fournies en Vallée d'Aoste). ».

3. L'article 11 de la LR n° 41/1995 est remplacé comme suit :

« Art. 11
(Relations de travail)

1. Le directeur général est recruté à plein temps, sous contrat de droit privé d'une durée de cinq ans, renouvelable deux fois consécutives au maximum. Le mandat de directeur général ne peut être reconduit lorsque l'intéressé a atteint sa soixante-dixième année.

2. Les contenus du contrat visé au premier alinéa du présent article sont établis par une délibération du Gouvernement régional, laquelle fixe également la rémunération du directeur qui ne saurait dépasser 70 p. 100 de la rétribution du directeur général de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, y compris les éventuelles majorations. ».

4. Les articles 9, 10, 13 et 14 de la LR n° 41/1995 sont abrogés.

5. La lettre l) du premier alinéa de l'article 29 de la LR n° 41/1995 est abrogée.

6. La lettre d) du premier alinéa de l'article 30 de la LR n° 41/1995 est remplacée comme suit :

« d) Le contrôle sur l'utilisation et l'entretien des appareils à pression de vapeur ou de gaz et des systèmes de chauffage. ».

7. Après la lettre d) du premier alinéa de l'article 31 de la LR n° 41/1995 est ajoutée la lettre suivante :

« d bis) La formulation d'avis de conformité aux fins de l'autorisation sanitaire aux termes de l'article 2 de la loi n° 283 du 30 avril 1962 (Modification des articles 242, 243, 247, 250 et 262 du texte unique des lois en matière de santé, approuvé par le décret du roi n° 1265 du 27 juillet 1934 :

della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande) e dell'articolo 25 del relativo regolamento di esecuzione, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327.».

Art. 11
(Modificazioni della legge regionale
25 gennaio 2000, n. 5)

1. La lettera j) del comma 3 dell'articolo 6 della l.r. 5/2000 è sostituita dalla seguente:

«j) i rimborsi relativi alle prestazioni in forma indiretta da erogare con i limiti e nei termini previsti dalla normativa statale in materia.».

2. Al comma 2 dell'articolo 30 della l.r. 5/2000 le parole «i cui ambiti territoriali sono stabiliti dal piano socio-sanitario regionale» sono soppresse.

3. Il comma 7 dell'articolo 42 della l.r. 5/2000 è sostituito dal seguente:

«7. Le disposizioni in materia di utilizzo della certificazione di piena conoscenza della lingua francese di cui all'articolo 7 della legge regionale 3 novembre 1998, n. 52 (Disciplina dello svolgimento della quarta prova scritta di francese agli esami di Stato in Valle d'Aosta), recate dall'articolo 8 della medesima l.r. 52/1998 e dall'articolo 2 della legge regionale 8 settembre 1999, n. 25 (Disposizioni attuative dell'articolo 8, comma 3, della legge regionale 3 novembre 1998, n. 52), sono estese, con le modalità di cui ai commi 8 e 9, alle procedure di accesso all'impiego del personale del Servizio sanitario nazionale presso l'azienda USL.».

4. Il comma 8 dell'articolo 42 della l.r. 5/2000 è sostituito dal seguente:

«8. Il possesso della certificazione di cui all'articolo 7 della l.r. 52/1998 esonera permanentemente dalla prova di accertamento della conoscenza della lingua francese prescritta per l'assunzione nelle qualifiche del personale del Servizio sanitario nazionale per l'accesso alle quali è richiesto un diploma di istruzione secondaria di secondo grado o un titolo di studio inferiore.».

5. Il comma 9 dell'articolo 42 della l.r. 5/2000 è sostituito dal seguente:

«9. Il possesso della certificazione di cui all'articolo 7 della l.r. 52/1998, se accompagnato dal compimento di uno dei percorsi formativi di cui al comma 10, esonera permanentemente dalla prova di accertamento della conoscenza della lingua francese prescritta per l'assunzione nelle qualifiche del personale del Servizio sanitario nazionale per l'accesso alle quali è richiesto un diploma di laurea o un diploma universitario.».

6. Il comma 10 dell'articolo 42 della l.r. 5/2000 è sostituito dal seguente:

«10. I percorsi formativi possono consistere in corsi di formazione in lingua francese appositamente organizzati dall'azienda USL, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale e comunque in armonia con le disposizioni di cui all'articolo 5 della l.r. 25/1999, ovvero in percorsi interni alla formazione universitaria riconosciuti a coloro che sono in possesso di uno dei seguenti titoli:

a) laurea o diploma universitario conseguiti in corsi universitari

hygiène de la production et de la vente des aliments et des boissons) et de l'article 25 du règlement d'application y afférent, approuvé par l'arrêté du Président de la République n° 327 du 26 mars 1980. ».

Art. 11
(Modifications de la loi régionale
n° 5 du 25 janvier 2000)

1. La lettre j) du troisième alinéa de l'article 6 de la LR n° 5/2000 est remplacée comme suit :

«j) Le remboursement des prestations fournies de manière indirecte dans les limites et les délais prévus par la réglementation nationale en vigueur en la matière. ».

2. Au deuxième alinéa de l'article 30 de la LR n° 5/2000, les mots « les ressorts desdits districts sont fixés par le plan socio-sanitaire régional » sont supprimés.

3. Le septième alinéa de l'article 42 de la LR n° 5/2000 est remplacé comme suit :

« 7. Les dispositions en matière d'utilisation de l'attestation de la maîtrise du français visée à l'article 7 de la loi régionale n° 52 du 3 novembre 1998 (Réglementation du déroulement de l'épreuve de français, quatrième épreuve écrite des examens d'État en Vallée d'Aoste), prévues par l'article 8 de la loi susmentionnée et par l'article 2 de la loi régionale n° 25 du 8 septembre 1999 (Dispositions d'application du 3° alinéa de l'article 8 de la loi régionale n° 52 du 3 novembre 1998) s'appliquent également aux procédures d'accès des personnels du Service sanitaire national à l'Agence USL, suivant les modalités visées aux huitième et neuvième alinéas du présent article. ».

4. Le huitième alinéa de l'article 42 de la LR n° 5/2000 est remplacé comme suit :

« 8. Les personnes justifiant de l'attestation visée à l'article 7 de la LR n° 52/1998 sont dispensées, à titre permanent, de l'épreuve de vérification de la connaissance du français nécessaire aux fins de l'accès aux profils professionnels prévus dans le cadre du Service sanitaire national pour lesquels le diplôme de fin d'études secondaires du deuxième degré ou un titre d'études inférieur est requis. ».

5. Le neuvième alinéa de l'article 42 de la LR n° 5/2000 est remplacé comme suit :

« 9. Les personnes justifiant de l'attestation visée à l'article 7 de la LR n° 52/1998 sont dispensées, à titre permanent, de l'épreuve de vérification de la connaissance du français nécessaire aux fins de l'accès aux profils professionnels prévus dans le cadre du Service sanitaire national pour lesquels une licence ou un diplôme universitaire est requis, à condition qu'elles aient suivi l'un des parcours de formation prévus par le 10° alinéa du présent article. ».

6. Le 10° alinéa de l'article 42 de la LR n° 5/2000 est remplacé comme suit :

« 10. Les actions formatives peuvent consister dans des cours de langue française organisés à cet effet par l'Agence USL, suivant des modalités établies par délibération du Gouvernement régional et, en tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 5 de la LR n° 25/1999. Au nombre desdites actions figurent également les cours suivis dans le cadre de la formation universitaire par les personnes justifiant de l'un des titres ci-après :

a) Licence ou diplôme universitaire obtenu à l'issue de cours uni-

- convenzionati con l'Amministrazione regionale o in corsi dell'Università della Valle d'Aosta – Université de la Vallée d'Aoste per i quali sia stata individuata, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, della l.r. 25/1999, la sussistenza di rilevanti percorsi di studio in lingua francese;
- b) laurea o diploma universitario conseguiti in università o istituti universitari francofoni;
 - c) laurea o diploma universitario conseguiti al termine di percorsi formativi che abbiano previsto periodi riconosciuti di studio in università o istituti universitari francofoni;
 - d) titolo di specializzazione post-laurea conseguito presso università o istituti universitari francofoni;
 - e) laurea in scienze della formazione primaria conseguita nei corsi svolti per la Valle d'Aosta;
 - f) diploma rilasciato dalla scuola di specializzazione per la formazione degli insegnanti della scuola secondaria conseguito nei corsi svolti per la Valle d'Aosta;
 - g) laurea o diploma universitario riconosciuti contemporaneamente in Italia e in Francia a seguito di accordi bilaterali;
 - h) laurea in lingue valida per l'accesso all'insegnamento della lingua francese nelle scuole secondarie.».

7. Il comma 11 dell'articolo 42 della l.r. 5/2000 è sostituito dal seguente:

«11. Ai soli fini dell'accesso alle qualifiche amministrative, per le quali è richiesto un diploma di laurea o un diploma universitario, sono esonerati dalla prova di accertamento di conoscenza della lingua francese coloro che risultino in possesso della certificazione attestante il compimento del percorso formativo previsto dall'articolo 5 o dall'articolo 6 della l.r. 25/1999.».

8. Dopo il comma 11 dell'articolo 42 della l.r. 5/2000 è aggiunto il seguente:

«11 bis. Il possesso dei titoli di conoscenza linguistica di cui ai commi 8, 9 e 11 è utile ai fini della corresponsione, al personale assunto in servizio, dell'indennità di bilinguismo prevista dalla legge regionale 9 novembre 1988, n. 58 (Norme per l'attribuzione dell'indennità di bilinguismo al personale della Regione).».

9. Dopo il comma 11 bis dell'articolo 42 della l.r. 5/2000, inserito dal comma 8, è aggiunto il seguente:

«11 ter. Limitatamente al personale sanitario e tecnico sanitario, nell'ambito delle procedure di selezione per titoli finalizzate all'assunzione di personale a tempo determinato ed al conferimento di incarichi di supplenza provvisori connessi ad esigenze straordinarie o a progetti a termine, gli aspiranti sprovvisti del prescritto requisito di conoscenza della lingua francese sono inclusi in apposite graduatorie aggiuntive da utilizzare, esclusivamente per assunzioni a tempo determinato, in caso di esaurimento delle corrispondenti graduatorie ordinarie dei candidati in possesso di tutti i requisiti richiesti.».

10. Dopo il comma 11 ter dell'articolo 42 della l.r. 5/2000, inserito dal comma 9, è aggiunto il seguente:

- versitaires organisés dans le cadre de conventions avec l'Administration régionale ou de cours de l'Université de la Vallée d'Aoste comportant des cours de langue française d'un niveau approprié, aux termes du deuxième alinéa de l'article 4 de la LR n° 25/1999 ;
- b) Licence ou diplôme universitaire obtenu auprès d'universités ou d'instituts universitaires francophones ;
 - c) Licence ou diplôme universitaire obtenus à l'issue de parcours de formation comportant des stages auprès d'universités ou d'instituts universitaires francophones ;
 - d) Spécialisation post-universitaire obtenue auprès d'universités ou d'instituts universitaires francophones ;
 - e) Licence en sciences de la formation primaire obtenue à l'issue des cours prévus pour la Vallée d'Aoste ;
 - f) Diplôme délivré par l'école de spécialisation pour les professeurs de l'enseignement secondaire, obtenu à l'issue des cours prévus pour la Vallée d'Aoste ;
 - g) Licence ou diplôme universitaire reconnu à la fois en Italie et en France, à la suite d'accords bilatéraux ;
 - h) Licence en langues reconnue aux fins de l'enseignement du français dans les établissements de l'enseignement secondaire. ».

7. Le onzième alinéa de l'article 42 de la LR n° 5/2000 est remplacé comme suit :

« 11. Les personnes justifiant d'un certificat attestant qu'elles ont suivi le parcours de formation visé à l'article 5 ou à l'article 6 de la loi n° 25/1999 sont dispensées de l'épreuve de vérification de la connaissance du français prévue aux fins de l'accès aux postes de la filière administrative pour lesquels une licence ou un diplôme universitaire est requis. ».

8. Après le onzième alinéa de l'article 42 de la LR n° 5/2000 est ajouté l'alinéa suivant :

« 11 bis. Les personnels qui justifient des attestations relatives à la connaissance de la langue française visées aux huitième, neuvième et onzième alinéas du présent article ont vocation à percevoir l'indemnité de bilinguisme prévue par la loi régionale n° 58 du 9 novembre 1988 (Dispositions relatives à l'attribution de l'indemnité de bilinguisme au personnel de la Région). ».

9. Après l'alinéa 11 bis de l'article 42 de la LR n° 5/2000, inséré par le huitième alinéa du présent article, est ajouté l'alinéa suivant :

« 11 ter. Dans le cadre des procédures de sélection sur titres en vue du recrutement de personnel sous contrat à durée déterminée et de l'attribution de suppléances provisoires liées à des exigences extraordinaires ou à des projets à terme et limitativement à la filière sanitaire et technico-sanitaire, les candidats ne justifiant pas de l'attestation de maîtrise de la langue française sont inscrits sur des listes d'aptitude complémentaires qui sont utilisées – uniquement pour des recrutements sous contrat à durée déterminée – au cas où les listes d'aptitude ordinaires des candidats justifiant de toutes les conditions requises seraient épuisées. ».

10. Après l'alinéa 11 ter de l'article 42 de la LR n° 5/2000, inséré par le neuvième alinéa du présent article, est ajouté l'alinéa suivant :

«11 quater. Al personale assunto a tempo determinato per effetto delle disposizioni di cui al comma 11 ter non può essere corrisposta l'indennità di bilinguismo fintanto che non abbia sostenuto, con esito positivo, la prova di accertamento della conoscenza della lingua francese.».

11. Dopo il comma 11 quater dell'articolo 42 della l.r. 5/2000, inserito dal comma 10, è aggiunto il seguente:

«11 quinquies. Il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore sanitario o di direttore amministrativo dell'azienda USL è subordinato al preventivo accertamento della conoscenza della lingua francese, secondo modalità definite dalla Giunta regionale.».

CAPO IV DISPOSIZIONI FINALI

Art. 12

(Interpretazione autentica dell'articolo 2 della legge regionale 7 dicembre 1979, n. 70)

1. L'articolo 2 della legge regionale 7 dicembre 1979, n. 70 (Provvidenze a favore dei nefropatici cronici in dialisi iterativa o sottoposti a trapianto renale) va interpretato nel senso che l'assegno mensile di assistenza integrativa regionale non può, comunque, avere decorrenza anteriore alla data di presentazione della relativa istanza da parte del paziente.

Art. 13

(Abrogazione di norme)

1. Dalla data di approvazione della deliberazione della Giunta regionale di cui all'articolo 3, comma 4, sono abrogate le seguenti leggi regionali:

- a) 15 dicembre 1982, n. 93;
- b) 21 dicembre 1990, n. 80;
- c) 26 maggio 1993, n. 46.

2. Dalla data di approvazione della deliberazione della Giunta regionale di cui all'articolo 3, comma 4, sono altresì abrogate le seguenti disposizioni:

- a) gli articoli 35, 36 e 38 della legge regionale 15 dicembre 1994, n. 77;
- b) il comma 5 dell'articolo 16 della legge regionale 12 gennaio 1999, n. 1;
- c) il comma 1 dell'articolo 5 della legge regionale 27 gennaio 1999, n. 4;
- d) l'articolo 38 della legge regionale 3 gennaio 2000, n. 1.

3. Le disposizioni di cui all'articolo 30, commi 1, 3, 6 e 7 della l.r. 13/1997, la cui efficacia è stata prorogata dall'articolo 48, comma 1 della l.r. 5/2000, come modificato dall'articolo 13 della l.r. 1/2001, sono ulteriormente prorogate fino alla data di approvazione della deliberazione della Giunta regionale di cui all'articolo 3, comma 4.

4. Gli articoli 3, 5 e 30, comma 2, della l.r. 13/1997, la cui appli-

« 11 quater. Le personnel recruté sous contrat à durée déterminé au sens des dispositions visées à l'alinéa 11 ter du présent article ne touche pas l'indemnité de bilinguisme tant qu'il n'a réussi l'épreuve de vérification de la connaissance de la langue française. ».

11. Après l'alinéa 11 quater de l'article 42 de la LR n° 5/2000, inséré par le dixième alinéa du présent article, est ajouté l'alinéa suivant :

« 11 quinquies. L'attribution du mandat de directeur général, de directeur sanitaire ou de directeur administratif de l'Agence USL est subordonnée à la vérification de la connaissance de la langue française des candidats, suivant des modalités qui seront établies par délibération du Gouvernement régional. ».

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINALES

Art. 12

(Interprétation authentique de l'article 2 de la loi régionale n° 70 du 7 décembre 1979)

1. L'article 2 de la loi régionale n° 70 du 7 décembre 1979 (Aides en faveur des personnes atteintes de néphropathies chroniques sous dialyse continue ou ayant subi une greffe du rein) doit être interprété comme suit : l'allocation mensuelle d'assistance complémentaire régionale n'est versée qu'à compter de la date de présentation de la demande y afférente de la part du malade.

Art. 13

(Abrogation de dispositions)

1. À compter de la date d'approbation de la délibération du Gouvernement régional visée au quatrième alinéa de l'article 3 de la présente loi sont abrogées les lois régionales suivantes :

- a) LR n° 93 du 15 décembre 1982 ;
- b) LR n° 80 du 21 décembre 1990 ;
- c) LR n° 46 du 26 mai 1993.

2. À compter de la date d'approbation de la délibération du Gouvernement régional visée au quatrième alinéa de l'article 3 de la présente loi, sont également abrogées les dispositions suivantes :

- a) Articles 35, 36 et 38 de la loi régionale n° 77 du 15 décembre 1994 ;
- b) Cinquième alinéa de l'article 16 de la loi régionale n° 1 du 12 janvier 1999 ;
- c) Premier alinéa de l'article 5 de la loi régionale n° 4 du 27 janvier 1999 ;
- d) Article 38 de la loi régionale n° 1 du 3 janvier 2000.

3. Les dispositions visées aux premier, troisième, sixième et septième alinéas de l'article 30 de la LR n° 13/1997, dont l'effectivité a été prorogée par le premier alinéa de l'article 48 de la LR n° 5/2000, tel qu'il a été modifié par l'article 13 de la LR n° 1/2001, sont prorogées jusqu'à la date d'approbation de la délibération du Gouvernement régional visée au quatrième alinéa de l'article 3 de la présente loi.

4. Les articles 3, 5 et 30, deuxième alinéa, de la LR n° 13/

cazione è stata prorogata dall'articolo 48, comma 1, della l.r. 5/2000, come modificato dall'articolo 13 della l.r. 1/2001, cessano di avere efficacia dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Le disposizioni di cui all'articolo 4 della l.r. 13/1997, la cui applicazione è stata prorogata dall'articolo 48, comma 1, della l.r. 5/2000, come modificato dall'articolo 13 della l.r. 1/2001, sono ulteriormente prorogate fino alla data di approvazione delle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'articolo 11 della l.r. 54/1998.

6. Al comma 3 dell'articolo 7 della legge regionale 27 maggio 1994, n. 19 (Norme in materia di assistenza economica), le parole «integrata da due sanitari di livello apicale di cui uno specialista nella patologia interessata,» sono soppresse.

Art. 14
(Entrata in vigore)

1. La presente legge sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione ed entrerà in vigore il 1° gennaio 2002, ad eccezione dell'articolo 7 e dei commi 2, 3 e 4 dell'articolo 10, che entreranno in vigore il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

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

Aosta, 4 settembre 2001.

Il Presidente
VIÉRIN

1997, dont l'application a été prorogée par le premier alinéa de l'article 48 de la LR n° 5/2000, tel qu'il a été modifié par l'article 13 de la LR n° 1/2001, cessent de déployer leurs effets à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

5. Les dispositions visées à l'article 4 de la LR n° 13/1997, dont l'application a été prorogée par le premier alinéa de l'article 48 de la LR n° 5/2000, tel qu'il a été modifié par l'article 13 de la LR n° 1/2001, sont prorogées jusqu'à la date d'approbation des délibérations du Gouvernement régional visées à l'article 11 de la LR n° 54/1998.

6. Au troisième alinéa de l'article 7 de la loi régionale n° 19 du 27 mai 1994 (Dispositions en matière d'aide économique), les mots « complétée par deux médecins appartenant au grade de direction, dont un spécialiste de la pathologie concernée » sont supprimés.

Art. 14
(Entrée en vigueur)

1. La présente loi est publiée au Bulletin officiel de la Région et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2002, exception faite de l'article 7 et des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article 10, qui entreront en vigueur le quinzième jour qui suit celui de la publication.

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

Fait à Aoste, le 4 septembre 2001.

Le président,
Dino VIÉRIN